

POLITIQUES PUBLIQUES
ET *santé*



**Avenues politiques : intervenir
pour réduire les inégalités sociales
de santé**

RAPPORT

Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé

RAPPORT

Vice-présidence aux affaires scientifiques

Mai 2014

AUTEURS

Roseline Lambert
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Julie St-Pierre
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Lucie Lemieux
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Maude Chapados
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Geneviève Lapointe
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Pierre Bergeron
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Robert Choinière, consultant

Marie-France Leblanc
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Geneviève Trudel
Vice-présidence aux affaires scientifiques

MISE EN PAGES

Manon Dussault, technicienne en administration
Vice-présidence associée aux affaires scientifiques

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier Olivier Bellefleur, Odile Bergeron, Katherine Frohlich, Amélie Quesnel-Vallée, Johanne Laguë, Jérôme Martinez, Suzanne Moffet, Réal Morin, Val Morrison, Elisabeth Papineau, Ginette Paquet, Marie-France Raynault, Faisca Richer, Valéry Ridde, Hélène Valentini et Deena White pour leurs commentaires judicieux.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2014
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISSN : 1919-174X (PDF)
ISBN : 978-2-550-70600-7 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est un centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités, en rendant disponibles son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage.

Plus spécifiquement, l'une des missions de l'INSPQ est d'évaluer les impacts positifs et négatifs de mesures ou politiques publiques sur la santé de la population québécoise en s'appuyant sur les meilleures données disponibles. La problématique des inégalités sociales de santé a été identifiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) comme un thème prioritaire dans les travaux d'analyses des politiques publiques en lien avec les déterminants sociaux de la santé confiés à l'Équipe politiques publiques de l'INSPQ.

C'est donc en lien avec cette mission de soutien que la Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a mandaté l'INSPQ pour produire un document sommaire recensant les interventions gouvernementales de réduction des inégalités sociales de santé (ISS) dans une optique d'aide à la décision.

FAITS SAILLANTS

Différents facteurs sociaux, comme l'éducation, le revenu, le travail, le milieu de vie, le logement et l'accès aux services déterminent l'état de santé des personnes. Ceux-ci interagissent et se combinent tout au long du parcours de vie. La répartition inéquitable de ces facteurs, ou déterminants de la santé, entre les groupes engendre des écarts considérables dans la santé des personnes au sein d'une même communauté, d'un pays ou entre les différents pays. Ces écarts ou distribution inégale de l'état de santé en fonction de ces déterminants au sein de la population se nomment les inégalités sociales de santé (ISS). Ces inégalités ne constituent pas un phénomène inéluctable et pourraient être réduites, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La problématique des inégalités sociales de santé est vaste et complexe : les dynamiques inégalitaires de pouvoir et d'exclusion, de même que certaines normes, politiques et pratiques sociales engendrent des disparités sociales et de santé.

Les données concernant l'ampleur des ISS au Québec sont éloquentes. Les écarts entre les groupes socioéconomiques sont marqués en termes d'espérance de vie et de mortalité prématurée. Par exemple, en 2006, il y aurait entre le groupe le plus défavorisé de la population et le groupe le plus favorisé un écart pour l'espérance de vie de 8,1 ans chez les hommes et de 3,9 ans chez les femmes. De même, il y aurait 93 % plus de personnes ne se percevant pas en bonne santé, 88 % plus de fumeurs quotidiens, 54 % plus de personnes insatisfaites de leur vie sociale, 28 % plus de personnes obèses, dans le groupe le plus défavorisé de la population que dans le groupe le plus favorisé. Certains groupes de la population, comme les Autochtones, seraient affectés par les inégalités sociales de santé de manière alarmante, dans certains cas.

L'intervention gouvernementale pour réduire les ISS n'est pas simple, ni univoque, et passe nécessairement par un ensemble d'interventions. En matière de réduction des ISS, les gouvernements ont développé différentes approches. Certains pays ont, par exemple, adopté une politique gouvernementale systématique et globale de réduction des ISS alors que d'autres pays ont plutôt élaboré une politique nationale de santé publique visant explicitement la réduction des ISS, ou s'attaquant en amont aux déterminants sociaux de la santé. Parallèlement à ces approches globales, plusieurs interventions sectorielles ou intersectorielles axées sur des déterminants de la santé peuvent contribuer de manière significative à combattre les ISS. Il n'existe pas de consensus scientifique sur une manière efficace d'intervenir dans la réduction des ISS, encore que certains auteurs recommandent des interventions ciblant en priorité l'accès plus égalitaire aux ressources, comme celles visant le revenu, le travail, l'accès à l'éducation et aux services. La nécessité de prendre en compte les ISS dans les interventions de l'État pour, tout au moins, ne pas les aggraver est cependant reconnue par les experts. De plus, la présente recension montre que pour réduire les ISS, les politiques sociales doivent être renforcées à la fois au niveau de la population générale (interventions universelles) et des populations défavorisées (interventions ciblées) sans stigmatiser ces dernières. À ce titre, les interventions proportionnellement ciblées, soit des actions qui visent la population générale tout en prévoyant une intervention modulée en fonction du gradient social en santé, doivent être privilégiées et renforcées. La recension des expériences étrangères permet aussi de dégager des conditions qui favorisent des

retombées prometteuses, soit la mobilisation des différents acteurs autour de priorités d'action communes, la participation des citoyens aux interventions, la qualité des interventions et l'intégration des services offerts pour en favoriser l'accès.

Le Québec ne peut adopter à son échelle provinciale, une politique de même envergure que celles de plusieurs des pays présentés dans ce document; il peut, cependant, s'en inspirer en tenant compte du contexte fédéral dans lequel il intervient. Le Québec n'a pas de politique visant spécifiquement ou globalement la réduction des ISS. Le gouvernement québécois a toutefois mis en place des interventions à grande échelle qui s'attaquent aux inégalités sociales et économiques, en visant, par exemple, la pauvreté ou l'exclusion sociale. Quelques avenues à explorer par le gouvernement québécois sont soulevées, en particulier, la promotion d'une vision concertée de la réduction des ISS pour mobiliser tous les secteurs gouvernementaux, le renforcement des acquis en termes de protection sociale, de lutte à la pauvreté et d'action sur des déterminants de la santé, la mise en place d'un système de suivi et la participation des citoyens au processus décisionnel.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : QUELQUES REPÈRES	3
1.1 Déterminants sociaux de la santé, iss et gradient social en santé	3
1.2 Intervenir pour réduire les iss	5
1.3 Réduction des iss et action intersectorielle	11
1.4 Réduction des iss et contexte sociopolitique	12
2 RÉDUCTION DES ISS : APPROCHES GOUVERNEMENTALES GLOBALES OBSERVÉES AILLEURS DANS LE MONDE.....	15
2.1 Royaume-uni.....	15
2.2 Finlande	17
2.3 Suède	18
2.4 Norvège	20
2.5 Australie	21
2.6 Nouvelle-Zélande	22
3 RÉDUCTION DES ISS : CONTEXTE QUÉBÉCOIS	25
3.1 Action intersectorielle	25
3.2 Initiatives des autorités de santé publique	27
3.3 Contexte canadien et politique du gouvernement fédéral	29
4 POLITIQUES GOUVERNEMENTALES AXÉES SUR DES DÉTERMINANTS PRÉCIS DE LA SANTÉ AU QUÉBEC ET AILLEURS DANS LE MONDE	33
4.1 Petite enfance et éducation	33
4.2 Emploi, revenu et solidarité	38
4.3 Environnement et aménagement du territoire.....	45
4.4 Habitudes de vie	53
4.5 Systèmes de soins et services de santé.....	59
CONCLUSION	65
RÉFÉRENCES.....	69

INTRODUCTION

Ce document porte sur les inégalités sociales de santé (ISS) et sur les politiques publiques implantées au Québec et ailleurs dans le monde pour réduire ces inégalités. Il vise principalement à recenser les interventions gouvernementales pouvant guider le gouvernement québécois dans l'amélioration ou le développement d'interventions pour réduire les ISS ou pour participer indirectement à leur réduction. Bien que le Québec soit une province dans un régime fédéral, il peut s'inspirer des politiques des pays présentés dans la deuxième section de ce document, pour poursuivre ou renforcer ses interventions à l'égard des ISS. À cette fin, ce document identifie des exemples de politiques, de stratégies, de lois, de plans d'actions et de programmes qui constituent des options ou des avenues inspirantes à considérer. Les principales conditions de mise en œuvre et l'efficacité ou les retombées de ces interventions sont examinées lorsque les données sont disponibles. La problématique de la lutte aux ISS étant très vaste, la recension se concentre sur les interventions gouvernementales centrales, à quelques exceptions près, même si beaucoup d'interventions prometteuses et pertinentes de réduction des ISS émanent des niveaux régional et local ou encore d'autres secteurs, comme le milieu communautaire et le secteur privé.

Approche méthodologique

Le présent document ne constitue pas une recension systématique et exhaustive de la littérature sur la réduction des ISS. Il s'agit d'une revue narrative de la littérature grise et scientifique visant à cibler des exemples d'interventions et de mesures par des gouvernements quant à leurs impacts sur les ISS. Il ne s'agit pas d'une analyse fine de politiques publiques mais plutôt d'un survol d'avenues politiques sur cette problématique très large. Plusieurs rapports d'experts et d'organismes internationaux reconnus ont été consultés pour identifier les interventions présentées dans toutes les sections de ce document. Pour les approches globales de lutte aux ISS, les dimensions suivantes ont été documentées, soit la responsabilité (porteur, secteur, palier), la portée de l'intervention (mesures universelles ou ciblées), les mécanismes de coordination, d'implantation et d'évaluation, les objectifs de l'intervention en lien avec les ISS et les facteurs favorables et défavorables à l'adoption et à l'implantation des politiques. Pour les interventions portant sur des déterminants précis, les interventions étrangères qui paraissaient les plus innovantes pour éclairer la réflexion québécoise sur la lutte aux ISS ont été sélectionnées en se limitant aux interventions qui n'avaient pas leur équivalent au Québec et qui se déployaient dans des contextes relativement comparables. L'adoption, la mise en œuvre et le suivi des interventions ont été documentés quand les données étaient disponibles. Les interventions québécoises ont été recensées à partir des sites et des publications des ministères, des organismes gouvernementaux et de certains acteurs-clés dans les différents secteurs d'intervention ciblés par le document afin de dresser un portrait le plus complet possible. L'ampleur du sujet couvert a imposé plusieurs limites à ce document; ainsi, il ne propose pas une évaluation des interventions recensées et l'implantation des interventions québécoises listées n'est pas abordée. De plus, comme plusieurs des stratégies de lutte déployées contre les ISS datent de quelques années, le contexte politique actuel des pays présentés n'a pas été pris en compte systématiquement. Il est à noter que cette recension ne couvre pas l'ensemble des politiques fiscales même si celles-ci peuvent avoir des impacts sur les inégalités sociales. Il s'agit d'un champ de politiques complexe qui n'a pas pu être traité dans

le cadre du présent document. Enfin, ce document a bénéficié des commentaires de plusieurs experts œuvrant dans le domaine des politiques publiques favorables à la santé.

Ce document comporte quatre sections. La première section fournit quelques repères sur les inégalités sociales de santé en présentant des définitions et un cadre conceptuel de cette problématique en plus de rappeler quelques éléments historiques. Cette première section comprend également un encadré sur l'ampleur des ISS au Québec et s'intéresse à différentes approches intersectorielles ainsi qu'au contexte sociopolitique de cet enjeu. La deuxième section propose quant à elle un aperçu d'approches gouvernementales globales de réduction des ISS mises en place dans six pays considérés comme pionniers en la matière. Puis, la troisième section aborde le contexte et les différentes initiatives développées au Québec qui pavaient la voie à une éventuelle intention gouvernementale plus concertée de réduction des ISS. Finalement, la quatrième section présente un survol des approches de réduction des ISS qui s'attaquent en amont à un ou des déterminants sociaux de la santé, ce qui correspond davantage à ce qui est observable au Québec. Plusieurs interventions sectorielles ou intersectorielles axées sur des déterminants pour combattre les ISS au Québec ou ailleurs sont décrites pour cinq secteurs, soit ceux de la petite enfance et l'éducation, l'emploi, le revenu et la solidarité sociale, l'environnement et l'aménagement du territoire, les habitudes de vie et les systèmes de soins et services de santé. Enfin, le document conclut avec les principaux défis et limites de la lutte aux ISS ainsi que sur des avenues politiques pouvant soutenir cet objectif social et de santé.

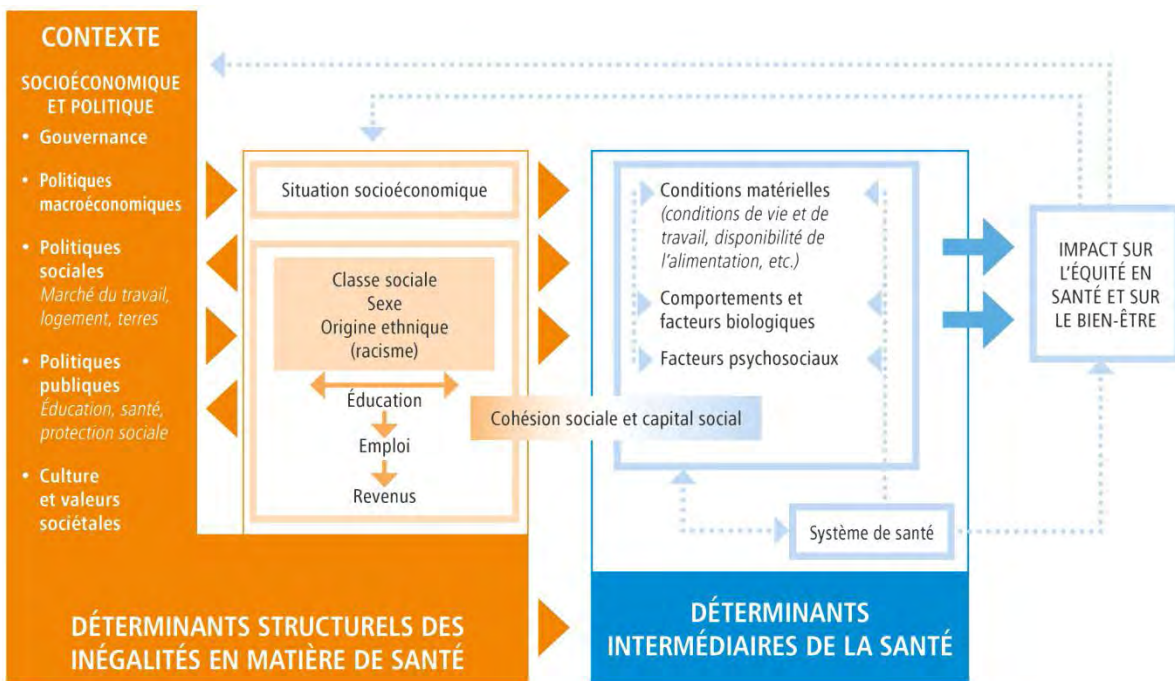
1 INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : QUELQUES REPÈRES

1.1 DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ, ISS ET GRADIENT SOCIAL EN SANTÉ

La façon dont les gens naissent, grandissent, étudient, travaillent et vivent, influence la santé autant sinon davantage que l'hérédité ou le système de santé. La répartition inéquitable des déterminants sociaux de la santé entre les groupes est à l'origine des écarts de santé injustes et importants au sein d'un même pays ou entre les différents pays (10). Plusieurs facteurs, comme l'éducation, l'emploi, le revenu, le milieu de vie, le logement et l'accès aux services, déterminent l'état de santé des personnes. Comme ces facteurs varient selon le statut socioéconomique des individus, ils sont désignés comme étant les déterminants sociaux de la santé.

Ces différents déterminants qui interagissent les uns avec les autres et qui se combinent différemment tout au long de la vie peuvent engendrer des écarts considérables dans la santé des personnes. Ces écarts ou distribution inégale de l'état de santé en fonction de ces déterminants au sein de la population se nomment les inégalités sociales de santé. Elles réfèrent à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale¹. La présente synthèse traite des inégalités sociales de santé qui, d'une part, sont plus spécifiques que les inégalités sociales dont elles découlent et qui, d'autre part, diffèrent des inégalités de santé qui sont la distribution inégale de l'état de santé liée à des facteurs génétiques et physiologiques non inhérents à des aspects d'équité et de justice sociale². Parce que ces inégalités sont évitables, l'OMS considère ces écarts comme injustes (10). Les dynamiques inégalitaires de pouvoir et d'exclusion, de même que certaines normes, politiques et pratiques sociales engendrent ces disparités sociales et de santé. La nécessité de prendre en compte les ISS dans les interventions de l'État pour, tout au moins, ne pas les aggraver est reconnue par les experts.

Les ISS découlent d'abord de déterminants dits structuraux, soit le contexte socioéconomique d'un pays, les valeurs et les politiques publiques mises de l'avant par son gouvernement de même que de la situation socioéconomique des individus. Ces déterminants se situent en amont des autres, et sont en d'autres mots la « cause des causes », car ils influencent d'autres facteurs, les déterminants dits intermédiaires de la santé qui ont des impacts sur les ISS (voir la figure 1).



Source : Solar and Irwin, 2010⁶

Figure 1 Cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé

Source : Organisation mondiale de la santé, 2011 : p. 7³

Ces écarts sociaux de santé ne s’observent pas uniquement entre les personnes les plus riches et les moins fortunées. Pour la plupart des indicateurs de santé (par exemple, le taux de morbidité ou l’espérance de vie à la naissance), les ISS apparaissent selon un continuum en fonction des revenus et du niveau d’éducation. En d’autres mots, les personnes qui jouissent d’un statut socioéconomique moins élevé sont en moins bonne santé que celles qui se situent juste au-dessus dans l’échelle. Cette gradation ascendante de l’état de santé en fonction de la situation socioéconomique est appelée le **gradient social en santé**.

Ces inégalités sociales de santé tendent également à s’accroître au fil de la vie. C’est que la santé serait non seulement le résultat des conditions de vie actuelles, mais aussi celui des conditions de vie passées, selon une approche appelée « parcours de vie ». Cette approche voit les individus dans l’ensemble de leurs dimensions biologiques, psychologiques et sociales, mais aussi dans leurs trajectoires temporelles⁴. Cette perspective permet de comprendre pourquoi les déterminants de la santé influencent différemment les individus selon leurs différentes étapes. Ainsi, le niveau de vie de la famille d’un enfant influence le nombre d’années auxquelles il peut espérer vivre en bonne santé. Cependant, cette approche montre que même si les individus se situant dans les catégories socioéconomiques défavorisées ont plus de risques de souffrir de maladies, de vulnérabilités ou d’exclusion sociale tout au long de la vie, ces déterminants de la santé peuvent aussi être corrigés ou modifiés⁵.

1.2 INTERVENIR POUR RÉDUIRE LES ISS

L'intérêt pour les inégalités sociales de santé n'est pas récent, puisque c'est au 19^e siècle que les premiers travaux sur cette question ont été publiés en Europe. Alors qu'Edward Chadwick en Angleterre reconnaissait en 1842 le lien entre l'espérance de vie et l'approvisionnement de différents quartiers en eau potable. En Allemagne en 1848, Rudolf Virchow prescrivait l'éducation, la liberté et la prospérité pour contrer une épidémie de typhus en Haute Silésie. Au même moment, Friedrich Engels analysait la santé des ouvriers en établissant le lien avec le développement du capitalisme industriel en Angleterre. À cette époque, les luttes sociales avaient lieu dans toute l'Europe et devenaient le moteur du progrès social. Dans ce contexte, le lien entre la santé et les conditions de vie était de plus en plus documenté. Plus tard, le développement de la médecine à partir des années 1950 laissait penser que les inégalités de santé disparaîtraient grâce à un accès universel aux soins médicaux. Le développement des connaissances en santé publique est venu remettre en cause cette illusion médicale puisque les recherches sur les causes des maladies chroniques et des différents taux de mortalité entre groupes sociaux concluaient à l'existence de causes « sociales » ou de déterminants sociaux de la santé⁶ pour lesquelles la médecine se révélait impuissante.

Dans les dernières années, de nombreuses organisations internationales, dont l'OMS, la Banque Mondiale, l'Unicef, l'Organisation panaméricaine pour la santé et les Nations-Unies ont fait des inégalités de santé une priorité d'action internationale⁷. En 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé engageait ses signataires à « combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés »⁸. En Europe, les pays membres de l'Union européenne se fixaient en 2005 comme objectif commun de résorber les inégalités de santé en coordonnant leurs différentes politiques d'inclusion sociale. L'année suivante, l'équité en santé était identifiée par le Conseil européen comme une des principales valeurs communes aux systèmes de santé européens, avant d'en faire une priorité d'action de la stratégie européenne de santé 2008-2013⁹. De nombreux gouvernements reconnaissent depuis longtemps l'existence des ISS, mesurent leur évolution et réfléchissent aux meilleurs moyens de les contrer. Sous les effets de la récente crise économique mondiale, cette problématique apparaît maintenant prioritaire, et les appels à l'action se font de plus en plus pressants notamment par des organisations internationales comme la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé¹⁰. L'OMS/Europe, ses États membres et partenaires s'organisent d'ailleurs autour de la stratégie Santé 2020 qui « établira des partenariats pour agir et reprendra les innovations prometteuses afin de s'attaquer aux déterminants et aux moteurs complexes de la santé et de l'équité en santé »¹¹.

Deux sociologues américains Link et Phelan ont développé, depuis 1995¹², une « théorie des causes fondamentales » pour tenter d'expliquer pourquoi les inégalités de santé et de mortalité persistent à des taux presque similaires depuis au moins le début du 19^e siècle, et ce, malgré l'éradication dans les pays les plus riches de plusieurs maladies infectieuses qui touchaient davantage les populations défavorisées en raison des difficiles conditions sanitaires et de logement. Les inégalités de santé reflètent maintenant les nouvelles causes de mortalité qui incluent les maladies cardiovasculaires et les cancers et qui sont aggravées

par les facteurs de risque comme la sédentarité, le tabagisme et les habitudes alimentaires qui sont associés au statut socioéconomique. Les inégalités semblent aussi persister malgré des stratégies de plusieurs pays qui visent la réduction de ces facteurs de risque. Ces chercheurs expliquent que le statut socioéconomique comprend l'accès à des ressources comme l'argent, les connaissances, le prestige, le pouvoir et le réseau social et que, l'accès à ces ressources a un effet protecteur sur la santé. Conséquemment, les causes fondamentales des inégalités de santé, soit le difficile accès à ces ressources, affectent la santé peu importe les maladies ou les profils de risque¹³.

En s'appuyant sur cette théorie, une récente étude analysant les causes de mortalité entre 1961 et 1999 en Écosse montre qu'il y a un gradient socioéconomique clair pour les causes de mortalité évitable, mais pas pour la mortalité de causes non évitables¹⁴. Ainsi, l'inégalité dans les causes de mortalité augmente lorsque ces causes peuvent être prévenues. Ces auteurs concluent que pour une véritable diminution des inégalités dans les causes de mortalité, il faut s'attaquer plus largement à une réduction des inégalités sociales, soit les différences de revenus, de richesse et de pouvoir à travers l'ensemble de la société. Les auteurs discutent aussi que l'approche écossaise actuelle de réduction des inégalités qui s'attaquent à des déterminants proximaux comme le tabagisme montre peu de résultats dans la réduction des écarts.

Link et Phelan arrivent aussi à ces conclusions lorsqu'ils abordent la question des interventions politiques (12). Afin de réduire les ISS, leur théorie des causes fondamentales mène à des interventions ciblant l'accès aux ressources plutôt que des approches individuelles visant les facteurs de risque. Cette approche par facteur de risque, même si elle mène souvent à une amélioration globale de l'état de santé d'une population, produit souvent une augmentation des ISS parce qu'elle implique l'accès aux ressources des individus. C'est pourquoi ces sociologues proposent d'abord de mettre l'accent sur la réduction des inégalités dans l'accès aux ressources avec des mesures qui favorisent la sécurité sociale, le soutien au revenu, l'accès à l'emploi, le logement social, les congés parentaux, l'accès aux études, etc. Il importe aussi pour ces auteurs de privilégier des interventions qui n'impliquent pas les changements de comportements ou l'utilisation de ressources par les individus.

Il demeure que l'intervention gouvernementale pour réduire les ISS n'est pas simple, ni univoque, et passe nécessairement par un ensemble d'interventions. La prise en compte élargie du contexte sociopolitique dans lequel s'inscrivent les inégalités sociales est essentielle pour orienter les interventions, comme il sera discuté plus loin.

Ampleur des ISS au Québec : bref aperçu

Bien que les taux de pauvreté demeurent encore trop élevés, le Québec fait relativement bonne figure en matière de lutte contre les inégalités sociales dans le contexte nord-américain et se situerait à l'avant-garde de la lutte contre la pauvreté au Canada¹⁵. À l'instar des autres provinces canadiennes et des États-Unis, le Québec a connu au cours de la dernière décennie une augmentation de ses inégalités de revenus, mais a tout de même su maintenir un niveau d'inégalités de revenus parmi les plus bas en Amérique du Nord¹⁶.

La section qui suit montre que malgré une amélioration constante de l'état de santé qui rejoint tous les groupes socioéconomiques du Québec, les inégalités sociales de santé entre ces groupes sont importantes et tendent même à augmenter dans le temps^{17 18 19 20 21}. Les données concernant l'ampleur des ISS au Québec sont éloquentes comme le montrent le tableau 1 et la figure 2. Dans le groupe le plus défavorisé de la population (selon un indice de défavorisation^a, il y aurait 88 % plus de fumeurs quotidiens, 28 % plus de personnes obèses, 54 % plus de personnes insatisfaites de leur vie sociale et 93 % plus de personnes ne se percevant pas en bonne santé que dans le groupe le plus favorisé. Les inégalités au Québec ne se retrouvent pas uniquement entre le groupe le plus favorisé et le groupe le plus défavorisé de la population; les valeurs suivent un gradient tel que démontré dans le Tableau 1. Au fur et à mesure que les individus montent dans l'échelle sociale de par leur revenu et leur niveau d'éducation, ils jouissent d'un meilleur état de santé. Dès lors, si les Québécois évoluant au sein de la classe moyenne semblent généralement en meilleure santé que les plus démunis, ils demeurent tout de même en moins bonne santé que ceux appartenant au groupe le plus privilégié.

Tableau 1 Données pour 4 indicateurs tirées d'enquêtes de santé^b

	Groupe le plus défavorisé (G1)	Groupe le plus favorisé (G5)	Excédent observé dans le groupe le plus défavorisé
Fumeurs quotidiens	27,5 %	14,6 %	88 %
Personnes obèses	17,6 %	13,7 %	28 %
Personnes insatisfaites de leur vie sociale	8,3 %	5,4 %	54 %
Personnes ne se percevant pas en bonne santé	14,5 %	7,5 %	93 %

* $(G1-G5) / G5 \times 100$.

^a Un indice de défavorisation a été créé par des chercheurs québécois à la fin des années 1990 afin d'identifier les ISS et d'en suivre l'évolution dans le temps à l'échelle du Québec (**Erreur ! Signet non défini.**). Cet indice permet de classer la population québécoise selon cinq groupes de défavorisation allant du plus défavorisé au plus favorisé. L'une des façons de quantifier les ISS consiste à comparer les valeurs obtenues pour le groupe le plus défavorisé à celles du groupe le plus favorisé.

^b Proportion de fumeurs quotidiens âgés de 18 ans et plus (2007-2008); Proportion de personnes âgées de 18 ans et plus présentant de l'obésité (2008); Proportion de personnes âgées de 15 ans et plus insatisfaites de sa vie sociale (2008); Proportion de personnes âgées de 15 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé (2008).

Les écarts entre les groupes socioéconomiques sont aussi marqués en termes d'espérance de vie (voir figure 2) et de mortalité prématurée. En 1996, le retard d'espérance de vie du groupe le plus défavorisé par rapport au groupe le plus favorisé était de 7,7 ans chez les hommes et de 3,0 ans chez les femmes. Entre 1996 et 2006, le groupe le plus défavorisé a vu son espérance de vie augmenter de 3,6 ans chez les hommes et de 2,1 ans chez les femmes. Malgré cela, le retard par rapport au groupe le plus favorisé s'est accru atteignant en 2006, 8,1 ans chez les hommes et 3,9 ans chez les femmes.

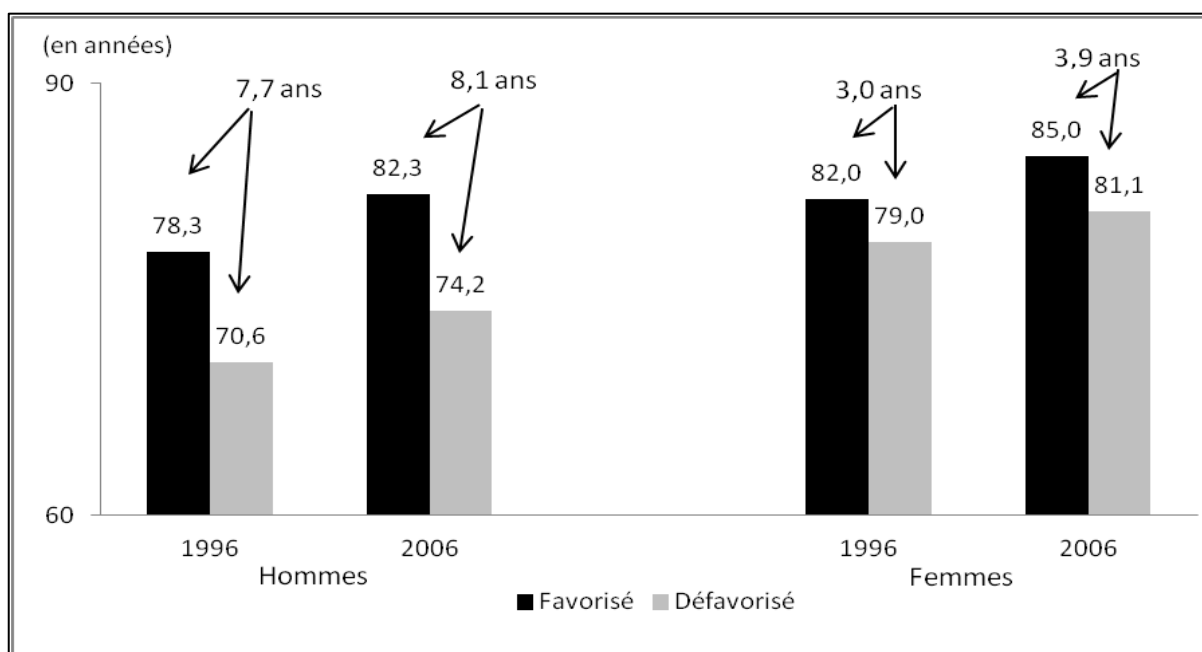


Figure 2 Espérance de vie à la naissance selon le sexe, groupe le plus favorisé et groupe le plus défavorisé, Québec, 1996 et 2006^c

Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus dans une étude parue en 2008 qui montrait que les inégalités sociales relatives à la mortalité prématurée avaient augmenté au Québec entre les périodes 1989-1993 et 1999-2003 à un rythme variable selon le sexe, la cause de décès et le milieu géographique^{22 23}.

Les inégalités d'espérance de vie peuvent être encore plus grandes quand elles sont examinées en termes géographiques. Ainsi, par exemple, au Nunavik, à la fin des années 2000, l'espérance de vie accuse un retard de 14 ans comparativement à la moyenne québécoise, et ce retard s'est creusé depuis la fin des années 1980²⁴. À l'intérieur d'une même région, comme celle de Montréal, les écarts d'espérance de vie à la naissance peuvent dépasser 10 ans entre, par exemple, les populations des CLSC Hochelaga-Maisonneuve (74 ans) et Saint-Laurent (85 ans)²⁵.

c L'exploitation du fichier des décès permet de quantifier l'écart d'espérance de vie à la naissance chez les hommes et chez les femmes selon la défavorisation pour deux points dans le temps, 1996 et 2006. Il est donc possible de surveiller l'évolution dans le temps des ISS face à la mortalité.

Comment se comparent les ISS au Québec à celles observées dans le reste du Canada?

Une étude réalisée en 2009, proposant un exemple d'utilisation de l'indice de défavorisation à l'échelle du Canada pour la mortalité prématurée (mortalité avant 75 ans), permet d'effectuer une première comparaison des ISS entre le Québec et les autres régions canadiennes²⁶. Ainsi, en 2001, les différences de mortalité prématurée entre les catégories extrêmes de défavorisation sont plus importantes au Canada, dans son ensemble, qu'au Québec. À l'échelle des régions canadiennes, les disparités les plus élevées de mortalité prématurée se retrouvent dans les Prairies et en Colombie-Britannique alors que l'Ontario affiche un écart plus faible qu'au Québec.

Une autre étude publiée par l'Institut canadien d'information sur la santé^d montre, qu'en général, pour la plupart des indicateurs retenus, les écarts de santé entre les catégories socioéconomiques sont moins importants dans les deux régions urbaines québécoises faisant partie de l'étude, soit Québec et Montréal, par rapport à la moyenne de l'ensemble des régions urbaines canadiennes étudiées²⁷. Ce constat s'applique particulièrement pour la région de Montréal où les inégalités observées pour chacun des 21 indicateurs analysés se situent systématiquement sous la moyenne.

Populations autochtones au Québec et ISS

Malgré une amélioration sensible au cours des dernières décennies, force est de constater un écart préoccupant, voire alarmant dans certains cas, entre l'état de santé des populations autochtones et celui de la population non autochtone^{28 29}. Au Québec, les 11 nations autochtones reconnues représentent un peu plus de 93 541 personnes, soit plus de 1 % de la population³⁰, et se distinguent les unes des autres en termes culturels, linguistiques et géographiques ainsi que par différents statuts juridiques et politiques.

Cette hétérogénéité fait en sorte qu'il est difficile de tracer un portrait général de la santé de ces populations. Néanmoins, certaines tendances émergent : les écarts les plus marqués sont généralement observés pour les traumatismes intentionnels et non intentionnels, les maladies chroniques (obésité, diabète et maladies cardiovasculaires) et pour certaines maladies transmissibles (infections sexuellement transmissibles et tuberculose). Des données sociosanitaires montrent qu'en comparaison avec la population canadienne, les Premières Nations du Québec ont une espérance de vie de 6 à 7 ans plus courte; le diabète est de deux à trois fois plus fréquent; les taux d'obésité sont deux à trois fois plus élevés et le risque de vivre, dès l'enfance, des situations de pauvreté, de maltraitance et de placement est de 3 à 5 fois plus élevé³¹. La situation socioéconomique des Premières Nations est également critique puisqu'un adulte sur quatre est prestataire de l'assurance-emploi; environ la moitié des adultes n'a pas obtenu de diplôme d'études secondaires; deux femmes sur trois ont un revenu inférieur à 10 000 \$ et près de la moitié des familles (44 %) sont monoparentales (21).

^d Cette étude sur les écarts de santé en milieu urbain au Canada a été réalisée à partir d'une application de l'indice de défavorisation aux données d'hospitalisation pour les années 2003-2004 à 2005-2006 et aux données des enquêtes de santé dans les collectivités canadiennes de 2003 et 2005.

Au Canada, 65 des 100 communautés les moins en santé sont des communautés autochtones, évaluées selon l'indice de bien-être des collectivités (IBC) des Premières Nations³² qui comprend des déterminants de la santé comme le niveau d'éducation, la participation à la main-d'œuvre, les revenus et le logement.

Un nouveau rapport de la Commission canadienne des droits de la personne (2013) démontre que :

« comparés aux non-Autochtones, les Autochtones du Canada ont des revenus médians après impôts moins élevés; risquent davantage de ne pas se trouver un emploi; sont plus susceptibles de toucher des prestations d'assurance-emploi et d'aide sociale; risquent davantage de vivre dans un logement nécessitant des réparations majeures; risquent davantage d'être victimes de violence physique ou émotionnelle, ou d'agression sexuelle; risquent davantage d'être victimes d'actes criminels violents; risquent davantage d'être incarcérés et de se voir refuser une libération conditionnelle. »³³

La plupart des conditions favorables à la santé font gravement défaut pour une grande partie des populations autochtones au Québec. Pour plusieurs auteurs, l'héritage de la colonisation et le contexte juridique et structurel auxquels sont confrontées les populations autochtones sont des déterminants cruciaux de leur santé³⁴. Parmi les autres déterminants qui influencent de façon majeure la santé des Autochtones, il faut retenir la discrimination et l'exclusion sociale, l'accès à l'éducation et à des services de santé appropriés, la pauvreté, la détérioration de l'environnement naturel et la piètre qualité de l'environnement physique et bâti (comme la qualité du logement, l'accès à l'eau et l'assainissement) et les habitudes de vie³⁵. Les initiatives mises en place doivent prendre en compte ce contexte particulier :

« Les habitudes et conditions de vie délétères pour la santé se conjuguent bien souvent à la discrimination, la perte de repères identitaires et de confiance en soi, la souffrance sociale associée à la marginalisation. Dans les interventions de prévention et de promotion de la santé, il est aussi primordial de renforcer les capacités d'agir individuelles et collectives, les facteurs culturels de valorisation sociale, la cohésion sociale, les habiletés sociales et parentales, l'estime de soi tout autant que les saines habitudes de vie. » (31:3)

Les Autochtones qui font face à des inégalités liées aux déterminants sociaux de santé doivent non seulement faire face à un fardeau plus élevé de problèmes de santé, mais également bien souvent à un accès plus limité aux ressources pour régler ces problèmes (22). La nécessité de reconnaître et de prendre en compte ces disparités sociales de santé est urgente, d'autant plus que les Autochtones constituent le groupe démographique qui croît le plus vite au pays : plus de 65 % de leur population est âgée de moins de 25 ans (22).

L'implantation de mesures ciblant les inégalités exige une adaptation aux particularités locales comme la langue d'usage, l'isolement géographique et la reconnaissance du contexte historique et culturel. L'intervention avec les populations autochtones doit prendre en compte les différentes autorités décisionnelles aux niveaux national, provincial et local de même que du contexte législatif qui encadre de manière spécifique la gouvernance des enjeux qui touchent ces populations. Cette complexité limite souvent l'impact sur les

Autochtones de mesures universelles implantées pour la population de l'ensemble du Québec, renforçant ainsi le caractère inégalitaire de ces mesures.

1.3 RÉDUCTION DES ISS ET ACTION INTERSECTORIELLE

« L'inégalité est systématique; elle est le résultat de normes, politiques et pratiques sociales qui tolèrent voire favorisent les disparités d'accès au pouvoir, aux richesses et à d'autres ressources sociales indispensables. » OMS, 2008 (10)

Les ISS ne constituent pas un phénomène inéluctable. Diverses interventions, globales ou axées sur certains déterminants sociaux de la santé, peuvent effectivement contribuer à les réduire de façon significative. Cependant, comme les ISS représentent un problème social complexe dont les causes sont multifactorielles, les solutions doivent être partagées par plusieurs secteurs gouvernementaux³⁶ et donc reposer sur une action intersectorielle. La réduction des ISS repose également sur la participation des différents niveaux de gouvernement.

La santé dans toutes les politiques (SdTP) est une des stratégies politiques initiée par les acteurs de santé publique qui mise sur l'action intersectorielle et place l'amélioration de la santé au centre des priorités gouvernementales. Cette stratégie, mise de l'avant par l'OMS et notamment par la Finlande lors de sa présidence de l'Union européenne en 2006, consiste à favoriser la prise en compte de la santé dans les politiques de tous les secteurs et à impliquer tous les niveaux de gouvernement : supranationaux, nationaux, régionaux et locaux³⁷. La réduction des inégalités sociales de santé est un des enjeux pris en compte par cette stratégie.

La réussite d'une telle stratégie repose principalement sur un engagement explicite au plus haut niveau politique ainsi que sur le leadership exercé par le secteur de la santé³⁸ qui généralement chapeaute ce type de stratégie. Différentes structures de **gouvernance** peuvent venir stimuler ou déclencher des actions intersectorielles favorisant la mise en œuvre de la SdTP. Le récent ouvrage de l'OMS, [La gouvernance intersectorielle pour la santé dans toutes les politiques](#), identifie les grandes structures qui amènent les acteurs à travailler ensemble (telles que les commissions et secrétariats ministériels, les commissions parlementaires, les comités interministériels, la budgétisation conjointe, etc.) ainsi que les actions découlant de leur engagement mutuel et de leurs délibérations (c'est-à-dire les accords sur les politiques particulières à adopter, la façon de les cadrer, les instruments politiques à utiliser pour les implanter, etc.)³⁹.

L'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) représente quant à elle un mécanisme favorisant une action intersectorielle qui peut contribuer à réduire les ISS. L'ÉIS est définie comme un ensemble de procédures, de méthodes et d'outils qui permettent d'anticiper les effets potentiels d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population⁴⁰. Elle est le plus souvent utilisée de manière prospective, c'est-à-dire en amont de l'adoption et l'implantation d'une politique ou d'un projet. L'ÉIS analyse aussi la distribution des effets potentiels de ces interventions entre les différents groupes de la population et souligne les écarts et les disparités entre ces groupes.

La Commission sur les déterminants sociaux de l'OMS recommande d'utiliser un mécanisme comme l'ÉIS pour s'attaquer aux inégalités. L'égalité et l'équité sont des dimensions centrales de l'ÉIS et ce mécanisme peut contribuer à ce que les ISS, ainsi que les facteurs qui les façonnent, soient pris en compte dans les politiques et les projets mis en œuvre⁴¹. Différents guides et outils ont même été développés pour que la démarche d'ÉIS vise spécifiquement la réduction des inégalités de santé, par exemple, les approches *Health Equity Impact Assessment* ou *Equity-Focused Health Impact Assessment*. À ce sujet, une note documentaire du CCNPPS explique : « S'il a été constaté déjà que la dimension inégalité n'est pas toujours prise en compte de façon satisfaisante par les praticiens de l'ÉIS, il a été établi lors d'une table ronde internationale qu'il valait mieux promouvoir le renforcement de cette dimension dans la pratique de l'ÉIS que de développer une pratique parallèle axée uniquement sur les impacts sur les inégalités »⁴². L'attention portée aux ISS dans l'ÉIS nécessite souvent une approche participative avec l'implication de la population touchée, ce qui favorise l'adoption de décisions plus adaptées aux besoins des populations et avec de plus grandes retombées pour la collectivité⁴³.

Notons cependant que bien que l'accent soit mis sur l'intervention gouvernementale dans ce document, une synergie de l'ensemble de la société en incluant le milieu communautaire, le secteur privé et les citoyens est primordiale pour agir sur un enjeu aux ramifications complexes comme la réduction des ISS.

1.4 RÉDUCTION DES ISS ET CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE

Pour mieux cerner l'enjeu social des ISS, il est par ailleurs nécessaire de compléter les analyses populationnelles développées par la santé publique par une prise en compte élargie du contexte sociopolitique. Les contextes politiques, économiques, sociaux et culturels influent profondément la vie, la santé et le bien-être des individus. Plusieurs transformations dans les sociétés occidentales dans les dernières décennies ont eu un impact majeur sur les ISS même si elles sont souvent difficilement quantifiables. À cet égard, il ne faut pas sous-estimer la globalisation et les changements populationnels provoqués par les migrations à l'échelle de la planète dont les impacts sur les sociétés et les économies des pays sont considérables. Il suffit de penser aux conséquences sur le marché du travail et la main-d'œuvre, aux transformations dans les cultures d'entreprise, de même qu'aux redéfinitions des valeurs sociales provoquées par ces pressions économiques et ces brassages culturels. De même, l'arrivée en nombre des femmes sur les marchés du travail occidentaux depuis les années 1960 a apporté de nombreux changements. Autre phénomène notable, la mobilité sociale qui s'est fortement accentuée, permettant à une certaine tranche de la population défavorisée d'accéder à de meilleures conditions de vie, mais rendant ceux qui n'ont pas pu profiter de cette mobilité encore plus vulnérables et imperméables à l'intervention⁴⁴.

Il importe aussi de prendre en compte les contextes des systèmes politiques des différents pays étudiés. Par exemple, le cadre institutionnel d'un État peut avoir une incidence sur la capacité des gouvernements à agir. C'est le cas du contexte fédéral au Canada avec son partage des juridictions entre les paliers gouvernementaux fédéral et provincial influençant les interventions étatiques. Par ailleurs, les ISS ne peuvent se comprendre sans tenir compte des idéologies et des valeurs qui sont privilégiées par les gouvernements et qui se reflètent

dans les politiques sociales et les régimes de protection sociale mis en place. S'il incombe à l'État de répondre aux besoins de ses citoyens et de pallier aux lacunes du marché par une certaine redistribution de la richesse, la façon de concevoir ce rôle et d'intervenir est multiple. Cela pose la question des responsabilités respectives de l'État, des individus, de la famille (en particulier des femmes) et de la communauté pour assurer le bien-être et l'inclusion des citoyens⁴⁵. Bien que les conceptions de ces responsabilités influent directement sur la nature des politiques sociales mises en place par un État, les résultats de ces politiques semblent tout de même mitigés quant à la réduction des ISS et ce, même dans les régimes de protection sociale de type social-démocrate, reconnus pour l'accent mis sur une intervention étatique plus forte et à caractère universaliste. Effectivement, une amélioration de l'état de santé des populations ne va pas nécessairement de pair avec une réduction des inégalités, mais peut tout autant s'accompagner d'une augmentation de ces dernières⁴⁶ (44). Ainsi, les interventions à caractère universel peuvent favoriser indirectement les groupes les plus aisés de la population parce que ces groupes sont souvent plus à même de tirer profit des mesures existantes (44). Comme évoqué plus tôt avec la théorie des causes fondamentales de Link et Phelan, l'accès aux ressources est à la base des inégalités sociales (13). Par exemple, en Suède, les interventions pour contrer le tabagisme ont eu un succès notable pour l'ensemble de la population; cependant, les avancées de ces mesures ont été plus restreintes chez les groupes de la population les plus défavorisés, accentuant l'écart des taux de tabagisme entre les groupes sociaux (71). Une attention et des dispositifs particuliers sont souvent requis pour véritablement joindre les personnes et les groupes plus défavorisés avec des mesures étatiques universelles.

Cela fait écho au phénomène de l'exclusion. L'exclusion est un processus multidimensionnel et dynamique qui viendrait déterminer l'intégration des individus dans la société⁴⁷. Les barrières à l'inclusion sociale sont de différentes natures, notamment structurelles, et reflètent les normes sociales et, en partie, les rapports de pouvoir au sein d'une société. Ces barrières peuvent découler de la privation matérielle et de l'accès difficile aux ressources, mais aussi de l'éloignement géographique ou encore de la discrimination qu'elle soit raciale, de genre, d'orientation sexuelle, de handicap, etc. Dans tous les cas, l'exclusion pose la question du lien social, de la solidarité, mais aussi du pouvoir et de la capacité d'agir (*empowerment*) et d'influencer le cours de sa vie et sa propre santé. Bref, l'exclusion pose la question de toutes ces dimensions contextuelles dont il faut nécessairement tenir compte pour comprendre et intervenir sur les ISS.

2 RÉDUCTION DES ISS : APPROCHES GOUVERNEMENTALES GLOBALES OBSERVÉES AILLEURS DANS LE MONDE

L'expérience dans la lutte active contre les ISS est l'affaire de quelques pays qui, chacun dans leur contexte politique particulier, ont privilégié une approche large englobant plusieurs secteurs d'intervention. Le Royaume-Uni, la Finlande, la Suède, la Norvège, l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont autant de pays reconnus pour leur expertise en cette matière et dont les expériences sont bien documentées. Cette section examine les interventions de réduction des ISS de ces pays qui ont adopté une politique systématique de réduction des ISS et qui peuvent s'avérer riches d'enseignement pour le Québec, même si l'action de son gouvernement se situe au niveau provincial dans un contexte fédéral. Certaines de ces politiques se différencient par l'instance qui en assure le leadership; certaines sont portées par l'ensemble du gouvernement, d'autres sont plutôt élaborées et soutenues par le secteur sanitaire sous le sceau d'une politique nationale de santé publique qui s'attaque aux déterminants sociaux de la santé. L'étendue de la couverture de la population est un autre facteur de différenciation, alors que certaines offrent une couverture universelle, d'autres privilégient une approche ciblée pour joindre des groupes de personnes ou de communautés particulièrement défavorisés, ou optent encore pour une approche universelle proportionnellement ciblée, soit des interventions à portée universelle, mais dont l'intensité du financement et de la mise en œuvre est modulée en fonction des besoins tout au long du gradient social en santé⁴⁸. Par ailleurs, de nombreux pays ont concentré leurs efforts de réduction des ISS sur le changement des comportements et des habitudes de vie des individus alors que d'autres préfèrent agir sur les facteurs structurels, par exemple l'éducation, la protection sociale ou encore le marché du travail. Peu importe ces variations de politiques, les approches gouvernementales globales présentées dans cette section ont toutes été principalement conçues dans l'atteinte d'un objectif précis : la réduction des ISS.

2.1 ROYAUME-UNI^e

Le Royaume-Uni est le premier pays à s'être doté d'une politique globale visant spécifiquement la réduction des ISS. Jusqu'à ce jour, peu de pays ont implanté une approche aussi systématique qui repose sur une succession de rapports indépendants, sur une programmation logique des interventions ainsi que sur l'évaluation des progrès accomplis. La stratégie britannique de réduction des inégalités met en lumière l'importance d'une action gouvernementale développée de concert avec les différents ministères et avec les organisations locales. Il faut noter que cette stratégie a bénéficié de la stabilité du gouvernement travailliste qui a porté ce projet, au pouvoir durant 13 ans⁴⁹.

^e Nous considérons ici le Royaume-Uni dans son entier même si depuis la fin des années 1990, les pouvoirs de légiférer sur la santé sont dévolus aux gouvernements anglais, écossais, gallois et nord-irlandais. C'est que l'intervention sur les ISS implique l'ensemble des secteurs et en particulier les politiques fiscales qui sont encore largement déterminées par le Royaume-Uni pour l'ensemble des nations. Voir le chapitre 4 de l'ouvrage suivant : Raphael, Dennis. 2012. *Tackling Health Inequalities: Lessons from International Experiences*, Canadian Scholars' Press Inc, Toronto.

Contexte historique de la lutte contre les ISS au Royaume-Uni

L'histoire de la lutte contre les ISS en Angleterre est particulièrement éclairante pour comprendre le contexte de l'intervention internationale en ce domaine puisqu'elle a inspiré de nombreux pays. La préoccupation concernant les ISS a émergé tôt avec le **rapport Black** commandé en 1977 par le gouvernement travailliste. Ce rapport faisait état en 1980, d'inégalités sociales de santé croissantes entre les travailleurs selon leur catégorie socioprofessionnelle. Avec l'élection d'un gouvernement conservateur, il faudra attendre 1998 et le retour du gouvernement travailliste au pouvoir pour que les inégalités réapparaissent au programme du gouvernement avec l'important [Rapport Acheson](#)⁵⁰ qui dressait un portrait de la répartition des ISS selon les différents groupes de la population et les parcours de vie. Ce rapport recommande d'agir directement sur les déterminants sociaux de la santé par l'adoption de nouvelles politiques de réduction de la pauvreté et des inégalités de revenus, comme des mesures de protection sociale, d'emploi, de logement, de transport, d'agriculture et aussi de réviser le rôle du système de santé. Le gouvernement a donc lancé l'année suivante sa stratégie dans le livre blanc [Saving Lives : Our Healthier Nation](#)⁵¹ et a produit un premier plan d'action, le [Reducing Health Inequalities: An Action Report](#)⁵² axé sur la réduction des inégalités sociales et géographiques de mortalité, et visant l'amélioration de la santé des plus mal lotis ainsi que la réduction des écarts de santé entre les groupes. À partir de 2001, des objectifs quantifiés nationaux ont été fixés en matière d'ISS, comme la réduction des écarts de mortalité infantile selon les catégories sociales, l'amélioration de l'espérance de vie et la réduction de la mortalité par cancer et maladies cardiovasculaires dans les zones défavorisées. Les autorités locales sont encouragées à inscrire ces objectifs dans leurs ententes avec le gouvernement central et peuvent même recevoir des récompenses financières pour leurs performances⁵³. En 2003, le gouvernement a impliqué dans la lutte contre les inégalités douze ministères et organismes gouvernementaux dans son plan d'action transversal [Tackling Health Inequalities: Programme for Action](#)⁵⁴ qui proposait quatre grands axes d'intervention soit : 1) le soutien aux familles, aux mères et aux enfants; 2) la promotion et l'engagement communautaire; 3) la prévention et l'accès à des soins efficaces; et 4) l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Malgré l'ampleur de la stratégie de réduction des ISS, en 2010, un [rapport du National Audit](#)⁵⁵ constate qu'en dépit de certains gains dans l'espérance de vie enregistrés dans les secteurs problématiques, les écarts se sont néanmoins creusés par rapport à l'ensemble de la population et estime que les mesures initiées ont été entreprises trop tardivement pour atteindre les objectifs dans le délai visé.

Suite à une commande du Secrétariat d'État à la santé, Sir Michael Marmot, publie le rapport [Fair Society Healthy Lives](#)⁵⁶ pour identifier les meilleures stratégies de réduction des ISS axées sur les déterminants de la santé et devant être adaptées pour la période 2010-2020. Souhaitant rompre avec les politiques antérieures ciblant les groupes et les secteurs les plus défavorisés, ce rapport recommande d'adopter des actions universelles, mais proportionnellement ciblées afin de réduire les écarts entre tous les groupes. Il recommande aussi une action coordonnée du gouvernement central et local, du secteur privé et des communautés.

Le gouvernement de coalition actuel a publié en 2011 sa stratégie de santé publique nationale [Healthy Lives, healthy people](#)⁵⁷ qui insiste sur la poursuite des actions de lutte contre les ISS recommandées par Marmot. Cette stratégie préconise la dévolution de nouvelles responsabilités en matière de santé vers le niveau local, accordant davantage de latitude aux directeurs de santé publique pour réduire les ISS dans leur communauté, en partenariat avec l'ensemble des acteurs publics, privés et communautaires. Il annonce aussi l'importante réorganisation du système de santé davantage conçu en fonction des états d'urgence entrée en vigueur en avril 2013⁵⁸.

Dès le début de la dernière décennie, le gouvernement central a exercé un rôle prédominant dans la coordination des politiques de santé et des autres politiques associées à la lutte contre les ISS ou à la promotion de la santé. Pour ce faire, une unité spéciale du ministère de la Santé fournit l'expertise et coordonne les actions contre les ISS dans une perspective intergouvernementale. Sans être impliquée directement dans la conception des politiques, cette unité établit des liens avec l'ensemble de l'appareil gouvernemental et s'assure que les ISS sont intégrées aux préoccupations et aux travaux des autres ministères⁵⁹. Depuis 2004, les programmes et les politiques sont soumis aux procédures d'ÉIS que les ministères responsables doivent entreprendre en début de processus. Quant au système de santé, les bureaux régionaux ou locaux doivent également se soumettre à une évaluation d'équité (*equity audit*) et rectifier les problèmes s'il y a lieu⁶⁰. Le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) est pour sa part chargé d'évaluer les interventions de santé et de diffuser les données probantes disponibles à cet égard.

2.2 FINLANDE

La Finlande est l'un des premiers pays à s'être doté d'une politique nationale de santé de la population visant explicitement la réduction des inégalités de santé avec sa stratégie [Health for All by the Year 2000 – The Finnish National Strategy](#)⁶¹ adoptée en 1986. La Finlande est aussi reconnue pour son leadership dans le développement de l'approche « la santé dans toutes les politiques ».

Malgré certains progrès dans l'atteinte des cibles de sa première stratégie, des inégalités persistantes et même croissantes ont contribué à ce qu'en 2001, la Finlande adopte le [Health 2015 Public Health Programme](#)⁶² qui vise, entre autres, la réduction par un cinquième d'ici 2015 des différences de mortalité entre les hommes et les femmes et entre les groupes de différents niveaux d'éducation et statut professionnel. Découlant de ce programme, le gouvernement finlandais a lancé le [National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008-2011](#)⁶³. Ce plan reconnaît le potentiel d'une approche de santé dans toutes les politiques pour réduire les ISS et souligne que des ressources doivent assurer la collaboration entre les secteurs administratifs et entre les différents organismes et acteurs. Les actions de ce plan se concentrent dans trois domaines prioritaires : premièrement, les mesures de politique sociale, incluant la réduction de la pauvreté, l'amélioration de la réussite et de la persévérance scolaire et la promotion de la santé dans les écoles, particulièrement dans la formation professionnelle, l'accès à l'emploi, la promotion de la santé en milieu de travail, la lutte à l'itinérance et l'accès au logement; deuxièmement, le renforcement des comportements favorables à la santé par des mesures universelles ou ciblées vers les groupes vulnérables; et finalement l'amélioration de l'accès aux services sociaux et

sanitaires en assurant la collaboration entre ces deux secteurs, en renforçant les services à l'enfance et à la famille, en améliorant la flexibilité des services de réadaptation et en renforçant les services de santé mentale et les services aux personnes âgées et aux immigrants.

Par ailleurs, la Finlande reconnaît depuis longtemps l'importance des politiques des autres secteurs d'activité que la santé dans l'atteinte des objectifs sanitaires. Cette approche de la santé dans toutes les politiques a favorisé l'émergence d'une série d'interventions dans différents secteurs visant l'amélioration de la santé et l'inclusion sociale, par exemple : [Policy program for employment, entrepreneurship and worklife 2007-2011](#)⁶⁴, [Policy program for the wellbeing of children, youth and families 2007-2011](#)⁶⁵, [Government resolution on health-promoting nutrition and physical activity 2008](#)⁶⁶ et [Alcohol Program for the years 2004–2007](#)⁶⁷. Précisons que certains objectifs de ces politiques ont expressément été repris, voire même renforcés dans le plan d'action national 2008-2011 évoqué précédemment.

De plus, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a lancé une nouvelle stratégie en 2010 [Socially sustainable Finland 2020. Strategy for social and health policy](#)⁶⁸ qui vise également la réduction des inégalités de bien-être et de santé. Cette stratégie comporte des objectifs comme le prolongement de la durée de la vie active en emploi de trois ans d'ici 2020 par des mesures favorisant l'emploi pour tous le plus longtemps possible et la réduction de l'absentéisme au travail, des mesures pour assurer la pérennité des programmes de protection sociale et l'amélioration de la qualité de l'environnement.

Le gouvernement finlandais délègue au ministère des Affaires sociales et de la Santé la responsabilité de coordonner et de faire le suivi de l'implantation des interventions en matière d'ISS, incluant le plan d'action. La Commission consultative intersectorielle de santé publique qui est présidée par le Secrétaire permanent de ce ministère est responsable du comité directeur du plan d'action. En vertu de ce plan d'action, plusieurs acteurs sont appelés à jouer un rôle dans la réduction des ISS, dont plusieurs ministères, les fédérations de municipalités et les gouvernements locaux, les organisations non gouvernementales et les partenaires de la société civile et des milieux d'affaires.

2.3 SUÈDE

La Suède, pays scandinave de tradition sociale-démocrate, jouit depuis plusieurs années d'une réputation solide en ce qui a trait à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé et à l'équité. Le régime de protection sociale suédois à l'intérieur duquel est traditionnellement appliqué un principe d'universalité à l'ensemble des politiques pourrait être vu comme une approche de réduction des inégalités sociales. La dignité humaine, les besoins en matière de santé, la solidarité ainsi que la notion de coût-efficacité des soins sont les quatre principes sur lesquels se fonde la santé en Suède⁶⁹.

Adoptée en 2003, la [Swedish National Public Health Policy](#)⁷⁰, vise l'amélioration de la santé de la population et la réduction des inégalités en prenant appui sur les déterminants de la santé et sur le concept de « *good health on equal terms* ». Cette politique globale a pour objectif premier de créer les conditions sociales nécessaires à l'équité en santé. Onze axes prioritaires couvrant les principaux déterminants de la santé orientent les actions du

gouvernement. Les cinq premiers se rapportent aux causes structurelles des ISS, soit la participation citoyenne et l'inclusion sociale; les conditions économiques et sociales de base; les conditions de vie durant l'enfance et l'adolescence; la santé au travail et finalement l'environnement et les biens de consommation. Deux autres axes se rapportent au système de santé et insistent plus particulièrement sur l'importance de la promotion de la santé et la prévention des maladies infectieuses. Les quatre derniers axes concernent les comportements en matière de sexualité, d'activités physiques, d'habitudes alimentaires et de consommation de drogues et d'alcool⁷¹.

En 2007, suivant l'élection d'un nouveau gouvernement, la politique a été réadoptée avec quelques ajustements qui guident davantage celle-ci vers le choix individuel et la responsabilité^f. Envisagée en termes de parcours de vie, la politique renouvelée vise par exemple l'amélioration des conditions de vie de départ des enfants et des jeunes en prônant des initiatives de renforcement des capacités et de soutien aux parents. La [National Strategy for Parental Support](#)⁷² mise en œuvre en 2009-2010 est une vaste stratégie qui vise à soutenir tous les parents d'enfants âgés de 0 à 18 ans. L'exclusion sociale ayant été ciblée comme une menace à la santé publique, plusieurs autres programmes ou interventions ont aussi été mis en place à partir de 2007 pour contrer celle-ci.

Dans la perspective suédoise, la collaboration intersectorielle est nécessaire pour atteindre les objectifs visés par cette politique. Par conséquent, le milieu de la recherche et de la pratique en santé publique fonctionnent en partenariat avec les instances de décisions (nationales, régionales et municipales⁹) dans une optique qui prône la santé dans toutes les politiques. Le [Swedish National Institute of Public Health](#) (SNIPH)⁷³ est l'agence gouvernementale experte chargée du suivi, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique nationale, mais aussi du transfert des connaissances en santé publique et du soutien à la lutte contre les maladies non transmissibles. La majeure partie de la pratique étant dévolue aux instances régionales et locales, cette agence œuvre donc de concert avec les différents secteurs ainsi qu'à plusieurs niveaux de gouvernance.

Le rapport du SNIPH de 2010 sur la politique réitère les priorités de réduction des ISS, affirmant qu'à cette étape le plus important pour améliorer la santé de la population est de procurer des milieux de vie favorables à la santé⁷⁴. Dans les recommandations faites au gouvernement, il est notamment question d'établir des indicateurs pour la durabilité sociale ainsi que de développer un modèle pour le suivi des inégalités socioéconomiques en santé. Il est aussi fait mention de l'intérêt de légiférer sur la responsabilité des municipalités en matière de santé publique en exigeant l'élaboration d'un plan de santé publique détaillé de leur part. Du point de vue des résultats obtenus, les données statistiques de la Suède font état depuis les vingt dernières années d'une amélioration notable de la santé générale de la population. Les plus récents résultats concernant les déterminants indiquent de nettes améliorations à plusieurs niveaux entre 2004 et 2010. La diminution de la prévalence du tabagisme est l'une des améliorations les plus marquées. Toutefois, les avancées sont plus lentes et restreintes en ce qui concerne les populations les plus défavorisées, ce qui pourrait

^f Voir les nouveaux enlignements pour la politique : <http://www.sweden.gov.se/sb/d/15471/a/200182>

⁹ En Suède, il y a trois paliers de gouvernement indépendants : le gouvernement national, les conseils comtés et de communes (21) et les municipalités (290).

contribuer à creuser les inégalités de santé. Ceci appelle à la vigilance, car malgré une certaine pérennité du modèle social-démocrate suédois, cette tendance pourrait se maintenir, voire s'accroître avec la réélection en 2010 d'un gouvernement de centre droit.

2.4 NORVÈGE

Comme son voisin suédois, la Norvège a depuis les dernières années vu s'améliorer l'état de santé général de sa population⁷⁵. Le pays se retrouve au premier rang selon l'indice de développement humain⁷⁶. Toutefois, comme c'est le cas pour la Suède, les ISS n'ont pas suivi la tendance escomptée et se sont accrues plutôt que de s'amenuiser. Dans ce pays, le maintien d'un régime de soutien social universel, plus que toute autre mesure, est vu comme une façon efficace de réduire les ISS. En cela, la défense des valeurs et du projet social-démocrate s'inscrit au premier plan dans l'objectif de réduction des ISS. La Norvège se distingue aussi par son approche affirmée de promotion de la santé et par son action intersectorielle. Possédant une forte tradition en cette matière, le gouvernement norvégien mise notamment sur les résultats obtenus en ce qui a trait à la prévalence du tabagisme pour orienter son action sur des interventions ciblées qui visent à offrir un environnement qui encourage les saines habitudes de vie.

Poursuivant ses efforts dans le sens de sa tradition politique sociale-démocrate en place, c'est à travers un processus de revitalisation de ses mesures universelles et structurelles que la Norvège a entrepris de s'attaquer aux ISS. Le [Norwegian Public Health Act](#)⁷⁷ place la réduction des inégalités par le biais de l'intervention sur les déterminants au cœur de la santé publique nationale, régionale et locale. La [National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health](#)⁷⁸ est une politique globale, présentée et approuvée en 2007 par le gouvernement norvégien, qui s'attaque au problème en cherchant à promouvoir l'équité comme « bonne politique de santé publique ». Cette stratégie nationale s'inscrit dans la poursuite des travaux du Livre blanc publié en 2003 et du plan d'action sur le gradient de santé intitulé [The Challenge of the Gradient](#)⁷⁹ paru en 2005. Elle s'articule autour de quatre priorités : 1) réduire les inégalités sociales qui contribuent aux ISS; 2) réduire les ISS dans le domaine des comportements et de l'utilisation des services de santé; 3) encourager des actions ciblées pour promouvoir l'inclusion sociale; et 4) développer les connaissances et les dispositifs intersectoriels.

La stratégie norvégienne de lutte contre les ISS met l'accent sur la nécessité du travail intersectoriel. Elle s'inscrit en parallèle avec la politique nationale de santé, la [National Health Plan for Norway 2007-2010](#)⁸⁰, mais aussi avec les interventions du programme de travail, de protection sociale et d'inclusion, le [Employment, welfare and inclusion 2006-2007](#)⁸¹, avec le plan d'action de lutte contre la pauvreté, le [Action Plan Against Poverty 2008](#)⁸² et avec la politique d'intervention en éducation, la [Early intervention for lifelong learning 2006-2007](#)⁸³. Donc, bien que la responsabilité générale de la stratégie incombe au ministère de la Santé et des Services sociaux, elle nécessite l'adhésion des autres ministères pour être menée à bien. Le [Norwegian Institute of Public Health](#)⁸⁴ directement sous le Ministère agit de concert avec le *Norwegian Directorate of Health*, le *Norwegian Board of Health Supervision* et le *Norwegian Medicine Agency*. Les municipalités et comtés jouent également un rôle-clé dans la mise en œuvre en tant que fournisseurs de services (promotion de la santé, soins de santé primaires) et en tant que responsables de la

planification et de l'aménagement du territoire. Dès 2003, le rapport [*Prescription for a healthier Norway*](#)⁸⁵ stipulait que les responsabilités de chacune des instances décisionnelles se devaient d'être établies de manière transparente dans la formulation de la politique nationale de santé publique. Un constat réitéré par le rapport de 2010 intitulé [*Health Promotion – Achieving good health for all*](#)⁸⁶ qui ajoute que la tâche cruciale pour le ministère de la Santé et des Services sociaux est de travailler à ce que ses partenaires ne soient pas seulement perçus comme des secteurs de mise en œuvre des politiques de santé publique, mais plutôt qu'ils mettent eux-mêmes de l'avant leurs objectifs propres en ce qui concerne la santé et l'équité.

2.5 AUSTRALIE

L'Australie se préoccupe depuis plus de 25 ans d'améliorer la santé de la population et de réduire les ISS. La création en 1973 du *Community Health Program* (CHP) en complément à l'assurance-maladie universelle afin d'offrir l'accès à tous à des soins de santé de base a contribué à placer la lutte contre les inégalités au programme politique⁸⁷. Plus de 700 projets découlent de cette initiative qui a servi de base pour les actions subséquentes afin de contrer les inégalités.

Le gouvernement fédéral australien a notamment soutenu le développement du [*Equity-Focused HIA Framework*](#)⁸⁸ publié en 2004 afin d'encourager la réalisation d'évaluations d'impact sur la santé axées sur l'équité et il a financé des travaux de recherche sur les inégalités, comme le [*Australian Health Inequities Program*](#)⁸⁹. Il a également porté une attention particulière à la santé de groupes ciblés plus défavorisés, notamment les Autochtones avec la mise en place en 2008 de [*Closing the Gap: The Indigenous Reform Agenda*](#)⁹⁰. Cette stratégie nationale intégrée qui engage toutes les instances gouvernementales vise à améliorer les conditions de vie des Autochtones, en particulier la santé des enfants, et à réduire l'écart d'espérance de vie entre les Autochtones et le reste de la population.

La réforme nationale du système de santé entreprise en 2007, centrée sur la notion de prévention, a amené le gouvernement fédéral à demander conseil au *National Preventative Health Taskforce* sur les interventions et stratégies à mettre en place pour réduire le fardeau de maladies associé à l'obésité ainsi qu'à la consommation de tabac et d'alcool. Le rapport du groupe d'experts déposé en septembre 2009 et intitulé [*Australia: The Healthiest Country by 2020*](#)⁹¹ identifie des cibles à atteindre et des lignes directrices à suivre pour implanter efficacement une série d'actions proposées et visant particulièrement à encourager les individus à changer leurs comportements et à adopter des modes de vie sains. La question de la réduction des inégalités de santé socioéconomiques et géographiques se retrouve au centre de ce rapport, notamment en ce qui a trait à la nécessité de s'attaquer aux écarts touchant les Autochtones. Le gouvernement australien a répondu aux recommandations du Taskforce en 2010 par une stratégie en prévention de la santé qu'il qualifie d'audacieuse, la [*Taking Preventative Action – A Response to Australia: The Healthiest Country by 2020*](#)⁹². Par cette stratégie, le gouvernement fédéral s'est engagé à supporter et à mettre en œuvre la majorité des actions suggérées comme la stratégie nationale de sécurité alimentaire dans les communautés autochtones éloignées qui vise à accroître la disponibilité et la qualité des aliments frais. Les écoles des communautés défavorisées peuvent aussi compter sur du

financement pour sept ans dans le cadre du *Smarter Schools National Partnership for Low Socio-economic Status Schools Communities* afin de soutenir l'apprentissage et la qualité de vie des enfants de 1700 écoles.

Certains États australiens ont, de leur côté, tenté de s'attaquer plus globalement à la problématique des ISS comme l'État de la Nouvelle-Galles-du-Sud avec l'adoption en 2004 de la politique [*In All Fairness – Increasing equity in health across NSW*](#)⁹³. Portée par le ministère de la Santé, cette politique identifie l'équité en santé comme un des principaux objectifs du gouvernement de l'État ainsi que des domaines et stratégies d'action prioritaires pour réduire les inégalités de santé. L'État d'Australie-Méridionale est un autre exemple en ayant mis de l'avant, depuis 2007, une stratégie de santé dans toutes les politiques qu'il érige stratégiquement au rang de processus central du gouvernement pour améliorer la santé et réduire les inégalités⁹⁴.

Tel que préconisé par le Taskforce, mais aussi dans le [*National Health and Hospitals Reform Commission's Report*](#)⁹⁵, le gouvernement fédéral a créé, en 2010, l'[*Australian National Preventive Health Agency*](#)⁹⁶. Cette infrastructure nationale a pour mission d'être un catalyseur des partenariats stratégiques dans tous les secteurs et à tous les niveaux de gouvernement pour promouvoir la santé et la réduction des inégalités et pour initier des actions de promotion de la santé à travers tout le pays (96). Elle supporte, par la recherche, le développement et la mise en œuvre de différentes initiatives de prévention ciblant l'obésité, la consommation d'alcool et le tabagisme. Elle en assure également le suivi et l'évaluation pour, dans une prochaine phase, disséminer les progrès accomplis et les leçons apprises.

2.6 NOUVELLE-ZÉLANDE

La Nouvelle-Zélande s'est investie depuis le début des années 2000 dans une approche globale pour contrer les ISS. La particularité de la lutte contre les ISS en Nouvelle-Zélande tient au constat de la persistance d'un écart considérable dans l'état de santé entre les Maoris et les non-Maoris, un enjeu qui a orienté plusieurs des interventions gouvernementales. Autre élément distinctif de l'approche néo-zélandaise, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques s'inscrivent de concert avec le développement de la recherche sur les déterminants de la santé et d'outils de surveillance sur les inégalités. Enfin, le recours aux évaluations d'impact sur la santé (ÉIS) et l'approche intersectorielle déployée en Nouvelle-Zélande en fait également un exemple digne d'intérêt.

C'est à partir de 1998 plus précisément, avec la publication du rapport du *National Health Committee (NCH)* [*The Social, Cultural and Economic Determinants of Health in New Zealand*](#)⁹⁷ que le problème des inégalités devient une priorité de santé. La prise de conscience qu'il amène parmi les décideurs entraîne une réforme du secteur de la santé qui débouche sur l'adoption du [*New Zealand Public Health and Disability Act*](#)⁹⁸ en 2000. Cette loi vient garantir le financement public des soins de santé et voit à la création de nouvelles instances de participation des personnes handicapées et de la communauté maorie, lesquelles sont invitées à participer aux processus de décisions politiques les concernant en matière de santé, conformément au traité de Waitangi. La loi de 2000 crée également le Comité consultatif sur la santé publique chargé d'aviser le ministère de la Santé en matière de déterminants sociaux de la santé et appelé à devenir un joueur essentiel dans la lutte

contre les ISS. En 2002, le ministère de la Santé propose la stratégie [Reducing Inequalities in Health](#)⁹⁹ qui cible l'intervention à quatre niveaux : 1) les facteurs structurels (s'attaquer aux causes profondes des ISS, c'est-à-dire aux facteurs sociaux, culturels, économiques et historiques qui déterminent l'état de santé); 2) les facteurs intermédiaires (cibler les facteurs matériels, comportementaux et psychosociaux qui viennent atténuer l'impact des facteurs structurels sur la santé); 3) les services de santé (entreprendre les actions spécifiques dans les services de santé); et 4) les impacts (minimiser l'impact du handicap et de la maladie sur la situation socioéconomique). Ces interventions se déploient à l'échelle nationale, régionale et locale.

Au cours de la dernière décennie, suivant les lignes directrices instaurées, plusieurs politiques favorables à l'équité ([Working for Families](#)¹⁰⁰, [Whanau Ora](#)¹⁰¹) ont été implantées et de nombreuses initiatives intersectorielles ont vu le jour un peu partout au pays. Lors du [Marmot Symposium](#)¹⁰² organisé en 2011 par l'Université d'Otago, ces avancées en matière de réduction des inégalités ont été saluées et envisagées comme des bases solides sur lesquelles s'appuyer pour les interventions à venir. En ce qui a trait à l'équité par exemple, le [Health Equity Assessment Tool](#) (HEAT)¹⁰³ est un outil qui a été développé par le ministère de la Santé en partenariat avec la *Wellington School of Medicine* afin de mieux intégrer la question des ISS dans les politiques, les programmes et les services de la santé, mais aussi dans d'autres secteurs tels que le transport ou la famille.

Depuis 2007, les évaluations d'impact sur la santé (ÉIS) sont aussi fortement encouragées par le nouveau [Public Health Bill](#)¹⁰⁴ sans toutefois être obligatoires. D'autre part, le programme *Intersectoral Community Action for Health* (ICAH) mise sur la participation et l'engagement de la communauté dans la prise de décision pour réduire les inégalités. Implanté dans quatre communautés défavorisées, ce programme démontre l'importance pour les différents secteurs du gouvernement et diverses organisations locales de travailler ensemble pour atteindre leurs objectifs¹⁰⁵. En revanche, la participation volontaire de la population, plus particulièrement des Maoris, représente un défi de taille dans les régions défavorisées, ce qui fait toujours obstacle à des avancées plus significatives en termes d'inclusion sociale.

Si toutes ces interventions ont pu contribuer à l'amélioration générale de l'espérance de vie et de l'état de santé de la population, les inégalités (surtout économiques) n'ont toutefois cessé de s'accroître en Nouvelle-Zélande¹⁰⁶. Des voies prometteuses sont en exploration, par exemple, une enquête récente portant sur la perception de la pauvreté et des inégalités socioéconomiques démontre que cette perception joue un rôle important dans l'élaboration de mesures politiques appropriées¹⁰⁷. Ainsi, en mettant en perspective la vision de la pauvreté de la majorité des Néo-Zélandais, le gouvernement aura avantage à favoriser certaines politiques qui risquent d'être plus efficaces et durables dans le contexte actuel. Enfin, l'étroite surveillance portant sur les indicateurs de santé et les ISS est aussi un élément qui mérite d'être souligné. Outre les rapports du directeur de la Santé publique et du ministère de la Santé, d'autres rapports sont produits annuellement, soit celui des ministères de la Condition des personnes handicapées, du Développement social et de l'Emploi dont les indicateurs de mieux-être social et économique concernent dix domaines liés à la santé des populations.

À retenir sur les approches globales de réduction des ISS

Le survol des expériences étrangères démontre que l'implantation d'approches globales de lutte aux ISS a émané le plus souvent de gouvernements dirigés par des partis centristes, travaillistes ou sociaux-démocrates. Une certaine stabilité politique aurait favorisé le développement de ces interventions sur plusieurs années. Plusieurs des pays examinés ont pu s'appuyer sur une mobilisation politique autour de l'enjeu des ISS qui rejoignait les valeurs sociales et les systèmes de protection sociale déjà promus par ces gouvernements, par exemple la Norvège qui concentre sa stratégie sur le régime de soutien social universel déjà existant ou le Royaume-Uni qui a bénéficié de la forte volonté politique du gouvernement travailliste.

Tous les pays retenus reconnaissent la nécessité du travail intersectoriel pour s'attaquer aux ISS. Les approches globales qu'ils ont adoptées sont généralement portées par les ministères de la Santé, qui ont dans presque tous les cas un mandat élargi aux services sociaux et/ou aux affaires sociales. Le Royaume-Uni, la Finlande et la Nouvelle-Zélande ont mis sur pied des instances de coordination intersectorielle ou des mécanismes consultatifs pour assurer l'implantation de leurs politiques. Le Royaume-Uni, la Suède et l'Australie ont donné le mandat à des organisations expertes de se charger du transfert des connaissances ainsi que du suivi et de l'évaluation de leurs interventions. Plusieurs de ces pays ont recours à la réalisation d'ÉIS. De plus, il ressort que les autorités régionales et locales jouent souvent un rôle-clé dans la mise en œuvre des approches globales, plusieurs interventions se déployant à ces niveaux de gouvernement. Les approches globales sont donc dans plusieurs cas arrimées avec les interventions des régions et des municipalités.

Le survol met ainsi en exergue certaines conditions favorables à la mise en place d'une approche globale de réduction des ISS, comme la volonté et la stabilité politique, la promotion de valeurs sociales et d'équité ainsi qu'une gouvernance intersectorielle mobilisant les différents secteurs et niveaux de gouvernement. Mais il fait aussi ressortir que d'une part, les retombées des interventions implantées ne sont pas toujours évaluées et que d'autre part, les résultats obtenus jusqu'à maintenant ne sont pas toujours ceux escomptés. La Suède, par exemple, enregistre une amélioration considérable de la santé générale de sa population, mais les ISS continueraient à s'y creuser, encore que ces dernières s'accroissent moins rapidement qu'ailleurs dans le monde. De façon générale, plusieurs pays de l'Europe (Finlande, Suède, Norvège, Royaume-Uni et d'autres) ont des politiques publiques plus interventionnistes que les autres pays, mais ne présentent pas d'évidence quant à des ISS systématiquement plus faibles. Les variations d'inégalités entre pays seraient attribuables en partie aux causes de décès relatives à la consommation de tabac ou d'alcool ainsi qu'à celles évitables par les interventions du système de soins¹⁰⁸. L'examen de ces expériences étrangères révèle finalement qu'il peut être difficile de joindre les populations les plus défavorisées uniquement avec une stratégie universelle. Ce type d'intervention qui vise l'ensemble de la population peut accroître les ISS en rejoignant mieux les groupes favorisés. Le défi est de trouver un équilibre entre des mesures universelles qui touchent l'ensemble de la population et des mesures proportionnellement ciblées vers les groupes défavorisés qui ne les stigmatisent pas.

3 RÉDUCTION DES ISS : CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Le Québec est reconnu pour avoir mis de l'avant un modèle de protection sociale qui s'inscrit dans la lignée des propositions débattues en Europe¹⁰⁹, ce qui le démarquerait dans le contexte nord-américain. Cependant, contrairement aux pays présentés précédemment, le Québec n'a pas adopté de politique publique qui vise spécifiquement ou globalement la réduction des ISS. De même, il n'a pas mis en place un système officiel de suivi des ISS et n'a donc pas établi d'objectifs précis de réduction des ISS. Le gouvernement québécois a surtout mis en œuvre plusieurs politiques qui, sans présenter une intention d'intervention contre les ISS, peuvent avoir un effet réel en ciblant un ou des déterminants de la santé. Le gouvernement québécois a par ailleurs mis en place des stratégies d'action intersectorielle qui peuvent être des leviers d'action dans la lutte contre les ISS. La présente section expose brièvement les actions québécoises qui s'avèrent potentiellement facilitantes dans la lutte contre les ISS, soit les stratégies d'action intersectorielle développées au Québec ainsi que certaines initiatives portées par le secteur de la santé publique qui est particulièrement sensible à cet enjeu, notamment dans le cadre de son Programme national de santé publique qui comporte une orientation sur les inégalités de santé. Puisque les initiatives à l'échelle du Québec sont susceptibles d'être influencées par les politiques adoptées au niveau fédéral, un bref survol du contexte fédéral canadien et de la marge de manœuvre qu'il impartit au Québec dans ses interventions à l'égard des ISS est présenté.

Si le gouvernement québécois n'a pas jusqu'à maintenant adopté une approche globale de réduction des ISS, certaines initiatives, visant la cohérence de l'action gouvernementale, ou encore la sensibilisation de la population et des décideurs à l'égard de l'enjeu des ISS, méritent d'être évoquées.

3.1 ACTION INTERSECTORIELLE

Suite à un long processus de mobilisation citoyenne et communautaire piloté par le Collectif pour un Québec sans pauvreté, l'Assemblée nationale a adopté en 2002 la [Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale](#)¹¹⁰ (Loi 112) et la [Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale](#) *La volonté d'agir – la force de réussir*¹¹¹ qui vise à « amener progressivement le Québec, d'ici dix ans, au nombre des nations industrialisées comptant le moins de pauvreté ». Cette stratégie nationale fait appel à la mobilisation de tous les secteurs d'activité et comporte comme troisième objectif de « réduire les inégalités qui peuvent nuire à la cohésion sociale ». Deux plans d'action ont suivi en 2004 et 2010 pour permettre la mise en œuvre de la stratégie.

Pour s'assurer d'une coordination dans les actions des différents secteurs en matière de santé, de bien-être et de lutte à la pauvreté, le gouvernement québécois a introduit, dans sa [Loi sur la santé publique](#) (2001)¹¹² et sa [Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale](#) (2002)¹¹³, deux clauses d'impact innovatrices, l'article 54 et l'article 19.

[L'article 54 de la Loi sur la santé publique](#)¹¹⁴ appelle le ministre de la Santé et des Services sociaux à donner « aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population ». Cet article, qui stipule aussi que le ministre de la Santé « doit

être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population » a conduit au développement et à l'implantation d'un mécanisme intra-gouvernemental d'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) dont l'un des objectifs est de contribuer à réduire les ISS.

Conformément à ce mécanisme d'ÉIS, les ministères et organismes gouvernementaux ont dorénavant la responsabilité d'analyser de manière prospective les impacts potentiels de leurs décisions sur la santé et le bien-être de la population. Le ministère de la Santé soutient cette démarche notamment par l'élaboration d'outils, comme un [guide pratique](#)¹¹⁵ et des documents d'information sur les déterminants de la santé.

Les [Comités ministériels permanents du Conseil exécutif](#)¹¹⁶, chargés d'assurer une plus grande cohérence et une meilleure coordination de l'activité gouvernementale, jouent aussi un rôle dans la mise en œuvre de l'article 54 et dans l'implantation de la démarche d'ÉIS. Bien que cette évaluation d'impact sur la santé doive être réalisée au tout début du processus de prise de décision, le MSSS n'est pas toujours consulté lors de l'élaboration d'un projet. Les comités qui examinent les initiatives politiques, législatives et réglementaires mises sur la table par les différents ministères et organismes gouvernementaux peuvent décider qu'une ÉIS devrait être conduite et demander un avis au MSSS quant aux impacts possibles sur la santé. Le comité qui agit principalement dans ce dossier est celui du développement social, éducatif et culturel, maintenant nommé « comité de la solidarité » sous le nouveau gouvernement du Parti Québécois.

[L'article 19 de la Loi sur la pauvreté et l'exclusion sociale](#)¹¹⁷ est pratiquement calqué sur l'article 54, mais orienté pour sa part sur l'adoption de politiques qui favorisent une amélioration de la situation économique et sociale des personnes et des familles en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. En d'autres mots, « cette clause d'impact oblige à soumettre chaque politique – avant son application – à une grille d'évaluation visant à vérifier si cette politique ne va pas contribuer à appauvrir davantage certains segments de la population, à entraver leurs efforts pour sortir de la pauvreté ou à les exclure dans un secteur d'activités donné » (Loi 112)¹¹⁸. De plus, l'article 20 de cette même loi stipule que les ministres qui estiment que leurs projets de loi ou règlements pourraient avoir des impacts directs et significatifs doivent en faire état lors de la présentation de leurs projets au gouvernement.

Un rapport du Conseil canadien de développement social a souligné l'importance des clauses d'impact intégrées dans ces deux lois qui :

« reflètent l'intérêt pour une action publique plus cohérente et cherchent à faire partager une vision intégrée des problèmes de pauvreté, d'exclusion et des inégalités de santé. Dans la mesure où les clauses d'impact exigent d'évaluer l'effet des lois, mesures et règlements gouvernementaux sur le quotidien des citoyens démunis, elles représentent une avancée réelle vers une approche intersectorielle et multidimensionnelle. Ces clauses plaident aussi en faveur de politiques transversales visant les plus vulnérables et tentent de relier les dimensions de la pauvreté, tant sur les plans social, économique, sanitaire, culturel qu'environnemental »¹¹⁹.

La [Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013](#)¹²⁰ qui intègre des préoccupations sociales, économiques et environnementales permet d'aborder sous différents angles des problématiques complexes et peut, elle aussi, être considérée comme un levier favorisant une action intersectorielle quant à la réduction des ISS. Ce cadre de référence définit une série d'orientations stratégiques et d'objectifs dont celui explicite de « prévenir et réduire les inégalités sociales et économiques ». Cette stratégie propose de coordonner l'action gouvernementale afin d'élaborer et d'implanter des plans d'action de développement durable dans tous les secteurs.

Comme pour l'article 54, les comités ministériels permanents jouent un rôle dans la mise en œuvre de la Stratégie de développement durable. Ils sont ultimement garants d'aviser le Conseil des ministres quant au respect des orientations gouvernementales en développement durable des projets soumis par les ministères et organismes. Un autre mécanisme déjà existant, le [Comité interministériel du développement durable](#) (CIDD)¹²¹ figure lui aussi parmi les différentes mesures facilitant le déploiement de cette stratégie gouvernementale.

Enfin, le développement des connaissances et la veille scientifique sur l'efficacité des interventions gouvernementales à l'égard des ISS permettraient de mieux guider le gouvernement dans le choix et la révision de ses interventions. Comme ce domaine de recherche et de veille s'inscrit directement dans l'un des trois axes prioritaires de la récente [politique nationale de la recherche et de l'innovation 2014-2019](#)¹²², soit « les changements démographiques : adapter l'organisation de notre société », la promotion de la recherche dans ce domaine apparaît à la portée du gouvernement québécois.

Bien qu'elles ne constituent pas en soi des politiques de réduction des ISS, ces stratégies d'action intersectorielle constituent, notamment par les processus de politiques qu'elles instaurent, des leviers pour l'action étatique en la matière.

3.2 INITIATIVES DES AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

Certaines initiatives portées par le secteur de la santé publique constituent aussi des leviers dans le contexte québécois de la réduction des ISS. Ces initiatives reposent sur les différents niveaux d'intervention comme le gouvernement central, les différentes régions et le niveau local. Elles sont développées parallèlement aux programmes de soins et de services de santé qui contribuent à la lutte contre les ISS en fournissant aux Québécois une couverture universelle gratuite pour les soins, ou à plus faible coût pour l'assurance-médicaments. D'entrée de jeu, il importe de souligner que l'article 8 de la Loi sur la santé publique du Québec, adoptée en 2001, stipule que dans « l'élaboration des volets du programme qui concernent la prévention et la promotion, le ministre doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population et celles qui peuvent contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population ». Quelques années plus tard, le [Programme national de santé publique 2003-2012](#) mis à jour en 2008, reconnaissait la réduction des inégalités de santé comme un des quatre grands défis de sa programmation. Ce programme qui n'est pas une politique globale de réduction des ISS cible principalement

les régions et le niveau local. Les interventions de ce programme visent la santé de l'ensemble de la population, mais il faut souligner que plusieurs interventions portent sur les groupes les plus vulnérables et que l'importance de favoriser des politiques publiques favorables à la réduction des inégalités de santé y est clairement affirmée. Le programme renforce également l'accès des personnes les plus défavorisées aux services de santé et sociaux. Le développement des communautés est aussi largement soutenu par ce programme comme une des stratégies d'action des acteurs de santé publique, notamment par le biais des agences, des CSSS et du ministère de la Santé.

Certains soulignent que ces bonnes intentions peinent à se concrétiser par la formulation d'objectifs concrets ou de cibles à atteindre visant la réduction des ISS¹²³. Néanmoins, cela atteste d'une prise de conscience de cet enjeu au Québec. Par exemple, la publication du [premier rapport sur les inégalités sociales de santé par la DSP Montréal-Centre](#)¹²⁴ en 1998 mènera à la création de l'[Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé](#)¹²⁵ pour établir des partenariats entre la direction de santé publique et le milieu de la recherche universitaire. La même année, un comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé liées à la pauvreté est mis sur pied et publie en 2002 le rapport. [La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : Orienter et soutenir l'action!](#)¹²⁶. Le Forum sur le développement social en 1998 a, par ailleurs, mené à la mise en place de leviers visant le développement social comme les ententes régionales, l'identification de répondants nationaux et régionaux de santé publique en développement des communautés, la création de la revue [Développement social](#)¹²⁷, la création du [Réseau québécois de développement social](#)¹²⁸, etc. Le secteur de la surveillance de la santé publique a également fortement contribué à établir le portrait des ISS au Québec, notamment au tournant des années 2000, par le développement de l'indice de défavorisation.

Plus récemment, trois directeurs de santé publique du Québec ont publié des rapports entièrement dédiés à l'enjeu des ISS dans leurs régions respectives : soit le [deuxième rapport](#)¹²⁹ sur les ISS de la DSP de Montréal en 2011, celui de la DSP de la Mauricie et du Centre-du-Québec en [2012](#)¹³⁰, ainsi que celui de la région de la Capitale-Nationale en [2013](#)¹³¹. Autant de publications qui attestent de la pertinence de la réduction des ISS et de la volonté de plusieurs acteurs de santé publique de travailler à les contrer.

Les initiatives portées par la santé publique pour prioriser la réduction des inégalités sociales de santé ont mis cette préoccupation à l'attention des instances décisionnelles de santé. Cependant, bien souvent, les actions portées par la santé publique, en particulier les mesures visant les changements de comportements pour la population générale, ont des répercussions néfastes sur les ISS, en rejoignant plus aisément les populations favorisées que défavorisées, accentuant ainsi les écarts de santé. Une attention soutenue doit être portée à proposer des interventions qui sont proportionnellement ciblées tout au long du gradient social en santé et à travailler avec les autres secteurs, pour agir par exemple sur un déterminant majeur comme le revenu, afin de développer une intervention réellement efficace de réduction des ISS. De même, une synergie entre l'action gouvernementale et l'action sociale (par exemple, les interventions communautaires et les initiatives citoyennes) pourrait soutenir plus largement l'intervention sur les ISS.

3.3 CONTEXTE CANADIEN ET POLITIQUE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Le gouvernement fédéral canadien n'a pas mis de l'avant une stratégie de réduction des ISS, bien que certains travaux récents, comme le premier [Rapport annuel de l'Administrateur en chef de la Santé publique du Canada](#)¹³² paru en 2008 ou les rapports du [Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie](#)¹³³, reconnaissent l'importance de s'attaquer à cette problématique grandissante au pays. Néanmoins, le régime fédéral canadien et le partage des compétences en matière sociale qu'il implique pour le Québec sont des éléments importants pour comprendre et analyser les interventions à l'égard des inégalités sociales de santé.

Les soins de santé

La constitution canadienne accorde aux provinces et aux territoires canadiens la responsabilité première des soins de santé. Le gouvernement fédéral peut cependant intervenir dans ce domaine au moyen de compétences spécifiques, en particulier par son pouvoir de dépenser¹³⁴. En ce sens, une des initiatives importantes du gouvernement fédéral est la [Loi canadienne sur la santé](#)¹³⁵ qui régit l'assurance-maladie en édictant les principes auxquels les systèmes de santé provinciaux doivent se conformer pour obtenir les transferts fédéraux. Son objectif principal est de protéger le bien-être des Canadiens et de leur donner accès à des services de santé universels et gratuits. Le gouvernement fédéral contribue donc de façon majeure à l'orientation et au financement des soins de santé délivrés par les provinces. Toute réforme allant dans le sens d'un financement fédéral à la baisse constitue une pression réelle sur la capacité provinciale d'intervention et est susceptible de miner l'accès aux services de santé. À ce titre, les modifications budgétaires de 1995 accompagnant la création du *Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux* auraient sérieusement contraint les provinces à introduire des réformes en matière sociale et des coupures de services dans leur système de soins¹³⁶. À l'opposé, la réinjection de fonds fédéraux à hauteur de 41 milliards sur dix ans convenue dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* a dégagé une certaine marge de manœuvre pour les gouvernements provinciaux dans la régulation de leur système de santé depuis 2004. Au terme de ce plan, prévu en 2014, le gouvernement fédéral a annoncé en décembre 2011 que les transferts totaux en espèces continueraient d'augmenter au rythme de 6 % par année jusqu'en 2016-2017. À compter de 2017-2018, les transferts canadiens en santé en espèces augmenteront en fonction de la croissance du produit intérieur brut, avec garantie d'augmentation du financement d'au moins 3 % par année¹³⁷.

Parallèlement au financement et à l'orientation générale des systèmes provinciaux de soins, plusieurs des interventions fédérales, en dehors du secteur de la santé, peuvent contribuer à la réduction des inégalités, principalement celles assurant un revenu minimal et celles ayant trait au logement. Par contre, des inquiétudes demeurent quant aux conséquences de réformes fédérales introduites au cours des dernières décennies notamment dans les secteurs du logement abordable, de l'aide au revenu des sans-emploi et de l'aide financière aux familles (134,¹³⁸). L'histoire récente semble confirmer cette tendance avec l'adoption en juin 2012 du projet de loi C-38 qui introduit des changements controversés notamment en matière de sécurité de la vieillesse, d'assurance-emploi et de l'abolition de l'équité salariale dans les contrats fédéraux. Or, en touchant certains déterminants sociaux de la santé, par

exemple par des changements au seuil de revenus minimaux, cette loi omnibus pourrait avoir à terme des conséquences néfastes sur les ISS.

La sécurité du revenu

Les principaux transferts financiers fédéraux concernent les chômeurs, les personnes âgées et les familles. Les chômeurs peuvent bénéficier de [prestations d'assurance-emploi](#)¹³⁹ tandis que les aînés reçoivent la [sécurité de la vieillesse](#)¹⁴⁰ que complète le [supplément de revenu garanti](#)¹⁴¹ et d'autres allocations réservées aux personnes âgées à faible revenu. Si ces derniers programmes ont grandement contribué au fil des décennies à réduire la pauvreté des personnes âgées, les réformes successives appliquées au régime d'assurance-emploi ont en revanche graduellement restreint la protection des chômeurs et leur accès au programme¹⁴². Compte tenu du fait que les personnes à faible revenu sont davantage susceptibles d'avoir des emplois précaires et des épisodes de chômage ayant d'éventuelles conséquences sur leur état de santé, ces changements apportés au régime d'assurance-emploi contribuent à accroître les inégalités de santé. De surcroît, ces changements se répercutent dans les systèmes de santé et de protection du revenu des provinces, lesquelles sont responsables dans leur juridiction respective du système de santé et de l'aide de dernier recours.

Quant aux transferts aux familles, la [prestation fiscale canadienne pour enfant](#)¹⁴³ est offerte aux familles admissibles, complétée par la [prestation nationale pour enfant](#)¹⁴⁴ (PNE) et dans certains cas par la [prestation pour enfant handicapé](#)¹⁴⁵. La PNE est une initiative conjointe des gouvernements fédéral et provincial pour réduire la pauvreté des enfants. Le Québec a adopté ses propres programmes comparables de lutte à la pauvreté des enfants (ceux-ci sont décrits plus loin dans la section petite enfance et éducation) puisqu'il ne participe pas à cette initiative pour conserver le contrôle du soutien du revenu pour les enfants du Québec¹⁴⁶. La [prestation universelle pour la garde d'enfant](#)¹⁴⁷, une prestation imposable de 100 \$ par enfant admissible versée mensuellement complète les transferts accordés aux familles¹⁴⁸ mais demeure une mesure controversée. En effet, comme cette prestation est accordée aux parents admissibles que l'enfant soit en service de garde ou qu'il reste à la maison, elle ne profite pas autant aux enfants de milieux défavorisés qui pourraient tirer avantage de la fréquentation régulière d'un service de garde préscolaire, notamment pour la stimulation cognitive supplémentaire ou le dépistage précoce de problèmes de développement ou de comportement. Les transferts directs aux familles présenteraient potentiellement aussi le désavantage de diminuer l'offre de services de garde de qualité en plus d'inciter les mères à rester à la maison plutôt que d'intégrer le marché du travail¹⁴⁹.

Le financement du logement

En matière de logement, la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL) joue un rôle majeur tant en ce qui concerne l'accès à la propriété qu'en matière de logement social. Depuis quelques années, afin de faire face à la pénurie de logements locatifs et surtout de logements abordables dans la plupart des villes et dans les communautés autochtones, la SCHL offre de [l'aide financière](#)¹⁵⁰ pour la construction de logements abordables et modestes par leur taille et leur conception. Il n'en demeure pas moins que la décision du gouvernement fédéral en 1996 de se retirer, après 50 ans d'implication, de l'administration et du financement des logements sociaux¹⁵¹ a entraîné un ralentissement

considérable de la construction de logements sociaux en plus de compromettre l'entretien et la rénovation du parc de logements sociaux actuel. À tel point que la Commission des droits de l'homme des Nations-Unies (ONU), dans un rapport portant sur le logement au Canada, déplorait en 2009 la diminution des investissements en matière de logement social et les répercussions de ce désengagement sur le prix et la qualité des logements. Parmi les groupes vulnérables du Canada en matière de logement, ce rapport identifiait les sans-abri et les personnes à risque de le devenir, les femmes à faible revenu et les Autochtones vivant dans des réserves qui présentent entre autres des problèmes de surpopulation¹⁵².

Donc, qu'il s'agisse d'initier des politiques et des programmes relevant directement du secteur de la santé ou impliquant tout autre secteur pouvant agir favorablement sur les déterminants de la santé, le gouvernement du Québec doit intervenir à l'intérieur des marges de manœuvre lui étant imparties dans le contexte fédéral canadien et il doit composer avec les orientations et initiatives prises au niveau fédéral, parfois même à titre de partenaire.

4 POLITIQUES GOUVERNEMENTALES AXÉES SUR DES DÉTERMINANTS PRÉCIS DE LA SANTÉ AU QUÉBEC ET AILLEURS DANS LE MONDE

Parallèlement aux approches globales, plusieurs interventions sectorielles ou intersectorielles axées sur des déterminants particuliers de la santé peuvent contribuer à combattre les ISS, sans toutefois les cibler a priori. Dans les rares pays qui ont adopté une approche globale de réduction des ISS, ces politiques ou actions gouvernementales, initiées et coordonnées par le secteur de la santé ou portées par d'autres secteurs, permettent d'ailleurs bien souvent de consolider les efforts entrepris dans le cadre de la politique globale de lutte contre les ISS. À l'instar de l'approche globale, les politiques axées sur un ou des déterminants spécifiques peuvent se traduire soit par des mesures universelles visant l'ensemble de la population, soit par des mesures ciblées visant des populations vulnérables. Ces mesures peuvent viser directement l'individu (ex. crédit d'impôt) ou encore viser l'ensemble de la communauté (ex. plan d'aménagement urbain). Elles sont mises en œuvre par le gouvernement central aux niveaux local ou régional ou encore par le secteur privé, les fondations et le secteur communautaire.

La prochaine section présente des interventions gouvernementales axées sur des déterminants de la santé particuliers mises en place au Québec et ailleurs. Celles-ci sont regroupées sous cinq grandes catégories, à savoir : 1) petite enfance et éducation; 2) emploi, revenu et solidarité sociale; 3) environnement et aménagement du territoire; 4) habitudes de vie; et 5) systèmes de soins et services de santé.

Concernant les interventions développées au Québec, peu de données existent sur l'implantation et l'impact des diverses mesures présentées dans les sections suivantes. Face à l'abondance des interventions québécoises existantes, il faut rappeler que plusieurs de ces interventions ne sont pas déployées entièrement et que dans plusieurs cas, la pérennité de ces mesures est loin d'être assurée. En outre, comme ces interventions émanent de différents secteurs et ne sont pas déployées pour viser spécifiquement la réduction des ISS, il n'existe pas d'évaluation sur les effets de ces interventions au regard des ISS.

4.1 PETITE ENFANCE ET ÉDUCATION

Les études sur les déterminants sociaux de la santé accordent généralement beaucoup d'importance aux interventions portant sur le développement des enfants et l'éducation des jeunes. La réussite scolaire contribue à l'insertion sociale et professionnelle et le niveau d'éducation est un déterminant de la santé indépendant du niveau économique¹⁵³. La petite enfance retient l'attention en raison de découvertes récentes dans le domaine de la psychologie et de la neurologie ayant démontré à quel point le développement du cerveau dans les premières années de vie est sensible aux influences extérieures et à quel point les conséquences sont durables¹⁵⁴. Non seulement les conditions difficiles vécues dans le jeune âge ont des conséquences sur la santé immédiate des enfants et leurs chances de succès, mais les ISS qui s'installent dès cet âge, s'accroissent et persistent à l'âge adulte et se traduisent par moins d'années de vie en santé^{155 156 157}.

Soutien aux familles, services de garde et services en périnatalité

Interventions québécoises

Afin de soutenir les familles, le Québec a adopté le [Régime québécois d'assurance parentale](#)¹⁵⁸ qui inclut les prestations pour les travailleurs qui prennent un congé de maternité, un congé de paternité, un congé parental ou un congé d'adoption. Le Régime des rentes du Québec [RRQ](#)¹⁵⁹ propose maintenant le [Crédit d'impôt remboursable pour le soutien aux enfants](#)¹⁶⁰ qui remplace les allocations familiales et les prestations familiales et le [Supplément pour enfant handicapé](#)¹⁶¹.

Pour les services de garde, les parents disposent d'un réseau limité de places en garderies à 7 \$ par jour dans le cadre du [Programme de places en service de garde à contribution réduite](#)¹⁶². Les milieux de garde publics doivent appliquer le [Programme éducatif des services de garde du Québec](#)¹⁶³. De plus, tous les enfants ont accès à l'éducation préscolaire dès l'âge de 5 ans, et avec l'adoption en juin 2013 du [projet de loi 23](#)¹⁶⁴, dans le cas d'enfants défavorisés, dès l'âge de 4 ans. Notons que les services de garde au Québec reposent sur le principe fondateur de la réduction des inégalités dans le développement des enfants. Cependant, des inégalités dans leur accessibilité pourraient venir contrecarrer cet objectif puisque proportionnellement plus de familles favorisées bénéficient de ces services (149).

Les femmes enceintes et les mères en situation de vulnérabilité (pauvreté, jeune âge ou faible éducation des parents) ont accès aux [Services intégrés en périnatalité et petite enfance \(SIPPE\)](#)¹⁶⁵ de la période prénatale jusqu'à ce que l'enfant ait cinq ans. Un accompagnement est proposé aux familles, principalement sous la forme de visites à domicile, d'interventions de groupe, de soutien à des interventions éducatives précoces auprès des enfants, d'accompagnement vers les ressources du milieu et par des actions intersectorielles visant à créer des environnements favorables au développement optimal des enfants.

En matière de conciliation travail-famille, le ministère de la Famille a implanté le [Programme de soutien financier aux milieux de travail en matière de conciliation travail-famille](#)¹⁶⁶ duquel découle la [norme Conciliation travail-famille](#)¹⁶⁷, par le Bureau de normalisation du Québec, pour permettre aux milieux de travail de planifier, d'élaborer et d'implanter des pratiques et des mesures de conciliation travail-famille.

Ailleurs dans le monde, quelques pays se sont engagés à assurer l'« équité dès le départ », pour reprendre l'expression de la Commission des déterminants sociaux de la santé¹⁶⁸, et ont mis en place des politiques favorisant le développement des jeunes enfants et la réussite des enfants d'âge scolaire, ces dernières souvent ciblées vers les groupes vulnérables.

Mis en œuvre en Angleterre (avec des variantes en Écosse, en Irlande et au Pays-de-Galles), le programme [Sure Start](#)¹⁶⁹ est un programme de développement de la petite enfance visant à augmenter les chances de succès des enfants à l'école et à l'âge adulte, réduisant ainsi la pauvreté et sa transmission intergénérationnelle. Il consiste en une offre intégrée de services de garde, d'éducation préscolaire, de soutien à la famille et de services

de santé et de promotion de la santé. À l'origine, chaque programme local (*Sure Start Local Programme* ou SSLP) pouvait développer les services en fonction des besoins de la communauté et des demandes des parents, de sorte que les SSLP étaient très disparates. Suite à une évaluation montrant des effets relativement modestes en raison de la diversité des programmes, d'une participation moindre qu'attendue des familles les plus défavorisées, de la courte durée avant l'évaluation¹⁷⁰ ainsi qu'aux résultats d'autres recherches soulignant l'importance de l'intégration des services, les programmes locaux ont été transformés à partir de 2006 en *Sure Start Children's Centre* (SSCC). L'offre de services y est plus encadrée, davantage axée sur les services de garde et de réinsertion en emploi des parents que sur le développement des enfants, et s'accompagne de démarchages accentués vers les familles les plus à risque¹⁷¹. Les SSCC ne sont pas limités aux secteurs défavorisés et sont gérés par les autorités locales; cependant, l'offre de services de garde et d'aide professionnelle peut varier en fonction du niveau de défavorisation du secteur. Selon les données d'évaluation d'une étude longitudinale portant sur la fréquentation de *Sure Start*, des bienfaits ont été enregistrés, surtout pour les enfants de trois ans, et ce pour tous les groupes visés, soit les parents adolescents, les familles monoparentales et les ménages au chômage (170). Parmi les améliorations remarquées dans les secteurs d'implantation figurent notamment l'amélioration de la santé infantile (diminution des hospitalisations d'urgence, des blessures graves et des infections respiratoires) et une augmentation du nombre d'enfants reconnus comme ayant des besoins spéciaux, ce qui suggère un meilleur dépistage (170). Les chercheurs ont constaté que les programmes *Sure Start* les plus efficaces étaient ceux où l'intégration des services complémentaires était la plus poussée (170).

Si le programme *Sure Start* est l'un des plus reconnus à travers le monde et a servi d'exemple pour plusieurs autres programmes du même type ailleurs dans le monde, d'autres interventions méritent l'attention. Un rapport du *Innocenti Research Centre*, associé à UNICEF, a démontré que les pays nordiques de l'Europe, reconnus pour leurs politiques sociales et familiales progressistes, se classent parmi les premiers quant à différentes dimensions du bien-être des enfants¹⁷². La Suède fait particulièrement bonne figure. Conformément à sa politique nationale de santé publique, la Suède agit principalement sur les déterminants sociaux afin d'assurer à tous de bonnes conditions de vie durant l'enfance et à l'adolescence, sur la base des données probantes montrant que de telles conditions constituent le fondement de la santé tout au long de la vie. Le développement des compétences parentales est également fortement encouragé. Le soutien universel dispensé pendant la grossesse vise à développer précocement des aptitudes d'attachement sécurisantes et favorise l'adoption de pratiques parentales adéquates. Les congés parentaux^h accordés aux nouveaux parents et pouvant totaliser 16 mois (dont 13 mois avec salaire complet) assurent aux familles des conditions matérielles favorables et contribuent également à renforcer l'attachement parental¹⁷³. Enfin, les politiques publiques suédoises contribuent au développement des enfants par des services de garde de qualité, quasi universels, où des éducatrices spécialisées de niveau universitaire offrent une éducation préscolaire. Non seulement ce système contribue à réduire les inégalités dans le développement des enfants, mais il facilite la participation des femmes au marché du travail,

^h Voir le *Sweden Parental Leave Act* : <http://www.government.se/content/1/c6/10/49/85/f16b785a.pdf>

contribuant *de facto* à diminuer le taux de pauvreté des mères monoparentales pour lesquelles la conciliation travail-famille est plus difficile.

Réussite scolaire et soutien aux études

Interventions québécoises

Afin d'améliorer la persévérance et la réussite scolaires, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) a adopté la [Stratégie L'école j'y tiens](#)¹⁷⁴. Cette stratégie regroupe plusieurs interventions nouvelles ou déjà existantes, soit universelles, soit pour les milieux ou élèves à risque, par exemple, la réduction du nombre d'élèves dans les classes du primaire, l'aide aux devoirs, l'accompagnement individualisé en cas d'échec, un renforcement de la formation professionnelle au niveau secondaire et le renforcement de l'approche [Agir Autrement](#)¹⁷⁵. Le rapport d'évaluation de cette approche réitère, malgré l'absence d'effets démontrés jusqu'à maintenant sur la réussite scolaire des élèves de milieux défavorisés, son caractère prometteur si des modifications substantielles sont apportées dans l'opérationnalisation et les conditions entourant la mise en œuvre de cette stratégie d'intervention¹⁷⁶.

Le MELS dispose également d'une politique de l'adaptation scolaire intitulée « Une école adaptée à tous ses élèves » accompagnée d'un plan d'action : [Des conditions pour mieux réussir](#)¹⁷⁷. Le [Plan d'action pour soutenir la réussite des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage](#)¹⁷⁸ (EHDA) prévoit pour les élèves handicapés ou en difficulté des modalités variables d'organisation de services selon leurs besoins (classes spéciales ou intégration dans les classes ordinaires), des mesures pour appuyer l'intégration dans les classes ordinaires (réduction du nombre d'élèves, identification des conditions à rencontrer, libération ponctuelle des enseignants pour des activités de concertation avec d'autres intervenants et pour du perfectionnement), du soutien aux parents et un renforcement de la complémentarité des services du réseau de l'éducation et du réseau de la santé et des services sociaux.

Par ailleurs, le gouvernement québécois propose un programme d'[Aide financière aux études](#)¹⁷⁹ administré par le MELS pour favoriser l'accès aux études par un système de prêts et bourses. Ce programme propose diverses mesures comme le [Programme études-travail](#)¹⁸⁰ afin de mieux concilier les études avec le travail.

L'approche [École en santé](#)¹⁸¹ sous la responsabilité conjointe du MSSS et du MELS vise à déployer des pratiques efficaces de prévention et de promotion en contexte scolaire afin d'agir de façon globale et concertée pour favoriser la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes.

Un exemple intéressant de programme de soutien aux études pouvant atténuer la portée des inégalités sociales est fourni par le plan d'action irlandais [Delivering Equality of Opportunity in Schools \(2005-2010\)](#).¹⁸² Ce plan d'action met l'accent sur les besoins éducatifs spécifiques des enfants et des jeunes issus des milieux défavorisés, de l'école maternelle jusqu'au secondaire et s'inscrit dans un continuum de services éducatifs allant du préscolaire à l'éducation aux adultes. Il vise à fournir aux enfants de milieux défavorisés un

environnement éducatif favorable à travers un ensemble intégré d'interventions (*School support program*) incluant par exemple la réduction du ratio élèves/enseignant, des programmes de littératie et de numératie, un appui aux bibliothèques scolaires, un soutien aux enseignants et aux directeurs d'école (congrés sabbatiques pour formation continue, seuils réduits du nombre d'élèves et d'enseignants), le renforcement des services d'orientation au niveau secondaire, une augmentation des choix de curriculum, de la formation continue pour le personnel scolaire, le renforcement des partenariats et une offre de services intégrée avec d'autres agences offrant des services pour la même clientèle. Un rapport d'évaluation publié en 2011 et couvrant les trois premières années du programme montre des améliorations significatives (littératie, numératie, assiduité) malgré un contexte économique défavorable¹⁸³.

Un autre exemple d'intervention relative au développement de la petite enfance, mais se poursuivant au-delà des premières années de vie est celui établi par le Livre blanc du gouvernement norvégien [*Early Intervention for Lifelong Learning*](#)¹⁸⁴. Mise en œuvre à partir de 2006, cette stratégie déploie différentes mesures pour favoriser la réussite scolaire incluant la stimulation des compétences linguistiques dès la garderie, un suivi au long du parcours scolaire pour les enfants qui en ont besoin, la prolongation de la durée de la journée scolaire, l'aide aux devoirs, l'évaluation individuelle et un enseignement adapté dès l'apparition des problèmes. Cette stratégie propose aussi de renforcer l'activité physique, une offre de fruits et légumes en milieu scolaire, le renforcement des services d'orientation en milieu secondaire pour contrer l'abandon scolaire, la diversification des curriculums et des offres de stages, la formation des enseignants et des autres intervenants, en plus de l'éducation aux adultes. L'originalité du plan norvégien est sa vision axée sur le parcours de vie et l'importance qu'il accorde au développement du langage comme pilier du développement de l'enfant.

À retenir quant au déterminant petite enfance et éducation

Le Québec offre un ensemble de programmes pour soutenir les familles durant la période périnatale et durant la petite enfance : ces programmes incluent le soutien du revenu, des congés pour les parents, l'accès à des services de garde de qualité et à l'éducation préscolaire, ainsi qu'un programme intégré pour les familles en situation de vulnérabilité. Ce type d'approche a été démontré efficace dans d'autres contextes. Cependant, des bénéfices accrus pour le développement des enfants seraient réalisables si le réseau de centre de la petite enfance limité actuellement était accessible à toutes les familles qui souhaitent y avoir accès et en favorisant son utilisation par les enfants des milieux défavorisés qui pourraient en bénéficier le plus. Il est à noter également que le régime de congé parental n'offre pas une flexibilité optimale en comparaison avec les exemples scandinaves. En ce qui a trait au soutien académique, des programmes d'appui à la réussite scolaire sont en place depuis plusieurs années au Québec et certains progrès ont été réalisés, mais cette problématique demeure importante particulièrement chez les garçons, dans les milieux défavorisés et parmi les élèves d'immigration récente¹⁸⁵. Les exemples tirés des autres pays montrent des voies prometteuses dans la flexibilité et la durée des congés parentaux, dans la générosité des compensations et prestations offertes, dans l'intégration des services et le démarchage vers les groupes à risque, dans la continuité de l'appui aux groupes ou individus à risque de difficulté scolaire et finalement dans l'appui aux enseignants et aux directions d'école.

4.2 EMPLOI, REVENU ET SOLIDARITÉ

L'emploi et le revenu sont des déterminants majeurs des ISS. Les effets délétères pour la santé face à la perte ou la précarité de l'emploi sont clairement démontrés. Toute intervention étatique visant à contrer les ISS doit faire de l'emploi une priorité, car c'est principalement par l'emploi qu'une amélioration des conditions de vie est possible. Non seulement l'emploi constitue l'un des principaux moyens de combler des besoins essentiels comme le logement et l'alimentation, mais il remplit des besoins sociaux importants dans les sociétés où il est la norme, c'est-à-dire l'insertion sociale, le sentiment d'appartenance et d'utilité, qui sont également des déterminants reconnus de la santé et du bien-être.

Cependant, l'emploi en soi n'est pas une garantie de meilleure santé. D'abord, pour permettre une véritable amélioration des conditions de vie et de la santé, l'emploi doit être bien rémunéré et non précaire. Or, depuis quelques années au Québec et dans de nombreuses autres sociétés occidentales, il y a une hausse du travail temporaire et atypique. Le nombre de travailleurs évoluant en situation de pauvreté est également en hausse. Certes, le fait de travailler de façon autonome ou à temps partiel peut constituer un choix personnel, notamment pour conserver une certaine flexibilité en termes de conciliation travail-famille. Cependant, selon le Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale du Québec (CCLP), il demeure qu'en situation de pauvreté ou de crise économique l'acceptation de toute forme d'emploi s'impose souvent, peu importe les conditions de travail ou la précarité qui s'y rattachent. Le travail temporaire, qui est généralement moins syndiqué, moins bien rémunéré et davantage occupé par des femmes, constituerait d'ailleurs une tendance forte au Québec, toujours selon ce Comité consultatif. De 1997 à 2011, le travail temporaire a crû de quelque 47 %, alors que la croissance de l'emploi permanent a été seulement de 25 %. Le nombre de travailleurs québécois en situation de pauvreté ou évoluant à la limite du seuil de faible revenu est également en hausse. En 2009, plus de 900 000 personnes, soit un peu plus du quart des travailleurs québécois, travaillaient à un taux horaire de 12 \$ ou moins, ce qui est peu pour faire face au coût de la vie¹⁸⁶.

La précarité et la faible rémunération ne sont pas les seuls enjeux de l'emploi liés aux ISS. Une enquête québécoise sur la santé au travail indique que les contraintes physiques ou psychosociales liées à l'emploi auraient une prévalence plus élevée dans les catégories qui se situent au bas de l'échelle hiérarchique, ce qui vient renforcer les dynamiques de distribution inégale de la santé chez les travailleurs. La prévalence et la gravité des maladies professionnelles semblent varier en fonction du statut socioéconomique des travailleurs : les plus pauvres, les moins scolarisés et de façon générale les classes socioprofessionnelles plus défavorisées sont davantage malades¹⁸⁷. Les facteurs potentiellement pathogènes sont, par exemple, les conditions physiques du travail (charge, posture, mouvements répétitifs, bruit, conditions physiques ou thermiques), le faible contrôle sur les tâches, ou encore l'insuffisance d'appui des pairs ou des supérieurs¹⁸⁸.

Les politiques visant à assurer de bonnes conditions de travail et à soutenir les personnes pour accéder à l'emploi ont donc le potentiel de réduire les ISS en ayant un impact autant sur les facteurs matériels que psychosociaux. Par ailleurs, la plupart des pays développés ont mis en place des politiques de soutien au revenu minimal pour venir en aide aux

personnes incapables de subvenir à leurs propres besoins, de façon temporaire ou prolongée, pour différentes raisons (santé, incapacités, obligations familiales, travail insuffisamment rémunéré, etc.), ce qui contribue également à lutter indirectement contre les ISS.

Transferts sociaux et revenu minimum adéquat

Interventions québécoises

Au Québec, afin d'assurer un revenu minimal adéquat, la population dispose du [Programme d'aide sociale](#)¹⁸⁹ et du [Programme de solidarité sociale](#)¹⁹⁰ sous la responsabilité du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). Ces programmes composent l'aide financière de dernier recours pour les personnes qui présentent ou non des contraintes sévères à l'emploi. Le [Programme Alternative jeunesse](#)¹⁹¹ cible quant à lui spécifiquement les jeunes de moins de 25 ans et comprend un plan d'intervention pour l'accès à l'emploi. Ces trois programmes permettent aux personnes admissibles de recevoir des prestations mensuelles pour leur subsistance. Selon le Centre d'études sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE), en 2012, le revenu disponible des personnes recevant l'aide de dernier recours varie, en fonction de la situation familiale, entre 45,5 % et 74,8 % du seuil de pauvreté selon la mesure du faible revenu.

Le [Régime de rentes du Québec](#)¹⁹², quant à lui, permet d'assurer une protection financière de base à la retraite, au décès ou en cas d'invalidité aux personnes qui travaillent et à leurs proches. Il s'agit d'un régime public obligatoire.

Les politiques de protection sociale des pays développés prennent différentes formes : 1) bénéfiques universels financés par les impôts et autres taxes et visant l'ensemble de la population ou certains groupes cibles (aînés, enfants, personnes handicapées); 2) bénéfiques ciblés ou conditionnels, également financés par les taxes et impôts généraux, mais accessibles seulement en fonction du revenu ou autres conditions (aide de dernier recours, appui au logement, exemptions de certains frais); et, 3) assurance sociale financée par des contributions d'employés et d'employeurs et disponible aux contributeurs et à leur famille. Ces politiques incluent, en plus de différents services, des transferts sociaux ou de remplacement du revenu, permettant aux bénéficiaires de faire face, en tout ou en partie, à leurs besoins matériels. Les chercheurs classent les pays en fonction de la combinaison de ces différentes mesures de soutienⁱ. À titre d'exemple, en janvier 2012, les prestations mensuelles en espèces accordées en vertu de la garantie de ressources minimum (ou aide à la subsistance) à une personne seule sont de 429 € en Suède, de 374 € en Allemagne, et de 351 € au Royaume-Uni^j. Cependant, à cela s'ajoute en Allemagne et en Suède, l'équivalent des dépenses réelles ou raisonnables pour le logement et le chauffage (plus le remboursement d'autres dépenses en Suède, comme l'affiliation à un syndicat et à une

i Un exemple souvent cité est la classification d'Esping-Andersen en 3 types de régime : Libéral, conservateur et social-démocrate. Voir Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. London: Polity. Voir également Eikemo, T.A. et Bambra, C. (2008). *The welfare state : a glossary for public health*. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 62: 3-6.

j Selon les tableaux comparatifs disponibles sur le site de la Commission Européenne : <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=815>.

caisse d'assurance-emploi). Au Royaume-Uni, des allocations supplémentaires sont aussi accordées pour le logement et les taxes locales. Dans les trois pays, cette aide financière est payable à toute personne démontrant un revenu insuffisant pour faire face aux frais de subsistance.

Une étude montre qu'indépendamment d'une quelconque typologie, les politiques sociales à couverture universelle et dont les contributions sont plus généreuses sont associées à une plus longue espérance de vie¹⁹³. Semblablement, il a été démontré que la générosité des politiques familiales (incluant toutes les prestations et compensations du revenu) est associée à une plus grande réduction de la mortalité infantile¹⁹⁴. Cependant, ces recherches ne tirent pas de conclusion quant à l'impact de ces politiques sur une éventuelle réduction des ISS. Il faut aussi noter dans les dernières années une tendance vers le marché libre qui entraîne plusieurs pays à couper ou réduire leurs programmes de soutien aux revenus, notamment en Australie, au Royaume-Uni et plus récemment au Québec.

Aide et soutien à l'emploi

Interventions québécoises

Le gouvernement a mis en place plusieurs mesures pour faciliter l'accès au marché du travail et pour soutenir les travailleurs. Emploi-Québec est responsable de la mise en œuvre de plusieurs mesures d'aide à l'emploi comme la [Stratégie de mobilisation tous pour l'emploi](#)^{k 195}, le [pacte pour l'emploi](#)¹⁹⁶, les [Allocations d'aide à l'emploi](#)¹⁹⁷, les [Subventions salariales](#)¹⁹⁸ et la [Formation de la main-d'œuvre](#)¹⁹⁹. Revenu-Québec est responsable de la [prime au travail](#)²⁰⁰, un crédit d'impôt remboursable destiné aux travailleurs à faible ou moyen revenu pour les encourager à intégrer le marché du travail ou à y demeurer.

Afin de valoriser les projets entrepreneuriaux des jeunes en milieu défavorisé, le ministère des Finances et de l'Économie (MFE) a lancé la [Stratégie québécoise de l'entrepreneuriat](#)²⁰¹. Le MESS est responsable du [Programme de soutien pour les travailleurs âgés](#)²⁰² qui accorde une aide financière mensuelle aux travailleurs âgés licenciés ou mis à pied qui se retrouvent sans emploi en raison de la conjoncture économique. Finalement le [Programme d'aide à l'intégration des immigrants et des minorités visibles en emploi](#) (PRIME)²⁰³ est le résultat d'un partenariat entre Emploi-Québec, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) et Investissement Québec.

Comme au Québec, plusieurs pays ont mis en place des politiques d'activation, c'est-à-dire un ensemble de programmes et de mesures intégrant une aide financière et une aide à la recherche d'emploi pour les personnes sans travail. Ces programmes s'appuient sur la collaboration entre différents niveaux et agences de soutien social et visent une clientèle incluant des groupes très défavorisés. La Norvège a, par exemple, publié en 2006 le livre blanc [Work, Welfare and Inclusion](#)²⁰⁴, la Nouvelle-Zélande le [Better work – Working](#)

^k Cette stratégie d'emploi a été suivie en mars 2013 par des modifications dans l'aide sociale vivement critiquées par plusieurs groupes et instances dont le Collectif pour un Québec sans pauvreté, la Commission des droits de la personne et le Protecteur du citoyen (voir <http://www.ledevoir.com/politique/quebec/372472/aide-sociale-les-critiques-fusent-de-toutes-parts>).

[better](#)^{l 205} et en Irlande le programme [Pathways to work](#)²⁰⁶ a été annoncé en 2012. En général, en plus d'un appui financier, ces approches proposent aux participants un suivi, des formations et des stages en emploi. Des sanctions peuvent être imposées, sous forme de réduction de la contribution financière ou de l'éligibilité, si les participants ne se présentent pas aux rencontres ou activités prévues ou n'acceptent pas les emplois disponibles. Ces programmes ont le potentiel d'agir sur les déterminants matériels (ex. : alimentation, logement) et psychosociaux (ex. : sentiment d'appartenance et d'utilité), et ils peuvent être efficaces en termes de retour en emploi des participants, tel que démontré en Norvège, mais leur efficacité varie selon les groupes cibles et le contexte économique²⁰⁷.

Les données probantes sur l'impact de ces programmes sur la santé (particulièrement à long terme) et sur les ISS plus précisément sont plus rares. Les informations qui suivent proviennent de recherches et bilans récents²⁰⁸ (209). Certains de ces programmes ont pu réduire la détresse psychologique, la dépression et le risque de suicide chez les participants, mais d'autres programmes n'ont pas eu d'effet positif. Dans les cas d'amélioration, la durée n'en est pas connue et des préoccupations sont formulées en lien avec la piètre qualité des emplois (précarité, faible rémunération, horaire atypique) que les participants doivent parfois accepter et qui n'est pas propice à une amélioration durable (ou même temporaire) de leur santé. White²⁰⁹ avance même que l'incertitude et l'anxiété générées par des emplois précaires ou de piètre qualité peuvent s'avérer tout autant dommageables pour la santé que le chômage. Elle soulève aussi une préoccupation relativement à la logique punitive sous-jacente à certains programmes d'activation qui risquerait d'aggraver le stress chronique que vivent déjà ces populations. Aussi, les personnes sans emploi qui ne réussissent pas à intégrer le marché du travail, soit la vaste majorité des chômeurs participant à ce type de programme^m, sont susceptibles de connaître une perte d'espoir, des frustrations et de la démotivation suite aux attentes déçues et aux rejets répétés qu'ils auront connus lors de leur participation aux programmes d'activation.

Certains facteurs pourraient favoriser une influence positive des programmes d'activation sur la santé des participants, comme la qualité du suivi des personnes, une approche habilitante plutôt que contraignante et les conditions de mise en œuvre. À ce titre, toujours selon White, le Québec ferait relativement figure d'exemple à suivre, notamment pour les partenariats entre les secteurs public et communautaire, le caractère motivant de la relation d'aide (plutôt que punitif) que le programme d'activation met en place et la cohérence dans les prestations et les services (ex. : travaux de l'agence Emploi-Québec et de ses partenaires, politique familiale québécoise, etc.).

^l Dans le cas de la Norvège et de la Nouvelle-Zélande, les documents cités incluent d'autres aspects reliés au travail, par exemple, les conditions de travail et la santé et sécurité en milieu de travail.

^m Dans son étude d'impact sur la santé des politiques d'activation, White (209) indique que tout dépendant du type de programme et du système national d'activation, 50 % à 80 % des personnes sans emploi participant aux programmes d'activation ne réussiraient pas à s'insérer au marché du travail, incluant les emplois précaires. Au Québec, environ 55 % des personnes sans-emploi participant au programme d'employabilité n'arriveraient pas à s'intégrer durablement (soit plus de 18 mois) au marché du travail, à tout le moins, pas suite à la participation à une seule mesure d'activation.

Inclusion sociale et lutte contre la discrimination

Interventions québécoises

Afin de favoriser l'inclusion sociale, le gouvernement a mis en place plusieurs interventions, comme le [Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015](#)²¹⁰, qui visent à coordonner l'action pour aider les personnes démunies et pour lutter contre la pauvreté. Dans la même lignée, le MSSS est responsable de la nouvelle [Politique nationale de lutte à l'itinérance](#)²¹¹ et du [Plan d'action interministériel en itinérance](#)²¹². Le gouvernement dispose aussi d'une [Politique gouvernementale sur l'action communautaire](#)²¹³ pour soutenir les organismes de défense collective des droits et reconnaître et soutenir l'action bénévole telle qu'elle s'exerce dans les organismes communautaires. Les personnes à faibles revenus peuvent recourir à des services juridiques par le biais de l'[Aide juridique](#)²¹⁴ du ministère de la Justice.

D'autres mesures ciblent des groupes de populations comme la [Stratégie action jeunesse 2009-2014](#)²¹⁵ du Secrétariat à la jeunesse qui vise à coordonner l'ensemble de l'action gouvernementale pour les jeunes et la [Stratégie d'action en faveur des aînés](#)²¹⁶ du MFA qui vise à favoriser l'autonomie et la qualité de vie des aînés.

Pour lutter contre la discrimination, l'Assemblée nationale a adopté la [Loi sur l'Équité salariale](#)²¹⁷ afin de corriger les écarts salariaux dus à la discrimination fondée sur le sexe. De même, la [Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes](#)²¹⁸ vise l'égalité économique entre les femmes et les hommes et une meilleure conciliation des responsabilités familiales et professionnelles. Le [Plan d'action gouvernemental pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec 2008-2013](#)²¹⁹ du MICC vise à corriger les situations de discrimination et d'inégalité qui touchent les Québécois des communautés culturelles, particulièrement des minorités visibles. Finalement, la [Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale](#)²²⁰ et l'énoncé de politique qui en découle [à part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité](#)²²¹ est piloté par l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ).

Les programmes et plans de lutte contre l'exclusion sociale regroupent souvent plusieurs approches et visent diverses clientèles. En Australie, la Politique d'inclusion sociale de 2009, [A Stronger, Fairer Australia](#)²²² est basée sur des priorités, des politiques et des activités qui visent les familles sans emploi, les enfants vulnérables, les personnes itinérantes, les Autochtones et les personnes handicapées. Cette politique propose des approches intégrées vers des quartiers et des communautés vulnérables. Un autre exemple de lutte contre l'exclusion sociale est le [National Plan for Social Inclusion 2007-2016](#)²²³ de l'Irlande dont l'objectif global est de réduire le nombre de personnes en situation de pauvreté chronique de 4 à 2 % avant 2012 et d'éliminer ce type de pauvreté d'ici 2016. Ce plan est structuré selon les cycles de vie et identifie des objectifs ciblant les enfants, les personnes en âge de travailler, les aînés, les personnes handicapées et les communautés. Les mesures proposées couvrent le soutien au revenu, l'éducation, le soutien et la participation en emploi, le logement, les services de santé et l'intégration des immigrants. Concernant la gouvernance, la mise en œuvre et le suivi de ce plan, il est prévu de renforcer les mécanismes de coordination existants et de mettre en place de nouveaux mécanismes, tant

horizontaux que verticaux. Un plan de suivi cohérent avec les autres ententes et plans gouvernementaux et un rapport annuel sont prévus, sous la responsabilité du Bureau de l'inclusion sociale.

Conditions de travail, santé et sécurité

Interventions québécoises

La [Loi sur les normes du travail](#)²²⁴ s'applique à la plupart des salariés au Québec, mais exclut les travailleurs autonomes et certaines catégories d'employés. Elle touche à divers aspects de l'emploi, comme le salaire minimum, la durée de la semaine de travail, les pauses, les congés pour raisons familiales ou de maladie, les vacances, l'embauche et le congédiement, les contrats et le harcèlement sexuel.

Les rapports collectifs entre un groupe d'employés et un employeur sont principalement régis par le [Code du travail](#)²²⁵ : droit d'association (également garanti dans la Charte québécoise des droits et libertés de la personne et dans la Charte canadienne), accréditation syndicale, négociation collective, etc.

Au Québec, le Régime de santé et sécurité du travail est constitué de deux lois principales: la [Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles](#)²²⁶, et la [Loi sur la santé et sécurité du travail](#)²²⁷. La Loi sur les accidents de travail prévoit l'indemnisation des victimes d'accidents de travail ou de maladies professionnelles et couvre tous les travailleurs (à quelques exceptions près) victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle survenue au Québec et dont l'employeur a un établissement au Québec. La Loi sur la santé et sécurité du travail vise plutôt la prévention des accidents et maladies dues au travail et même si elle vise en principe tous les travailleurs, la Commission de la santé et sécurité du travail détermine par règlement les secteurs où doit être mis en œuvre un programme de prévention. En 2012, 25 % des travailleurs québécois (35 % des travailleurs et 15 % des travailleuses) travailleraient dans une entreprise où est implanté un programme de prévention. Les conditions de travail affectent la santé et les ISSⁿ. Les inégalités liées au travail sont influencées par des politiques se déclinant sur plusieurs niveaux : au niveau macro, par exemple, les traités internationaux sur le commerce, les relations de travail, la syndicalisation, le marché de l'emploi et le salaire minimum; au niveau des conditions d'emploi comme les horaires, les congés et les contrats; au niveau des conditions sur les lieux de travail comme l'exposition à divers risques et les contraintes physiques et psychosociales; et finalement au niveau des programmes de compensation des victimes d'accidents de travail ou de maladies professionnelles²²⁸.

Les politiques concernant le temps de travail, les congés et les heures de repos quotidiennes et hebdomadaires varient selon la longueur de la semaine de travail (à temps complet ou à temps partiel), la flexibilité de l'horaire (qui peut être à l'initiative de l'employeur ou de l'employé) et la durée des vacances. Par exemple, le [Swedish Working Hours Act](#)²²⁹ prescrit une semaine de 40 heures, un maximum de 200 heures de travail supplémentaires par an, une prohibition générale contre le travail de nuit avec certaines exceptions. Par ailleurs, cette

ⁿ Les liens entre les ISS et les conditions de travail sont établis par plusieurs auteurs cités par Vézina et al. (235).

loi procure aux travailleurs suédois une flexibilité dans l'aménagement de leur temps de travail leur permettant d'adapter leurs horaires aux différentes étapes de leur vie²³⁰. En Norvège, le [Working Environment Act](#)²³¹ couvre tous les travailleurs à l'exception des employés du secteur de la pêche (qui sont couverts par d'autres lois). Elle assure des conditions de travail sécuritaires et un traitement égalitaire pour tous les travailleurs. Elle contient les obligations des employeurs et des employés à l'égard du maintien d'un environnement de travail convenable. Les dispositions touchent les conditions générales d'emploi (heures de travail, contrats, congés, embauche et congédiement), les risques et les contraintes physiques et mentales, l'adaptation de la situation de travail pour les personnes vulnérables, la coopération entre employeurs et employés ainsi que l'inclusion.

La France s'est dotée de Plans de Santé au travail dont le deuxième vise la période [2010-2014](#)²³². Ce plan constate que le nombre des accidents du travail stagne, que les maladies professionnelles augmentent et que le ralentissement économique signifie un « combat pour l'emploi » qui nécessite une politique de prévention primaire plus efficace pour assurer à chacun le bénéfice de conditions de travail de qualité. Il fait référence à la prévention de la désinsertion professionnelle, au développement des risques psychosociaux, à la menace de risques chimiques émergents et à l'importance de prendre en compte l'impact des nouvelles formes d'organisation des processus productifs notamment pour les PME et pour les travailleurs fragilisés. Le Plan compte plusieurs axes soit, améliorer la connaissance en santé au travail, poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels, encourager les démarches de prévention dans les entreprises et enfin le pilotage du plan, y compris le suivi de sa mise en œuvre, la construction de partenariats nationaux et territoriaux, le renforcement de l'inspection du travail, l'information et les communications.

Quelques considérations sur la santé des Québécoises, le revenu et l'emploi

Il existe d'importantes disparités entre les hommes et les femmes au Québec. Tout d'abord, les femmes ont une espérance de vie plus élevée à la naissance que les hommes, 83,7 ans contre 79,7 ans, en 2011²³³. Cet écart s'est cependant rétréci au cours des dernières années, en raison d'une augmentation moins rapide de l'espérance de vie chez les femmes que chez les hommes. L'écart est beaucoup moindre pour ce qui est de l'espérance de vie en bonne santé, soit de 68,3 ans chez les femmes et de 66,5 chez les hommes²³⁴.

Les femmes souffrent plus de problèmes sérieux de santé fonctionnelle, d'une incapacité ou de limitations dans leur participation à des activités, ce qui pourrait être lié à leur plus longue espérance de vie, car les incapacités augmentent avec l'âge (234). Les femmes sont plus nombreuses (23,2 %) que les hommes (16,6 %) à rapporter un niveau élevé de détresse psychologique (234).

Les femmes sont deux fois moins sujettes à des lésions professionnelles (accidents et maladies) que les hommes, mais elles sont plus nombreuses à souffrir de troubles musculo-squelettiques et de problèmes de santé mentale associés à leur travail²³⁵. Leurs lésions requièrent une plus longue durée moyenne d'hospitalisation. 85 % des travailleuses contre 65 % des travailleurs sont dans des secteurs non prioritaires pour l'application de la LSST qui concerne la prévention en milieu de travail²³⁶. Cependant toutes les travailleuses ont

accès au Programme pour une maternité sans danger pour la travailleuse enceinte ou qui allaite.

En 2010, le revenu moyen disponible est de 25 100 \$ pour les femmes et de 33 400 \$ pour les hommes; 46,7 % des femmes ont un revenu disponible de moins de 20 000 \$, comparé à 33,8 % des hommes²³⁷. Concernant les revenus d'emploi, les femmes ont des revenus moindres que ceux des hommes, même quand elles travaillent à temps plein²³⁸ ou ont complété des études universitaires (baccalauréat ou maîtrise)²³⁹. Elles sont moins nombreuses que les hommes à occuper des postes protégés par un syndicat (235). En 2011, 59,8 % des travailleurs rémunérés au salaire minimum étaient des femmes alors qu'elles représentent 47,3 % de la population active (239). En 2006, 77,9 % des familles monoparentales sont dirigées par une femme, et près du quart des familles monoparentales ont un faible revenu après impôt (238).

Ces données illustrent d'abord l'importance d'aborder les ISS sous différents angles, comme celui du genre. Mais au-delà de ces importantes disparités hommes-femmes, il faut aussi souligner que la précarité du revenu et de l'emploi des femmes a des conséquences directes sur les familles et sur les enfants pouvant entraîner la pauvreté et l'exclusion, avec des conséquences à long terme sur la santé de ces derniers.

À retenir quant au déterminant emploi, revenu et solidarité sociale

Le Québec dispose d'un éventail large de politiques sur l'emploi, le revenu et la solidarité sociale, qui peuvent contribuer à diminuer les inégalités sociales. Ces programmes et politiques mériteraient d'être maintenus et éventuellement renforcés, avec la préoccupation de développer et d'assurer la participation sociale de tous les citoyens, contribuant à leur qualité de vie et à la cohésion sociale. Par ailleurs, l'impact des conditions d'emploi et de travail sur les ISS est important, et les exemples tirés des autres pays pourraient inspirer un renforcement de ces politiques (par exemple, le rehaussement des normes du travail, des programmes de prévention dans tous les milieux, etc.) et ainsi permettre des gains dans la réduction des ISS.

4.3 ENVIRONNEMENT ET AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

L'aménagement du territoire implique non seulement le développement économique d'une ville ou d'une région, mais influence aussi des déterminants de la santé tels que l'habitation, les transports et l'environnement. Les pratiques d'aménagement ont des conséquences directes sur ces trois déterminants ainsi que sur d'autres qui en découlent, tels que la qualité de l'air, la sécurité ou l'exposition à des vitesses et à des volumes élevés de circulation motorisée, etc. Toutes les initiatives en matière d'aménagement du territoire, autant en ville qu'en région, ont ainsi le potentiel d'influencer de manière positive ou négative les ISS.

Certains aménagements contribuent à accroître le fardeau sur les plus défavorisés comme l'implantation d'artères à haute densité de circulation, d'autoroutes ou d'usines polluantes dans les quartiers moins favorisés. Cela incite aussi ceux qui ont plus de moyens à fuir ces quartiers, accentuant ainsi les ISS. Inversement, les mesures d'aménagement favorables à la santé (ex. : espaces verts, pistes cyclables sécuritaires) implantées dans les quartiers

défavorisés peuvent atténuer les ISS. Les interventions qui touchent plus directement l'habitation et la mobilité sont des leviers pour offrir des environnements sains, des communautés sécuritaires pour tous et des milieux de vie humains favorisant l'inclusion et la solidarité.

Développement durable

Intervention québécoise

Dans le cadre de la [Loi sur le développement durable](#)²⁴⁰ (L.R.Q., c. D-8.1.1), le ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs (MDDEP) a développé la [Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013](#)²⁴¹ qui vise à influencer et à encourager les citoyens et les entreprises à recourir aux pratiques qui contribuent aux objectifs de développement durable. Il est précisé dans les orientations de cette stratégie qu'elle cherche plus spécifiquement à prévenir et réduire les inégalités sociales et économiques.

Le développement durable représente une avenue mondialement reconnue comme prometteuse, mais dont les tenants et aboutissants sont multiples. Cette conceptualisation du développement qui vise des objectifs économiques, sociaux et environnementaux peut se rapprocher des objectifs poursuivis par la santé publique. Le transport actif, l'alimentation ou la santé environnementale figurent à l'avant de nombreux plans de développement durable même si les visées de santé ou d'équité n'y sont pas toujours explicites. Ces visées sont pourtant essentielles à la réussite des projets de développement durable et facilitent une action concertée sur un ensemble de politiques. La Commission sur le développement durable (2009-2011) tenue par le gouvernement britannique voit même dans cette approche la meilleure façon de lutter contre les ISS parce qu'elle se base sur l'idée de « bâtir une société forte, juste et en santé »²⁴².

Les stratégies nationales de développement durable axées sur la dimension sociale sont particulièrement mobilisatrices puisqu'elles permettent l'arrimage avec les déterminants sociaux de la santé. La perspective développée par [l'Agenda 21](#)²⁴³ est aussi un outil qui permet de centrer la démarche sur la mobilisation, le faire ensemble et l'intergénérationnel contribuant ainsi à l'inclusion sociale et à la solidarité des communautés. La France s'est basée sur de tels principes pour développer sa stratégie nationale de développement durable en 2003. Les enseignements tirés du groupe de travail Profession Banlieue^o s'étant penché sur cette stratégie démontrent qu'il est indispensable d'accorder une attention particulière aux « besoins des plus démunis ». Selon leur analyse, les questions sociales dans les plans de développement se trouvent souvent limitées à des mesures de confort (comme le fait de disposer d'espaces verts à proximité). Le développement durable ne devrait pas viser seulement à « verdir » les différentes politiques publiques avec des mesures ciblant la protection de l'environnement. Il peut constituer un véritable projet de territoire beaucoup plus large incluant la dimension sociale afin de s'attaquer aux inégalités

^o Ce groupe de travail était composé de huit collectivités engagées en politique de la ville et disposant d'un Agenda 21 ou d'une volonté affirmée de se lancer dans cette politique. Le groupe de travail a réuni les équipes techniques et pour certaines collectivités, les élus en charge du développement durable.

en insistant sur une mise en œuvre intersectorielle. Cela nécessite évidemment plus de temps et d'énergie²⁴⁴, mais demeure une priorité quand il s'agit de s'attaquer aux inégalités.

Planification stratégique et revitalisation

Intervention québécoise

La [Loi sur l'aménagement et l'urbanisme](#)²⁴⁵ (L.R.Q., c. A-19.1) représente le cadre légal à l'intérieur duquel doivent être conçus les plans d'aménagement et de développement du territoire québécois. La responsabilité de ces plans est déléguée aux municipalités.

La [Stratégie pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 2011-2016](#)²⁴⁶ développée par le gouvernement sous la responsabilité du ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du Territoire (MAMROT) se base sur la mise en place d'une nouvelle dynamique prenant appui sur trois pôles d'intervention : l'action des collectivités, l'action gouvernementale et, au besoin, l'action conjointe. La [Loi pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires](#)²⁴⁷ permet d'en assurer la pérennité. Cette stratégie sert d'appui aux grandes villes dans la mise en place de leurs stratégies de [revitalisation urbaine intégrée \(RUI\)](#)²⁴⁸, démarche qui vise à revitaliser des quartiers qui recèlent des problèmes de concentration de pauvreté et de déficience d'infrastructures. La RUI comporte trois éléments essentiels : la mobilisation des citoyens et des partenaires qui établissent conjointement un diagnostic de secteurs défavorisés ciblés et identifient des pistes d'actions prioritaires et structurantes pour leur milieu ; la mise en œuvre de mesures de lutte contre la pauvreté dans ces quartiers; l'amélioration du cadre bâti, dont l'habitation et la réhabilitation des infrastructures qui s'y trouvent ou le développement de nouvelles infrastructures.

Par ailleurs, le Fonds québécois d'initiatives sociales, mis en place par la Loi 112, « Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale », accorde des fonds pour appuyer, à l'échelle locale, régionale et nationale, des actions de mobilisation et de concertation des acteurs et des projets, interventions et travaux de recherche visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans les territoires à concentration de pauvreté.

En Angleterre, la [National Strategy for Neighbourhood Renewal](#)²⁴⁹, initiée en 1999 dans la foulée du programme *New Deal for Community (NDC)* pour contrer les inégalités, préconise une approche intégrée de revitalisation ciblant les quartiers parmi les plus défavorisés^p. Cette stratégie, misant plus particulièrement sur l'accès aux services publics, l'implication de la communauté dans la planification et la mise en œuvre d'un programme d'amélioration locale, repose sur des partenariats locaux mis en place par les autorités locales et supervisés par des comités (dont 50 % des membres sont de la communauté). Le cadre d'intervention englobe les domaines suivants : le travail et l'entreprise, la santé, la criminalité, l'éducation, le logement, l'environnement physique et la viabilité. Ce programme met l'emphase sur le processus concerté de planification et ses retombées sociales notamment sur les conditions de vie dans les communautés et la participation citoyenne. L'évaluation du programme réalisée par le *Centre for Regional Economic and Social Research* de

^p Au début du projet, 39 quartiers ont été ciblés à partir des statistiques du taux de défavorisation.

l'Université Sheffield Hallam^{q250} souligne l'efficacité des partenariats stratégiques locaux mis en œuvre à travers les consultations publiques locales, la mise à niveau des infrastructures communautaires et des activités de mobilisation citoyenne. Toutefois, malgré les opportunités de participation accrue, l'implication des résidants dans les décisions jugées les plus importantes a été soulevée comme un point faible de cette initiative. L'augmentation minimale de la participation des résidants pourrait être imputable à un refus délibéré de ces derniers de collaborer avec l'administration publique²⁵¹. Ce scepticisme de la population est un facteur à considérer de plus près puisqu'il a eu des incidences directes sur la portée générale du programme et son efficacité à réduire les ISS. De plus, même si le NDC a misé en priorité sur le développement social par le renforcement de l'éducation, c'est surtout sur le développement économique que les projets sont orientés.

En Allemagne, le gouvernement a choisi de cibler les quartiers dans le besoin et de mettre en place une politique d'administration de ces quartiers fondée sur les déterminants sociaux. Cette politique intitulée *Socially Integrative City*²⁵² vise l'implantation de mesures continues dans des secteurs particuliers et de pratiques de développement urbain intégré dans une perspective holistique de revitalisation. Elle repose sur le travail conjoint des trois niveaux de gouvernements (fédéral, national, local) ainsi que sur l'appui de la Communauté Européenne et des partenaires privés ou caritatifs. L'État fédéral et les provinces coordonnent les ressources et les mesures nécessaires à la revitalisation des secteurs ayant des besoins spéciaux^r. L'objectif principal est de contrer l'élargissement des clivages sociaux entre les quartiers dans les villes allemandes en stabilisant et en améliorant l'environnement physique et la coopération. La population est invitée à participer aux projets. Par contre, l'accès à la prise de décision est plus limité que dans le cadre du programme britannique. De plus, l'évaluation faite par l'Institut allemand d'urbanisme^s démontre que la majorité (environ 80 %) des opérations de revitalisation se concentre sur un projet de rénovation porteur qui cherche à entraîner des retombées de façon très large sur l'image et le dynamisme du quartier. Les dimensions sociales, culturelles et économiques ne sont pas explicites dans ce programme, cependant l'évaluation montre que leur intégration dans l'application des plans de mise en œuvre des projets est réelle. Le renforcement des réseaux sociaux et la durabilité des structures de gestion implantées sont des retombées positives des initiatives mises de l'avant.

Enfin la stratégie *Health in Neighbourhoods*²⁵³, un projet ancré dans la *Neighbourhoods Law* (Law 2/2004) du gouvernement catalan en Espagne, est un exemple plus récent de revitalisation de quartier. Créé et développé par le département de la santé, *Health in Neighbourhoods* vise l'amélioration des conditions de vie de tous les habitants, plus particulièrement des enfants, des jeunes, des femmes, des personnes âgées et des immigrants récents. L'approche catalane, centrée sur l'engagement des habitants, promeut l'intersectorialité, les actions durables et soutenues par des données probantes ainsi que l'évaluation systématique des projets²⁵⁴. L'action sur les conditions de vie sous-tend la

^q Évaluation de 2001-2005 par des sondages auprès des ménages; analyse de données secondaires sur performances scolaires, criminalité et accès à des transferts gouvernementaux, etc.; rapports annuels des organisations locales.

^r Les zones sont identifiées à partir du taux de chômage, de l'espérance de vie et du nombre de personnes bénéficiant de l'aide sociale.

^s Évaluation de 2006 par sondage et groupes de discussion avec les responsables locaux.

participation active des secteurs de l'aménagement urbain, des services sociaux et de l'environnement. L'évaluation du projet montre que sa performance, mesurée par des indicateurs pour chacune des étapes, soit la création de l'alliance entre les habitants du quartier et les parties prenantes, l'évaluation des besoins en santé et enfin la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions, a été très élevée. La plupart des interventions qui ont vu le jour à travers l'identification des besoins par la communauté ont touché les services publics tels que les écoles, les équipements pour la pratique du sport, les parcs et la promotion de la santé dans les espaces revitalisés. La participation citoyenne permise par le projet a renforcé les liens au sein de la communauté et accru sa capacité à prendre des décisions au niveau local. L'expérience du projet pilote des quartiers de *Poble Sec* et *Roquetes* a été étendue à tous les districts de la ville par l'Institut du sport de Barcelone. Elle est donc devenue une source de fierté pour les gens de ces quartiers défavorisés. La synergie entre la loi nationale des quartiers (*Neighbourhoods Law*) et le programme *Health in Neighbourhoods* a offert un cadre propice pour faire revivre les espaces publics et les nouveaux équipements tout en favorisant la santé et la cohabitation harmonieuse des habitants. Certes, le programme a rejoint seulement une petite partie de la population, mais celle-ci incluait les plus vulnérables. Il manque, par contre, beaucoup de données pour pouvoir mesurer les impacts directs sur la santé de la population.

Logement

Interventions québécoises

Au Québec, le marché locatif est réglementé, entre autres, par le [Code civil du Québec](#)²⁵⁵ et la [Loi sur la Régie du logement](#)²⁵⁶, qui précisent les obligations et les droits des locataires et des propriétaires en matière de bail résidentiel, y compris le loyer, le coût, l'habitabilité, le confort et la salubrité. La Régie du logement, créée par la Loi sur la Régie du logement, est un tribunal spécialisé en matière de bail résidentiel, dont le mandat inclut également l'information aux locataires et locateurs.

En matière de logement social, c'est la Société d'habitation du Québec (SHQ) qui coordonne les actions gouvernementales décrites dans son [Plan stratégique SHQ](#)²⁵⁷ 2011-2016. Tout un éventail de [Programmes de logement sociaux de la SHQ](#)²⁵⁸ est disponible pour diverses clientèles à faibles revenus. Le plus connu est le [programme public d'Habitations à loyer modique](#)²⁵⁹ (HLM) financé par les gouvernements fédéral et provincial ainsi que par les municipalités qui permet d'abaisser le coût du loyer de près de 63 000 logements pour des ménages à faible revenu.

Les [autres programmes de la SHQ](#)²⁶⁰ comprennent le Programme Accès Logis, Logement abordable au Québec, le Programme Allocation-logement, le Programme de Supplément au loyer, RénoVillage, le Programme d'adaptation de domiciles, le Programme logements adaptés pour aînés autonomes et le Programme Rénovation Québec. La SHQ s'est aussi dotée d'un [Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social - Une action intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation](#)²⁶¹ avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour faciliter le passage à l'action des différents acteurs de l'habitation sociale et communautaire et de ceux de la santé et des services sociaux.

En ce qui a trait à la salubrité des logements, la [Loi sur les compétences municipales](#)²⁶² (LRQ., c. C-47.1) stipule que toute municipalité peut adopter des règlements en matière de salubrité. Le recours en cas de non-respect du règlement par un propriétaire de logement doit se faire par des moyens légaux.

En raison de son coût et de ses qualités intrinsèques, le logement constitue un important déterminant social de la santé. Pour les personnes à faible revenu, les dépenses liées au logement représentent la majeure partie des dépenses. Par conséquent, le sous-financement pour la construction et l'entretien de logements sociaux, la pénurie de logements abordables (surtout pour les familles), l'absence d'allocation-logement, l'insuffisance des programmes pour des maisons de chambre ou des logements supervisés affectent la santé et la sécurité des personnes. L'OMS y consacre d'ailleurs le premier numéro d'une série de documents sur les déterminants sociaux de la santé²⁶³. Selon l'organisation internationale, améliorer ce déterminant de santé contribuerait à réduire les coûts des services de santé.

Pour le gouvernement français, l'amélioration de l'habitat privé est l'un des quatre domaines se situant à l'extérieur du système de santé qui exerce une influence déterminante sur la santé des enfants. Au niveau national, la France a fait de l'amélioration de l'habitat privé une priorité et adopté une politique publique qui vise la rénovation et la modernisation de logements privés jugés indignes ou très dégradés²⁶⁴. Le programme est géré par l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), une agence dédiée aux enjeux de l'habitat privé, qui propose également un programme de lutte contre la précarité énergétique par l'amélioration thermique des logements et qui contribue à l'humanisation des places en centres d'hébergement. Cette agence relève du Secrétariat au logement et à l'urbanisme et du ministère des Finances. D'autres représentants de plusieurs autres ministères siègent également à son conseil d'administration (notamment l'économie, l'environnement, la santé et l'intérieur). Le programme agit sur l'hygiène des locaux, la présence éventuelle de produits toxiques ou la sécurité des lieux. En 2009, l'ANAH a contribué à la rénovation de plus de 110 000 logements (Lopez *et al.*, 2011)²⁶⁵. Une lacune du programme reste que seules les caractéristiques des propriétaires sont connues (âge, revenu, incapacité, famille), ce qui ne permet pas d'octroyer les aides à la rénovation selon des critères de sélection visant plutôt les locataires, tels que la présence de jeunes enfants, de personnes fragiles ou très défavorisées. Il n'en demeure pas moins qu'en visant l'habitat indigne, lequel constitue près de 3 % du parc immobilier (entre 400 000 et 600 000 logements), le projet constitue une piste prometteuse de réduction des ISS.

Au Pays de Galles, la politique sur le logement est perçue comme un moyen efficace de lutter contre les inégalités qui affectent une part non négligeable de la population (23 % de la population vit dans des ménages à faible revenu). La stratégie nationale [Homes in Wales](#)²⁶⁶ lancée en avril 2010 cible les priorités dans ce secteur: offrir plus de logements adéquats et plus de choix, améliorer le logement et les communautés en augmentant l'efficacité énergétique des anciennes et des nouvelles résidences et améliorer les services et le soutien lié au logement, particulièrement pour les personnes vulnérables ou les groupes minoritaires. Les actions à entreprendre sont énumérées dans le plan et posent plusieurs questions importantes, dont celles liées au financement. Le bénéfice d'un logement de

qualité sur la santé est explicitement reconnu par le gouvernement et il est vu comme allant de pair avec la réduction des inégalités sociales. De plus, le gouvernement a mis en place une norme de qualité ([Welsh Housing Quality Standard](#)²⁶⁷) qui doit être rencontrée par tous les propriétaires de logements sociaux. L'investissement vers l'atteinte de la norme qualité s'est avéré essentiel pour de nombreuses petites et moyennes entreprises. L'amélioration de la qualité a aussi directement profité aux locataires qui bénéficient désormais d'une meilleure sécurité et salubrité de leur logement. Les logements sociaux sont devenus plus faibles en émissions de carbone et possèdent une meilleure performance énergétique ce qui signifie que leurs locataires dépensent moins pour le chauffage. Les associations de logement et les autorités locales ont montré que l'investissement a également produit d'autres bénéfices. L'amélioration de la sécurité des foyers (portes extérieures, systèmes de sécurité, etc.) par exemple ainsi que des améliorations aux terrains ont contribué à réduire la criminalité et les comportements antisociaux. Il y a aussi des données probantes démontrant les effets positifs sur la santé des locataires notamment sur la santé mentale, la réduction du nombre de plaintes respiratoires et le nombre de visites à leur médecin généraliste²⁶⁸.

Transport et mobilité

Interventions québécoises

Le mandat du ministère des Transports du Québec (MTQ) est d'assurer sur tout le territoire québécois, la mobilité des personnes par des systèmes de transport efficaces et sécuritaires, mais aussi de mettre en place des services de transport adaptés afin de favoriser l'intégration sociale, professionnelle et économique des personnes handicapées. Le [Plan stratégique du MTQ 2008-2012](#)²⁶⁹ vise à « assurer, sur tout le territoire, la mobilité durable des personnes et des marchandises par des systèmes de transport efficaces et sécuritaires » et à accroître l'accessibilité du transport pour les personnes à mobilité réduite. À travers les Plans territoriaux de mobilité durable (PTMD), le MTQ préconise une approche intégrée de la planification des transports associée à l'aménagement du territoire. La nouvelle [Stratégie nationale de mobilité durable](#)²⁷⁰ vise à inclure le transport collectif dans toutes les propositions significatives de développement du territoire.

La [Politique québécoise du transport collectif](#)²⁷¹ s'inscrit dans l'orientation vers le développement durable du gouvernement et propose une politique qui bénéficiera à tous les Québécois. Cette politique propose, entre autres, une amélioration de l'offre de services en transport en commun, un programme d'aide gouvernementale au transport collectif en milieu rural et un programme de subvention à l'adaptation des taxis.

La [Politique sur le vélo](#)²⁷² promeut l'utilisation de la bicyclette comme mode de transport vert, dans un contexte voulant favoriser les déplacements actifs, les saines habitudes de vie, la réduction des émissions de gaz à effet de serre ainsi que le développement économique, touristique et durable des régions.

Le [Programme d'aide gouvernementale au transport adapté aux personnes handicapées](#)²⁷³ vise à fournir un soutien financier aux sociétés de transport en commun ainsi qu'aux organisations municipales qui veulent se doter d'un service de transport répondant aux besoins des personnes handicapées.

Comme pour le logement, les politiques sur le transport peuvent exercer des effets positifs et/ou négatifs sur la santé. La [Charte sur les transports, l'environnement et la santé](#) adoptée par l'OMS-Europe²⁷⁴ énonce des principes et des stratégies pour élaborer des politiques de transport conciliables avec la santé et la préservation de l'environnement. Elle recommande d'intégrer l'évaluation d'impacts sur la santé (ÉIS) dans les procédures d'approbation des grands travaux d'infrastructures routières et d'adopter des plans de transports favorables au transport en commun et au transport actif. L'OMS privilégie des interventions qui visent l'équité sociale, veillent à ce que les transports publics soient accessibles aux personnes handicapées, accordent la priorité aux transports non polluants, isolent les réseaux de transport des véhicules non motorisés, améliorent les normes et la technologie des véhicules, utilisent des instruments économiques (taxe, crédit d'impôt, péage, etc.) et favorisent la sécurité routière.

Les plans de transport qui donnent plus de place au transport non motorisé viennent contrer les impacts négatifs (changements climatiques, qualité de l'air, congestion) des transports qui affectent en premier lieu les populations défavorisées. Au Pays-Bas, la pratique du vélo a été promue par des politiques d'aménagement en faveur de l'usage du deux-roues non motorisé depuis plus de trente ans. Ainsi, la part modale du vélo au plan national a atteint 26 % en 2010 et plus de 30 % à Amsterdam. Depuis 1990, avec le plan national vélo (*The Dutch Bicycle Master Plan*)²⁷⁵ mis en œuvre par le ministère des Transports, une part importante du budget est affectée aux aménagements et campagnes favorables à la pratique du vélo. Ce mode de déplacement s'est imposé comme une façon de lutter à la fois contre les dérèglements climatiques, d'améliorer l'accessibilité dans les villes tout en contribuant à diminuer les effets néfastes de l'inactivité et de la congestion automobile. L'évaluation²⁷⁶ de la politique mise en place montre qu'elle a eu un impact sur l'usage du vélo qui s'est accru de façon marquée surtout dans les régions les plus densément peuplées et les agglomérations urbaines. De même au Danemark, la politique nationale sur le transport a fortement contribué à la popularité de la marche et du vélo²⁷⁷. En 2008, 16 % des déplacements étaient faits à vélo dans ce pays²⁷⁸. À Copenhague, le vélo est utilisé quotidiennement par plus d'un navetteur sur trois. Dans cette ville, le vélo est vu comme un moyen de transport rapide et pratique^t. En outre, la planification urbaine et les infrastructures (pistes, stationnements et passerelles pour franchir des obstacles) contribuent à en faire un moyen de transport sécuritaire²⁷⁹. En 2009, les autorités se sont engagées à financer les aménagements propices au « navettage » à vélo entre les communautés en mettant en place une ligne de crédits spécifiques pour le vélo dans le budget national du transport. Même si ces initiatives en faveur de l'usage du vélo facilitent l'accessibilité pour tous à un moyen de transport alternatif à moindre coût, l'impact de telles mesures sur les ISS reste difficile à mesurer.

Les politiques nationales qui misent sur le renforcement de la gouvernance municipale et de la participation citoyenne peuvent également amener des bénéfices notables en matière de mobilité. La Colombie en offre un bon exemple. La Constitution de 1991 a offert plus de liberté aux municipalités dans la gestion politique, administrative et fiscale à travers un

^t Dans un sondage réalisé en 2006, 54 % des cyclistes de Copenhague ont affirmé utiliser le vélo parce que qu'il représente un moyen rapide et pratique de se déplacer en ville. En revanche, 19 % le font pour l'activité physique qu'il procure et 1 % seulement pour des raisons environnementales.

processus de décentralisation et de renforcement des compétences locales. La constitution de ce pays exige que chaque localité rédige son propre plan de développement local participatif (*Plan de desarrollo local participativo*) à l'intérieur duquel sont identifiées les priorités du territoire. Le succès de grands projets de transport tel que le *TransMilenio*²⁸⁰ (réseau d'autobus de transit rapide) et les *Ciclo-Rutas*²⁸¹ (pistes cyclables) implantés à Bogotá témoignent de l'impact d'une volonté politique forte au niveau local ainsi que du rôle important des partenariats public-privé dans le développement de réseaux de transport innovants, plus équitables et plus verts. De plus, la participation des citoyens aux décisions a facilité l'adhésion aux mesures de réduction de l'utilisation de la voiture et d'utilisation des transports alternatifs. Ces interventions, en plus de réduire la pollution et la congestion causées par le trafic routier dans la capitale, ont favorisé un plus grand respect des biens publics, une participation accrue des habitants sur des sujets d'ordre civique, un renforcement des normes, valeurs et règles de vie dans la collectivité, une meilleure reconnaissance des droits individuels et collectifs ainsi qu'un éveil de la conscience identitaire et du sentiment d'appartenance à la ville et au quartier²⁸².

À retenir quant au déterminant aménagement du territoire

Globalement, les moyens d'intervenir sur les ISS à travers l'aménagement du territoire sont nombreux et diversifiés (plan de développement durable, logement social, loi sur la salubrité, développement de modes de transports alternatifs, etc.). Il ressort des différents exemples d'interventions mis de l'avant que la synergie entre les niveaux de gouvernance national, régional et local ainsi que la nécessité de faire participer les citoyens aux décisions sont des facteurs potentiellement favorables au succès des politiques. Par exemple en transport, il importe que ce ne soit pas seulement les voyageurs qui dictent la voie à suivre, mais aussi ceux qui sont touchés par les conséquences du volume croissant de déplacements quotidiens. De plus, l'intégration des dimensions sociales et culturelles dans l'élaboration des plans de développement aux côtés des dimensions économiques et environnementales semble également être un facteur facilitant. Au Québec, plusieurs interventions existent, mais ne s'arriment pas nécessairement entre elles ou n'atteignent pas en priorité les citoyens les plus vulnérables. Dans le cas du logement par exemple, plusieurs interventions sont en place pour le soutien financier, mais il n'y a pas de réglementation quant à l'inspection des bâtiments aux prises avec des problèmes de qualité de l'air intérieur ou d'insalubrité. Enfin, les plans de développement stratégique et de développement durable mériteraient plus généralement d'être renforcés en termes de santé et d'équité.

4.4 HABITUDES DE VIE

Les habitudes de vie, qu'il s'agisse de l'alimentation, de l'exercice physique, de la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances susceptibles de créer des dépendances ou encore les comportements de jeu de hasard et d'argent, affectent la santé des individus et peuvent contribuer aux inégalités sociales de santé. Les comportements nocifs pour la santé suivent souvent le gradient social en santé, le tabagisme en est un exemple, accentuant ainsi les écarts de santé entre les groupes socioéconomiques. Même si certaines habitudes nocives, comme la consommation excessive d'alcool, ne touchent pas d'emblée les populations défavorisées, les effets négatifs de ces habitudes de vie sont souvent plus importants dans la vie des personnes vulnérables économiquement. Il est

maintenant reconnu que les habitudes de vie ne sont pas seulement une question de choix individuels ou de comportements, mais que l'ensemble des déterminants influe sur celles-ci. Les interventions destinées à modifier les habitudes de vie nocives pour la santé par des mesures qui visent les déterminants sociaux, comme par exemple, celles visant les milieux de vie, représentent des avenues intéressantes pour lutter contre les ISS. Par contre, les données scientifiques concernant l'efficacité des interventions visant les changements de comportements sur les inégalités sociales de santé sont encore parcellaires²⁸³. La littérature montre qu'il existe une forte association entre le statut social élevé et l'utilisation des services de prévention et de promotion de la santé. De plus, plusieurs études soulignent la difficulté de joindre les populations défavorisées²⁸⁴. Quand les interventions visent des changements d'habitude de vie ou de comportements de santé au sein de la population générale, les ISS seraient souvent accrues puisque ces mesures rejoignent moins les populations les plus défavorisées économiquement. Une attention particulière doit donc être portée pour adapter ces interventions de promotion de la santé auprès des populations vulnérables.

Promotion des saines habitudes de vie et prévention de l'obésité

Interventions québécoises

Le MSSS porte la responsabilité du développement du PAG ([Investir pour l'avenir : Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids 2006-2012](#)²⁸⁵) en concertation avec sept ministères et trois organismes gouvernementaux. Le PAG vise à favoriser une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif et prévenir les problèmes liés au poids.

Depuis juin 2006, la Loi instituant le [Fonds pour le développement du sport et de l'activité physique](#)²⁸⁶ facilite la pratique d'activités physiques et contribue au développement d'une culture sportive au sein de la population québécoise. Il s'agit d'un soutien financier pour la construction, la rénovation, l'aménagement et la mise aux normes d'installations sportives et récréatives versé à des municipalités, des organismes scolaires ainsi qu'à des organismes à but non lucratif.

Le [Programme Kino-Québec](#)²⁸⁷ implanté dans l'ensemble des régions du Québec depuis 1978 cherche aussi à promouvoir un mode de vie physiquement actif pour contribuer au mieux-être de la population québécoise. Ce programme est géré conjointement par le MELS, le MSSS et les agences de la santé et des services sociaux.

Depuis 1997, un [programme éducatif](#)²⁸⁸ en services de garde implanté dans toute la province inclut des activités de prévention et de promotion afin de donner aux enfants des environnements favorables à l'acquisition de saines habitudes alimentaires, de vie et de comportement.

Les programmes précédents s'adressent à la population générale et ne sont pas proportionnellement ciblés pour les populations vulnérables, même si, par exemple, le PNSP reconnaît la lutte aux ISS comme prioritaire. Leur impact concernant la réduction des inégalités sociales de santé n'est pas démontré.

Au niveau international, l'OMS a lancé en 2004 la [Stratégie mondiale de l'Organisation mondiale de la Santé\(OMS\) pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé](#)²⁸⁹ afin de soutenir des interventions efficaces pour permettre aux gens de vivre plus longtemps et en meilleure santé, pour réduire les inégalités et favoriser le développement. En engageant tous les secteurs, incluant la société civile, les médias et le secteur privé, cette stratégie vise à créer des conditions propices à l'application de mesures durables à tous les niveaux, individuel, communautaire, national et mondial afin de favoriser une saine alimentation et la pratique de l'activité physique. Cette stratégie est accompagnée d'un [cadre de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre](#)²⁹⁰ pour les pays qui implantent cette stratégie. Cependant, c'est dans la [Charte européenne sur la lutte contre l'obésité](#)²⁹¹, adoptée par l'OMS-Europe en 2006 que l'on reconnaît explicitement les contraintes auxquelles sont exposés les groupes défavorisés pour adopter de bonnes habitudes alimentaires et que l'on propose de faire de l'accessibilité économique aux aliments santé une priorité. Cette charte propose entre autres de soutenir les programmes de distribution gratuite de fruits à l'école, la fixation de prix abordables pour les aliments santé et un meilleur accès à ces aliments dans les lieux de travail et les communautés défavorisées.

Le *Nordic Council* qui regroupe les pays nordiques européens a lancé un plan d'action en 2006 intitulé [Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity](#)²⁹² basé sur le principe d'équité en santé et qui soutient des interventions ciblées spécifiquement pour les groupes vulnérables et à risque. Une des cibles de ce plan est de limiter l'écart dans les habitudes alimentaires à moins de 20 % entre les différents groupes socioéconomiques. Une première [évaluation](#)²⁹³ de ce plan montre que ces écarts ne semblent pas *a priori* si marqués entre les différents groupes, cependant les chercheurs se questionnent à savoir si l'évaluation a su joindre les personnes les plus vulnérables. Cette évaluation montre aussi que certaines cibles d'amélioration de ce plan d'action seront difficiles à atteindre comme la consommation suffisante de fruits et légumes ou l'augmentation de l'activité physique chez les enfants alors que d'autres comme la diminution de la consommation de gras trans semblent plus réalistes. Les pays scandinaves sont actifs depuis plusieurs années dans la promotion des saines habitudes de vie. La Finlande est reconnue pour ses interventions efficaces, comme le [projet de la Carélie du Nord](#)²⁹⁴ implanté dès le début des années 1970 qui a contribué à réduire l'écart dans les habitudes alimentaires des différents groupes socioéconomiques. Plus récemment en 2008, le gouvernement finlandais a lancé un programme intersectoriel, le [Government Policy Decisions on Healthy Diet and Physical Activity](#)²⁹⁵, dont un des plans d'action porte spécifiquement sur la réduction des ISS en lien avec la promotion de la santé²⁹⁶.

De plus, des initiatives prometteuses voient le jour dans les nouveaux pays adhérents de l'UE. Le gouvernement tchèque a implanté [HealthProEldery](#)²⁹⁷ depuis 1994, un programme de promotion des saines habitudes de vie ciblant spécifiquement les aînés. Géré par le ministère de la Santé et impliquant les municipalités et les organismes communautaires et religieux, ce programme propose des activités de promotion de la santé comme des activités sportives, des conférences, du réseautage social et de l'aide à domicile. Un programme de danse thérapeutique pour les aînés qui inclut les gens atteints d'Alzheimer et de démence à l'initiative d'un danseur de ballet reconnu au pays connaît un franc succès.

Un autre projet inspirant a été développé par le gouvernement slovène. Le projet [MURA](#)²⁹⁸ s'appuie sur les instances de santé publique de la communauté de Pomurje, une région reconnue pour être la plus défavorisée du pays, mais aussi sur les industries de l'agroalimentaire et du tourisme pour coordonner des mesures favorables au développement économique ainsi qu'à la santé de la population. L'industrie agroalimentaire est mise à contribution afin d'assurer la qualité et la sécurité des produits de la ferme à la table, de produire plus de fruits et légumes, de favoriser la production durable et des chaînes de production courtes. Un consortium de producteurs de fruits et de légumes ainsi que des centres écologiques de soutien à l'agriculture biologique ont été créés en 2004. L'industrie touristique, de son côté, met l'accent sur le développement d'infrastructures écotouristiques ainsi que sur la promotion de produits alimentaires et d'activités récréatives favorables à la santé. Ce projet inclut des activités de promotion de saine alimentation et d'activité physique auprès des populations locales, des écoles et des groupes marginaux. En plus de miser sur la popularité des stations thermales de la région, l'industrie a choisi d'en faire une destination prisée pour les adeptes de la marche et du vélo. Une première évaluation des retombées de ce programme en 2004 a démontré un impact concret sur la santé de la population qui mange mieux et est plus active.

Alimentation et sécurité alimentaire

Interventions québécoises

Le [Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire](#)²⁹⁹ du MSSS vise une action collective et concertée sur les déterminants de la sécurité alimentaire autant au niveau des environnements qu'à l'échelle des individus. Il vise principalement à améliorer l'accès physique et économique aux aliments sains pour les personnes vivant en situation de pauvreté, par des activités favorisant l'autonomie alimentaire et le dépannage alimentaire.

Certains facteurs peuvent empêcher l'adoption de saines habitudes alimentaires. Par exemple, l'apport nutritionnel des individus est sensible aux perturbations des ressources financières. Ainsi, l'OMS-Europe reconnaît l'importance du lien entre nourriture et pauvreté dans son [Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition 2000-2005](#)³⁰⁰ visant « à garantir une santé optimale, en particulier parmi les groupes à faible revenu et aux périodes critiques de la vie ». Ce plan offre un modèle qui permet d'intégrer des variables économiques et sociales importantes quand il s'agit d'intervenir sur les comportements individuels.

Le plan de la Norvège, [Norwegian Action Plan on Nutrition \(2007-2011\) – "Recipe for a healthier diet"](#)³⁰¹ cible quant à lui directement la réduction des inégalités sociales dans les habitudes alimentaires. Ce plan propose le déploiement d'interventions dans plusieurs milieux, dont les écoles, les milieux de travail et les établissements de soins de santé. Ce plan comprend, entre autres, un accès subventionné et à faible coût à des repas sains dans les écoles et les garderies. Une autre intervention consiste à adapter l'information nutritionnelle aux différents groupes ciblés en fonction du genre, de l'âge, du statut social et de l'origine ethnique. Douze ministères ont collaboré au développement de ce plan d'action et ils partagent ensemble la responsabilité d'implanter les mesures identifiées³⁰².

Dans le but d'améliorer l'accessibilité à de la nourriture saine, les autorités de santé britannique ont introduit en 2000, un programme de distribution de fruits et légumes dans les écoles, le [National School Fruit Scheme](#)³⁰³ financé par les revenus des loteries. Les États-Unis ont aussi implanté le [Federal Fruit and Vegetable Program](#)³⁰⁴ depuis 2002 pour permettre aux écoles primaires visées, spécialement celles œuvrant en milieu défavorisé, d'obtenir des subventions pour l'achat de fruits et légumes. Dans les faits, bien que cette stratégie semble prometteuse, le gouvernement américain dispose généralement de ses surplus de produits agricoles qui seraient perdus en les redistribuant, souvent sans égard à leur qualité nutritionnelle ou à un plan alimentaire visant des populations dans le besoin³⁰⁵.

Le Royaume-Uni a aussi implanté une politique visant à réduire les inégalités en lien avec la nourriture, la [Food Poverty Eradication Bill](#)³⁰⁶. Une des mesures consiste à éradiquer les déserts alimentaires en augmentant l'accès à de la nourriture de qualité dans certains quartiers défavorisés. Deux supermarchés ont ouvert leurs portes dans des quartiers défavorisés. Une étude d'impact de cette mesure concluait à une amélioration perceptible de l'alimentation des résidents³⁰⁷.

Tabac, alcool, drogues, autres substances et jeu

Interventions québécoises

La [Loi sur le tabac](#)³⁰⁸ interdit depuis 2006 de fumer dans les lieux publics et de vendre ou de fournir du tabac aux mineurs dans les écoles. Cette loi définit aussi les règles de promotion du tabac et les points de vente.

Le [Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015](#)³⁰⁹ du MSSS vise la prévention de l'initiation au tabagisme, le soutien à l'abandon des habitudes tabagiques de même que la protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement (FTE).

Afin de prévenir, de réduire et de traiter les méfaits individuels et collectifs découlant de la toxicomanie, le MSSS et neuf autres ministères travaillent à implanter le [Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011](#)³¹⁰. Ce plan se concentre sur la prévention, l'intervention précoce, le traitement et la réinsertion sociale.

Ces différentes interventions ne portent pas spécifiquement sur la réduction des inégalités sociales de santé, même si certaines visent à rejoindre des groupes vulnérables de la population.

Les problèmes de dépendances au tabac, à l'alcool, au jeu ou à d'autres substances sont des problématiques très complexes et la plupart des gouvernements choisissent d'agir par des politiques traitant ces enjeux séparément. L'Australie a cependant développé la [National Drug Strategy 2010-2015](#)³¹¹ qui est un cadre d'action global sur l'alcool, le tabac et les drogues impliquant tous les niveaux de gouvernement, le secteur non gouvernemental et les communautés. Un des piliers de cette politique est de soutenir l'inclusion sociale et la résilience des individus, des familles et des communautés par une approche de réduction des méfaits. Cette stratégie est implantée depuis 1989 dans ce pays et la dernière [évaluation](#)³¹² qui date de 2009 mentionnait l'importance de porter une attention plus grande

aux déterminants de la santé et de développer un programme politique basé sur la prévention des problèmes liés aux drogues.

La [Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac](#)³¹³ est entrée en vigueur en 2005 avec pour objectifs de réduire le nombre de fumeurs dans le monde et de limiter l'exposition environnementale à la fumée secondaire. Cette convention a été ratifiée par plus de 140 pays et comprend des interventions sur la vente et la publicité des produits du tabac et la lutte contre la contrebande. Elle propose des interventions qui s'adressent à l'ensemble des populations et ne cible pas spécifiquement la lutte contre les inégalités ou les populations défavorisées. Notons néanmoins que les différentes interventions de lutte au tabagisme peuvent avoir des effets divergents sur les ISS (314). En effet, les larges campagnes médiatiques et l'interdiction de fumer en milieu de travail peuvent avoir de meilleurs résultats auprès des groupes favorisés et élargir ainsi les ISS, alors que l'augmentation du prix par des mesures fiscales affecte plus les groupes défavorisés et peut réduire les ISS. D'autres approches, comme les avertissements sur les emballages, semblent neutres quant aux ISS.³¹⁴

L'Union européenne a lancé de 2005 à 2010 sa campagne antitabac [HELP – For a Life Without Tobacco](#)³¹⁵ qui ciblait les jeunes de 15 à 25 ans en insistant sur la prévention du tabagisme et l'aide à la cessation tabagique. L'[évaluation](#)³¹⁶ de cette campagne médiatique de prévention a montré des résultats intéressants en rejoignant massivement les jeunes européens.

Selon la Banque mondiale³¹⁷, une des interventions les plus prometteuses en termes de coût-efficacité pour réduire le tabagisme en particulier chez les jeunes et les groupes défavorisés est la hausse du prix de vente des produits tabagiques. Plusieurs pays ont implanté cette mesure avec des résultats impressionnants comme les États-Unis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, la France et le Canada. Ainsi, une hausse des prix de 10 % a mené à une diminution de 4 % de la consommation dans les pays riches. Certains pays utilisent une part des revenus de la hausse des prix en les réinvestissant dans la prévention du tabagisme comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Le Royaume-Uni a développé des interventions dans ce secteur³¹⁸ dans le cadre de sa [stratégie globale](#)³¹⁹ de lutte contre les inégalités décrite plus haut. Plusieurs stratégies de réduction du tabagisme ont été développées par ce gouvernement en ciblant spécifiquement les groupes à faibles revenus. L'[évaluation](#)³²⁰ de ces interventions en 2007 a montré que la prévalence du tabagisme diminuait, mais que les écarts entre les groupes socioéconomiques ne diminuaient pas. Même si les programmes de cessation tabagique visant spécifiquement les groupes défavorisés semblent plus efficaces que jamais auparavant cela ne semble pas contribuer de manière substantielle à la réduction des ISS.

La Nouvelle-Zélande a lancé un plan stratégique pour réduire les méfaits liés au jeu, le [Preventing and Minimising Gambling Harm: Six-year strategic plan 2010/11— 2015/16](#)³²¹. Le premier objectif de ce plan vise spécifiquement la réduction des inégalités de santé liées aux problèmes de jeu. Ce plan propose une approche intégrée qui implique le gouvernement, l'industrie, les communautés et les familles dans des interventions qui misent sur la prévention. Le plan est sous la gouverne du ministère de la santé.

À retenir quant au déterminant Habitudes de vie

Découlant d'une approche par milieu ou d'une approche axée sur la modification des comportements individuels, les interventions québécoises et étrangères présentées ici font appel à de nombreux secteurs et couvrent de nombreuses thématiques. Plusieurs des interventions implantées ailleurs dans le monde semblent prometteuses en terme de réduction des ISS par exemple, l'action sur les habitudes alimentaires et la disponibilité des aliments sains ou encore la hausse des prix des produits du tabac. Selon un [rapport de l'INSPQ](#)³²² : « Les programmes ainsi que les politiques portant sur la saine alimentation doivent tenir compte des conditions socioéconomiques des divers groupes de la population, et notamment des ménages ayant de faibles revenus. La surveillance des prix des aliments sains et la diffusion de ces informations pourraient aider à guider les ménages vivant dans des conditions précaires financièrement ». Cependant, les données probantes qui sont encore parcellaires ou qui sont souvent mitigées, quant aux interventions efficaces sur l'amélioration des habitudes de vie et de leur lien avec la réduction des ISS, complexifient le processus décisionnel des gouvernements. Des résultats intéressants découlant de projets ciblant spécifiquement des milieux défavorisés sont à souligner comme le projet MURA en Slovénie ou le projet de la Carélie-du-Nord en Finlande. Ces approches ciblées permettent de joindre des populations vulnérables qui souvent utilisent moins les services ou sont moins réceptives aux campagnes de prévention universelles. Concernant la mobilisation sur la pertinence d'agir sur les habitudes de vie, nous pouvons penser que les grandes priorités internationales adoptées par exemple par l'OMS favorisent l'engagement des acteurs autour de priorités d'action communes³²³.

4.5 SYSTÈMES DE SOINS ET SERVICES DE SANTÉ

L'universalité, la mutualisation, l'équité, et la qualité dans les soins et services de santé permettent de prévenir le creusement des ISS. L'accès aux soins et services de santé, c'est-à-dire obtenir un service de santé qui répond à un besoin ressenti et un désir de soins, est particulièrement important puisque des études européennes démontrent que les groupes socioéconomiquement désavantagés ont moins fréquemment recours aux services de soins de santé, qu'ils soient préventifs ou curatifs, ce qui mène à une aggravation des problèmes de santé de ces populations^{324 325 326}. L'accès aux soins peut être limité par un certain nombre de facteurs liés au statut socioéconomique, mais aussi au manque d'infrastructures et de personnel ou encore à des barrières géographiques, linguistiques ou culturelles. Les interventions qui facilitent l'accès à des soins de qualité pour les personnes les plus vulnérables se doivent par conséquent de faire partie intégrante de la lutte contre les ISS. Parmi les mesures qui facilitent l'accès des populations vulnérables, la littérature scientifique souligne la couverture universelle, l'organisation des soins en fonction de besoins de populations ciblées ou encore le renforcement des capacités de la communauté.

Couverture universelle

Interventions québécoises

Le Régime d'assurance-maladie³²⁷ permet à tous les résidents du Québec d'obtenir des services médicaux gratuits. Les services couverts par le régime d'assurance-maladie sont ceux qui sont nécessaires sur le plan médical et rendus par un médecin omnipraticien ou par un médecin spécialiste. L'assurance-maladie couvre aussi des soins dentaires et optométriques pour certaines clientèles, dont les enfants, les personnes âgées et les personnes bénéficiaires de l'aide sociale ou de solidarité sociale depuis au moins une année. Un autre régime public universel, le régime d'assurance-hospitalisation³²⁸, permet l'accès à des services hospitaliers gratuits. Enfin, le Régime public d'assurance-médicaments³²⁹ couvre les personnes qui n'ont pas accès à un régime privé d'assurances pour défrayer les coûts des médicaments.

En France, la couverture universelle protège la population contre les principales dépenses liées au risque de maladie. La Loi du 27 juillet 1999 sur la création de la Couverture médicale universelle (CMU) offre à tous l'accès à des soins gratuits avec un minimum de démarches administratives. Cette loi étend la couverture aux personnes qui en étaient auparavant dépourvues et offre une couverture complémentaire aux personnes ayant de faibles revenus. Cependant, l'accès universel aux soins demeure un défi. En 2004, 13 % de la population française aurait renoncé à des services (soins dentaires, lunettes ou autres soins spécialisés) pour des raisons financières³³⁰. De plus, les étrangers en situation irrégulière (sans-papiers) et les patients en difficultés financières (personnes à faibles revenus, personnes sans-abri, etc.) n'ont pas toujours accès aux soins dont ils ont besoin et de nombreuses barrières sociales et géographiques persistent. Ces trous dans la couverture universelle ont été dénotés dans plusieurs pays européens qui offrent la couverture universelle³³¹.

Les soins et services couverts par les programmes publics souffrent d'être équitables en théorie, alors qu'en pratique la réalité se révèle plus complexe. En fait, ce sont souvent les populations vulnérables qui vont être les premières touchées en cas d'insuffisance des services ou de coupures en santé. Les soins dentaires et les services en santé mentale à couverture limitée démontrent bien comment les politiques mises en place ne répondent pas nécessairement en priorité aux besoins des plus démunis. Le cas de la Finlande qui offre depuis 2001-2002 le remboursement des frais pour les soins de santé dentaire privés à tous les groupes d'âge est une exception. À la suite de cette mesure, l'utilisation des services dentaires a connu une augmentation notable dans ce pays. Cependant, il est intéressant de noter que malgré le fait que plus de personnes de faible niveau d'éducation ont accès à ces soins, cette catégorie de la population demeure celle qui les utilise le moins.

Organisation et accès aux soins

Interventions québécoises

Le modèle d'organisation inscrit dans la Loi québécoise sur les services de santé et les services sociaux (LSSS)³³² repose sur trois paliers de gouvernance, central, régional et local, et sur la complémentarité des établissements. Au palier local, des réseaux locaux de services regroupent l'ensemble des acteurs de santé et services sociaux autour d'un établissement appelé Centre de santé et de services sociaux (CSSS)³³³. Le CSSS doit assurer la prestation des services de santé et de services sociaux mais aussi mobiliser d'autres partenaires de son territoire comme les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les partenaires de l'éducation et du milieu municipal, afin d'améliorer l'offre de services et d'agir sur les déterminants de la santé pour sa population. Les services offerts par un CSSS doivent couvrir les besoins de l'ensemble de la population de son territoire, y compris les personnes vulnérables ou à faible revenu, même si ces personnes ne s'adressent pas directement aux établissements. Cette approche, qui coordonne l'offre de services en fonction d'une population sur un territoire donné, plutôt qu'en fonction des individus qui accèdent directement aux services, est appelée « responsabilité populationnelle ».

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE)³³⁴ est chargé d'évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et de formuler des recommandations concernant notamment la performance du système en termes d'accès aux services et d'éthique. Les récents rapports du Commissaire sur la première ligne de soins³³⁵, sur la périnatalité et la petite enfance³³⁶ et sur la santé mentale³³⁷, entre autres, formulent des recommandations en faveur d'un meilleur accès aux services pour les groupes défavorisés.

L'organisation des soins et services afin d'améliorer l'accès aux plus vulnérables peut prendre diverses formes. Par exemple, la croissance de la population âgée en Occident a conduit plusieurs pays à adapter ses services aux besoins spécifiques de cette population. En 2001, le Royaume-Uni a mis en place la politique *National Service Framework for Older People*³³⁸. Cette politique visait à garantir un accès équitable et de qualité à des soins et services sociaux intégrés pour les personnes âgées en insistant sur la nécessité pour les services de soutenir l'autonomie des personnes, de promouvoir la santé et de préconiser un changement culturel dans la prestation des services afin que les personnes âgées et leurs aidants soient traités avec respect, dignité et équité. Une évaluation réalisée auprès des personnes âgées démontre toutefois que malgré l'amélioration du temps d'attente et de l'efficacité des soins de santé primaires, l'accès à un médecin reste difficile, l'aide offerte est perçue comme fragmentée et impersonnelle et les hôpitaux comme des endroits risqués et mal organisés³³⁹. L'expérience de cette réforme montre que l'expertise professionnelle et spécialisée est cruciale pour atteindre les objectifs visés par la politique. Le programme pilote *LinkAgePlus*³⁴⁰ et les *Partnerships for Older People*³⁴¹ ont permis d'étendre les principes de travail conjoint pour améliorer l'accès pour les personnes âgées. La recherche en gériatrie est considérée comme incontournable pour comprendre l'expérience des personnes âgées et dépendantes et adapter les services à leurs besoins.

Malgré de maigres résultats jusqu'ici, l'intégration des soins et services de santé mentale aux services et soins de santé primaires présente une autre avenue pouvant permettre d'atténuer les ISS. Il est reconnu que les soins pour les personnes souffrant de ce type de problèmes sont généralement sous-financés³⁴². La stigmatisation dont sont victimes les personnes atteintes de troubles de santé mentale est également un obstacle de taille empêchant plusieurs personnes de recourir aux soins et services. La recherche démontre qu'une approche holistique en santé mentale et physique possède plusieurs avantages notamment en termes d'accessibilité et de financement³⁴³. Au Royaume-Uni, depuis 20 ans, le gouvernement a investi massivement dans les soins communautaires agissant de concert avec les services sociaux dans l'intégration des services de santé mentale aux soins de santé primaires et pour faire le lien entre les soins primaires et secondaires. Plus récemment, le gouvernement a présenté une stratégie [No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages](#)³⁴⁴ dont l'un des objectifs vise directement l'accessibilité aux soins et services de santé mentale pour tous. Chacun des objectifs de cette stratégie a par ailleurs été analysé selon son impact sur l'équité³⁴⁵ pour différentes catégories de la population (en fonction de l'âge, du sexe, de l'appartenance ethnique, de l'orientation sexuelle, etc.).

Renforcement des compétences en santé au sein des communautés

Interventions québécoises

Un programme de formation sur la santé d'une durée de 100 heures fait partie de la Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue³⁴⁶ du MELS qui vise, entre autres, des clientèles vulnérables. L'objectif de ce programme est de « fonder les bases d'une action responsable et préventive en regard de la santé par l'acquisition de compétences dans le traitement de situations de vie où la gestion des habitudes est abordée sous l'angle de l'alimentation, de la condition physique, de la détente ou de la récupération ».

La valorisation et le renforcement des compétences en littératie en santé s'avèrent un facteur important de lutte contre les ISS : un plus faible niveau de littératie en santé est associé à une moins bonne santé, mais également à un revenu plus bas et à une moindre qualité de vie³⁴⁷. Les personnes les plus touchées sont les aînés, les personnes peu scolarisées et les immigrants. En Allemagne, le programme MiMi (*With Migrants for Migrants*)³⁴⁸ vise à rendre le système de santé plus accessible pour les personnes immigrantes en augmentant leur littératie en santé et en renforçant les capacités plus générales des communautés face au système de santé. Par la participation citoyenne et en misant sur la promotion de la responsabilité individuelle face à la santé, les personnes migrantes sont encouragées à s'investir dans un processus d'apprentissage qui leur permettra d'obtenir des soins et services qui répondent à leurs besoins. L'échange de connaissances sur le fonctionnement du système de santé et l'accès aux ressources se fait par le biais de médiateurs interculturels appartenant à la communauté et formés pour travailler avec celle-ci. D'autre part, les professionnels de la santé sont encouragés à développer eux aussi des connaissances concernant les différentes communautés pour mieux comprendre les défis auxquels elles font face. Le programme a débuté avec des projets-pilotes dans quatre villes allemandes et s'étend aujourd'hui à 48 municipalités. Les évaluations réalisées auprès des participants à ce programme démontrent qu'il y a une nette

augmentation de la population migrante qui a pu accéder à des soins et des services de santé (1105 en 2004 contre 7441 en 2008). De plus, les rapports annuels publiés depuis 2007 indiquent que le programme a contribué à la construction de liens étroits entre les communautés immigrantes et le système de soins^{349 350}. Plus largement, des études ont montré que les approches communautaires et participatives sont prometteuses en présence de faibles niveaux de littératie en santé^{351 352}.

À retenir quant au déterminant système de soins et services de santé

Les interventions sur le système de soins et de services de santé peuvent atténuer ou creuser les ISS. La couverture universelle peut être vue comme une mesure favorisant l'équité, mais elle soulève par ailleurs plusieurs enjeux notamment au niveau de l'accès et de la qualité des services. Une façon de pallier au défi de l'accessibilité consiste à adapter les services aux besoins des populations les plus vulnérables afin de diminuer le risque que celles-ci soient laissées pour compte. Les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins témoignent de l'importance pour les services de santé d'être à l'écoute des besoins particuliers de certaines populations (aînés, immigrants, etc.), et plus encore, de l'apport de la communauté dans l'identification et la gestion de ces besoins. Les exemples de programmes tels que le MiMi en Allemagne stimulent la réflexion sur les moyens de répondre de manière originale à une demande en constante évolution. Plus de recherches sont nécessaires notamment en matière de littératie en santé où il existe peu d'évaluations rigoureuses de l'efficacité des mesures implantées au Canada ou à l'étranger. Pourtant, selon les données de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 95 % des Québécois de plus de 65 ans sont sous le seuil minimal de littératie en santé nécessaire pour prendre soin adéquatement de leur santé³⁵³. Des partenariats entre les ministères (MSSS, MELS, MESS) en matière d'alphabétisation et santé pour des populations ciblées se présentent comme des mesures à explorer.

À retenir quant aux politiques gouvernementales axées sur les déterminants

Les interventions recensées dans cette section sur les approches par déterminants sont portées par différents secteurs, incluant le secteur de la santé. Souvent elles ne visent pas en premier lieu les ISS ou la santé, telles les mesures de soutien au revenu ou les mesures de revitalisation des municipalités. Certaines mesures mettent l'accent sur la prospérité ou encore le développement économique et peuvent avoir un impact indirect sur les ISS et la santé. Plusieurs interventions fondées sur des approches par milieu comme le développement des communautés touchent plusieurs déterminants et sont conçues d'emblée comme des projets intersectoriels.

Il ressort de ce survol que la mobilisation politique autour des interventions déployées est cruciale. Nous pouvons penser que les grandes priorités adoptées par les gouvernements et les organisations internationales comme l'OMS permettent de mobiliser les acteurs autour de priorités d'action communes comme par exemple, la lutte contre l'obésité ou le développement durable en affirmant la pertinence des interventions en ce sens. Il est intéressant de noter qu'un enjeu stratégique comme le développement durable qui vise la prospérité sociale et économique peut s'accorder avec la lutte contre les ISS, comme le montrent les expériences britannique et française et à condition de centrer les interventions

sur les dimensions sociales et non uniquement sur la protection de l'environnement. Des projets intersectoriels misant sur le développement économique, comme le projet MURA en Slovénie (santé, agroalimentaire, tourisme, transport), ont eu des retombées intéressantes pour des populations défavorisées.

Plusieurs initiatives étrangères mettent aussi en lumière la pertinence de la participation des citoyens dans les interventions. Plusieurs projets en Angleterre, en Espagne et en Allemagne montrent ainsi qu'en consultant les populations locales sur le choix des interventions et sur leur mise en œuvre, il en résulte des retombées positives quant à la participation des communautés et à l'adéquation des interventions aux besoins, tout en favorisant l'inclusion sociale de populations désavantagées. Ces expériences de participation citoyenne favorisent aussi le renforcement des réseaux sociaux.

Ce survol fait également ressortir l'importance de la qualité des interventions implantées. Créer des emplois précaires ou dangereux pour la santé ou construire un parc de logements sociaux de piètre qualité aura peu d'effets sur la réduction des ISS et sur la santé. En matière de logement, la norme de qualité des logements sociaux au Pays de Galles a montré des résultats probants en termes d'amélioration de la santé physique et mentale des locataires. En terme d'accès aux services de santé, même si la plupart des pays évoqués, ont, tout comme le Québec, adopté une couverture universelle des services de santé, il existe des trous dans ces couvertures pour certaines personnes en situation irrégulière (sans-abri, étrangers en situation irrégulière, etc.) ou encore pour l'accès à certains services non-couverts. Dans le secteur de la petite enfance, les expériences étrangères démontrent également que la qualité des services de garde et des interventions auprès des enfants défavorisés est cruciale.

Outre la qualité des interventions, il semble que l'intégration des services offerts est souvent nécessaire pour que les populations plus défavorisées puissent y accéder. C'est le cas particulièrement pour les services de santé (par exemple, l'intégration des services généraux et de santé mentale) et en petite enfance. La cohérence entre les différents services s'adressant aux personnes vulnérables est primordiale pour assurer leur participation à ces interventions.

Finalement, deux défis paraissent liés aux interventions ciblant des déterminants de la santé et ils rejoignent ceux évoqués pour les approches globales. D'abord le peu de résultats concernant l'impact de ces interventions sur la santé et sur les ISS rend difficile la priorisation des interventions les plus efficaces. Deuxièmement, la difficulté de joindre les populations les plus vulnérables parce qu'elles utilisent moins souvent les services publics et ce, même quand ils sont gratuits et accessibles. Des actions ciblant spécifiquement des milieux défavorisés (MURA, Projet Carélie-du-Nord) montrent des résultats intéressants pour la promotion de saines habitudes de vie. Cette stratégie ciblée comporte toutefois l'écueil de la stigmatisation. Cet écueil peut être amoindri en ciblant un milieu plutôt qu'un groupe socioéconomique, par exemple dans l'expérience britannique *Sure Start*.

CONCLUSION

Défis et limites des interventions gouvernementales pour réduire les ISS

Ce document montre que les gouvernements peuvent, à travers des stratégies globales de lutte aux ISS, modifier leurs politiques économiques, sociales et de santé afin de favoriser l'équité sociale. Ces stratégies globales sont le résultat de nombreuses années d'efforts. La volonté et la stabilité politique, la défense de valeurs de justice sociale et d'équité ainsi qu'une gouvernance intersectorielle mobilisant les différents secteurs et niveaux de gouvernement sont des conditions qui en favorisent l'adoption et la mise en œuvre. Malgré les efforts investis, ces initiatives à grande échelle n'entraînent pas toujours les résultats escomptés. Même si elles favorisent souvent une amélioration de l'état de santé de tous les groupes sociaux, elles ne réussissent pas, bien souvent, à réduire les disparités de santé entre ceux-ci. Des interventions sectorielles ou intersectorielles plus spécifiques axées sur certains déterminants de la santé peuvent consolider ces approches globales en ayant une prise plus directe sur les ISS. Des interventions ciblant en priorité l'accès plus égalitaire aux ressources, comme celles visant le revenu, le travail, l'accès à l'éducation et aux services constitueraient des voies à privilégier comme le proposent Link et Phelan (13). En outre, la mobilisation des différents acteurs autour de priorités d'action communes, la participation des citoyens aux interventions, la qualité des interventions et l'intégration des services offerts pour en favoriser l'accès représentent d'autres conditions favorables à l'implantation et au succès de ces mesures.

La lutte contre les ISS peut toutefois mener à des effets non désirés lorsque, parfois, ces interventions gouvernementales viennent creuser les écarts de santé. L'examen des expériences étrangères révèle en effet qu'il peut être difficile de joindre les populations les plus vulnérables et que la mise en place de stratégies universelles peut, dans certains cas, accroître les ISS en joignant mieux les groupes plus privilégiés, et cela même si l'on dénote des progrès dans les groupes les plus défavorisés. Le défi est alors de trouver un équilibre entre des mesures universelles qui touchent l'ensemble de la population et des mesures proportionnellement ciblées vers les groupes défavorisés, tout en portant attention à ne pas stigmatiser ces derniers.

Interventions du Québec pour la réduction des inégalités sociales de santé

Société dont l'action politique a souvent porté des valeurs d'équité sociale, le Québec se positionne fréquemment comme à l'avant-garde dans la lutte contre la pauvreté au Canada et en Amérique du Nord³⁵⁴. Cependant, à l'instar de certains pays européens nettement engagés dans le développement de leurs politiques sociales, le Québec pourrait intervenir plus activement. Aussi, plus de dix années après son adoption, une appréciation des retombées de la Loi-cadre contre la pauvreté et l'exclusion sociale et de son éventail de mesures sociales sur la pauvreté et les ISS s'avèrerait éclairante pour guider l'intervention sur les ISS. Nous savons déjà que plusieurs mesures adoptées par le gouvernement québécois comme les allocations familiales, les congés parentaux, et le programme de garderies à 7 \$ protègent relativement les classes moyennes de la pauvreté, en particulier les familles et les enfants (15). L'assurance-médicament, le programme de primes au travail, les mesures de soutien à l'emploi et l'indexation des revenus d'aide sociale sont d'autres exemples de mesures identifiées comme ayant contribué à de récents succès (109). Le

Québec fait aussi bonne figure en matière d'interventions en lien avec les saines habitudes de vie, quoiqu'elles contribuent relativement peu à la réduction des ISS. Le maintien et le renforcement d'une intervention étatique soutenue en matière de protection sociale et de santé demeurent donc incontournables pour lutter contre les ISS.

Plusieurs avenues politiques peuvent être envisagées pour lutter plus spécifiquement contre les ISS au Québec. D'abord, la promotion d'une vision concertée de la réduction des ISS pour mobiliser tous les secteurs d'activités, ministères et organismes-clés pourrait favoriser une meilleure prise en compte des ISS dans la formulation et l'adoption de leurs politiques. La référence à cette vision pourrait améliorer la cohérence de l'action gouvernementale et ainsi éviter que les politiques d'un secteur annulent les efforts déployés dans d'autres. L'actualisation de cette vision et la meilleure coordination des interventions passeraient par le renforcement de la gouvernance intersectorielle au sein du gouvernement.

Pour cette gouvernance intersectorielle, le Québec dispose déjà de plusieurs leviers, comme la Loi sur la pauvreté et l'exclusion sociale et son article 19, l'article 54 de la Loi sur la santé publique (un mécanisme qui comprend l'évaluation d'impact sur la santé), la Stratégie de développement durable, la Stratégie de développement des communautés, et les comités ministériels permanents.

Dans le même sens, les acquis en termes de protection sociale, de lutte à la pauvreté et d'action sur les déterminants de la santé pourraient être consolidés en s'assurant notamment de la pleine implantation des politiques et mesures existantes, de leur pérennité, de leur qualité et d'une meilleure intégration des services offerts aux personnes vulnérables. À cet égard, plusieurs des initiatives étrangères recensées dans le présent document se révèlent potentiellement inspirantes.

Par ailleurs, la participation du milieu communautaire et des citoyens au choix et au suivi des interventions est nécessaire afin de mieux joindre les populations vulnérables et défavorisées. Les inégalités allant souvent de pair avec l'exclusion sociale et la stigmatisation, il est pertinent d'inclure les populations visées par les interventions dans le processus décisionnel. Cela permet de mieux comprendre les enjeux des ISS, de trouver des solutions mieux adaptées à la réalité et de donner une voix à des populations souvent peu entendues. Comme la situation des Autochtones au regard des indicateurs de santé est particulièrement défavorable, l'engagement du Québec dans la lutte aux ISS devrait aussi comporter un volet spécifique et adapté aux contextes particuliers des communautés autochtones. Une meilleure synergie entre l'intervention gouvernementale et l'action sociale (interventions communautaires, initiatives citoyennes, etc.) serait aussi à favoriser.

La mise en place d'un système officiel et reconnu pour mesurer et suivre l'évolution des ISS dans le temps est également nécessaire. Suite aux travaux menés par la Commission des déterminants sociaux de la santé, l'Organisation mondiale de la santé (2011)³⁵⁵ recommande justement aux pays qui veulent orienter leur développement sur l'avenue de l'équité en santé de minimalement mettre en place un système de suivi systématique des écarts sociaux de santé. Ce système, comportant quelques indicateurs-clés, permettrait d'apprécier régulièrement et en continu les gains réalisés ou, au contraire, les fossés qui se creusent entre certains groupes de la population. Il permettrait donc de soutenir l'évaluation des

retombées des différentes mesures d'atténuation des iniquités de santé. Le Québec vient de s'engager sur cette voie en menant une réflexion concertée entre les acteurs nationaux et régionaux de la santé publique sur les prémices d'un système de suivi systématique des inégalités sociales de santé dont il importera d'assurer la pérennité³⁵⁶. Enfin, le développement des connaissances et une veille scientifique sur l'efficacité des interventions gouvernementales à l'égard des ISS permettraient de guider le gouvernement dans le choix et la révision de ses interventions.

Il est évident que la problématique des inégalités sociales de santé est vaste et complexe et que les dynamiques inégalitaires de pouvoir et d'exclusion, de même que certaines normes, politiques et pratiques sociales engendrent des disparités sociales et de santé. Dès lors, l'intervention gouvernementale pour réduire les ISS ne peut pas être simple, s'inscrit nécessairement dans un contexte particulier et passe par un ensemble d'interventions. Il n'existe pas de consensus scientifique sur une manière efficace d'intervenir dans la réduction des ISS, même si certains auteurs recommandent des interventions ciblant en priorité l'accès plus égalitaire aux ressources, comme celles visant le revenu, le travail, l'accès à l'éducation et aux services. La nécessité de prendre en compte les ISS dans les interventions de l'État pour, tout au moins, ne pas les aggraver est cependant reconnue par les experts. À cet égard, la présente recension montre que pour réduire les ISS, les politiques sociales doivent être renforcées à la fois au niveau de la population générale (interventions universelles) et des populations défavorisées (interventions ciblées) sans stigmatiser ces dernières. À ce titre, les interventions proportionnellement ciblées, soit des actions qui visent la population générale tout en prévoyant une intervention modulée en fonction du gradient social en santé, doivent être privilégiées et renforcées.

L'approche québécoise en matière de politiques sociales s'inscrit fréquemment dans cette perspective d'associer des interventions universelles avec des interventions proportionnellement ciblées. Le gouvernement québécois pourrait s'engager plus spécifiquement et plus intensément dans la lutte aux inégalités sociales de santé en explorant les avenues politiques proposées et en bonifiant ses politiques à la lumière des multiples exemples de politiques recensés dans ce document.

RÉFÉRENCES

- 1 Potvin, L., Moquet, M.-J., Jones, C. *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Dossiers Santé en action, 2010 : 386 p.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- 2 INPES. *Inégalités sociales de santé : définition et concepts du champ*
<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>
- 3 OMS, 2011. *Comblé le fossé : de la politique à L'action sur les déterminants sociaux de la santé – document de travail*, 56 pages.
http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-FR.pdf
- 4 Roy, B. et De Koninck, M., 2013. *La recherche qualitative sur les inégalités sociales de santé : le parcours de vie*. Revue canadienne de santé publique, vol.104, no.2, p.154-158.
- 5 Reading, J., 2009. *Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : Approche fondée sur les parcours de vie*. Ottawa, ON : Sous-comité sénatorial sur la santé de la population, 30 mars 2009.
<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/appendixAJun09-f.pdf>
- 6 Berghmans, L., 2009. *Inégalités sociales de santé, une histoire ancienne d'actualité dans Réduire les inégalités sociales de santé*, Revue Éducation santé. Bruxelles.
<http://www.refips.org/files/generale/Education%20Sante.pdf>
- 7 Frohlich, K. L., De Koninck, M., Demers, A., Bernard, P. (ed.), 2008. *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Les Presses de l'Université de Montréal, 2008, 408 pages.
- 8 *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>
- 9 COM, 2009. *Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union Européenne*. Communication de la Commission au parlement européen, au Conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions. Commission des communautés européennes, Bruxelles, le 20.10.2009 COM(2009) 567 final.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_fr.pdf
- 10 OMS, 2008, *Comblé le fossé en une génération : Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé.
- 11 OMS, 2011. *Santé 2020. Première réunion du Forum européen sur la politique de la santé. Bureau régional de l'Europe*. <http://www.euro.who.int/fr/what-we-do/event/first-meeting-of-the-european-health-policy-forum/health-2020>
- 12 Link, B.G., Phelan, J., 1995. *Social conditions as fundamental causes of disease*. Journal of Health and Social Behavior, 1995 : 80-94.

- 13 Phelan, J. C., Link, B. G., Tehranifar, P., 2010. *Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities : Theory, Evidence, and Policy Implications*. Journal of Health and Social Behavior, 2010 51 : S28.
- 14 Scott, S., Curnock, E., Mitchell, R., Robinson, M., Taulbut, M., Tod, E., McCartney, G., 2013. *What would it take to eradicate health inequalities? Testing the fundamental causes theory of health inequalities in Scotland*. NHS Health Scotland, Glasgow, October 2013.
- 15 Raynault, Marie-France, 2009. *Les inégalités sociales, un choix de société?* Revue Développement Social, Volume 10, N^o. 2. <http://www.reveds.ca/les-inegalites-sociales-un-choix-de-societe.aspx>
- 16 CEPE 2013. *La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec : État de situation 2012*, Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, Gouvernement du Québec.
http://www.cepe.gouv.qc.ca/publications/pdf/CEPE_Etat_situation_2012_synthese.pdf
- 17 Pampalon, R., Hamel, D. et Gamache, P., 2008, *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec?*, Québec, Institut national de santé publique, 19 p.
- 18 Pampalon, R. D. Hamel, P. Gamache et G. Raymond, 2009. « Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, 29 (4) : 199-213.
- 19 Infocentre de santé publique du Québec, 2012. Indicateurs du plan commun de surveillance, [en ligne]. [www.infocentre.inspq.rtsq.qc.ca/].
- 20 Institut national de santé publique du Québec, 2012. Données inédites.
- 21 Lasnier, B, B.-S. Leclerc et D. Hamel, 2012. *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*, Montréal, Institut national de santé public, 54 p.
- 22 Pampalon, R., Hamel, D. et Gamache, P., 2008. *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec?*, Québec, Institut national de santé publique, 19 p.
- 23 Institut national de santé publique du Québec, 2012. Données inédites.
- 24 Pampalon, R., Hamel, D. et Gamache, P., 2008. *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec?*, Québec, Institut national de santé publique, 19 p.
- Pampalon, R., Hamel, D. et Gamache, P., 2010. *Health inequalities in urban and rural Canada: Comparing inequalities in survival according to an individual and area-based deprivation index*. *Health and Place*, 16: 416-420.
- 25 Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012, *Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. 2^e édition. pp. 15-16.

- 26 Pampalon, R., Hamel, D. et Gamache, P., 2010. *Health inequalities in urban and rural Canada: Comparing inequalities in survival according to an individual and area-based deprivation index*. *Health and Place*, 16: 416-420.
- 27 Institut canadien d'information sur la santé, 2008. *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*. Ottawa (Ont.) 149 p.
- 28 Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2009), *State of the World's Indigenous Peoples*, New York: United Nations Publications.
- 29 Adelson, N. (2005), *The Embodiment of Inequity Health Disparities in Aboriginal Canada*, *Canadian Journal of Public Health*, 96 (Supp 2): S45-S61.
- 30 Secrétariat aux affaires autochtones (2012), *Statistiques des populations autochtones du Québec 2011*, Document électronique : <http://www.saa.gouv.qc.ca/nations/population.htm>.
- 31 RRSPQ, 2008. *Jeunesse autochtone et inégalités sociales de santé*, Carnet-synthèse, Réseau de recherche en santé des populations du Québec, juillet 2008.
- 32 CCNSA, 2009. *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009.
- 33 CCDP, 2013. *Rapport sur les droits à l'égalité des Autochtones*. Commission canadienne des droits de la personne, 2013.
- 34 Czyzewski, K. (2011). *Colonialism as a Broader Social Determinant of Health*. *The International Indigenous Policy Journal*, 2(1). <http://ir.lib.uwo.ca/iipj/vol2/iss1/5>.
- 35 Charlotte Loopie Reading et Wien, F., (2009). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal Peoples' health*. Prince George: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Reading et Wien, F. (2009).
- 36 St-Pierre, L., Gauvin, F.P., 2010. *La gouvernance intersectorielle dans le cadre de la « santé dans toutes les politiques »*, un cadre conceptuel intégrateur.
- 37 Puska, P., 2007. *Editorial: Health in all policies*. *European Journal of Public Health*, 17, (4): 328.
- 38 Howard et al. Equity Action, 2012, *Health in all policies : an EU literature review 2006-2011 and interview with key stakeholders* . Final version. Auteurs : R. Howard et S. Gunther, Equity Action, May 2012: 5.
- 39 WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, *Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, actions and experiences*.
- 40 WHO Regional Office for Europe, 1999, *Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach*, Gothenburg consensus paper.

- 41 Taylor, L., Gowman, N., et Quigley, R. *Addressing inequalities through health impact assessment*. Health Development Agency - NHS, 2003.
- 42 St-Pierre, Louise. 2010. *Série sur l'ÉIS : ÉIS et inégalités*, CCNPPS. http://www.ccnpps.ca/docs/ÉIS_Inégalités_FR_Mars2010.pdf
- 43 Quigley, R., Cave, B. and al, *Practical lessons for dealing with inequalities in health impact assessment*. Health Development Agency - NHS, 2005.
- 44 Mackenbach, J.P., 2012. *The persistence of inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox*. *Social Science and Medecine*, 75: 761-769.
- 45 Jenson, Jane. 2004. *Les nouveaux risques sociaux au Canada : Des orientations pour une nouvelle architecture sociale*. Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. 84 pages. http://www.cprn.org/documents/31820_fr.pdf
- 46 Sarah Brennenstuhl, Amélie Quesnel-Vallée, Peggy McDonough, 2011. *Welfare regimes, population health and health inequalities: a research synthesis*. *Journal of Epidemiology in Community Health*, 2011, J. Epidemiol Community Health 2012; **66**:397-409 doi:10.1136/jech-2011-200277.
- 47 Sonia Racine, 2007. *Un tour d'horizon de l'exclusion*. Service social No 57 vol 1. En ligne. URI: <http://id.erudit.org/iderudit/017990ar>
- 48 Michael Marmot, Jessica Allen, Ruth Bell, Ellen Bloomer, Peter Goldblatt, 2012. *On behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide*. *Lancet* 2012; 380: 1011–29.
- 49 Mackenbach, J.P., 2011. [Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy \(1997-2010\)](#), *Journal of Epidemiology in Community Health*, 2011, 65: 568-575.
- 50 Acheson, Sir Donald. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. Department of Health, UK Government.
- 51 Department of Health, 1999. *Saving Lives: Our Healthier Nation*, UK Government. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008701
- 52 Department of Health, 1999. *Reducing Health Inequalities: An Action Report*, UK Government. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4042496.pdf
- 53 Jusot, F. 2010. [Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe](#). INPES.
- 54 Department of Health, 2003. *Tackling Health Inequalities: Programme for Action*, UK Government.

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4019362.pdf

55 Rapport du National Audit. (2010). *Tackling inequalities in life expectancy in areas with the worst health and deprivation*. UK Government.

56 Marmot, Sir Michael, 2010. *Fair Society Healthy Lives*, UK: The Marmot Review. <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

57 Department of Health, 2011. *Healthy lives, healthy people: update and way forward*. UK Government.

53 UK Department of Health. *Guidance: The health and care system explained* <https://www.gov.uk/government/publications/the-health-and-care-system-explained>

59 Moberg, H., 2008, *Comparative Studies of policies on health inequalities – a literature review*, in *Health for All? A Critical Analysis of Public Health Policies in Eight European Countries*, C. Hogstedt, H. Moberg, B. Lundgren, M. Backhans, dir, Swedish National Institute of Public Health: 20.

60 Hogstedt, H., Moberg, B., Lundgren et M. Backhans, dir., 2008. *Health for All? A Critical Analysis of Public Health Policies in Eight European Countries*. Swedish National Institute of Public Health, p.116.

61 Selon le site European portal for Action on health Inequalities http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EN/about_hi/health_inequalities/finland/. Il n'existe pas de version anglaise de ce document. Les commentaires sur son contenu dans le présent texte sont tirés du *Health 2015 Public Health Programme*.

62 Ministry of Social Affairs and Health, 2001. *Government Resolution on the Health 2015 public health programme*. Finland Government. <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/health2015/health2015.pdf>

63 Ministry of Social Affairs and Health, 2008. *National Action Plan to Reduce Health 2008-2011*. Finland Government. <http://pre20090115.stm.fi/pr1227003636140/passthru.pdf>

64 Finland Government. *Employment, entrepreneurship and worklife government policy programme* <http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/tyo-yrittaminen-tyoelama/ohjelman-sisaeltoe/en.pdf>

65 Finland Government. *Children, youth and family government policy programme*. <http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/lapset/ohjelman-sisaeltoe/en.pdf>

66 Finland Government, Ministry of Social Affairs and Health, *Government Resolution on development guidelines for health enhancing physical activity and nutrition* http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6412.pdf

- 67 Finland Government, Ministry of Social Affairs and Health, *Alcohol Programme 2004–2007. A tool to help prevent the adverse effects of alcohol*, Helsinki, 2005.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6817.pdf
- 68 Ministry of Social Affairs and Health, 2010. *Socially sustainable Finland 2020. Strategy for social and health policy*, Finland Government.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-15321.pdf
- 69 Anell, A., Glenngård, A.H. et Merkur, S. (2012). Sweden. Health system review, *Health Systems in Transitions*, 14(5), p. xv.
- 70 The National Institute of Public Health, 2003. *Sweden's New Public-Health Policy*. Sweden. <http://www.jointcenter.org/hpi/sites/all/files/07-Sweden's%20New%20Public-Health%20Policy.pdf>
- 71 Swedish National Institute of Public Health, *Sweden's New Public Health Policy – National Public Health Objectives for Sweden*, 2003.
http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/roll_eng.pdf.
- 72 Sweden Government. *Policy areas. Youth Policy*.
<http://www.government.se/sb/d/3781/a/172092>
- 73 <http://www.fhi.se/en/>
- 74 SNIPH 2011. *Public health of the future – everyone's responsibility. A summary of the Swedish Public Health Policy Report 2010*. Swedish National Institute of Public Health <http://www.fhi.se/en/Publications/All-publications-in-english/Public-health-of-the-future--everyones-responsibility-A-summary-of-the-Swedish-Public-Health-Policy-Report-2010/>
- 75 Voir les données statistiques compilées par le Norwegian Institute of Public Health :
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=238&trg=MainLeft_5976&MainArea_5811=5976:0:15.5012:1:0:0::0:0&MainLeft_5976=5825:74845::1:5977:18::0:0
- 76 Voir le rapport sur le développement humain 2011, *Durabilité et équité : un meilleur avenir pour tous*, Programme des Nations-Unies pour le développement, (PNUD).
http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_FR_Complete.pdf
- 77 Ministry of Health and Care Services (MHCS), 2011. *The Norwegian Public Health Act, Norway Government*.
http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer%20FHA_FOS/123.pdf
- 78 Ministry of Health and Care Services, 2007. *National strategy to reduce social inequalities in health*, Report 20. Norway Government.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/norway_rd01_en.pdf
- 79 Directorate for Health and Social Affairs, 2005. *The Challenge of the Gradient*. Norway Government.
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd01_en.pdf

- 80 Ministry of Health and Care Services, 2007. *National strategy to reduce social inequalities in health*, Report 20. Norway Government.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/norway_rd01_en.pdf
- 81 Royal Norwegian Ministry of Labour and Social Inclusion, 2006-2007. *Work, Welfare and Inclusion, Report to the Storting No 9*.
http://www.regjeringen.no/Upload/AID/vedlegg/stmeld_9_2006_english.pdf
- 82 Royal Norwegian Ministry of Labour and Social Inclusion, 2009. *Action Plan against Poverty. Status 2008 and intensified efforts 2009*.
http://www.regjeringen.no/upload/AID/publikasjoner/rapporter_og_planer/2008/Hplan_2008_fattigdom_english.pdf
- 83 Norwegian Ministry of Education and Research, 2006-2007. *Early Intervention for Lifelong Learning. Summary of Report to the Storting No 16*.
http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20062007/016EN/PDFS/STM200620070016000_EN_PDFS.pdf
- 84 <http://www.fhi.no/eway/?pid=240>
- 85 *Prescriptions for a Healthier Norway*. Report No. 16 (2002–2003) to the Storting Short version
http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20022003/016EN/PDFS/STM200220030016000_EN_PDFS.pdf
- 86 Norwegian Directorate of Health, 2010. *Health Promotion – achieving good health for all*, October 2010, Director General Bjørn-Inge Larsen.
<http://www.helsedirektoratet.no/english/publications/health-promotion--achieving-good-health-for-all-/Publikasjoner/health-promotion-achieving-good-health-for-all.pdf>
- 87 Bryant, T., 2012. *Applying the Lessons from International Experiences*. Dans Raphael, D. et Scott-Samuel, A., *Tackling Health Inequalities. Lessons from International Experiences*, p. 273.
- 89 Site web d’Australian Health Inequities Program :
<http://som.flinders.edu.au/FUSA/PublicHealth/AHIP/about.htm>
- 90 Programme national pour la santé des Autochtones en Australie :
<http://www.fahcsia.gov.au/our-responsibilities/indigenous-australians/programs-services/closing-the-gap>
- 91 Australian Government 2008. National Preventative Health Taskforce *Australia: the healthiest country by 2020 A discussion paper*. Commonwealth of Australia 2008.
[http://www.health.gov.au/internet/preventativehealth/publishing.nsf/Content/A06C2FC439ECDA1CA2574DD0081E40C/\\$File/discussion-28oct.pdf](http://www.health.gov.au/internet/preventativehealth/publishing.nsf/Content/A06C2FC439ECDA1CA2574DD0081E40C/$File/discussion-28oct.pdf)
- 92 Australian Government, 2010. *Taking Preventative Action. A response to Australia: The Healthiest Country By 2020*. Report of the National Preventative Taskforce: Commonwealth of Australia 2010.

- 93 NWS Department of Health, 2004. *In All Fairness. Increasing equity in health across NSW*. NSW Health and Equity Statement.
<http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2004/pdf/fairness.pdf>
- 94 OMS, Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, 2011, *Comblent le fossé: De la politiques à l'action sur les déterminants sociaux de la santé* – Document de travail.
- 95 *A Healthier Future For All Australians* – Final Report of the National Health and Hospitals Reform Commission – June 2009.
<http://www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/Content/nhhrc-report>
- 96 Australian Government, Australian National Preventive Health Agency, *Strategic Plan 2011-2015*. p. 13.
- 97 New Zealand Ministry of Health Manatū Hauora, 1998. *The Social, Cultural and Economic Determinants of Health in New Zealand*.
<http://nhc.health.govt.nz/publications/nhc-publications-pre-2011/social-cultural-and-economic-determinants-health-new-zealand>
- 98 *New Zealand Public Health and Disability Act* :
<http://www.legislation.govt.nz/act/public/2000/0091/latest/DLM80051.html>
- 99 *Reducing Inequalities in Health* :
<http://www.health.govt.nz/publication/reducing-inequalities-health>
- 100 Informations sur le programme *Working for Families* : <http://www.msds.govt.nz/about-msd-and-our-work/work-programmes/policy-development/working-for-families/future-directions-working-for-families.html>
- 101 Informations sur le *Whānau Ora* :
<http://www.health.govt.nz/our-work/populations/maori-health/whanau-ora>
- 102 *Marmot Symposium* <http://www.otago.ac.nz/wellington/research/hirp/index.html>
- 103 Signal, L., Martin, J., Cram, F., and Robson, B., 2008. *Health Equity Assessment Tool: A User Guide*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.
<http://www.health.govt.nz/publication/health-equity-assessment-tool-users-guide>
- 104 Informations sur le *Public Health Bill* : <http://www.health.govt.nz/about-ministry/legislation-and-regulation/legislation-ministry-administers/public-health-bill>
- 105 Voir l'évaluation de cette initiative :
www.health.govt.nz/system/files/.../icah-final-mar08.pdf
- 106 Ministry of Social Development, (2007). *Household Incomes in New Zealand: Trends in Indicators of Inequality and Hardship 1982-2004*, Ministry of Social Development, Wellington.
- 107 NZMA 2011. *Fact and action sheets on health inequities*. June 2011.

- 108 Mackenbach, J.P., I. Stirbu, A.-J. R. Roskam, M.M. Schaap, G. Menvielle, M. Leinsalu et A.E. Kunst, 2008. *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, The New England Journal of Medicine, 358 (23): 2468-2481.
- 109 Noël, Alain, 2009. *La loi 112 et les inégalités sociales*, Revue Développement Social, Volume 10, No 2. <http://www.revueds.ca/la-loi-112-et-les-inegalites-sociales.aspx>
- 110 Gouvernement du Québec, 2002. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/L_7/L7.html
- 111 Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale *La volonté d'agir – la force de réussir* : <http://www.mess.gouv.qc.ca/grands-dossiers/lutte-contre-la-pauvrete/index.asp>
- 112 Gouvernement du Québec, 2001. *Loi sur la santé publique*. Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html
- 113 Gouvernement du Québec, 2002. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/L_7/L7.html
- 114 MSSS, 2005. *Article 54 de la Loi sur la santé publique. Bilan de mise en œuvre Juin 2002 – Janvier 2005*. Gouvernement du Québec. <http://politiquespubliques.inspq.qc.ca/fichier.php/60/Bilanarticle54.pdf>
- 115 MSSS 2006. *Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et règlement au Québec*. Service des orientations en santé publique Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-245-01.pdf>
- 116 Conseil exécutif. Secrétariat des comités ministériels. http://www.mce.gouv.qc.ca/comites_ministeriels/secretariat_comites_ministeriels.htm
- 117 Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS), 2009. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* (L.R.Q., chapitre L-7) Faits saillants et application de la Loi, Institut national de santé publique du Québec. http://www.ccnpps.ca/docs/Loi112_FaitsApplicationFR.pdf
- 118 Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, chapitre L-7 des Lois refondues. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/L_7/L7.html
- 119 Ulysse, P.J., 2009, *La lutte contre la pauvreté et l'exclusion par le développement social au Québec: un portrait des vingt dernières années*, Conseil canadien de développement social.

- 120 Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP), 2007. *Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013*, Gouvernement du Québec.
http://www.mddep.gouv.qc.ca/developpement/strategie_gouvernementale/strat_gouv.pdf
- 121 MDDEP. Comité interministériel du développement durable.
<http://www.mddep.gouv.qc.ca/developpement/comite.htm>
- 122 Site du Ministère de l'Enseignement supérieur, Recherche, Science et Technologie : Politique nationale de la recherche et de l'innovation 2014-2019 - *Investir dans la recherche et l'innovation, c'est Investir dans le Québec* :
<http://www.mesrst.gouv.qc.ca/recherche-science-et-technologie/politique-nationale-de-la-recherche-et-de-linnovation-pnri/politique-nationale-de-la-recherche-et-de-linnovation-2014-2019-investir-dans-la-recherche-et-linnovation-cest-investir-dans-le-quebec/#c10227>
- 123 Ridde, V., 2007. *Reducing social inequalities in health: public health, community health or health promotion?* IUHPE, Promotion & Education, vol. XIV, no. 2, 2007.
- 124 Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. *Les inégalités sociales de la santé*. Direction de la santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 1998, 92 pages.
- 125 Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé: <http://www.omiss.ca/>
- 126 *Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté 2002. La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : Orienter et soutenir l'action!*
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-207-01.pdf>
- 127 <http://www.mediak.ca/>
- 128 Réseau québécois de développement social : <http://communaute-rqds.ninq.com/>
- 129 Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Rapport du directeur de santé publique 2011 : *Les inégalités sociales de santé à Montréal : le chemin parcouru*.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-115-2.pdf
- 130 *Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec*. Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec, Mai 2012.
http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/santepublique/direction/RapportDSP/rapportdsp_2012_finale_version_web.pdf
- 131 *Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
http://www.dspq.qc.ca/documents/RapportISS_versionintegrale.pdf

- 132 *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada, 2008.* Agence de la santé publique du Canada (ASPC). <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/index-fra.php>
- 133 *Rapports du sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales des sciences et de la technologie, 2008.* Comités du Sénat : Parlement du Canada. http://www.parl.gc.ca/SenCommitteeBusiness/CommitteeReports.aspx?parl=39&ses=2&comm_id=605&Language=F
- 134 Braën, A., 2002. *La santé et le partage des compétences au Canada*, Étude no2, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- 135 Gouvernement du Canada, 1985. *Loi canadienne sur la santé L.R.C., ch. C-6*, Canada. <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/>
- 136 Toba Bryant, Dennis Raphael, Ted Schrecker et Ronald Labonte, 2011. *Canada: A land of missed opportunity for addressing the social determinants of health.* Health Policy Vol 101 Issue 1: 44-58.
- 137 Gouvernement du Canada. *Transfert canadien en matière de santé* : <http://www.fin.gc.ca/fedprov/cht-fra.asp>
- 138 D. Gore and Kothari, A. *Social Determinants of health in Canada: Are healthy living initiatives there yet? A policy analysis.* International Journal for Equity in Health, 2012, 11:41.
- 139 Service Canada <http://www.servicecanada.gc.ca/fra/sc/ae/index.shtml>
- 140 Service Canada <http://www.servicecanada.gc.ca/fra/psr/sv/svtabmat.shtml>
- 141 Service Canada <http://www.servicecanada.gc.ca/fra/psr/pub/sv/srqprincipale.shtml>
- 142 Ruta, S., 2006, *Les trois temps de la protection sociale au Canada : le cas des sans-emploi*, document de travail de l'Association canadienne des relations industrielles. <http://www.cira-acri.ca/docs/workingpapers/RutaProtectionSocialeetuacri2006.pdf>
- 143 <http://www.cra-arc.gc.ca/bnfts/cctb/menu-fra.html>
- 144 <http://www.nationalchildbenefit.ca/fra/accueil.shtml>
- 145 <http://www.servicecanada.gc.ca/fra/gdc/peh.shtml>
- 146 Gouvernement du Canada 2008. *La prestation nationale pour enfants : rapport d'étape 2008.*
- 147 <http://www.cra-arc.gc.ca/bnfts/uccb-puge/menu-fra.html>

- 148 Agence de revenu du Canada, 2012, *Prestations canadiennes pour enfants – 2012-2013*.
<http://www.cra-arc.gc.ca/F/pub/tq/t4114/t4114-12f.pdf>
- 149 M.- F. Raynault *et al.*, 2011. *L'impact des politiques de soutien à la garde sur la santé et le développement des enfants d'âge préscolaire* (FQRSC- Rapport de recherche Programme Actions concertées).
http://www.fqrscc.gouv.qc.ca/upload/capsules_recherche/fichiers/capsule_63.pdf
- 150 http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/prin/celoab/aifi/aifi_001.cfm
- 151 J. David Hulchanski (2006). *What factors shape Canadian housing policy? The intergovernmental role in Canada's housing system*. In: Canada: The State of the Federation 2004: Municipal-Federal-Provincial Relations in Canada, June 2006. Edited by Robert Young and Christian Leuprecht. Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University. <http://www.ppm-ppm.ca/SOTFS/Hulchanski.pdf>
- 152 UN Human Rights Council. 2009. *Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context*, Miloon Kothari. Addendum: Preliminary note on the mission to Canada (9 to 22 October 2007). 17 February, A/HRC/10/7/Add.3.
- 153 Cutler, D.M. et Lleras-Muney, A. (2006). *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*. NBER Working Paper No. 12352. JEL No. I1, I2.
- 154 Commission des déterminants sociaux de la santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la commission, résumé analytique, OMS.
- 155 Wood, D. (2003). *Effect of Child and Family Poverty on Child Health in the United States*, *Pediatrics*, 112 (3): 707-11.
- 156 Lopez, A., Moleux, M., Schaezle, F. et Scotton, C. (2011) *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance : santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*. Rapport, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), France.
- 157 Gouvernement du Québec, 2007. Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : *Riches de tous nos enfants : la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05.pdf>
- 158 <http://www.rqap.gouv.qc.ca/index.asp>
- 159 Site web du Régime des rentes du Québec
<http://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/accueil/Pages/accueil.aspx>
- 160 http://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/programmes/soutien_enfants/Pages/soutien_enfants.aspx

161

http://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/programmes/soutien_enfants/supplement/Pages/supplement.aspx

162

<http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/parents/programme-contribution-reduite/Pages/index.aspx>

163

Ministère de la Famille et des Aînés, 2007. *Accueillir la petite enfance*. Le programme éducatif des services de garde du Québec.

http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/programme_educatif.pdf

164

Projet de loi n°23 : Loi modifiant la Loi sur l'instruction publique concernant certains services éducatifs aux élèves vivant en milieu défavorisé et âgés de quatre ans.

<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-23-40-1.html>

165

Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Cadre de référence. Gouvernement du Québec.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf>

166

<http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Famille/travail-famille/programme/Pages/milieus-travail.aspx>

167

<http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Famille/travail-famille/norme/Pages/index.aspx>

168

Commission des déterminants sociaux de la santé. (2009). op.cit.:3.

169

<http://www.education.gov.uk/vocabularies/educationtermsandtags/1418>

170

Melhuish, E., Belsky, J. et Barnes, J. (2010). *Le programme Sure Start et son évaluation en Angleterre*. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. En ligne :

<http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Melhuish-Belsky-BarnesFRxp1.pdf>

171

Johnson, S. (2011). *Impact of social science on policy: Sure Start case study*. Report to Economic and Social Research Council (ESRC). 8 novembre 2011

http://www.esrc.ac.uk/_images/Sure_Start_final_report_tcm8-20116.pdf

172

UNICEF, Innocenti Research Centre. (2007). *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries*. Report card 7, Unicef, Florence: 2. En ligne :

http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf

173

Paquet, G. (2009). *Atelier Petite enfance. Les inégalités sociales à la petite enfance : comment réduire leur répercussions à l'âge adulte?*, Éducation Santé, no 245, mai 2009.

174

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2009. *L'école, j'y tiens ! Tous ensemble pour la réussite scolaire*. Gouvernement du Québec.

http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/publications/EPEPS/Formation_jeune_s/LEcoleJyTiens_TousEnsemblePourLaReussiteScolaire.pdf

- 175 Ministère de l'Éducation, 2002. *Agir autrement pour la réussite des élèves du secondaire en milieu défavorisé*. Stratégie d'intervention pour les écoles secondaires. Gouvernement du Québec.
http://www.fse.qc.net/fileadmin/user_upload/documents/VP/SIAA/2_%E2%80%93_Agir_autrement_pour_la_reussite_des_eleves_en_m.pdf
- 176 Voir le rapport d'évaluation de la stratégie *Agir autrement* : http://www.gres-umontreal.ca/download/feuilleter_fr.pdf
- 177 Ministère de l'Éducation, 1999. *Une école adaptée à tous ses élèves, politique de l'adaptation scolaire*. Gouvernement du Québec.
http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/publications/EPEPS/Formation_jeunes/Adaptation_scolaire/politi00F.pdf
- 178 *Des conditions pour mieux réussir – Plan d'action pour soutenir la réussite des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage*
<http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/index.asp?page=fiche&id=128>
- 179 Site web de l'Aide financière aux études : <http://www.afe.gouv.qc.ca/>
- 180 <http://www.afe.gouv.qc.ca/fr/autresProgrammes/etudesTravail.asp>
- 181 Site web de l'approche *École en santé* : <http://ecoleensante.inspq.qc.ca>
- 182 Department of Education and Science, 2005. *Delivering Equality of Opportunity In School. An Action Plan for Educational Inclusion*. Ireland.
http://www.education.ie/en/Publications/Policy-Reports/deis_action_plan_on_educational_inclusion.pdf
- 183 OECD. (2011). *Project Overcoming School Failure: Policies that Work*. National Report Ireland. Department of Education and Skills. En ligne :
<http://www.oecd.org/ireland/49624509.pdf>
- 184 Ministère de l'Éducation et de la Recherche, 2006. *Un effort précoce pour une éducation permanente*. Résumé du Livre Blanc No. 16 (2006-2007) adressé au Parlement par le gouvernement norvégien.
http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/St.meld.nr.16/Sammendrag_fransk%20oversettelse_2802.pdf
- 185 Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2009. *L'école, j'y tiens! Tous ensemble pour la réussite scolaire*. Gouvernement du Québec.
- 186 CCLP, 2013. *Avis : L'emploi pour lutter contre la pauvreté : les défis à relever*. Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, Gouvernement du Québec, 2013.
- 187 Vézina et al, 2011. *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de SST*. En ligne.
http://www.travail.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/Documents/conditions_de_travail/EQC_OTESST_R-691_RAPPORT.pdf

- 188 Benach, J., Muntaner, C., Santana, V., (2007). *Employment conditions and health inequalities*. WHO Background paper for the commission on social determinants of health.
- 189 Information sur le programme d'aide sociale : <http://www.mess.gouv.qc.ca/solidarite-sociale/programmes-mesures/assistance-emploi/>
- 190 Information sur le programme de solidarité sociale : <http://www.mess.gouv.qc.ca/solidarite-sociale/programmes-mesures/assistance-emploi/>
- 191 Information sur le programme Alternative jeunesse : <http://www.mess.gouv.qc.ca/solidarite-sociale/programmes-mesures/alternative-jeunesse/>
- 192 Site web du Régime des rentes du Québec: <http://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/accueil/Pages/accueil.aspx>
- 193 Kangas, O. (2010). *One hundred years of money, welfare and death: mortality, economic growth and the development of the welfare state in 17 OECD countries*. International Journal of Social Welfare, 19:S42-S59.
- 194 Ferrarini, T. et Norström, T. (2010). *Family policy, economic development and infant mortality: a longitudinal comparative analysis*. International Journal of Social Welfare. 19: S89–S102.
- 195 Stratégie de mobilisation tous pour l'emploi : http://www.mess.gouv.qc.ca/grands-dossiers/tous_pour_emploi.asp
- 196 Information sur le Pacte pour l'emploi : <http://www.pacte-emploi.gouv.qc.ca/>
- 197 Information sur l'aide à l'emploi : <http://emploiquebec.net/individus/emploi/index.asp>
- 198 Information sur les subventions salariales : <http://emploiquebec.net/individus/emploi/subventions.asp>
- 199 Information sur la formation de la main-d'œuvre : <http://emploiquebec.net/individus/emploi/formation.asp>
- 200 Information sur la prime au travail : http://www.revenuquebec.ca/fr/citoyen/credits/prime_travail/default.aspx
- 201 Information sur la Stratégie québécoise de l'entrepreneuriat : http://www.mdeie.gouv.qc.ca/objectifs/informer/entrepreneuriat/page/strategies-14248/?tx_igaffichagepages_pi1%5Bmode%5D=single&tx_igaffichagepages_pi1%5BbackPid%5D=72&tx_igaffichagepages_pi1%5BcurrentCat%5D=&cHash=34b6652e66969320386c9e64ccc30a56
- 202 Information sur l'aide aux travailleuses et travailleurs âgés : <http://emploiquebec.net/individus/travailleurs-ages/index.asp>

- 203 Information sur le Programme d'aide à l'intégration des immigrants et des minorités visibles en emploi (PRIME) : <http://emploi.quebec.net/individus/immigrants-minorites/priime.asp>
- 204 Royal Norwegian Ministry of Labour and Social Inclusion: *Work, Welfare and Inclusion*: http://www.regjeringen.no/Upload/AID/vedlegg/stmeld_9_2006_english.pdf
- 205 New Zealand Government. *Labour Market and Employment Strategy: Better Work, Working Better*. <http://www.dol.govt.nz/PDFs/better-work.pdf>
- 206 Government of Ireland 2012 *Pathways to work*. Government Policy Statement on Labour Market Activation <http://www.welfare.ie/en/downloads/pathwaystowork.pdf>
- 207 Marit Rønsen et Torbjørn Skarðhamar (2009). *Do welfare-to-work initiatives work? Evidence from an activation programme targeted at social assistance recipients in Norway*. Journal of European Social Policy February 2009 vol. 19 no. 1 61-77.
- 208 Scottish Government and Health Action Partnership International. *Working for Equity in Health: The role of work, worklessness and social protection in health inequalities*. Context, situation analysis and evidence review. 16th January 2012.
- 209 Deena White (Chercheuse responsable) (2011). *Vers une politique saine d'activation : L'impact sur la santé et bien-être des prestataires d'aide sociale de l'intégration des services de sécurité du revenu et d'employabilité*. Université de Montréal 2011.
- 210 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2010. *Le Québec mobilisé contre la pauvreté*. Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015. Gouvernement du Québec. <http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index.asp?categorie=0106201#liste>
- 211 Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014. *Politique nationale de lutte à l'itinérance : ensemble pour éviter la rue et en sortir* Gouvernement du Québec. <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a8196cc9e89d272585257c8c00631337?OpenDocument>
- 212 Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009. *Pour leur redonner... la dignité, la confiance, un toit, la santé, l'espoir, un avenir*. Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-846-01.pdf>
- 213 Information sur la Politique gouvernementale sur l'action communautaire : <http://www.mess.gouv.qc.ca/sacais/action-communautaire/politique-reconnaissance-soutien.asp>
- 214 Information sur l'aide juridique: <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/sujets/glossaire/aide-jur.htm>
- 215 Information sur la Stratégie Action-jeunesse 2009-2014: <http://www.jeunes.gouv.qc.ca/strategie/>

- 216 Information sur la Stratégie en faveur des aînés :
<http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/strategie-action/Pages/index.aspx>
- 217 Loi sur l'équité salariale au Québec.
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/E_12_001/E12_001.htm
- 218 Secrétariat à la condition féminine du ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, 2011. *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*. Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015. Gouvernement du Québec.
http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/politique/Plan_d_action_complet_2011-06-13.pdf
- 219 *La diversité : une valeur ajoutée*. Plan d'action gouvernemental pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec 2008-2013.
<http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/PlanActionFavoriserParticipation.pdf>
- 220 Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale au Québec :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/E_20_1/E20_1.html
- 221 Information sur le programme *À part entière* :
<http://www.ophq.gouv.qc.ca/partenaires/politique-a-part-entiere.html>
- 222 Social Inclusion. Unit Department of the Prime Minister and Cabinet, 2009. *A Stronger, Fairer Australia*. Australian Government.
http://www.socialinclusion.gov.au/sites/www.socialinclusion.gov.au/files/publications/pdf/brochure_stronger_fairer_australia.pdf
- 223 Gouvernement of Ireland, 2007. *National Action Plan for Social Inclusion 2007-2016*. Dublin, Ireland. <http://www.socialinclusion.ie/nationalactionplan2007.html>
- 224 Loi sur les normes du travail au Québec :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/N_1_1/N1_1.html
- 225 Information sur le Code du travail :
http://www.travail.gouv.qc.ca/lois_et_reglements/code_du_travail.html
- 226 Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_3_001/A3_001.html
- 227 Loi sur la santé et sécurité du travail :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_1/S2_1.html

- 228 Benach, J., Muntaner, C., Santana, V. (2007). *Employment conditions and health inequalities*. World Health Organisation.
- 229 Swedish Government. *Working Hours Act (1982:673)*
<http://www.government.se/content/1/c6/10/49/79/7b82743d.pdf>
- 230 Anxo, Dominique (2009). Working time policy in Sweden. *In Working time – In search of new research territories beyond the flexibility debate*. JILPT International Seminar on Working Time http://www.jil.go.jp/english/reports/documents/jilpt-reports/no.7_anxo.pdf
- 231 Loi sur l'environnement de travail en Norvège :
<http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=92156>
- 232 République française. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. *Plan Santé au travail 2010-2014* : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/PST_2010-2014-2.pdf
- 233 Institut de la statistique du Québec (2012). *Le bilan démographique du Québec*. Québec, 172 p.
- 234 MSSS (2011). *Pour guider l'action. Portrait de santé du Québec et ses régions*. Cinquième rapport national sur l'état de santé de la population.
- 235 Michel Vézina *et al.*, (2011). Résumé. *Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail.
- 236 Communication personnelle, D^{re} Susan Stock, novembre 2012.
- 237 Institut de la statistique du Québec.
http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/revenus_depense/revenus/mod1_p_1_1_4_0.htm
- 238 Institut de la statistique du Québec .*Le Québec chiffres en main*, édition 2012.
- 239 Québec, Conseil du statut de la femme. *Portrait des Québécoises en 8 temps*. Edition 2012.
<http://www.csf.gouv.qc.ca/modules/fichierspublications/fichier-37-1646.pdf>
- 240 Loi sur le développement durable au Québec :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/D_8_1_1/D8_1_1.html
- 241 Information sur la Stratégie gouvernementale de développement durable du Québec :
http://www.mddep.gouv.qc.ca/developpement/strategie_gouvernementale/index.htm
- 242 http://www.sd-commission.org.uk/pages/the_principles.html
- 243 Site des Nations-Unies, Développement durable :
<http://www.un.org/french/ga/special/sids/agenda21/>

- 244 Profession Banlieue, 2009. *Développement durable et politique de la ville. Pour un enrichissement réciproque*, DAC Communication.
- 245 Loi sur l'aménagement et l'urbanisme :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_19_1/A19_1.html
- 246 Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, 2011. *Nos territoires : y habiter et en vivre!* Stratégie pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 2011-2016. Gouvernement du Québec.
http://www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/occupation_territoire/strategie_occupation.pdf
- 247 Loi pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires:
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/O_1_3/O1_3.html
- 248 Information sur la revitalisation urbaine intégrée sur le site web de Villes et Villages en santé : <http://www.rqvvs.qc.ca/fr/membres-et-projets/projet/revitalisation-urbaine-integree>
- 249 *A New Commitment to Neighbourhood Renewal National Strategy Action Plan*, 2001.
<http://www.bris.ac.uk/poverty/downloads/keyofficialdocuments/Neighbourhood%20Renewal%20National%20Strategy%20Report.pdf>
- 250 Neighborhood Renewal Unit. (2005). *New Deal for Communities 2001-2005: an interim evaluation*. Research Report 17, Office of the Deputy Prime Minister, Centre for regional Economic and Social Research, Sheffield Hallam University.
- 251 Mathers, J., Parry, J. et Jones, S. (2008). *Exploring Resident (Non) Participation in the UK New Deal for Communities Regeneration Programme*, Urban Studies, 45 (3) : 591-606. En ligne : http://reference.kfupm.edu.sa/content/i/n/in_the_uk_new_deal_for_communities_87704.pdf
- 252 Information sur le programme *Socially Integrative City* :
http://www.stadtentwicklung.berlin.de/soziale_stadt/index_en.shtml
- 253 Sierra, I., 2002. *The Health in Neighbourhood Strategy: Integrated actions in areas with special social and health need*. <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/the-health-in-neighborhoods-strategy>
- 254 Matinez, Z.M. et Ciocoletto, A., 2009. *Catalonian Neighbourhood Development Law: the Gender Perspective as a Planning Tool*, The 4th International Conference of the International Forum on Urbanism (IFoU) 2009, The New Urban Question – Urbanism beyond Neo-Liberalism, Amsterdam/Delft.
- 255 Code civil du Québec :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ_1991/CCQ1991.html

- 256 Loi sur la Régie du logement :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FR_8_1%2FR8_1.htm
- 257 Plan stratégique de la Société d'habitation du Québec (SHQ) 2011-2016 :
<http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/publications/0000021415.pdf>
- 258 Informations sur les programmes de la SHQ :
http://www.habitation.gouv.qc.ca/statistiques/regroupements/parc_de_logements_sociaux/le_parc_de_logements_sociaux.html
- 259 Information sur le programme Habitation à loyer modique (HLM) de la SHQ :
<http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/vivre-en-logement/Pages/programme-habitations-loyer-modique.aspx>
- 260 Le parc de logements sociaux :
http://www.habitation.gouv.qc.ca/statistiques/regroupements/parc_de_logements_sociaux/le_parc_de_logements_sociaux.html
- 261 MSSS et SHQ, 2007. *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social – Une action intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, Gouvernement du Québec.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-845-01.pdf>
- 262 Loi sur les compétences municipales :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_47_1/C47_1.html
- 263 Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2011, *Housing : Shared Interests in Health and Development*, Social Determinants of Health Sectoral Briefing Series 1.
- 264 Moleux, M., Schaetzel, F. et Scotton, C., 2011. *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*. Rapport, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), France : 4 et 26-28
- 265 Lopez, A., Moleux, M., Schaetzel, F. et Scotton, C., 2011. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*. Rapport. Inspection générale des affaires sociales (IGAS), France : 110.
- 266 Minister of Housing and Regeneration, 2010. *Improving Lives and Communities. Homes in Wales*. Welsh Assembly Government.
<http://wales.gov.uk/docs/desh/publications/100421housingstrategyen.pdf>
- 267 Minister of Housing and Regeneration, 2008. *Housing Quality Standard*. Revised Guidance for Social Landlords on Interpretation and Achievement of the Welsh Housing Quality Standard. Welsh Assembly Government.
<http://wales.gov.uk/docs/desh/publications/091207housingwhqsguide.pdf>

- 268 Wales Audit Office, 2012. *Social Landlords' Performance in Achieving the Welsh Housing Quality Standard (Revised)*. Evaluation Report. Welsh Assembly Government. <http://wales.gov.uk/docs/desh/publications/121011housingwhqsreviseden.pdf>
- 269 http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/ministere/ministere/plan_strategique
- 270 Stratégie nationale de mobilité durable : http://www.mobilitedurable.gouv.qc.ca/portal/page/portal/grand_public/transport_collectif/strategie_nationale_mobilite_durable
- 271 Information sur la Politique québécoise du transport collectif : http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/grand_public/transport_collectif/politique_quebecoise_transport_collectif
- 272 Ministère des Transports, 2008. *La politique sur le vélo. Du loisir à l'utilitaire : Le vélo, un moyen de transport à part entière*. Gouvernement du Québec. http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/Librairie/Publications/fr/v%E9lo/velo_politique2008.pdf
- 273 Information sur le Programme d'aide gouvernementale au transport adapté : http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/grand_public/transport_collectif/transport_adapte
- 274 Organisation mondiale de la santé. (1999) *Charte sur les transports, l'environnement et la santé*, En ligne : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/95005/E73498.pdf
- 275 Ministry of Transport, Public work and Water Management, Netherlands. (1999). *The Dutch Bicycle Master Plan. Description and evaluation in an historical context*. Directorate-General for Passenger Transport.
- 276 Pour consulter l'évaluation et les résultats des 112 projets de ce plan : <http://www.fietsberaad.nl/library/repository/bestanden/The%20Dutch%20Bicycle%20Master%20Plan%201999.pdf>
- 277 Ministry of Transport, Denmark (2000), *Promoting Safer Cycling – A Strategy*.
- 278 Cycling Embassy of Denmark. (2010). *Cycling Statistics from Denmark*. <http://www.cycling-embassy.dk/2010/03/08/cycling-statistics-from-denmark/>
- 279 Svankjaer, L. (2012). *Make cycling a part of urban planning and policy, Danish minister says to Britain*, The times, 24 mai 2012.
- 280 Transmilenio : <http://www.transmilenio.gov.co/WebSite/Default.aspx>
- 281 CycloRutas : http://en.wikipedia.org/wiki/Bogot%C3%A1's_Bike_Paths_Network
- 282 Dancourt, F.(2008). *Gouvernance urbaine à Bogotá*. Fiche synthèse. Convention Urbanistes du Monde – Master STU ScPo, Fondation Léopold Mayer.

- 283 <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270626001.pdf> p.77
- 284 Janßen, C., Sauter, S., Kowalski, C. 2012. *The influence of social determinants on the use of prevention and health promotion services: Results of a systematic literature review*. Psychosoc Med. 2012;9:Doc07. doi: 10.3205/psm000085. Epub 2012 Oct 25.
- 285 MSSS, 2006. *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir*, Gouvernement du Québec.
- 286 Loi instituant le Fonds pour le développement du sport et de l'activité physique : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/F_4_003/F4_003.html
- 287 Site web de Kino-Québec : <http://www.kino-quebec.qc.ca/qui.asp>
- 288 Information sur le programme éducatif en services de garde : <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/cpe-garderies/programme-educatif/programme-educatif/Pages/index.aspx>
- 289 Organisation mondiale de la santé. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_french_web.pdf
- 290 Organisation mondiale de la santé. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Cadre de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre <http://www.who.int/dietphysicalactivity/M&E-French-2009.pdf>
- 291 OMS-Europe, 2006. *Charte européenne sur la lutte contre l'obésité* : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/87458/E89568.pdf
- 292 Nordic Council of Ministers, 2006. *A better life through diet and physical activity Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity*. Copenhagen, Danemark. http://www.norden.org/en/publications/publikationer/2006-746/at_download/publicationfile
- 293 *Nordic monitoring of diet, physical activity and overweight*. First collection of data in all Nordic Countries 2011 http://www.food.dtu.dk/english/~media/Institutter/Foedevareinstitutet/Publikationer/Publication/2012/Report_Nordic%20monitoring%20of%20diet%20physical%20activity%20and%20overweight.%20First%20collection%20of%20data%20in%20all%20Nordic%20Countries%202011.ashx
- 294 Information sur le projet de la Carélie-du-Nord : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1564_CarelieNordMouvSocSainesHabitudesVie.pdf

- 295 Government of Finland. Government Resolution *On development guidelines for healthenhancing physical activity and nutrition*
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6412.pdf
- 296 Pekka Puska et Timo Stahl, 2010
<http://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.publhealth.012809.103658>
- 297 Health Pro Eldery. *Evidence-based Guidelines on Health Promotion for Older People: Social determinants, Inequality and Sustainability* :
http://www.healthproelderly.com/pdf/National_report1_Czech_Republic.pdf
- 298 Buzeti, T. et Zakotnik, J. M., 2008. *Investment for Health and Development in Slovenia. Programme MURA*. Centre for Health and Development Murska Sobota.
http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Fact/March/0310_publicacija.pdf
- Information sur le programme MURA en Slovénie :
<http://data.euro.who.int/Equity/hidb/Resources/Details.aspx?id=9>
- 299 MSSS, 2008. *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire*. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-208-01.pdf>
- 300 Premier Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition Région européenne de l'OMS 2000–2005
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0013/120316/E74104.pdf
- 301 Norwegian Ministries, 2007. *Recipe for a Healthier Diet*. Norwegian Action Plan on Nutrition 2007-2011. Ministry of Health and Care Services.
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/SEM/Kostholdsplanen/IS-0238%20kortversjon%20eng.pdf>
- 302 Page 32 : <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/norway-and-health-an-introduction/Publikasjoner/norway-and-health-an-introduction.pdf>
- 303 School Fruit and Vegetable Scheme :
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/Healthimprovement/FiveADay/FiveADaygeneralinformation/DH_4002149
- 304 US Department of Agriculture's Food and Nutrition Service. *Fresh Fruit and Vegetable Program* : <http://www.fns.usda.gov/cnd/FFVP/>
- 305 Gervais, C. 2011. *L'influence des politiques agroalimentaires à caractère économique sur l'alimentation et le poids*. Institut national de santé publique du Québec, 2011.
- 306 Food Poverty Eradication Bill :
<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200102/cmbills/069/2002069.pdf>
- 307 Bergeron, P. et Reyburn, S., 2010. *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids*. Collection Politiques publiques et santé, INSPQ, Québec. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1108_ImpactEnvironBati.pdf

- 308 Loi sur le tabac :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/T_0_01/T0_01.html
- 309 MSSS, 2010. *Le Québec respire mieux*. Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015. Gouvernement du Québec.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-006-06F.pdf>
- 310 Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. *Unis dans l'action*. Gouvernement du Québec.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-804-01.pdf>
- 311 Ministerial Council on Drug Strategy, 2011. *National Drug Strategy 2010-2015. A framework for action on alcohol, tobacco and other drugs*. Commonwealth of Australia.
[http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/DB4076D49F13309FCA257854007BAF30/\\$File/nds2015.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/DB4076D49F13309FCA257854007BAF30/$File/nds2015.pdf)
- 312 Evaluation and Monitoring of the National Drug Strategy 2004-2009. Final Report :
[http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/FD973BE3A786C9B0CA257682000E70DC/\\$File/eval1cov.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/FD973BE3A786C9B0CA257682000E70DC/$File/eval1cov.pdf)
- 313 OMS 2003. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac :
http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf
- 314 Theo Lorenc, Mark Petticrew, Vivian Welch, Peter Tugwell *What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews*. *J Epidemiol Community Health* 2013;67:190–193. doi:10.1136/jech-2012-201257
- 315 Commission Européenne. *Help anti-tobacco campaign*:
http://ec.europa.eu/health/tobacco/help/index_en.htm
- 316 Qualitative et quantitative *MEDIASCOR analysis: Final report year 2009* :
http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/help_mediascore1_en.pdf
- 317 <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270626001.pdf>
- 318 Mackenbach *et al.*, 2004. *Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European populations*, *European Journal of Cancer* [Volume 40, Issue 1](#), January 2004, Pages 126–135.
- 319 *Tackling health inequalities: A Programme for Action*:
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008268
- 320 UK Department of Health. *Tackling Health Inequalities: 2007 Status Report on the Programme for Action*.
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_083472.pdf

- 321 Ministry of Health Manatu Hauora: *Preventing and Minimising Gambling Harm: Six-year strategic plan 2010/11–2015/16* : <http://www.health.govt.nz/publication/preventing-and-minimising-gambling-harm-six-year-strategic-plan-2010-11-2015-16>
- 322 Lasnier, B., Leclerc, B.S., Hamel, D. *et al.* *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2012, 54p.
- 323 WHO, 2010. *Review of physical activity promotion policy development and legislation in European Union Member States*, Project on monitoring progress on improving nutrition and physical activity and preventing obesity in the European Union, Report n°. 10. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0015/146220/e95150.pdf
- 324 Frenk, J., 1992. *The concept and measurement of accessibility*. Health Services Research: An Anthology. Pan American Health Organization (Editors) Washington, 17: 858-864.
- 325 Penchansky, R., Thomas, W.J., 1981. *The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction*. Medical Care; 19(2): 127-140.
- 326 Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., 2012. *Evidence for strategies to reduce socioeconomic inequalities in health in Europe*. Dans Figueras, J., McKee, M. Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being, McGraw Hill & Open University Press, Chapitre 7, p.153-174.
- 327 Site web de la RAMQ :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_28/A28.html
- 328 Loi sur l'assurance-hospitalisation :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_28/A28.html
- 329 Information sur le Régime public d'assurance médicaments :
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/Pages/accueil.aspx>
- 330 Lang T, 2008, *Inégalités sociales de santé et de soins. Le couple inégalités par omission, inégalités par construction*, présentation faite le 17 novembre 2008 à la Rencontre francophone internationale sur les ISS des Journées annuelles de santé publique.
http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2008/13_35_Thierry_Lang.pdf
- 331 European Commission. (2008). *Quality and equality of access to healthcare*, European Health Management Association (EHMA), Bruxelles.
- 332 Gouvernement du Québec. Loi sur la santé et les services sociaux :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html

- 333 Information sur les Centre de santé et de services sociaux (CSSS) :
<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>
- 334 Site du CSBE : <http://www.csbe.gouv.qc.ca>
- 335 Le Commissaire à la santé et au bien-être, 2009. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, Gouvernement du Québec, 136 p.
- 336 Le Commissaire à la santé et au bien-être, 2011. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations*. Gouvernement du Québec, 302 p.
- 337 Le Commissaire à la santé et au bien-être, 2012. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Gouvernement du Québec, 179 p.
- 338 Department of Health, 2001. *National Service Framework for Older People*. Government of UK.
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4071283.pdf
- 339 Manthorpe, J. (2007). *Accessing Services and Support*, dans Gates, B. (ed), *Learning Disabilities: Toward Inclusion*, pp. 85-104, Edinburgh: Churchill Livingstone.
- 340 Davis, H. et Ritters, K., 2009. *LinkAge Plus National Evaluation: End of Project Report*. Research Report No 572. Department of Work and Pensions. Government of UK.
<http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2009-2010/rrep572.pdf>
- 341 Personal Social Services Research Unit for Department of Health, 2010. *National Evaluation of Partnerships for Older People Projects: final report*. Government of UK.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_111240
- 342 Knapp, M., McDaid, D., Amaddeo, F., Constantopoulos, A., Oliveira Salvador-Carulla, L., Zechmeister, I. et MHEEN Group. (2007). *Financing mental health care in Europe*. *Mental Health J*; 16(2):16-80.
- 343 World Health Organization / World Organization of Family Doctors, 2008. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*.
http://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintopriarycare/en/index.html
- 344 Government of UK. Department of Health. *No Health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages* :
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_123766

- 345 Department of Health, 2011. *No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes strategy for people of all ages*. Analysis of the Impact on Equality (AIE) :
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_123989.pdf
- 346 Ministère de l'Éducation, 2002. *Apprendre tout au long de la vie*. Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue. Gouvernement du Québec. http://www.mels.gouv.qc.ca/REFORME/formation_con/annexe1.htm
- 347 Bernèche, F. et Perron, B. (2003). *La littératie au Québec en 2003 : faits saillants, Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- 348 Information sur le programme *MiMi-With Migrants for Migrants* en Allemagne :
<http://data.euro.who.int/Equity/hidb/Resources/Details.aspx?id=2>
- 349 Salman, R. & Weyers, S. *Germany: With Migrants for Migrants*. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: Health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- 350 DETERMINE EU (2009). *With Migrants for Migrants - Intercultural Health in Germany*. Consortium for action on the socioeconomic determinants of health.
- 351 Kaspalis, C. (2001). *Rattraper les Suédois. Examiner l'écart entre le Canada et la Suède sur le plan de l'alphabétisme*, Secrétariat national à l'alphabétisation et Développement des ressources humaines Canada : Hull, Québec.
- 352 Rootman, I. et Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada*, Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé, ACSP. En ligne : http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/execsum_f.pdf
- 353 Conseil canadien sur l'apprentissage. (2008). *Littératie en santé au Canada : Une question de bien-être*. Ottawa.
- 354 Roy, M-R., Fréchet, G., Savard, F. 2008. *Le Québec, à l'avant-garde de la lutte contre la pauvreté au Canada*. Options politiques, septembre 2008.
<http://www.irpp.org/fr/options-politiques/travail-et-pauvrete-au-canada/le-quebec-a-lavant-garde-de-la-lutte-contre-la-pauvrete-au-canada-fr-ca/>
- 355 Organisation mondiale de la Santé (2011). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf
- 356 Pampalon, R. et al., 2013. *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 81 p. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1698_StratIndicSurvISSQc.pdf

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca