

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

www.ccnpps.ca

TREIZE INTERVENTIONS VISANT À RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ AU CANADA

RAPPORT SYNTHÈSE | FÉVRIER 2010



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec

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

www.ccnpps.ca

TREIZE INTERVENTIONS VISANT À RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ AU CANADA

RAPPORT SYNTHÈSE | FÉVRIER 2010



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec

AUTEUR

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

RÉDACTEURS

Val Morrison

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Suzanne Blanchet

Rédaction SB

RECHERCHE

Ce document est une synthèse d'un rapport long (disponible sur demande) préparé par Dominique Côté, sous la supervision du D^r Marie-France Raynault du Centre de recherche Léa Roback sur les inégalités de santé de Montréal.

MISE EN PAGES

Madalina Burtan

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

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

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : www.inspq.qc.ca et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available at www.ncchpp.ca and at www.inspq.qc.ca/english.

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2011

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-63086-9 (VERSION IMPRIMÉE ANGLAISE)

ISBN : 978-2-550-63087-6 (PDF ANGLAIS)

ISBN : 978-2-550-63084-5 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-63085-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

À PROPOS DU CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des Centres de collaboration nationale en santé publique se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des Centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des Centres que de lieu de production conjointe des projets communs.

AVANT-PROPOS

Le présent sommaire décrit divers politiques et programmes canadiens qui ont eu un certain succès à réduire les inégalités sociales de santé.

Le CCNPPS a demandé aux chercheurs du centre Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de préparer un rapport sur les politiques et les programmes canadiens qui ont été évalués en se basant sur les critères fondés sur des données probantes, y compris une hiérarchie des niveaux de preuve, tels que celle utilisée dans les lignes directrices cliniques.

Les acteurs en santé publique qui veulent promouvoir l'adoption de politiques publiques favorables à la santé souhaitent que ces politiques soient fondées sur des méthodes solides et éprouvées. En d'autres mots, les politiques et les programmes gouvernementaux d'envergure devraient idéalement être fondés sur ce qui fonctionne. Néanmoins, le fait de travailler avec des populations réelles dans leur contexte social est différent des études en laboratoire où le chercheur peut contrôler les conditions expérimentales. Tenir compte des inégalités sociales de santé et des déterminants sociaux de la santé rend encore plus difficile l'application des normes fondées sur des données probantes. Ainsi, dans le récent rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé, l'Organisation mondiale de la Santé notait que « Si la Commission avait pris la décision de se baser uniquement sur le témoignage à partir d'expériences bien contrôlées, ce rapport serait un rapport court avec des recommandations fondées sur les données biomédicales probantes et la conclusion que des recherches supplémentaires devraient être effectuées » (OMS, 2008, p. 42). Le présent résumé tente de présenter des publications qui utilisent une approche fondée sur des données probantes pour évaluer l'efficacité des politiques et des programmes, passés et présents, visant à éliminer les inégalités sociales de santé.

Le présent rapport fait le sommaire des conclusions de l'étude de 13 cas. Il est intéressant de noter que si l'on compare ces résultats à ceux d'un rapport publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (Ross, 2003), on remarque que, six ans plus tard, très peu de cas supplémentaires ont été évalués. Le fait qu'un grand nombre de ces programmes aient déjà été mentionnés dans le rapport de 2003 démontre que très peu de politiques ou de programmes sont soumis à ce genre d'évaluation. En d'autres termes, à peine quelques politiques ou programmes pour lesquels on dispose de résultats ont été étudiés systématiquement durant une longue période. Même si cela peut sembler frustrant du point de vue de la recherche, ce n'est pas étonnant étant donné la nature des inégalités sociales de santé mentionnées plus haut et la difficulté d'isoler des variables de politique ou de programme qui peuvent être mesurées directement. Cette situation rappelle la nécessité de faire appel à une variété d'outils méthodologiques pour mener à bien ce type d'évaluation.

Ce document résume un rapport plus long rédigé par le centre Léa-Roback sur 13 politiques ou programmes analysés. Il présente les critères de sélection et les facteurs utilisés pour évaluer leur succès. Nous espérons qu'il sera utile aux intervenants en santé publique qui travaillent dans le domaine des déterminants sociaux de la santé.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	IV
1 PARTIE I : INTRODUCTION.....	1
1.1 Contexte et méthodologie	1
1.2 Les inégalités au Canada	2
1.3 Deux grandes approches de l'intervention	2
1.4 Profitable sur le plan social et économique.....	2
2 PARTIE II : PROJETS, PROGRAMMES ET POLITIQUES.....	4
2.1 Premier axe : Interventions visant le soutien économique	4
2.2 Deuxième axe : Interventions visant à réduire l'exposition aux conditions et/ou aux comportements dommageables pour la santé	5
3 PARTIE III : REMARQUES FINALES	12
RÉFÉRENCES	13

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Projet d'autosuffisance – PAS (Colombie-Britannique et Nouveau-Brunswick).....	4
Tableau 2	Allocations pour soins de santé (Saskatchewan)	5
Tableau 3	Développement des habiletés chez les enfants (Ottawa).....	5
Tableau 4	Prévention de la délinquance chez les garçons (Montréal)	6
Tableau 5	Suivi diététique durant la grossesse (Montréal).....	6
Tableau 6	Services proactifs pour mères monoparentales (Ontario)	7
Tableau 7	Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur (Ontario).....	8
Tableau 8	Campagne contre le tabagisme (Montréal)	8
Tableau 9	Naître égaux – Grandir en santé (Québec)	9
Tableau 10	Prévention des mauvais traitements des enfants (Manitoba).....	9
Tableau 11	Centres de formation parentale (Ontario).....	10
Tableau 12	Programme canadien de nutrition prénatale – PCNP (Canada).....	10
Tableau 13	Norme volontaire canadienne pour des terrains de jeux sécuritaires et promotion de la norme (Montréal)	11

1 PARTIE I : INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

La réduction des inégalités sociales en général, et des inégalités en matière de santé en particulier, a été une préoccupation constante de nombreuses sociétés démocratiques depuis des décennies. Néanmoins, le fait que les inégalités persistent indique que les tentatives et les programmes visant à les réduire n'ont pas tous obtenu les résultats escomptés. Les décideurs et les acteurs sociaux seraient avisés de s'appuyer sur les programmes et politiques qui ont permis de réduire les inégalités et de s'en servir comme exemple pour être plus efficaces et plus efficaces. Vous trouverez dans les pages qui suivent certains des programmes identifiés comme ayant eu des résultats positifs.

Cette sélection des interventions gouvernementales ou des programmes financés par l'État a été guidée par un processus rigoureux fondé sur plusieurs critères. Seuls ceux qui avaient pour but précis d'agir sur les déterminants sociaux de la santé (par la réduction du tabagisme, par exemple) ou de réduire les inégalités sociales de santé (par divers programmes de supplément au revenu, par exemple) ont été retenus.

La sélection a été effectuée à partir de trois sources de données :

- Les bases de données compilant des publications scientifiques (revues scientifiques, rapports, livres, thèses) en santé publique et en sociologie de la santé, ainsi que les répertoires des pratiques fondées sur des données probantes;
- Les publications des organisations gouvernementales et paragouvernementales (les ministères et les agences gouvernementales);
- Les renseignements diffusés par les organisations non gouvernementales et à but non lucratif du domaine de la santé publique.

La force de l'évaluation a été déterminée par une grille hiérarchique de trois niveaux de preuve.

Type I	Essai avec groupe de comparaison et répartition aléatoire des sujets observés
Type II-1	Essai bien conçu avec groupe de comparaison, sans répartition aléatoire des sujets observés
Type II-2	Étude bien conçue de cohorte(s) ou de cas-témoins, de préférence réalisée dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche
Type II-3	Comparaison de résultats entre différents moments ou différents lieux ou comparaison avec et sans intervention
Type III	Étude descriptive; opinion de sommités dans le domaine et fondée sur l'expérience de terrain; rapport d'un comité d'experts

Adapté de Santé Canada, 1994, p. xxxvii.

1.2 LES INÉGALITÉS AU CANADA

Bien que le Canada soit un pays développé, la pauvreté et les inégalités socioéconomiques y sont suffisamment répandues pour affecter considérablement la santé d'une tranche de la population. Plusieurs solutions à ce problème ont déjà été proposées dans un rapport intitulé *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits* (OMS, 2003), dans lequel l'Organisation mondiale de la Santé conclut que :

La bonne santé implique une réduction de l'échec scolaire, de l'insécurité et du chômage et une amélioration des conditions de logement. Les sociétés qui permettent à tous les citoyens de jouer pleinement un rôle utile dans la vie sociale, économique et culturelle de leur collectivité seront en meilleure santé que celles où les gens font face à l'insécurité, à l'exclusion et aux carences (OMS, 2003, p. 11).

Les solutions au problème des inégalités sociales de santé exigent donc des interventions complexes, durables et mises en œuvre de façon judicieuse. Ces objectifs multiples exigent souvent que l'on brise les cycles par lesquels les problèmes de santé associés à la pauvreté sont exacerbés par des facteurs comme l'insécurité alimentaire, le manque de logements et d'emplois et la précarité du revenu, etc. Par conséquent, il est peu probable qu'un seul programme permette de régler toutes les inégalités en matière de santé.

1.3 DEUX GRANDES APPROCHES DE L'INTERVENTION

Il est généralement admis que les actions visant à réduire les inégalités sociales de santé doivent provenir de deux directions à la fois. Comme l'ont démontré les travaux d'une équipe de recherche des Pays-Bas, les interventions gouvernementales les plus utiles sont celles qui réduisent la pauvreté elle-même, ce qui constitue la base de la première approche (Mackenbach, 1994). On y parvient en haussant le niveau de scolarité, en travaillant à réduire le chômage et en augmentant le revenu de ceux qui se trouvent au bas de l'échelle sociale. Les moyens d'y parvenir sont connus : les prestations, les suppléments au revenu et les programmes qui haussent le niveau de scolarité.

La seconde approche vise quant à elle la réduction de l'exposition des groupes désavantagés aux conditions (insécurité alimentaire, pollution et environnement non sécuritaire, par exemple) et/ou aux comportements (mauvaise alimentation, usage du tabac, etc.) dommageables pour la santé tout en gardant à l'esprit le contexte dans lequel évoluent ces groupes-cibles.

Les suppléments au revenu, les prestations pour l'achat de services de santé, la mise sur pied d'activités qui font la promotion du développement de la petite enfance, le suivi et l'aide aux femmes enceintes, le développement des habiletés relationnelles, voilà quelques-unes des avenues possibles pour réduire les inégalités sociales de santé.

1.4 PROFITABLE SUR LE PLAN SOCIAL ET ÉCONOMIQUE

Nous savons que ces interventions sont profitables non seulement sur le plan social, mais aussi sur le plan économique. Quand on considère les économies de coûts potentiels en soins de santé, en sécurité publique et autres coûts des agences gouvernementales, on constate que donner la chance à des enfants et à des adolescents de conserver une bonne santé et de

profiter des occasions de se développer et de cultiver leurs réussites génère des économies pour la société. Les 13 programmes présentés dans les pages qui suivent démontrent précisément que les efforts déployés pour réduire les inégalités sociales de santé ne constituent donc pas de simples dépenses, mais constituent un investissement dont toute la société bénéficie. Les programmes évalués démontrent de manière convaincante que les déterminants sociaux, la santé déficiente et les inégalités en matière de santé sont liés de façon inextricable et complexe. Il est connu que les parents souffrant d'un stress élevé sont moins portés à prendre part de près au développement de leurs enfants, que la pauvreté affecte le développement cognitif de ces derniers mais aussi que ceux d'entre eux qui acquièrent des habiletés grâce aux activités de loisir peuvent améliorer leurs résultats scolaires.

L'une des caractéristiques des programmes résumés ici est leur capacité à s'adapter au contexte de vie des groupes ciblés. Le programme d'abandon du tabagisme *Oui, j'arrête!*, par exemple, a été élaboré spécifiquement pour les femmes ayant un faible niveau de scolarité. Cette adaptation a contribué au succès du programme. On y a en effet observé des taux d'abandon du tabagisme plus élevés que ceux que l'on retrouve habituellement chez les groupes de femmes peu scolarisées.

2 PARTIE II : PROJETS, PROGRAMMES ET POLITIQUES

En résumé, voici les principales caractéristiques de ces 13 cas où l'on a atteint un succès mesurable en matière de réduction des inégalités de santé.

2.1 PREMIER AXE : INTERVENTIONS VISANT LE SOUTIEN ÉCONOMIQUE

Tableau 1 **Projet d'autosuffisance – PAS (Colombie-Britannique et Nouveau-Brunswick)**

Projet	Résultats – Évaluations de type I
<p>Instauré en 1992, ce projet qui s'est poursuivi jusqu'en 1999 avait pour objectif de vérifier si un supplément au revenu pouvait aider les familles monoparentales à sortir de l'aide sociale. Dans le cadre de ce projet, un parent qui acceptait d'occuper un emploi de son choix à temps plein pouvait recevoir pendant trois ans un supplément égal à la moitié de la différence entre son salaire et un montant annuel (30 000 \$ au Nouveau-Brunswick et 37 000 \$ en Colombie-Britannique).</p>	<p><i>Sur la pauvreté</i> : bien que la plupart des emplois étaient rémunérés au salaire minimum, 42 % des sujets du groupe expérimental, comparativement à 27 % de ceux du groupe témoin, ont travaillé à temps plein et ont vu leur revenu mensuel augmenter de 121 \$. Le nombre de personnes vivant sous le seuil du faible revenu était d'environ 10 % moins élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin (87 % par rapport à 78 %).</p> <p><i>Sur la santé, le comportement ou les résultats scolaires des enfants</i> : effet global nul, sauf que l'on rapporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des niveaux de délinquance mineure plus élevés ainsi que des niveaux inférieurs de performance scolaire chez les jeunes adolescents; • des résultats sur les plans cognitifs et scolaires légèrement supérieurs chez les enfants plus âgés, mais aucune différence n'a été notée concernant le comportement social et la santé. <p>Une évaluation ultérieure (après 54 mois) montre que les enfants qui avaient entre trois et cinq ans lors du projet ont obtenu de meilleurs résultats scolaires.</p> <p>Une autre étude (après 72 mois) indique que les enfants qui avaient entre quatre à neuf ans lors du programme ont démontré des comportements plus sociables que ceux du groupe témoin, tout en manifestant plus de problèmes de comportement.</p> <p><i>Sur la santé mentale des parents</i> : réduction de 19 % de l'incidence de problèmes de santé mentale, ce qui permet d'affirmer que le traitement d'une dépression coûte moins cher que le versement du supplément au revenu.</p>

Cremieux, Greenberg, Kessler, Merrigan et Van Audenrode 2004; Michalopoulos, Card, Gennetian, Harknett et Robins, 2000; Morris et Michalopoulos, 2000; Ross, 2003.

Tableau 2 Allocations pour soins de santé (Saskatchewan)

Projet <i>Family Health Benefits</i>	Résultats – Évaluation de type II-3
<p>Aux familles à faible revenu (moins de 25 900 \$), on offre depuis 1998 une aide financière afin qu'elles puissent utiliser gratuitement les services de santé non couverts par l'assurance-maladie (soins dentaires, soins d'optométrie et de chiropractie, médicaments sur ordonnance, ambulance, fournitures médicales). L'évaluation, qui a porté sur les comportements de quelque 100 000 personnes de 1998 à 2000, a permis de constater que les allocations ont eu un effet global positif sur les « comportements santé ».</p>	<p>Concrètement, on a constaté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'augmentation du recours à tous les services couverts; • l'augmentation des achats de médicaments pour les adultes, y compris les médicaments essentiels que les adultes n'achetaient pas auparavant faute d'argent. Il s'agissait de médicaments pour traiter les maladies cardiovasculaires et celles du système nerveux central. Plusieurs de ces médicaments sont essentiels pour traiter ou prévenir certaines maladies chroniques; • un phénomène semblable a été observé pour l'achat de médicaments pour les enfants. <p>De là, on peut extrapoler un corollaire selon lequel ces hausses d'achats de médicaments pourraient se traduire, à long terme, par une baisse du taux d'hospitalisation.</p>

Livingston, Lix, McNutt, Morris, Rosenbluth, Scott et Watson, 2004; Saskatchewan Health et Saskatchewan Social Services, 2007.

2.2 DEUXIÈME AXE : INTERVENTIONS VISANT À RÉDUIRE L'EXPOSITION AUX CONDITIONS ET/OU AUX COMPORTEMENTS DOMMAGEABLES POUR LA SANTÉ

Tableau 3 Développement des habiletés chez les enfants (Ottawa)

Projet <i>Participate and Learn Skills</i>	Résultats – Évaluation de type II-1
<p>Afin de prévenir la délinquance, ce programme a proposé une quarantaine d'activités de loisir et de développement de compétences aux enfants âgés 5 à 15 ans d'un grand complexe de logements sociaux de janvier 1980 à août 1982.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nette réduction du niveau global de comportements antisociaux chez les jeunes de la communauté. • Augmentation de la réussite et de la participation aux sports. • Accroissement de l'estime de soi. • Comportements délinquants : en nette baisse, ce qui a permis d'avancer que les économies réalisées sont 2,55 fois plus élevées que le coût du programme. • Effet neutre sur la performance scolaire ou les comportements à la maison.

Hertzman et Weins, 1996; Jones et Offord, 1989; Ross, 2003.

Tableau 4 Prévention de la délinquance chez les garçons (Montréal)

Projet <i>L'Étude expérimentale longitudinale de Montréal</i>	Résultats – Évaluations de type I
<p>Destiné aux garçons turbulents et agressifs, ce programme a consisté à leur enseigner des habiletés sociales à l'école, de septembre 1985 à juin 1987, afin de décourager, entre autres, leur « penchant pour les pairs antisociaux ».</p> <p>En parallèle, on a donné aux parents une formation sur l'éducation des enfants et on a fourni du soutien ainsi que de l'information sur les garçons à risque aux enseignants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation significative de la réussite scolaire : 20 % plus de garçons n'avaient pas doublé d'année scolaire; baisse significative des comportements antisociaux. • Par rapport au groupe témoin, les garçons qui ont participé au programme ont davantage obtenu leur diplôme d'études (+ 13 %) et eu moins d'ennuis avec la justice (- 11 % de dossier criminel).

Boisjoli, Vitaro, Lacourse, Barker et Tremblay, 2007; Hertzman et Weins, 1996.

Tableau 5 Suivi diététique durant la grossesse (Montréal)

Projet <i>The Higgins Nutrition Intervention Programme</i>	Résultats – Évaluation de type II-1
<p>De 1981 à 1991, ce programme de soutien aux femmes à faible revenu offrait un traitement diététique sur mesure à chaque femme enceinte d'un deuxième enfant (le premier enfant était dans le groupe témoin). Chaque femme recevait des allocations pour une alimentation spécifique en fonction des risques diagnostiqués.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les nourrissons du groupe expérimental pesaient en moyenne 107 g de plus que leur frère ou sœur du groupe témoin. • Le taux de petit poids à la naissance était de 50 % moins élevé chez les nourrissons du groupe expérimental. • Réduction des retards de croissance intra-utérine et de la mortalité périnatale.

Dubois, Coulombe, Pencharz, Pinsonneault, et Duquette, 1997; Higgins, Moxley, Pencharz, Mikolainis et Dubois, 1989; Ross, 2003.

Tableau 6 Services proactifs pour mères monoparentales (Ontario)

Projet	Résultats – Évaluation de type I
<p>De 1994 à 1999, un ou plusieurs services ont été offerts de manière proactive à des mères monoparentales vivant de l'aide sociale. Ces services comprenaient : visites d'une infirmière à domicile, perfectionnement professionnel, loisirs pour les enfants, garderie et développement des compétences des enfants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comparativement au groupe témoin, 15 % plus de mères n'ont plus eu besoin d'aide sociale après un an. • « Effet individuel » des services : les familles n'ayant bénéficié que du service de loisir ont été 10 % plus nombreuses à quitter l'aide sociale que celles qui n'ont reçu que les visites d'une infirmière (12 %) ou qu'une formation professionnelle (10 %). • Effet sur les enfants âgés de zéro à deux ans des services de garde/loisirs subventionnés comparativement à celui des services choisis et payés par les parents sur les enfants du groupe témoin : <ol style="list-style-type: none"> a) les enfants du premier groupe faisaient plus d'activités, entre autres plus d'activités en équipe (soit celles qui développent le plus les compétences globales et sociales); b) ils ont eu moins souvent besoin des soins de médecins spécialistes et de travailleurs sociaux; c) ceux qui avaient au départ des problèmes de comportement ont vu leurs compétences s'améliorer de façon significative; d) les parents de ces enfants ont moins souffert d'anxiété et de troubles du système nerveux et ont consommé moins de somnifères. • Rentabilité : le coût des services additionnels est compensé par des économies réalisées en raison de la moindre utilisation des services de santé.

Browne *et al.*, 1999; Browne, Byrne, Roberts, Gafni et Whittaker, 2001; Ross, 2003.

Tableau 7 Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur (Ontario)

Projet <i>Better Beginnings, Better Future</i>	Résultats – Évaluation de type II-1
<p>Appliqué entre 1993 et 1998, ce programme a touché 550 enfants. Il est décrit comme l'un des projets de prévention contrôlée les plus complets et complexes jamais mis en place pour les enfants d'âge scolaire et préscolaire. Implanté dans huit communautés défavorisées, il mettait l'accent sur la nature écologique du développement de l'enfant et comportait un ensemble complet d'activités visant à favoriser le fonctionnement de l'enfant, de la famille et de la collectivité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants : meilleur fonctionnement émotionnel, comportemental et social. • Famille : réduction de la violence familiale et du tabagisme, augmentation du taux de satisfaction conjugale. • Collectivité : plus de sécurité et meilleur taux de satisfaction par rapport au quartier (meilleure qualité de vie); plus grande utilisation des installations de loisir et réduction du nombre d'élèves ayant besoin de services spécialisés.

Peters *et al.*, 2000; Peters *et al.*, 2004; Ross, 2003.

Tableau 8 Campagne contre le tabagisme (Montréal)

Projet <i>Oui, j'arrête!</i>	Résultats – Évaluation de type II-3
<p>Programme consistant en des sessions de six cours pour des femmes peu scolarisées et à faible revenu du quartier Saint-Henri. Les cours étaient offerts par des organismes communautaires. Gratuit, le programme était adapté (contenu et structure) aux besoins de la clientèle ciblée. Offert pendant cinq ans, il faisait partie d'un programme plus vaste intitulé <i>Cœur en santé Saint-Henri</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Six mois après la fin du programme, le taux d'abandon du tabac était de 22 %, taux supérieur à ce qui est habituellement observé dans ce groupe qui tend à fumer plus que la moyenne des fumeurs. • Les femmes qui n'ont pas cessé de fumer ont cependant réduit leur consommation de 67 %.

O'Loughlin, Paradis, Renaud, Meshefedjian et Barnett, 1997.

Tableau 9 Naître égaux – Grandir en santé (Québec)

Projet <i>Naître égaux – Grandir en santé</i>	Résultats – Évaluation de type I
<p>De janvier 1994 à novembre 1998, un suivi et un soutien personnalisé ont été offerts à des femmes peu scolarisées vivant sous le seuil de la pauvreté. Offert à partir de la vingtième semaine de grossesse, ce soutien psychosocial, informatif et alimentaire visait à prévenir les retards de croissance intra-utérine, les naissances prématurées et l'insuffisance de poids à la naissance. Le groupe témoin était constitué de femmes ne recevant qu'un appui alimentaire (plutôt que des femmes ne recevant aucune aide).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats significatifs ont surtout porté sur la santé mentale des mères, car il n'y a pas eu de différences significatives entre les bébés des deux groupes. Le programme a eu un effet positif et significatif sur le niveau moyen des symptômes dépressifs postnataux des nouvelles mères, tant chez celles qui présentaient une symptomatologie dépressive élevée en prénatal que chez celles dont le classement était normal. • Moins d'anémie postnatale chez les femmes qui ont bénéficié du programme ainsi qu'une fréquence plus élevée d'allaitement maternel chez les mères d'origine canadienne.

Boyer et Laverdure, 2000; Boyer et Brodeur, 2001; Colin, 2004.

Tableau 10 Prévention des mauvais traitements des enfants (Manitoba)

Projet <i>The Neighbourhood Parenting Support Project</i>	Résultats – Évaluation de type II-3
<p>De 1988 à 1992, dans deux quartiers défavorisés de Winnipeg où les cas de protection de la jeunesse sont de trois à quatre fois plus fréquents que la moyenne, on a introduit un programme de support aux parents. Cette aide se présentait sous la forme de constitution de réseaux personnels et communautaires de soutien créés afin de réduire le nombre de mauvais traitements des enfants en raison du stress, de la détresse psychologique et d'épisodes de dépression. L'un des quartiers a servi de groupe expérimental, l'autre de groupe de comparaison.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des risques de mauvais traitements des enfants. • Les parents du groupe expérimental avaient accès à plus de personnes pour parler de leurs problèmes et cette augmentation était plus grande que celle observée dans le groupe de comparaison. • Plus grande participation des parents à la vie communautaire et citoyenne.

Armstrong et Hill, 2001; Fuchs, 1995.

Tableau 11 Centres de formation parentale (Ontario)

Projet <i>Early Years Centres</i>	Résultats – Évaluation de type II-1
Programme destiné aux parents et aux enfants de la maternelle de quartiers défavorisés afin d'accroître la maturité scolaire des enfants avant leur entrée au primaire et de permettre des interactions positives entre parents et enfants.	<ul style="list-style-type: none"> • On a constaté des différences significatives entre les enfants qui ont participé au programme et les autres (groupe témoin) en ce qui a trait au développement cognitif et langagier, aux habiletés de communication et aux connaissances générales, à la maturité émotionnelle et scolaire (+10 %), aux compétences sociales ainsi qu'à la santé et au bien-être physique. • Les parents qui ont bénéficié du programme ont accru leurs compétences parentales, établi un réseau social de soutien et créé des liens avec l'école de leur enfant.

Government of Ontario, n.d.; McCain et Mustard, 2002.

Tableau 12 Programme canadien de nutrition prénatale – PCNP (Canada)

Projet <i>Programme canadien de nutrition prénatale</i>	Résultats – Évaluation : types II-1 et III
Programme pour les adolescentes enceintes ainsi que pour les femmes enceintes nouvellement arrivées au pays ou aux prises avec un problème important (pauvreté, mauvaise alimentation, isolement géographique et social, violence, toxicomanie). Visant la santé de la mère et du nourrisson, la réduction du nombre de bébés de petit poids à la naissance et l'allaitement maternel, le programme finance de nombreux projets : banques alimentaires, services de soutien en santé et services sociaux, programmes de formation parentale, services de logement et de refuges, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de bébés de petit poids et plus de femmes qui optent pour l'allaitement maternel • Accès amélioré aux services • Réduction de l'isolement • Amélioration de l'alimentation • Grossesses et résultats plus sains • Meilleur rôle parental • Réduction du stress

Santé Canada, 1998; Agence de la santé publique du Canada, 2007.

Tableau 13 Norme volontaire canadienne pour des terrains de jeux sécuritaires et promotion de la norme (Montréal)

Projet Norme CAN/CSA Z614 de l'Association canadienne de normalisation sur la sécurité des aires de jeux	Résultats – Évaluation: type II-3
<p>En 1990, le gouvernement canadien adoptait une norme volontaire sur la sécurité des aires de jeu publiques. Un an plus tard, une étude de la Direction de santé publique de Montréal a révélé que les aires non sécuritaires étaient deux fois plus nombreuses dans les quartiers défavorisés. Aussi, de 1991 à 1995, les professionnels de la santé de la Direction de santé publique de Montréal ont sensibilisé les gestionnaires des terrains de jeux de l'île de Montréal afin de leur faire connaître l'importance d'appliquer cette norme et de réduire les écarts existant entre les quartiers favorisés et défavorisés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De 1991 à 1995, sur l'île de Montréal : réduction de 13 % des blessures dans les aires de jeux. • De 1991 à 1995, « rattrapage » à Montréal : augmentation de 20 % à 39 % du niveau de sécurité des aires de jeux des quartiers à revenus moyens, rejoignant pratiquement celui des quartiers à revenus élevés (40 %).

Option Consommateurs, 2003; Robitaille, Lesage, Laforêt, Dorval, et Bless. 1997.

3 PARTIE III : REMARQUES FINALES

Dans le but de soutenir les connaissances sur l'influence des déterminants sociaux de la santé, le CCNPPS a demandé au Centre Léa-Roback d'identifier des programmes et des politiques éprouvés ou prometteurs dans le domaine de la réduction des inégalités sociales de santé au Canada. Le Centre a sélectionné ces 13 projets en se basant sur l'existence et la robustesse des études qui ont évalué leur impact.

Le présent document démontre en fait qu'un nombre limité de politiques ou de programmes destinés à remédier aux inégalités sociales de santé a été soumis à une évaluation basée sur des méthodologies quantitatives définies de manière stricte. Bien qu'il soit important que toutes les politiques et tous les programmes agissant sur les déterminants sociaux de la santé soient l'objet d'une évaluation rigoureuse, il n'est pas toujours facile ou désirable de limiter l'évaluation à une seule approche. En fait, les paramètres servant à étudier la recherche sociale diffèrent souvent de ceux qui sont ordinairement utilisés dans un cadre clinique et il n'est pas sûr que les critères utilisés pour un cadre pourront être appliqués dans l'autre cadre. Néanmoins, cette étude a permis de documenter des évaluations couvrant les composantes principales des politiques et des programmes. Ces programmes s'inscrivent dans deux grandes approches de la question des inégalités sociales de santé. Une première approche consiste en des interventions visant la pauvreté elle-même (au moyen de divers programmes de soutien au revenu). Une seconde approche consiste à réduire l'exposition des groupes désavantagés aux conditions et/ou aux comportements dommageables pour la santé au moyen de programmes d'intervention pour la petite enfance, d'un apport nutritionnel supplémentaire pour les femmes enceintes à faible revenu ou par d'autres façons. Tout en continuant à évaluer les retombées mesurables de ces programmes et celles d'autres programmes similaires, il sera aussi important de chercher d'autres méthodes pour évaluer et documenter les interventions supplémentaires.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2007). *Programme canadien de nutrition prénatale : Une décennie de promotion de la santé des mères, des bébés et des communautés*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada.
- Armstrong, C. et Hill, M. (2001). Support services for vulnerable families with young children. *Child & Family Social Work*, 6(4), 351-358.
- Boisjoli, R., Vitaro, F., Lacourse, E. Barker, E. D. et Tremblay, R. E. (2007). Impact and clinical significance of a preventive intervention for disruptive boys 15-year follow-up, *British Journal of Psychiatry*, 191, 415-419.
- Boyer, G. et Brodeur, J.-M. (2001). *Naître égaux – grandir en santé : Des résultats pour poursuivre le chantier*, rapport synthèse. Direction de santé publique de Montréal.
- Boyer, G. et Laverdure, J. (2000). *Le déploiement des programmes de type Naître égaux – Grandir en santé au Québec. Avis de l'Institut national de santé publique du Québec*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Browne, G., Byrne, C., Roberts, J., Gafni, A. et Whittaker, S. (2001). When the bough breaks: provider-initiated comprehensive care is more effective and less expensive for sole-support parents on social assistance. *Social Science & Medicine*, 53(12), 1697-1710.
- Browne, G., Byrne, C., Roberts, J., Gafni, A., Watt, S., Haldane, S. et al. (1999). Benefiting all the beneficiaries of social assistance: The 2-year effects and expense of subsidized versus non-subsidized quality childcare and recreation. *National Academies of Practice Forum: Issues in Interdisciplinary Care*, 1(2), 131-142.
- Colin, C. (2004). Naître égaux-Grandir en santé : un exemple de la contribution des infirmières en prévention et en promotion de la santé en périnatalité. *Santé publique*, 16(2), 287- 290.
- Cremieux, P., Greenberg, P., Kessler, R., Merrigan, P. et Van Audenrode, M. (2004). *Employment, Earnings Supplements, and Mental Health: A Controlled Experiment; The Self-Sufficiency Project*, Social Research and Demonstration Corporation.
- Dubois, S., Coulombe, C., Pencharz, P., Pinsonneault, O. et Duquette, M.-P. (1997). Ability of the Higgins Nutrition Intervention Program to Improve Adolescent Pregnancy Outcome. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(8), 871-878.
- Fuchs, D. (1995). Preserving and strengthening families and protecting children: social network intervention, a balanced approach to the prevention of child maltreatment. Dans J. Hudson et B. Galaway (dir.). *Child Welfare in Canada: Research and Policy Implications*. Toronto: Thompson Educational Publishing, 113-122.
- Gouvernement de l'Ontario. (2001). Harris Government launches Ontario's Early Years Centres and Early Years Plan. Consulté en ligne à : <http://wwwFOUNDERS.net/ey/news.nsf/24157c30539cee20852566360044448c/55956c2e88f0e9b985256a49001a3e92!>.
- Santé Canada. (1994). *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

- Hertzman C. et Wiens M. (1996). Child development and long-term outcomes: a population health perspective and summary of successful interventions. *Social Science and Medicine*, 43(7), 1083-1095.
- Higgins, A. C., Moxley, J. E., Pencharz, P. B., Mikolainis, D. et Dubois, S. (1989). Impact of the Higgins Nutrition Intervention Program on birth weight: a within-mother analysis. *Journal of the American Dietetic Association*, 89(8), 1097-1103.
- Jones, M. et Offord, D. (1989). Reduction of antisocial behavior in poor children by non-school skill development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(5), 737-750.
- Livingstone, T., Lix, L., McNutt, M., Morris, E., Rosenbluth, D., Scott, D. et Watson, F. (2004). An investigation of the impact of supplementary health benefits for low-income families in Saskatchewan. *Canadian Journal of Public Health*, 95(1), 74-78.
- Mackenbach, J. (1994). Socio economic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five year research programme. *British Medical Journal*, 309(6967), 1487-1491.
- McCain M. N. et Mustard, J. F. (2002). *The Early Years Study, Three Years Later. From early child development to human development: Enabling communities*. Toronto: The Founders' Network of the Canadian Institute for Advanced Research.
- Michalopoulos, C., Card, D., Gennetian, L. A., Harknett, K. et Robins, P. K. (2000). *Le Projet d'autosuffisance après trente-six mois : Effets d'un incitatif financier sur l'emploi et le revenu*, Société de recherche sociale appliquée. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Morris, P. et Michalopoulos C. (2000). *Le Projet d'autosuffisance après trente-six mois : Effets sur les enfants d'un programme ayant augmenté l'emploi et le revenu des parents*, Société de recherche sociale appliquée. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- O'Loughlin, J., Paradis, G., Renaud, L., Meshefedjian, G. et Barnett, T. (1997). The « Yes, I Quit » smoking cessation course: Does it help women in a low income community quit? *Journal of Community Health*, 22(6), 451-468.
- Option-Consommateurs. (2003). *L'état des terrains de jeu. Faut-il s'alarmer?* Consulté en ligne à : <http://www.option-consommateurs.org/journalistes/enquetes/12/>.
- Peters, R. D.ev., Arnold, R., Petrunka, K., Angus, D. E., Bélanger, J.-M., Boyce, W. et al. (2004). *Better Beginnings, Better Futures: A comprehensive, community-based project for early child hood development. Highlights of Lessons Learned*. Kingston, Ontario: Better Beginnings, Better Futures Research Coordination Unit Technical Report.
- Peters, R., Arnold, R., Petrunka, K., Angus, D., Brophy, K., Burke, S. et al. (2000). *Developing capacity and competence in the Better Beginnings, Better Futures Communities: short-term findings report*. Better Beginnings, Better Futures Research Coordination unit Technical Report.
- Robitaille Y., Lesage, D., Laforêt, S., Dorval, D. et Bless, B. (1997). *Réduction des blessures liées aux appareils de jeu par l'amélioration de la sécurité des appareils. Rapport de recherche au PNRDS (projet 6605-4293-BF)*. Montréal : Direction de santé publique de la RRSSS de Montréal-Centre.

Ross D. (2003). *Approches politiques à l'égard des répercussions de la pauvreté sur la santé*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

Saskatchewan Health et Saskatchewan Social Services. (2001). *Monitoring the effects of family health benefits for low income families in Saskatchewan. Final report on an inter-departmental research program*. Consulté en ligne à : www.health.gov.sk.ca/family-hlth-benefits.

Wilkinson, R. et Marmot, M. (dir.). (2003). *Les déterminants sociaux de la santé: Les Faits*. Danemark : Organisation mondiale de la Santé.

World Health Organization. (2007). *A conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, April 2007 Draft*. Denmark: World Health Organization.

www.ccnpps.ca



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec 