



Déterminants sociaux de la santé

LES RÉALITÉS

CANADIENNES

2^e édition

Dennis Raphael
Toba Bryant
Juha Mikkonen
Alexander Raphael

Déterminants sociaux de la santé

LES RÉALITÉS CANADIENNES

2^e édition

Dennis Raphael
Toba Bryant
Juha Mikkonen
Alexander Raphael

Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes, 2^e édition

Raphael, D., Bryant, T., Mikkonen, J. et Raphael, A. (2021). Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes, 2^e édition. Faculté des sciences de la santé de l'Université Ontario Tech et École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.

Cette publication est disponible au <http://www.thecanadianfacts.org/>.

Couverture : Alexander Raphael and Juha Mikkonen.

Photographie de couverture : cormoran à aigrettes (*Phalacrocorax auritus*) nichant dans le parc Tommy-Thompson, à Toronto (Canada).

Photographies : Alexander Raphael.

Œuvre d'art : murale The Original Family réalisée par Philip Cote à l'angle des rues Jarvis et Dundas Est, à Toronto (durant les mois de décembre 2018 et de janvier 2019) (p. 59)

Mise en page, conception graphique et organisation du contenu : Juha Mikkonen.

Financement du projet : Faculté des sciences de la santé de l'Université Ontario Tech.

Tous droits réservés ©2021 Dennis Raphael, Toba Bryant, Juha Mikkonen et Alexander Raphael.

Ce document est disponible en intégralité au format électronique (PDF) sur le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse : <http://www.ccnds.ca/>

La traduction en français n'aurait pas été possible sans la participation du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.

La traduction en français est assurée par Marie Picard.

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Déterminants sociaux de la santé : Les réalités canadiennes, 2^e édition / Dennis Raphael, Toba Bryant, Juha Mikkonen et Alexander Raphael ISBN 978-0-9683484-3-7

1. Santé publique—aspects sociaux—Canada. 2. Santé publique—aspects économiques—Canada. 3. Politique de santé—aspects sociaux—Canada. I. Raphael, Dennis, II. Bryant, Toba, III. Mikkonen, Juha et IV. Raphael, Alexander

Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes (2^e édition)

Auteurs et collaborateurs

Prologue de la deuxième édition de Claire Betker, inf. aut., Ph. D., IISCC(C)

Prologue de la première édition de l'honorable Monique Bégin

| | |
|---|----|
| 1. Introduction..... | 11 |
| 2. Stress, corps et maladie..... | 15 |
| 3. Revenu et répartition du revenu..... | 17 |
| 4. Éducation..... | 21 |
| 5. Chômage et sécurité d'emploi..... | 24 |
| 6. Emploi et conditions de travail..... | 27 |
| 7. Développement du jeune enfant..... | 31 |
| 8. Insécurité alimentaire..... | 34 |
| 9. Logement..... | 38 |
| 10. Exclusion sociale..... | 42 |
| 11. Filet de sécurité sociale..... | 45 |
| 12. Services de santé..... | 48 |
| 13. Géographie..... | 52 |
| 14. Handicap..... | 55 |
| 15. Ascendance autochtone..... | 59 |
| 16. Genre..... | 63 |
| 17. Immigration..... | 67 |
| 18. Race | 71 |
| 19. Mondialisation | 75 |
| 20. Vos moyens d'action | 79 |
| 21. Épilogue : l'État-providence et les déterminants sociaux de la santé..... | 84 |
| | |
| Annexe I. Ressources et réseaux de soutien..... | 88 |
| Annexe II. Sources des citations..... | 91 |

AUTEURS ET COLLABORATEURS

Dennis Raphael, Ph. D. (Toronto, Canada), est professeur de politique de la santé à l'École de gestion et de politique de la santé de l'Université York. Il est le directeur de la rédaction des ouvrages *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (2016, 3^e édition), *Health Promotion and Quality of Life in Canada: Essential Readings* (2010), *Immigration, Public Policy, and Health: Newcomer Experiences in Developed Nations* (2016) et *Tackling Health Inequalities: Lessons from International Experiences* (2012). Il est en outre le co-directeur de la rédaction de l'ouvrage *Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care* (2019, 3^e édition). Il est l'auteur des livres *About Canada: Health and Illness* (2016, 2^e édition) et *Poverty in Canada: Implications for Health and Quality of Life* (2020, 3^e édition) et co-auteur, avec Toba Bryant, du livre *The Politics of Health in the Canadian Welfare State* (2020). Dennis Raphael s'occupe du serveur de listes de diffusion sur les déterminants sociaux de la santé de l'Université York. Adresse de courriel : draphael [arobas] yorku.ca

Toba Bryant, Ph. D. (Toronto, Canada) est professeure agrégée de la faculté des sciences de la santé de l'Université Ontario Tech, à Oshawa (Canada). Elle est l'auteure de l'ouvrage *Health Policy in Canada* (2016, 2^e édition) et co-auteure, avec Dennis Raphael, du livre *The Politics of Health in the Canadian Welfare State* (2020). Elle a par ailleurs co-dirigé la rédaction de l'ouvrage *Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care* (2019, 3^e édition). Toba Bryant a publié de nombreux textes et chapitres de livres sur les changements stratégiques, le logement en tant que déterminant social de la santé, la santé dans la perspective de la santé des populations, l'État-providence, l'équité en santé et la qualité de vie dans les collectivités. Ses plus récents travaux portent sur les effets de la fermeture d'une usine sur la santé et le mieux-être des personnes congédiées et les localités de la région d'Oshawa et les réactions de ces localités devant de tels risques en cette ère de mondialisation économique. Adresse de courriel : toba.bryant [arobas] uoit.ca

Juha Mikkonen, Ph. D. (Helsinki, Finlande) est un spécialiste en politiques publiques et un psychosociologue possédant 18 années d'expérience professionnelle. Juha Mikkonen a occupé des postes de direction dans de nombreux organismes à but non lucratif voués à la santé et au mieux-être. Il est le directeur général de l'association finlandaise de prévention de l'abus de substances psychoactives EHYT. Il détient un doctorat en politique de la santé et équité de l'Université York et une maîtrise en sciences sociales de l'Université d'Helsinki. Ses champs de spécialisation sont la prévention de l'abus de substances psychoactives, l'équité en santé, l'action intersectorielle et les déterminants sociaux de la santé. À titre de conseiller, il a par le passé donné des avis à des groupes de réflexion et à des organismes internationaux, y compris l'Organisation mondiale de la Santé. Juha Mikkonen est aussi l'auteur de plus de 80 textes, livres, rapports et présentations. Adresse de courriel : mikkonen [arobas] iki.fi

Alexander Raphael (Toronto, Canada)) en est à sa troisième année du programme de photographie du baccalauréat en beaux-arts (arts visuels) de l'Université Ryerson, à Toronto (Canada). Alexander Raphael a agi à titre de photographe officiel de l'Association pour l'avancement des sciences en Afrique (SASA) lors du congrès tenu en 2019 à Toronto (Canada) et du colloque tenu à Oshawa (Canada) en 2018 sous le thème en anglais « Restructuring Work: A Discussion on the Topic of Labour and the Organization of Global Capitalism ». Alexander Raphael a son propre studio de photographie professionnelle, à Toronto (Canada). Adresse de courriel : alexraph62 [arobas] gmail.com

AUTEURS ET COLLABORATEURS

Julia Fursova, Ph. D., (études environnementales), est boursière postdoctorale en évaluation à la faculté de l'éducation de l'Université York. Ses travaux de doctorat ont porté sur l'action communautaire menée en milieux urbains pour la justice en matière de santé. Elle s'intéressait particulièrement au rôle des organismes à but non lucratif dans l'avancement de la participation collective. Julia Fursova a participé à l'élaboration du chapitre sur la **géographie**.

Morris D.C. Komakech, M. S. P., est doctorant du programme de politique de la santé et d'équité en santé, à l'Université York. Ses travaux de recherche portent principalement sur les déterminants sociaux de la santé, les politiques publiques, l'équité en santé et l'économie politique de la santé. Morris D.C. Komakech a contribué à l'élaboration du chapitre sur la **race**.

Ronald Labonté, Ph. D., est professeur distingué et ancien titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la mondialisation et l'équité en santé de l'École d'épidémiologie et de santé publique de l'Université d'Ottawa. Il est en outre professeur au College of Medicine and Public Health, de la Flinders University, en Australie. Ronald Labonté a participé à l'élaboration du chapitre sur la **mondialisation**.

Ambreen Sayani, M. D., Ph. D., (politiques de santé et équité), détient une bourse postdoctorale des Instituts de recherche en santé du Canada pour ses travaux de recherche axés sur le patient au Women's College Hospital, à Toronto. Elle est aussi adjointe de recherche au MAP Centre for Urban Health Solutions, du St Michael's Hospital. La D^{re} Ambreen Sayani a participé à l'élaboration du chapitre sur l'**immigration**.

Pour commander des exemplaires imprimés et reliés du présent document,
rendez-vous au www.thecanadianfacts.org

PROLOGUE DE LA DEUXIÈME ÉDITION

Dans son dernier rapport publié en 2008 et intitulé *Comblé le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé fait la démonstration que les conditions de vie et de travail des gens ont une incidence directe sur leur état de santé. Les iniquités de santé sont les différences observées dans l'état de santé des individus en raison des conditions sociales dans lesquelles ils vivent. Elles se manifestent de manière systématique dans une population donnée. Elles sont en outre considérées comme injustes, parce qu'elles sont généralement évitables. Les iniquités de santé constituent un problème de santé publique préoccupant qui ne cesse de s'aggraver aux échelles locale, nationale et mondiale. L'une des façons les plus efficaces d'y remédier consiste à investir dans les déterminants sociaux de la santé qui en sont les principales sources. Créer un contexte pour que les populations puissent vivre en santé et dans la dignité n'est pas qu'une question de santé, c'est aussi une affaire de justice sociale.

C'est un véritable plaisir d'écrire le prologue de la 2^e édition des *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. La première édition a été téléchargée plus d'un million de fois au cours de la dernière décennie. Elle se voulait pour les lecteurs une introduction accessible aux déterminants sociaux de la santé. Elle a grandement aidé à changer notre perception de ce qui concourt à la santé et aux iniquités de santé et de ce que nous pouvons faire pour promouvoir la santé et atténuer les iniquités de santé. Dans la 2^e édition, les auteurs Dennis Raphael, Toba Bryant, Juha Mikkonen et Alexander Raphael jettent un regard neuf sur chacun des 17 déterminants sociaux de la santé, en expliquant plus en détail l'importance grandissante dans le monde d'aujourd'hui. Le document est bien structuré et facile à suivre. Il constitue en plus une excellente source de données et d'information sur les 17 principaux déterminants sociaux de la santé au Canada. Il se révélera d'une grande utilité pour les étudiants, les chercheurs, les universitaires, les praticiens, la société civile, les associations professionnelles, les organismes communautaires,

les responsables de l'élaboration des politiques et les décisionnaires.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé fait partie des six Centres de collaboration nationale subventionnés par l'Agence de la santé publique du Canada jusqu'en 2028. Notre mandat consiste entre autres à assurer le transfert et l'échange des connaissances et des données probantes nécessaires pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et promouvoir l'équité en santé. Nous encourageons l'application des connaissances aux fins d'amélioration des systèmes de santé, notamment les systèmes de santé publique, y compris en ce qui concerne les pratiques, les programmes, les services, les structures, les recherches et les politiques. *Le document Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes* est un incontournable pour le CCNDS et ses partenaires.

Comme l'honorable Monique Bégin l'a souligné dans son prologue de la première édition, le document « *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes* [...] porte sur nous, qui composons la société canadienne, et sur ce dont nous avons besoin pour mettre un visage et donner une voix aux inégalités, et plus particulièrement aux inégalités sur le plan de la santé, qui existent chez nous ». Elle prédisait que le fait de décrire bien clairement la complexité et la gravité des problèmes constatés partout au Canada par rapport aux déterminants sociaux de la santé nous pousserait à agir. La deuxième édition comporte une description actualisée de ces « réalités » et incitera certainement tous les acteurs de tous les horizons concernés à intervenir positivement.

Claire Betker, inf. aut., Ph. D., IISCC(C) | RN, PhD, CCHN(C)

Directrice scientifique | Scientific Director

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé |

National Collaborating Centre for Determinants of Health

Université St Francis Xavier | St. Francis Xavier University

PROLOGUE DE LA PREMIÈRE ÉDITION

Nous savons depuis longtemps que les inégalités sur le plan de la santé existent et qu'elles touchent l'ensemble de la population canadienne. Ces inégalités ont un effet particulièrement délétère sur la santé des personnes vivant dans la pauvreté. Des éléments probants fondés sur les sciences sociales, qui consistent en la compréhension des structures sociales et des rapports de force, nous ont permis en outre de démontrer sans l'ombre d'un doute que « l'injustice sociale tue à grande échelle ».

Nous avons tous approuvé le rapport définitif publié par la Commission sur les déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (contenant la citation mentionnée ci-dessus), dans lequel on montre que les conditions de vie et de travail d'un individu influent directement sur la qualité de son état de santé. Nous nous entendons tous pour dire que les populations du Bangladesh, de Sierra Leone ou de Haïti ont une faible espérance de vie, souffrent de malnutrition et vivent dans des milieux insalubres et terrifiants en plus d'avoir de la difficulté ne serait-ce qu'à essayer de survivre.

Mais en quoi cela nous concerne-t-il au Canada?

Pendant des années, nous nous sommes targués d'avoir reçu des Nations Unies le titre de « meilleur pays où il fait bon vivre ». Nous avons reculé depuis de quelques rangs, mais nous continuons à nous vanter. Nous serions les premiers étonnés d'apprendre que, dans l'ensemble des pays, y compris le Canada, la santé et la maladie suivent le gradient social de santé suivant : plus la situation socioéconomique est faible, plus la santé est mauvaise.

La vérité est que le Canada, le neuvième pays le plus riche au monde, est si bien nanti qu'il arrive à masquer la réalité de la pauvreté, de l'exclusion sociale et de la discrimination, de l'érosion de la qualité de l'emploi et, par contrecoup, les effets dévastateurs de cette réalité sur la santé mentale de la population et le taux de suicide des jeunes. Même si le Canada est l'un des pays présentant les plus importantes dépenses au titre des soins de santé, il affiche l'un des pires rendements pour ce

qui est de fournir un filet de sécurité sociale efficace. À quoi sert-il de traiter les personnes malades pour ensuite les renvoyer vivre dans les conditions mêmes qui les ont rendues malades?

Le présent document, qui se révèle du plus haut intérêt, s'intitule *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Il porte sur nous, qui composons la société canadienne, et sur ce dont nous avons besoin pour mettre un visage et donner une voix aux inégalités, et plus particulièrement aux inégalités sur le plan de la santé, qui existent chez nous. Nous ne pourrions passer à l'action qu'une fois que nous saurons avec clarté ce qui constitue ces problèmes à la fois sérieux et complexes et que nous aurons pu lire sur la manière dont se manifestent ces conditions dans toutes les régions du pays et dans les nombreux sous-groupes formant le Canada.

Un document comme celui-ci, écrit dans un langage clair et qui fait état de tout l'éventail des inégalités existantes au chapitre de la santé, favorisera la prise de conscience et le débat éclairé. J'applaudis sa publication. Après des années de tendance vers l'idéologie de l'individualité, de plus en plus de Canadiens ont envie de renouer avec le concept de la société juste et du sens de la solidarité qui en découle. Le problème des inégalités sur le plan de la santé ne concerne pas seulement les pauvres. Il s'agit d'un enjeu auquel nous devons tous nous intéresser. Cet enjeu porte sur les politiques publiques et les choix politiques et sur notre engagement comme moteurs du changement.

C'est un honneur pour moi de rédiger ce prologue des *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, qui se révèle une belle initiative de notre défenseur de la santé des Canadiens, Dennis Raphael, et de son collègue de Finlande, Juha Mikkonen.

L'honorable. Monique Bégin, CP, MRSC, OC.

Membre de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS

Ancienne ministre de la Santé nationale et du Bien-être social (Canada)

CE QUE L'ON DIT À PROPOS DES RÉALITÉS CANADIENNES

« Il faut sans doute plus que jamais rappeler à la population canadienne ce qui entre le plus en ligne de compte dans la santé. Le document *Les réalités canadiennes* nous rappelle que, plutôt que de nous préoccuper de la pérennité du système de soins de santé, nous devrions d'abord et avant tout nous concentrer sur la manière de maintenir les gens en bonne santé. Il faut commencer par se concentrer sur les déterminants de la santé sous-jacents et créer des chances égales pour tout le monde de vivre en santé, parce que la santé joue un rôle fondamental dans l'avènement d'une société juste et prospère. Félicitations aux auteurs qui continuent de rendre facilement accessible l'information à jour des réalités canadiennes motivant ce message de la plus haute importance. » [Traduction libre]

– Dre Penny Sutcliffe, M. Sc. S., FRCPC, médecin-hygiéniste et directrice générale, Santé publique Sudbury et districts

« Dennis Raphael, Toba Bryant, Juha Mikkonen et Alexander Raphael ont créé le meilleur guide pratique sur les déterminants sociaux de la santé au Canada. Je le consulte assez souvent. Je le considère en effet comme un bon outil de recherche, d'enseignement et de plaidoyer. Je le recommande aussi aux médecins cliniciens, aux étudiants, aux responsables de l'élaboration des politiques, aux journalistes et aux architectes du système de santé. Il permet de changer la donne, car il peut servir de guide clair et fiable pour connaître et comprendre les déterminants sociaux de la santé. C'est LE livre à consulter pour toute personne cherchant à réduire les iniquités de santé au Canada. » [Traduction libre]

– Dr Gary Bloch, médecin de famille, St Michael's Hospital, Toronto; professeur agrégé, Université de Toronto

« La 2^e édition des *Réalités canadiennes* est un document de la plus haute importance. On y présente de manière succincte, mais éloquente la force de l'opposition et de la résistance des responsables des politiques à toute action liée aux déterminants sociaux de la santé. Le Canada est à un tournant en ce qui concerne son refus stratégique néolibéral de reconnaître la réalité de l'exacerbation de l'inégalité de la richesse et de la racisation et de la marginalisation de la pauvreté dans notre pays. Les auteurs des *Réalités canadiennes* mettent en lumière les réalités du crime social et de la violence structurelle pour que tout le monde – particulièrement les détenteurs du pouvoir de gouvernance – se réveille, prenne ses responsabilités et passe à l'action. Ils lancent ni plus ni moins un appel à agir afin de réduire et d'anéantir l'injustice et nomment les bénéficiaires de l'accumulation de la richesse axée sur l'économie de marché et moralement en faillite, la face cachée de l'inégalité grandissante et de ses conséquences en tous points évitables. Les auteurs font la démonstration que d'autres pays réussissent à gérer la répartition de la richesse pour le bien collectif et compassionnel. Nous pouvons y arriver nous aussi. » [Traduction libre]

– Elizabeth McGibbon, Ph. D., professeure, Université St Francis Xavier

CE QUE L'ON DIT À PROPOS DES RÉALITÉS CANADIENNES

« En vertu du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, toute personne détient 'le droit à un niveau de vie suffisant' et 'le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible'. Ce nonobstant, l'urgence d'agir au chapitre des déterminants sociaux de la santé se fait cruellement sentir. Tels de brillants avocats plaidants, Juha Mikkonen et Dennis Raphael ont colligé les preuves dans un seul ouvrage concis, clair et convaincant. L'espoir de faire respecter un droit constituant une norme internationale pour une vie humaine décente semble maintenant à notre portée. Bravo! » [Traduction libre]

– Rob Rainer, directeur administratif, Canada sans pauvreté

« Les réalités canadiennes décrites succinctement dans ce simple petit ouvrage ne sont pas réjouissantes. Qui plus est, au point de convergence où les injustices sociales se transforment en inégalités de santé se trouve le plus triste des messages : les choses vont de mal en pis. Nous venons de traverser trois décennies où l'appât du gain sur les marchés non réglementés a permis (et continue de permettre) à certaines personnes d'accumuler toujours plus de richesse et de pouvoir tout en privant d'autres personnes de leur juste part des ressources dont elles ont besoin pour vivre en santé. Ce document se veut un ouvrage de référence rapide, mais aussi une invitation aux intervenants en santé de joindre leurs voix à celles des activistes du mouvement social ailleurs dans le monde en réclamant pour le bien collectif une partie des ressources usurpées. » [Traduction libre]

– Ronald Labonté, professeur et titulaire de la chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé, Université d'Ottawa

« D'une lucidité et d'une limpidité surprenantes, cette mine d'information amènera les lecteurs à changer leur perception par rapport à la santé. L'ouvrage montre à quel point les conditions sociales et financières d'un individu influent bien plus sur son état de santé que ses habitudes de vie, son profil génétique ou son accès aux soins de santé. Les solutions, nous rappelle-t-on, ne résident pas dans les percées médicales ni même dans les 'choix santé', mais dans l'arène politique : il faut monter aux barricades et obtenir les changements sociaux nécessaires pour que tout le monde ait la possibilité de vivre une vie saine et épanouie. » [Traduction libre]

– Larry Adelman, créateur et chef de production, *Unnatural Causes: Is Inequality Making Us Sick?*

1. INTRODUCTION

Un système de santé – même le meilleur du monde – ne constitue qu’un seul des ingrédients qui déterminera si vous aurez une vie longue ou courte, en bonne ou en mauvaise santé, bien remplie ou vide de sens. [Traduction libre]

– L’honorable Roy Romanow, 2004

Les principaux facteurs ayant une incidence sur la santé de la population canadienne n’ont rien à voir avec les traitements médicaux ou avec les choix de style de vie, mais plutôt avec les conditions de vie et de travail. Ces conditions représentent aujourd’hui ce que nous en sommes venus à appeler les déterminants sociaux de la santé (voir la figure 1.1). Leur importance pour la santé a d’abord été relevée au Canada milieu des années 1800, puis la notion est apparue dans les documents de politique gouvernementale dans le milieu des années 1970. Aujourd’hui, les contributions d’origine canadienne au concept des déterminants sociaux de la santé s’avèrent si vastes que, dans le reste du monde, la communauté de la santé considère le Canada comme une grande force motrice en matière de promotion de la santé. De récents rapports de l’administratrice en chef de la santé publique du Canada et d’autres documents produits par le Sénat du Canada, l’Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada continuent de documenter l’importance des déterminants sociaux de la santé.

Ce corpus de connaissances repose sur des décennies de recherche et des centaines d’études réalisées au Canada et ailleurs dans le monde. Il s’en dégage cependant un tableau que la majorité des gens au Canada connaissent peu. En effet, la plupart des gens commencent à peine à prendre conscience que leur santé dépend de la répartition du revenu et de la richesse, du fait d’occuper un emploi ou non et, le cas échéant, de leurs conditions de travail. Leur accès à des services sociaux et de santé, à une éducation, à une nourriture et à un logement de qualité joue également un rôle dans leur bien-être. Contrairement au postulat voulant que la population canadienne ait un pouvoir sur ces facteurs, les conditions de vie et de travail, pour le meilleur ou pour le pire, sont souvent fonction de la qualité des collectivités, des conditions de logement, du milieu de travail, des agences de santé et de services



sociaux et des établissements scolaires – une qualité qui nous est imposée. La crise de la COVID-19 est venue mettre ces questions au premier plan, car les personnes déjà défavorisées ne sont pas seulement les plus à risque de contracter la maladie et d’y succomber, mais aussi celles qui portent le poids de ses conséquences économiques dévastatrices.

Les études révèlent que le caractère qualitatif des déterminants sociaux de la santé aide à expliquer les grandes inégalités observées dans l’état de santé des individus au Canada. L’espérance de vie et le risque de souffrir de cardiopathie, de diabète de type 2, de maladie respiratoire ou de nombreux autres problèmes de santé dépendent largement des conditions de vie et de travail. Il en va de même pour les enfants du pays : les différences notées relativement à la chance de survie au-delà du premier anniversaire et à la vulnérabilité aux maux de l’enfance associés par exemple à l’asthme et aux blessures ou, encore, à risque de prendre du retard à l’école dépendent inéluctablement de la situation de chaque enfant par rapport aux déterminants sociaux de la santé.

Les études montrent également que la qualité des conditions de vie qui influent sur la santé résulte dans une large mesure des décisions prises par les gouvernements dans une foule de domaines d’intérêt public.

Les gouvernements municipaux, provinciaux, territoriaux et fédéral mettent en place des politiques, des lois et des règlements ayant une incidence sur le niveau de revenu de la population canadienne.

Pensons à la rémunération, aux prestations familiales ou à l'aide sociale, à la disponibilité des logements abordables et de qualité, des services sociaux et de santé et des activités récréatives, voire même aux répercussions de la perte d'emplois en période de ralentissement économique.

Ces facteurs expliquent en outre très bien la situation de la santé globale au Canada comparativement à celle observée ailleurs dans le monde. La population canadienne jouit en général d'une meilleure santé que sa voisine américaine. Elle fait toutefois moins bonne figure en comparaison avec d'autres pays ayant mis en place des politiques gouvernementales destinées à améliorer le caractère qualitatif et à assurer une répartition plus équitable des déterminants sociaux de la santé. En effet, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que les expériences de vie nuisibles à la santé s'avèrent le résultat « d'une combinaison toxique de politiques et de programmes sociaux inadéquats, d'ententes économiques préjudiciables et de mauvaises politiques » [traduction libre].

Malgré la situation, les gouvernements et les responsables des politiques ne font pas beaucoup d'efforts pour améliorer le caractère qualitatif et l'équité dans la répartition des déterminants sociaux de la santé en intervenant dans les politiques publiques. Le Canada se compare mal aux autres pays riches pour ce qui est de soutenir sa population tout au long du parcours de vie. Les inégalités de revenu tendent à augmenter et le taux de pauvreté figure parmi les plus élevés des pays riches. Au Canada, les fonds alloués au soutien aux familles, aux personnes handicapées, aux aînés et à la formation professionnelle se révèlent parmi les plus bas, toujours en comparaison avec les autres pays riches.

La deuxième édition du document *Les déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes* offre à la population du Canada une introduction à jour aux déterminants sociaux de la santé. La première partie porte sur la mesure dans laquelle les conditions de vie « laissent leur empreinte dans l'organisme » soit en favorisant la santé, soit en causant la maladie.

Dans la seconde partie, un chapitre distinct est consacré à chacun des 17 déterminants sociaux de la santé en traitant des questions suivantes :

1. Quelle est son importance par rapport à la santé?
2. Comment le Canada se compare-t-il aux autres pays riches?
3. Quels moyens serait-il possible de mettre en place pour en améliorer le caractère qualitatif?

Les principales sources sont citées pour chaque déterminant social de la santé. La dernière partie porte sur les mesures pouvant être prises au Canada pour améliorer le caractère qualitatif et assurer une répartition plus équitable des déterminants sociaux de la santé. L'épilogue traite de ces concepts dans le contexte de l'État-providence.

La deuxième édition du document *Les déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes* se veut un complément à deux autres sources d'information sur le sujet. La première, soit la troisième édition de l'ouvrage *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (2016), consiste en une compilation exhaustive d'analyses réalisées par des universitaires éminents et d'autres sommités sur l'état des déterminants sociaux de la santé au Canada. L'autre source est la deuxième édition de l'ouvrage *About Canada: Health and Illness* (2016), qui traite des mêmes données, mais dans un format et un langage plus synthétisé et plus accessible pour le grand public.

Il est possible d'améliorer la santé des individus au Canada. Il revient toutefois à chaque personne de réfléchir sur la question et sur les déterminants d'une manière plus rigoureuse que par le passé. La deuxième édition de l'ouvrage *Les déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes* a pour objet d'encourager les recherches, les activités de plaidoyer et le débat public au sujet des déterminants sociaux de la santé et des mesures à mettre en place pour en améliorer le caractère qualitatif et en rendre la répartition plus équitable.

Les auteurs

Principales sources

Bryant, T. (2016). *Health Policy in Canada, 2nd edition*. Canadian Scholars' Press.

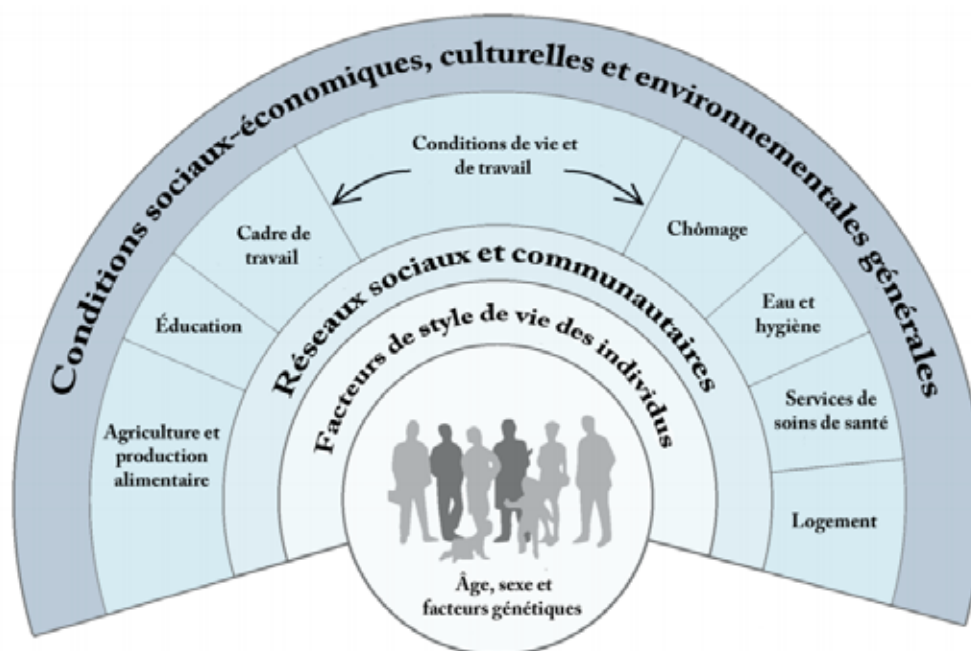
Bryant, T., et Raphael, D. (2020). *The Politics of Health in the Canadian Welfare State*. Toronto: Canadian Scholars' Press.

Raphael, D. (2016). *About Canada: Health and Illness, 2nd edition*. Fernwood Publishers.

Raphael, D. (dir.). (2016). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition*. Canadian Scholars' Press.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). *Comblent le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. OMS.

Figure 1.1 Un modèle des déterminants de la santé



La figure présente un modèle de l'influence des déterminants de la santé qui permet de voir comment les divers facteurs d'influence sur la santé s'imbriquent dans de plus larges sphères de la société.

Source : Dahlgren, G. et M. Whitehead. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm : Institute for Futures Studies.

Figure 1.2 Déterminants sociaux de la santé

Parmi les nombreux modèles des déterminants sociaux de la santé, signalons que celui créé en 2002 lors d'un congrès tenu à l'Université York à Toronto s'est révélé particulièrement utile pour comprendre les raisons pour lesquelles certaines personnes se portent mieux que d'autres au Canada. Les 17 déterminants sociaux de la santé énoncés dans ce modèle sont les suivants :

- handicap
- développement du jeune enfant
- éducation
- emploi et conditions de travail
- insécurité alimentaire
- genre
- géographie
- mondialisation
- services de santé
- logement
- immigration
- revenu et répartition du revenu
- ascendance autochtone
- race
- exclusion sociale
- filet de sécurité sociale
- chômage et sécurité d'emploi

Les études montrent que chacun de ces déterminants sociaux de la santé influe de façon notable sur la santé de la population canadienne. Ces effets se révèlent en fait beaucoup plus prononcés que ceux associés aux habitudes de vie, comme le régime alimentaire, l'activité physique, voire même le tabagisme et la consommation excessive d'alcool.

Source: Raphael, D. (dir.). (2016). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition*. Canadian Scholars' Press.

2. STRESS, CORPS ET MALADIE

Chacun sait qu'un stress continu ou plutôt les réactions en découlant ont des effets délétères sur de nombreux systèmes biologiques et engendrent un certain nombre de maladies. [Traduction libre]

– Robert Evans, 1994

Pourquoi est-ce important ?

De mauvaises conditions de vie et de travail entraînent par la force des choses une défavorisation matérielle et sociale nocive pour la santé, ainsi qu'un haut niveau de stress physiologique et psychologique. Cela découle du fait de devoir composer avec des situations de faible revenu, de piètre qualité du logement, d'insécurité alimentaire, de conditions de travail inadéquates, de précarité d'emploi et de diverses formes de discrimination fondée sur l'ascendance autochtone, le handicap, le genre, le statut d'immigrant et la race. L'absence de relations positives, l'isolement social et la méfiance des autres, conjugués à la défavorisation matérielle et sociale, augmentent le stress encore plus.

Sur le plan physiologique, un stress chronique suscite des réactions biologiques prolongées qui drainent le corps physique. Devant les situations stressantes et les menaces continues, la réaction en est une « soit de lutte ou soit de fuite ». La réponse provoque un stress chronique sur le corps si la personne ne dispose pas d'occasions suffisantes pour se ressourcer dans le calme. Les données probantes révèlent sans ambiguïté qu'un stress chronique – ou une charge allostatique – vécu dès l'enfance affaiblit la résistance aux maladies et perturbe le fonctionnement des systèmes hormonal, métabolique et immunitaire. Les tensions physiologiques engendrées par le stress rendent plus vulnérable à bien des maladies graves, y compris les maladies cardiovasculaires, respiratoires et auto-immunes, le diabète de type 2 et ainsi de suite.

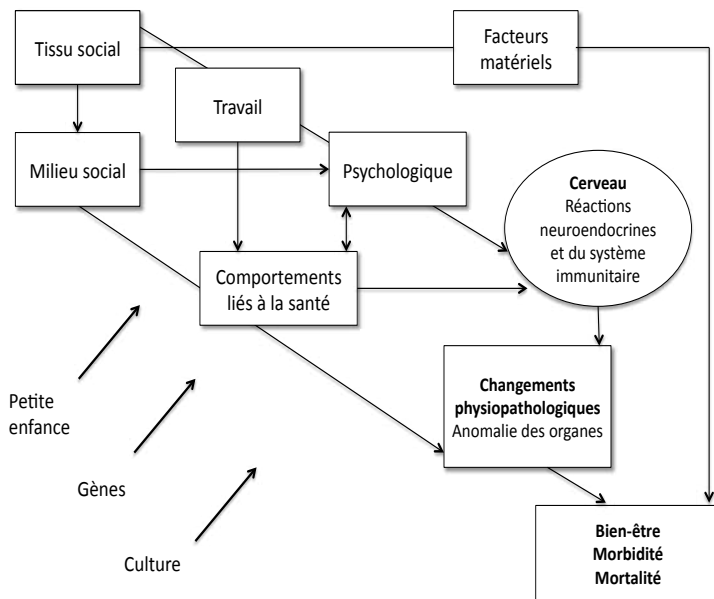
Sur le plan psychologique, des conditions de vie médiocres et stressantes entraînent un constant sentiment de honte, d'insécurité et de dévalorisation. Le quotidien semble souvent imprévisible,



ingouvernable et dénué de sens. L'incertitude quant à l'avenir nourrit l'angoisse et le désespoir qui mènent à l'épuisement et qui réduisent la capacité de venir à bout du quotidien. Les personnes vivant un degré de stress élevé tentent souvent d'alléger la tension en adoptant des habitudes nuisibles à la santé comme la consommation excessive d'alcool, l'usage du tabac et l'hyperphagie (l'ingestion excessive d'aliments). De telles habitudes sont généralement considérées comme malsaines, mais elles se révèlent efficaces comme moyen d'évacuation temporaire. Il y aurait donc lieu de les considérer comme des mécanismes d'adaptation à des conditions de vie médiocres même si elles aggravent la situation à plus long terme. Ainsi, les mauvaises conditions de vie s'avèrent des causes profondes de la maladie dont les effets suivent divers parcours menant tout droit à la maladie.

Les conditions de vie stressantes gênent l'adoption d'activités récréatives physiques ou de saines habitudes alimentaires, parce que l'énergie va presque entièrement à la survie au quotidien. La consommation de drogue, sous ordonnance ou dans l'illégalité, soulage les symptômes du stress. Les programmes liés aux modes de vie sains et qui s'adressent aux personnes à risque ne se révèlent pas très efficaces pour améliorer l'état de santé et la qualité de vie. Bien souvent, ni les programmes d'activité physique individuelle ni les programmes d'alimentation saine ne tiennent compte des déterminants sociaux de la santé ayant un lien direct avec la plupart des maladies graves. Ils peuvent donc venir exacerber les iniquités de santé, parce qu'ils sont plus susceptibles d'attirer les personnes les moins à risque.

Figure 2.1 Déterminants sociaux de la santé et voies vers la santé et la maladie



Source: Brunner, E., et Marmot, M. G. (2006). 'Social Organization, Stress, and Health.' dans M. G. Marmot et R. G. Wilkinson (dir.), *Social Determinants of Health* (figure 2.2, p. 9). Oxford University Press.

La figure 2.1 montre à quel point l'organisation de la société influe sur les conditions de vie et de travail qui influencent à leur tour la santé de chaque personne. Ces processus opèrent suivant un vecteur agissant à la fois sur les plans matériel, psychologique et comportemental. À chaque étape de la vie, la génétique, l'expérience vécue durant la petite enfance et les facteurs culturels influencent aussi fortement l'état de santé.

Incidence sur les politiques

- Pour promouvoir la santé et réduire la maladie, il faut se concentrer sur la source des problèmes, plutôt que sur les symptômes. Ainsi, la meilleure façon d'améliorer la santé est d'améliorer les conditions de vie et de travail des gens, ce qui aura pour effet de réduire la défavorisation matérielle et sociale et le stress psychologique responsables de la maladie.
- Les représentants élus et les décisionnaires du Canada doivent s'engager à instaurer des politiques publiques destinées à assurer le caractère qualitatif et la répartition plus équitable des déterminants sociaux de la santé à l'échelle du pays. Cela implique de s'attaquer aux causes profondes des mauvais résultats de santé, c'est-à-dire les conditions de vie et de travail problématiques qui : a) menacent directement la santé; b) engendrent un stress qui use le corps; et c) entraînent l'adoption d'habitudes délétères pour la santé.

Principales sources

Brunner, E. et Marmot, M. G. (2006). Social organization, stress, and health. Dans Marmot M. G. & Wilkinson, R. G. (dir.). (2006). *Social Determinants of Health, 2nd edition* (pp. 6-30). Oxford University Press.

Danese, A. & McEwen, B.S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106, 29-39.

Link, B.G. & Phelan J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, (numéro spécial), 80-94.

Raphael, D. (2016). Social structure, living conditions, and health. Dans Raphael, D. (dir.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (pp. 32-58). Canadian Scholars' Press.

3. REVENU ET RÉPARTITION DU REVENU

Les chercheurs en santé ont démontré le lien indiscutable de cause à effet entre le revenu et le statut socioéconomique et la santé, tant et si bien que la longévité et l'état de santé s'améliorent à mesure que l'on monte dans l'échelle salariale.

– Andrew Jackson et Govind Rao, 2016

Pourquoi est-ce important?

Le revenu s'avère sans doute le plus important des déterminants sociaux de la santé. Le niveau de revenu détermine les conditions de vie générales qui influent sur le fonctionnement physiologique et psychologique et le choix des habitudes liées à la santé, comme la qualité du régime alimentaire, le degré d'activité physique, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. Au Canada, le niveau de revenu détermine en outre le caractère qualitatif d'autres déterminants sociaux de la santé, comme la sécurité alimentaire, le logement, l'éducation, le développement du jeune enfant et les autres conditions de base pour vivre en santé.

Le rapport entre le revenu et la santé peut s'étudier de deux manières. Il est possible, dans un premier temps, d'analyser le lien entre l'état de santé et le revenu net que gagne un individu ou une famille. Il est possible, dans un deuxième temps, d'examiner la répartition du revenu dans la population, et le rapport entre cette répartition et la santé globale des individus. Il a été démontré qu'une répartition plus équitable du revenu constitue l'un des meilleurs indices de l'état de santé général d'une société. Le revenu joue un rôle particulièrement important dans les sociétés où les services et les programmes de prestations ne constituent pas toujours un droit en soi. Au Canada, on subventionne à même les recettes de l'administration publique générale l'éducation publique jusqu'à la fin du secondaire, les procédures médicales de base et les bibliothèques. Cependant, il en revient à chaque individu de prévoir et de payer ses services de garde d'enfants, son logement, son éducation postsecondaire, sa formation à l'emploi, ses activités récréatives, ses médicaments d'ordonnance, ses soins dentaires et son fonds de retraite. Par contre, un bon nombre de



pays riches prennent en charge ce genre de prestations et de services à titre de droits civiques.

Un faible revenu mène à la défavorisation matérielle et sociale. Plus leur situation de défavorisation est grande, moins les ménages ont les moyens de s'offrir les conditions de base pour vivre en santé, comme les aliments, les vêtements et le logement. La défavorisation concourt également à l'exclusion sociale parce qu'elle empêche de participer aux activités culturelles, éducationnelles et récréatives. À long terme, la défavorisation sociale et matérielle et l'exclusion sociale en découlant influent sur l'état de santé et diminuent la capacité de vivre une vie bien remplie sans problème de santé. Disposer d'un revenu si faible qu'il faille vivre dans la pauvreté est particulièrement délétère pour la santé.

Les recherches révèlent par ailleurs que les hommes habitant les quartiers du quintile le plus riche du Canada vivent en moyenne cinq ans de plus que les hommes habitant les quartiers du quintile le plus pauvre (voir la figure 3.1). La différence comparative pour les femmes s'établit à plus de deux ans. Le taux de suicide dans les quartiers où habitent les ménages ayant les revenus les plus faibles est presque deux fois plus élevé que celui des quartiers les plus riches. En plus, une foule d'études montrent que la cardiopathie, le diabète de type 2 et les maladies respiratoires sont beaucoup plus fréquents chez les individus à faible revenu au Canada. Le taux de mortalité infantile dans les quartiers du quintile le plus pauvre du Canada est 46 pour cent plus élevé que dans les quartiers du quintile le plus riche.

D'après une étude canadienne menée auprès d'individus durant une longue période, il appert que les hommes du quintile de revenu le plus pauvre présentent un taux de mortalité 67 pour cent plus élevé que les hommes du quintile de revenu le plus riche. Chez les femmes, la proportion atteint 52 pour cent. Si le taux de mortalité de l'ensemble de la population canadienne était similaire à celui des personnes du quintile de revenu le plus riche au Canada, on verrait une diminution de 19 pour cent des décès chez les hommes et de 17 pour cent chez les femmes annuellement. Ces pourcentages représentent 40 000 décès de moins chaque année, soit 25 000 de moins chez les hommes et 15 000 de moins chez les femmes. On constate ces différences de revenus associées à l'état de santé sur tout le gradient de revenu allant des plus riches aux plus pauvres.

L'inégalité de revenu au Canada se situe audessus de la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (voir la figure 3.2). Par voie de conséquence, entre 1980 et 2015, la proportion de 60 pour cent des familles canadiennes ayant les revenus les moins élevés a vu son revenu marchand en dollars constants augmenter de manière très négligeable, alors que le cinquième des familles les plus riches du pays s'est très bien tiré d'affaire. Après impôt et transferts gouvernementaux, le portrait s'améliore légèrement, car on note une petite augmentation du revenu marchand en dollars constants pour les 60 pour cent de familles canadiennes ayant les revenus les moins élevés, mais dans une mesure bien moindre que celle constatée pour le cinquième des familles les plus riches du pays.

La progression de l'inégalité de revenu au Canada a également entraîné le rétrécissement de la classe moyenne. En effet, entre 1980 et 2015, on a observé une forte hausse du pourcentage des familles ou bien pauvres ou bien très riches au cours de la même période. Le pourcentage des familles ayant un revenu moyen a baissé, pendant que celui des tranches de la population très riches et très pauvres s'est accru. Il y a de bonnes raisons de croire que la tendance continue de s'accroître.

La progression de l'inégalité de la richesse au Canada se révèle encore plus troublante. La richesse constitue sans doute un meilleur indicateur de l'effet à long terme sur l'état de santé. Il s'agit

effectivement d'une meilleure mesure de la sécurité financière que le revenu. En 2019, la tranche de 20 pour cent de la population la plus pauvre avait accumulé une dette de 500 dollars. La valeur patrimoniale de la tranche de 20 pour cent des familles les plus riches du pays atteignait par contre cette année-là 2 480 300 dollars. Près de la moitié des ménages canadiens (47 %) déclarent qu'ils se retrouveraient en difficulté financière si leur chèque de paie était en retard d'une semaine.

Incidence sur les politiques

- On commence à s'entendre pour dire que l'inégalité de revenu constitue en matière de politique de la santé un enjeu de taille sur lequel doivent se pencher les gouvernements et les responsables des politiques.
- Une augmentation du salaire minimum afin de l'amener à parité avec le salaire de subsistance ainsi qu'un élargissement de l'aide sociale pour les personnes incapables de travailler auraient des bienfaits immédiats pour la santé des plus démunis au Canada.
- La diminution de l'inégalité de revenu et de richesse grâce à un impôt progressif qui sert ensuite à instaurer des programmes et des services universels compte parmi les meilleurs moyens d'améliorer la santé d'une population.
- La multiplication de milieux de travail syndiqués aurait pour effet de réduire les inégalités de revenu et de richesse au Canada et, par voie de conséquence, d'améliorer l'état de santé de la population. La syndicalisation favorise l'établissement d'un plafond quant aux profits qui seraient réalisables au détriment de la santé et du bien-être du personnel.

Principales sources

Auger, N. et Alix, C. (2016). Income, income distribution, and health in Canada. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 90-109). Canadian Scholars' Press.

Presse canadienne. (2017). *Almost half of Canadian employees living paycheck to paycheck, survey indicates*. Auteur. <https://www.cbc.ca/news/business/payroll-salary-survey-1.4276782>

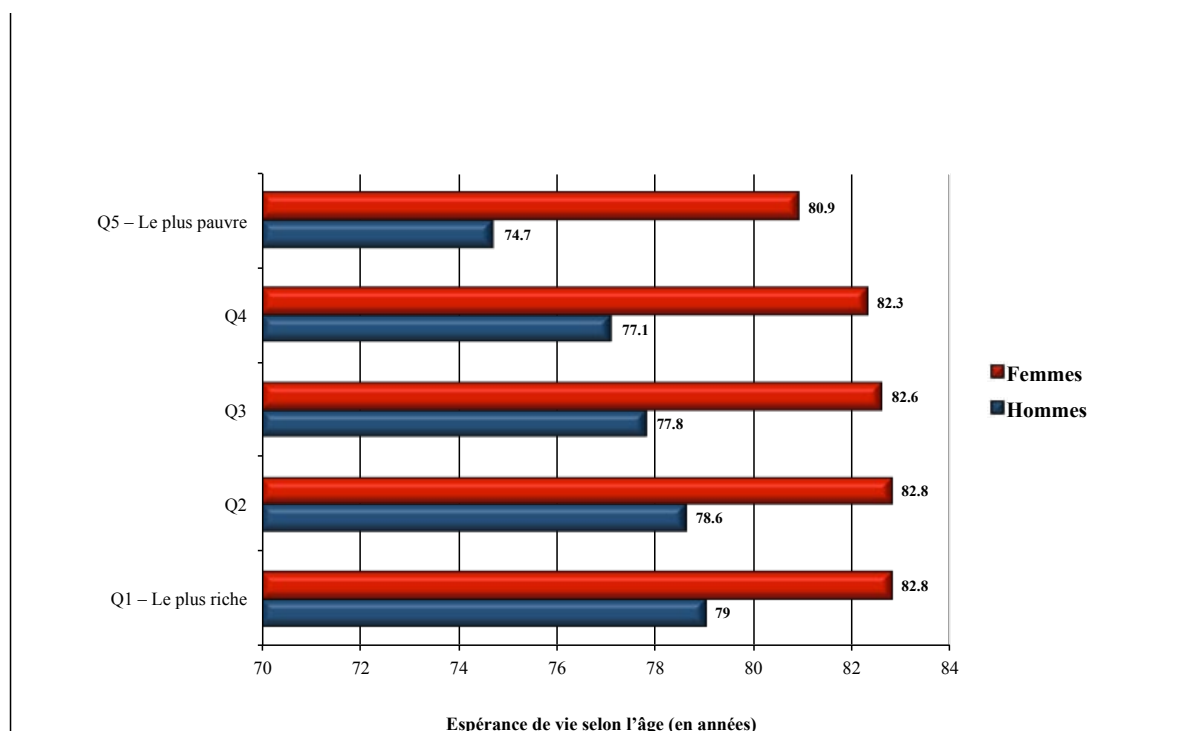
Curry-Stevens, A. (2016). Precarious changes: A generational exploration. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 60-89). Canadian Scholars' Press.

Agence de la santé publique du Canada et Réseau pancanadien de santé publique. (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national*. Auteur.

Statistique Canada. (2019). Enquête sur la sécurité financière (ESF), *Actifs et dettes selon les quintiles d'avoir net, Canada, provinces et certaines régions métropolitaines de recensement (RMR)*. Auteur. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1110004901&request_locale=fr

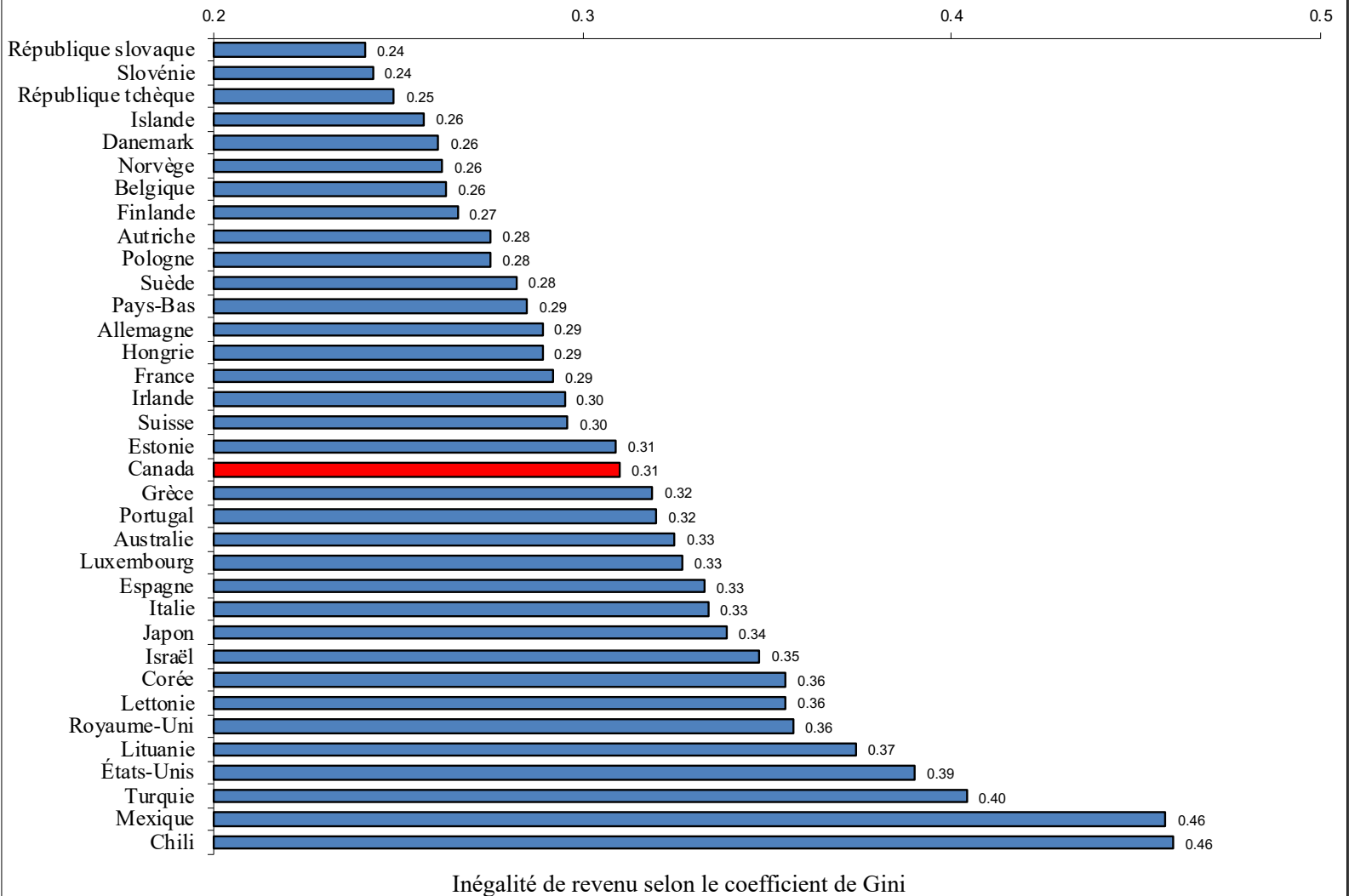
Tjepkema, M., Wilkins, R. et Long, A. (2013). Mortalité par cause selon la suffisance du revenu au Canada : une étude de suivi sur 16 ans. *Rapports sur la santé*, 24(7), p. 14-22.

Figure 3.1 Espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes, selon le quintile de revenu, Canada, 2009-2011



Source: Agence de la santé publique du Canada et Réseau pancanadien de santé publique. (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national* (p. 72). Auteur.

Figure 3.2 Inégalité de revenu, pays de l'OCDE, 2019



Remarque : Les pays sont répartis de gauche à droite selon un ordre croissant du coefficient de Gini. Le concept de revenu utilisé est celui du revenu disponible des ménages, en argent comptant, ajusté selon la taille du ménage.

Source : Organisation de coopération et de développement économiques. (2020). *Inégalité du revenu*. OCDE. <https://data.oecd.org/fr/inequality/inegalite-de-revenu.htm#indicator-chart>

4. ÉDUCATION

Dans l'ensemble, le Canada fait bonne figure dans les évaluations nationales et internationales. On note cependant d'une population et d'une région à l'autre des disparités qui ne semblent pas s'amenuiser avec le temps. [Traduction libre]

– Charles Ungerleider et Tracey Burns, 2016

Pourquoi est-ce important?

L'éducation est un important déterminant social de la santé. Les personnes ayant un niveau de scolarité élevé jouissent habituellement d'une meilleure santé que le reste de la population. Un niveau de scolarité élevé aide à bien des égards à vivre en meilleure santé. En premier lieu, le fort taux d'alphabétisation atteint au Canada influe directement sur d'autres déterminants sociaux de la santé comme le niveau de revenu, la sécurité d'emploi et les conditions de travail. Dans cette perspective, il aide les gens à grimper dans l'échelle socioéconomique et à avoir un meilleur accès à des ressources sociales et financières.

Le fort taux d'alphabétisation enregistré au Canada permet ensuite d'apporter plus facilement des changements de taille dans le marché du travail au pays. Les personnes ayant atteint un niveau de scolarité élevé sont mieux à même de tirer profit des nouvelles possibilités de formation si leur situation d'emploi change abruptement. Elles sont plus susceptibles de s'engager dans des activités communautaires et le processus politique. Bref, elles acquièrent une meilleure compréhension du monde, et elles sont mieux outillées pour reconnaître et influencer les facteurs sociaux qui agissent sur leur propre santé.

Enfin, les individus ayant un niveau de scolarité élevé développent les compétences générales en littératie et la capacité de comprendre les choix à faire pour promouvoir leur propre santé. En restant plus longtemps sur les bancs d'école, ils acquerront les connaissances plus fines nécessaires pour analyser la mesure dans laquelle leurs habitudes de vie auront des effets positifs ou négatifs pour leur santé. Ils posséderont de meilleures habiletés et de meilleurs outils pour choisir un style de vie plus sain.



Il importe par ailleurs de rappeler qu'un faible niveau de scolarité ne constitue pas en soi le principal facteur à attribuer à la mauvaise santé. L'association entre le niveau de scolarité et la santé dépend des politiques publiques. Par exemple, si tout le monde disposait d'un revenu suffisant et de services essentiels, comme les services de garde d'enfants et la formation à l'emploi, les effets délétères d'un plus faible niveau de scolarité en seraient amoindris. En outre, la corrélation entre le niveau de scolarité des parents et le rendement scolaire de leurs enfants s'atténue lorsque les déterminants sociaux de la santé sont répartis plus équitablement, favorisant ainsi une plus grande mobilité intergénérationnelle.

Par comparaison aux autres pays du monde, le système d'éducation au Canada se porte bien (voir la figure 4.1). Le pays est l'un des rares pays riches où les enfants nouveaux arrivants et les enfants d'immigrants réussissent aussi bien à l'école que les enfants nés au Canada de parents de souche. Quelque 53 pour cent des gens ont fait des études postsecondaires. Cela dit, il est troublant de voir les enfants dont les parents n'ont pas fait d'études postsecondaires se comparer défavorablement aux enfants dont les parents sont plus scolarisés.

Certains s'entendent pour dire que la relation entre le rendement scolaire des enfants et le niveau de scolarité de leurs parents s'estomperait s'il y avait au Canada des programmes d'apprentissage précoce d'une qualité supérieure et à un coût abordable. Cette lacune a une incidence considérable sur le développement intellectuel et affectif d'un grand nombre d'enfants.

Pour les enfants de familles à faible revenu, les frais de scolarité élevés déterminent la possibilité de faire ou non des études collégiales ou universitaires. Dans les pays scandinaves où les études postsecondaires sont gratuites, la corrélation entre les antécédents familiaux et le niveau de scolarité n'est pas aussi nette qu'au Canada. Sur le plan des compétences linguistiques et mathématiques, le taux de réussite scolaire des enfants suédois dont les parents n'ont pas terminé leurs études secondaires est habituellement meilleur que pour les enfants d'autres pays, dont le Canada, dont les parents ont fait des études postsecondaires.

Incidence sur les politiques

- Les élus doivent personnellement s'engager à financer adéquatement le système d'éducation au Canada de manière à ce que les établissements d'enseignement puissent offrir à la population scolaire des programmes d'études de qualité.
- Un service de garde universel et de bonne qualité aiderait à diminuer le lien de cause à effet entre le niveau de scolarité des enfants et celui des parents, ce qui aurait une incidence bénéfique sur la santé.
- Il faudrait mieux gérer, réduire ou éliminer les droits de scolarité aux niveaux collégial et universitaire afin d'assurer que ces frais n'empêchent pas les enfants vivant dans un ménage à faible revenu de poursuivre des études supérieures.

Principales sources

Frenette, M. (2017). *Inscription aux études postsecondaires selon le revenu parental : tendances nationales et provinciales récentes*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-626-x/11-626-x2017070-fra.htm>

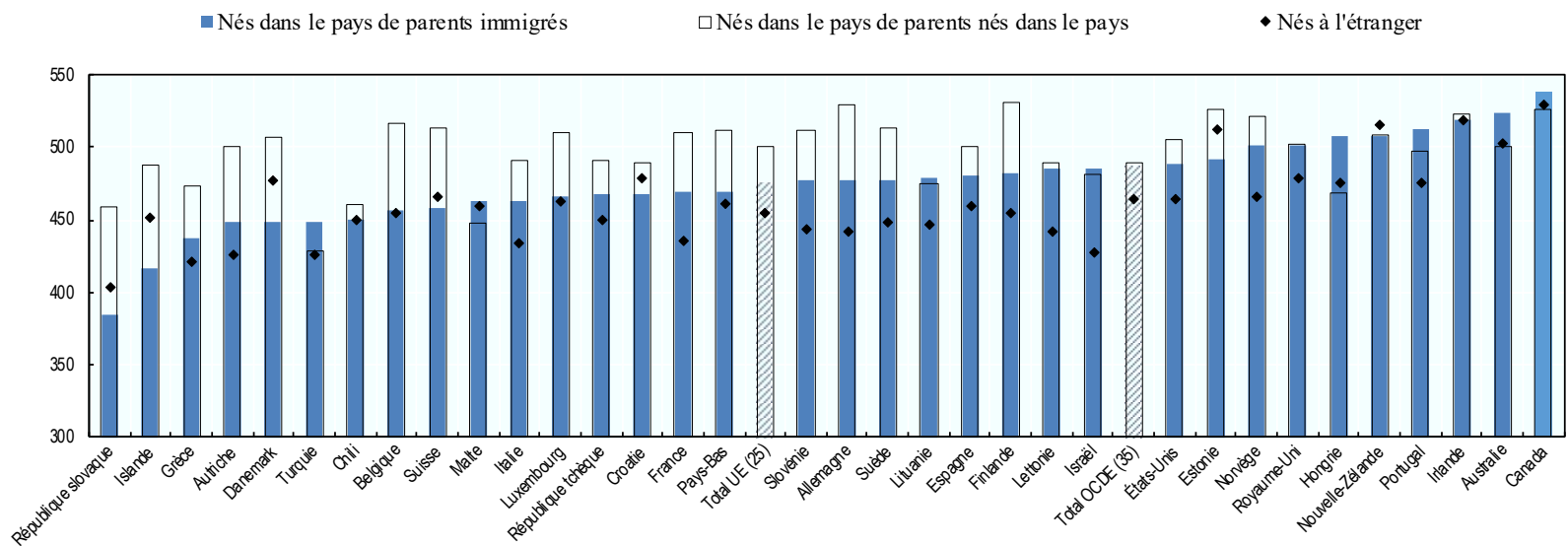
Organisation de coopération et de développement économiques/Union européenne. (2018). *Trouver ses marques 2018 : Les indicateurs de l'intégration des immigrants*. OCDE/UE. <https://www.oecd.org/fr/publications/trouver-ses-marques-2018-9789264309234-fr.htm>

Raphael, D. (2016). Key immigration issues in developed nations. Dans D. Raphael (dir.), *Immigration, Public Policy, and Health: Newcomer Experiences in Developed Nations* (pp. 317-334). Canadian Scholars' Press.

Ronson, B. & Rootman, I. (2016). Literacy and health literacy: New understandings about their impact on health. Dans D. Raphael (dir.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (pp. 261-290). Canadian Scholars' Press.

Ungerleider, C. & Burns, T. (2016). The state and quality of Canadian public elementary and secondary education. Dans D. Raphael (dir.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (pp. 240-260). Canadian Scholars' Press.

Figure 4.1 Score PISA mooyen en lecture des élèves de 15 ans selon divers parcours migratoires, pays membres de l'OCDE, 2015



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. (2019). *Trouver ses marques 2018 : principaux indicateurs sur l'intégration des immigrés*. OCDE.

5. CHÔMAGE ET SÉCURITÉ D'EMPLOI

Les travailleurs sont non seulement plus incertains de pouvoir conserver leur emploi actuel, mais tout aussi incertains de pouvoir trouver un autre emploi qui répondra à leurs besoins. [Traduction libre]

– Emile Tompa, Michael Polanyi, et Janice Foley, 2016

Pourquoi est-ce important?

Un emploi donne un revenu et un sentiment d'identité, et il facilite l'organisation de la vie quotidienne. Le chômage mène invariablement à la défavorisation matérielle et sociale, au stress psychologique et à l'adoption d'habitudes compensatoires nuisibles à la santé. On l'associe à des problèmes de santé physique et mentale telles la dépression et l'anxiété et à un taux de suicide plus élevé. L'insécurité d'emploi engendre l'épuisement (surmenage), des troubles mentaux et psychologiques, une mauvaise auto-évaluation de sa santé et diverses plaintes somatiques.

Au cours des dernières décennies, l'insécurité d'emploi a pris de l'ampleur au Canada (voir la figure 5.1). À l'heure actuelle, moins des deux tiers de la population active du pays occupent un poste permanent à temps plein. Seulement la moitié exerce un seul travail à temps plein depuis plus de six mois. Parmi les catégories d'emploi précaire au Canada, mentionnons : le travail à temps partiel (20,3 % de la population active); le travail autonome (15,3 %) et le travail temporaire (11,3 %). L'OCDE mesure à l'aide d'un indicateur le degré de protection de l'emploi. L'indicateur tient compte des règles et des règlements en vigueur dans les pays pour protéger l'emploi et garantir des avantages sociaux aux travailleurs temporaires. Le Canada fait très mauvaise figure à ce chapitre, arrivant au 35^e rang parmi les 37 pays membres (voir la figure 5.2).

On associe le travail à temps partiel à une plus grande insécurité de revenu et d'emploi : le pourcentage d'hommes dont le poste à temps partiel constitue le principal emploi est en hausse, alors que celui des femmes tend à diminuer. Les études



montrent que ces tendances correspondent à une vie au travail plus intense, à un affaiblissement de la sécurité d'emploi et à une dualisation de la société en raison de l'écart de revenu entre les riches et les pauvres.

La corrélation entre le chômage et une santé déficiente est incontestable. En premier lieu, le chômage entraîne souvent la défavorisation matérielle et la pauvreté, en raison de la diminution du revenu et de la disparition des avantages sociaux qu'assurait auparavant l'employeur. La perte d'un emploi constitue aussi un événement stressant susceptible de briser l'estime de soi, de perturber la routine journalière et de faire naître l'anxiété. Le chômage entraîne en plus une plus forte tendance à adopter des habitudes compensatoires malsaines, comme le tabagisme et l'alcoolisme.

L'insécurité d'emploi correspond généralement à du travail intense et à des heures de travail atypiques. On associe souvent le travail intense à une augmentation du taux de stress, des maux physiques et du risque de blessures. Un nombre excessif d'heures de travail augmente la probabilité de voir apparaître des problèmes physiologiques et psychologiques, tels que l'insomnie, la haute pression et la cardiopathie. L'insécurité d'emploi influe ainsi de manière négative sur les relations personnelles, l'efficacité parentale et le comportement des enfants.

Les femmes s'avèrent surreprésentées dans les catégories d'emploi précaire. En 2018 au Canada, 14 pour cent des travailleuses occupaient un poste temporaire, comparativement à 12,8 pour cent

des hommes. En outre, 6 pour cent des femmes et 3,8 pour cent des hommes au pays travaillaient à temps partiel, non pas par choix. Parmi 32 pays de l'OCDE pour lesquels les données sont disponibles, le Canada arrive au 12^e rang pour ce qui est de la proportion des emplois qui sont temporaires au pays. Enfin, les femmes, les jeunes, les aînés et les travailleurs sans diplôme d'études post-secondaires sont les plus susceptibles de travailler à temps partiel ou d'occuper un poste temporaire.

Incidence sur les politiques

- Il faut donner aux organes nationaux et internationaux un mandat statutaire par lequel ils devront prendre les arrangements nécessaires pour garantir des normes d'emploi de base et un emploi pour l'ensemble de la population active.
- Il importe de réduire l'écart de pouvoir entre les employeurs et leur personnel en promulguant des lois plus strictes pour régir l'équité en matière de recrutement, de rémunération, de formation et de cheminement de carrière.
- On doit donner à la population canadienne au chômage l'accès à un revenu adéquat, à de la formation et à des occasions d'emploi en rehaussant l'aide gouvernementale.
- Les travailleurs, les employeurs, les fonctionnaires et les chercheurs auraient avantage à redéfinir ce qui constitue un travail sain et productif.
- Il importe de poursuivre la recherche en matière de politique afin de soutenir le processus décisionnel du gouvernement et d'actualiser le concept de la sécurité d'emploi au Canada.

Principales sources

De Witte, H., Pienaar, J. et De Cuyper, N. (2016). Review of 30 years of longitudinal studies on the association between job insecurity and health and well-being: Is there causal evidence? *Australian Psychologist*, 51, 18-31.

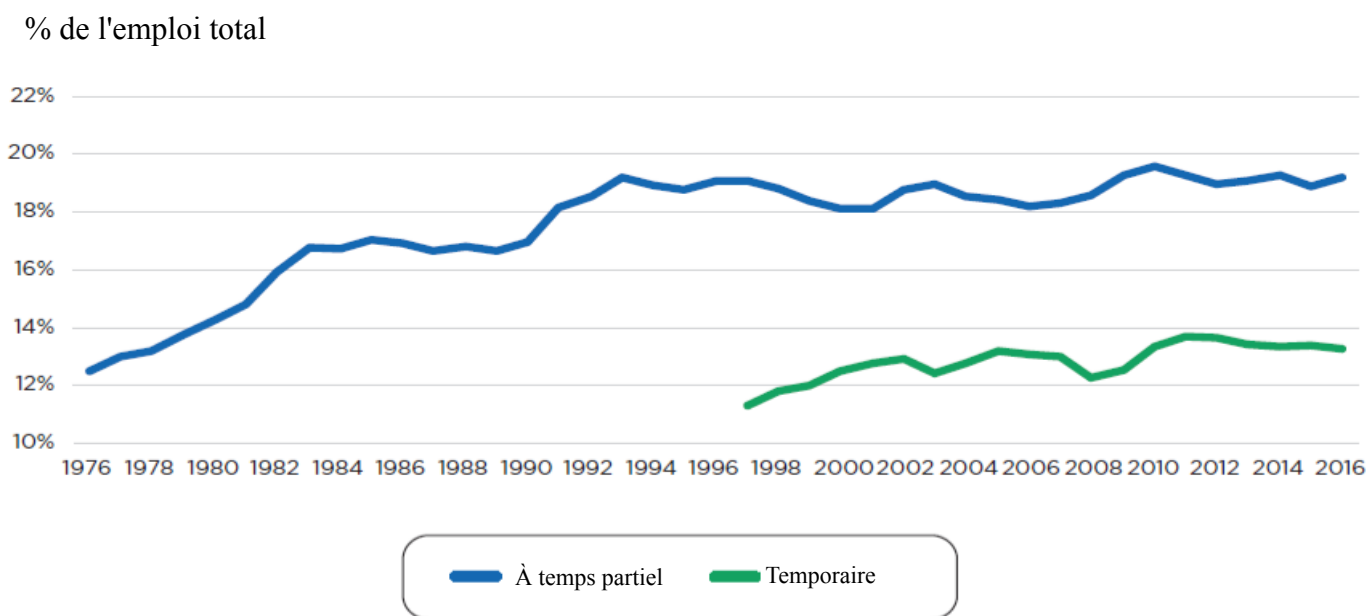
Fong, F. (2018). *Le travail précaire au Canada : qui sont les personnes réellement à risque? Comptables professionnels agréés du Canada*. <https://www.cpacanada.ca/fr/la-profession-de-cpa/a-propos-de-cpa-canada/principales-activites/politiques-publiques-relations-gouvernements/recherche-economie-politiques/travail-precaire-canada>

Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées. (2019). *Emploi précaire : comprendre l'évolution de la nature du travail au Canada*. Auteur. <https://www.noscommunes.ca/Content/Committee/421/HUMA/Reports/RP10553151/humarp19/humarp19-f.pdf>

Tompa, E., Polanyi, M. et Foley, J. (2016). Health consequences of labour market flexibility and worker insecurity. In D. Raphael (dir.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (pp. 88-98). Canadian Scholars' Press.

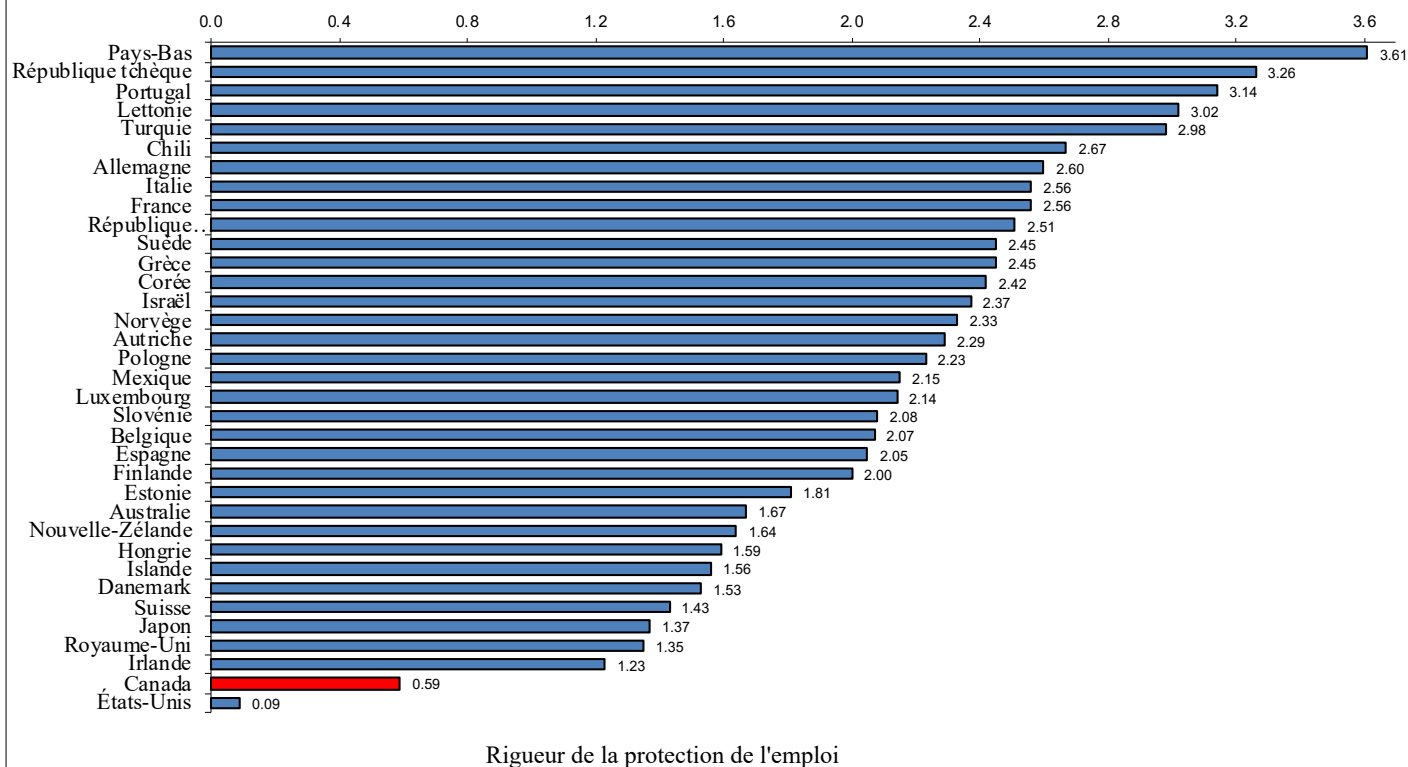
Tremblay, D. G. (2016). Precarious work and the labour market. In D. Raphael (dir.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (pp. 110-129). Canadian Scholars' Press.

Figure 5.1 Augmentations du travail à temps partiel et du travail temporaire au Canada en pourcentage du total des emplois, 1976-2016



Source : Statistique Canada. (2020). *Enquête sur la population active*. Tableaux 14-10-0018-01, 14-10-0072-01

Figure 5.2 Protection de l'emploi, pays de l'OCDE, 2019



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. (2020). *Rigueur de la protection de l'emploi*. OCDE. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?lang=fr&SubSessionId=ea93291-20c6-4746-8e5c-7e208a542ac7&themetreeid=13>

6. EMPLOI ET CONDITIONS DE TRAVAIL

Le rapport entre les conditions de travail et l'état de santé est une préoccupation d'importance en santé publique. [Traduction libre]

– Peter Smith et Michael Polanyi, 2016

Pourquoi est-ce important?

Les conditions de travail sont un important déterminant social de la santé en raison des longues heures passées sur les lieux de travail. Les personnes déjà plus susceptibles d'aboutir avec une mauvaise santé en raison de leur niveau de scolarité et de leur revenu limités s'avèrent également celles les plus susceptibles de se retrouver avec des conditions de travail nuisibles pour leur santé.

Les études montrent que de nombreuses dimensions du travail finissent par influencer sur l'état de santé. Mentionnons par exemple : 1) la sécurité d'emploi; 2) les conditions physiques au travail; 3) le rythme du travail et le stress en découlant; 4) les heures de travail; 5) les occasions de s'exprimer et de s'épanouir au travail. Les études révèlent par ailleurs que le déséquilibre entre les efforts à déployer pour répondre aux demandes (p. ex., pression de temps, responsabilités) et les reconnaissances (p. ex., rémunération, respect des superviseurs) mène souvent à des problèmes de santé graves. Si les travailleurs ont l'impression que leurs efforts ne sont pas reconnus adéquatement, ils sont plus susceptibles de développer des maux physiques et mentaux de toutes sortes (voir la figure 6.1).

Qui plus est, les problèmes de santé se multiplient quand les travailleurs doivent répondre à des demandes nombreuses sans avoir de véritable latitude quant à la manière d'exécuter le travail. Il appert aussi que les emplois très stressants prédisposent les individus à souffrir de haute pression ou de cardiopathie et à développer des maux physiques et psychologiques comme la dépression et l'anxiété. La plupart du temps, ces emplois sont occupés par les femmes à faible revenu travaillant dans les secteurs de la vente et des services. Les Canadiennes



se disent beaucoup plus fréquemment surmenées que les hommes à cause du « trop grand nombre d'heures et du trop grand nombre de demandes ».

Une enquête réalisée en 2016 par Statistique Canada montre que 10,5 pour cent de la population active canadienne pensent qu'il serait possible de perdre leur poste dans un délai de six mois. En outre, 48 pour cent ont dit ne pas du tout avoir l'impression que leur poste « offre de bonnes chances d'avancement professionnel ». Lors de l'enquête, 26,2 pour cent des répondants ont déclaré avoir une « [c]harge de travail souvent ingérable », et 25,2 pour cent, qu'il est « [s]ouvent impossible de terminer le travail attribué durant les heures normales de travail ». Enfin, 33,6 pour cent ont mentionné ne pas pouvoir « choisir l'ordre d'exécution de [leurs] tâches » et 23 pour cent, ne pas avoir le droit de « participer aux décisions ».

Une étude menée en 2010 par Statistique Canada révélait un niveau de stress élevé au travail au pays. Près de 5,5 pour cent de la population active ont déclaré leur travail extrêmement stressant, 23,3 pour cent, assez stressant, et 41,5 pour cent, un peu stressant. Les personnes ayant déclaré occuper un emploi extrêmement stressant étaient trois fois plus susceptibles de déclarer avoir été traitées pour un problème de maladie mentale au cours de l'année précédente, et les personnes ayant un emploi un peu stressant, deux fois plus susceptibles.

Environ 30 pour cent de la population active canadienne occupaient un emploi pour lequel des scores positifs ont été enregistrés dans l'ensemble des six dimensions du travail que sont les perspectives,

l'intensité du travail, la qualité du temps de travail, les compétences et la latitude, l'environnement social et, enfin, le revenu et les avantages sociaux. En revanche, 26 pour cent appartenaient au groupe de la pire qualité d'emploi, leur poste ayant enregistré peu de caractéristiques associées à une bonne qualité d'emploi dans la plupart des dimensions. Pas étonnant que les emplois de pire qualité soient les emplois atypiques et précaires. Entre le tiers et la moitié des personnes occupant un poste de ces catégories se situent dans la classe de la pire qualité d'emploi.

Selon les données recueillies par l'Association des commissions des accidents du travail du Canada, 902 décès sont survenus sur les lieux de travail en 2013, ce qui représente une baisse par rapport aux 1014 décès signalés en 2010. Le nombre de journées travaillées annuellement se situe en moyenne à 230 au Canada. On peut ainsi calculer quatre décès liés au travail pour chaque journée de travail. Les hommes sont beaucoup plus à risque que les femmes de perdre la vie sur les lieux de travail. En 2011, les décès liés au travail survenaient 20 fois plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes (8,6 décès par 100 000 travailleurs comparativement à 0,4 décès par 100 000 travailleuses).

Au Canada, l'écart entre les heures de travail est de plus en plus marqué en raison de la multiplication des diminutions et des augmentations des heures. Environ 19,3 pour cent de la population active canadienne ont fait des heures supplémentaires, en plus de leur semaine de 40 heures, en 2019, en moyenne pour un total d'environ 48 heures par semaine. Par contre, les travailleurs à temps plein de l'Union européenne travaillent généralement moins de 40 heures par semaine. Qui plus est, en France, aux Pays-Bas et en Allemagne, la norme tourne maintenant autour de 35 heures par semaine. Le temps alloué pour les congés et les vacances est beaucoup plus élevé dans les pays européens qu'au Canada (voir la figure 6.2).

Les négociations collectives favorisent l'équilibre du pouvoir entre les employeurs et les employés. Les syndiqués jouissant d'une convention collective ont une rémunération plus substantielle, plus d'avantages sociaux voire même des occasions accrues d'influer sur leurs conditions de travail.

De manière générale, ils gagnent près de 23 pour cent de plus que les personnes non syndiquées, ce qui représente 12,5 pour cent des hommes et 36,3 pour cent des femmes – et plus particulièrement 63,7 pour cent des femmes qui travaillent en service de garde d'enfants. Cet avantage se révèle particulièrement important pour les cols bleus et les travailleurs du secteur privé peu rémunérés, car ceux-ci sont plus à risque de vivre dans la pauvreté. Seulement 32 pour cent de la population active canadienne font partie d'un syndicat et bénéficient d'une convention collective, une proportion beaucoup plus faible que dans de nombreux autres pays nantis.

Incidence sur les politiques

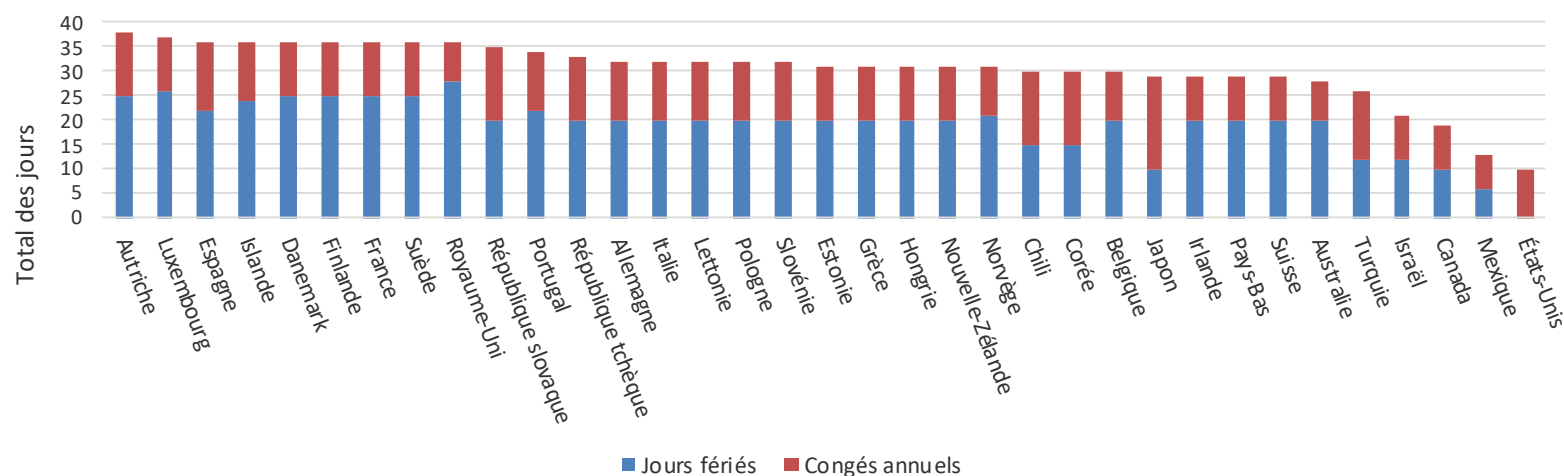
- Les politiques gouvernementales doivent soutenir la période de vie active de la population canadienne de manière à favoriser l'équilibre entre les demandes exercées sur les travailleurs et les rétributions.
- On devrait plus particulièrement chercher à améliorer les conditions de travail des personnes occupant un poste très exigeant en renforçant la capacité de gestion personnelle et en modérant les demandes au travail de même qu'à améliorer aussi les conditions de travail des travailleurs mal rémunérés en rétribuant leurs efforts de manière décente.
- L'action collective et militante qui passe par la syndicalisation des milieux de travail s'avère un moyen utile d'équilibrer le pouvoir entre les employeurs et les employés, ce qui a pour effet d'améliorer les conditions de travail et de promouvoir la santé.

Figure 6.1 Principales dimensions liées à la santé en milieu de travail

| <i>Dimension du travail</i> | <i>Description</i> |
|--|---|
| Stress au travail | Le stress professionnel survient lorsque les personnes n'ont que peu d'autonomie et de possibilité de mettre à profit leurs compétences, alors qu'elles sont soumises à des pressions psychologiques élevées. |
| Déséquilibre efforts-récompenses | Le modèle du « déséquilibre efforts-récompenses » fait ressortir l'importance pour la santé que les récompenses (financières, estime au travail, respect des superviseurs et des collègues) reflètent les demandes (contraintes de temps, interruptions, responsabilités, contraintes de faire des heures supplémentaires). Les situations où les efforts semblent dépasser les récompenses mènent au trouble affectif. |
| Justice organisationnelle | La justice organisationnelle reflète la mesure dans laquelle les personnes pensent que leur supérieur fait cas de leur opinion, communique l'information concernant la prise de décision et traite chaque personne équitablement. |
| Heures de travail | Les heures de travail correspondent au nombre d'heures habituellement travaillées. Il y aurait sans doute un lien à établir entre un nombre d'heures trop grand ou trop petit et des problèmes de santé. |
| Inadéquation entre les compétences et l'emploi | L'inadéquation compétences-emploi renvoie à une situation où le niveau de scolarité d'un individu surpasse les exigences du poste. On fait aussi référence à ce genre de situation comme étant du « stress de l'objectif à viser ». |
| Travail précaire | Le travail précaire se caractérise par l'instabilité, le manque de protection, l'insécurité par rapport aux diverses dimensions du travail et la vulnérabilité sociale et financière. |

Source : Adapté de Smith, P. et Polanyi, M. (2016). Understanding and improving the world of work. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (tableau 8.1, p. 175). Canadian Scholars' Press.

Figure 6.2 Congés annuels et jours fériés payés, pays de l'OCDE, 2019



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. (2020). *PF2.3: Autres droits à congé des parents en activité*. OCDE. <https://www.oecd.org/fr/els/famille/basededonnees.htm>

Principales sources

Chen, W. et Mehdi, T. (2018). *Évaluation de la qualité des emplois au Canada : une approche multidimensionnelle*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11f0019m/11f0019m2018412-fra.htm>

Crompton, S. (2011). *Qu'est-ce qui stresse les stressés? Principales sources de stress des travailleurs*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-008-x/2011002/article/11562-fra.pdf?st=MitODb1B>

Jackson, A. et Thomas, M. (2017). *Work and Labour in Canada: Critical Issues, 3rd edition*. Canadian Scholars' Press.

Smith, P. et Polanyi, M. (2016). Understanding and improving the world of work. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 171-188). Canadian Scholars' Press.

Statistique Canada (2020). *Employés travaillant à temps supplémentaire (hebdomadaire) selon la profession*. Auteur. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/en/tv.action?pid=1410030901>

Szeto, A. C. et Dobson, K. S. (2013). Mental disorders and their association with perceived work stress: An investigation of the 2010 Canadian community health survey. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(2), 191-197.

7. DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

Les données probantes montrent que les expériences vécues durant la petite enfance influent sur la capacité d'adaptation, la résistance aux problèmes de santé et la santé globale et le bien-être tout au long du parcours de vie. [Traduction libre]

– Comité consultatif fédéral, provincial et territorial de la santé de la population, 1996

Pourquoi est-ce important?

D'un point de vue biologique, psychologique et social, les expériences vécues durant la petite enfance ont des conséquences immédiates et à long terme sur l'état de santé.

On entend par « effets de latence » la mesure dans laquelle les expériences vécues durant la petite enfance prédisposent un enfant à avoir une bonne ou une mauvaise santé, quelles que soient ses circonstances plus tard dans la vie. Généralement, un nouveau-né de faible poids de naissance et vivant dans des conditions de vie démunies présente une plus grande vulnérabilité aux problèmes de santé qu'un bébé d'une population mieux nantie. Les effets de latence résultent de processus biologiques agissant durant une grossesse associée à la mauvaise alimentation maternelle, à des comportements à risque de la part des parents et au stress. Les conséquences sur la santé peuvent également se faire sentir à la suite des premières expériences psychologiques responsables du sentiment de maîtrise ou d'auto-efficacité.

Les « effets sur le parcours de vie » concernent une situation où l'exposition d'un enfant à des facteurs de risque à un moment donné ne produit aucun effet immédiat pour sa santé, mais mène plus tard à des situations qui auront des conséquences sur son état de santé. Par exemple, un enfant qui n'est pas tout à fait prêt à faire son entrée à l'école ne s'expose à aucun problème de santé immédiat. Toutefois, ses facultés d'apprentissage limitées peuvent mener à des situations délétères pour sa santé plus tard dans

la vie, par exemple, à un plus faible niveau de scolarité qui l'empêchera de décrocher un travail bien rémunéré.



Une façon d'atténuer le lien de cause à effet entre le statut socioéconomique des parents et le développement de l'enfant consiste à offrir des programmes d'éducation à la petite enfance, sans égard à l'avoir des parents.

Les « effets cumulatifs » traduisent le fait que, plus longtemps un enfant vit dans des conditions de défavorisation matérielle et sociale, plus il risque d'aboutir avec de graves problèmes de santé et de développement. Une défavorisation cumulative peut mener à un déficit cognitif et affectif qui nuit à la capacité d'adaptation. De surcroît, les expériences préjudiciables vécues durant la petite enfance peuvent engendrer un sentiment d'inefficacité – ou de résignation acquise –, ce qui constitue un déterminant majeur de mauvaise santé.

La situation du développement chez les jeunes enfants du Canada est par ailleurs source de préoccupation. Une étude publiée par l'Institut canadien d'information sur la santé révèle que 33 pour cent des garçons et 19 pour cent des filles présentent des vulnérabilités dans au moins un des cinq domaines suivants : la santé physique, les compétences sociales, la maturité affective, le langage et le développement cognitif, et les habiletés de communication et les connaissances générales.

La clé consiste de toute évidence à savoir si les enfants vivent dans des conditions de défavorisation matérielle et sociale. La mesure de la pauvreté infantile utilisée par des organismes internationaux comme l'OCDE et le Centre de recherche Innocenti du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef) repose sur la notion que la pauvreté infantile renvoie au fait de vivre dans une famille dont le revenu disponible s'élève à moins de 50 pour cent

du revenu médian de la population du pays. La mesure de l'OCDE situe le taux de pauvreté infantile à 11,6 pour cent au Canada, ce qui place le pays au 18^e rang parmi 36 pays développés et riches (voir la figure 7.1).

Seulement 20,5 pour cent des familles canadiennes ont accès à une place réglementée de garde d'enfants, un important facteur de bien-être de l'enfant. Même au Québec, seulement 37,4 pour cent des familles y ont accès, malgré un effort considérable pour offrir des places réglementées dans des services de garderie de première qualité. L'OCDE a publié un rapport révélant que le Canada arrive en dernière position parmi 25 pays développés et riches au chapitre de la réponse aux divers objectifs de développement des jeunes enfants. Au Canada, les dépenses publiques au titre de l'aide aux familles figurent parmi les moins élevées du monde, y compris en termes de prestations pour les enfants et les familles. Le gouvernement alloue à cet effet 1,6 pour cent de son PIB, ce qui est bien en deçà de la moyenne de 2 pour cent dans les autres pays de l'OCDE. Le Canada occupe donc le 25^e rang parmi 36 pays membres (voir la figure 7.2). En se basant sur un grand nombre d'indicateurs de santé et sociaux, les auteurs d'un rapport exhaustif de l'Unicef classent le Canada au 25^e rang parmi 41 pays riches au chapitre de la santé et du bien-être des enfants.

La qualité du développement du jeune enfant dépend des ressources financières et sociales auxquelles ont accès les parents, ce qui est principalement fonction de l'emploi. Les gouvernements peuvent en plus offrir un éventail de programmes d'aide et de prestations pour les enfants grâce à des politiques publiques favorables à la famille. Des chercheurs ont même signalé que la mise en place d'un imposant programme d'éducation à la petite enfance au Canada se révélerait le moyen par excellence d'améliorer l'état de santé de la population.

Incidence sur les politiques

- Les gouvernements doivent garantir l'accès à des services de garde abordables et de qualité, sans égard aux moyens financiers ou au niveau de revenu des familles.

- Garantir une aide et des prestations aux familles en instaurant des politiques publiques à cet effet jetterait les bases d'un développement sain des jeunes enfants. Assurer une rémunération et des prestations d'aide sociale plus élevées permettrait de réduire la pauvreté infantile et constituerait l'un des meilleurs moyens d'améliorer le développement des jeunes enfants.

- Un meilleur développement de la petite enfance profiterait à l'ensemble de la population canadienne grâce à une meilleure qualité de vie dans la collectivité, à la diminution des problèmes sociaux ou à la croissance économique du pays.

Principales sources

Friendly, M. (2016). Early childhood education and care as a social determinant of health. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 218-239). Canadian Scholars' Press.

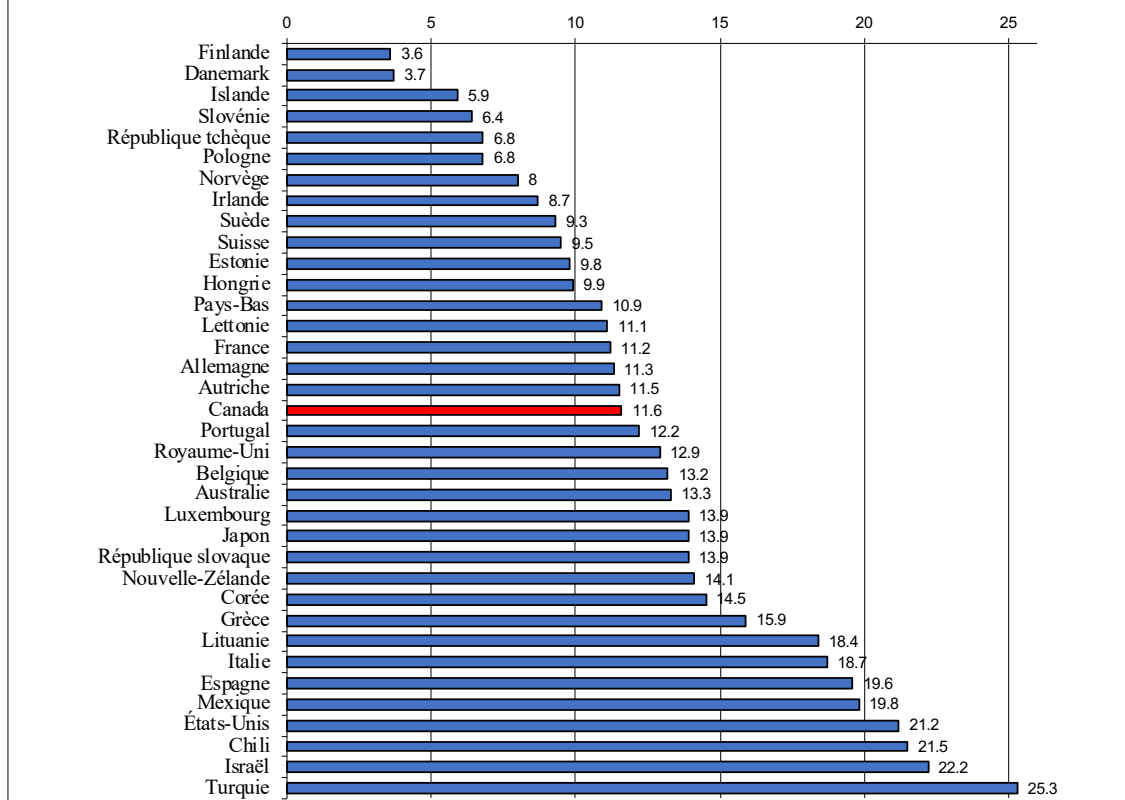
Hertzman, C. et Boyce, T. (2010). How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annual Review of Public Health, 31*, p. 329-347.

Irwin, K. G., Siddiqui, A. et Hertzman, C. (2007). *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur*. Organisation mondiale de la Santé. https://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/early_child_dev_ecdkn_fr.pdf

Raphael, D. (2016). Early childhood development and health. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 218-239). Canadian Scholars' Press.

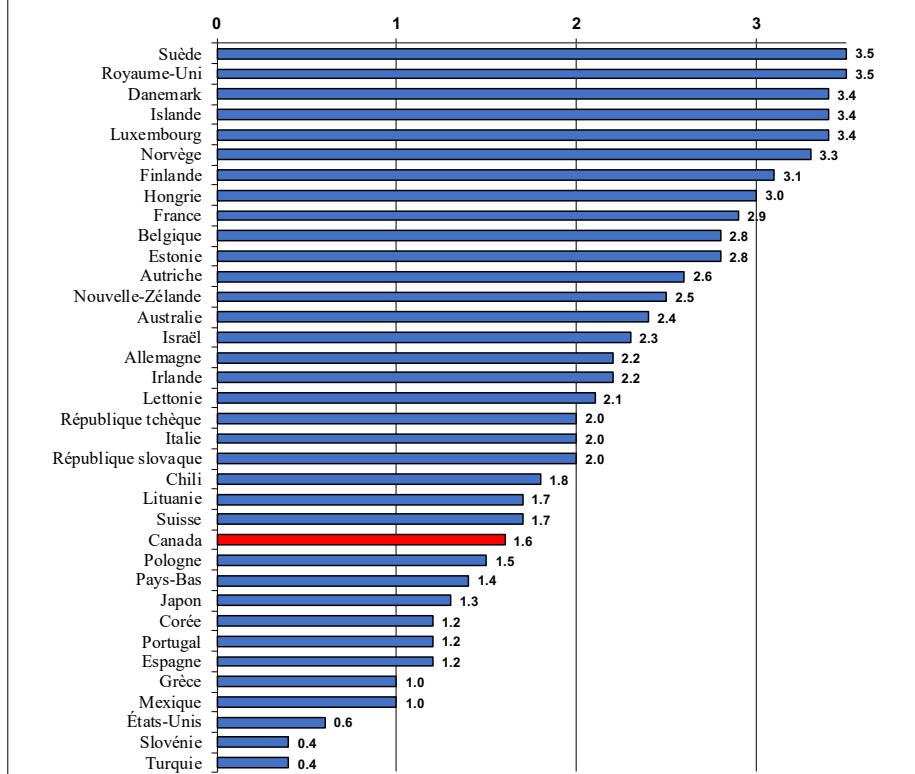
Centre de recherche de l'Unicef. (2017). *Construire l'avenir : les enfants et les objectifs de développement durable dans les pays riches*. Bilan Innocenti 14, Centre de recherche de l'Unicef – Innocenti.

Figure 7.1 Pourcentage d'enfants vivant dans la pauvreté, pays de l'OCDE, 2018



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. (2019). *Taux de pauvreté*. OCDE. <https://data.oecd.org/fr/inequality/taux-de-pauvrete.htm>

Figure 7.2 Dépenses publiques en prestations familiales, en % du PIB, pays de l'OCDE, 2017



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. (2020). *Dépenses publiques en prestations familiales*. OCDE. <https://data.oecd.org/fr/social/exp/depenses-publiques-en-prestations-familiales>.

8. INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Dans une très brève histoire sociale de l'insécurité alimentaire au Canada, on lirait simplement : la pauvreté s'est accrue puis s'est aggravée; l'insécurité alimentaire est apparue puis s'est accentuée. [Traduction libre]

– Lynn McIntyre et Krista Rondeau, 2009

Pourquoi est-ce important?

La nourriture fait partie des besoins fondamentaux en plus d'être un important déterminant de la santé et de la dignité humaine. Les personnes en situation d'insécurité alimentaire ne savent pas si elles seront en mesure de se procurer des aliments de façon socialement acceptable. Elles n'auront sans doute pas un apport nutritionnel suffisant, ne consommant pas autant de fruits et de légumes, de produits laitiers et de vitamines que les ménages en situation de sécurité alimentaire. Les effets sur leur état de santé sont multiples et délétères. Le terme *insécurité alimentaire des ménages* est employé pour décrire cet état de choses.

L'insécurité alimentaire marginale renvoie à l'inquiétude de manquer de nourriture ou de ne pas pouvoir choisir ses aliments en raison d'un manque d'argent. L'insécurité alimentaire modérée fait référence à la consommation d'aliments en quantité ou en qualité inadéquates, et l'insécurité alimentaire grave, à la réduction de la ration alimentaire ou à la perturbation des habitudes alimentaires. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour la période de référence de 2017-2018 révèle que 12,7 pour cent des ménages canadiens vivent de l'insécurité alimentaire à un degré ou à un autre.

Parmi les ménages en situation d'insécurité alimentaire au Canada, 4 pour cent sont en situation d'insécurité alimentaire marginale (environ 552 000 ménages), 5,7 pour cent vivent de l'insécurité alimentaire modérée (environ 819 000 ménages) et 3 pour cent sont en situation d'insécurité alimentaire grave (environ 429 900 ménages). L'insécurité alimentaire est présente d'un bout à l'autre du Canada (voir la figure 8.1).



La proportion des ménages canadiens avec enfants qui sont en situation d'insécurité alimentaire est plus élevée, se situant à 17,3 pour cent. Décoré, ce chiffre représente un taux d'insécurité alimentaire marginal de 5,1 pour cent, un taux d'insécurité alimentaire modéré de 8,3 pour cent et un taux d'insécurité alimentaire grave de 2,9 pour cent. La situation est encore plus préoccupante pour les populations autochtones du Canada. Dans les provinces et territoires où les populations de Premières Nations ou d'Inuits sont plus élevées, les taux d'insécurité alimentaire sont encore plus hauts (Nunavut, 57 %; Territoires du Nord-Ouest, 21,6 % et Yukon, 16,9 %). Le risque de se trouver en situation d'insécurité alimentaire est beaucoup plus grand chez les familles monoparentales dirigées par une femme (33,1 %) et les prestataires de l'aide sociale (60,4 %).

Une étude met en évidence le grand nombre de circonstances de la vie qui conduisent une famille à souffrir de la faim. Elle révèle que la faim survient au moment d'avoir une bouche supplémentaire à nourrir à la suite d'une naissance nouvelle ou de la fusion de familles, d'un changement dans le nombre de parents dans la maison, de la perte d'un emploi, d'une modification des heures de travail ou du déclin de la santé d'un adulte ou d'un enfant. Une seule solution a permis de vaincre le problème : la mère a décroché un travail à temps plein, ce qui a fait grimper le revenu du ménage.

On associe les carences alimentaires, plus courantes dans les familles en situation d'insécurité alimentaire, à une plus grande probabilité de développer une maladie chronique et à la difficulté de prendre

en charge la maladie, le cas échéant. Les cas de cardiopathie, de diabète de type 2, de haute pression et d'allergies alimentaires sont plus nombreux dans les familles plongées dans l'insécurité alimentaire, même en prenant en compte des facteurs comme l'âge, le genre, le revenu et le niveau de scolarité. La situation engendre par ailleurs du stress et de l'inquiétude, qui produisent des effets dommageables pour la santé.

La malnutrition durant l'enfance a des répercussions à long terme sur le développement physiologique et psychologique. Les mères essaient souvent de protéger leurs enfants des séquelles nutritionnelles de l'insécurité alimentaire, en coupant leur propre ration de nourriture pour pouvoir offrir à leurs enfants une alimentation adéquate.

Toutefois, malgré tous leurs efforts, les parents ne réussissent habituellement pas à protéger leurs enfants des séquelles psychologiques de l'insécurité alimentaire du ménage. Un nombre croissant d'études montrent que les enfants issus de familles plongés dans l'insécurité alimentaire sont plus susceptibles de connaître des problèmes de comportement, affectifs et scolaires que les enfants issus de familles en situation de sécurité alimentaire.

L'insécurité alimentaire se révèle par ailleurs un excellent prédicteur des membres de la population canadienne qui en viendront à déclarer avoir une santé médiocre ou mauvaise au lieu d'une bonne, d'une très bonne ou d'une excellente santé. Les individus en situation d'insécurité alimentaire seront plus sujets à rapporter souffrir de cardiopathie, de diabète de type 2 et de toutes sortes d'autres problèmes de santé (voir la figure 8.2). Plus l'insécurité alimentaire est grave, plus la vulnérabilité aux problèmes de santé est grande. En Ontario, les adultes en situation d'insécurité alimentaire grave sont plus de deux fois plus susceptibles de mourir moins de quatre ans suivant l'entrée dans cette situation que les personnes en situation de sécurité alimentaire au pays.

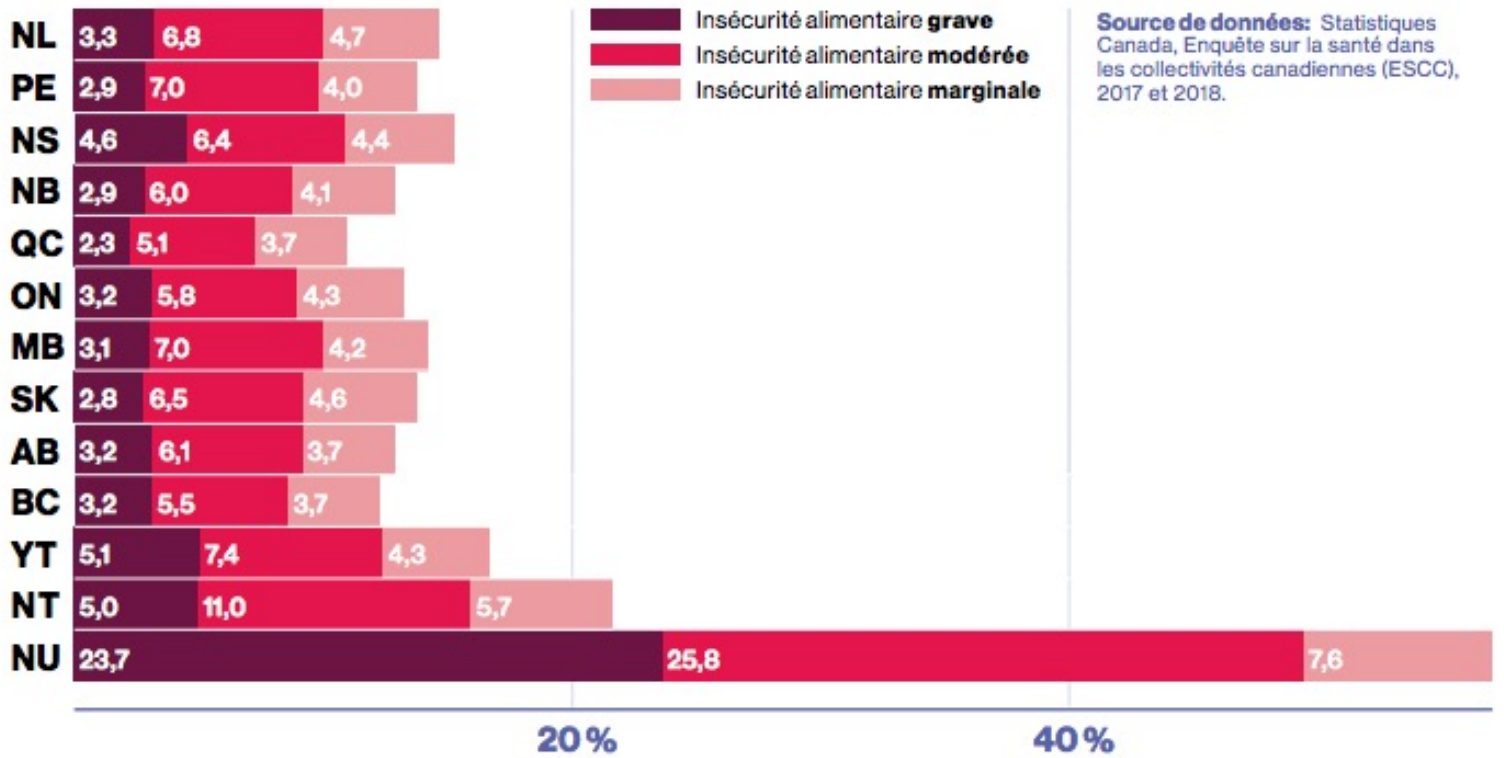
L'insécurité alimentaire résulte presque toujours d'un manque de ressources financières. Les banques alimentaires constituent un dernier recours pour les ménages qui traversent une période de ce genre. Au Canada, les banques alimentaires sont le fruit de l'échec des politiques publiques, et leur politique

consiste en général à fournir à une personne une aide une fois par mois. En mars 2019, les visites dans les banques alimentaires totalisaient 1 084 386 au pays. Les efforts faits avec les meilleures intentions pour fournir de la nourriture aux familles en situation d'insécurité alimentaire (p. ex., programmes alimentaires, banques alimentaires, collectes d'organismes de bienfaisance et autres) risquent d'aggraver la situation en donnant la fausse impression que l'on s'occupe du problème. Les politiques publiques visant à réduire la pauvreté s'avèrent donc le meilleur moyen d'atténuer l'insécurité alimentaire.

Incidence sur les politiques

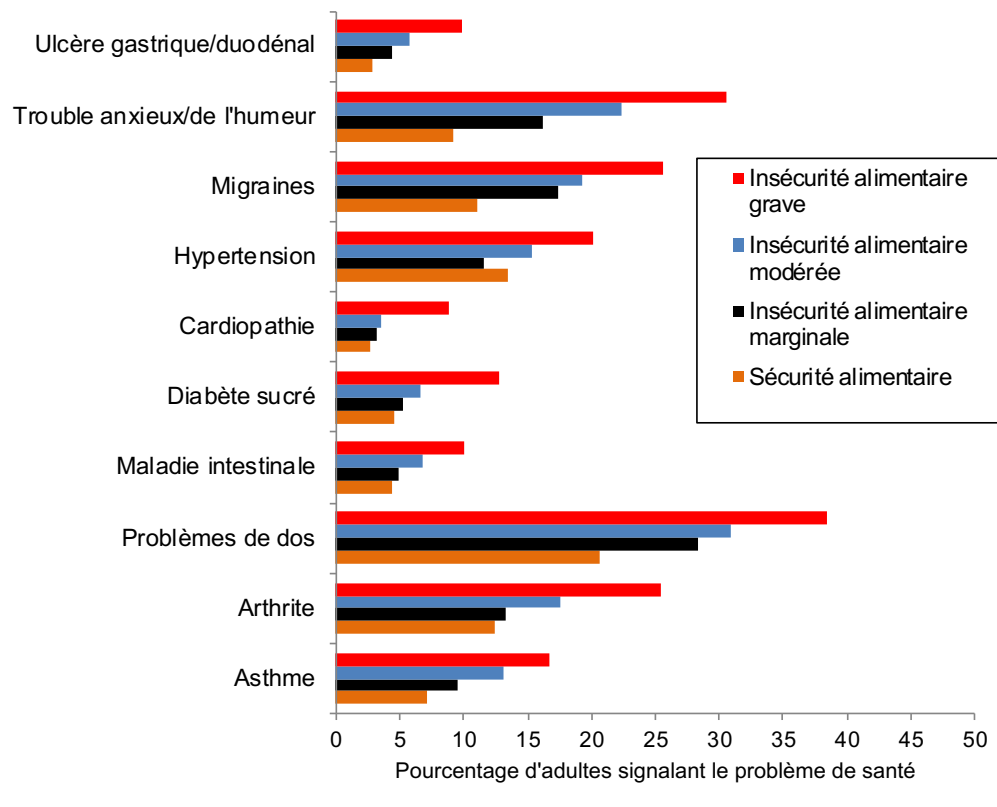
- Les gouvernements doivent réduire l'insécurité alimentaire en augmentant le salaire minimum et les prestations d'aide sociale suffisamment pour que le coût d'une alimentation saine soit abordable.
- Les gouvernements doivent veiller à ce que le prix de la nourriture saine soit abordable (p. ex., le lait, les fruits et les aliments riches en fibre).
- Le fait d'assurer un logement et des services de garde d'enfants à un coût raisonnable permettrait de réduire les autres dépenses familiales et de laisser plus d'argent pour acheter de la nourriture saine.
- Faciliter la participation des mères au marché du travail grâce à un soutien au travail, à l'accès à des services de garde abordables et à la formation à l'emploi, ce qui permettrait de réduire l'insécurité alimentaire chez les familles canadiennes les plus vulnérables.
- Il faut concevoir et mettre en œuvre de meilleurs systèmes de contrôle pour produire des rapports à jour sur l'insécurité alimentaire au Canada

Figure 8.1 Insécurité alimentaire des ménages au Canada, par province et territoire



Source : Tarasuk, V. et Mitchell, A. (2020). *L'insécurité alimentaire des ménages au Canada, 2017-2018* (p. 9). Research to Identify Policy Options to Reduce Food Insecurity (PROOF).

Figure 8.2 Prévalence de certaines maladies chroniques chez les adultes du Canada, selon le degré d'insécurité alimentaire des ménages, 2007-2008



Source : Adapté de Tarasuk, V., Mitchell, A., McLaren, L. et McIntyre L. (2013). Chronic physical and mental health conditions among adults may increase vulnerability to household food insecurity. *The Journal of Nutrition*, 143(11), p. 1785-1793.

Principales sources

Banques alimentaires Canada. (2019). *Bilan-Faim : Rapport 2019*. Auteur.

Gundersen, C., Tarasuk, V., Cheng, J., De Oliveira, C. et Kurdyak, P. (2018). Food insecurity status and mortality among adults in Ontario, Canada. *PLoS ONE*, 13(8), e0202642.

Mendly-Zambo, Z. et Raphael, D. (2019). Competing discourses of household food insecurity in Canada. *Social Policy and Society*, 18(4), p. 535-554.

McIntyre, L. et Anderson, L. (2016). Food insecurity. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 294-320). Canadian Scholars' Press.

Tarasuk, V. et Mitchell, A. (2020). *L'insécurité alimentaire des ménages au Canada, 2017-2018*. Research to Identify Policy Options to Reduce Food Insecurity (PROOF).

Tarasuk, V. (2016). Health implications of food insecurity. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 321-342). Canadian Scholars' Press.

9. LOGEMENT

Il semble presque inutile de faire valoir le fait que le logement, et plus particulièrement l'itinérance, constitue un enjeu pour la santé. Pourtant, très peu d'études canadiennes font cette équation. [Traduction libre]

– Toba Bryant, 2016

Pourquoi est-ce important?

Un grand nombre d'études montrent qu'un logement de mauvaise qualité ou l'itinérance présentent de véritables dangers pour la santé des individus au Canada. Un logement s'avère absolument indispensable pour mener une existence en santé. Les personnes vivant dans un logement insalubre, trop cher ou peu sûr sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé. Le manque d'argent est la principale raison pour laquelle de nombreuses personnes vivent des difficultés au chapitre du logement au Canada. C'est aussi le résultat de politiques publiques canadiennes qui ont fait fondre les dépenses publiques en matière de logement abordable. On a généralement préféré laisser le marché libre de s'occuper de la construction, de la répartition et du soutien du parc immobilier. Cette approche rend le logement hors d'atteinte pour les ménages à revenu faible ou moyen.

Le logement est un enjeu de politique publique parce que les gouvernements ont la responsabilité de prendre les mesures nécessaires pour que la population puisse vivre en santé. À l'échelle internationale, le Canada a signé un grand nombre d'ententes sur les droits de la personne par lesquelles il s'est engagé à garantir le logement. Les autorités internationales ne cessent pourtant de fustiger la mollesse du Canada à ce chapitre (voir la figure 9.1).

Le logement influe sur la santé à bien des égards. La qualité des milieux physiques va de pair avec la qualité du logement. Le surpeuplement constitue un vecteur de transmission de nombreuses maladies, y compris les maladies respiratoires. Certains foyers canadiens sont aux prises avec un problème d'approvisionnement en eau propre et de traite-



ment des eaux usées, particulièrement dans les réserves autochtones, ce qui constitue un danger de la plus haute importance pour la santé publique. Le logement est un lieu de libre expression de soi et de son identité. Le coût élevé du logement diminue les ressources disponibles pour soutenir d'autres déterminants sociaux de la santé. Le fait de vivre dans un logement de piètre qualité engendre du stress et des habitudes compensatoires malsaines tel l'abus de substances psychoactives.

La présence de plomb et de moisissure, un chauffage déficient et les courants d'air, une ventilation inadéquate, la vermine et le surpeuplement sont tous des déterminants de mauvaise santé. Les enfants exposés à de mauvaises conditions de logement sont plus susceptibles d'aboutir avec une mauvaise santé, tant durant l'enfance qu'à l'âge adulte. L'humidité, par exemple, entraîne des maladies respiratoires et aggrave les problèmes de santé déjà existants. Il n'est pas facile de dissocier l'influence du logement des autres facteurs d'influence puisque la pauvreté, un logement médiocre et les maladies déjà existantes vont souvent de pair. Les études où l'on a fait cette distinction montrent que de mauvaises conditions de logement constituent en soi un pronostic de mauvaise santé tout au long du parcours de vie.

La crise du logement bat son plein au Canada. En effet, au cours des trois dernières décennies, le prix des loyers a grimpé beaucoup plus que le coût de la vie, particulièrement dans les villes. L'expression « besoins impérieux en matière de logement » évoque la nature même de l'insécurité alimentaire – un précurseur à l'itinérance. L'indicateur com-

porte les trois normes d'acceptabilité suivantes, et chacune touche un besoin impérieux en matière de logement : l'abordabilité renvoie à une situation où le ménage consacre 30 pour cent et plus de son revenu pour se loger; la taille (non) convenable renvoie à une situation où la taille du logement ne convient pas à la taille ni à la composition du ménage (surpeuplement); et la qualité (non) convenable renvoie à une situation où le logement nécessite des réparations majeures, par exemple des travaux de plomberie ou à la structure du bâtiment.

Le Recensement de 2016 a révélé que 12,7 pour cent des ménages canadiens avaient des besoins impérieux en matière de logement. De ce nombre, 19,1 pour cent vivaient à Toronto, 17,6 pour cent, à Vancouver et 10,9 pour cent, à Montréal. Les locataires comptent pour 47 pour cent des ménages à Toronto, 53 pour cent, à Vancouver, et 63 pour cent, à Montréal. Pour ces ménages, l'abordabilité du logement est particulièrement problématique. À Toronto, 47 pour cent des locataires versent plus de 30 pour cent de leur revenu au logement et 23 pour cent y consacrent plus de 50 pour cent (révélant l'imminence de l'itinérance). Pour Vancouver, les chiffres sont de 44 pour cent et de 23 pour cent respectivement. Pour Montréal, ils sont de 36 pour cent et de 18 pour cent respectivement.

La plupart des ménages à faible revenu se trouvent parmi le tiers de la population à loyer. Notons que le prix des loyers augmente beaucoup plus rapidement que le revenu des ménages concernés. On a bâti très peu d'habitations à but non lucratif ou de coopératives d'habitation depuis la disparition du programme national en 1990. Pour la majorité de la population canadienne, le logement joue un rôle de premier plan dans la santé mentale. C'est particulièrement le cas pour les locataires (voir la figure 9.2). Environ 90 pour cent des locataires, 72 pour cent des propriétaires de maison et 78 pour cent de l'ensemble de la population canadienne estiment important pour le gouvernement fédéral au pouvoir de donner la priorité à l'amélioration de l'abordabilité du logement.

Dans un bon nombre de villes du Canada, la situation de l'itinérance est catastrophique. Les personnes itinérantes présentent beaucoup plus de problèmes de santé physique et mentale que la population en général. Qui plus est, le risque de

mourir prématurément est de 8 à 10 fois plus grand pour elles que le reste de la population.

Les facteurs contributifs comprennent la pénurie de logements locatifs à prix raisonnable de même que l'accroissement des emplois précaires et à temps partiel à la fois peu rémunérés et peu sûrs. Parmi les pays occidentaux, le Canada enregistre l'un des plus hauts taux d'emplois peu rémunérés (22 %) et l'un des plus hauts taux de pauvreté des familles. Par conséquent, les familles et les individus se retrouvant avec un logement peu sûr sont de plus en plus nombreux au pays. Un nombre croissant de personnes sont mal logées, vivent dans un motel, dépendent du système de refuges ou, pis encore, vivent dans la rue.

L'insécurité du logement est reliée à l'insécurité du revenu qui, de son côté, entraîne la maladie et le décès prématuré. Dans leur rapport de recherche intitulé *Three Cities*, le Dr David Hulchanski et ses collègues de l'Université de Toronto soulignent l'interrelation entre l'insécurité du logement et du revenu, l'origine raciale et l'état de santé dans les plus grandes villes du Canada. Il en va sans doute de même dans d'autres régions urbaines.

Vers la fin de 2017, le gouvernement fédéral a lancé une stratégie nationale sur le logement, mais a retardé d'un an sa mise en œuvre. Le plan faisait état d'une série de projets de logement afin de répondre aux besoins de divers groupes de population et de revoir les diverses dimensions du système de logement. Le rapport ne fait aucune mention de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas. Il fait état de nouveaux fonds destinés à répondre à certains besoins urgents, mais ne comporte que peu de détails sur les solutions aux lacunes du système de logement.

La politique du logement doit soutenir les secteurs des organismes à but non lucratif et les coopératives d'habitation qui ont réussi à favoriser la mixité des revenus et l'abordabilité et la qualité des logements dans les quartiers existants. Ces secteurs sont en perte de terrain au Canada et ailleurs dans le monde aussi. Pourtant, ils réussissent depuis le milieu des années 1970 à assurer pour plusieurs un logement abordable et sécuritaire.

Incidence sur les politiques

- Les politiques du logement doivent s'inscrire plus explicitement dans des programmes de revenu exhaustifs (y compris une stratégie de l'emploi), les activités de la santé publique et les politiques de services de santé.
- La Fédération canadienne des municipalités (FCM) recommande de faciliter l'accès au logement social et abordable pour les ménages à faible revenu au Canada.
- La FCM appelle en outre au maintien des subventions et des priorités prévues dans la Stratégie nationale sur le logement, et à la correction des grandes lacunes.
- Le gouvernement fédéral doit augmenter le montant des subventions aux programmes de logement social pour les ménages à faible revenu au Canada. Les politiques du logement devraient soutenir les formes d'habitat intermédiaire comme remède à la ségrégation urbaine.

Principales sources

BC Non-Profit Housing Association. (2020). *Indice du logement locatif canadien*. <http://rentalhousingindex.ca/fr/#intro>

Bryant, T. (2016). Housing and health. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 360-383). Canadian Scholars' Press.

Bryant, T. et Shapcott, M. (2016). Housing. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 343-359). Canadian Scholars' Press.

Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2020). *Comprendre les besoins impérieux en matière de logement*. Auteur. <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/data-and-research/core-housing-need>

Chisholm, S. et Hulchanski, D. (2019). Canada's housing story. Dans D. MacLennan, H. Pawson, K. Gibb, S. Chisholm et D. Hulchanski (dir.). *Shaping Futures: Changing the Housing Story: Final Report*. Policy Scotland, University of Glasgow.

Hulchanski, D. (2019). *How Segregated is Toronto? Inequality, Polarization, and Segregation Trends and Processes*. https://www.ryerson.ca/content/dam/centre-for-immigration-and-settlement/RCIS/publications/featured/Segregation_Trends_in_Toronto_Hulchanski_at_Ryerson_14_Feb_2019_w_Appendix.pdf (en anglais)

Figure 9.1 Une rapporteuse des Nations Unies sur le logement convenable presse le gouvernement canadien de garantir le droit au logement

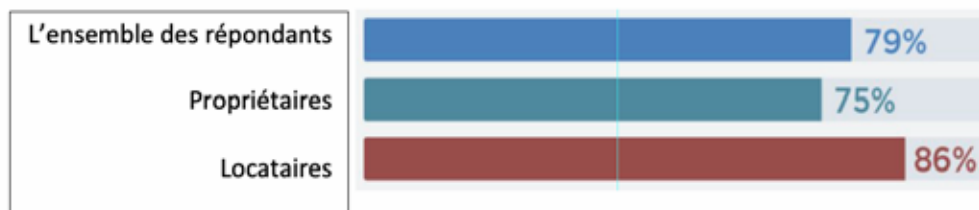
Dans un pays aussi riche que le Canada, le fait que soient répandus l'itinérance et le manque d'accès à un logement abordable constitue manifestement un des enjeux les plus critiques en matière de droits de la personne pour tous les ordres de gouvernements. Une loi fondée sur les droits doit établir des mécanismes pour que les personnes concernées puissent soulever les enjeux systémiques relatifs à la mise en œuvre progressive du droit au logement et garantir que les gouvernements agissent en mettant sur pied des recours. [...] Elle doit aussi comprendre des mesures pour éliminer les disparités profondes dans l'accès à un logement convenable, abordable et sécuritaire pour les Autochtones, les femmes, les membres de communautés racialisées, les personnes handicapées, les personnes trans et les personnes de diverses identités de genre, les aînés, les enfants et les jeunes, les immigrants, les réfugiés, les demandeurs d'asile et les personnes apatrides.

Source : Leilani Farha, rapporteuse spéciale des Nations Unies sur le logement convenable. Lettre ouverte au premier ministre Justin Trudeau, 14 août 2018. <https://chra-achru.ca/wp-content/uploads/2018/08/LETTRE-OUVERTE-AU-PREMIER-MINISTRE-JUSTIN-TRUDEAU.pdf>

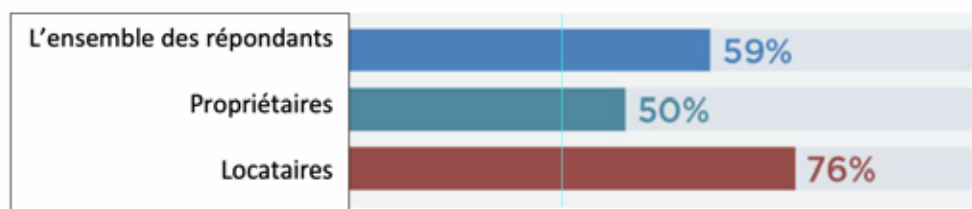
Figure 9.2 Logement : la source d'un problème de santé mentale pour de nombreux Canadiens

POPULATION CANADIENNE : LOGEMENT ET STRESS FINANCIER AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Mes finances se sont révélées ma plus grande source de stress au moins une fois :



Composer avec la hausse du loyer a eu des effets délétères pour ma santé mentale au moins une fois :



Source : Zoocasa. (2019). *84% of Canadians Feel Housing Affordability is a Major Issue: National Survey*. <https://www.zoocasa.com/blog/zoocasa-national-housing-survey-2019/> (en anglais)

10. EXCLUSION SOCIALE

L'exclusion sociale transparait dans les diverses formes d'oppression conduisant à des arrangements institutionnels et à des relations de pouvoir qui ont pour effet de marginaliser certains groupes de population dans la société. [Traduction libre]

– Grace-Edward Galabuzi, 2016

Pourquoi est-ce important?

L'exclusion sociale fait référence au fait que certaines tranches de la population du Canada se voient refuser la possibilité de participer à la société canadienne. Les Autochtones, les personnes de couleur, les immigrants récents, les personnes à faible revenu, les femmes et les personnes handicapées sont les plus susceptibles de faire l'objet d'exclusion sociale au pays. Bien des aspects de la société canadienne ont pour effet de marginaliser des personnes et de limiter l'accès à des ressources sociales, culturelles et économiques. Les tranches de la population socialement exclues risquent davantage de se trouver au chômage et d'être moins bien rémunérées. Il leur est plus difficile d'avoir accès à des services sociaux et de santé et de poursuivre leurs études. Les groupes de population exclus se retrouvent de plus en plus souvent isolés dans des quartiers à l'écart. Ils ont peu d'influence sur les décisions prises par les gouvernements et autres instances. Ils n'ont aucun pouvoir.

L'exclusion sociale comporte quatre dimensions. L'exclusion de la société civile résulte de sanctions juridiques et d'autres mécanismes institutionnels. Les lois et règlements interdisent aux non-résidents ou aux immigrants de participer à certaines activités. L'exclusion résulte aussi de formes de discrimination systémiques fondées sur la race, le genre, l'appartenance ethnique ou le handicap. Par exemple, une myriade de règlements et de procédures empêchent souvent les nouveaux arrivants de pratiquer leur profession, ce qui les coupe de toute participation à la société. L'exclusion des biens sociaux, notamment les soins de santé, l'éducation, le logement, la sécurité du revenu et les services linguistiques, est monnaie courante. Au Canada, les groupes socialement exclus ont effectivement un revenu plus faible que les autres.



Ils n'ont pas non plus accès à un logement abordable ni à autant de services.

L'exclusion de la production sociale renvoie à l'absence d'occasions de participer et de contribuer à des activités sociales et culturelles. L'insuffisance des ressources financières permettant ce genre d'engagement en est souvent la cause. L'exclusion économique survient lorsque les individus n'ont pas accès aux ressources ni aux moyens financiers que donne un travail rémunéré. Au Canada, toutes ces formes d'exclusion touchent surtout les Autochtones, les personnes de couleur, les immigrants récents, les femmes et les personnes handicapées. Les personnes à faible revenu de toutes les catégories n'ont pas les moyens de participer pleinement à la société canadienne.

Les contextes spécifiques aux immigrants, aux Autochtones, aux personnes de couleur, aux personnes handicapées et aux femmes du Canada seront abordés plus loin dans le présent document.

L'exclusion sociale mène à des conditions de vie et à des expériences personnelles délétères pour la santé. Elle engendre une pléiade de problèmes sociaux et éducationnels. Elle crée en plus un sentiment d'impuissance, de désespoir et de dépression qui vient diminuer toute chance d'inclusion dans la société.

La figure 10.1 illustre de manière éloquent l'existence de l'exclusion sociale et de son incidence sur la santé. La cartographie des quartiers de Toronto met en évidence les quartiers où se con-

centrent la pauvreté, les cas de diabète et les minorités visibles. Le rapport entre le taux de pauvreté, la prévalence du diabète et les concentrations de minorités visibles est frappant. L'incidence de la COVID-19 et les taux d'hospitalisation afférents à Toronto montrent les mêmes concentrations.

Les observations ci-dessus rejoignent les conclusions d'études révélant que la marginalisation et l'exclusion des personnes et des communautés du reste de la société constituent des facteurs contributifs du diabète de type 2 et de tout un éventail d'autres maladies chroniques, telles que les maladies respiratoires et cardiovasculaires. On associe en outre l'exclusion sociale à une série de problèmes sociaux, dont la sous-scolarisation et la criminalité.

Il semble que la restructuration de l'économie et du marché du travail au Canada soit venue accélérer ces mécanismes d'exclusion sociale. On note une stratification croissante de la qualité des emplois en fonction de l'ethnie. Une proportion exagérée du secteur des emplois peu rémunérés au pays se voit ainsi occupée par des personnes de couleur ou des immigrants récents.

De même, sauf pour les soins de santé et l'école primaire (ou élémentaire) et secondaire, les gouvernements du Canada offrent peu de programmes universels et de prestations universelles comparativement à de nombreux autres pays riches. L'exclusion sociale prend ainsi de l'ampleur en raison de la précarité grandissante de l'emploi, du fait que ce sont les membres des minorités qui sont embauchés pour les emplois précaires et de l'absence de programmes universels et de prestations universelles qui favoriseraient une plus grande contribution à la société canadienne.

Incidence sur les politiques

- Tous les ordres de gouvernement doivent revoir leurs lois et leurs règlements afin de renverser la tendance à la hausse des emplois précaires et peu rémunérés au Canada.

- Les gouvernements doivent renforcer les lois qui protègent les droits des minorités, particulièrement en matière de droit du travail et d'antidiscrimination.

- Il faut revoir le système fiscal de manière à accroître la progressivité de l'impôt. Les gouvernements pourraient ainsi bonifier les prestations et l'aide offertes à l'ensemble de la population canadienne. Pensons par exemple au logement abordable, à la garde d'enfants, à l'assurance-médicaments et à d'autres formes de prestations comme la formation à l'emploi qui est offerte dans de nombreux autres pays riches.

Principales sources

CBC News. (2020). *Lower income people, new immigrants at higher COVID-19 risk in Toronto, data suggests*. <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/low-income-immigrants-covid-19-infection-1.5566384> (en anglais)

Galabuzi, G. E. (2016). Social exclusion. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 388-418). Canadian Scholars' Press.

Noël, A. (2012). *Combattre la pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale : rapport de conférence*. CIQSS et MESS. https://crdcn.org/sites/default/files/rapport_de_conference_final.pdf

Raphael D. (2020) Making sense of poverty: Social inequality and social exclusion. Dans D. Raphael (dir.). *Poverty in Canada: Implications for Health and Quality of Life, 3rd edition* (p. 87-117). Canadian Scholars' Press.

White, P. (1998). Ideologies, social exclusion and spatial segregation in Paris. Dans S. Musterd et W. Ostendorf (dir.). *Urban Segregation and the Welfare State: Inequality and Exclusion in Western Cities* (p. 148-167). Routledge.

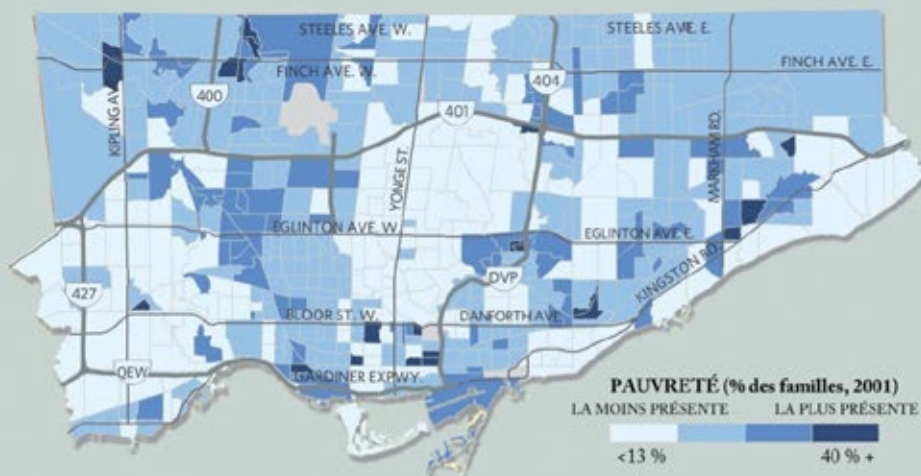
Source (Figure 10.1):

Monsebraaten, L. et Daly, R. (2007, 1^{er} novembre). *Diabetes Lurks in Urban Sprawl*. *Toronto Star*. <https://www.pressreader.com/canada/toronto-star/20071101/page/1>

Tableaux 10.1 Pauvreté, diabète et minorités visibles à Toronto

Pauvreté dans la ville

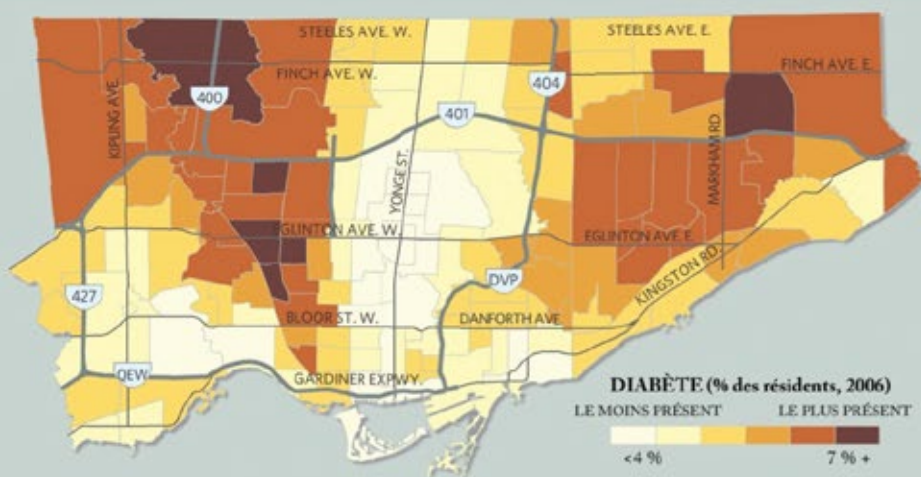
Les quartiers pauvres de la ville sont généralement aussi ceux présentant le plus haut taux de diabète.



Source : Centraide
The Toronto Star

Où le diabète frappe le plus

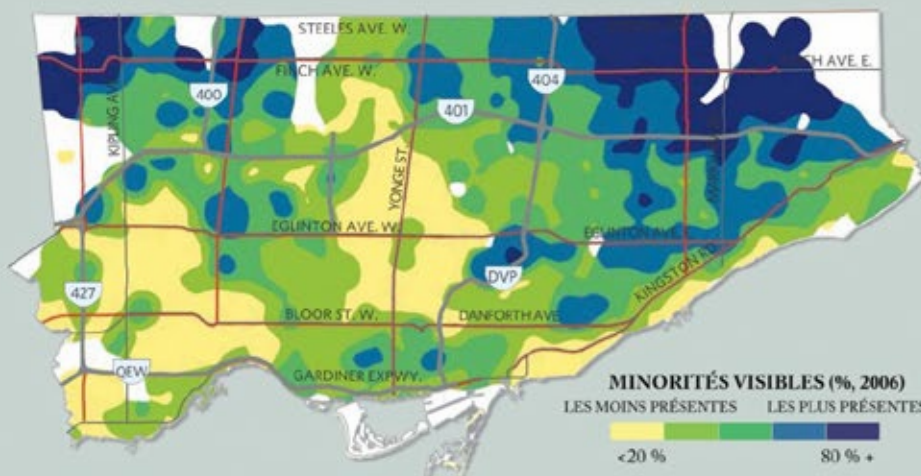
Le nord-ouest et l'est de la ville sont les plus frappés par le diabète.



Source : Atlas ICES (Institute of Clinical Evaluative Sciences)
The Toronto Star

Minorités visibles

La pauvreté, les minorités visibles et le diabète semblent se chevaucher dans Toronto.



Source : Statistique Canada
The Toronto Star

11. FILET DE SÉCURITÉ SOCIALE

L'inégalité augmente au Canada en raison des nombreux changements apportés dans les politiques des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des politiques qui ont mené non seulement à l'étiollement du filet de sécurité sociale instauré par l'État-providence au cours des décennies précédentes, mais aussi à la forte réduction du rôle et de la portée de l'État. [Traduction libre]

– David Langille, 2016

Pourquoi est-ce important?

Le filet de sécurité sociale renvoie à toute une gamme de programmes de prestations et d'aides qui protègent la population contre les aléas de la vie susceptibles d'influer sur leur état de santé. Ces changements surviennent dans le cours normal d'une vie au moment d'avoir et d'élever des enfants, de suivre des études ou de la formation en emploi, de chercher un logement, d'entrer sur le marché du travail et de prendre sa retraite.

Des événements soudains comme un accident, le démembrement de la structure familiale, le chômage de même que l'apparition d'une maladie physique ou mentale ou d'une incapacité peuvent empêcher une personne de travailler. Ces imprévus menacent la santé avant tout parce qu'ils accroissent l'insécurité financière et génèrent un stress psychologique, deux importants déterminants de la santé.

Au Canada, l'incapacité de travailler à la suite de la perte d'un emploi, de l'apparition d'une maladie ou de la désintégration du noyau familial est un prédicteur assez fiable de vulnérabilité à la pauvreté. Personne ne peut prévoir ce genre de coups du sort. Tous les pays riches ont mis en place des programmes, rangés communément sous le vocable d'État-providence, pour offrir une protection et une aide à la population en cas d'adversité. Il s'agit des allocations familiales, des services de garde d'enfants, de l'assurance-emploi, des services sociaux et de santé, de l'aide sociale, des prestations d'invalidité et de l'aide afférente, des soins à domicile ainsi que des prestations de retraite.



Les protections et les prestations offertes par les divers ordres de gouvernement au Canada ne rivalisent d'aucune façon avec celles offertes dans la plupart des autres pays riches (voir les figures 11.1 et 11.2). Au Canada, les prestations d'assurance-emploi couvrent une période allant jusqu'à 45 semaines seulement. Viennent ensuite les prestations d'aide sociale, qui sont néanmoins uniquement destinées aux personnes pour ainsi dire démunies, sans liquidités.

Soulignons à cet effet que l'OCDE publie de nombreuses statistiques sur les dépenses effectuées au titre du filet de sécurité sociale dans ses 36 pays membres. Le Canada figure au 24^e rang parmi les pays membres de l'OCDE, et consacre seulement 17,3 pour cent de son produit intérieur brut (PIB) aux dépenses sociales. Le Canada figure parmi les pays ayant les dépenses publiques les moins élevées, que ce soit au titre des prestations familiales (25^e), de pension de retraite (30^e), de prestations d'aide sociale (26^e de 33 pays dont les données sont disponibles), les prestations d'assurance-chômage (19^e) et les prestations et services offerts aux personnes handicapées (32^e).

Donnons un exemple des trous dans le filet de sécurité sociale canadien. Toute personne sans emploi et qui satisfait aux critères d'admissibilité a accès à l'assurance-emploi. Les récents changements aux critères ont toutefois fait diminuer le pourcentage des personnes admissibles. Quelque 1,1 million de personnes étaient sans emploi au Canada en 2018, dont 63,9 avaient cotisé au programme et, de ce nombre, 87,4 pour cent avaient cumulé le minimum d'heures requis. En bref, seulement

55,8 pour cent des personnes sans emploi ont eu droit aux prestations cette année-là.

Un filet de sécurité sociale efficace ne présente pas seulement des avantages financiers. Des services comme le counseling, la formation à l'emploi et les services communautaires sont également pris en charge. Une politique d'activation sur le marché du travail vise, par exemple, à aider les personnes sans emploi en leur fournissant des possibilités de formation et des ressources en vue de se trouver un nouvel emploi. En la matière, le Canada se situe au 28^e rang au titre des dépenses publiques parmi les 36 pays membres de l'OCDE. Notons que l'action bénévole et l'entraide s'avèrent d'excellents compléments au filet de sécurité sociale déployé par les gouvernements du Canada. Cela dit, l'action bénévole ne peut remplacer le besoin de sécurité et de protection comblé par les organes gouvernementaux.

La population canadienne doit pouvoir compter sur une protection si le marché ne réussit pas à lui assurer une sécurité de base et un revenu suffisant. Se fier uniquement au système de la libre entreprise avive le sentiment d'insécurité dans la population. Un filet de sécurité sociale mou décourage la population de l'action citoyenne et affaiblit la cohésion sociale, ce qui a un effet délétère pour la santé. Les gens jouissent d'une meilleure santé physique et mentale quand ils bénéficient d'une base solide pour mener une vie productive.

Incidence sur les politiques

- Il faut renforcer le filet de sécurité sociale mis en place par les gouvernements municipaux, provinciaux, territoriaux et fédéral. Les dépenses publiques pour soutenir la population font pâle figure à côté de celles de bien d'autres pays riches. Les prestations actuelles ne fournissent pas un revenu suffisant pour faciliter les transitions de la vie.

- Les décideurs du Canada doivent réfléchir à savoir si la minimisation de l'intervention gouvernementale constitue une mesure éthique et durable pour maintenir la santé, promouvoir le bien-être et accroître la productivité économique.

- Il faut pouvoir compter sur des mouvements politiques et sociaux solides qui exerceront une pression sur les gouvernements afin de les exhorter à élaborer des politiques publiques qui viendront renforcer le filet de sécurité sociale du Canada.

Principales sources

Bryant, T. (2016). *Health Policy in Canada, 2nd edition*. Canadian Scholars' Press.

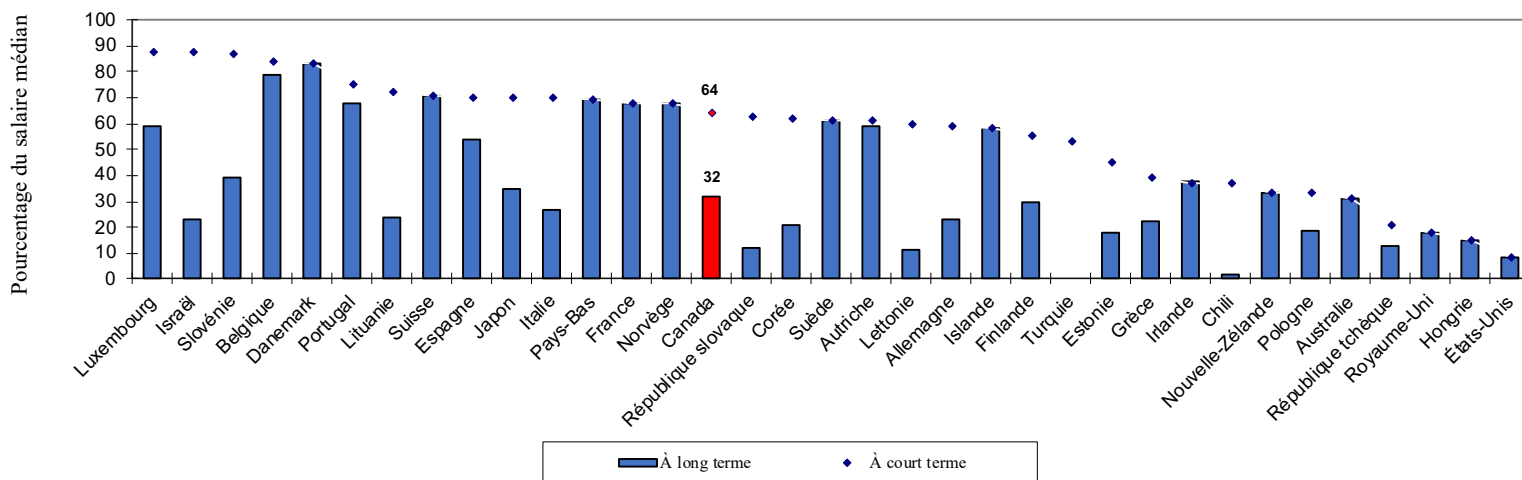
Hallstrom, L. (2016). Public policy and the welfare state. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 521-490). Canadian Scholars' Press.

Langille, D. (2016). Follow the money: How business and politics shape our health. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 470-490). Canadian Scholars' Press.

Organisation de coopération et de développement économiques. (2019). *Panorama de la société 2019 : Les indicateurs sociaux de l'OCDE*. OCDE.

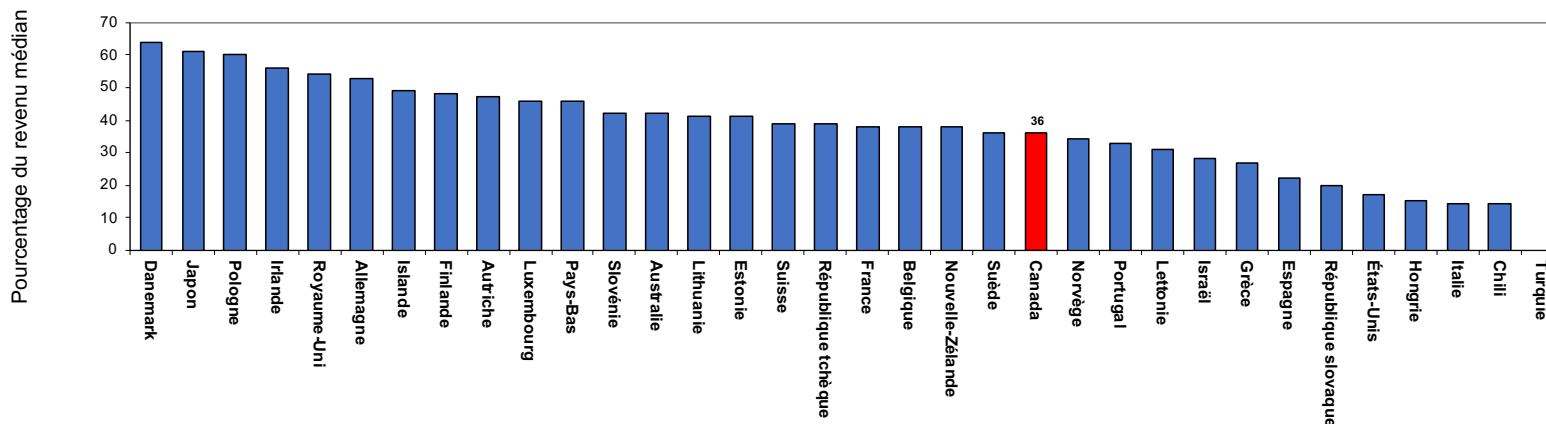
Raphael, D. (2020). Canadian public policy and poverty in international perspective. Dans D. Raphael (dir.). *Poverty in Canada: Implications for Health and Quality of Life, 3rd edition* (p. 419-452). Canadian Scholars' Press.

Figure 11.1 Taux de remplacement des prestations de chômage à court terme (6 mois) [assurance-emploi au Canada] et à long terme (2 ans) [aide sociale au Canada] pour les personnes gagnant 67 % du salaire moyen, 2018



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. (2019). *Prestations chômage, part du revenu précédent*. OCDE. <https://data.oecd.org/fr/benwage/prestations-chomage-part-du-revenu-precedent.htm>

Figure 12.2 Revenu net moyen au titre de l'aide sociale en pourcentage du revenu médian équivalent des ménages, couple avec deux enfants, 2017



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. (2020). *Suffisance des prestations du revenu minimum garanti*. OCDE. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?lang=fr&SubSessionId=c3abddc-17c5-49b5-8506->

12. SERVICES DE SANTÉ

La quantité de données probantes au sujet des iniquités liées à l'état de santé et à l'accès aux soins de santé exige à elle seule d'aller plus loin que l'état biophysique individuel et la supériorité génétique et de considérer une approche systémique et fondée sur les droits de la personne. [Traduction libre]

– Elizabeth McGibbon, 2016

Pourquoi est-ce important?

La qualité des services de soins de santé constitue à la fois un déterminant social de la santé et un droit fondamental. Un système de soins de santé universel a pour principal objet de protéger la santé de la population en répartissant les coûts entre les membres de la société. Une telle couverture s'avère particulièrement efficace pour soutenir les groupes de population à faible revenu, qui n'ont pas les moyens de se payer un régime privé d'assurance-maladie.

La Loi canadienne sur la santé (1984) énonce les règles générales que doivent suivre les gouvernements provinciaux et territoriaux quant à leur régime d'assurance-maladie. Les règles concernent la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité, l'accès et ainsi de suite. Le concept de « payeur unique » renvoie au concept d'administration des soins de santé par un pouvoir public (gestion publique).

La loi canadienne stipule que les provinces et territoires ont l'obligation de fournir tous les services médicaux utiles sur une base universelle (intégralité). L'ensemble de la population a aussi accès aux mêmes garanties prévues par le régime d'assurance maladie de leur instance (universalité). Les gouvernements provinciaux et territoriaux disposent toutefois d'un pouvoir discrétionnaire puisque le texte de loi ne contient aucune liste détaillée des services à couvrir. C'est pourquoi la liste varie d'une province et d'un territoire à l'autre.

Les provinces et territoires garantissent des services de santé aux citoyens canadiens temporairement absents de leur province ou de leur territoire de résidence, au Canada ou ailleurs dans le monde



(transférabilité). En vertu de la loi canadienne, l'ensemble de la population doit avoir le droit aux mêmes soins de santé sans avoir à surmonter quelque barrière financière que ce soit pour les obtenir (accessibilité). Personne ne devrait faire l'objet d'une discrimination fondée sur son revenu, son âge ou son état de santé.

Pourtant, les problèmes d'accès aux soins existent encore. Les enquêtes du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé révèlent que le système de soins de santé du Canada se situe au 9^e rang parmi 11 pays riches (Australie, Canada, France, Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis). Le classement global a été établi à l'aide d'une série de classements, notamment les processus de soins (6^e), l'accès (10^e), l'efficacité administrative (6^e), l'équité (9^e), et les résultats des soins prodigués (9^e).

En ce qui a trait plus particulièrement à l'abordabilité, 30 pour cent des médecins canadiens ont déclaré que leurs patients n'avaient pas toujours les moyens d'assumer les coûts des médicaments ou les frais remboursables. Quelque 28 pour cent des répondants du Canada ont déclaré avoir sauté leur rendez-vous de prévention ou de traitement chez le dentiste au cours des 12 mois précédents à cause de la hausse des coûts. En outre, 16 pour cent des répondants ont dit avoir eu de la difficulté à se prévaloir de soins médicaux durant la même période pour la même raison.

En termes de rapidité, 63 pour cent des répondants du Canada ont déclaré qu'il était assez ou très difficile d'obtenir des soins après les heures normales de

travail. La moitié ont mentionné avoir attendu au moins deux heures aux services d'urgence avant de se faire soigner. Quelque 40 pour cent des médecins ont signalé que leurs patients avaient souvent de la difficulté à obtenir un examen médical par un spécialiste. Environ 30 pour cent des patients ont dit avoir dû attendre au moins deux mois avant d'avoir un tel rendez-vous.

Les indicateurs d'équité se rapportent à l'écart observé entre les individus ayant un revenu supérieur à la moyenne et les individus ayant un revenu inférieur à la moyenne. Au Canada, cet écart se situe à 24 pour cent chez les personnes ayant sauté un rendez-vous de routine ou pour un traitement chez le dentiste dans les 12 mois précédents en raison des coûts. L'écart lié à la quantité de temps suffisante consacrée aux explications par le médecin de famille se situe à 9 pour cent. L'écart concernant les problèmes d'accès aux soins de santé dans les 12 derniers mois précédents à cause des coûts est de 19 pour cent et de 8 pour cent pour ce qui est d'obtenir des soins en dehors des heures de travail. Les indicateurs ont aussi montré que les individus ayant un revenu supérieur à la moyenne avaient en tout temps un meilleur accès aux soins de santé que ceux ayant un revenu inférieur à la moyenne au Canada.

Il y a d'autre part des barrières à la couverture médicale. Au 13^e rang, le système de soins de santé du Canada se situe en tête de bien des pays au titre des dépenses publiques. Ses dépenses budgétaires sont de l'ordre de 7,5 pour cent de son PIB. Or, son régime d'assurance-maladie couvre à peine 70 pour cent de l'ensemble des coûts de soins de santé. Le reste est couvert par les régimes privés et la personne soignée elle-même. Le Canada se classe ainsi au 26^e rang à cet égard sur les 36 pays membres de l'OCDE (voir les figures 12.1 et 12.2). Signalons que l'assurance-maladie ne couvre pas les coûts liés aux médicaments et que la couverture pour les soins à domicile et les soins infirmiers varie d'une province et d'un territoire à l'autre. Ces coûts sont pourtant couverts par le régime d'assurance-maladie d'un grand nombre de pays développés et riches.

Au Canada, les individus ayant un revenu inférieur à la moyenne sont trois fois moins susceptibles de remplir une ordonnance que ceux ayant un revenu supérieur à la moyenne. Dans les conclusions de rapports émanant de Commissions royales, on recommande depuis longtemps la mise sur pied d'un régime d'assurance-médicaments au pays puisque celui-ci aurait l'avantage de promouvoir

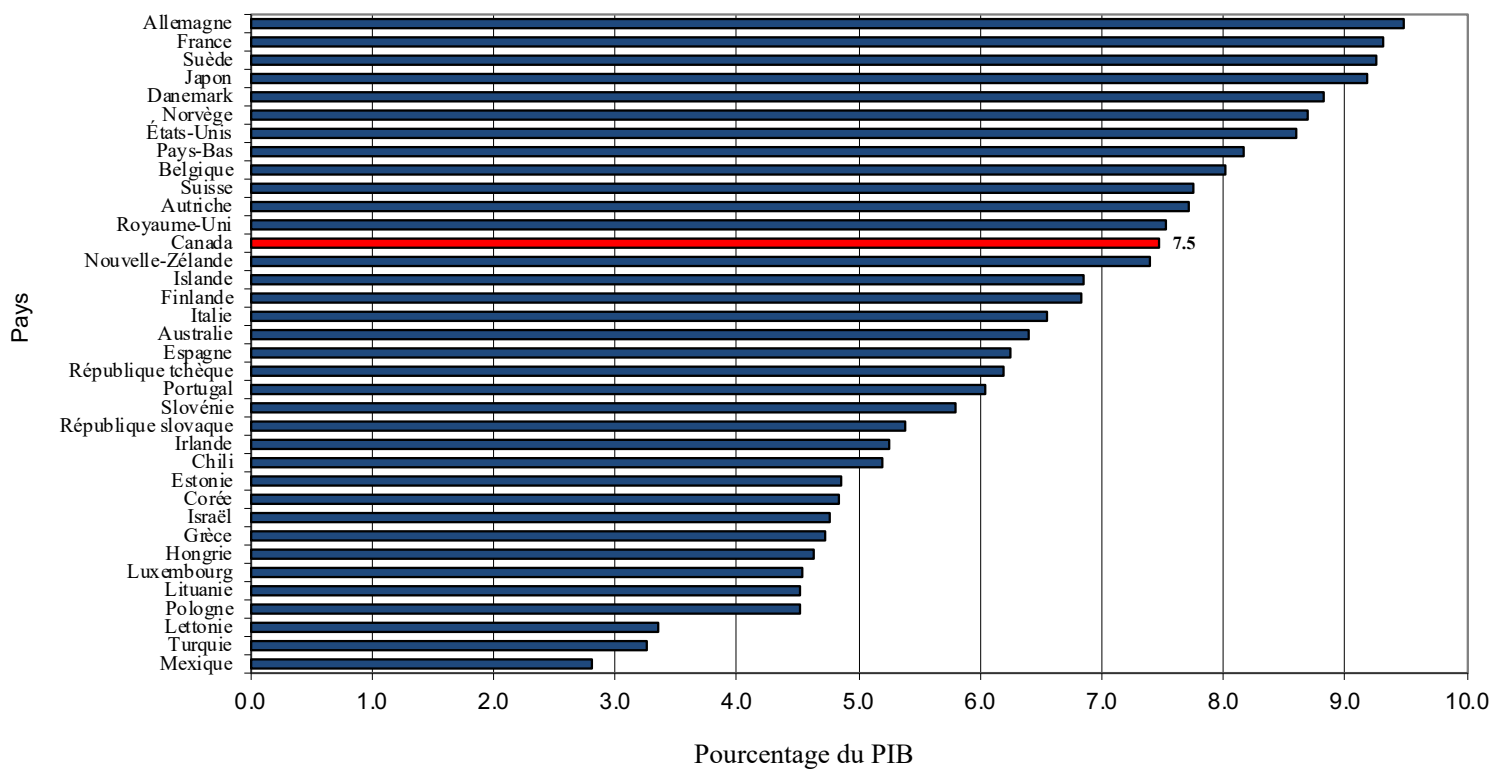
l'équité en matière de soins de santé et de contrôler les prix. Rien n'a cependant été fait à ce sujet. Les coûts au titre des médicaments comptaient pour 14 pour cent des dépenses budgétaires en santé en 2017. Il s'agit du troisième poste budgétaire en importance, derrière les établissements hospitaliers – au premier rang – et les médecins – au deuxième rang. La croissance des soins à domicile est à prévoir en raison du vieillissement de la population, mais rien ne laisse espérer une réforme quelconque dans ce domaine.

Au Canada, 26 pour cent des ménages à faible revenu bénéficient d'un régime d'assurance-dentaire, comparativement à 77 pour cent des ménages à revenu élevé. Évidemment, les premiers sont plus susceptibles de voir le coût des soins dentaires comme un fardeau, d'éviter ou de retarder les rendez-vous et de ne pas pouvoir se prévaloir de tous les traitements nécessaires.

Incidence sur les politiques

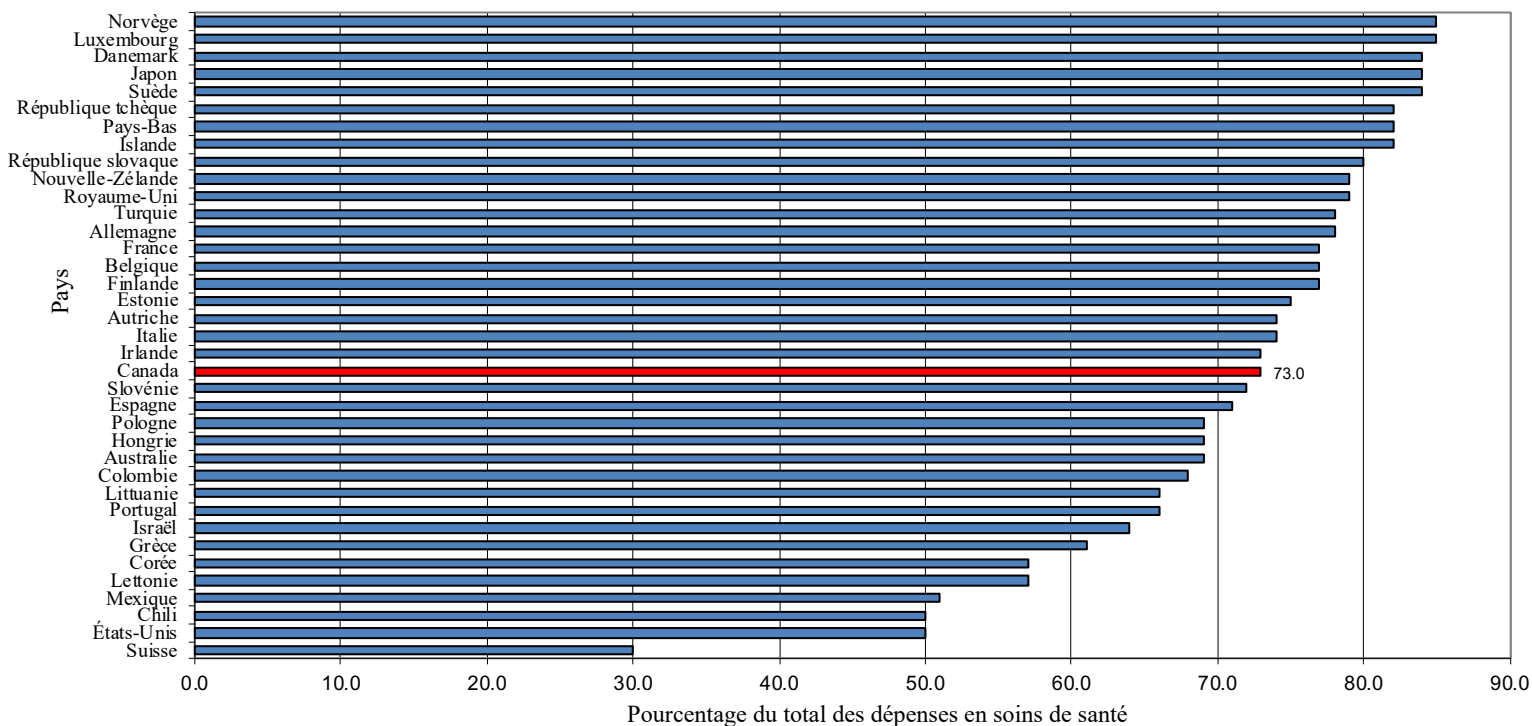
- Les autorités de santé et les responsables des politiques de santé doivent se pencher sur les inégalités constatées en matière d'accès aux soins de santé et aussi reconnaître et faire tomber les barrières à ce chapitre.
- Les gouvernements doivent impérativement mettre en place un régime d'assurance-médicaments et hausser la couverture pour les soins à domicile et les soins infirmiers pour l'ensemble de la population.
- Il faut que les gouvernements renforcent leur régime d'assurance-maladie et empêchent la prolifération des entreprises privées dans le domaine de l'organisation et de la prestation des services de soins de santé.
- Les autorités sanitaires doivent trouver des façons de contrôler l'usage de nouveaux traitements coûteux, mais inefficaces (p. ex. produits pharmaceutiques et techniques de dépistage) qui sont commercialisés à grande échelle par des sociétés privées.
- Il y aurait lieu d'envisager la possibilité de garantir les soins dentaires aux familles à faible revenu.

Figure 12.1 Dépenses publiques en soins de santé en pourcentage du PIB, pays de l'OCDE, 2018



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. (2020). *Données sur les dépenses de santé*. OCDE. <https://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-de-sante.htm>

Figure 12.2 Dépenses publiques en soins de santé en pourcentage du total des dépenses en soins de santé, pays de l'OCDE 2017



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. (2020). *Données sur les dépenses de santé*. OCDE. <https://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-de-sante.htm>

Principales sources

Bryant, T. (2016). *Health Policy in Canada, 2nd edition*. Canadian Scholars' Press.

McGibbon, E. (2016). Oppressions and access to health care: Deepening the conversation. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 491-520). Canadian Scholars' Press.

Raphael, D. (2020). Interactions with the health and social services sectors. Dans D. Raphael (dir.). *Poverty in Canada: Implications for Health and Quality of Life, 3rd edition* (p. 187-224). Canadian Scholars' Press.

Raphael D. (2019). Narrative review of affinities and differences between the social determinants of oral and general health in Canada: Establishing a common agenda. *Journal of Public Health, 41*, e218–e225.

Schneider, E. C., Sarnak, D. O.,... Squires, D. (2017). *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better US Health Care*. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/jul/mirror-mirror-2017-international-comparison-reflects-flaws-and> (en anglais)

13. GÉOGRAPHIE

Géographie et santé sont indissociables. L'endroit où nous naissons, vivons, étudions et travaillons influe directement sur nos expériences en matière de santé, sur l'air que nous respirons, les aliments que nous consommons, les virus auxquels nous sommes exposés et les services de santé auxquels nous avons accès.

– Trevor J.B. Dummer, 2008

En quoi est-ce important?

De toute évidence, la géographie influence notre santé, que ce soit par l'air que nous respirons, les aliments et l'eau que nous consommons ou la pollution de l'environnement et les vecteurs de maladies auxquels nous sommes exposés. En plus, la géographie des régions rurales, éloignées, isolées, du Nord et urbaines détermine les aspects physiques de notre milieu de vie, mais aussi d'autres déterminants de notre santé, notamment l'accès aux soins de santé, aux aliments, à l'éducation, à l'emploi et au logement, qui influencent directement notre état de santé.

La géographie ne concerne pas seulement un espace et un lieu. Elle a aussi à voir avec la manière dont les individus s'organisent et créent des « espaces ». La géographie met en évidence les interrelations entre l'étendue géographique, l'espace, le territoire et les expériences humaines qui sont eux-mêmes façonnés par les contextes sociopolitiques et économiques de la société. L'espérance de vie moyenne est de 84,0 ans pour les femmes et de 79,9 ans pour les hommes au Canada. Or, en Colombie-Britannique, elle s'établit à 84,6 ans chez les femmes et à 80,1 ans chez les hommes. Une différence ressort encore au Nunavut, où on note une grande proportion d'Autochtones. L'espérance de vie moyenne y est de 73,4 ans pour les femmes et de 70,8 ans pour les hommes.

De nombreuses études traitent des liens de cause à effet entre la santé et les lieux géographiques (région urbaine versus région rurale). La corrélation entre les taux de mortalité attribuables à des maladies traitables et l'éloignement est indiscutable. Les taux de mortalité s'avèrent en effet beaucoup plus



élevés dans les régions « éloignées » et « très éloignées », particulièrement chez les hommes (voir la figure 13.1).

La géographie crée des vulnérabilités et des menaces pour la santé qui sont très évitables, tant en milieu rural qu'urbain. Il y a par exemple un rapprochement à faire entre l'insécurité que provoquent des politiques publiques par rapport au logement et la discrimination raciale et la ghettoïsation urbaine à l'endroit des immigrants récents de couleur. En plus, l'embourgeoisement des quartiers urbains exacerbe la défavorisation des immigrants et des communautés de couleur localement. La carte ci-après (voir la figure 13.2) donne les scores liés à l'indice de marginalisation dans la ville et en banlieue de Toronto où les communautés d'immigrants et de personnes racisées tendent à emménager.

Qui plus est, les lois et règlements en matière de protection de l'environnement et d'urbanisation stipulent ce qui est permis par rapport à l'endroit où installer les dépotoirs de déchets dangereux, au degré de pollution de l'air et de l'eau et aux autres types de contamination de l'environnement qui ont des effets pour la santé. La géographie devient un important déterminant de ce genre d'expositions, au même titre que le racisme, le colonialisme et l'oppression jouent un rôle dans la décision d'installer des écocentres et des sites d'enfouissement et d'incinération des matières dangereuses à proximité des communautés de couleur, des quartiers pauvres et des terres autochtones.

La géographie constitue un déterminant de la santé majeur si on considère son incidence sur la santé des Autochtones. Sarah de Leeuw insiste sur l'importance de prendre en compte la géographie pour comprendre la situation de la santé des Autochtones. Les responsables des politiques doivent en outre saisir les leçons de la cosmologie autochtone, par laquelle la géographie physique du monde est indissociable du bien-être de la personne. Selon la professeure autochtone de renom Robin Wall Kimmerer, nous faisons une grave erreur en essayant de séparer le bien-être individuel de la santé du grand tout.

Enfin, la crise climatique est une preuve indéniable de l'importance de la géographie. Le paysage change en effet sous l'effet de l'érosion du littoral, des inondations majeures, des sécheresses et des feux incontrôlés, rendant certaines régions impropres à la vie humaine, animale ou végétale. Dans le contexte de la crise climatique, si nous considérons la géographie comme un déterminant de la santé, nous ne pouvons qu'accepter notre responsabilité de vivre sur la Terre en cherchant à limiter les activités destructives de l'humain. Il faut pour ce faire modifier notre façon de conceptualiser la santé, en la situant dans un modèle holistique englobant la santé de toutes les espèces et de l'environnement.

Incidence sur les politiques

- Les chercheurs et les responsables des politiques du Canada doivent considérer les iniquités de santé liées aux diverses réalités géographiques du pays.
- Il faut des recherches plus poussées sur l'incidence de la pollution industrielle sur les populations et la santé environnementale et sa répartition géographique.
- Les gouvernements gagneraient à passer des lois afin de réglementer l'impact de l'activité industrielle sur l'environnement et de rendre les industries légalement responsables des conséquences dommageables de leurs activités pour la santé.

- Il faut que les urbanistes prennent en compte l'incidence de la répartition inéquitable des ressources dans les espaces urbains sur l'écologie.

- Les chercheurs en santé, en environnement et en politiques doivent collaborer avec les universitaires autochtones et considérer la santé de manière holistique, c'est-à-dire en sachant que la santé des populations est rattachée à la santé de l'environnement et à la survie de la diversité des espèces.

Principales sources

Dummer, T.J. (2008). La géographie de la santé à l'appui des politiques et de la planification en santé publique. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 178(9), 1177-1180.

De Leeuw, S. (2018). Activating place: Geography as a determinant of Indigenous peoples' health and wellbeing. Dans M. Greenwood, S. de Leeuw et N. Lindsay (dir.). *Determinants of Indigenous Peoples' Health: Beyond the Social* (p. 187-203). Canadian Scholars' Press.

Kimmerer, R. (2013). *Braiding Sweetgrass: Indigenous Wisdom, Scientific Knowledge and the Teachings of Plants*. Milkweed Editions.

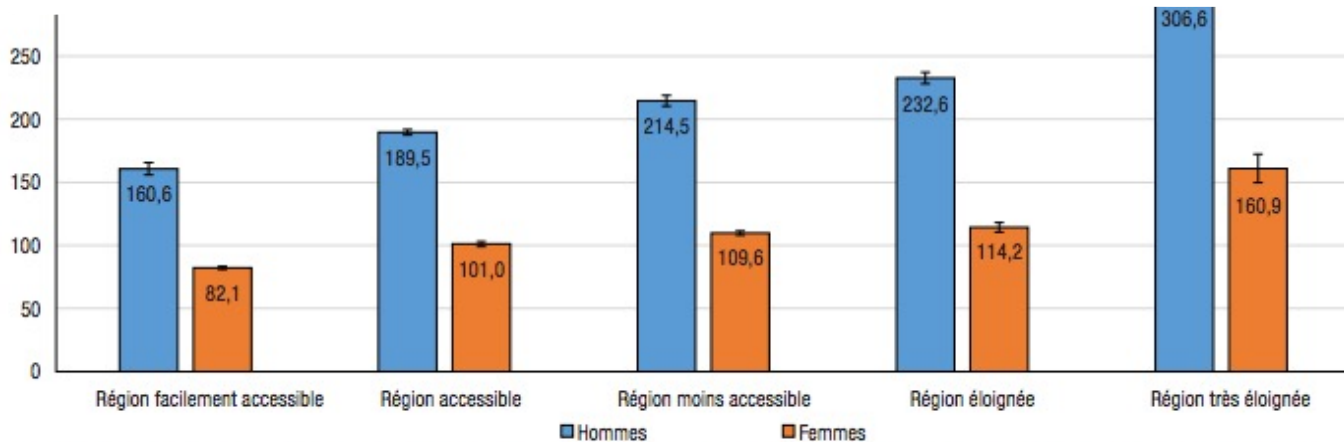
McGibbon, E. (2016). Oppressions and access to health care: Deepening the conversation. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 491-520). Canadian Scholars' Press.

Ontario Community Health Profiles Partnership. (2020). *Ontario Health Profiles*. St. Michael's Hospital. <http://www.ontariohealthprofiles.ca/> (en anglais)

Subedi, R., Greenberg, T. L. et Roshanafshar, S. (2019). La géographie a-t-elle une incidence sur la mortalité? Analyse de la mortalité évitable selon l'indice d'éloignement au Canada. *Rapports sur la santé*, 30(5), 3-16.

Figure 13.1 Taux de mortalité de causes évitables, selon le sexe et l'éloignement relatif

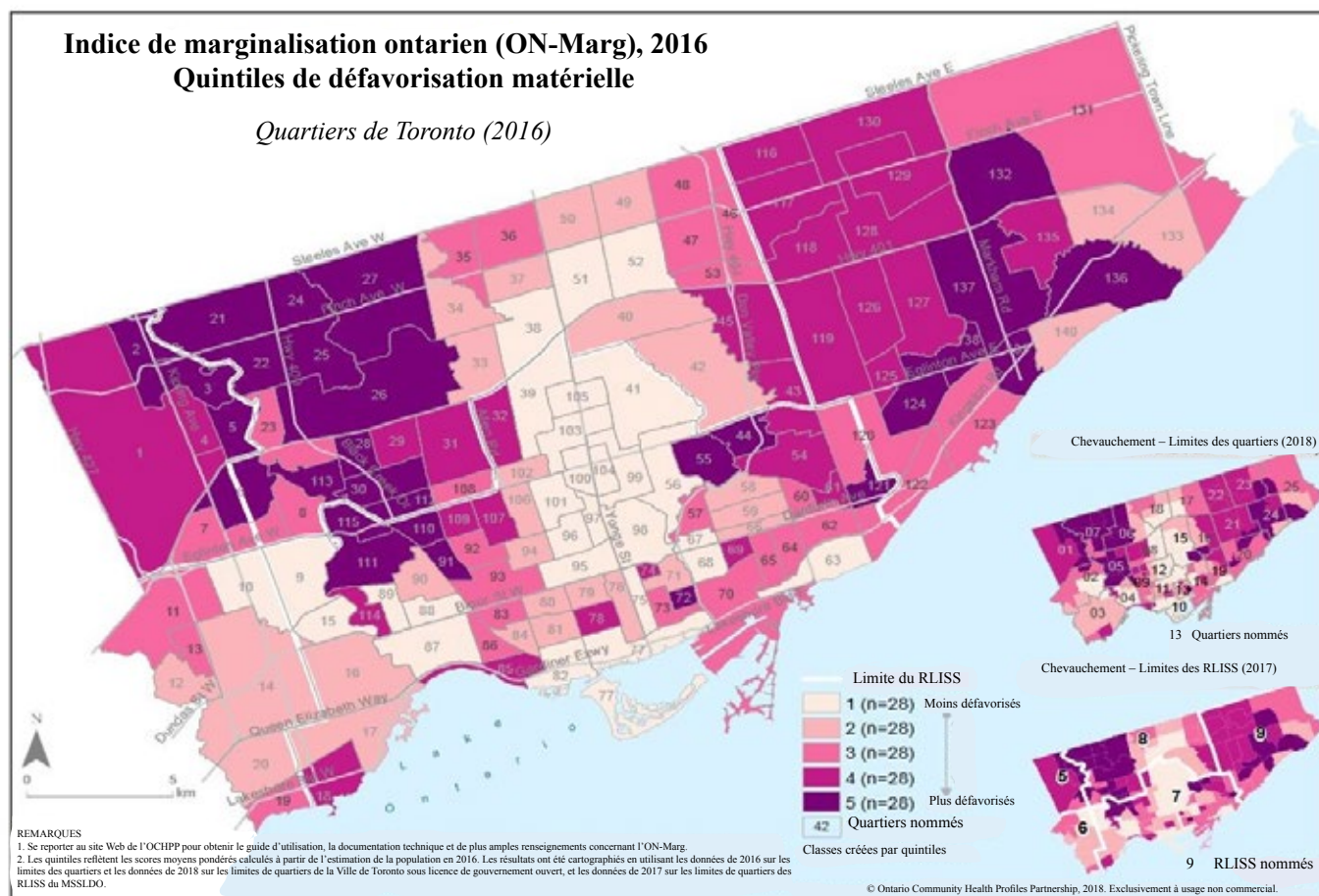
décès pour 100 000 personnes



Note : Tous les taux ont été corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population en fonction du Recensement de la population de 2011 par tranches d'âge de cinq ans, à l'aide d'une méthode directe de normalisation.

Source : Base canadienne de données de l'état civil. Décès de 2011 à 2015 et indice d'éloignement.

Figure 13.2 Indice de marginalisation de l'Ontario. Quintiles de défavorisation des quartiers de Toronto, 2016



Source: Ontario Community Health Profiles Partnership (2020). *Maps -- Ontario Marginalization Index Indicators (LHIN 7 Neighbourhoods)*. Available at <https://tinyurl.com/yytrgmf2> (en anglais)

14. HANDICAP

Pays figurant pourtant parmi les plus développés, le Canada prend toujours du retard quant au respect de ses obligations par rapport à la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Il y a de nombreuses lacunes dans la façon dont les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux respectent, protègent et observent les droits des personnes handicapées.
[Traduction libre]

– Catalina Devandas-Aguilar, 2019

Pourquoi est-ce important?

On considère trop souvent le handicap d'un point de vue médical plutôt que sociétal. Un handicap concerne bien évidemment les fonctions physiques ou intellectuelles. Aussi, le principal enjeu consiste à savoir si la société est favorable à l'idée de fournir aux personnes handicapées le soutien et les occasions nécessaires pour participer à la société canadienne. Contrairement aux autres pays développés et riches de l'OCDE, le montant des prestations aux personnes handicapées est peu élevé au Canada. En plus, les mesures mises en place pour faciliter l'intégration des personnes handicapées dans la société canadienne arrivent bien en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE.

La proportion de la population canadienne ayant déclaré avoir une incapacité est de 22,3 pour cent. Elle se situe à 13,1 pour cent chez les jeunes de 15 à 24 ans, mais grimpe à 20 pour cent chez les adultes de 25 à 64 ans. Chez les personnes de plus de 65 ans, la proportion est de 38 pour cent. Les femmes (24 %) sont plus susceptibles de déclarer avoir une incapacité que les hommes (20 %). Cette différence entre les sexes est apparente dans tous les groupes d'âge.

Signalons que les personnes ayant une incapacité sont moins susceptibles d'occuper un emploi, et advenant le cas, elles gagnent moins que les autres. Au Canada, seulement 59 pour cent des personnes ayant une incapacité et âgées de 25 à 64 ans travaillent comparativement à 80 pour cent des personnes sans incapacité. La sévérité de l'incapacité influe directement sur le taux d'emploi qui est de 76 pour cent pour les personnes ayant une incapacité légère,



mais seulement de 31 pour cent pour les personnes ayant une incapacité très sévère. Les personnes ayant une incapacité gagnent moins que les personnes sans incapacité (12 % de moins pour les personnes ayant une incapacité plus légère et 51 % de moins pour les personnes ayant une incapacité plus sévère). Elles sont aussi toutes plus susceptibles de vivre dans la pauvreté.

Au Canada, 80 pour cent de la population active sans incapacité occupaient un emploi. Parmi ce groupe, 92,5 pour cent des hommes et 81,2 pour cent des femmes travaillaient à temps plein. La proportion des personnes ayant une incapacité et ayant un emploi se situe à 59 pour cent. De ce nombre, seuls 89,2 pour cent des hommes ayant une incapacité légère et 74,9 pour cent des hommes ayant une incapacité très sévère travaillaient à temps plein. Chez les femmes, les proportions sont de 77,2 pour cent et de 70,9 pour cent respectivement.

Il est encore plus préoccupant de voir le taux de chômage se situer à 24 pour cent des personnes ayant une incapacité légère puis passer à un effarant 69 pour cent des personnes ayant une incapacité très sévère. Chez cette tranche de la population active (les 25 à 64 ans) au Canada, le revenu personnel était fortement lié au degré de sévérité de l'incapacité.

Les personnes sans incapacité avaient un revenu médian personnel après impôt plus élevé (38 980 \$) que les personnes ayant une incapacité légère (34 330 \$) et que les personnes ayant une in-

capacité plus sévère (19 160 \$). En fait, au Canada, le revenu des personnes ayant une incapacité très sévère était deux fois moins élevé que celui des personnes sans aucune incapacité. Pas surprenant que le taux de pauvreté (MFR-ApI) des personnes sans incapacité se situait à 8,6 pour cent, alors que celui des personnes ayant une incapacité était de 23,2 pour cent.

Plus de 40 pour cent des personnes ayant une incapacité ne font pas partie de la population active au Canada. La situation en force un bon nombre à vivre des prestations d'aide sociale. Les prestations au pays sont nettement insuffisantes et ne permettent pas de s'approcher du seuil de pauvreté dans la plupart des villes. Ce n'est pas étonnant vu que le Canada est l'un des pays de l'OCDE qui verse les plus maigres des prestations aux personnes ayant une incapacité. L'OCDE calcule les dépenses publiques relatives à l'incapacité en prenant en compte les prestations en espèces en raison d'une incapacité de même que les dépenses destinées à soutenir la participation des personnes handicapées au marché du travail. Soulignons que le Canada arrive au 32^e rang parmi les 36 pays membres de l'OCDE à ce chapitre (voir la figure 14.1).

En 2004, l'OCDE a commandé une étude de fond sur les politiques d'invalidité dans ses pays membres. On a ainsi créé des indices de compensation et d'intégration des personnes ayant une incapacité. Chacun de ces indices reposait sur une dizaine de mesures de l'étendue des prestations et des aides offertes par les gouvernements aux personnes ayant une incapacité. Le Canada, outre la Corée, est ressorti comme étant le pays offrant les compensations et les prestations les plus infimes à ses citoyens ayant une incapacité. Ses critères d'admissibilité aux prestations – très insuffisantes – comptaient à ce moment parmi les plus stricts. Le pays faisait un peu meilleure figure, même s'il arrivait en dessous de la moyenne, en ce qui avait trait à l'intégration des personnes ayant une incapacité dans le monde du travail.

Rien ne permet de penser que les choses ont changé depuis ce temps. En 2007, le gouvernement canadien dépensait seulement 0,9 pour cent du PIB en prestations liées à une incapacité. En 2017, la proportion avait diminué à 0,8 pour cent du PIB.

La figure 14.2 montre l'évolution de la situation au Canada et dans 18 autres pays de l'OCDE entre 1990 et 2014. On peut y constater que le Canada est le pays ayant versé le moins en prestations et qu'il a dépensé moins en mesures d'intégration que la plupart des autres pays. Il reste de toute évidence encore beaucoup de chemin à parcourir pour aider les personnes ayant une incapacité au Canada.

Un bon nombre des problèmes liés au marché du travail viennent du fait que les employeurs se déclarent incapables de répondre aux besoins des personnes ayant une incapacité ou tout simplement réfractaires à faire l'effort. La majorité des modifications nécessaires s'avèrent en général mineures, et la plupart représentent un coût annuel de moins de 2000 dollars. Pour bien des personnes ayant une incapacité, l'hésitation des employeurs à ce titre est profondément blessante et frustrante.

Le Canada a récemment ratifié la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies, ce qui l'oblige maintenant de faire rapport de ses progrès dans ce dossier. En 2017, le Comité des droits des personnes handicapées mis sur pied par les Nations Unies a émis ses observations finales concernant le rapport initial du Canada. Les principales recommandations formulées par la rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées de l'époque sont reproduites ci-dessous dans la section sur l'incidence sur les politiques. Le site Web de l'organisme Disability Rights Promotion International donne de plus amples renseignements sur la Convention et ses répercussions à l'adresse <http://www.yorku.ca/drpi/>.

Incidence sur les politiques

- En l'absence d'une politique nationale permettant de coordonner et de guider la mise en place de la Convention par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, le gouvernement du Canada devrait s'engager à instaurer un mécanisme de suivi indépendant comme il est stipulé au paragraphe 2 de l'article 33 de la Convention afin de promouvoir, de protéger et de suivre l'application de la Convention.

- Il faudrait pousser plus loin les discussions sur les droits des personnes handicapées en se concentrant davantage sur les droits de la personne que sur l'aide sociale.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient instaurer les politiques utiles pour offrir un système d'éducation entièrement inclusif, ce qui n'est pas encore le cas dans un bon nombre de provinces et de territoires.
- Il faudrait que le gouvernement canadien revoie son système de protection sociale afin d'assurer des interventions fondées sur les droits de la personne et propres à promouvoir l'action citoyenne, l'inclusion sociale et la participation collective des personnes handicapées
- Le gouvernement canadien doit mettre en place des politiques publiques globales qui garantiraient aux personnes handicapées l'accès à l'aide nécessaire pour vivre de manière autonome dans leur collectivité.

Principales sources

Böheim, R. et Leoni, T. (2018). Sickness and disability policies: Reform paths in OECD countries between 1990 and 2014. *International Journal of Social Welfare*, 27(2), 168-185.

Organisation de développement et de coopération économiques. (2003). *Transformer le handicap en capacité*. OCDE.

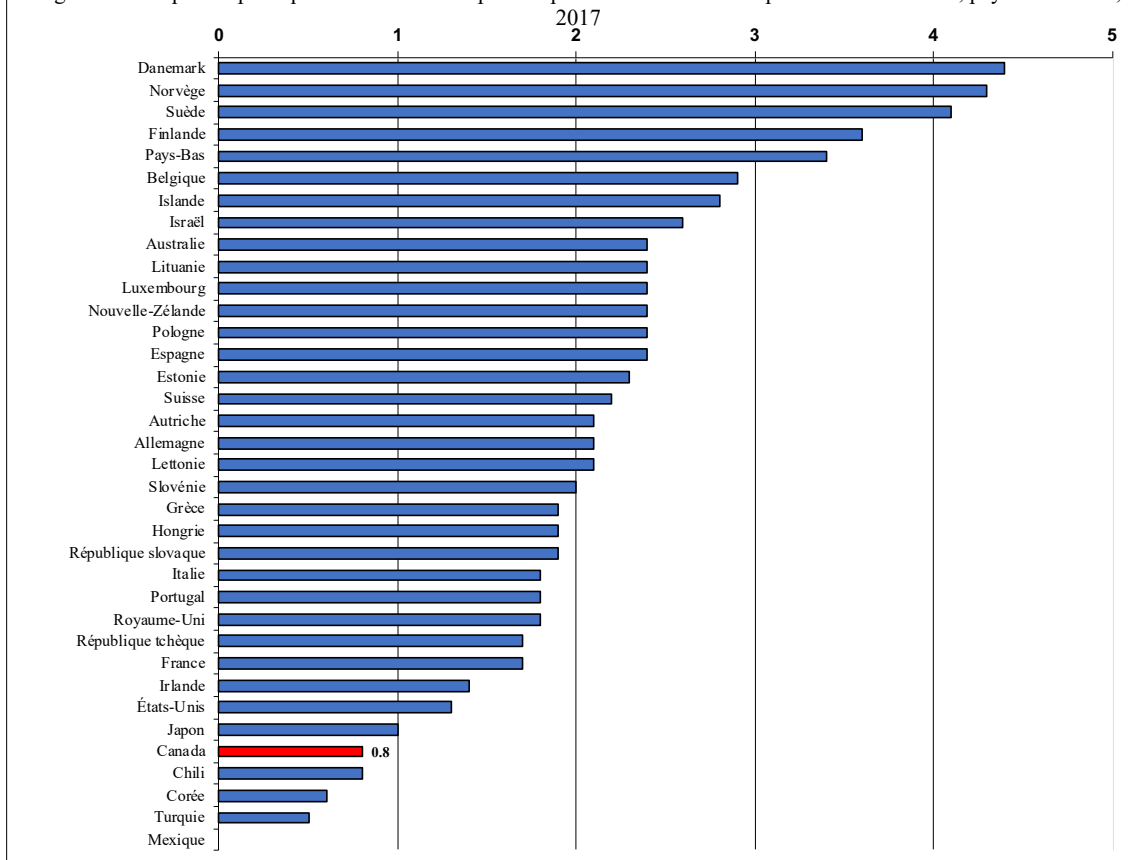
Morris, S., Fawcett, G., Brisebois, L. et Hughes, J. (2018). *Un profil de la démographie, de l'emploi et du revenu des Canadiens ayant une incapacité âgés de 15 ans et plus, 2017*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-654-x/89-654-x2018002-fra.pdf?st=VCtPf1dK>

Rioux, M. et Daly, T. (2019). Constructing disability and illness. Dans T. Bryant, D. Raphael et M. Rioux (dir.). *Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care, 3rd edition* (p. 351-371). Canadian Scholars' Press.

Comité des droits des personnes handicapées – Nations Unies. (2017). *Observations finales concernant le rapport initial du Canada*. Auteur. <http://cad.ca/wp-content/uploads/2017/04/CDPH-Observations-finales-concernant-le-rapport-initial-du-Canada.pdf>

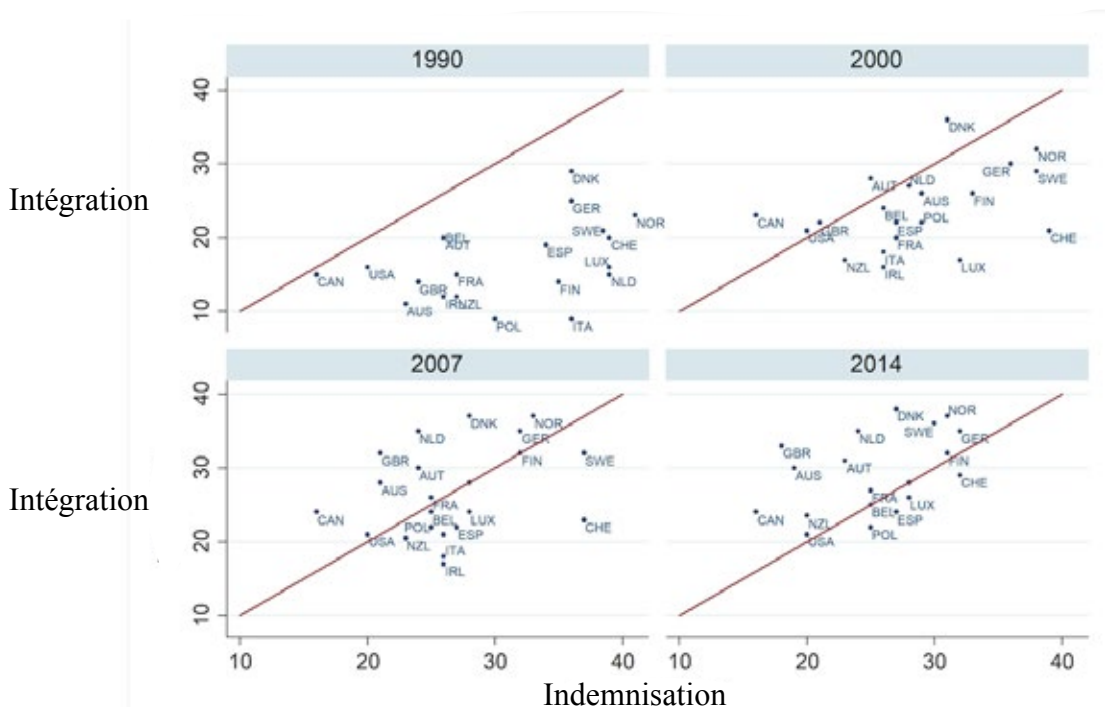
Wall, K. (2017). *Le faible revenu chez les personnes ayant une incapacité au Canada*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2017001/article/54854-fra.htm>

Figure 14.1 Dépenses publiques relatives à l'incapacité - prestations connexes exprimées en % du PIB, pays de l'OCDE,



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. (2018). *Données sur les dépenses publiques relatives à l'incapacité*. OCDE. <https://data.oecd.org/fr/social/exp/depenses-publiques-relatives-a-l-incapacite.htm>

Figure 14.2 Niveaux de score de l'OCDE en matière de politique d'invalidité, 1990, 2000, 2007 et 2014



Source : Böheim, R., et Leoni, T. (2018). *Sickness and disability policies: Reform paths in OECD countries between 1990 and 2014*. *International Journal of Social Welfare*, 27(2), 168-185.

15. ASCENDANCE AUTOCHONE

En étant l'un des pays les plus riches au monde, le Canada est parfaitement en mesure de corriger ses erreurs du passé et de garantir à l'ensemble de la population canadienne, y compris aux premiers peuples, des conditions de vie favorisant la santé et le bien-être.

[Traduction libre]

– Janet Smylie et Michelle Firestone, 2016

Pourquoi est-ce important?

Les populations autochtones au Canada représentent 4,9 pour cent de la population du pays, soit 1 673 785 personnes, dont 977 230 personnes des Premières Nations, 587 545 Métis et 65 025 Inuits. Leur santé est inextricablement liée à l'histoire de la colonisation. Rappelons par exemple l'adoption de législations comme la *Loi sur les Indiens*, en 1876, l'indifférence par rapport aux revendications territoriales des Métis, la réinstallation de communautés inuites et l'établissement des pensionnats. La situation des premiers peuples du Canada est donc aujourd'hui déplorable au regard des déterminants sociaux de la santé préjudiciables et de l'état de santé globale.

En 2016 au Canada, le revenu moyen des hommes autochtones s'établissait à 28 560 dollars, ce qui représente 69 pour cent de celui d'un homme non autochtone (41 230 \$). Le revenu moyen des femmes s'élevait à 23 681 dollars, ce qui représente 81 pour cent de celui d'une femme non autochtone (29 131 \$). Chez les Autochtones vivant dans une réserve, la proportion diminuait à 44 pour cent (18 483 \$) pour les hommes et à 63 pour cent (18 483 \$) pour les femmes. Le revenu moyen des Autochtones vivant hors réserve grimpait quelque peu (pour les hommes : 33 442 \$ ou 80 % du revenu des non-Autochtones et pour les femmes : 25 006 \$ ou 84 % du revenu des non-Autochtones). Cela dit, il demeurait quand même nettement en deçà du revenu moyen du reste de la population active du pays.

La même année, 24 pour cent des ménages autochtones canadiens disposaient d'un revenu inférieur



au seuil de faible revenu après impôt (taux de pauvreté), comparativement à 14 pour cent des autres ménages du pays. De ce nombre, 30 pour cent étaient des personnes des Premières Nations, 17,5 pour cent, des Métis et 19 pour cent, des Inuits. Le taux de chômage chez les Autochtones atteignait la même année 10,1 pour cent, soit presque le double de celui établi à 5,5 pour cent pour les ménages non autochtones. Dans les populations des Premières Nations vivant dans une réserve, le taux de chômage se situait à 25 pour cent, une proportion deux fois plus élevée que pour les Autochtones vivant hors réserve.

En outre, le niveau de scolarité des Autochtones du Canada diffère nettement de celui des non-Autochtones. En 2016, parmi les personnes des Premières Nations vivant dans une réserve, 52,9 pour cent des hommes et 61 pour cent des femmes étaient titulaires d'un diplôme d'études secondaires. Ces pourcentages grimpaient chez les personnes des Premières Nations vivant hors réserve : 73,2 pour cent chez les hommes et 78,7 pour cent chez les femmes. Pour les Inuits, les chiffres s'établissaient à 55 pour cent pour les hommes et à 57,1 pour les femmes et, pour les Métis, à 78,8 pour cent pour les hommes et à 84,8 pour cent pour les femmes. Cependant, ces pourcentages font pâle figure face à ceux enregistrés pour le reste des ménages canadiens, où 87,7 pour cent pour des hommes et 90,6 pour cent pour des femmes détenaient un diplôme d'études secondaires cette année-là.

En 2017-2018, alors que le taux d'insécurité alimentaire pour l'ensemble des ménages canadiens

s'établissait à 12 pour cent, il atteignait 28,2 pour cent chez les ménages autochtones. Une étude menée en 2018 auprès de 100 communautés des Premières Nations sélectionnées de façon aléatoire d'un bout à l'autre du Canada a révélé que 48 pour cent des ménages des Premières Nations luttent contre l'insécurité alimentaire. En Alberta, le taux d'insécurité alimentaire grimpe à 60 pour cent, une proportion sept fois plus élevée que celui situé à 8,4 pour cent pour l'ensemble du pays. Au Nunavut, 57 pour cent des ménages se trouvaient en situation d'insécurité alimentaire, et la proportion était de 78,7 pour cent chez les enfants.

De plus, 10 pour cent des ménages non autochtones au Canada avaient déclaré en 2016 des besoins impérieux en matière de logement (problèmes liés à l'abordabilité, à la taille ou à la qualité). Chez les ménages autochtones, la proportion atteignait 19,8 pour cent, soit 23,9 pour cent des Autochtones inscrits et 19 pour cent des non-inscrits. Enfin, 14,3 pour cent des Métis et 39 pour cent des Inuits ont déclaré être dans la même situation.

Au Canada, les Autochtones étaient en 2016 plus de trois fois plus susceptibles de vivre dans des bâtiments nécessitant des réparations majeures (23,4 %) que les ménages non autochtones (7 %). Le pourcentage grimpe à 44,1 pour cent dans les réserves des Premières Nations, et diminue à 13,8 pour cent chez les Autochtones vivant hors réserve. La proportion se situait à 26,2 pour cent chez les Inuits et à 11,3 pour cent chez les Métis.

Les effets délétères d'un revenu moins élevé et d'un taux de pauvreté plus élevé entraînent chez les Autochtones du Canada une plus grande prévalence de maladies de toutes sortes et de décès prématurés. Alors que l'espérance de vie s'établissait à 81,0 dans l'ensemble du pays, elle était beaucoup plus basse dans les populations autochtones (75,1 ans chez les Premières Nations, 77,0 ans chez les Métis et 68,5 ans chez les Inuits).

À l'aide d'une méthode d'analyse par région géographique, les analystes de Statistique Canada ont pu établir que les taux de mortalité infantile sont 3,9 fois plus élevés dans les régions à forte concentration de ménages inuits (13,5/1000 naissances vivantes), 2,3 fois plus élevés

dans les régions à forte concentration de Premières Nations (8,1/1000 naissances vivantes) et 1,9 fois plus élevés dans les régions à forte concentration de Métis (6,6/1000 naissances vivantes) que dans les régions à faible concentration d'Autochtones (3,5/1000 naissances vivantes). Ils ont noté dans la population autochtone beaucoup plus de cas de maladies infectieuses et de maladies chroniques que dans le reste de la population du Canada. Le taux de suicide y est par ailleurs de cinq à six fois plus élevé.

Il y a en effet une plus forte prévalence de maladies infectieuses comme la tuberculose, la coqueluche, la rubéole, la shigellose et la chlamydia dans les communautés autochtones du Canada. Les cas de tuberculose y sont cinq fois plus nombreux que dans l'ensemble de la population canadienne. Ces maladies reflètent la situation problématique des Autochtones par rapport aux déterminants sociaux de la santé en raison des effets de la pauvreté, tant dans les réserves que hors réserve.

La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, une résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2007 et ratifiée par le Canada, fait état de nombreux domaines où les gouvernements pourraient intervenir pour améliorer la situation des peuples autochtones dans leur pays. Le texte de la déclaration comporte des articles explicites concernant le développement économique et social, le droit de jouir du meilleur état de santé possible et le droit de protéger et de préserver l'environnement.

Le gouvernement du Canada s'est inspiré de l'Indice de développement humain (IDH) des Nations Unies pour créer l'Indice de bien-être des communautés (IBC). La figure 15.1 montre le retard des populations autochtones par rapport au reste de la population canadienne en ce qui concerne les indicateurs de l'IBC. D'après l'IDH des Nations Unies, les communautés autochtones du Canada occupaient en tant que nation distincte le 33^e rang au monde en 2001. Certains soutiennent qu'elles se classent aujourd'hui entre les 63^e et 78^e rangs.

Incidence sur les politiques

La majorité des recommandations formulées en 1996 dans le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones n'ont pas encore été mises en œuvre, notamment :

- la reconnaissance d'un ordre de gouvernement autochtone ayant autorité sur les questions de saine gouvernance et de bien-être des peuples autochtones et de leurs territoires;
- le remplacement du ministère des Affaires indiennes et du Nord par deux ministères, l'un ayant pour mandat d'instaurer une nouvelle forme de relation avec les nations autochtones et l'autre celui de fournir des services aux communautés non autonomes;
- la création d'un Parlement autochtone;
- la mise en place de mesures pour combler les besoins sociaux, éducationnels, sanitaires et de logement, y compris la formation de 10 000 professionnels de la santé sur une période de 10 ans, l'établissement d'une université des peuples autochtones et la reconnaissance du pouvoir des nations autochtones sur le bien-être de leurs enfants.

Et en 2015, la Commission de vérité et réconciliation a publié les Appels à l'action par lesquels elle énonçait 94 recommandations. Deux des recommandations concernent une approche globale pour améliorer la vie des peuples autochtones, en l'occurrence :

- *Nous demandons aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de même qu'aux administrations municipales d'adopter et de mettre en œuvre la Déclaration des Nations Unies sur les*

droits des peuples autochtones dans le cadre de la réconciliation.

- *Nous demandons au gouvernement du Canada d'élaborer un plan d'action et des stratégies de portée nationale de même que d'autres mesures concrètes pour atteindre les objectifs de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.*

Principales sources

Assemblée des Premières Nations. (2019). *Honorer les promesses. Priorités des Premières Nations et du Canada pour les élections fédérales 2019*. Auteur.

Services aux Autochtones Canada. (2019). *Rapport sur les tendances dans les communautés des Premières Nations de 1981 à 2016*. Auteur. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1345816651029/1557323327644>

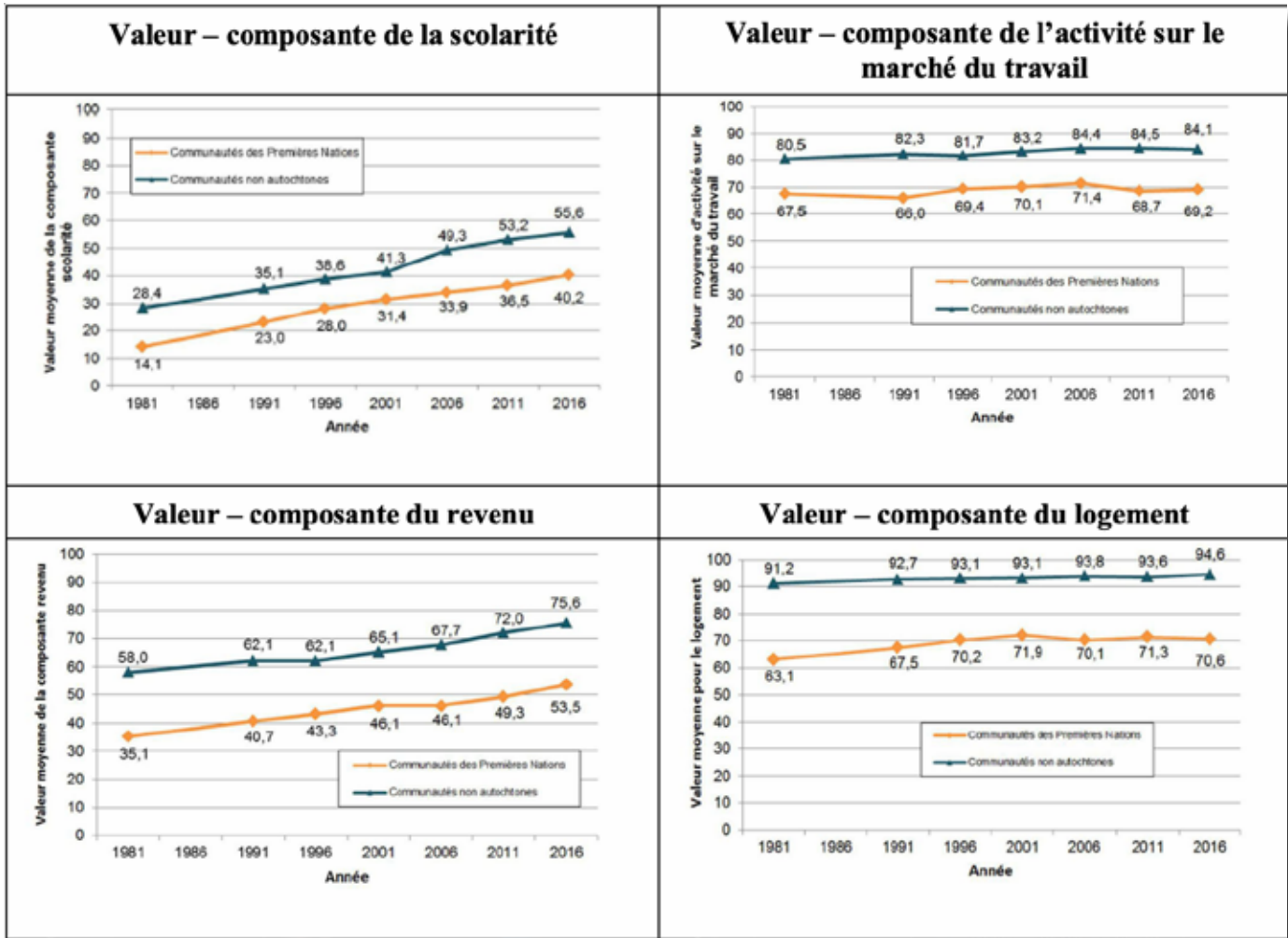
Commission royale sur les peuples autochtones. (1996). *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*. Affaires indiennes et du Nord Canada.

Smiley, J. et Firestone, M. (2016). The health of Indigenous peoples. Dans D. Raphael (dir.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 434-466). Canadian Scholars' Press.

Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVRC). (2015). *Appels à l'action*. CVRC. <https://nctr.ca/documents/rapports/?lang=fr>

Nations Unies (2007). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_F_web.pdf

Figure 15.1 Valeurs moyennes de l'IBC des communautés des Premières Nations et des communautés non autochtones, Canada, de 1981 à 2016



Source : Services aux Autochtones Canada (2019). *Rapport sur les tendances dans les communautés des Premières Nations, de 1981 à 2016*. Auteur. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1345816651029/1557323327644>

16. GENRE

Le genre entre en ligne de compte en ce qui concerne la santé et les soins. La question semble indéniable, mais on ne la reconnaît que depuis peu dans les recherches et les politiques sur la santé. [Traduction libre]

– Pat Armstrong, 2016

Pourquoi est-ce important?

Au Canada, la situation des femmes au regard des déterminants sociaux de la santé est plus défavorable que celle des hommes. C'est parce que les femmes assument une plus grande part de responsabilités en matière d'éducation des enfants et de travaux ménagers, mais aussi parce qu'elles font l'objet de discrimination systématique. Les femmes occupent des postes à salaire plus bas et font davantage face à de la discrimination au travail que les hommes. Elles détiennent en outre moins souvent que les hommes un poste à temps plein. Elles ont donc moins de chance de répondre aux critères d'admissibilité à l'assurance-emploi si cela s'avérait nécessaire. C'est pourquoi presque toutes les décisions prises en matière de politiques publiques et qui entraînent l'érosion du marché du travail, des conditions de travail et du filet de sécurité sociale ont des conséquences plus graves pour les femmes que pour les hommes.

Les femmes perçoivent généralement une rémunération moindre que les hommes, tous postes confondus. Elles travaillent moins d'heures que les hommes et leur taux horaire équivaut à 87 pour cent de celui des hommes. Ces grandes disparités concernent toutes les femmes, même si celles-ci travaillent à temps plein toute l'année, et même si elles détiennent en plus un diplôme universitaire.

Les domaines d'emploi dominés par les hommes paient habituellement plus, mais les femmes qui y travaillent touchent généralement un moins bon salaire. Chez les gestionnaires de haut niveau, par exemple, les femmes gagnent l'équivalent de 86 pour cent du salaire d'un homme. Dans la haute direction, la proportion diminue à 68 pour cent. Même si l'écart salarial tend à se rétrécir, il demeure toujours non négligeable. En effet, les hommes perçoivent en moyenne 31,05 dollars l'heure et les



femmes, 26,92 dollars l'heure. La figure 16.1 montre l'écart entre les sexes relativement au taux horaire, par province. La différence passe de 7,4 pour cent au Nouveau-Brunswick à 18,6 pour cent en Colombie-Britannique. Aucun écart statistiquement significatif n'a été constaté entre les sexes à ce chapitre à l'Île-du-Prince-Édouard.

Par comparaison avec d'autres pays, le Canada figure parmi les pays présentant le plus grand écart de rémunération – 18,5 pour cent – entre les hommes et les femmes. Le pays se classe donc au 23^e rang parmi 27 pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles (voir la figure 16.2). Combattre la discrimination en milieu de travail permettrait d'éliminer toute forme de discrimination fondée sur le genre. Signalons que l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes est moins marqué et la couverture offerte par les avantages sociaux, plus généreuse, dans les milieux de travail syndiqués au pays.

Au Canada, le manque de garderies à un prix abordable et de bonne qualité constitue un autre enjeu de taille sur le plan de l'inégalité entre les sexes. La situation force certaines femmes à rester à la maison et à s'occuper des responsabilités familiales. Si on multipliait les garderies à un prix abordable, on augmenterait les occasions pour les femmes de participer à la vie active. Les mères monoparentales risquent davantage de se retrouver dans la pauvreté en raison du manque de services de garde d'enfants à un prix abordable et des salaires généralement plus bas pour les femmes.

Les femmes jouissent d'une espérance de vie de 84 ans, comparativement à 79,9 ans pour les hommes. Le taux de mortalité plus élevé et l'espérance de vie moins élevée chez les hommes ne signifient pas pour autant que les femmes vivent en meilleure santé. Les femmes connaissent un plus grand nombre de périodes d'invalidité de longue durée et de maladies chroniques que les hommes. En revanche, les hommes s'exposent plus aux accidents et aux formes d'exclusion sociale plus lourdes de conséquences, comme l'itinérance et des problèmes graves de toxicomanie, ce qui explique globalement les années en moins.

Certains aspects liés au genre relèvent plus particulièrement de la santé des hommes. Le taux de suicide est quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les hommes sont plus souvent soit les auteurs soit les victimes d'un vol ou d'une agression physique. De plus, ils comptent pour environ 95 pour cent de la population carcérale.

Les jeunes hommes défavorisés – c'est-à-dire qui vivent dans la pauvreté, ont un faible niveau de scolarité et sont au chômage – sont plus enclins à adopter des comportements antisociaux et à perpétrer des infractions que les femmes. Qui plus est, la santé des hommes se voit parfois influencée, de manière négative, par des construits malsains concernant la masculinité et idéalisant l'agressivité, la dominance et l'autonomie excessive.

Les études révèlent également que la discrimination vécue par les gais, les lesbiennes et les transsexuels crée un stress ayant des effets délétères pour la santé. Le stress est particulièrement aigu à l'adolescence, au moment où les jeunes gais et lesbiennes ont à assumer leur identité. La discrimination s'avère aussi un problème lors de l'entrée dans le monde du travail.

La santé des personnes de tous les genres dépend de la répartition des ressources sociales et financières. Changer cette répartition exige de prendre des mesures qui vont au-delà des secteurs des soins de santé ou des services sociaux. Il importe en effet de garantir un salaire minimum vital et des prestations d'aide sociale suffisantes et des logements et des services de garde d'enfant à un prix abordable en plus d'assouplir les critères d'admissibilité à l'assurance-emploi. L'instauration et l'application

de lois sur l'équité salariale de même que l'application de règlements antidiscriminatoires pèsent tout autant dans la balance.

Incidence sur les politiques

- Le renforcement et l'application de lois sur l'équité salariale permettraient d'améliorer l'emploi et la situation financière des femmes du Canada.
- La réduction des formes les plus graves de pauvreté et d'exclusion sociale viendrait aussi diminuer le nombre de cas d'incarcération, d'itinérance et de problèmes graves de toxicomanie chez les hommes vulnérables.
- L'instauration d'un programme de garderies de bonne qualité et à un prix raisonnable permettrait de fournir aux femmes des occasions de participer au monde du travail et d'améliorer leur situation financière.
- L'assouplissement des critères d'admissibilité à l'assurance-emploi pour les travailleurs à temps partiel permettrait de venir en aide aux femmes qui cumulent le travail et les responsabilités de dispensatrice de soins.
- L'élaboration de politiques qui favoriseraient la conclusion de conventions collectives grâce à la syndicalisation des milieux de travail serait particulièrement bénéfique pour les femmes du Canada.

Principales sources

Armstrong, P. (2016). Public policy, gender, and health. Dans D. Raphael (Ed.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 544-560). Canadian Scholars' Press.

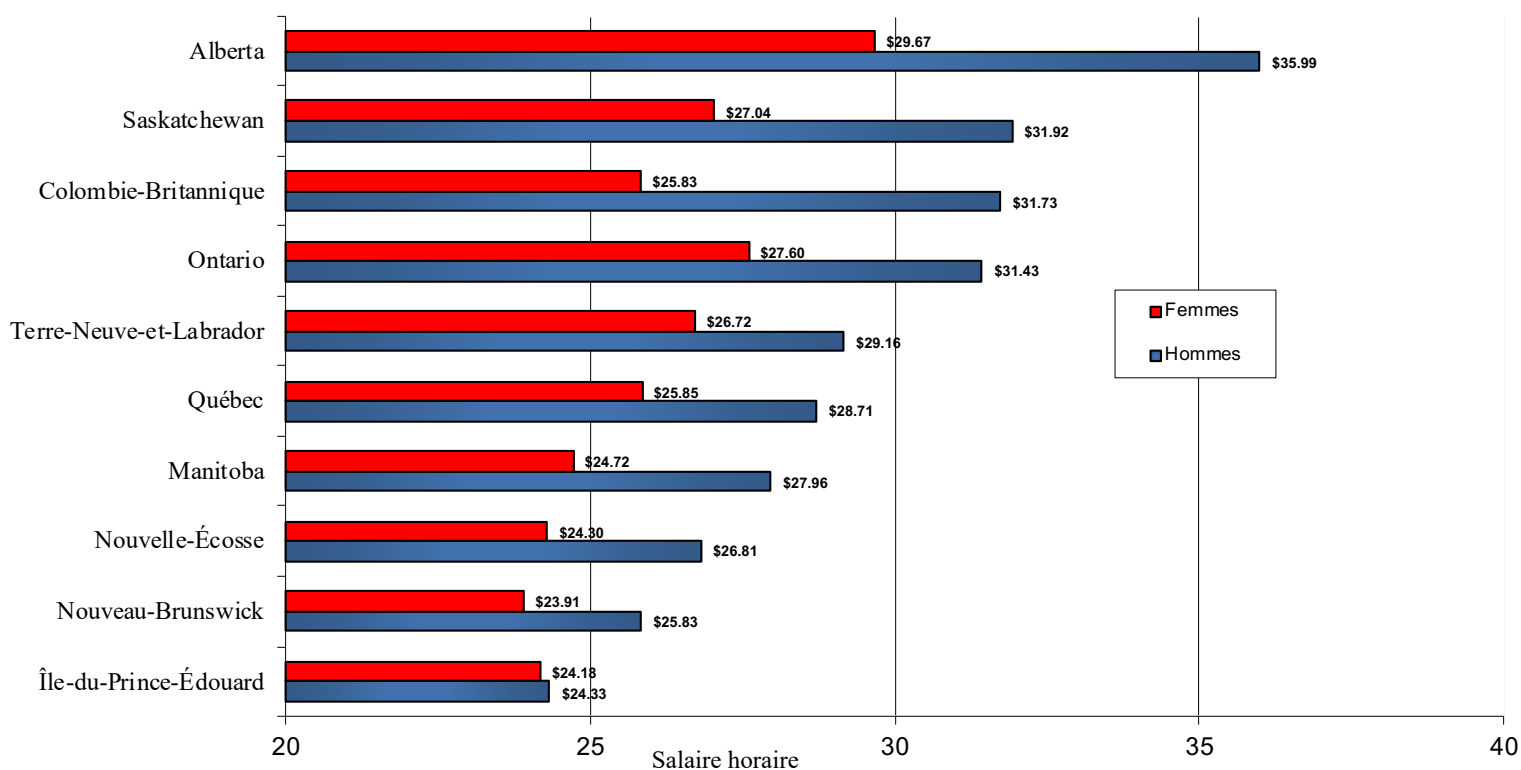
MacDonald, D. (2019). *The Double-Pane Glass Ceiling: The Gender Pay Gap at The Top of Corporate Canada*. Centre canadien de politiques alternatives.

Pederson, A., Raphael, D. et Johnson, E. (2019). Shifting vulnerabilities: Gender, ethnicity/race and health inequities in Canada. Dans T. Bryant, D. Raphael et M. Rioux (dir.). *Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care, 3rd edition* (p. 189-232). Canadian Scholars' Press.

Pelletier, R., Patterson, M. et Moysier, M. (2019). *L'écart salarial entre les sexes au Canada : 1998 à 2018*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/75-004-m/75-004-m2019004-fra.pdf?st=OLSMozVj>

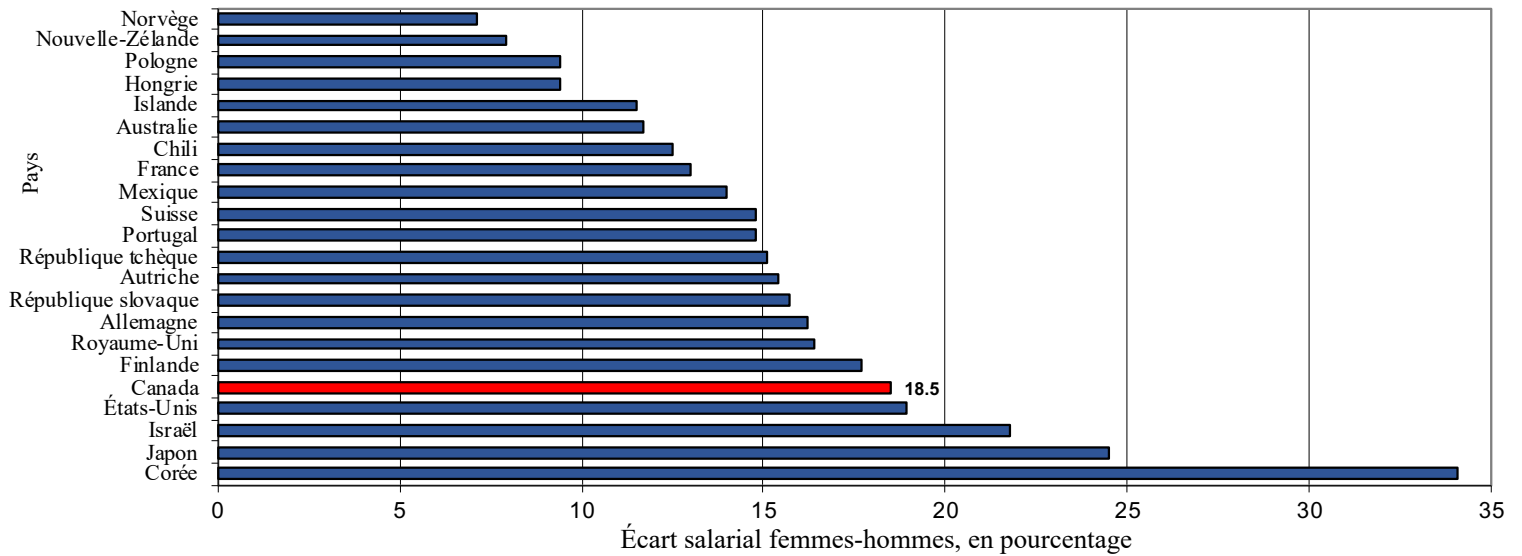
Scott-Samuel, A., Stanistreet, D. et Cranshaw, P. (2009). Hegemonic masculinity, structural violence and health inequalities. *Critical Public Health, 19*, 287-292.

Figure 16.1 Écart salarial entre les hommes et les femmes, par province canadienne, 2018



Source : Pelletier, R. et Patterson, M. (2018). *L'écart salarial entre les sexes au Canada : 1998 à 2018* (p. 16). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-004-m/75-004-m2019004-fra.htm>

Figure 16.2 Écart salarial femmes-hommes, en pourcentage de la différence pour les emplois à temps plein, pays de l'OCDE, 2018



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. (2020). *Écart salarial femmes-hommes (indicateur)*. OCDE. <https://data.oecd.org/fr/earnwage/ecart-salarial-femmes-hommes.htm>

17. IMMIGRATION

Bien qu'on se préoccupe de plus en plus de l'immigration et des groupes de nouveaux arrivants dans les pratiques et les recherches en santé publique, on n'y a encore jamais vraiment appliqué une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé. Les tendances observées en matière de morbidité et de mortalité à l'échelle mondiale reflètent les iniquités associées aux contextes sociétaux, politiques et économiques produits et reproduits par les structures sociales, les politiques et les institutions en place.

– Castañeda et al., 2015

Pourquoi est-ce important?

Au Canada, l'immigration est un excellent vecteur de croissance économique et de diversité socioculturelle. Selon les données du Recensement de 2016, 21,9 pour cent des individus vivant au Canada ont déclaré s'identifier comme immigrants (c.-à-d., immigrants reçus, résidents permanents ou citoyens canadiens par naturalisation), dont 3,5 pour cent (1 212 075 personnes) étant des immigrants récents (établis au Canada entre 2011 et 2016). Environ 60 pour cent de ces immigrants récents répondaient aux critères d'admissibilité de la catégorie de l'immigration économique (c.-à-d., professionnels, travailleurs qualifiés et travailleurs de métiers spécialisés). À ce titre, ils sont censés contribuer à la croissance économique en occupant un emploi ou en établissant une entreprise au pays. En outre, 26,8 pour cent des immigrants récents ont dit être entrés au Canada grâce au programme d'immigration au titre de la catégorie du regroupement familial et venus vivre avec de la famille déjà établie au Canada. Enfin, 11,6 pour cent des immigrants ont déclaré être arrivés au Canada à titre de réfugiés.

L'immigration au Canada s'est longtemps limitée aux personnes d'ascendance européenne. Cependant, grâce à la politique canadienne du multiculturalisme de 1971 puis à l'enchâssement de cette politique dans la Charte canadienne des droits et libertés en 1982, les immigrants arrivent maintenant généralement au pays en provenance de coins du monde autres que l'Europe. Un cinquième de la population canadienne s'identifie à l'heure actuelle comme appartenant à une minorité visible, et cette proportion devrait augmenter considérablement au cours des prochaines décennies.



Le fait d'être un immigrant ne devrait en rien prédisposer une personne à se trouver dans des conditions de vie et de travail difficiles susceptibles de nuire à sa santé. La connexité entre le statut d'immigrant et d'autres construits sociaux, comme le genre et la race, recoupe des conditions sociales issues de politiques publiques. Cela influe sur l'état de santé. C'est le cas malgré le fait que la plupart des personnes immigrantes au pays sont triées sur le volet en fonction d'un système de points fondé sur le niveau de scolarité, la maîtrise du français ou de l'anglais et l'état de santé global.

À leur arrivée au Canada, les immigrants sont dans l'ensemble en meilleure santé que les Canadiens de naissance. Cela s'explique par le fait que les personnes voulant immigrer au Canada font montre d'un esprit audacieux qui renforce leur capacité de partir et de s'installer dans un nouveau pays avec leur famille. Rappelons la rigidité des critères de sélection qui limite l'entrée aux seules personnes ayant obtenu une note globale très élevée pour les critères de sélection et fourni un bilan de santé parfait. Cela s'appelle aussi « l'effet de l'immigrant en santé ». Même s'il leur a permis d'obtenir beaucoup de points avant d'arriver au Canada, l'état de santé des immigrants tend à se détériorer au fil des années jusqu'à passer en deçà de la moyenne nationale, surtout pour les immigrants d'ascendance autre qu'europpéenne (voir la figure 17.1).

Les immigrants d'origine non européenne, particulièrement les personnes de couleur, signalent de plus en plus souvent des problèmes de santé mentale au fil des années passées au Canada. Ils deviennent en outre plus enclins à développer des maladies chroniques comme le diabète de type 2, l'arthrite et la cardiopathie.

Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte dans le déclin de l'état de santé des immigrants. On sait que le processus d'acculturation à un nouvel environnement et à de nouvelles normes culturelles fait obstacle à l'accès aux soins de santé. Or, la détérioration de l'état de santé s'explique davantage par l'exposition disproportionnée à des problèmes liés aux déterminants sociaux de la santé et attribuables à l'exclusion sociale et à la racisation de la pauvreté.

La participation au marché du travail constitue la principale façon de se doter des ressources matérielles de base comme un logement et des aliments. De nombreux immigrants de couleur, malgré leurs qualifications équivalentes, voire supérieures, sont en situation de précarité d'emploi – touchent donc un salaire moindre ou n'ont aucune sécurité d'emploi – en comparaison avec les Canadiens de naissance.

Par conséquent, le taux de pauvreté et la défavorisation matérielle s'avèrent plus élevés chez les immigrants, ce qui exacerbe les inégalités de revenu et autres inégalités liées à la discrimination raciale. La remarque est particulièrement pertinente étant donné que la majorité des immigrants récents sont des personnes de couleur. La figure 17.2 montre que les taux de pauvreté élevés persistent chez les immigrants canadiens, même après l'obtention d'un emploi, et que la situation s'avère plus grave au Canada que dans d'autres pays. Pas étonnant que les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes révèlent que 17,1 pour cent des immigrants récents ont rapporté lutter contre l'insécurité alimentaire, comparativement à 12,2 pour cent des Canadiens de naissance. Une étude indique même que l'insécurité alimentaire fait partie du quotidien de 64 pour cent des familles réfugiées et de 45 pour cent des immigrants récents.

Parlons maintenant des besoins impérieux en matière de logement. Quelque 13 pour cent des ménages canadiens sont dans cette situation. Chez les ménages dirigés par une personne immigrante, la proportion se situe à 18 pour cent. Elle grimpe à 26,6 pour cent lorsque l'immigration a eu lieu récemment. L'insécurité alimentaire et les besoins impérieux en matière de logement augmentent la vulnérabilité à la maladie, tant durant l'enfance qu'à l'âge adulte.

Des conditions de vie inadéquates durant l'enfance prédisposent en plus à un mauvais état de santé à l'âge adulte.

Ces constatations ont des répercussions sur l'état de santé de la population canadienne en général. Premièrement, bien qu'il soit souhaitable que la totalité de la population active puisse avoir accès à un travail bien rémunéré, la considération s'avère particulièrement importante pour les immigrants récents. Bon nombre de ceux-ci ne bénéficient pas des conditions de travail qui leur permettraient de mettre à profit leurs compétences propres. La situation les empêche de développer le sens d'appartenance nécessaire pour participer aux divers aspects de la vie économique, sociale et politique du Canada. Ensuite, il y aurait lieu de déployer des efforts pour instaurer des politiques publiques destinées à promouvoir le droit à la sécurité financière et sociale des immigrants. On pourrait ainsi améliorer l'intégration à la société canadienne. Enfin, les efforts doivent aussi viser à stopper la montée de la xénophobie et du racisme qui entravent la capacité des immigrants de participer au même titre que les autres à la société canadienne. Il en va de leur santé et de l'immuabilité des valeurs d'acceptation et de tolérance du Canada.

Incidence sur les politiques

- L'accès à un emploi stable, grâce à du travail assurant une rémunération et des avantages sociaux adéquats, pourrait faire en sorte d'atténuer la défavorisation matérielle des immigrants et de favoriser l'accès à des occasions d'améliorer sa santé tout au long du parcours de vie.
- Le renforcement du filet de sécurité sociale et la bonification des prestations et de l'aide offertes à l'ensemble de la population canadienne, plus particulièrement aux immigrants, peuvent favoriser l'intégration et réduire la vulnérabilité aux problèmes de santé.
- Les idéologies politiques et le discours public entourant l'immigration doivent prôner la tolérance zéro face à la xénophobie et au racisme. Dans tous les aspects de la société civile, il faut aussi responsabiliser davantage chaque individu qui adopte des comportements discriminatoires envers les immigrants.

Principales sources

Société canadienne d'hypothèque et de logement. (2019). *Données sur les besoins impérieux en matière de logement*. Auteur. <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/professionals/housing-markets-data-and-research/housing-research/core-housing-need/core-housing-need-data-by-the-numbers>

Gouvernement du Canada. (25 oct. 2017). *Immigration et diversité ethnoculturelle : faits saillants du Recensement de 2016*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025b-fra.htm?indid=14428-1&indgeo=0>

Lane, V., Vatanparast, H. et White, J. (2014). Health status of newcomer children: From research to policy. Dans K. M. Kilbride (dir.). *Immigrant Integration: Research Implications for Future Policy* (p. 213–230). Canadian Scholars' Press Inc.

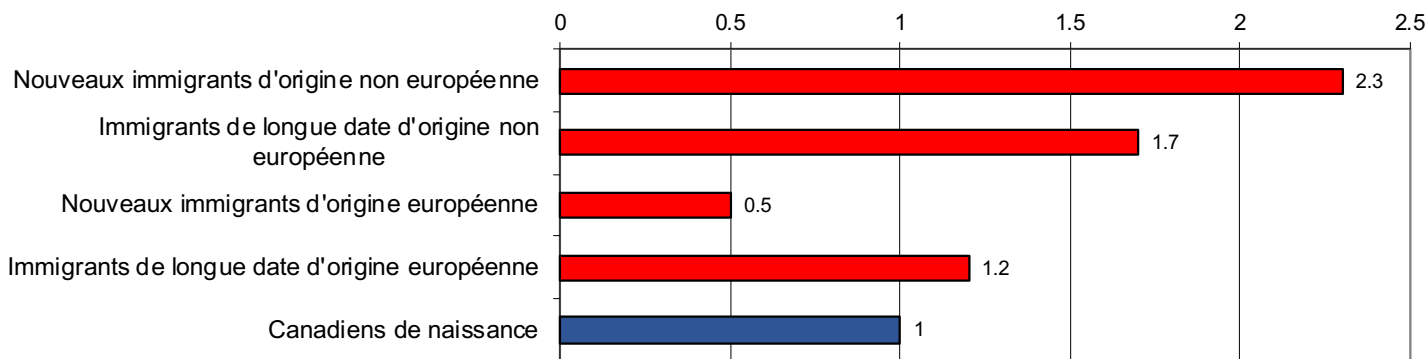
Lightman, N. et Good Gingrich, L. (2018). Measuring economic exclusion for racialized minorities, immigrants and women in Canada: Results from 2000 and 2010. *Journal of Poverty*, 22(5), p. 398–420.

Raphael, D. (2016). *Immigration, Public Policy, and Health: Newcomer Experiences in Developed Nations*. Canadian Scholars' Press.

Tarasuk, V. et Mitchell A. (2020). *L'insécurité alimentaire des ménages au Canada, 2017–2018*. Research to Identify Policy Options to Reduce Food Insecurity (PROOF).

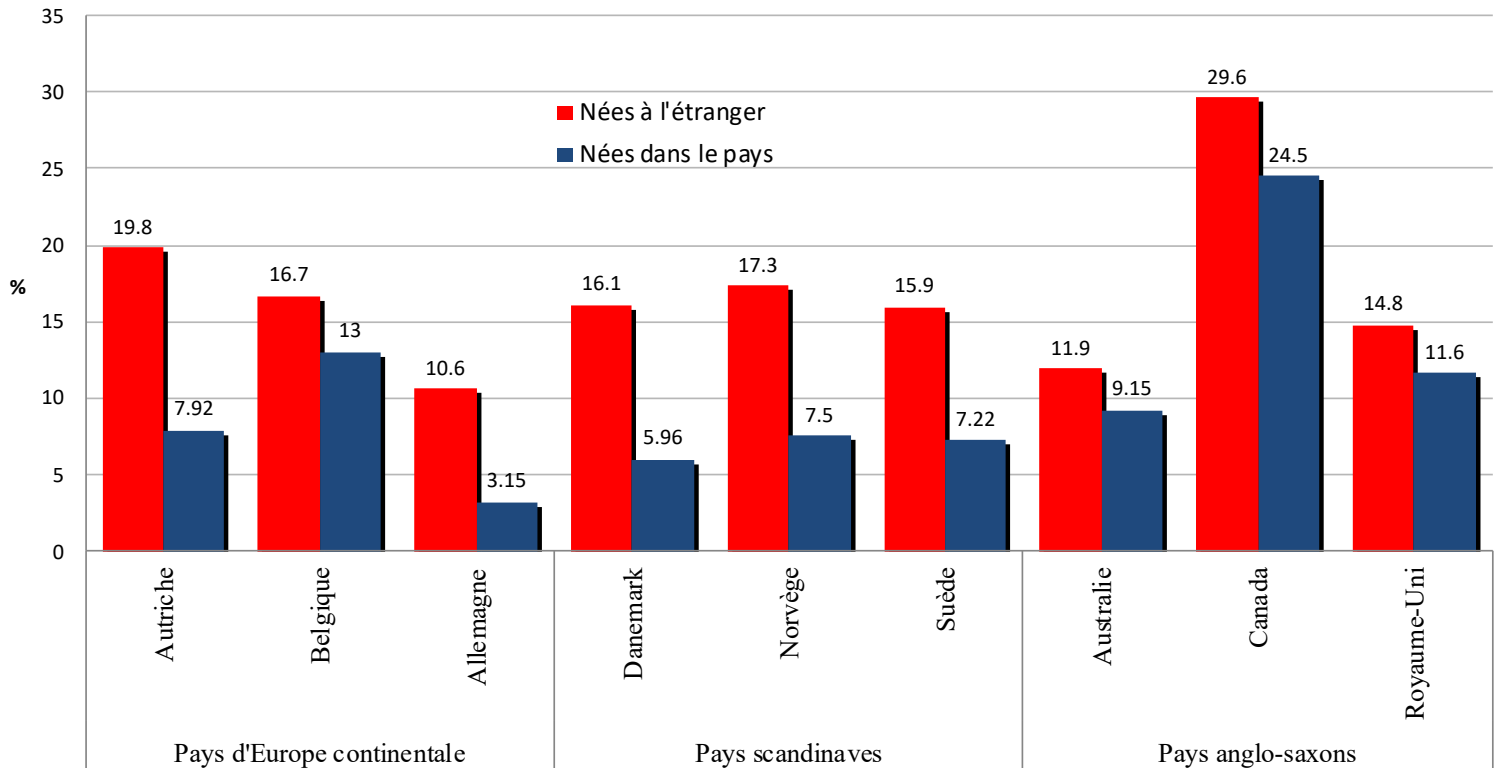
Figure 17.1 Immigrants d'origine non européenne plus susceptibles que les Canadiens de naissance de signaler une détérioration de leur état de santé

Risque relatif d'une transition d'un état de santé bon, très bon ou excellent à passable ou mauvais



Source : Ng, E. et al. (2005). *En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population*. Statistique Canada.

Figure 17.2. Taux de pauvreté des personnes en emploi nées dans le pays et de celles nées à l'étranger, selon le type de pays, 2012



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. (2015). *Les indicateurs de l'intégration des immigrés 2015 : trouver ses marques* (figure 1.5, p. 25). OCDE. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264233799-fr.pdf?expires=1622218940&id=id&accname=guest&checksum=5CB23B60AC9BA3BB1367136ECF63E7FD>

18. RACE

Les études révèlent que la discrimination raciale perdure dans les institutions liées aux principaux déterminants, par exemple le logement, la justice pénale, le marché du travail, l'éducation et le système de santé. C'est pourquoi on cherche de plus en plus à faire valoir que le racisme est bel et bien un déterminant social de la santé. [Traduction libre]

– Grace-Edward Galabuzi, 2016

Pourquoi est-ce important?

Le Canada est un pays multiculturel dont la composition ethnique et raciale se transforme rapidement. En 2016, les personnes racisées comprenaient pour 22 pour cent de la population du Canada. Cela représente une augmentation de 16 pour cent par rapport à 2006. Depuis les années 1960, plus des trois quarts des personnes immigrant au Canada proviennent de pays en voie de développement de l'hémisphère sud, et la plupart font partie des groupes de minorités visibles (c.-à-d. groupes racisés). D'après les données du Recensement de 2016 sur les minorités visibles, les groupes Sud-Asiatiques, Chinois et Noirs sont les plus considérables au Canada. Le tiers des personnes racisées sont natives du pays, et les deux autres tiers sont des immigrants. Les données indiquent en outre que le revenu est plus faible, le taux de chômage, plus élevé, et la situation professionnelle, moins avantageuse chez les personnes racisées. Cet état de choses compromet non seulement la santé physique, mentale et sociale de ces groupes de population, mais aussi la santé et le bien-être de la société canadienne dans son ensemble.

La réalité du racisme dans la société canadienne n'est pas étrangère à la situation. Le racisme se manifeste sous trois formes, et toutes les formes de racisme ont une incidence sur la santé. Le *racisme institutionnalisé* renvoie au racisme ancré dans les institutions, les lois et l'inaction gouvernementale. Le préjudice et la discrimination sont une forme de *racisme reposant sur la volonté de la personne*. Le manque de respect, la méfiance, la dévalorisation, l'utilisation comme bouc émissaire et la déshumanisation en sont les expressions. Dans le système de soins de santé, cette forme de racisme a des



répercussions sur la qualité des soins prodigués aux personnes racisées. Le *racisme intériorisé* survient quand la personne stigmatisée accepte comme vrais les messages quant à ses propres capacités et à l'absence intrinsèque de sa valeur. Cette forme de racisme mène à la résignation, au sentiment d'impuissance et au désespoir.

Selon Nancy Krieger, le racisme s'imisce dans six aspects de la vie qui nuisent à la santé, dont trois concernent plus particulièrement les groupes racisés du Canada et la quatrième, les Autochtones du pays. Ces quatre aspects du racisme sont : 1) la défavorisation matérielle et sociale; 2) les traumatismes d'origine sociale (c.-à-d., problèmes de santé mentale, physique et sexuelle, vécus soi-même ou comme témoin, attribuables à des menaces verbales, voire à des gestes de violence); 3) les soins médicaux inadéquats ou abaissants; 4) la destruction des écosystèmes.

Les données révèlent une moins grande participation au marché du travail et un taux de chômage plus élevé chez les personnes racisées au Canada. Le revenu s'avère également inférieur à celui rapporté dans les populations d'ascendance européenne (voir la figure 18.1). La situation était meilleure dans les années 1970 lorsque le taux d'emploi et la rémunération étaient similaires pour les deux groupes de population.

Tous les groupes racisés au Canada connaissent les mêmes problèmes. Cela dit, la population noire du pays les vit de manière encore plus profonde. Bien que, dans l'ensemble, la proportion de la popula-

tion détenant un diplôme d'études secondaires augmente au Canada depuis 2011, elle tend à diminuer chez les hommes noirs du Canada.

Les jeunes noirs rapportent faire l'objet de racisme et d'un traitement inéquitable au travail. Ils sont moins nombreux chez les cadres de direction et dans les disciplines telles que le droit, la médecine, le travail social, la gestion infirmière et l'enseignement universitaire et collégial.

La population noire du Canada déclare être plus souvent exposée à de la discrimination journalière (30,8 %), que les Asiatiques de l'Est et du Sud-Est (28,1 %), les Sud-Asiatiques, les Asiatiques occidentaux et les Arabes (20,9 %), les Autochtones (14,6 %) et autres groupes racisés. Les personnes racisées au pays signalent être traitées avec moins de courtoisie ou de respect, recevoir de moins bons services que les autres, être traitées comme n'ayant aucune intelligence et perçues comme représentant une menace pour les autres.

La race est un important prédicteur d'incarcération. Les personnes s'identifiant comme Noires au Canada forment 2 pour cent de la population, mais 6 pour cent des personnes incarcérées dans des pénitenciers fédéraux. Les Autochtones comptent pour environ 3 pour cent de la population, mais 24 pour cent des personnes dans les centres de détention provinciaux et territoriaux.

Par voie de conséquence, la race constitue un déterminant social de la santé. Les inégalités socioéconomiques entre les groupes raciaux expliquent les inégalités relevées dans l'état de santé auto-déclaré et bien des problèmes de santé physique et mentale. Au Canada, les plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale sont les personnes noires, immigrantes, hispaniques et autochtones. Un bon nombre d'entre elles déclarent ressentir de l'angoisse en raison de l'insécurité et de l'imprévisibilité liées à leurs conditions de vie, du sentiment de n'avoir aucun contrôle sur leur vie, du mépris exprimé par les autres par rapport à leur culture, de la discrimination vécue parce qu'elles font partie de plusieurs minorités visibles à la fois et de leur relation traumatisante avec les personnes en position d'autorité. De même, les immigrants canadiens qui sont racisés hésitent

à recourir aux services médicaux et juridiques de peur de recevoir un traitement différent et de ne pas être compris. Les études montrent que les forces sociales qui exacerbent les iniquités de santé mentale fondées sur la race résultent d'un passé d'oppression sociale.

Malgré tout, lors d'un sondage mené au Canada par l'Environics Institute, huit répondants sur dix – dont 84 pour cent étaient des Blancs et 69 pour cent, des Autochtones – ont déclaré que les relations raciales dans leur collectivité sont généralement bonnes. Ces pourcentages contrastent avec le fait qu'une personne sur cinq au Canada a rapporté faire souvent l'objet de racisme. La proportion grimpe à 50 pour cent chez les répondants noirs et autochtones. Les résultats du sondage montrent à quel point une bonne partie de la population du pays ne reconnaît pas le problème de racisme dans la société canadienne ni les effets délétères en découlant. Il importe donc de mettre en place une stratégie de lutte efficace contre le racisme (voir la figure 18.2).

Incidence sur les politiques

- Les institutions canadiennes doivent reconnaître l'existence du racisme au Canada et élaborer des programmes de sensibilisation et d'éducation afin de faire connaître les effets délétères du racisme.
- Les gouvernements doivent allouer les fonds nécessaires à l'adoption et à l'application de lois et de règlements antidiscriminatoires.
- Parce que les personnes de couleur doivent composer avec des conditions de vie particulièrement adverses, les gouvernements doivent intervenir de manière concrète pour améliorer la situation.

Principales sources

Couleur de la pauvreté – Couleur du changement. (2019). *Feuillets d'information*. Auteur. <https://colourofpoverty.ca/fact-sheets-fr/>

Gupta, T. D., James, C. E., Andersen, C., Galabuzi, G.-E. et Maaka, R. C. (dir.). (2018). *Race and Racialization: Essential Readings* (2^e édition). Canadian Scholars' Press.

Environics Institute (2019). *Les relations raciales au Canada 2019 : Un sondage d'opinion publique fondé sur l'expérience vécue – Rapport final*. Auteur. <https://www.environicsinstitute.org/projects/project-details/race-relations-in-canada-2019>

Hyman I., et al. (2019). *Prevalence and Predictors of Everyday Discrimination in Canada: Findings from the Canadian Community Health Survey*. Wellesley Institute. <https://www.wellesleyinstitute.com/publications/prevalence-and-predictors-of-everyday-discrimination-in-canada-findings-from-the-canadian-community-health-survey/> (en anglais)

Jones, C. (2000). Levels of racism: A theoretic framework and a gardener's tale. *American Journal of Public Health*, 90(8), p. 1212-1215.

Nestel, S. (2012). *Colour Coded Health Care: The Impact of Race and Racism on Canadians' Health*. Wellesley Institute. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/02/Colour-Coded-Health-Care-Sheryl-Nestel.pdf> (en anglais)

Figure 18.1 Taux de participation, taux de chômage, total du revenu médian et taux de pauvreté (MFR-ApI) chez les Canadiens non racisés et racisés, 2015

| Canada | Taux de participation (au travail / recherche d'un travail) | Taux de chômage (en %) | Total du revenu médian (en \$) | Taux de pauvreté (en %) |
|---|---|---------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Population non racisée | 66,5 | 7,3 | 36 538 | 12,2 |
| Population racisée | 64,8 | 9,2 | 25 514 | 20,8 |
| Arabe | 61,1 | 13,5 | 20 803 | 36,2 |
| Noir | 69,0 | 12,5 | 27 263 | 23,9 |
| Chinois | 9,4 | 7,9 | 22 973 | 23,4 |
| Philippin | 77,5 | 5,2 | 32 508 | 7,4 |
| Japonais | 62,4 | 6,4 | 32 200 | 12,9 |
| Coréen | 60,9 | 8,4 | 18 795 | 32,6 |
| Latino-Américain | 72,7 | 9,1 | 26 843 | 19,8 |
| Sud-Asiatique | 67,1 | 9,2 | 25 280 | 16,5 |
| Asie du Sud-Est | 68,2 | 8,2 | 25 048 | 17,6 |
| Asie occidentale | 63,1 | 11,0 | 19 107 | 17,6 |
| L'ensemble de la population canadienne | 65,2 | 7,7 | 34 025 | 14,2 |

Source : Statistique Canada (2019). *Tableaux de données, Recensement de 2016*. Auteur.

Figure 18.2 Recommandations pour une stratégie nationale anti-racisme

Ainsi, la stratégie du gouvernement pour lutter contre le racisme doit servir à prendre pour cible les principales sphères où le racisme structurel a fait le plus de dommages dans notre société. En voici quelques exemples :

- iniquités raciales dans le marché du travail
- racisation de la pauvreté
- racisme systémique lié au système de justice pénale et à l'accès à la justice
- racisme systémique lié à la sécurité nationale
- racisme systémique lié à la protection de l'enfance
- racisme systémique lié aux soins de santé et aux iniquités de santé
- iniquités relatives à l'accès aux nécessités de subsistance, y compris le logement et les autres prestations d'aide sociale
- iniquités relatives à l'éducation et à ce que permet l'éducation
- racisme systémique lié à la *Loi sur l'immigration* et à la politique d'immigration, y compris en ce qui concerne la résidence temporaire et le régime d'interdiction de territoire
- racisme systémique lié à la Loi sur la citoyenneté et la politique afférente
- crimes haineux

Source : Couleur de la pauvreté – Couleur du changement. (2019). *Proposed Framework for a New Anti-Racism Strategy for Canada* (un résumé en français est paru sous le titre : Cadre proposé pour une stratégie nationale anti-racisme). Auteur.

19. MONDIALISATION

La voie actuellement suivie par la mondialisation doit changer. Trop peu nombreux sont ceux qui en récoltent les fruits et trop nombreux ceux qui, faute d'avoir voix au chapitre, ne peuvent influencer sur son cours.

– Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation, 2002

Pourquoi est-ce important?

La mondialisation ne date pas d'hier. On pourrait en effet la considérer comme une caractéristique immuable des sociétés dites civilisées. Prenons par exemple la naissance et la chute des empires, les visées colonisatrices de l'Europe dans le reste du monde, voire même la doctrine de la « destinée manifeste » qui est née dans une jeune nation américaine où les colons blancs se sont donné comme mission de façonner l'Amérique à leur image. Même en examinant les flux commerciaux et les relations économiques internationales, on constate que les pays de l'Europe de la fin du XIX^e siècle étaient tout aussi indissolublement liés qu'aujourd'hui, jusqu'à ce que les récessions et les nationalismes acharnés aient fertilisé le terrain sur lequel a fleuri la Première Guerre mondiale.

Ce n'est toutefois que dans les années 1990 que le terme « mondialisation » s'est imposé dans les milieux scientifiques et politiques. Les chercheurs Ronald Labonté et Renée Torgerson définissent succinctement la notion de mondialisation comme étant un amalgame de « processus par lequel la connexité et l'interdépendance des nations, des entreprises et des gens s'accroissent en raison de l'intensification de l'intégration économique et de l'échange d'information, de la diffusion culturelle [...] et des déplacements » [traduction libre].

Il faut mettre ici l'accent sur les processus. La mondialisation (passée et actuelle) n'est pas le fruit du hasard. Elle résulte de la perpétuelle évolution du politique, des politiques et des relations de pouvoir qui lient les nations sur le plan économique. Elle influence ainsi au fil des ans (et au rythme des innovations technologiques) notre façon de percevoir le temps (tout va plus vite) et l'espace (le monde en tant que village planétaire) et de nous percevoir nous-mêmes (non plus comme citoyens d'un pays,



mais comme citoyens du monde). De telles perceptions demeurent cependant une prérogative des privilégiés de la planète. En effet, la plupart de nos concitoyens du monde restent toujours coincés à vivre dans la pauvreté, en mauvaise santé et dans des conditions écologiques qui vont de mal en pis.

Au départ, ce sont les transformations économiques survenues à la fin des années 1970 avec la montée du néolibéralisme qui font que certaines personnes (et certains pays) réussissent mieux à se maintenir en santé et à être mieux nanties, alors que d'autres ne réussissent pas à se sortir des statistiques de la pauvreté extrême. Le néolibéralisme est l'aile extrémiste du libéralisme classique né du capitalisme au XVIII^e siècle. Il repose sur une théorie de l'économie politique fondée sur le libre marché, la libéralisation du commerce et de la finance et la faible intervention de l'État.

Le néolibéralisme en est venu à dominer les politiques et à forger une économie mondialement intégrée en trois vagues successives, notamment :

- un recul de l'État-providence ou des régimes de protection sociale imposé aux pays en développement fortement endettés comme condition d'emprunt (ajustement structurel) par le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale dans les années 1980;
- le déploiement de la libéralisation et de la dérégulation financières dans les années 1990, offrant ainsi aux investisseurs une multitude de nouvelles façons d'investir de l'argent pour spéculer et de faire de l'économie mondiale un « jeu », ce qui a fini par provoquer la crise financière internationale de 2008;

fini par provoquer la crise financière internationale de 2008;

- l'acceptation prescrite ou volontaire de suivre la politique d'austérité instaurée par la suite dans le monde afin de réduire les déficits gouvernementaux créés par la chute des banques et des investisseurs à l'origine de la crise de 2008.

Chacune des vagues du néolibéralisme a créé en santé une onde de choc inégale au sein des pays et entre les pays.

La vague de repli du néolibéralisme comportait un autre élément : l'ouverture par la contrainte de l'économie des pays grâce à la libéralisation du commerce et de la finance, l'une des grandes caractéristiques de la mondialisation. La libéralisation économique s'est consolidée sous l'effet de la création de l'Organisation mondiale du commerce en 1995 et de la prolifération des accords bilatéraux et régionaux subséquents en matière de commerce et d'investissement. Non pas que le protectionnisme des nations assure la santé de leurs populations. Le protectionnisme tend à générer des conflits et des affrontements internationaux. Mais les règles de la libéralisation du commerce et de l'investissement ont jusqu'à maintenant avantagé de manière disproportionnée les personnes les plus riches des pays les plus riches, en grande partie au détriment des autres.

Depuis l'avènement de la mondialisation néolibérale dans les années 1970, les inégalités liées au revenu et à la richesse se sont multipliées à une vitesse exponentielle. La situation est telle qu'OXFAM estime que les 26 milliardaires les plus riches possèdent maintenant autant de richesse (et de pouvoir politique en découlant) que la moitié de l'humanité (3,8 milliards de personnes) la plus pauvre. Depuis les années 1980, les taux d'imposition dans le monde (pour les sociétés ou les salariés les mieux rémunérés) ont baissé considérablement. On a vu ainsi s'amenuiser la capacité du gouvernement d'atténuer les iniquités grâce à des programmes publics et à des investissements destinés à promouvoir la santé. En tant que proportion de l'activité économique mondiale, le revenu gagné a chuté de manière radicale. Les gains financiers faits au cours des quatre dernières décennies de mondialisation sont allés en majeure partie à la portion du un pour cent de la population mondiale la plus riche.

Le pillage gratuit des ressources naturelles mondiales entraîne par ailleurs des bouleversements climatiques, l'extinction d'un nombre incalculable d'espèces et l'anéantissement d'écosystèmes indispensables à la vie sur Terre. Ce sont les riches qui en profitent le plus, mais ce sont les plus pauvres qui en subissent le plus les effets nocifs pour leur santé (voir la figure 19.1). La répartition inégale de la richesse, l'enracinement de la pauvreté et les perturbations causées par le changement climatique (sécheresses, famines et inondations) donnent lieu à une vaste migration et à de nouvelles formes de réactions protectionnistes xénophobes et nationalistes.

Quelques aspects de la mondialisation ont pourtant le potentiel de renverser ces tendances toxiques. Malgré la prolifération de la « désinformation » et des trolls d'Internet, la communication numérique et les médias sociaux peuvent servir à créer de nouvelles plateformes utiles pour relier l'activisme collectif à l'échelle locale à l'activisme de mouvements sociaux d'envergure internationale. La diffusion des connaissances au sujet de la santé au-delà des frontières génère des gains plus équitables en matière de santé. Rappelons à cet effet la popularisation des techniques de santé abordables (réhydratation orale, promotion de l'allaitement, vaccination) qui a mené dans les années 1990 à la révolution dans le domaine de la santé de l'enfant et à une baisse importante du taux de mortalité infantile.

Les ententes intergouvernementales conclues par l'entremise des Nations Unies et de ses différentes agences ont entraîné l'avènement des traités sur les droits de la personne, des objectifs de développement durable d'après 2015, de l'Accord de Paris sur le climat et de traités spécifiques à la santé comme la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. On plaide de nouveau en faveur de l'instauration d'une réglementation sur les « déterminants commerciaux de la (mauvaise) santé » et d'ententes exécutoires et irrévocables destinées à mettre un terme à l'évasion fiscale, à réglementer les sociétés transnationales et à garantir que les traités commerciaux ne mettent pas en péril la santé des gens.

Parce qu'elle refaçonne les règles politiques et économiques, la mondialisation dite contemporaine restreint la capacité des gouvernements et des collectivités de créer les conditions de vie propices à la santé.

Les lois de la mondialisation (et ses nombreux processus) ne sont toutefois pas inflexibles. Il est possible de les changer. Le plus grand défi consiste sans doute pour la santé publique à mettre les forces de la mondialisation au service de la « santé pour tous ».

Incidence sur les politiques

Il faut réglementer de nouveau le monde de la finance, y compris et en allant jusqu'à nationaliser les banques, comme suit :

- rétablir les règles séparant les services bancaires aux particuliers des services bancaires aux entreprises;
- restreindre la capacité des banquiers d'affaires de faire des placements spéculatifs en leur nom propre (« opérations pour compte propre »);
- instaurer un mécanisme de surveillance réglementaire de toutes les transactions liées aux instruments dérivés et au système bancaire parallèle.

Il faut rejeter l'austérité (politiques budgétaires restrictives), comme suit :

- remettre en question des politiques économiques néolibérales pour des raisons d'ordre empirique, théorique et éthique;
- ordonner de soumettre – au moment des négociations – les nouveaux accords commerciaux et d'investissement à une évaluation de l'impact sur l'équité en matière santé (transparence);
- accroître les investissements publics dans les biens publics (entraîne la création d'emplois et la réduction des inégalités et permet de répondre aux besoins en biens et en services).

Il faut accroître l'impôt progressif (hausser l'impôt des sociétés, le taux d'imposition marginal et le gain en capital et appliquer un impôt sur la fortune), comme suit :

- éliminer les échappatoires fiscales facilitant l'évasion et l'optimisation fiscales (voir la figure 19.2);
- fermer les centres financiers extraterritoriaux (paradis fiscaux);

- soutenir les mesures de réforme fiscale internationale (taxe sur les transactions financières).

Principales sources

Gleeson, D. et Labonté, R. (2020). *Trade Agreements and Public Health: A Primer for Health Policy Makers, Researchers and Advocates*. Palgrave.

Labonté, R. et Ruckert, A. (2019). *Health Equity in a Globalizing Era: Past Challenges, Future Prospects*. Oxford University Press.

Labonté, R., Schrecker, T., Packer, C. et Runnels, V. (dir.). (2009). *Globalization and Health: Pathways, Evidence and Policy*. Routledge.

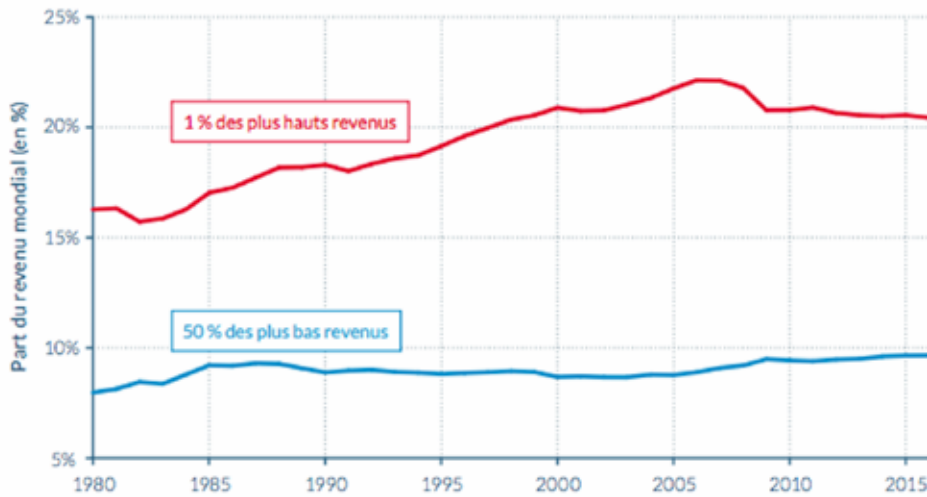
Labonté, R. et Stuckler, D. (2016). The rise of neoliberalism: How bad economics imperils health and what to do about it. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(3), 312-318.

Labonté, R. et Torgerson, R. (2005). Interrogating globalization, health and development: Towards a comprehensive framework for research, policy and political action. *Critical Public Health*, 15(2), 157-179.

Laboratoire sur les inégalités mondiales. (2018). *Rapport sur les inégalités mondiales 2018. École d'économie de Paris*. <https://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-full-report-english.pdf> (pour la synthèse du rapport en français, allez au <https://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-summary-french.pdf>)

Figure 19.1 Augmentation de l'inégalité du revenu à l'ère de la mondialisation

Montée de la part des 1 % des plus hauts revenus et stagnation de celle des 50 % des plus bas revenus dans le monde, 1980-2016

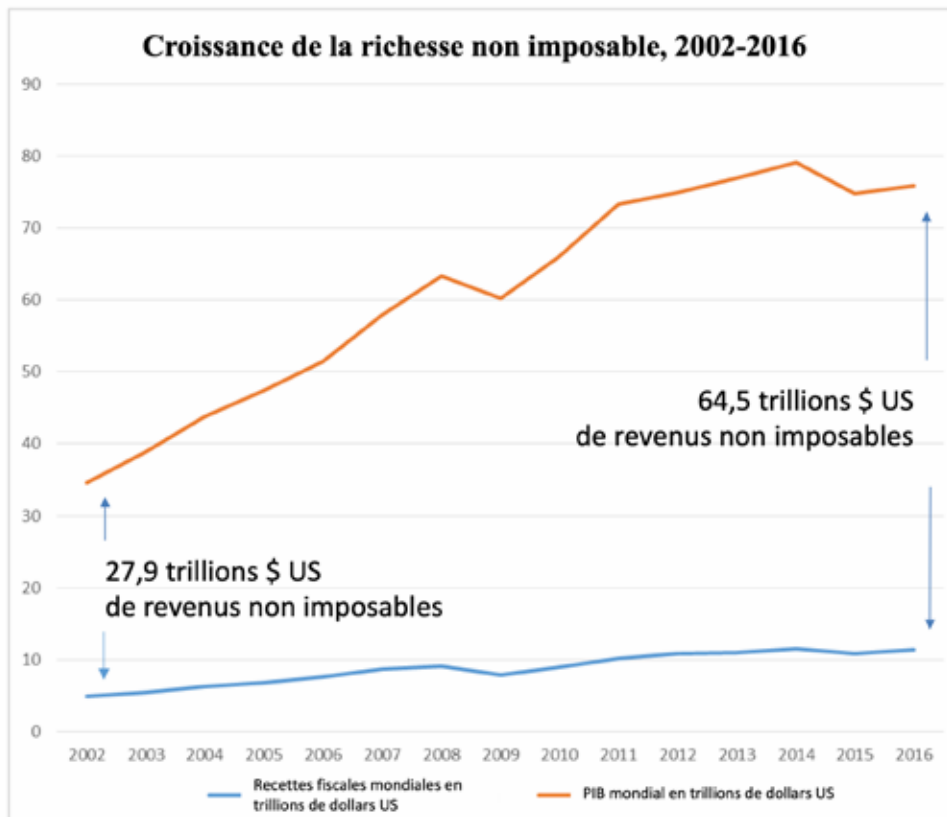


Source : WID.world (2017). Voir wir2018.wid.world pour les séries et les notes.

En 2016, le centile supérieur (les 1 % des revenus les plus élevés) a perçu 22 % du revenu mondial, contre 10 % pour les 50 % des plus bas revenus. En 1980, le centile supérieur a perçu 16 % du revenu mondial, contre 8 % pour les 50 % des plus bas revenus.

Source : Laboratoire sur les inégalités mondiales. (2018). *Rapport sur les inégalités mondiales 2018 : synthèse* (p. 10). École d'économie de Paris. <https://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-summary-french.pdf>

Figure 19.2 Croissance de la richesse non imposable, 2002-2016



Source : Labonté, R. et Ruckert, A. (2019). *Health Equity in a Globalizing Era: Past Challenges, Future Prospects* (p. 395). Oxford University Press.

20. VOS MOYENS D'ACTION

Lorsqu'un enfant est sur le point de se faire frapper par une voiture, quelqu'un vient à son secours pour le sortir de la rue. Un tel geste n'est pas l'apanage d'une personne charitable, pour qui des monuments sont érigés. N'importe qui viendrait spontanément en aide à l'enfant. Pourtant, ici, bien des gens ont été écrasés, pendant que les passants continuaient leur chemin.
[Traduction libre]

– Bertolt Brecht, 1938

L'une des principales façons de promouvoir la santé de la population canadienne consiste à mettre en place des politiques publiques garantissant le droit aux conditions de vie et de travail de base pour vivre en bonne santé. La proposition quant aux politiques publiques destinées à améliorer le caractère qualitatif et la répartition plus équitable des déterminants sociaux de la santé n'est pas utopique. De telles politiques sont une réalité dans de nombreux pays riches – et souvent moins riches que le Canada – et ont donné de bons résultats. Voyons ce qui se passe dans d'autres pays qui prennent en compte la perspective des déterminants sociaux de la santé. Rappelons-nous la période entre la grande dépression et l'après-Seconde Guerre mondiale où le gouvernement du Canada a mis en place ses régimes publics d'assurance-maladie, de pensions et d'assurance-chômage. C'est aussi durant la même période que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont instauré des programmes de logements abordables, de formation à l'emploi et d'autres mécanismes d'aide et de prestations. Les banques alimentaires et les hébergements pour personnes en situation d'itinérance devenaient ainsi obsolètes.

Le Canada tire aujourd'hui la patte au chapitre des déterminants sociaux de la santé. Tous les ordres de gouvernement au pays continuent de négliger les facteurs qui permettent de vivre en bonne santé. Pour bien des gens, les conditions de vie et de travail ne s'améliorent pas et empiront, même. Puisque les représentants élus et les responsables des politiques connaissent la problématique, mais choisissent de fermer les yeux, nous devons littéralement les forcer à adopter des politiques publiques favorables à la santé. Comment y arriver?



Dans la première édition des *Réalités canadiennes* en 2010, les auteurs proposaient de conscientiser la population canadienne au sujet des déterminants sociaux de la santé puis de demander aux représentants élus ce qui était fait pour régler les problèmes afférents. Ils pressaient la population canadienne à soulever les problèmes auprès des agences, des organismes et des établissements dont les mandats consistent entre autres à promouvoir la santé et à prévenir la maladie. Il s'agit par exemple des services de santé publique et des services de lutte contre les maladies telles la Fondation des maladies du cœur, la Société canadienne du cancer et l'Association canadienne du diabète. Ils soulignaient en outre que les établissements et organismes spécialisés en soins de santé comme les hôpitaux et les associations professionnelles doivent s'éduquer et agir en pressant les gouvernements et les responsables des politiques d'élaborer et d'instaurer des politiques publiques de promotion de la santé.

La conscientisation par rapport aux concepts abordés dans les *Réalités canadiennes* a fait son chemin. La première édition a même été téléchargée plus d'un million de fois depuis 2010, et 85 % des téléchargements se sont faits à partir du Canada. Google Scholar compte plus de 1000 citations du document. Les milieux de la santé publique et des soins de santé et pratiquement toutes les agences responsables d'améliorer les conditions de vie et de travail de la population active du Canada reconnaissent aujourd'hui le bien-fondé des idées qui y sont avancées (voir la figure 20.1). Malheureusement, la plupart des associations vouées aux maladies chroniques du Canada n'y ont pratiquement pas porté attention. Cela s'avère particulièrement troublant puisque ce sont les déterminants sociaux

de la santé – par-dessus tout durant l'enfance – qui influent le plus sur la morbidité et la mortalité attribuables aux maladies chroniques à l'âge adulte.

Les auteurs de la première édition des Réalités canadiennes suggéraient qu'une autre façon d'assurer le caractère qualitatif et la répartition plus équitable des déterminants sociaux de la santé consistait à soutenir les partis politiques qui sont a) soit réceptifs au concept de déterminants sociaux de la santé ou b) soit déterminés à mettre en place des politiques publiques à cet effet. Au moment de la parution du document (avril 2010), le Parti libéral et le Nouveau Parti démocratique semblaient les partis à privilégier parce que des candidats des deux partis en abordaient les idées. L'espérance s'est transformée en fumée au cours de la décennie suivant la parution de la première édition. En effet, les deux partis ont très peu parlé des déterminants sociaux de la santé. Cette négligence est inacceptable. Les citoyens doivent intercéder et presser ces politiques de se pencher sur ces questions.

Il semblait en outre qu'un autre bon moyen d'améliorer le caractère qualitatif et la répartition équitable des déterminants sociaux de la santé consistait à renforcer les secteurs sociétaux ayant une influence immédiate sur ces questions. Les syndicats améliorent directement les conditions de vie et de travail de leurs membres en assurant de meilleurs salaires et avantages sociaux et des conditions de travail plus favorables à la santé. En général, on associe la force des syndicats dans un pays directement au caractère qualitatif et à la répartition des déterminants sociaux de la santé liés aux populations. La figure 20.2 montre que le degré de syndicalisation – ou le pourcentage de travailleurs syndiqués – et la couverture offerte par la convention collective influent directement sur le taux de pauvreté infantile. Ces facteurs s'avèrent d'excellents indicateurs sur le plan de certains déterminants sociaux de la santé.

On note dans les États-providence sociaux-démocrates, tels que la Norvège, la Finlande, le Danemark et la Suède, les plus puissants syndicats, le plus haut pourcentage de conventions collectives et le plus faible taux de pauvreté. Dans les États-providence de tendance libérale, comme le Royaume-Uni, les États-Unis, le Canada, la

Nouvelle-Zélande et l'Australie, on constate la situation inverse. Signalons à ce propos ce qui se passe dans les pays du continent européen où la syndicalisation n'est pas aussi forte que dans les pays sociaux-démocrates, mais où les entreprises et les gouvernements reconnaissent l'avantage de fournir aux travailleurs certaines formes de sécurité. Le pourcentage de conventions collectives y est élevé et le taux de pauvreté se situe à mi-chemin entre celui des États-providence sociaux-démocrates et celui des États-providence de tendance libérale. Les auteurs analysent plus en détail la question de l'État-providence dans l'épilogue (chapitre 21) du présent document.

Soulignons en dernier lieu que la population canadienne peut opter pour s'engager auprès des organismes voués aux déterminants sociaux de la santé ou en soutenir le travail. De nombreux groupes concentrent leurs énergies sur des déterminants sociaux de la santé précis. Ils s'occupent de sensibiliser et de mobiliser la population canadienne et peuvent exercer une pression suffisante pour forcer les gouvernements à agir. Une liste partielle de ces organismes et d'autres sources de renseignements se trouve dans l'annexe y afférente.

*Courage, mes amis,
il n'est pas trop tard pour construire un
monde meilleur.*

– Tommy Douglas,
le père de l'assurance-maladie au Canada

Principales sources

Bryant, T. (2012). Applying the lessons from international experiences. Dans D. Raphael (dir.), *Tackling Health Inequalities: Lessons from International Experiences* (p. 265-287). Canadian Scholars' Press.

Bryant, T. (2016). Addressing the social exclusion of immigrants through public policy action. Dans D. Raphael (dir.), *Immigration, Public Policy, and Health: Newcomer Experiences in Developed Nations* (p. 335-353). Canadian Scholars' Press.

Bryant, T. et Raphael, D. (2020). *The Politics of Health in the Canadian Welfare State*. Canadian Scholars' Press.

Langille, D. (2016). Follow the money: How business and politics define our health. Dans D. Raphael (dir.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 470-490). Canadian Scholars' Press.

Raphael, D. et Curry-Stevens, A. (2016). Surmounting the barriers: Making action on the social determinants of health a public policy priority. Dans D. Raphael (dir.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (p. 561-583). Canadian Scholars' Press.

Raphael, D. (2020). Raising the volume on the social determinants of health in Canada and elsewhere. Dans E. McGibbon (dir.), *Oppression: A Determinant of Health* (2^e éd.). Fernwood Publishers.

Figure 20.1 Exemple d'une campagne de promotion de la santé dans laquelle on reconnaît les déterminants sociaux de la santé

Les choses les plus importantes que vous devriez connaître à propos de votre santé ne sont peut-être pas aussi évidentes que vous le croyez.

La santé = un emploi gratifiant et un salaire adéquat
Peu de contrôle au travail, un niveau de stress élevé, un bas salaire ou le chômage : tout cela a un effet négatif sur la santé.
Votre emploi compte pour beaucoup.

La santé = de la nourriture sur la table et un endroit où demeurer
Il est essentiel pour la santé d'avoir accès à de la nourriture et à un logement sains, sécuritaires et abordables.
L'accès à de la nourriture et à un logement compte pour beaucoup.

La santé = avoir des choix et des opportunités
Ce qui contribue le plus à la bonne santé, c'est le montant d'argent dont on peut disposer. Plus d'argent signifie plus d'occasions d'être en bonne santé.
L'argent compte pour beaucoup.

La santé = un bon départ dans la vie
Les expériences avant la naissance et durant l'enfance préparent à une vie saine et au bien-être.
Votre enfance compte pour beaucoup.

La santé = le sens d'appartenance à une communauté
Une communauté qui offre du soutien, du respect et des opportunités de participation nous aide à être en santé.
Le sentiment d'inclusion compte pour beaucoup.

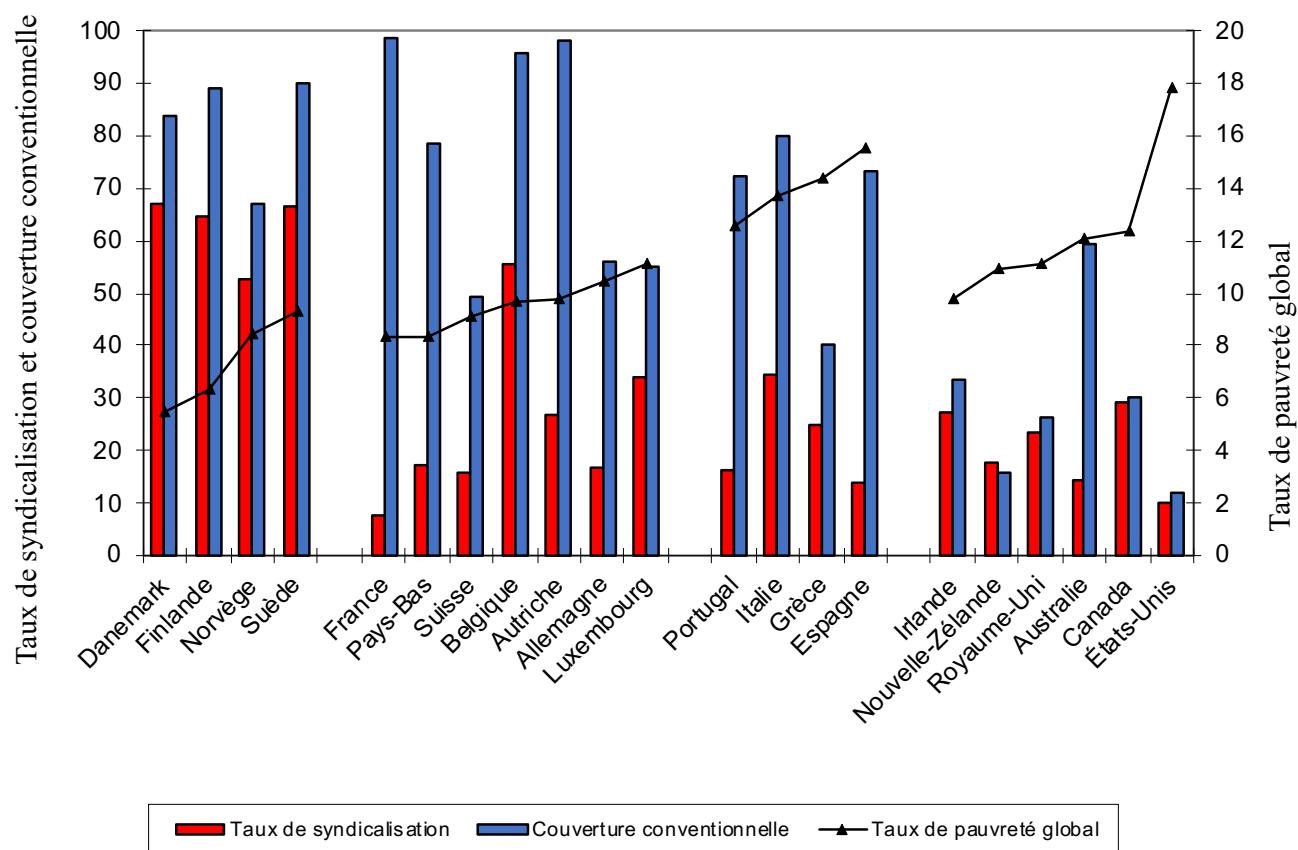
Vos actions comptent pour beaucoup.
Les actions pour améliorer les choses qui favorisent notre santé à TOUS dépendent de TOUT notre soutien.

**Engagez une conversation.
Partagez vos connaissances.**

Pour en savoir davantage, appelez le Service de santé publique de Sudbury et du district, (705) 522-9200, poste 515 ou visitez notre site Web au www.sdhu.com.


Service de santé publique de Sudbury et du district
Sudbury & District Health Unit

Figure 20.2 Taux de syndicalisation, couverture conventionnelle et taux de pauvreté global, pays de l'OCDE, 2017



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. (2019). *Membres de syndicats et taux de syndicalisation*. OCDE. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=TUD>, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=TUD> et taux de pauvreté <https://data.oecd.org/inequality/poverty-rate.htm>

21. ÉPILOGUE

L'ÉTAT PROVIDENCE ET LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Tant la santé, en raison de l'influence de l'État-providence sur les déterminants sociaux de la santé, que les soins de santé, en raison des diverses formes de systèmes de santé nationaux, sont tributaires du sort de l'État-providence. [Traduction libre]

– David Coburn, 2000

Pourquoi est-ce important?

Dans un pays, le caractère qualitatif et la répartition des déterminants sociaux de la santé dépendent du panier de politiques publiques. L'expression État-providence est maintenant l'expression consacrée pour parler de ce type de politiques publiques et de la mesure dans laquelle ces politiques assurent une sécurité financière et sociale aux individus dans la société. La teneur du présent document peut en partie s'expliquer par le fait que le Canada est ce que l'on appelle un État-providence de tendance libérale.

Formes d'État-providence

Gøsta Esping-Andersen définit trois formes d'État-providence pour les pays riches, c'est-à-dire : le social-démocrate, le conservateur et le libéral. L'État-providence dit social-démocrate (p. ex. la Finlande, la Suède, le Danemark et la Norvège) repose sur un régime de protection sociale de type universel qui garantit des prestations et des droits généreux. L'histoire politique et sociale des pays concernés révèle la dominance politique des partis sociaux-démocrates de gauche par suite de l'organisation politique des travailleurs industriels et des fermiers et, plus tard, de la classe moyenne. En établissant un système universel de prestations, ces pays se sont assurés la loyauté d'une bonne partie de la population.

L'État-providence dit conservateur (p. ex. la Belgique, la France, l'Allemagne et les Pays-Bas) offre aussi des prestations substantielles. Les programmes d'assurance sociale sont toutefois associés au rang de l'emploi et mettent l'accent sur les salariés de sexe masculin. L'histoire politique et sociale des pays concernés montre la dominance des partis démocrates-chrétiens où



la volonté de l'Église catholique d'apporter une aide aux citoyens s'est amalgamée aux approches traditionnelles tendant à perpétuer les différences de rang et l'adhésion à l'autorité. Ces traditions se manifestent parfois dans la vision corporatiste (p. ex. en Allemagne) où les intérêts commerciaux exercent une forte influence ou bien la vision étatique (p. ex. en France) où l'État joue un rôle de premier plan dans les régimes de sécurité sociale.

L'État-providence dit libéral (p. ex. l'Australie, le Canada, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis) offre de modestes régimes de prestations. De manière générale, les pays concernés apportent une aide seulement lorsque le marché économique n'arrive pas à répondre aux besoins les plus fondamentaux des citoyens. L'histoire politique et sociale de ces pays en est une de dominance des intérêts corporatistes et commerciaux et des partis politiques libéraux. La population manifeste donc aujourd'hui sa loyauté envers le système économique, plutôt qu'envers l'État, comme moyen d'assurer sa sécurité économique et sociale.

Mentionnons en outre que l'État-providence de tendance libérale repose avant tout sur la croissance de l'économie. On y accueille ainsi en général plus favorablement les plaidoyers pour défendre les intérêts des milieux des affaires et des sociétés. L'affaiblissement du rôle de l'État entraîne pourtant l'insécurité financière et sociale de nombreuses personnes, voire de la majorité. Par voie de conséquence, les États-providence dits libéraux arrivent loin derrière les autres pour ce qui est de garantir à leurs citoyens une sécurité financière et sociale. L'une de leurs principales caractéristiques consiste à s'appuyer sur des minima sociaux ciblant seulement les plus démunis et visant uniquement à répondre aux besoins immédiats.

Au Canada, les politicologues considèrent les deux partis politiques dominants que sont le Parti libéral et le Parti conservateur comme des partis politiques de tendance libérale. Les deux partis ont des liens avec les secteurs des affaires et des entreprises et instaurent des politiques qui font passer les intérêts de ces secteurs devant ceux de nombreux Canadiens, sinon la majorité. Les deux cherchent à réduire l'intervention de l'État dans l'économie (p. ex., établissement des salaires et des conditions de travail, d'un système universel de prestations) à l'aide de dispositifs qui exacerbent la vulnérabilité financière des femmes, des personnes handicapées, des personnes moins scolarisées, des immigrants et des populations racisées, par exemple. En soutenant les intérêts défendus par les milieux des affaires et des sociétés, ils entraînent l'insécurité financière et sociale d'une bonne partie, sinon la majorité, des Canadiens.

Ainsi donc, l'objectif premier d'un État-providence de type libéral est de renforcer l'économie. Les personnalités politiques des pays concernés prétendent être sensibles aux besoins de la population ordinaire. Le gouvernement libéral du premier ministre Justin Trudeau a effectivement mis en place des programmes d'aide au revenu afin de soutenir les personnes ayant perdu leur emploi en raison de la pandémie de COVID-19. Il a aussi soulevé la possibilité d'offrir un complément salarial aux préposés aux bénéficiaires et aux autres travailleurs essentiels pour toute la durée de la pandémie. Voilà des moyens de protéger l'économie durant la crise sanitaire mondiale.

Il semble toutefois peu probable que ces programmes continueront d'exister une fois que les autorités de la santé déclareront la pandémie terminée. De tels programmes ne coïncident pas avec les valeurs de l'État-providence de tendance libérale. Les pays concernés ont non seulement minimisé l'intervention de l'État dans l'approvisionnement et la distribution en ressources, mais ils ont en plus adopté plus systématiquement des mesures d'austérité en matière de gouvernance afin de soutenir leurs priorités passablement commerciales. L'austérité implique une baisse encore plus marquée des dépenses publiques et du taux de l'impôt sur le revenu des sociétés et des riches et une intervention encore plus molle que d'habitude pour assurer la sécurité financière et sociale de la majeure partie de la population.

Si les partis politiques libéraux du Canada ont leurs failles, le pays compte un parti social-démocrate,

en l'occurrence le Nouveau Parti démocratique, dont les tenants pourraient se montrer favorables à la promotion des déterminants sociaux de la santé. Aux États-Unis, par contre, il n'y a aucun parti social-démocrate viable. Le Parti démocrate et le Parti républicain sont considérés comme des partis politiques libéraux servant d'abord et avant tout les intérêts de l'élite des milieux des affaires et des sociétés.

D'après certaines études, une quatrième forme d'État-providence viendrait s'ajouter aux trois autres proposés par Gøsta Esping-Andersen. L'État-providence dit latin (p. ex. la Grèce, l'Italie, l'Espagne et le Portugal) constitue une version moins poussée de l'État-providence dit conservateur axé sur la famille. Cependant, les pays concernés offrent des régimes de prestations plus substantielles aux citoyens que ceux de l'État-providence dit libéral. Ils ont vécu des crises financières en raison d'une baisse de revenu découlant des politiques d'austérité imposées et de l'évasion fiscale qui menacent leur forme d'État-providence et la sécurité sociale et du revenu de leurs populations. Les caractéristiques propres à chaque forme d'État-providence sont présentées dans le tableau de la figure 21.1.

Importance de l'État-providence

Cela dit, l'État-providence ne se définit pas seulement par ses régimes de protection et de prestations. Il reflète aussi la perception de la société sur ce qu'elle estime devoir à ses membres sur la seule preuve de citoyenneté ou de résidence. Les États-providence sociaux-démocrates, conservateurs et latins ne se limitent pas seulement à la croissance économique. Par exemple, les sociaux-démocrates ont pour idéologie de promouvoir l'égalité et les conservateurs et latins, la solidarité. Ces différences mènent à des régimes étatiques et à une organisation du travail distincts qui garantissent la sécurité financière et sociale de ses membres. En revanche, l'État-providence de tendance libérale focalise plus sur un système économique reposant sur la libre entreprise que sur la sécurité financière et sociale des membres. L'insistance sur la liberté nourrit la méfiance envers les gouvernements. Il suffit d'examiner les lacunes des politiques publiques en ce qui a trait à la sécurité du revenu, à l'emploi et aux conditions de travail, aux soins de santé, au logement et à la sécurité alimentaire et aux régimes de prestations et d'aide aux enfants, aux familles et aux aînés.

Les études corroborent cette typologie d'État-providence. Les analyses empiriques des indicateurs liés aux dépenses budgétaires et à l'organisation et aux versements des prestations du gouvernement font normalement ressortir trois ou quatre types de catégories. Si des pays comme l'Autriche et la Suisse ne semblent pas toujours tomber dans une catégorie ou une autre d'États-providence, les conclusions concernant le Canada sont on ne peut plus claires. Bien qu'il existe pas moins de 12 typologies d'États-providence, il appert que, dans six des sept typologies mentionnant le Canada, le pays se classe dans le groupe apparenté à l'État-providence dit libéral : libéral, sécurité de base ou libéral anglo-saxon, sauf en ce qui concerne les soins de santé où le Canada se situe dans le groupe dit conservateur. Le Canada est un État-providence de type libéral.

La présente analyse fait état de quelques-uns des principaux obstacles (p. ex. influence des milieux des affaires et des sociétés sur les politiques publiques, méfiance généralisée envers le gouvernement et dominance des partis politiques de tendance libérale) à l'amélioration du caractère qualitatif et de la répartition des déterminants sociaux de la santé au Canada. Elle indique aussi les points d'entrée à considérer relativement aux politiques publiques susceptibles d'améliorer le caractère qualitatif et la répartition des déterminants sociaux de la santé.

Le système de scrutin uninominal majoritaire à un tour constitue également une barrière à l'évolution de l'État-providence au Canada. Les systèmes électoraux fondés sur la représentation proportionnelle correspondent davantage aux États-providence plus costauds qui améliorent le caractère qualitatif et favorisent une répartition plus équitable des déterminants sociaux de la santé. Cela est possible en raison de la nécessité des gouvernements de coalition qui incluent des partis de la sociale démocratie parce que les partis de tendance libérale ou de démocratie chrétienne arrivent rarement à obtenir la majorité des sièges des parlements reposant sur des systèmes de scrutin à représentation proportionnelle.

L'analyse de l'État-providence ne change en rien les recommandations formulées dans le présent document. Elle peut toutefois permettre de les placer dans le contexte des structures et des processus de l'État-providence canadien qui a jusqu'à maintenant rendu la réalisation des recommandations difficile. L'État-providence de tendance libérale peut changer. Malheureusement, il ne commencera pas tant que les membres de la société n'exigeront pas des politiques publiques favorables à la santé.

Principales sources

Bambra, C. (2007). Going beyond the three worlds of welfare capitalism: Regime theory and public health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(12), 1098-1102.

Bryant, T. et Raphael, D. (2020). *The Politics of Health in the Canadian Welfare State*. Canadian Scholars' Press.

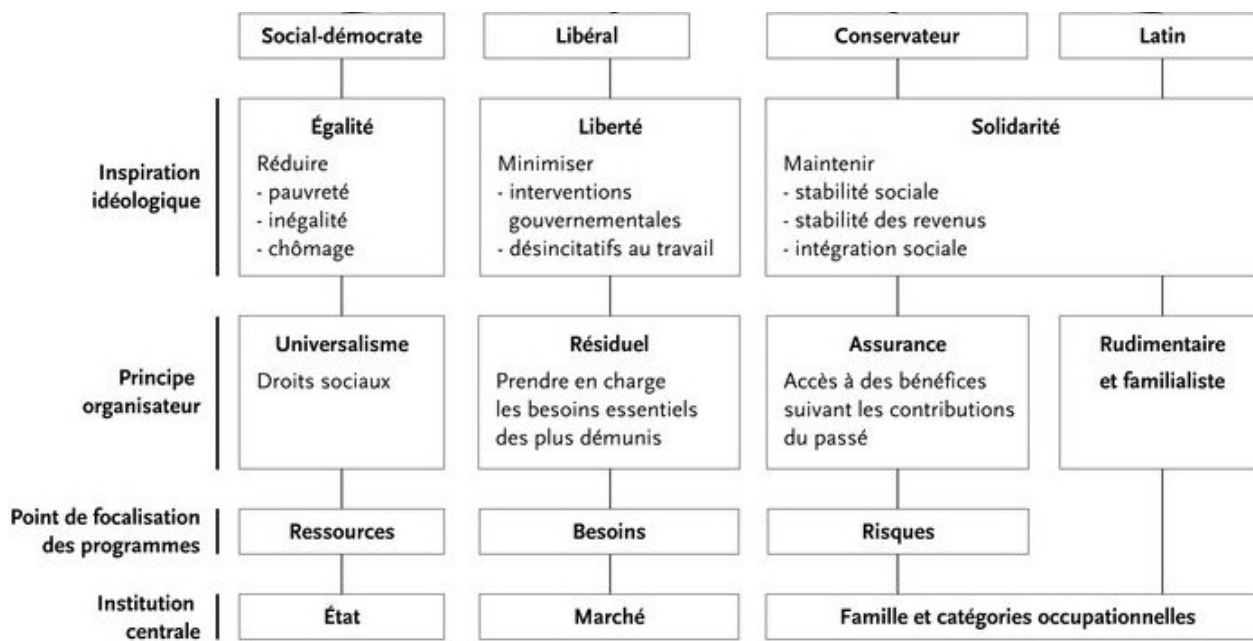
Bryant, T. et Raphael, D. (2018). *Welfare States, Public Health and Health Inequalities*. Oxford Bibliographies. <https://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756797/obo-9780199756797-0178.xml>

Esping-Andersen, G. (1999). *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*. Presses universitaires de France.

Evans, B. M. et McBride, S. (dir.). (2018). *The Austerity State*. University of Toronto Press.

Saint-Arnaud, S. et Bernard, P. (2003). Convergence ou résilience? Une analyse de classification hiérarchique des régimes providentiels des pays avancés. *Sociologie et sociétés*, 35(1), 65-93.

Figure 21.1 Variations idéologiques des diverses formes d'État-providence



Source : Saint-Arnaud, S. et Bernard, P. (2003). *Convergence ou résilience? Une analyse de classification hiérarchique des régimes providentiels des pays avancés* (figure 2, p. 69). *Sociologie et sociétés*, 35(1), 65-93.

ANNEXE I. RESSOURCES ET RÉSEAUX DE SOUTIEN

Ressources sur les déterminants sociaux de la santé au Canada

Documents imprimés

Ontario Chronic Disease Alliance. (2008). *Prêts pour l'action: Les déterminants sociaux de la santé – Édition révisée*. Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario et Nexus Santé. – https://fr.nexussante.ca/sites/fr.nexussante.ca/files/ressources/annual_reports/primertoaction-frversion2.pdf

Raphael, D. (2016). *About Canada: Health and Illness, 2nd edition*. Fernwood Publishers.

Raphael, D. (2016). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd édition*. Canadian Scholars' Press.

Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Comblent le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. Organisation mondiale de la Santé. – www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html

Ressources médiatiques

California Newsreel. (2008). *Unnatural Causes: Is Inequality Making Us Sick?* – <http://www.unnaturalcauses.org/> (en anglais seulement)

Agence de la santé publique du Canada. (2019). *Inégalités en santé au Canada*. – <https://www.youtube.com/watch?v=PlqSbuxIscI>

Poor No More. (2010) – www.poornomore.ca/ (en anglais)

Santé Montréal. (2014). *Inégaux – Inégalités sociales de santé* – <https://www.youtube.com/watch?v=19IIHDrNNXo>

Engageons une conversation sur la santé... (2020). – <https://tinyurl.com/vs6fuxg>

Ressources Web

Association canadienne de santé publique – *Ressources* – <https://www.cpha.ca/fr/ressources-des-determinants-sociaux-de-la-sante>

Le rond-point de l'itinérance – <https://www.rondpointdelitinerance.ca/>

Research to Identify Policy Options to Reduce Food Insecurity – <https://proof.utoronto.ca/> (certaines des ressources ont été traduites en français, dont le rapport *Insécurité alimentaire des ménages au Canada 2017-2018*)

Agence de la santé publique du Canada – www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/index-fra.php

Social Determinants of Health Communication Network – <https://listserv.yorku.ca/archives/sdoh.html>

Organisation mondiale de la Santé. Social Determinants of Health Action – https://www.who.int/social_determinants/actionsdh/en/ (en anglais seulement)

Organismes de politiques et de défense voués aux déterminants sociaux de la santé

Organismes de politiques publiques progressistes

Acorn Canada – <https://acorncanada.org/> (pour de l'information en français, allez au <https://acorn.quebec/>)

Institut Broadbent – <https://www.institutbroadbent.ca/>

Centre canadien de politiques alternatives – <http://www.policyalternatives.ca/> (quelques ressources sont en français)

Le Conseil des Canadiens – <https://conseildescanadiens.org/>

Parkland Institute – <https://www.parklandinstitute.ca/> (en anglais)

Wellesley Institute – <https://www.wellesleyinstitute.com/> (en anglais)

Organismes de défense voués aux déterminants sociaux de la santé

Upstream – <https://www.thinkupstream.ca/> (en anglais)

Mouvement populaire pour la santé Canada – <https://phm-na.org/fr/>

Promotion de la santé Canada – <https://www.healthpromotioncanada.ca/> (en anglais)

Garde d'enfants

Childcare Canada Resource and Research Unit – <https://www.childcarecanada.org/> (quelques ressources sont traduites en français)

Un enfant Une place – <https://timeforchildcare.ca/?lang=fr>

Groupes pour personnes handicapées

Réseau d'action des femmes handicapées – RAFH – du Canada – <https://www.dawncanada.net/>

Conseil des Canadiens avec déficiences – <http://www.ccdonline.ca/>

Vie autonome Canada – <https://fr.ilc-vac.ca/>

Emplois et conditions de travail

Congrès du travail du Canada – <https://congresdutravail.ca/>

Institute for Work & Health – <https://www.iwh.on.ca/> (en anglais)

Insécurité alimentaire

Réseau pour une alimentation durable – <https://foodsecurecanada.org/fr>

Les diététistes du Canada : Plaidoyer – <https://www.dietitians.ca/Advocacy?lang=fr-CA>

Géographie

Réseau canadien de santé des régions nordiques et éloignées
– <https://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/northern-remote-collaboration>

Institut de recherche en santé circumpolaire – <http://www.ichr.ca/> (en anglais)

Mondialisation

Le Conseil des Canadiens : Commerce – <https://conseildescanadiens.org/commerce>

CCPA : Projet de recherche en matière de commerce et d'investissements
– <https://www.policyalternatives.ca/projects/trade-and-investment-research-project> (en anglais)
Health Services

Services de santé

Coalition canadienne de la santé – <https://mail.coalitionsante.ca/?lang=fr>

Médecins canadiens pour le régime public – <https://www.canadiandoctorsformedicare.ca/> (en anglais)

Health Providers Against Poverty – <https://healthprovidersagainstopoverty.ca/> (en anglais)

Logement et itinérance

Centre for Urban and Community Studies, Université de Toronto – <http://www.urbancentre.utoronto.ca/> (en anglais)

Fédération de l'habitation coopérative du Canada – <https://fhcc.coop/>

Le rond-point de l'itinérance – <https://www.rondpointdelitinerance.ca/>

Right to Housing – <https://righttohousing.wordpress.com/> (en anglais)

Santé des Autochtones

Assemblée des Premières Nations – <https://www.afn.ca/fr/accueil/>

Organisation nationale de la santé des Autochtones – <http://www.naho.ca/> (en anglais)

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone – <https://www.ccnsa.ca/fr/>

Immigration

Conseil canadien pour les réfugiés – <https://ccrweb.ca/>

KAIROS : Migrant Justice – <https://www.kairoscanada.org/what-we-do/migrant-justice> (en anglais)

AccueilOntario (créé par l'OCASI) – <http://www.accueilontario.ca/about>

Revenu

Basic Income Network Canada – <https://www.basicincomecanada.org/>

Canada sans pauvreté – <http://www.cwp-csp.ca/> (en anglais)

Campagne 2000 – <https://campaign2000.ca/en-francais/>

Citizens for Public Justice – <https://cpj.ca/> (en anglais)

Interfaith Social Assistance Reform Coalition – <https://isarc.ca/> (en anglais)

Ontario Coalition Against Poverty – <https://ocap.ca/> (en anglais)

Race

Canadian Anti-Hate Network – <https://www.antihate.ca/> (en anglais)

The Canadian Ecumenical Anti-Racism Network – conseil canadien des églises <https://www.councilofchurches.ca/socialjustice/undoing-racism/anti-racism-network/>

Couleur de la pauvreté – <https://colourofpoverty.ca/> (quelques ressources sont traduites en français)

Exclusion sociale

Maytree Foundation – <https://maytree.com/> (en anglais)

Congrès Metropolis – <https://metropolisconference.ca/fr/>

Femmes

CCPA : Making Women Count Project – <https://www.policyalternatives.ca/projects/making-women-count> (en anglais)

CEDEF – Alliance féministe pour l'action internationale – <https://fafia-afai.org/fr/womens-rights-fr/cedef/>

YWCA Canada – <https://ywcacanada.ca/fr/>

ANNEXE II. SOURCES DES CITATIONS

1. Introduction

Roy Romanow est un ancien premier ministre de la Saskatchewan et un ancien président de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. La citation est tirée de l'avant-propos du document *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 1st edition* (en anglais).

2. Stress, corps et maladie

Robert Evans est professeur émérite au Centre de recherche sur les services et les politiques de santé de l'Université de la Colombie-Britannique. La citation est tirée du livre *Why are some People Healthy and Others Not?* (en anglais).

3. Revenu et répartition du revenu

Andrew Jackson est le conseiller politique principal de l'Institut Broadbent. **Govind Rao** est agent principal en recherche au bureau national du Syndicat canadien de la fonction publique. La citation est tirée de leur chapitre dans le document *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (en anglais).

4. Éducation

Charles Ungerleider est professeur émérite en études pédagogiques à l'Université de la Colombie-Britannique. **Tracey Burns** est gestionnaire de projet à la Direction de l'éducation de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), à Paris. La citation est tirée de leur chapitre dans le document *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (en anglais).

5. Chômage et sécurité d'emploi

Emile Tompa est scientifique principal à l'Institute for Work & Health, à Toronto. **Michael Polanyi** est travailleur social à la Société de l'aide à l'enfance, à Toronto. **Janice Foley** est professeure agrégée à la faculté d'administration des affaires de l'Université de Regina. La citation est tirée de leur chapitre dans le document *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (en anglais).

6. Emploi et conditions de travail

Peter Smith est chercheur à l'Institute for Work & Health, à Toronto. **Michael Polanyi** est travailleur social à la Société de l'aide à l'enfance, à Toronto. La citation est tirée de leur chapitre dans le document *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (en anglais).

7. Développement du jeune enfant

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a pour mandat de conseiller les gouvernements sur les politiques de santé et autres dossiers connexes. La citation est tirée du *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes paru en 1996*.

8. Insécurité alimentaire

Lynn McIntyre est professeure émérite au département des sciences de la santé communautaire à l'Université de Calgary. **Krista Rondeau** est consultante en recherche et en évaluation dans le domaine des soins primaires et de l'insécurité alimentaire. La citation est tirée de leur chapitre dans le document *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 2nd edition* (en anglais).

9. Logement

Toba Bryant est professeure agrégée à la faculté des sciences de la santé à l'Université Ontario Tech, à Oshawa (Canada). La citation est tirée de son chapitre dans le document *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (en anglais).

10. Exclusion sociale

Grace-Edward Galabuzi est professeur agrégé au département de politiques et d'administration publique de l'Université Ryerson. La citation est tirée de son chapitre dans le document *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (en anglais).

11. Filet de sécurité sociale

David Langille enseigne la politique de la santé à l'Université de Toronto et est le chef de production du film *Poor no More*. La citation est tirée de son chapitre dans le document *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (en anglais).

12. Services de santé

Elizabeth McGibbon est professeure en sciences infirmières à l'Université St Francis Xavier. La citation est tirée de son chapitre dans le document *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (en anglais).

13. Géographie

Trevor Dummer est professeur agrégé à la School of Population and Public Health de l'Université de la Colombie-Britannique. La citation est tirée de son texte intitulé « *La géographie et la santé à l'appui des politiques publiques et de la planification en santé publique* » paru dans la Revue de l'Association médicale canadienne.

14. Handicap

Marcia Rioux est professeure émérite à la School of Health Policy and Management de l'Université York. **Tamara Daly** est professeure à la School of Health Policy and Management de l'Université York. La citation est tirée de leur chapitre dans le document *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (en anglais).

15. Ascendance autochtone

Janet Smylie est médecin et scientifique de la recherche au Centre for Research on Inner City Health et professeure agrégée au département des sciences de la santé publique à l'Université de Toronto. Michelle Firestone est scientifique à la Well Living House du Centre for Urban Health Solutions, à la St Michael's Hospital. La citation est tirée de leur chapitre dans le document *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (en anglais).

16. Genre

Pat Armstrong est professeure-chercheuse distinguée de sociologie à l'Université York. La citation est tirée de son chapitre dans le document *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 3rd edition* (en anglais).

17. Immigration

Heide Castañeda travaille au département d'anthropologie de la University of South Florida. La citation est tirée de son texte intitulé « *Immigration as a Social Determinant of Health* » paru en anglais dans *l'Annual Review of Public Health*.

18. Race

Grace-Edward Galabuzi est professeur agrégé au département de politiques et d'administration publique de l'Université Ryerson. La citation est tirée de son chapitre dans le document *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives, 3rd edition* (en anglais).

19. Mondialisation

La Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation a été mise sur pied par l'Organisation internationale du Travail afin de répondre aux besoins découlant des changements sans précédent qu'a entraînés la mondialisation dans la vie des gens, des familles et des sociétés. La citation est tirée de la « *Partie I : Pour une mondialisation au service de tous : une vision qui impose des changements* » dans le rapport *Une mondialisation juste : créer des opportunités pour tous*.

20. Vos moyens d'action

Bertolt Brecht est un homme de théâtre, dramaturge et poète allemand qui est devenu l'une des personnalités les plus connues dans le monde du théâtre du XX^e siècle. La citation est une traduction libre d'un passage du poème « *The World's One Hope* ».

21. Épilogue : L'État-providence et les déterminants sociaux de la santé

David Coburn est professeur émérite à l'Université de Toronto. La citation est tirée du texte intitulé « *Income Inequality, Social Cohesion and Health Status of Populations: The Role of Neo-Liberalism* », publié en anglais dans la revue *Social Science & Medicine*.