

Déterminants sociaux de la santé
LES RÉALITÉS CANADIENNES



Juha Mikkonen

Dennis Raphael

Déterminants sociaux de la santé

LES RÉALITÉS CANADIENNES

Juha Mikkonen

Dennis Raphael

Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes

Mikkonen, J. et Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.

Cette publication est disponible à l'adresse <http://www.thecanadianfacts.org/>

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/>

Photographies fournies par Juha Mikkonen (p. 7, 10, 12, 20, 26, 29, 32, 35, 38, 41, 53), Gregory Talas (p. 17, 44, 47), Heidi Malm (p. 15), Laurence Parent (p. 50) et Dennis Raphael (p. 23).

Tous droits réservés © 2011 Juha Mikkonen et Dennis Raphael

Les auteurs remercient sincèrement l'Université York d'avoir participé financièrement à la production du présent document.

Couverture : Juha Mikkonen

La traduction en français n'aurait pas été possible sans la participation du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et Nexus Santé.

La traduction en français est assurée par Liane Alessi. La révision linguistique a été effectuée par Sylvie Boulet.

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes / Juha Mikkonen et Dennis Raphael

ISBN 978-0-9683484-1-3

1. Santé publique—aspects sociaux—Canada. 2. Santé publique—aspects économiques—Canada. 3. Politique de santé—aspects sociaux—Canada. I. Mikkonen, Juha, II. Raphael, Dennis

Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes

Auteurs

Avant-propos par l'honorable Monique Bégin

1. Introduction.....	7
2. Stress, corps et maladie.....	10
3. Revenu et répartition du revenu.....	12
4. Éducation.....	15
5. Chômage et sécurité d'emploi.....	17
6. Emploi et conditions de travail.....	20
7. Développement du jeune enfant.....	23
8. Insécurité alimentaire.....	26
9. Logement.....	29
10. Exclusion sociale.....	32
11. Filet de sécurité sociale.....	35
12. Services de santé.....	38
13. Statut d'Autochtone.....	41
14. Sexe.....	44
15. Race.....	47
16. Handicap.....	50
17. Vos moyens d'action.....	53
Annexe I. Ressources et réseaux de soutien.....	57
Annexe II. Source des citations.....	61

AUTEURS

Juha Mikkonen (Helsinki, Finlande) a travaillé pour le compte de nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) en Europe. Il est actuellement l'un des vice-présidents du Réseau européen anti-pauvreté de Finlande (EAPN-Fin) en plus d'être membre du Comité exécutif de l'organisme international. Il a occupé des postes dans divers organes décisionnels, notamment à l'Université de Helsinki, aux Finnish Student Health Services et à la Finnish Youth Co-operation Allianssi, un organisme chapeautant 112 ONG finlandaises axées sur la jeunesse. Il est en outre un membre du conseil d'administration de Gaudeamus, la maison d'édition de l'Université de Helsinki.

Juha Mikkonen est l'éditeur de *Arkipäivän kokemuksia köyhyydestä*, 2007 (expériences quotidiennes de la pauvreté) et de *Rikas runo*, 2009 (*Poèmes des riches et bien nantis*; une anthologie de poèmes sur la pauvreté). Soulignons qu'il était également l'un des organisateurs du concours d'écriture « *Expériences quotidiennes de la pauvreté* », qui a permis de colliger plus de 800 écrits autobiographiques de personnes à faible revenu. Il travaille présentement dans les domaines des inégalités en matière de santé, de la marginalisation, de la défense des intérêts politiques, de la politique de la santé et des déterminants sociaux de la santé. Dans sa plus récente publication, intitulée *Terve Amis!* (2010), il formule une cinquantaine de recommandations visant la réduction des inégalités en matière de santé chez les élèves d'écoles de formation professionnelle en Finlande.
Adresse électronique : mikkonen@iki.fi

Dennis Raphael (Toronto, Canada) est professeur de politique de la santé à la School of Health Policy and Management de l'Université York. Au cours de sa carrière, il a mené des travaux de recherche notamment dans les domaines suivants : le développement de l'enfant et de l'adolescent, le rendement scolaire en mathématique et en sciences, la promotion de la santé et la qualité de vie, l'exclusion sociale, la politique publique et les déterminants sociaux de la santé. Ses travaux portent actuellement sur les déterminants sociaux en rapport avec l'incidence et la gestion du diabète de type 2 dans les communautés vulnérables et avec l'impact de la globalisation sur la santé de la population canadienne.

Dennis Raphael est l'éditeur des ouvrages intitulés *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (2009, 2e édition) et *Health Promotion and Quality of Life in Canada: Essential Readings* (2010); le co-éditeur du document *Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care* (2010, 2e édition) et l'auteur des ouvrages intitulés *About Canada: Health and Illness* (2010) et *Poverty and Policy in Canada* (2007). Il a publié plus de 170 documents scientifiques et donné 214 présentations depuis qu'il a commencé à s'intéresser aux questions de la qualité de vie en 1993. Il s'occupe de la gestion du Listserv des déterminants sociaux de la santé à l'Université York qui compte 1240 membres.
Adresse électronique : draphael@yorku.ca

Des exemplaires imprimés et reliés du présent document sont disponibles.

Pour en savoir plus : www.thecanadianfacts.org

AVANT-PROPOS

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 ci-dessus mentionnée), dans lequel on montre que les conditions de vie et de travail de chacun influent directement sur la qualité de sa santé. Nous nous entendons tous sur le fait 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 en souffre.

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, des effets dévastateurs de cette réalité sur la santé mentale de la population et sur 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 mala-

des pour ensuite les renvoyer vivre dans les mêmes conditions 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 pourrons 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, rehaussera la sensibilisation et la clarté du débat. 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 cet avant-propos 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 sur les déterminants sociaux de la santé de l'OM

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

CE QUE L'ON DIT À PROPOS DES RÉALITÉS CANADIENNES

« Félicitations pour cet apport important à la sensibilisation des Canadiens sur ce qui doit réellement changer pour améliorer la santé de la population. Je formule l'espoir que ce document puisse également lancer un message clair et précis quant aux changements à opérer pour ceux d'entre nous qui œuvrent dans le système de santé canadien. » [Traduction libre]

– Penny Sutcliffe, MD, M.Sc.S., FRCPC, présidente directrice générale, Service de santé publique de Sudbury et du district

« Juha Mikkonen et Dennis Raphael ont créé une ressource qui se veut à la fois éducationnelle, facile à lire, factuelle et un appel pressant à agir. J'espère voir ce document ouvert sur les tables de travail des responsables des politiques, des professionnels de la santé publique, des étudiants et des intervenants de première ligne en santé. Il s'agit d'une importante contribution au dialogue sur les déterminants sociaux de la santé au Canada, un outil facile d'accès en plus d'un guide simple sur ce que nous avons besoin de faire pour réduire les inégalités en santé. » [Traduction libre]

– Gary Bloch, médecin de famille, Hôpital St. Michael's; professeur adjoint à l'Université de Toronto

« Voici un superbe document permettant de propager le message au sujet des politiques en matière de santé. Il n'existait encore rien de tel au Canada. Le texte et les graphiques éclaireront même les sceptiques. La facture de la couverture est géniale. La mise en page rend le texte dynamique et facile à lire. Je l'utiliserai dans tous mes cours. » [Traduction libre]

– Dre Elizabeth McGibbon, Université St. Francis Xavier

« 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'. Nonobstant, l'urgence d'agir au chapitre des déterminants sociaux de la santé se fait cruellement sentir. Tels d'excellents avocats plaidants, Juha Mikkonen et Dennis Raphael ont colligé les preuves à l'appui dans un seul ouvrage concis, clair et convaincant. La possibilité de faire respecter des droits qui sont 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 belles. Qui plus est, à la croisée des chemins où les injustices sociales se transforment en inégalités en matière de santé se trouve le plus triste des messages : les choses vont de mal en pis. Nous avons traversé 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 constitue 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 dans le but de réclamer pour le bien de tous certaines de ces ressources réservées. » [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

« Avec une lucidité et une clarté surprenantes, cette mine d'information favorisera le changement de perception chez les lecteurs par rapport à la santé. L'ouvrage démontre à quel point les conditions sociales et financières influent sur l'état de santé bien davantage que le comportement individuel, le profil génétique ou l'accès aux soins de santé. Les solutions, nous rappelle-t-on, résident non pas dans les percées médicales voire même dans les 'bons choix', mais plutôt dans l'arène politique : se battre pour les changements sociaux nécessaires pour offrir à tous 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

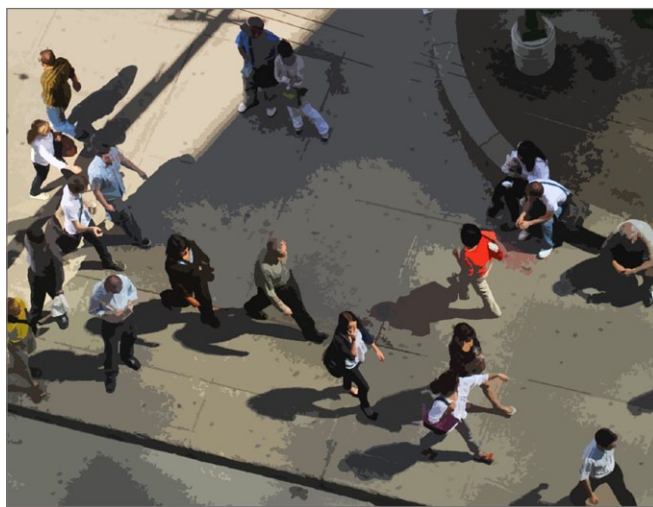
Un système de soins de santé, dut-il être le meilleur au monde, ne constituera qu'un seul des ingrédients qui déterminera si vous aurez une vie longue ou courte, en santé ou dans la maladie, accomplie ou vide de sens.

[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 tout à voir avec les conditions de vie. Ces dernières forment aujourd'hui ce que l'on en est venu à appeler les déterminants sociaux de la santé. Leur importance pour la santé a d'abord été relevée au milieu des années 1800, puis la notion s'est inscrite dans les documents de politique gouvernementale dans le milieu des années 1970. En fait, les contributions d'origine canadienne au concept des déterminants sociaux de la santé sont tellement vastes que le milieu de la santé à l'échelle mondiale considère le Canada comme une grande force motrice en matière de promotion de la santé. Dans de récents rapports émanant de l'Administrateur en chef de la santé publique du Canada, du Sénat du Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada, on continue d'étayer l'importance des déterminants sociaux de la santé.

Mais les données, qui reposent sur des décennies de recherche et des centaines d'études réalisées au Canada et ailleurs dans le monde, dressent un tableau que la plupart des Canadiennes et Canadiens connaissent peu. En effet, la majorité des habitants du pays ne se rendent pas compte que leur santé dépend de la répartition du revenu et de la richesse, du fait de détenir un emploi ou non et, dans l'affirmative, des conditions de travail en place. Les services sociaux et de santé qu'ils reçoivent et, entre autres, leur accès à une éducation, à une nourriture et à un logement de qualité jouent également un rôle dans leur bien-être. Contrairement au postulat selon lequel la population canadienne possède un pouvoir quelconque sur ces facteurs, les conditions de vie, à notre plus grand bien ou à notre plus grand dam, reposent la plupart du temps sur la qualité des collectivités, sur les conditions de logement,



sur le milieu de travail, sur les agences de santé et de services sociaux ainsi que sur les établissements scolaires qui font partie du cadre de vie de chacun.

Il appert que la qualité des déterminants sociaux de la santé observée dans le cadre où vit la population canadienne aide à expliquer les grandes inégalités en matière de santé existantes. L'espérance de vie et le risque d'apparition d'une maladie cardiovasculaire ou d'un diabète de type 2 dépendent largement des conditions de vie de chacun. Il en va de même pour les enfants : les différences notées sur la chance de survie des enfants du pays au-delà du premier anniversaire et sur leur risque de souffrir de maux de l'enfance comme l'asthme et les blessures, ou de prendre du retard à l'école dépendent dans une large mesure des déterminants sociaux de la santé qui font partie du cadre de vie de chacun.

Les recherches démontrent également que la qualité de ces conditions de vie, déterminante pour la santé, repose grandement sur les décisions prises par les gouvernements dans une foule de domaines d'intérêt public. Les gouvernements des paliers municipal, provincial et territorial et fédéral mettent en place des politiques, des lois et des règlements influant sur le niveau de revenu de la population canadienne, que ce soit en termes de rémunération, de prestations familiales ou d'assistance sociale, de l'accès à un logement abordable et de qualité, du type de services sociaux et de santé et des possibilités récréatives disponibles voire même de ce qui arrive lorsque des individus perdent leur emploi en période de ralentissement économique.

Ce sont de tels facteurs qui expliquent le mieux la mesure dans laquelle se compare le Canada aux autres pays dans le domaine de la santé. La population canadienne jouit en général d'une meilleure santé que les Américains, mais fait moins bonne figure en comparaison avec d'autres pays ayant mis en place des politiques gouvernementales destinées à renforcer les déterminants sociaux de la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que les expériences néfastes pour la santé s'avèrent le résultat « d'une combinaison toxique de politiques et de programmes sociaux inadéquats, d'ententes économiques injustes et de mauvaises politiques » [traduction libre].

Malgré ce fait, les gouvernements et les responsables des politiques ont déployé peu d'efforts en vue d'améliorer les 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 ses habitants tout au long de leur vie. Les inégalités de revenu et le taux de pauvreté connaissent une croissance en plus de figurer parmi les plus élevés des pays riches. Au Canada, les fonds octroyés pour le soutien aux familles, aux personnes handicapées, aux personnes vieillissantes et à la formation à l'emploi se révèlent parmi les plus bas en comparaison avec ces mêmes pays riches.

Le document Les déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes s'adresse à la population du Canada et se veut une introduction au sujet des déterminants sociaux de la santé. La première partie porte sur la mesure dans laquelle les conditions de vie « laissent leur empreinte dans l'organisme » pour soit favoriser la santé soit entraîner la maladie. La seconde partie porte sur les 14 principaux déterminants sociaux de la santé, et l'on y explique pour chacun :

1. Son importance par rapport à la santé;
2. Comment le Canada se compare aux autres pays riches;
3. Quels sont les moyens possibles pour en améliorer la qualité.

Les principales sources sont citées. La dernière partie porte sur les mesures pouvant être prises au Canada pour améliorer la qualité des déterminants sociaux de la santé.

Les déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes se veut un complément à deux autres sources d'information sur le sujet. Dans la première, intitulée *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (2009), se trouve une liste exhaustive et détaillée des éminents chercheurs-boursiers et des documents de recherche axés sur l'état des déterminants sociaux de la santé au Canada. La seconde, intitulée *About Canada: Health and Illness* (2010), présente les mêmes données, mais dans un format et un langage plus simples.

Il est possible de renforcer la santé de la population canadienne. Pour ce faire toutefois, les Canadiens devront réfléchir sur la question et sur les déterminants d'une manière plus rigoureuse que par le passé. *Les déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes* vise à ouvrir la voie à cet effort.

Juha Mikkonen
Dennis Raphael

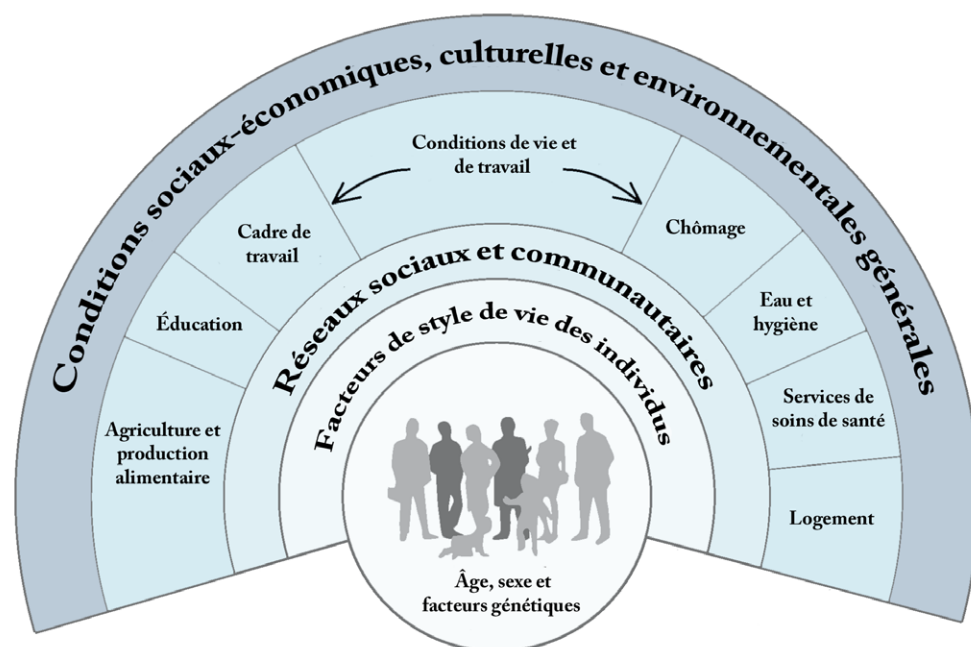
Lectures suggérées

Raphael, D. (Ed.) (2009). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Raphael, D. (sept. 2010). *About Canada: Health and Illness*. Halifax : Fernwood Publishers.

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

Encadré 1.1 Déterminants sociaux de la santé

Parmi la pléiade de modèles des déterminants sociaux de la santé, signalons que celui développé en 2002 lors d'une conférence tenue à Toronto par l'Université York s'est révélé particulièrement utile pour comprendre pourquoi certains Canadiens se portent mieux que d'autres. Les 14 déterminants sociaux de la santé de ce modèle sont les suivants :

Chômage et sécurité d'emploi	Éducation
Emploi et conditions de travail	Exclusion sociale
Filet de sécurité sociale	Handicap
Insécurité alimentaire	Logement
Petite enfance	Race
Revenu et répartition du revenu	Services de santé
Sexe	Statut d'Autochtone

Il appert que chacun de ces déterminants sociaux de la santé influe de façon notable sur la santé de la population canadienne. Cette incidence se révèle beaucoup plus considérable que celle associée aux habitudes, telles que le régime alimentaire, l'activité physique voire même le tabagisme et la trop grande consommation d'alcool.

Source : Raphael, D. (Ed.) (2009). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

2. STRESS, CORPS ET MALADIE

Chacun sait qu'un stress continu ou plutôt les réactions en découlant ont un effet délétère sur un grand nombre de systèmes biologiques et engendrent bien des maladies.

[Traduction libre]

– Robert Evans, 1994

Pourquoi est-ce important?

Les personnes aux prises avec des conditions de vie sociales et matérielles défavorables souffrent également d'un haut degré de stress physiologique et psychologique. Les expériences stressantes découlent 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 fondées sur le statut d'Autochtone, un handicap, le sexe ou la race. L'absence d'un réseau de soutien, l'isolation sociale et la méfiance de la part des autres viennent accroître davantage le stress.

Sur le plan physiologique, un stress chronique peut entraîner des réactions biologiques prolongées drainant le corps physique. Les situations stressantes et les menaces continues provoquent une réaction « de lutte ou de fuite ». Ce genre de réaction induit un stress chronique sur le corps si la personne ne dispose pas d'occasions suffisantes pour se ressourcer dans un cadre non stressant. Les recherches démontrent de manière non équivoque qu'une tension continue affaiblit la résistance aux maladies et perturbe le fonctionnement des systèmes hormonal et métabolique. Les tensions physiologiques produites par le stress rendent les personnes plus vulnérables à bien des maladies graves, par exemple, les maladies cardiovasculaires ou du système immunitaire et le diabète de type 2.

Sur le plan psychologique, les conditions de vie médiocres ou stressantes peuvent entraîner un constant sentiment de honte, d'insécurité et de dévalorisation. Dans de telles circonstances, le quotidien semble souvent imprévisible, ingouvernable et dénué de sens. L'incertitude quant à l'avenir nourrit l'anxiété



et le désespoir, accroissant du coup le degré d'épuisement et rendant encore plus difficile la capacité de venir à bout du quotidien. On voit souvent les personnes vivant un degré de stress élevé tenter d'alléger la tension en adoptant des habitudes néfastes pour la santé. Pensons par exemple à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et à la trop grande absorption de glucides. De telles habitudes sont généralement considérées comme malsaines, mais elles se révèlent efficaces comme moyen d'évacuation temporaire. On peut les considérer comme des solutions aux conditions de vie préjudiciables même si elles aggravent la situation à plus long terme.

Le fait de subir des conditions de vie stressantes rend difficile l'adoption d'activités récréatives physiques ou de saines habitudes alimentaires, parce que l'énergie est presque entièrement consacrée à la survie au quotidien. Par conséquent, la consommation de drogue, sous ordonnance ou dans l'illégalité, soulage uniquement les symptômes du stress. De même, les programmes liés aux modes de vie sains et qui s'adressent aux personnes défavorisées ne se révèlent pas très efficaces pour améliorer la santé et la qualité de vie. Bien souvent, ni l'activité physique individuelle ni les programmes d'alimentation saine ne tiennent compte des déterminants sociaux de la santé à l'origine d'un bon nombre de maladies graves.

Incidence sur les politiques

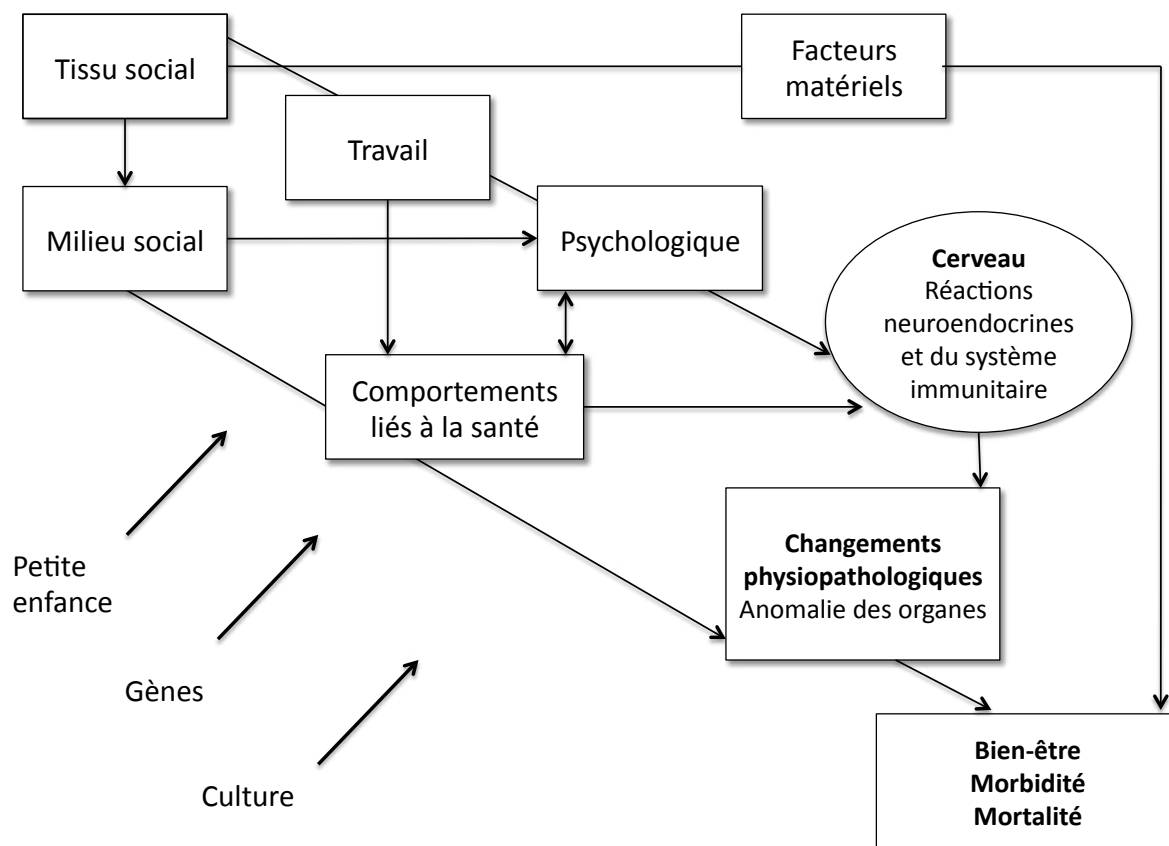
- Il importe de se concentrer sur la source des problèmes, non pas sur les symptômes. Ainsi, pour réduire le stress et améliorer la santé, on doit améliorer les conditions de vie des personnes.
- Les représentants élus et les responsables des politiques doivent s'engager à mettre en place des politiques visant à assurer la présence de déterminants sociaux de la santé de qualité pour l'ensemble de la population canadienne.

Principales sources

Brunner, E. et M.G. Marmot, (2006). « Social Organization, Stress, and Health » dans M.G. Marmot et R.G. Wilkinson, (Eds.) (2006). Social Determinants of Health (pp. 6-30). 2e édition. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.

Raphael, D. (2009). « Social Structure, Living Conditions, and Health » dans D. Raphael. (Ed.), Social Determinants of Health: Canadian Perspectives (pp. 20-36). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

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



La figure montre à quel point l'organisation de la société influence sur les conditions de vie et de travail de chacun, qui influencent à leur tour la santé. Ces processus opèrent suivant un vecteur agissant à la fois sur les plans matériel, psychologique et comportemental. À toutes les étapes de la vie, la génétique, la petite enfance et les facteurs culturels se révèlent d'une grande influence sur la santé.

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

3. REVENU ET RÉPARTITION DU REVENU

Les chercheurs en santé ont démontré qu'il existe un lien indiscutable entre le revenu et le statut socio-économique et la santé, tant et si bien que la longévité et l'état de santé augmentent à mesure que l'on monte dans l'échelle salariale. [Traduction libre]

– Andrew Jackson, 2009

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 en général, influence le fonctionnement psychologique et influe sur les habitudes liées à la santé, comme la qualité de l'alimentation, le degré d'activité physique, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. Au Canada, le niveau de revenu détermine en outre la qualité d'autres déterminants sociaux de la santé, comme la sécurité alimentaire, le logement et les autres conditions de base pour la santé.

Le rapport entre le revenu et la santé peut s'étudier de deux manières. Il est d'abord possible d'étudier le lien entre la santé et le revenu réel que reçoit un individu ou une famille. Il est ensuite possible d'examiner la répartition du revenu dans la population, et le rapport entre cette répartition et la santé des individus. Il a été démontré qu'une répartition plus équitable du revenu constitue l'un des meilleurs indices de la santé générale d'une société.

Le revenu se révèle particulièrement vital dans les sociétés où les services et les avantages ne constituent pas un droit à l'accès en soi. Au Canada, on subventionne à même les revenus généraux l'éducation publique jusqu'à la fin du secondaire, les procédures médicales de base et les bibliothèques, mais il en revient à chaque individu de se procurer et de payer les services de garde d'enfants, le logement, l'éducation postsecondaire, les activités récréatives et les ressources pour la retraite. Par contre, un bon nombre de pays riches fournissent ce genre de services à titre de droits des citoyens.



Un faible revenu prédispose à la défavorisation matérielle et sociale. Plus la défavorisation est importante, plus les personnes et les familles risquent de ne pas pouvoir s'offrir les conditions de base pour la santé, comme la nourriture, les vêtements et le logement. La défavorisation contribue également à l'exclusion sociale parce qu'il est plus difficile de participer aux activités culturelles, éducationnelles et récréatives. À long terme, l'exclusion sociale nuit à la santé de la personne et à la capacité de jouir d'une vie quotidienne épanouissante.

Les recherches montrent par ailleurs que les hommes habitant les quartiers du quintile le plus riche du Canada vivent en moyenne quatre ans de plus que les hommes habitant les quartiers du quintile le plus pauvre. La différence comparative pour les femmes s'établit à presque deux ans (voir la figure 3.1). L'étude canadienne fait également mention que les populations vivant dans les quartiers les plus démunis présentaient un taux de mortalité de 28 % supérieur à celui des populations des quartiers moins défavorisés.

Le taux de suicide observé dans les quartiers où le niveau de revenu est le plus faible est presque deux fois plus élevé que celui noté dans les quartiers les plus riches. En outre, une série d'études montrent que les crises cardiaques et le diabète de type 2 sont beaucoup plus fréquents dans la population à faible revenu.

Dans un rapport publié récemment par l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), on signale que le Canada est l'un

des deux pays riches (parmi 30) où l'on a observé la plus forte accentuation de l'inégalité de revenu et de la pauvreté entre les années 1990 et le milieu des années 2000. Le Canada se trouve maintenant parmi les pays de l'OCDE affichant une inégalité de revenu la plus marquée (voir la figure 3.2).

Cette tendance s'est manifestée, entre 1985 et 2005, par une baisse réelle du revenu marchand en dollars constants chez les familles canadiennes formant les deux tiers des familles les moins riches, tandis que le cinquième des familles les plus riches du pays se sont très bien tirées d'affaire.

La progression de l'inégalité de revenu au Canada a également entraîné le rétrécissement de la classe moyenne. En effet, entre 1980 et 2005, on a observé une hausse du pourcentage des familles qui sont soit pauvres soit très riches. Le pourcentage des familles ayant un revenu moyen a décliné au cours de la même période, tandis que s'est accru le pourcentage des tranches de la population très riches et très pauvres.

L'augmentation de l'inégalité de la richesse au Canada se révèle encore plus troublante. Comparativement au revenu, la richesse constitue un meilleur indicateur de l'effet à long terme sur la santé de même qu'une meilleure mesure de la sécurité financière. Entre 1984 et 2005, la tranche de 30 pour cent de la population la plus pauvre ne possédait aucun avoir net et s'est retrouvée avec encore plus de dettes. Par contre, la valeur patrimoniale de la tranche de 10 pour cent des familles les plus riches du pays s'élevait en 2005 à 1,2 million de dollars, soit une hausse de 659 000 dollars en dollars constants par rapport à 1984.

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 que doivent prendre en compte les gouvernements et les responsables des politiques.
- Une augmentation du salaire minimum ainsi que l'élargissement de l'aide pour les personnes incapables de travailler offrirait des avantages en matière de santé immédiats pour les Canadiens les plus démunis.

- La diminution de l'inégalité de revenu et de richesse grâce à un impôt progressif constitue une option politique fortement recommandée et qui a fait ses preuves en ce qui concerne l'amélioration de la santé.

- La multiplication des syndicats dans les milieux de travail viendrait très probablement réduire les inégalités de revenu et de richesse au Canada. La syndicalisation permet d'établir des restrictions quant à l'étendue de la production de profits possibles au détriment de la santé et du bien-être du personnel.

Principales sources

Auger, N. et C. Alix, (2009). « Income, Income Distribution, and Health in Canada » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 61-74). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

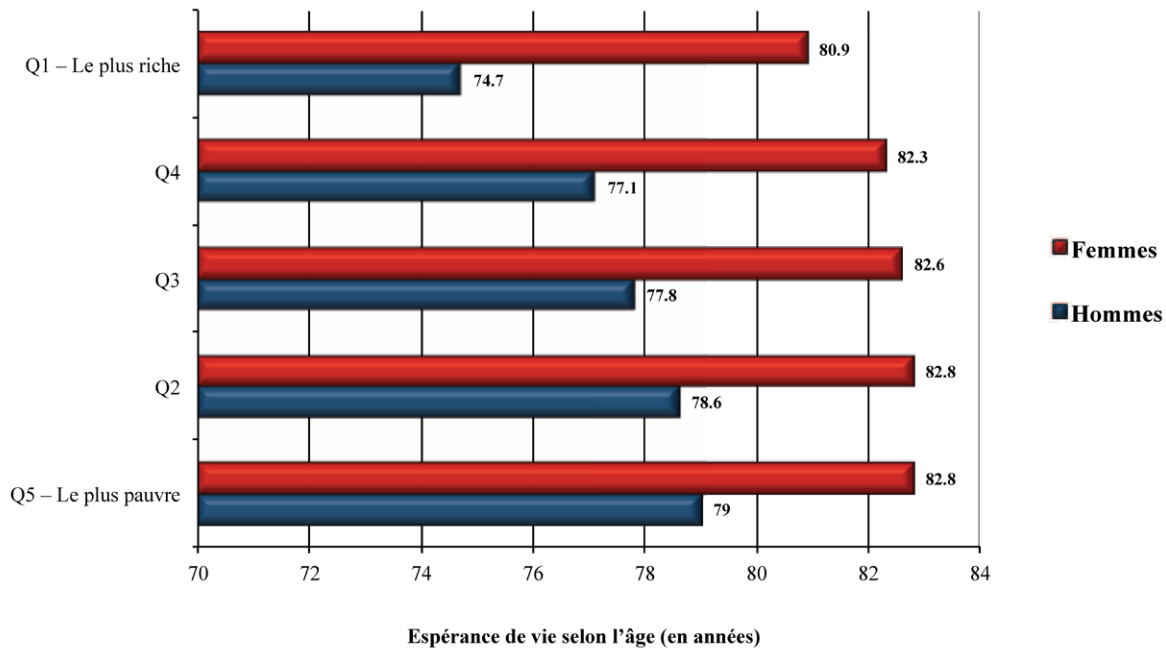
Curry-Stevens, A. (2009). « When Economic Growth Doesn't Trickle Down: The Wage Dimensions of Income Polarization » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 41- 60). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). (2008). *Croissance et inégalités : Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE*. Paris : OCDE.

Wilkins, R. (2007). *Mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada, de 1971 à 2001*. Séminaire du GAMS [Groupe d'analyse et de mesure de la santé], le 16 janvier 2007. Ottawa : Statistique Canada.

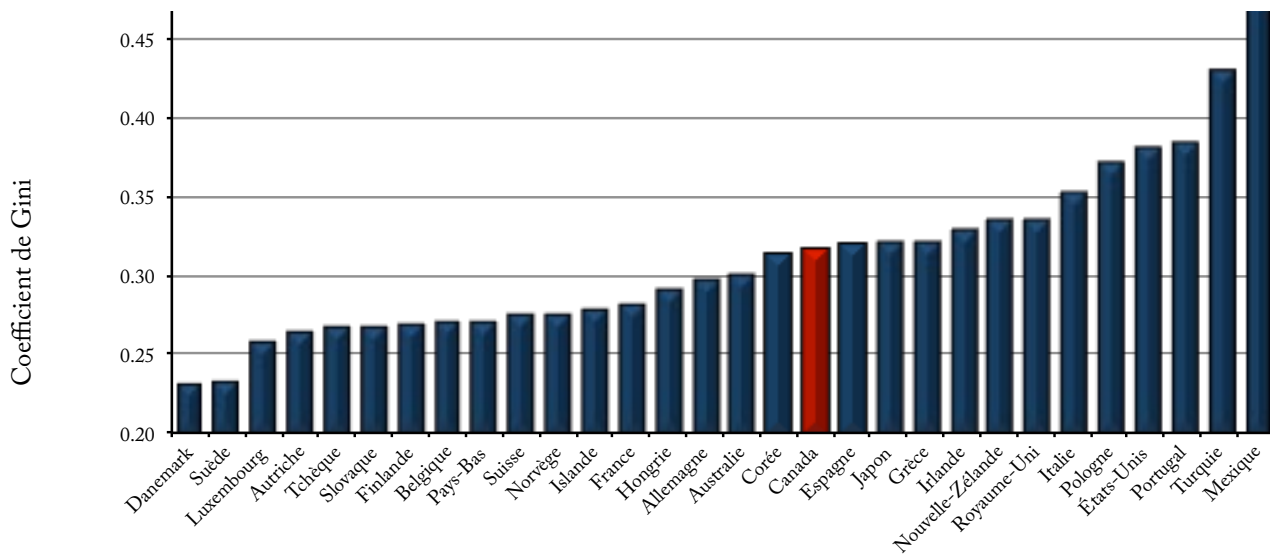
Wilkinson R. G. et K. Pickett, (2009). *The Spirit Level – Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. Londres, Royaume-Uni : édition Allen Lane.

Figure 3.1 Espérance de vie des hommes et des femmes selon le quintile de revenu du



Source : Wilkins, R. (2007). Mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada, de 1971 à 2001. Ottawa : Statistique Canada, Groupe d'analyse et de mesure de la santé.

Figure 3.2 Inégalités de revenu dans les pays de l'OCDE, milieu des années 2000



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 grosseur du ménage.

Source : OCDE (2008). Croissance et inégalités : Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE. Paris : OCDE.

4. ÉDUCATION

Globalement, le Canada fait bonne figure dans les évaluations nationales et internationales, mais on note au pays, en fonction des tranches de la population et des régions, des disparités qui ne semblent pas s'amenuiser avec le temps. [Traduction libre]

– Charles Ungerleider, Tracey Burns, and Fernando Cartwright, 2009

Pourquoi est-ce important?

L'éducation constitue un important déterminant social de la santé. Les personnes ayant une éducation supérieure jouissent habituellement d'une meilleure santé que celles d'un niveau d'éducation moindre. L'éducation favorise une meilleure santé à bien des égards. En premier lieu, le niveau d'éducation est étroitement lié à d'autres déterminants sociaux de la santé comme le niveau de revenu, la sécurité d'emploi et les conditions de travail. Dans cette perspective, l'éducation permet de grimper dans les classes socioéconomiques en plus de favoriser un meilleur accès aux autres ressources sociétales et économiques.

Une éducation supérieure permet en second lieu d'amorcer plus facilement d'importants changements dans le marché du travail au Canada. Les personnes plus scolarisées sont mieux à même de tirer profit des nouvelles possibilités de formation si leur situation d'emploi change abruptement. L'éducation rehausse par ailleurs la probabilité pour les citoyens de s'engager dans des activités communautaires et le processus politique. Bref, les gens acquièrent une meilleure compréhension du monde, et ils sont mieux outillés pour voir et pour influencer les facteurs sociaux à la source de leur propre santé.

Enfin, l'éducation renforce la littératie globale et la compréhension des moyens que peut prendre personnellement un individu pour promouvoir sa santé. Avec une éducation supérieure, les gens développent des compétences plus fines leur permettant d'évaluer comment leurs habitudes peuvent nuire à leur santé ou la favoriser. Ils acquièrent de meilleures habiletés et de meilleurs outils les menant à des styles de vie plus sains.



Il importe en revanche de se rappeler que le manque d'éducation en soi ne constitue pas le facteur ultime du développement d'une piètre santé. La manière dont l'éducation influence la santé de la population réside dans les politiques publiques. Par exemple, si tous pouvaient disposer d'un revenu convenable et de services essentiels comme les garderies, les effets néfastes sur la santé découlant d'une plus faible scolarisation en seraient amoindris.

Par comparaison aux autres pays à l'échelle internationale, l'éducation au Canada se porte bien (voir la figure 4.1). Environ 50 pour cent de la population a suivi des études postsecondaires quelconques. Ce qui est troublant par contre est 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 le rapport entre le rendement scolaire des enfants et le niveau d'éducation de leurs parents s'effriterait s'il y avait au Canada des programmes d'apprentissage précoce d'une qualité supérieure et à un coût abordable. L'absence de tels programmes a une incidence considérable sur le développement intellectuel et émotif d'un grand nombre d'enfants.

Pour les enfants de familles à faible revenu, les frais de scolarité élevés déterminent la poursuite ou non d'études collégiales ou universitaires. Dans les pays scandinaves où l'éducation postsecondaire est gratuite, le rapport entre les antécédents familiaux et le niveau de scolarité s'avère plus faible qu'au Canada. Il est intéressant de noter par exemple que, sur le

plan des compétences linguistiques et mathématiques, les enfants suédois dont les parents n'ont pas complété leurs études secondaires montrent habituellement un meilleur rendement que les enfants de parents ayant complété leurs études secondaires dans d'autres pays, dont le Canada.

Incidence sur les politiques

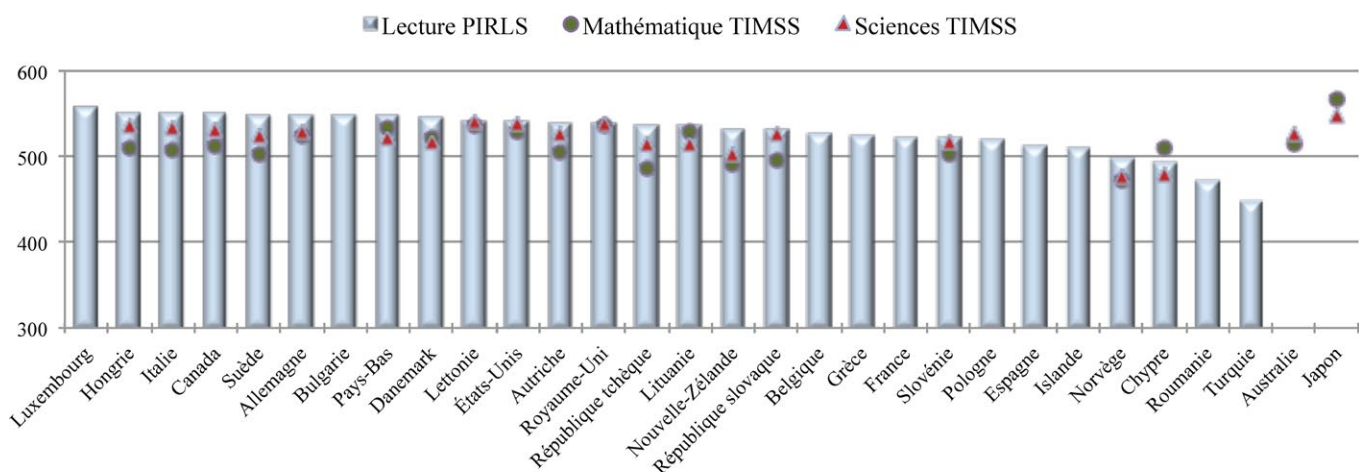
- Les représentants élus doivent s'engager personnellement à financer adéquatement le système d'éducation du Canada de manière à ce que les établissements scolaires puissent offrir à leur clientèle des programmes d'études de premier ordre.
- Les gouvernements du Canada doivent mieux surveiller les frais de scolarité aux niveaux collégial et universitaire afin d'assurer que les enfants de familles à faible revenu ne se voient pas exclus d'un cheminement vers des études supérieures.

Principales sources

Ronson, B. et I. Rootman, (2009). « Literacy and Health Literacy: New Understandings about their Impact on Health » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 170-186). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Ungerleider, C., T. Burns et F. Cartwright, (2009). « The State and Quality of Canadian Public Elementary and Secondary Education » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 156-169). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Figure 4.1 Résultats des tests au Canada dans une perspective comparative



Source : Programme international de recherche en lecture scolaire (PIRLS, 2006) et Trends in International Mathematics and Science Study (TIMSS, 2007).

5. CHÔMAGE ET SÉCURITÉ D'EMPLOI

Les travailleurs sont non seulement incertains quant à la probabilité de conserver leur emploi actuel, mais également incertains de pouvoir trouver un autre emploi qui répondra à leurs besoins. [Traduction libre]

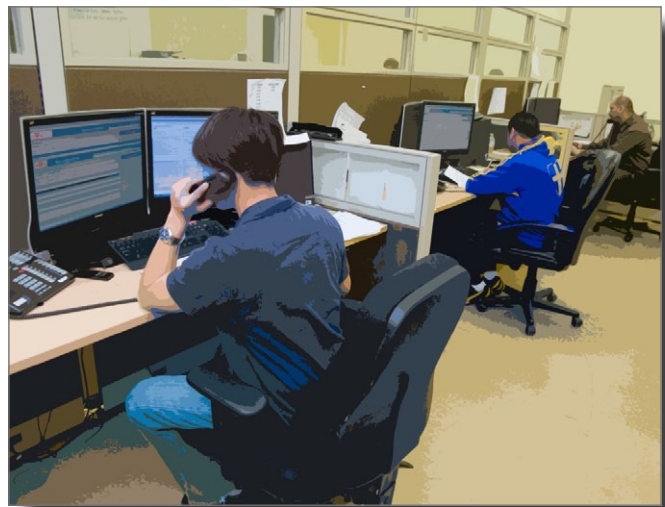
– Emile Tompa, Michael Polanyi, and Janice Foley, 2009

Pourquoi est-ce important?

Un emploi offre à la fois un revenu et un sentiment d'identité en plus de faciliter l'organisation de son quotidien. Par contre, le chômage a souvent pour conséquence la défavorisation matérielle et sociale, le stress psychologique et l'adoption d'habitudes compensatoires nuisibles pour 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.

Au cours de la dernière décennie, la précarité de l'emploi a pris de l'ampleur au Canada (voir la figure 5.1). En ce moment même, seulement la moitié de la population active du Canada occupe un seul emploi à temps plein depuis six mois ou plus. Parmi les catégories d'emploi précaire, mentionnons : le travail à temps partiel (18 %); le travail autonome (14 %) et le travail temporaire (10 %). Les indicateurs sur la législation de la protection de l'emploi de l'OCDE portent sur les règles et règlements en vigueur dans les pays visant à protéger l'emploi et à offrir certains avantages sociaux aux travailleurs temporaires. Le Canada y fait très mauvaise figure, arrivant au 26^e rang parmi 28 pays (voir la figure 5.2).

Le nombre de personnes détenant un emploi à temps partiel s'est accru au cours des deux dernières décennies. Les recherches laissent supposer que cette tendance correspond à une vie au travail plus intense, à un affaiblissement de la sécurité d'emploi et à une dualisation du revenu entre les riches et les pauvres. Six pour cent de la population canadienne occupent leur emploi actuel depuis moins de six mois, et cinq pour cent ont plus d'un emploi.



On associe le chômage à une santé déficiente qui se manifeste sur divers plans. 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 que procurait auparavant l'employeur. La perte d'un emploi constitue par ailleurs un événement stressant pouvant provoquer une diminution de l'estime de soi, une perturbation de la routine journalière et une montée de l'anxiété. Le chômage augmente en outre le risque du recours à des habitudes compensatoires malsaines, comme le tabagisme et l'alcoolisme.

L'insécurité d'emploi correspond généralement à un emploi intense avec des heures de travail atypiques. De telles conditions de travail amènent un taux de stress plus élevé, des maux physiques et un haut risque de blessure. Un nombre excessif d'heures de travail hausse la probabilité de voir apparaître des problèmes physiologiques et psychologiques, tels que l'insomnie, la haute pression et les maladies cardiovasculaires. Par contre-coup, la précarité de l'emploi influe 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. Même si elles constituent 40 pour cent des travailleurs à temps plein, elles représentent 75 pour cent des travailleurs permanents à temps partiel et 62 pour cent des travailleurs temporaires à temps partiel. En 1975, 13,6 pour cent des femmes travaillaient à temps partiel contre 27,3 pour cent en 2000. En revanche,

seulement 3,6 pour cent des hommes travaillaient à temps partiel en 1975 contre 10,3 en 2000.

Incidence sur les politiques

- Il faut donner aux organismes nationaux et internationaux un mandat statutaire par lequel ils devront conclure des ententes garantissant des normes d'emploi de base et un emploi pour tous.
- Il importe de réduire l'écart de pouvoir entre les employeurs et leurs employés en élaborant 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 au chômage au Canada l'accès à un revenu adéquat, à de la formation et à des occasions d'emploi en rehaussant le soutien gouvernemental.
- 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 d'appuyer le processus décisionnel du gouvernement et d'actualiser le concept de la sécurité d'emploi au Canada.

Principales sources

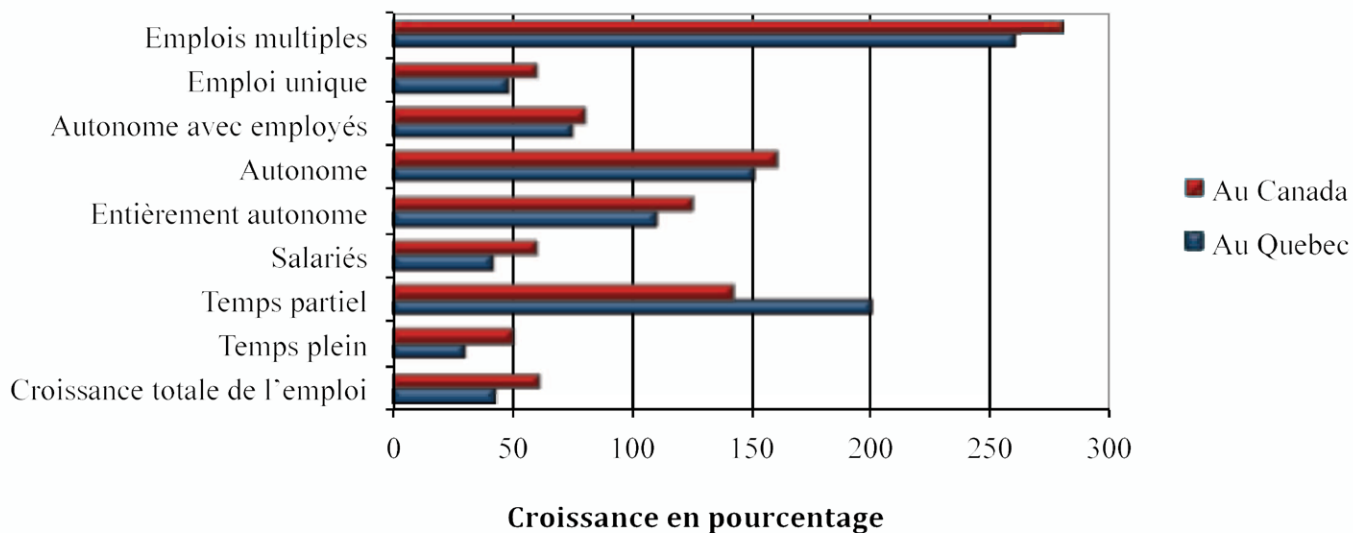
Bartley, M. et autres (2006). « Health and Labor Market Disadvantage: Unemployment, Non-Employment, and Job Insecurity » dans M.G. Marmot et R.G. Wilkinson, (Eds.). *Social Determinants of Health*. 2e édition. Oxford : Oxford University Press.

Smith, P. et M. Polanyi, (2009). « Understanding and Improving the World of Work » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 114-127). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Tompa, E., M. Polanyi et J. Foley, (2009). « Labour Market Flexibility and Worker Insecurity » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 88-98). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

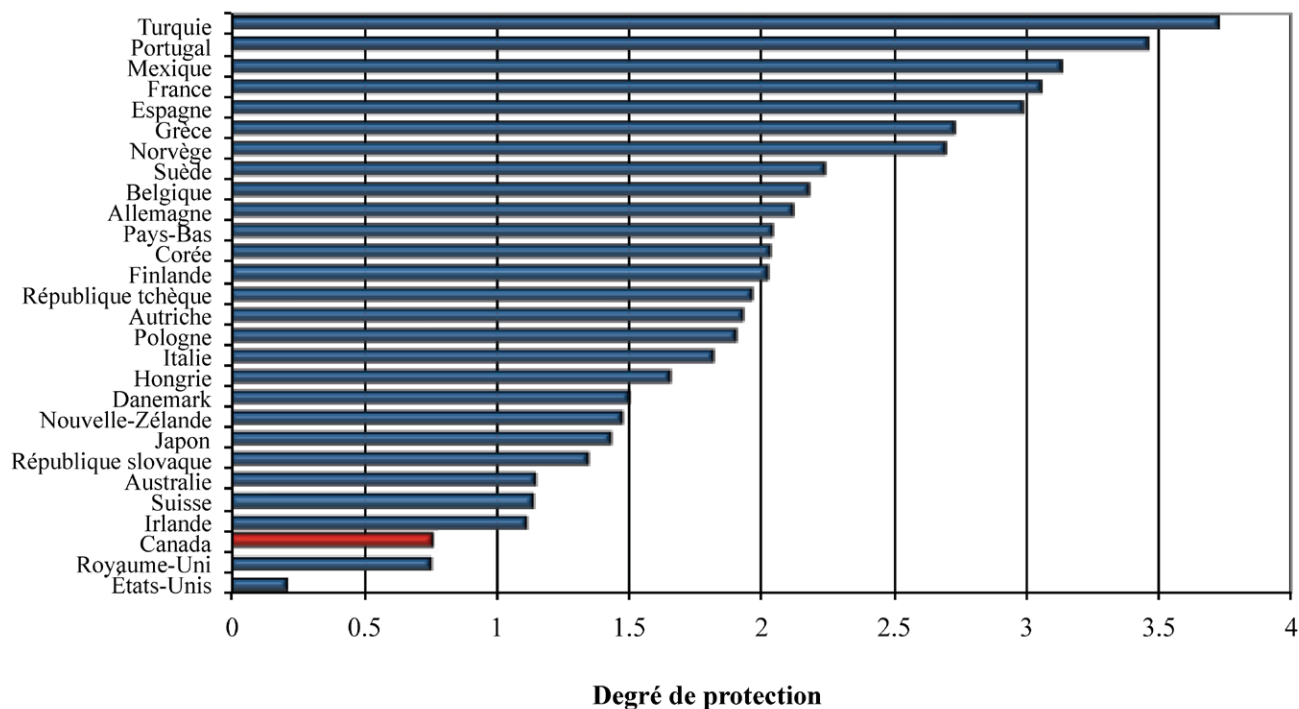
Tremblay, D. G. (2009). « Precarious Work and the Labour Market » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 75-87). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Figure 5.1 Croissance dans diverses catégories d'emploi pour les 15 à 64 ans, au Québec et au Canada, de 1976 à 2003



Source : Tremblay, D. G. (2009). « Precarious Work and the Labour Market » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (2e éd., pp. 75-87). Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated, figure 5.1.

Figure 5.2 Protection de l'emploi dans les pays de l'OCDE, 2007



Source : OCDE (2010). « Marché du travail – Rigueur de la protection de l'emploi ». En ligne à l'adresse : <http://stats.oecd.org/Index.aspx?lang=fr>.

6. EMPLOI ET CONDITIONS DE TRAVAIL

Le rapport entre les conditions de travail et l'état de santé se révèle une grande préoccupation en ce qui concerne la santé publique. [Traduction libre]

– Peter Smith and Michael Polanyi, 2009

Pourquoi est-ce important?

Les conditions de travail constituent 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 d'éducation et de leur revenu limités s'avèrent également celles les plus susceptibles de se retrouver avec des conditions de travail difficiles.

Les recherches ont permis de relever un bon nombre de dimensions du travail qui influent ultimement sur l'état de santé. Mentionnons par exemple les facteurs suivants : 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 emplois très stressants prédisposent les individus à souffrir de haute pression ou de maladies cardiovasculaires et à développer des maux physiques et psychologiques comme la dépression et l'anxiété.

Les recherches démontrent par ailleurs que le déséquilibre entre les demandes (p. ex., pression de temps, responsabilités) et les reconnaissances (p. ex., rémunération, respect des superviseurs) mène souvent à de graves problèmes de santé. Si les travailleurs ont l'impression que leurs efforts ne sont pas reconnus adéquatement, ils risquent davantage de développer divers maux physiques et mentaux (voir l'encadré 6.1).

Qui plus est, les travailleurs savent que les problèmes de santé se multiplient quand ils doivent répondre à des demandes nombreuses, mais qu'ils disposent de peu de latitude relativement à la manière d'exécuter le travail. Les emplois très exigeants sont beaucoup plus courants chez les



femmes à faible revenu travaillant dans le secteur de la vente et des services. Les femmes du Canada ont déclaré beaucoup plus souvent que les hommes être aux prises avec un degré de stress élevé en raison du « trop grand nombre d'heures et du trop grand nombre de demandes ».

Statistique Canada rapporte par ailleurs que plus du tiers des travailleurs canadiens (35 %) avaient déclaré en 2000 vivre du stress au travail en raison du « trop grand nombre d'heures et du trop grand nombre de demandes ». Ce pourcentage dépasse celui qui s'établissait à 27,5 pour cent en 1991. Un autre sondage effectué en 2005, avec une question un peu différente, montre que le tiers de travailleurs (32,4 %) avait déclaré que la majorité des jours passés au travail étaient stressants. Les femmes avaient répondu plus souvent dans l'affirmative (37 %) que les hommes (32 %) à un point évaluant le degré de stress élevé découlant du « trop grand nombre d'heures et du trop grand nombre de demandes ».

Quant à la gestion du travail, les données de 1994 font état que seulement 4 travailleurs canadiens sur 10 ont déclaré disposer de beaucoup de « latitude quant à la manière d'exécuter le travail », ce qui représente une nette chute par rapport à la proportion qui s'établissait à 54 pour cent en 1989. À cet égard, les hommes estiment jouir de plus de liberté de mouvement (43 %) que les femmes (38 %). Les professionnels et les gestionnaires (51 %), quant à eux, estiment détenir plus de latitude que les ouvriers qualifiés (35 %) et non qualifiés (35 %). Une autorité en la matière conclut : « Bref, même si nous ne disposons pas de suffisamment de données sur l'évolution de l'incidence du travail quand les

demandes sont grandes et le pouvoir du travailleur, faible, nous pouvons néanmoins dire que le travail très stressant est monnaie courante et probablement en hausse » [traduction libre].

Au Canada, on ne rapporte sans doute pas toutes les blessures survenues sur les lieux de travail, parce que l'employeur et l'employé à la fois doivent absorber les coûts considérables associés à la déclaration de tels incidents. Environ 30 pour cent des travailleurs canadiens estiment que leur emploi met leur santé et leur sécurité en danger. Toujours au pays, environ 33 pour cent des hommes et 12 pour cent des femmes travaillent plus de 40 heures par semaine. Par contre, les travailleurs à temps plein de l'Union européenne travaillent généralement moins de 40 heures par semaine. Par exemple, en France, aux Pays-Bas et en Allemagne, la norme tourne 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 6.1).

Les négociations collectives favorisent l'équilibre entre les employeurs et les employés. Les membres d'un syndicat jouissant d'une convention collective ont plus souvent une rémunération plus substantielle, plus d'avantages sociaux voire même des occasions accrues d'influer sur leurs conditions de travail. L'avantage du syndicalisme se révèle particulièrement important pour les cols bleus et les travailleurs du secteur privé peu rémunérés. Soulignons notamment que les Canadiennes travaillant dans un milieu syndiqué gagnent un salaire dépassant de 36 pour cent celui des femmes œuvrant dans un milieu non syndiqué.

Incidence sur les politiques

- Les politiques gouvernementales doivent soutenir la vie active de la population canadienne de manière à favoriser l'équilibre entre les demandes exercées sur les travailleurs et les compensations.
- On devrait s'attarder plus particulièrement à l'amélioration des conditions de travail des travailleurs ayant un emploi très exigeant et peu rémunéré.

- L'action collective et concertée qui passe par la syndicalisation des milieux de travail s'avère un moyen utile d'équilibrer le pouvoir entre les employeurs et les employés.
- On peut améliorer les conditions de travail en offrant aux employés l'occasion d'influer sur leur cadre de travail.
- Il est impératif de multiplier les travaux de recherche quantitative et qualitative sur les conditions de travail au Canada.

Principales sources

Jackson, A. (2009). « The Unhealthy Canadian Workplace » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 99-113). 2e édition Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Smith, P. et M. Polanyi, (2009). « Understanding and Improving the World of Work » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 114-127). 2e édition Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

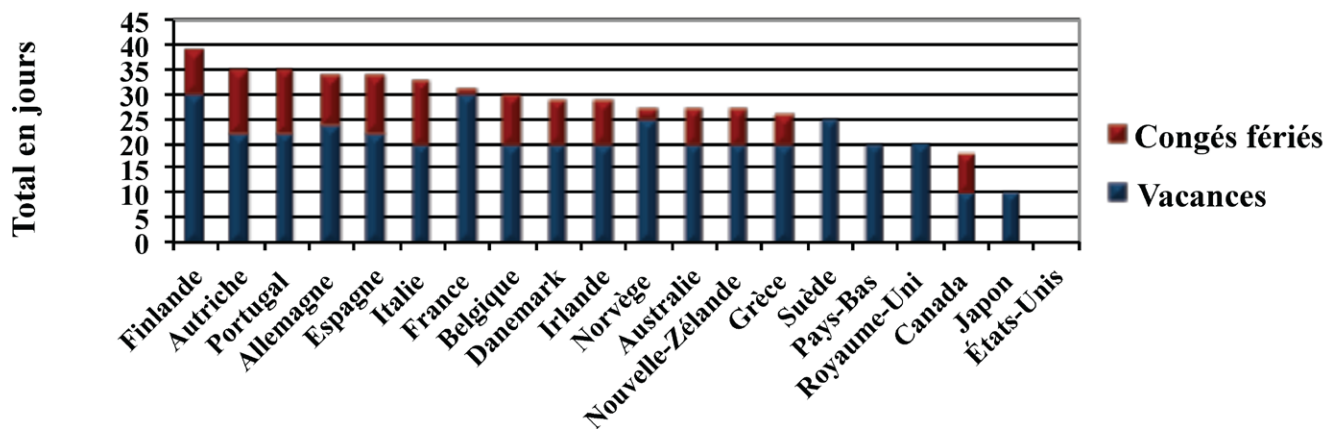
Tompa, E., M. Polanyi et J. Foley, (2009). « Labour Market Flexibility and Worker Insecurity » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 88-98). 2e édition Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Encadré 6.1 Exigences de l'emploi et santé

Composante	Pouvoir / exigence / effort	Mesures
1. Incertitude quant à la relation de travail	Pouvoir quant à l'accès à l'emploi, au lieu de travail, à l'horaire de travail et aux modalités et conditions de travail	Incertitude quant à l'emploi Incertitude quant à la rémunération Incertitude quant à l'horaire
2. Charge de travail et l'employabilité	Effort requis pour trouver du travail, équilibre des exigences découlant d'employeurs et de lieux de travail multiples et conservation de son emploi	Effort pour trouver du travail Effort associé aux emplois multiples Effort pour conserver son emploi
3. Soutien quant à la relation de travail	Disponibilité de l'aide dans le cadre de travail, aide en cas de stress, présence d'un syndicat et degré de soutien fourni par ce syndicat	Rapport sur le soutien reçu des collègues (p. ex., intérêt personnel, cordialité, aide et compétence) Soutien du superviseur (préoccupation pour son personnel, attention portée, aide, performant)
4. Insécurité du ménage	Suffisance du revenu et des avantages sociaux du ménage	Revenu individuel et du ménage Avantages sociaux dont bénéficie le ménage Présence d'enfants de moins de 18 ans

Source : Lewchuk, W., A. de Wolff, A. King, A. et M. Polanyi, (2006). « The Hidden Costs of Precarious Employment: Health and the Employment Relationship » dans L.F. Vosko, (ed.), *Precarious Employment: Understanding Labour Market Insecurity in Canada* (pp. 141-162). Montréal : McGill-Queen's University Press.

Figure 6.1 Congés fériés et période de vacances, pays de l'OCDE, 2006



Source : Ray, R. et J. Schmitt, (2007). *No-Vacation Nation*. Washington D.C. : Center for Economic and Policy Research.

7. DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

De toute évidence, les expériences vécues dans la petite enfance influent sur les habiletés d'adaptation, sur la capacité de résister aux problèmes de santé, sur la santé en général et sur le bien-être de chacun tout au long de sa 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 de la petite enfance ont une influence immédiate et prolongée sur l'état de santé.

Les « effets de latence » se rapportent à la manière dont les expériences de la petite enfance prédisposent un enfant à une bonne ou à une mauvaise santé quelles que soient ses circonstances plus tard dans la vie. Généralement, un bébé ayant un faible poids à la naissance et vivant dans des conditions de vie démunies risque plus souvent d'avoir des problèmes de santé qu'un bébé d'une tranche plus nantie de la population. Ces effets de latence résultent de processus biologiques s'exerçant durant une grossesse associée à la pauvre alimentation maternelle, à des comportements à risque de la part des parents et au stress. Les effets sur la santé peuvent également se faire sentir à la suite de premières expériences psychologiques engendrant un sentiment de maîtrise ou d'auto-efficacité.

Les « effets du cheminement » se rapportent à une situation où l'exposition d'un enfant à des facteurs de risque à un moment donné ne produit pas un effet immédiat sur sa santé, mais mène plus tard à des situations qui auront des conséquences sur son état de santé. Par exemple, on ne note aucun problème de santé immédiat chez un enfant qui n'est pas tout à fait prêt à faire son entrée à l'école. Toutefois, des facultés d'apprentissage limitées peuvent mener à des expériences nuisibles pour la santé plus tard dans la vie, par exemple, à un faible niveau de scolarisation. Une façon d'amoindrir le lien entre le statut socioéconomique et le sort développemental



de l'enfant consiste à offrir une bonne éducation aux jeunes enfants, quel que soit l'avoir des parents.

Les « effets cumulatifs » laissent supposer 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. Un désavantage cumulatif peut mener à un déficit intellectuel et émotionnel que sont l'incompétence et l'immaturation affective. De surcroît, les expériences préjudiciables vécues dans 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 se révèle par ailleurs une source de préoccupation. L'indicateur afférent le plus net consiste à savoir si les enfants vivent dans des conditions de défavorisation matérielle et sociale. Au Canada, la mesure la plus pertinente à cet égard se rattache au pourcentage d'enfants vivant dans des conditions de vie difficiles ou sous les seuils de faible revenu (SFR) établis par Statistique Canada. Ces seuils permettent de déterminer combien de Canadiens dépendent substantiellement davantage que la moyenne pour leurs besoins essentiels comme le logement, les vêtements et la nourriture.

Le pourcentage de 15 pour cent de pauvreté infantile que l'on peut établir à partir des SFR calculés avant impôt est le même que celui déterminé par des organismes internationaux comme l'OCDE et le Innocenti Research Centre de l'UNICEF

(United Nations International Children Emergency Fund). Ces organismes définissent la pauvreté infantile comme étant le fait de vivre dans une famille ayant accès à moins de 50 pour cent du revenu familial médian du pays en question. En considération de ce qui précède, on peut dire que 15 pour cent des enfants du Canada vivent dans la pauvreté, ce qui place le pays au 20e rang parmi 30 pays développés et riches (voir la figure 7.1).

En ce qui concerne l'accès à une place réglementée de garde d'enfants, un contributeur majeur au bien-être de l'enfant, mentionnons que seulement 17 pour cent des familles canadiennes peuvent en profiter. Même au Québec, où on est à déployer un effort considérable pour offrir des places réglementées de garderie de première qualité, seulement 25 pour cent des familles peuvent en profiter. L'OCDE a publié un rapport qui place le Canada en dernière position parmi 25 pays développés et riches pour ce qui est de répondre aux divers objectifs de développement des jeunes enfants. Le Canada s'avère également l'un des pays où l'on dépense le moins pour l'éducation des jeunes enfants (voir la figure 7.2). En se basant sur un grand nombre d'indicateurs sur la santé, les auteurs d'un rapport exhaustif de l'OCDE placent le Canada au 12e rang parmi 21 pays au chapitre de la santé et du bien-être des enfants.

La qualité du développement du jeune enfant repose sur les ressources financières et sociales auxquelles ont accès les parents. Le gouvernement peut fournir toute une gamme de soutien et d'avantages aux enfants par l'entremise de politiques gouvernementales favorisant les familles. Des chercheurs ont même déclaré que la mise en place d'un imposant programme d'éducation à l'intention des jeunes enfants au Canada se révélerait le meilleur moyen d'améliorer l'état de santé de la population.

Incidence sur les politiques

- Les gouvernements doivent garantir aux familles l'accès à des garderies abordables et de qualité, quels que soient leur richesse ou leur niveau de revenu.
- Le fait de fournir un soutien et des avantages aux familles par l'entremise de politiques publiques jetterait les bases d'un développement sain

des jeunes enfants. Le fait d'assurer une rémunération et des prestations d'assurance sociale plus élevées permettrait de réduire la pauvreté infantile et constituerait l'un des meilleurs moyens de renforcer le développement des jeunes enfants.

- L'ensemble de la population canadienne profiterait d'un meilleur développement de la petite enfance, que ce soit en termes d'une meilleure qualité de vie dans la collectivité, de la diminution des problèmes sociaux ou d'un rendement économique plus fort au pays.

Principales sources

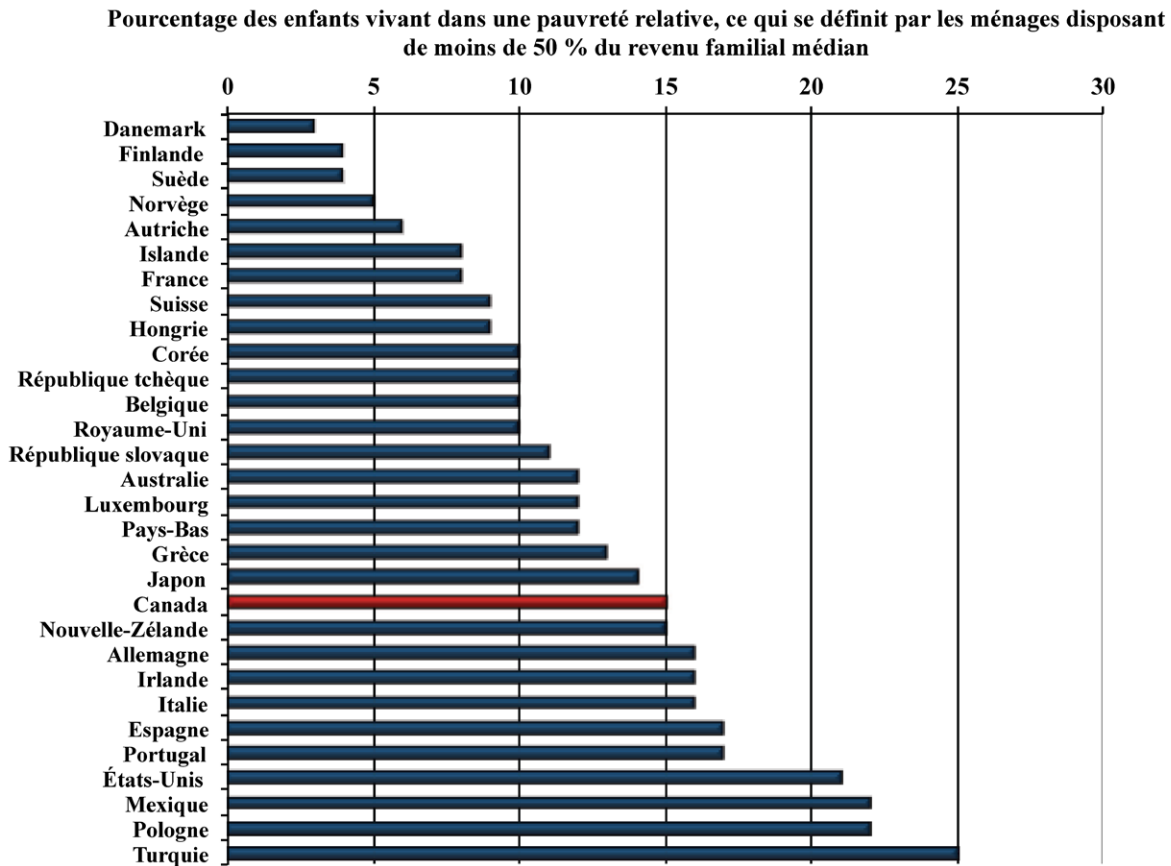
Barker, D., T. Forsen, A. Uutela, C. Osmond, et J. Eriksson, (2001). « Size at Birth and Resilience to Effects of Poor Living Conditions in Adult Life: Longitudinal Study ». *BMJ – recherche clinique*, 323(7324), pp. 1273-1276.

Evans, R., C. Hertzman et S. Morgan, (2007). « Improving Health Outcomes in Canada » dans J. Leonard, C. Ragen et F. St-Hilaire (Eds.). *A Canadian Priorities Agenda: Policy Choices to Improve Economic and Social Wellbeing* (pp. 291-325). Ottawa : Institut de recherche en politiques publiques.

Friendly, M. (2009). « Early Childhood Education and Care as a Social Determinant of Health » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 128-142). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

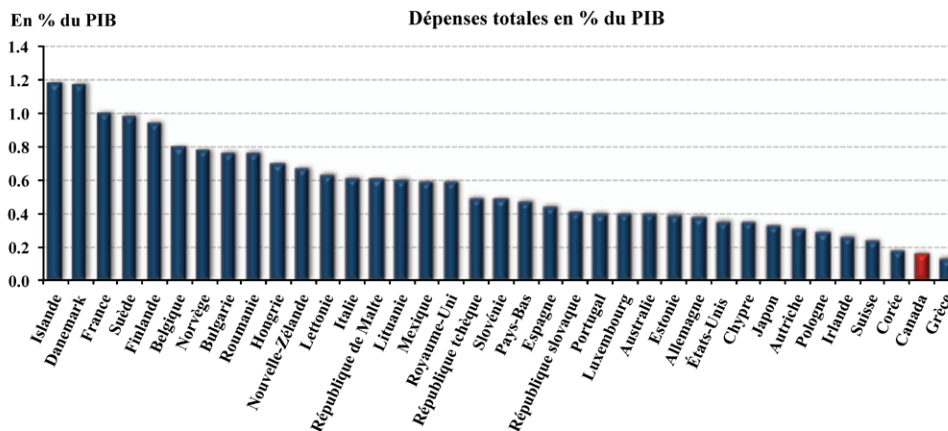
Hertzman, C. et C. Power, (2003). « Health and Human Development: Understandings from Life-Course Research » dans *Developmental Neuropsychology*, 24(2 et 3), 719-744.

Figure 7.1 Pauvreté infantile dans les pays riches, milieu des années 2000



Source: Adaptation. OCDE (2008). Croissance et inégalités : Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE, graphique 5.2, p. 140. Paris : OCDE.

Figure 7.2 Dépenses publiques relatives à la garde et à l'éducation des très jeunes enfants (en % du PIB), 2005



Source : Base de données sur les dépenses sociales 1980-2005; base de données sur l'éducation de l'OCDE; Eurostat.

8. INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

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

– Lynn McIntyre and Krista Rondeau, 2009

Pourquoi est-ce important?

La nourriture constitue l'un des principaux besoins humains en plus d'être un important déterminant de la santé et de la dignité humaine. Les personnes vivant de l'insécurité alimentaire ne sont pas en mesure de se procurer des aliments de qualité, en quantité suffisante et de façon qui soit socialement acceptable. L'insécurité alimentaire constitue une barrière à une alimentation nutritive adéquate. Les personnes vivant une telle insécurité consomment moins de fruits et de légumes, de produits laitiers et de vitamines que celles provenant de ménages jouissant d'une sécurité alimentaire.

Au Canada, on estime que l'insécurité alimentaire se vit chez environ 9 pour cent de la population ou dans 1,1 million de ménages, ce qui représente un total de 2,7 millions de Canadiens. Parmi les familles avec des enfants, 5,2 pour cent ont déclaré que leurs enfants souffraient d'insécurité alimentaire. On note un risque particulièrement marqué de subir cette contrainte dans les familles monoparentales et dans celles recevant de l'aide sociale.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a fait ressortir que l'insécurité alimentaire se manifeste plus souvent dans les ménages avec des enfants (10,4 %) que dans les autres (8,6 %). Il en ressort également que les familles monoparentales dont la mère est le chef de famille souffrent plus particulièrement du problème (25 %). Les ménages autochtones, avec ou sans enfants, risquent davantage de souffrir d'insécurité alimentaire que le reste de la population.



Dans une étude, on dresse la liste d'un grand nombre de circonstances conduisant une famille à souffrir de la faim. On constate que la faim découle du fait d'avoir une bouche supplémentaire à nourrir en raison 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 ce problème : la mère a commencé un travail à temps plein, ce qui a fait grimper le revenu du ménage.

On associe les carences alimentaires, plus courantes dans les familles vivant une insécurité alimentaire, à l'apparition plus probable d'une maladie chronique et aux difficultés de soigner ce genre de maladie. Les maladies cardiovasculaires, le diabète, la haute pression et les allergies alimentaires sont plus fréquentes chez les familles vivant une insécurité alimentaire, même si on prend en compte des facteurs comme l'âge, le sexe, le revenu et l'éducation. L'insécurité alimentaire engendre par ailleurs du stress et de l'inquiétude, qui ont des effets dommageables pour la santé.

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

alimentation adéquate. Toutefois, les parents ne réussissent habituellement pas à protéger leurs enfants des séquelles psychologiques négatives qu'engendre l'insécurité alimentaire de la famille.

L'insécurité alimentaire se révèle par ailleurs un excellent indicateur prévisionnel relativement aux Canadiens qui déclareront avoir une santé médiocre ou mauvaise comparativement à une bonne, une très bonne ou une excellente santé ou, encore, souffrir d'une piètre santé fonctionnelle (p. ex., douleur, problème d'audition et de vision, mobilité réduite ou autre), de conditions chroniques multiples et de dépression ou de détresse majeures (voir la figure 8.1).

Plus particulièrement, les familles qui ne disposent pas d'une alimentation suffisante présentent 80 pour cent plus de risque de déclarer souffrir de diabète, 60 pour cent plus de risque de déclarer souffrir de haute pression et 70 pour cent plus de risque de déclarer souffrir d'allergies alimentaires que les ménages où l'on dispose de suffisamment de nourriture. Enfin, un nombre croissant d'études montrent que les enfants issus de familles vivant une insécurité alimentaire risquent davantage de présenter toute une gamme de problèmes de comportement, affectifs et scolaires que les enfants issus de familles jouissant d'une sécurité alimentaire.

Les banques alimentaires sont un dernier recours pour les familles où l'on vit une insécurité alimentaire. Elles ont vu le jour à la suite de l'échec des politiques publiques. En mars 2009, plus de 800 000 Canadiens ont bénéficié de ce service (voir la figure 8.2). L'insécurité alimentaire s'avère presque toujours la conséquence d'un manque de ressources financières. Les politiques publiques visant à réduire la pauvreté constituent donc le meilleur moyen de faire baisser 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 viendrait réduire les autres dépenses familiales. La famille disposerait ainsi de plus d'argent pour acheter de la nourriture saine.
- Faciliter l'accès à l'emploi pour les mères grâce à un soutien au travail, à l'accès à des services de garde abordables et à la formation à l'emploi permettrait de réduire l'insécurité alimentaire chez les familles canadiennes les plus vulnérables.
- Il importe de concevoir et de mettre en œuvre de meilleurs systèmes de contrôle pour produire des rapports à jour sur l'insécurité alimentaire au Canada.

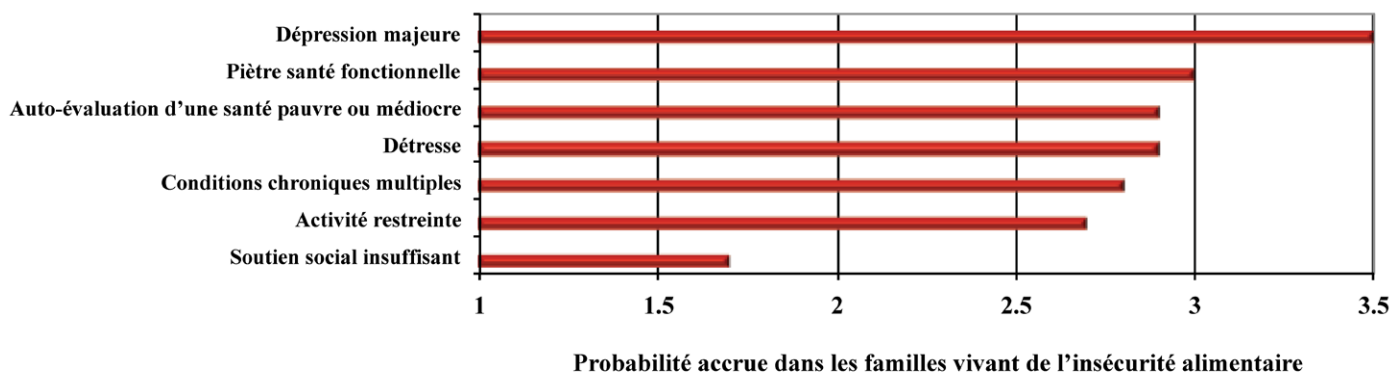
Principales sources

Banques alimentaires Canada (2009). Bilan-Faim 2009. Toronto : Banques alimentaires Canada.

McIntyre, L. et K. Rondeau (2009). « Food Insecurity in Canada » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 188-204). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

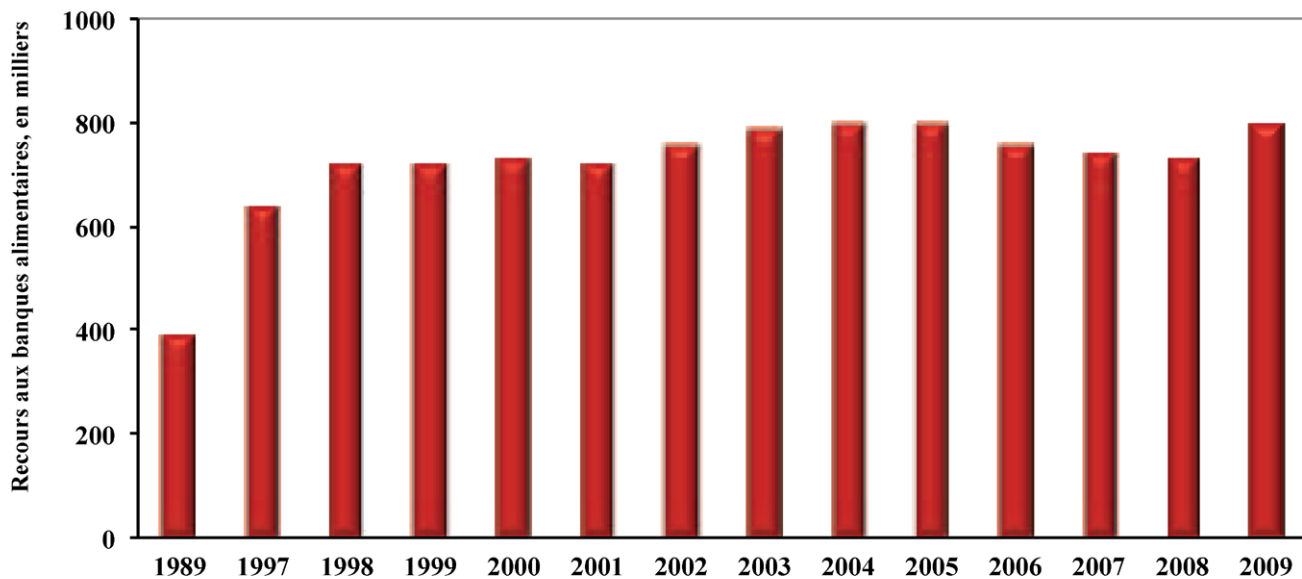
Tarasuk, V. (2009). « Food Insecurity and Health » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 205-220). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Figure 8.1 Probabilité pour les individus issus de ménages vivant de l'insécurité alimentaire de déclarer un piètre état de santé physique, mentale ou sociale et des conditions chroniques multiples, 1996-1997



Source : Vozoris, N. et V. Tarasuk, (2003). « Household Food Insecurity is Associated with Poorer Health » dans Journal of Nutrition, 133, pp. 120-127.

Figure 8.2 Nombre de personnes aidées par des banques alimentaires au Canada : 1989, 1997-2009 (en milliers de personnes par année)



Source : Food Banks Canada. (2009). Hungercount 2009. Toronto: Food Banks Canada. Banques alimentaires Canada (2009). Bilan-Faim 2009. Toronto : Banques alimentaires Canada.

9. LOGEMENT

Il semble presque inutile de faire valoir le fait que le logement, et plus particulièrement l'itinérance, constituent des enjeux pour la santé. Pourtant, bien peu d'études canadiennes ont effectué ce lien. [Traduction libre]

– Toba Bryant, 2009

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 de la population canadienne. Un logement est essentiel si on veut mener une existence en santé. Le fait de vivre dans un logement insalubre, trop cher ou peu sûr hausse le risque d'apparition de problèmes de santé. Le manque de ressources financières constitue la principale raison pour laquelle de nombreux Canadiens éprouvent des difficultés au chapitre du logement.

Le logement constitue un enjeu en matière de politique publique parce que les gouvernements ont la responsabilité d'assurer à la population les besoins de base pour la santé. Le Canada a signé un grand nombre d'ententes sur les droits de la personne à l'échelle internationale par lesquelles il s'est engagé à garantir le logement. Cependant, les autorités internationales ne cessent de pointer du doigt le Canada parce que le pays ne respecte pas ses engagements (voir le tableau 9.1).

Le logement influence la santé sur bien des plans. Les gens font l'expérience de milieux physiques de diverses qualités selon la qualité de leur logement. Le surpeuplement favorise la transmission de maladies respiratoires et d'autres maladies. Dans certains foyers canadiens, particulièrement dans les réserves autochtones, on note une absence d'eau potable ou d'hygiène de base, un danger capital pour la santé publique. Le logement offre une plate-forme pour l'expression de soi et l'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 d'alcool et de drogues.



La présence de plomb et de moisissure, un chauffage déficient et les courants d'air, une ventilation inadéquate, la vermine et le surpeuplement constituent tous des déterminants de pronostic de mauvaise santé. Les enfants vivant dans des conditions de logement insalubres présentent une plus grande probabilité 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 distinguer l'influence du logement des autres facteurs puisque la pauvreté, un logement médiocre et les maladies déjà existantes vont souvent de pair. Signalons toutefois que les études où l'on a fait cette distinction montrent que les conditions de logement insalubres constituent en soi un pronostic de mauvaise santé.

Le Canada vit une crise du logement. En effet, au cours des deux dernières décennies, le prix des loyers s'est accru beaucoup plus que le coût de la vie, particulièrement dans les villes. On a également vu s'accroître la proportion des locataires déboursant pour leur loyer plus de 30 pour cent de leur revenu total – le seuil utilisé par le gouvernement du Canada pour mesurer si un logement est abordable ou non (voir la figure 9.2). Cette proportion est très élevée dans les villes canadiennes (43 % à Vancouver, 42 % à Toronto et 36 % à Montréal). La proportion des locataires déboursant plus de 50 pour cent de leur revenu total, ce qui les place à risque de se retrouver sans logement, est aussi très élevée (22 % à Vancouver, 20 % à Toronto et 18 % à Montréal).

La plupart des Canadiens à faible revenu se trouvent parmi le tiers de la population qui est à loyer. En plus, le prix des loyers augmente beaucoup plus rapidement que le revenu des ménages qui sont à loyer. Le secteur du logement social au pays demeure stagnant à 5 pour cent de l'ensemble du parc immobilier. On a bâti très peu d'habitations à but non lucratif et de coopératives d'habitation depuis la disparition du programme national en 1990.

Dans un bon nombre de villes du Canada, la situation des sans-abris est catastrophique. Cette population présente beaucoup plus de problèmes de santé physique et mentale que la population en général. Qui plus est, leur risque de mourir prématurément est de 8 à 10 fois plus grand que le reste de la population.

Les facteurs contribuant à la crise sont 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 (23 %) et l'un des plus hauts taux de familles pauvres. Par conséquent, les familles et les individus se retrouvant avec un logement peu sûr sont de plus en plus nombreux. Un nombre croissant de Canadiens sont mal logés, 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 notent que l'insécurité du logement et du revenu, l'origine raciale et l'état de santé sont interreliés dans les plus grandes villes du Canada. Cette interrelation est probablement aussi présente dans les autres grandes agglomérations.

Incidence sur les politiques

- Les politiques du logement doivent s'inscrire de façon plus particulière dans des politiques plus exhaustives qui portent sur le revenu (y compris une stratégie de l'emploi), la santé publique et les services de santé.
- Les politiques du logement doivent permettre

d'assurer à l'ensemble de la population canadienne un accès à un logement de qualité à un prix raisonnable. Les provinces et les territoires devraient faire leur part à cet effet, conformément à l'Initiative en matière de logement abordable (ILA) mise de l'avant en 2001.

- Le gouvernement fédéral doit augmenter le financement des programmes de logement social pour les Canadiens à faible revenu. Les politiques du logement devraient soutenir les formes d'habitat intermédiaire comme antidote à la ségrégation urbaine.
- On a besoin du soutien et de l'aide des groupes de défense d'intérêts publics pour réveiller la volonté politique et voir apparaître des initiatives en matière de logement. Dans le cadre d'une telle initiative intitulée « The One Percent Solution » (la solution du un pour cent), on estime que les gouvernements du Canada peuvent régler la crise du logement en augmentant leur allocation budgétaire au titre du logement d'un pour cent de leurs dépenses globales. (Voir <http://tdrc.net/1-solution.html>).

Principales sources

Bryant, T. (2009). « Housing and Health: More than Bricks and Mortar » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 235-249). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Dunn, J. (2000). « Housing and Health Inequalities: Review and Prospects for Research » dans *Housing Studies*, 15(3), 341-366.

Hulchanski, D. (2007). *The Three Cities within Toronto: Income Polarization among Toronto's Neighbourhoods, 1970-2000*. Toronto : Centre for Urban and Community Studies, Université de Toronto.

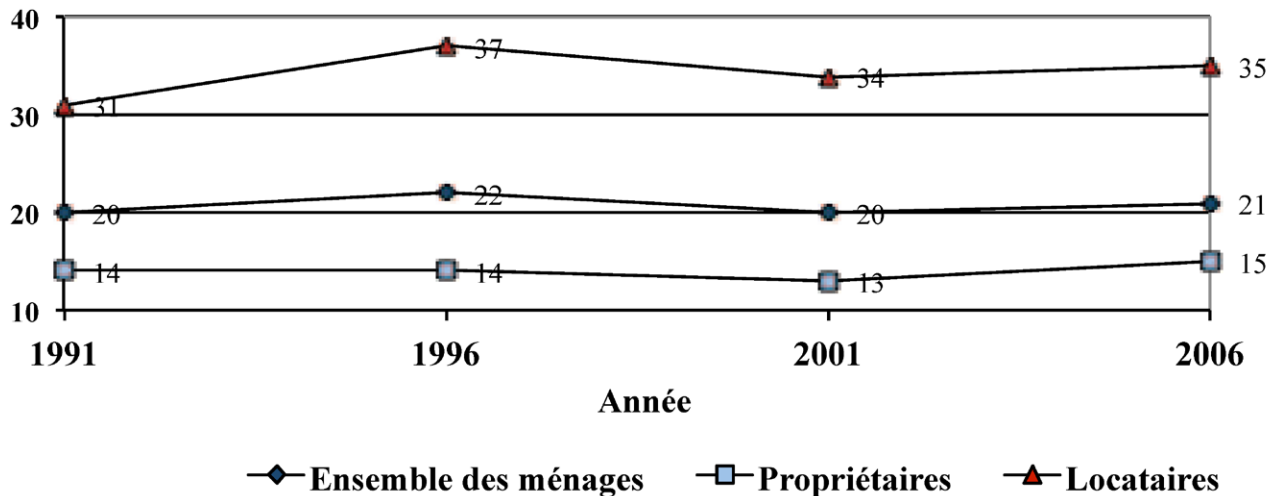
Shapcott, M. (2009). « Housing » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 221-234). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Encadré 9.1 Attention internationale sur la crise du logement au Canada

Partout où je suis allé au Canada, j'ai rencontré des gens qui vivaient dans la rue ou dans des logements insalubres et non sécuritaires. On m'a informé qu'il y avait eu des centaines de décès directement liés à la crise du logement qui sévit dans l'ensemble du pays. Dans leur tout dernier examen périodique de la conformité du Canada au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, les Nations Unies vont jusqu'à qualifier le problème de l'itinérance et du logement au Canada « d'urgence nationale ». Tout ce que j'ai vu et entendu durant cette mission m'a confirmé l'impact profond et dévastateur de cette crise nationale sur les conditions de vie de femmes, de jeunes, d'enfants et d'hommes.

Source : Miloon Kothari (2007). Introduction. Observations préliminaires à la suite de la mission au Canada. Rapporteur spécial sur le logement convenable de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies.

Figure 9.1 Pourcentage des ménages canadiens déboursant plus de 30 % de leur revenu au titre des coûts du logement, de 1991 à 2006



Source : Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). Site Web Logement au Canada en ligne à l'adresse : http://cmhc.beyond2020.com/HiCOMain_FR.html

10. EXCLUSION SOCIALE

L'exclusion sociale se définit par la manifestation de l'inégalité des relations de pouvoir selon les tranches de la société, déterminant du coup l'inégalité en matière d'accès aux ressources financières, sociales, politiques et culturelles. [Traduction libre]

– Grace-Edward Galabuzi, 2009

Pourquoi est-ce important?

L'exclusion sociale vise certaines tranches de la population qui se voient refuser la possibilité de participer à la vie canadienne. Au pays, les Autochtones, les personnes de couleur, les nouveaux arrivants, les femmes et les personnes handicapées sont les plus susceptibles de faire l'objet d'exclusion sociale. Bien des aspects de la société canadienne entraînent la marginalisation de certaines personnes et la restriction de 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. Elles se retrouvent de plus en plus souvent confinées dans des quartiers à l'écart. Enfin, ces groupes ont peu d'influence sur les décisions prises par les gouvernements et autres organismes. Ils manquent de pouvoir.

L'exclusion sociale s'articule autour de quatre piliers. *L'exclusion de la société civile* est le résultat de sanctions juridiques et d'autres mécanismes institutionnels. Les lois et règlements font obstacle à la participation des résidents non inscrits ou des immigrants. L'exclusion se manifeste également sous diverses formes de discrimination systémiques fondées sur la race, le sexe, l'appartenance ethnique ou le handicap. Par exemple, une myriade de règlements et de procédures empêche souvent les nouveaux Canadiens de pratiquer leur profession, ce qui les coupe de toute participation. *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. Les groupes socialement exclus gagnent effectivement moins que les autres Canadiens. Ils ne disposent pas d'un logement abordable et ont un accès limité aux services.



L'exclusion de la production sociale se définit comme 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* se manifeste lorsque les individus n'ont pas accès aux ressources et aux moyens financiers qu'offre l'occupation d'un emploi rémunéré. Au Canada, ce sont les Autochtones, les personnes de couleur, les nouveaux arrivants, les femmes et les personnes handicapées qui vivent le plus souvent l'ensemble des formes d'exclusion décrites.

Il existe un bon nombre d'études de fond sur l'exclusion sociale que subissent les nouveaux arrivants au Canada. Chez ce dernier groupe, on note un taux de chômage plus élevé (6,7 % pour les travailleurs natifs du Canada contre 7,9 % pour l'ensemble des immigrants et 12,1 % pour les nouveaux arrivants) et une plus faible participation à la vie active (80,3 % pour les travailleurs natifs du Canada contre 75,6 % pour l'ensemble des immigrants et 65,8 % pour les nouveaux arrivants). La question de la situation particulière des Autochtones inscrits, des personnes de couleur, des personnes handicapées et des femmes sera abordée plus loin dans le présent document.

L'exclusion sociale mène à des conditions de vie et à des expériences personnelles préjudiciables pour la santé. Elle engendre également une pléiade de problèmes sociaux et éducationnels en plus de créer un sentiment d'impuissance, de désespoir et de dépression qui viennent diminuer à leur tour les chances d'inclusion dans la société.

Les tableaux 10.1 illustrent de manière éloquent l'existence de l'exclusion sociale et de son incidence sur la santé. Les cartes des quartiers de Toronto montrent bien les quartiers où se concentrent la pauvreté, le diabète et les minorités visibles. Il est intéressant de constater le lien incontestable entre le taux de pauvreté, la prévalence du diabète et les concentrations de minorités visibles.

Ces observations rejoignent les conclusions d'études où l'on a établi que la marginalisation et l'exclusion des personnes et des communautés du reste de la société constituent un facteur clé menant au diabète de type 2 et à toute une gamme d'autres maladies chroniques telles les maladies respiratoires et cardiovasculaires. On associe en outre l'exclusion sociale à une panoplie de problèmes sociaux, dont la sous-scolarisation et le crime.

Il semble que la restructuration de l'économie et du marché de l'emploi au Canada soit venue accélérer ces mécanismes d'exclusion sociale. On stratifie de plus en plus la qualité des emplois en fonction de l'ethnie. Une proportion exagérée du secteur des emplois peu rémunérés se voit ainsi occupée par les Canadiens de couleur ou les nouveaux arrivants. De surcroît, ces derniers sont sous-représentés dans les secteurs et les emplois à haut revenu. L'exclusion sociale s'avère donc en croissance en raison de l'augmentation des emplois précaires et du fait que ce sont les Canadiens de couleur et les nouveaux arrivants qui comblent de plus en plus souvent ces emplois.

Incidence sur les politiques

- Tous les paliers de gouvernement doivent revoir leurs lois et leurs règlements et élaborer des programmes qui permettront aux nouveaux Canadiens de pratiquer leur profession au Canada.
- Les gouvernements doivent renforcer les lois qui protègent les droits des minorités, surtout en matière de droit au travail et d'antidiscrimination.
- On doit porter une attention particulière aux besoins des immigrants en matière de soins de santé et à la situation socio-économique préjudiciable d'un bon nombre de groupes, y compris les difficultés particulières auxquelles se heurtent bien des nouveaux Canadiens quand vient le temps d'avoir accès aux services de santé et aux autres services du même type.

Principales sources

Galabuzi, G. E. (2005). *Canada's Economic Apartheid: The Social Exclusion of Racialized Groups in the New Century*. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Galabuzi, G. E. (2009). « Social Exclusion » dans Raphael, D. (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 252-268). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

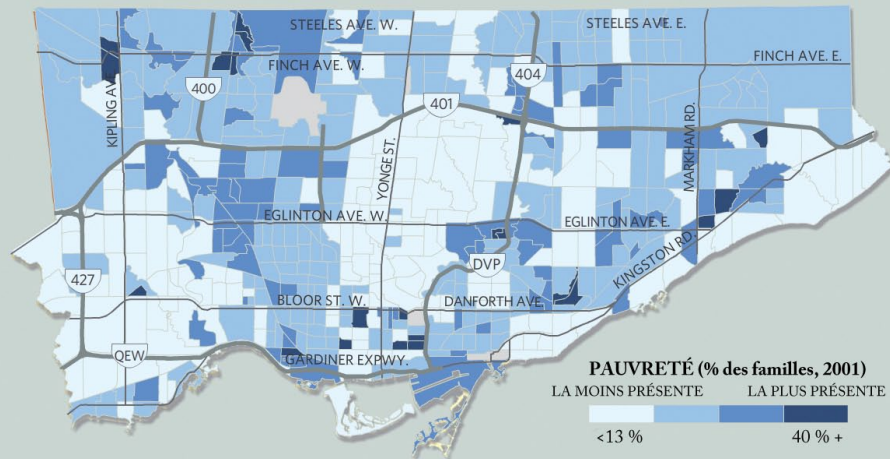
White, P. (1998). « Ideologies, Social Exclusion and Spatial Segregation in Paris » dans S. Musterd et W. Ostendorf (Eds.), *Urban Degregation and the Welfare State: Inequality and Exclusion in Western Cities* (pp. 148-167). Londres, Royaume-Uni : édition Routledge.

Source (tableaux 10.1) : The Toronto Star, www.thestar.com/staticcontent/772097 à l'aide de données de Centraide du Grand Toronto (pauvreté), Institute for Clinical Evaluation Sciences (diabète), et Statistique Canada (minorités visibles). Page Web consultée le 8 avril 2010.

Tableaux 10.1 Pauvreté, diabète et minorités visibles à Toronto

Pauvreté dans la ville

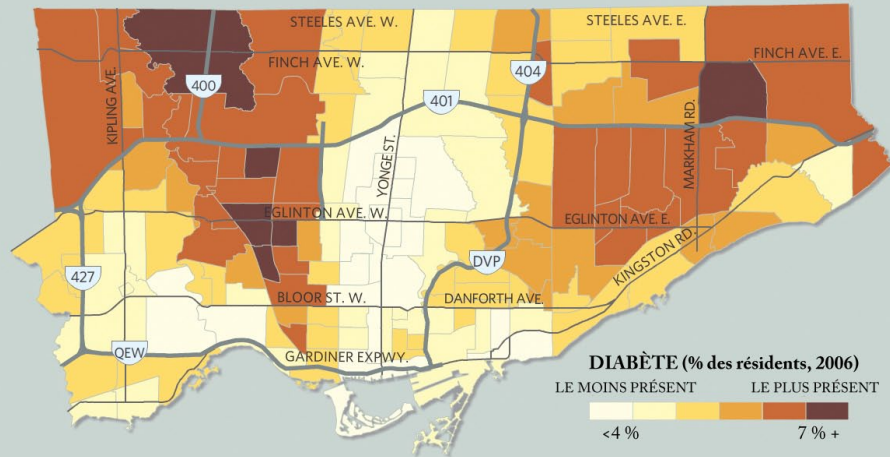
Les quartiers pauvres de la ville sont généralement aussi ceux présentant le plus haut taux de diabète.



Source : Centraide
The Toronto Star

Où le diabète frappe le plus

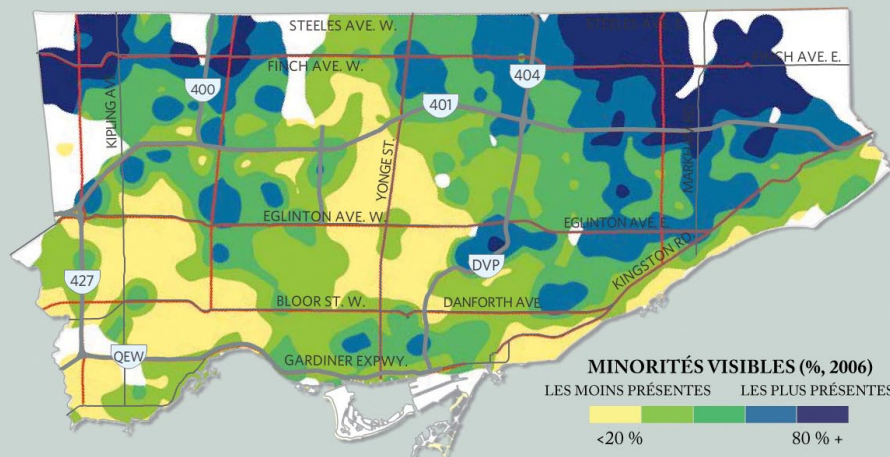
Le nord-ouest et l'est de la ville sont les plus frappés par le diabète.



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

Nous devons examiner tout un train de changements effectués dans les politiques des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des politiques qui ont eu pour conséquence non seulement d'étioler le filet de sécurité sociale instauré par l'État providence des décennies précédentes, mais qui ont contribué aussi à la réduction notable du rôle et de l'étendue de l'État. [Traduction libre]

– David Langille, 2009

Pourquoi est-ce important?

Le filet de sécurité sociale comprend toute une gamme de prestations, de programmes et d'aides visant à protéger la population lors des divers changements qui peuvent altérer la 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 inattendus comme un accident, la désagrégation de la structure familiale, le chômage de même que l'apparition d'une maladie physique ou mentale peuvent aussi compromettre la santé. Ces imprévus menacent la santé principalement parce qu'ils accroissent l'insécurité financière et génèrent un stress psychologique, deux importants déterminants de la santé.

Au Canada, les gens qui sont incapables de travailler, à la suite de la perte d'un emploi, d'une maladie ou de la désintégration du noyau familial, risquent fort de vivre dans la pauvreté. Personne ne peut prévoir ce genre d'événements. Tous les pays développés et riches ont mis en place des mécanismes, ce que l'on entend communément comme l'État providence, pour offrir une protection et une aide à la population advenant des circonstances adverses. Parmi ces mécanismes, mentionnons les allocations familiales, les garderies, l'assurance-emploi, les services sociaux et de santé, l'aide sociale, les prestations d'invalidité et l'aide afférente, les soins à domicile ainsi que les prestations de retraite.



Les protections et l'aide offertes par les divers paliers de gouvernement au Canada ne rivalisent d'aucune manière avec celles offertes dans la plupart des autres pays industrialisés et riches (voir les figures 11.1 et 11.2). Soulignons à cet effet que l'OCDE publie un grand nombre de statistiques sur les dépenses effectuées au titre du filet de sécurité sociale dans ses 30 pays membres. Le Canada figure au 24e rang parmi les 30 pays de l'OCDE, et seulement 17,8 pour cent de son produit intérieur brut (PIB) va aux dépenses publiques. Au nombre des pays pour lesquels des statistiques sont disponibles, le Canada se retrouve parmi ceux ayant les dépenses publiques les moins élevées, que ce soit en matière d'éducation et de soins destinés aux jeunes enfants (26e sur 27), de prestations et d'aide aux aînés (26e sur 29), de versements d'aide sociale (22e sur 29), de prestations d'assurance-emploi (23e sur 28), de prestations et de services aux personnes handicapées (27e sur 29) et d'allocations et d'aide aux familles avec des enfants (25e sur 29).

Donnons un exemple de la mollesse du filet de sécurité sociale au Canada. 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 Canadiens admissibles aux prestations. En fait, seulement 40 % des travailleurs du pays sont maintenant admissibles aux prestations, même s'ils ont effectué les versements à ce titre.

Un filet de sécurité sociale efficace va bien au-delà des avantages financiers. Il prévoit également l'accès à des services comme le counseling, la forma-

tion de la main-d'œuvre et les services communautaires. Une politique d'intervention 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 trouve au 21^e rang parmi les 30 pays de l'OCDE au titre des dépenses. 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 que comblent les organes gouvernementaux.

La population canadienne a besoin de protection quand le marché ne réussit pas à fournir une sécurité de base et un revenu convenable. Se fier uniquement au système de marché privé accroît le sentiment d'insécurité dans la population. Un filet de sécurité sociale mou tourne la population contre l'action collective et affaiblit la cohésion sociale, ce qui a un effet délétère sur 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 prévu par les gouvernements municipaux, provinciaux et territoriaux et fédéral. Les dépenses du Canada pour soutenir sa population font pâle figure à côté de bien d'autres pays développés. Les avantages actuels ne fournissent pas un revenu suffisant pour faciliter les transitions de la vie.
- Les responsables des politiques au 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 social et accroître la productivité économique.
- On a besoin de mouvements politiques et sociaux solides si on veut faire pression sur les gouvernements en les obligeant à élaborer des politiques publiques qui viendront renforcer le filet de sécurité sociale du Canada.

Principales sources

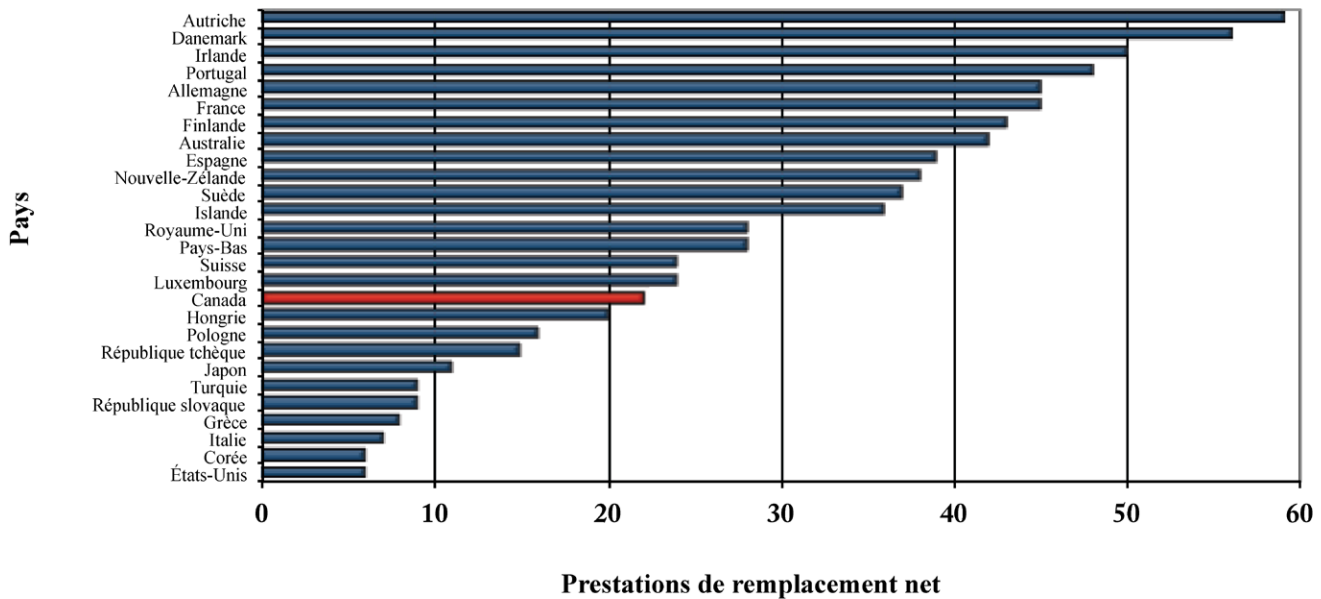
Bryant, T. (2009). *An Introduction to Health Policy*. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Hallstrom, L. (2009). « Public Policy and the Welfare State » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 336-349). 2^e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Langille, D. (2009). « Follow the Money: How Business and Politics Shape our Health » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 305-317). 2^e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

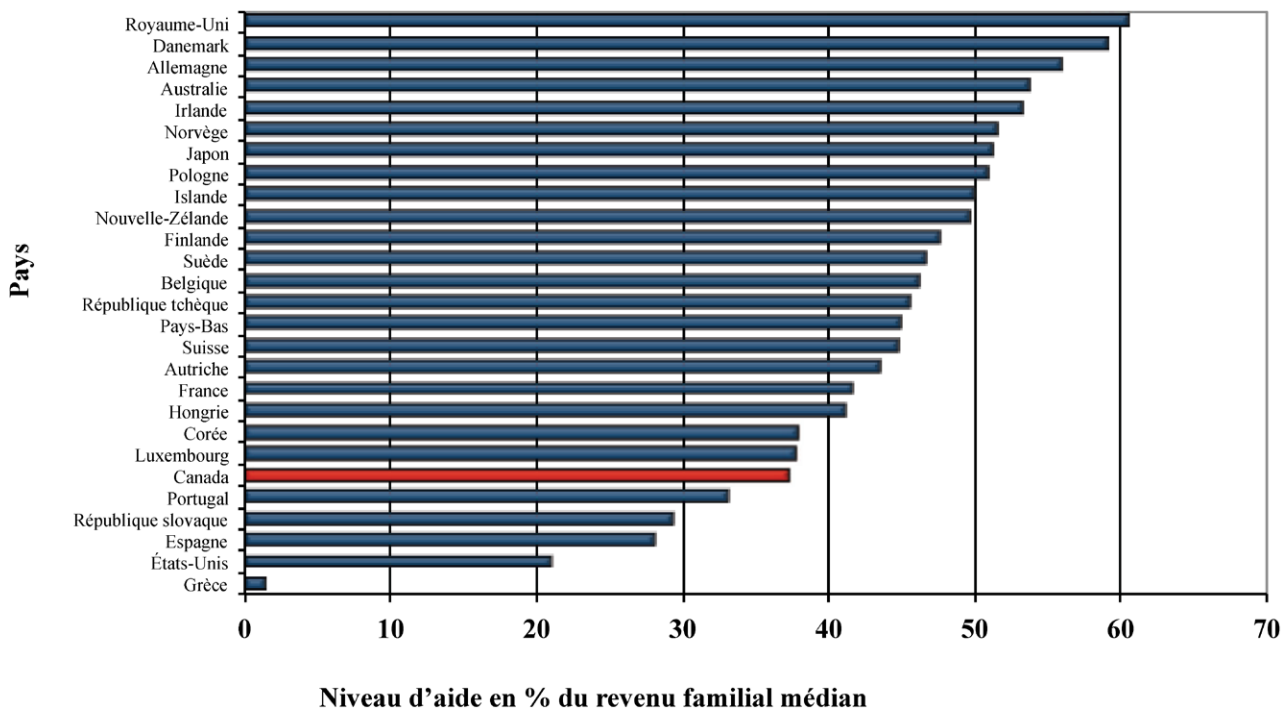
OCDE (2009), *Panorama de la société 2009 – Les indicateurs sociaux de l'OCDE*. Paris : OCDE.

Figure 11.1 Prestations de remplacement sur une période de cinq ans, en pourcentage du revenu médian, pays de l'OCDE, 2007



Source : OCDE (2009). Générosité des allocations de chômage, disponible en ligne à l'adresse <http://dx.doi.org/10.1787/706364844714>.

Figure 11.2 Niveau d'aide sociale, en pourcentage du revenu familial médian, parent isolé avec deux enfants, pays de l'OCDE, 2007



Source : OCDE (2009). Revenus nets des bénéficiaires de l'aide sociale par rapport à différents seuils de pauvreté, 2007, disponible en ligne à l'adresse <http://dx.doi.org/10.1787/706265650677>.

12. SERVICES DE SANTÉ

Le secteur de la santé a mis bien du temps à comprendre les rapports entre les droits de la personne, l'injustice sociale et comment se vit le quotidien des patients.

[Traduction libre]

– Elizabeth McGibbon, 2009

Pourquoi est-ce important?

Les services de soins de santé de première qualité constituent à la fois un déterminant social de la santé et un droit de la personne fondamentale. Un système de soins de santé universel vise principalement à protéger la santé de la population en y faisant contribuer financièrement l'ensemble de la société. Un tel système s'avère particulièrement efficace pour soutenir les tranches de la population à plus faible revenu qui n'ont pas les moyens de se payer un régime privé d'assurance-maladie.

La *Loi canadienne sur la santé* (1984) contient les règles générales dont doivent tenir compte les gouvernements provinciaux et territoriaux dans leur régime d'assurance-maladie. Ces règles sont les suivantes : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Le concept de « payeur unique » se décrit comme étant un concept d'administration des soins de santé par un pouvoir public (gestion publique).

On stipule dans la même loi que les provinces et territoires doivent fournir tous les services médicaux utiles sur une base universelle (intégralité). L'ensemble des résidents ont accès dans des conditions identiques au 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 assurés. C'est pourquoi la gamme des services assurés varie d'une province et d'un territoire à l'autre.

Les provinces et les territoires garantissent des services de santé aux citoyens canadiens temporairement absents de leur province ou territoire de résidence, au Canada ou ailleurs dans le monde (transférabilité). En vertu de la loi, tous les Canadiens



doivent avoir accès de manière uniforme à des services de santé sans avoir à surmonter quelque barrière financière que ce soit (accessibilité). Personne ne devrait faire l'objet d'une discrimination fondée sur son revenu, son âge ou son état de santé.

On constate malgré tout des problèmes d'accès aux soins continuellement. Au Canada, la tranche de 33 % de la population à plus faible revenu, contrairement à celle de 33 % de la population à revenu plus élevé, a 50 % moins de chance de consulter un spécialiste quand c'est nécessaire, 50 % plus de chance de trouver plus difficile de se faire soigner le soir ou les week-ends et 40 % plus de chance d'attendre cinq jours ou plus avant d'obtenir un rendez-vous avec un médecin.

On note d'autre part des problèmes relativement à la couverture médicale. Si le Canada se trouve dans la moyenne en matière de dépenses pour les soins de santé (14^e sur 30 pays de l'OCDE), il se trouve parmi ceux offrant la plus faible couverture des coûts médicaux totaux (voir les figures 12.1 et 12.2). 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. Cette situation place le Canada au 22^e rang à cet égard sur les 30 pays de l'OCDE. Signalons en outre 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. Il est intéressant de signaler que ces coûts sont couverts par le régime d'assurance-maladie d'un grand nombre de pays développés et riches.

Il en ressort que les Canadiens ayant un revenu au-dessous de la moyenne, contrairement aux personnes ayant un revenu au-dessus de la moyenne, sont trois fois moins susceptibles de remplir une ordonnance et 60 pour cent moins susceptibles de subir les tests ou les traitements nécessaires en raison des coûts afférents. Même les personnes de la classe moyenne sont presque deux fois plus susceptibles de trouver difficile de faire remplir une ordonnance et de payer les factures de services médicaux que les personnes plus riches.

Dans les conclusions de rapports émanant de Commissions royales, on recommande depuis longtemps la mise sur pied au Canada d'un régime d'assurance-médicaments puisque celui-ci aurait l'avantage de promouvoir l'équité en matière de soins de santé et de contrôler les prix. Rien n'a pourtant été fait à ce sujet. C'est très préoccupant si on considère que les dépenses accusant la croissance la plus rapide au Canada se rattachent aux médicaments. Les coûts à ce titre comptaient pour 9 pour cent des dépenses totales en santé en 1975. Dès 2005, ces dépenses avaient déjà doublé pour s'établir à 18 pour cent. Les coûts des médicaments constituent la seconde dépense en importance, dépassant les versements faits aux médecins. Les coûts hospitaliers demeurent au premier rang. Les soins à domicile prendront de plus en plus d'importance en raison du vieillissement de la population. Rien ne laisse supposer par ailleurs qu'une réforme ne soit amorcée dans ce domaine.

Seulement 26 pour cent des salariés à faible revenu profitent d'un régime d'assurance-dentaire. Parmi eux, 74 pour cent ne souscrivent à aucun régime et seulement 39 pour cent vont chez le dentiste sur une base annuelle. Soulignons que les soins dentaires font partie intégrante des régimes d'assurance-maladie dans la plupart des pays européens.

Incidence sur les politiques

- Les régies régionales de la santé et les responsables des politiques doivent se pencher sur les inégalités constatées en matière d'accès aux soins de santé en plus de devoir relever et abattre les barrières aux soins de santé.
- Il est indispensable que les gouvernements instaurent un régime d'assurance-dentaire et

haussent 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 soins de santé.
- Les autorités du domaine de la santé 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.
- Maintenant qu'a pris fin la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, la population du Canada doit accepter le fait que le système d'assurance-maladie ne demeurera durable que dans la mesure où elle en décidera.
- Il serait avisé d'envisager la possibilité d'offrir les soins dentaires aux familles à faible revenu.

Key sources

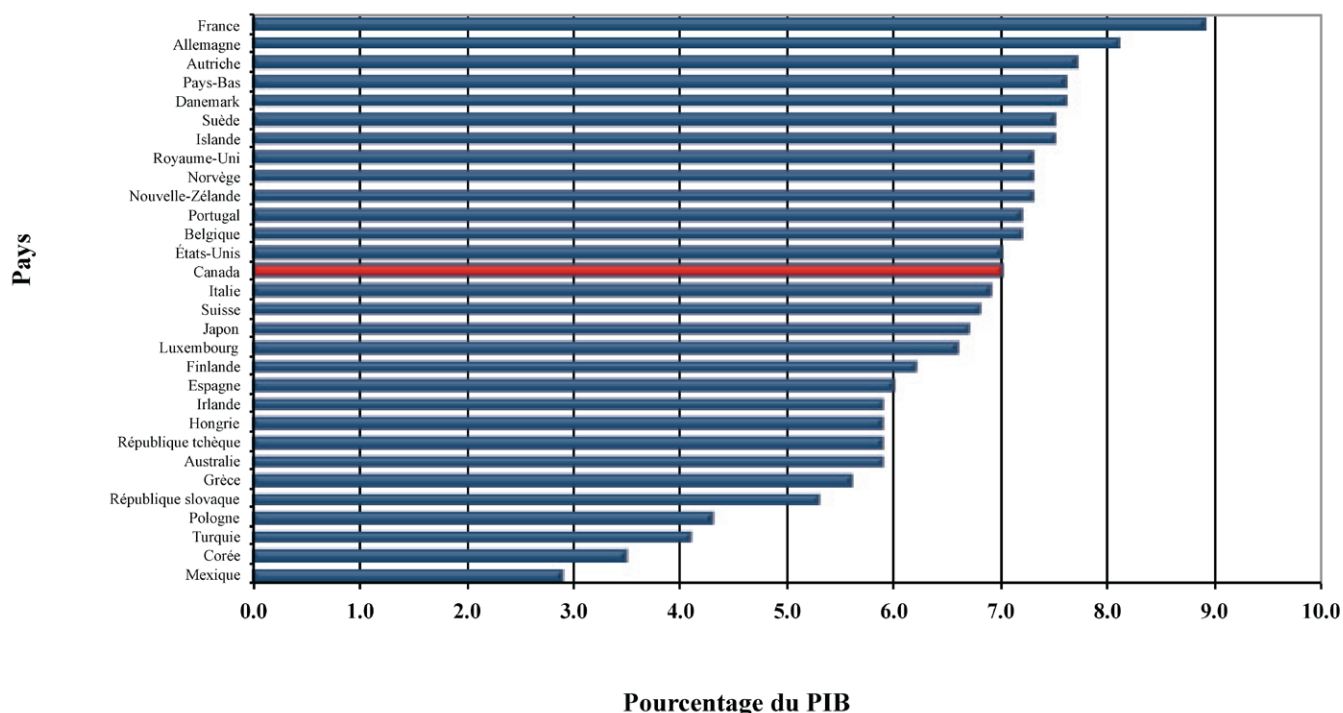
Bryant, T. (2009). *An Introduction to Health Policy*. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

McGibbon, E. (2009). « Health and Health Care: A Human Rights Perspective » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 318-335). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Raphael, D. (2007). « Interactions with the Health and Service Sector » dans D. Raphael (Ed.), *Poverty and Policy in Canada: Implications for Health and Quality of Life*. (pp. 173-203). Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

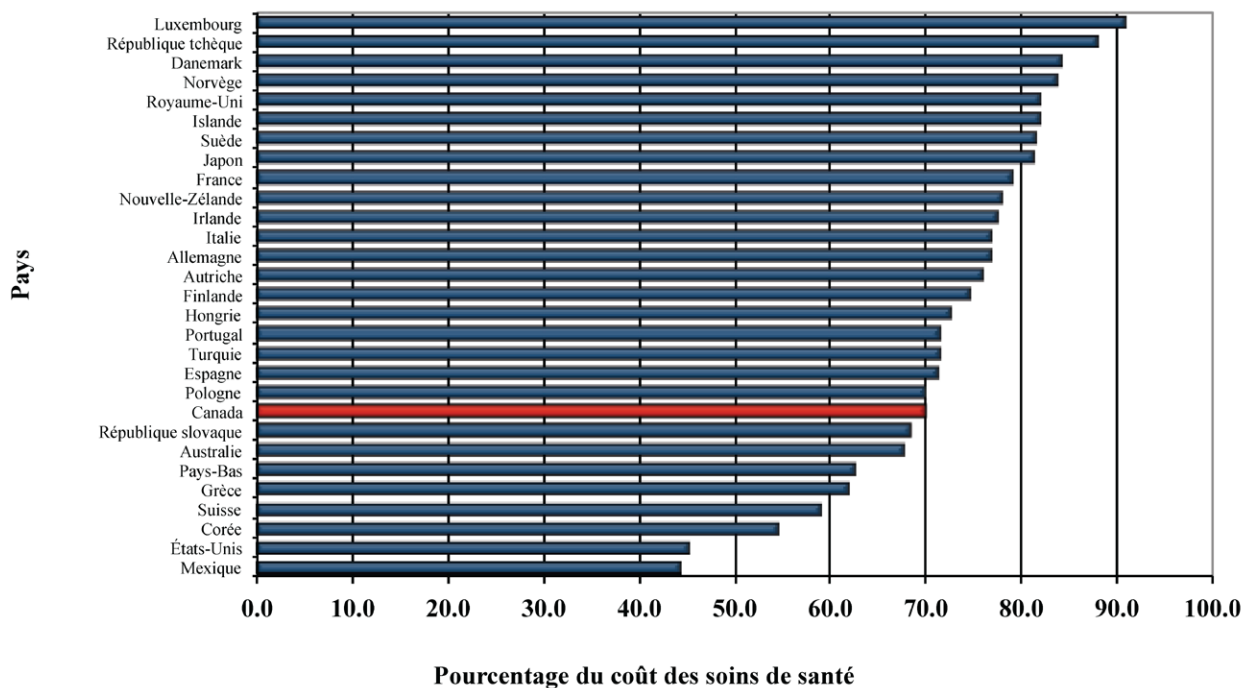
Schoen, C. et M.M. Doty, (2004). « Inequities in Access to Medical Care in Five Countries: Findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Study » dans *Health Policy*, numéro 67, pp. 309-322.

Figure 12.1 Dépenses publiques au titre des soins de santé, en pourcentage du PIB, pays de l'OCDE, 2006



Source : OCDE (2009). Eco-Santé OCDE 2009, version de juin 2009.

Figure 12.2 Dépenses publiques au titre des soins de santé, en pourcentage des dépenses totales en matière de soins de santé, pays de l'OCDE, 2006



Source : OCDE (2009). Eco-Santé OCDE 2009, version de juin 2009.

13. STATUT D'AUTOCHTONE

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, 2009

Pourquoi est-ce important?

Les peuples autochtones au Canada, sous le vocable duquel sont regroupés les Premières Nations, les Dénés, les Métis et les Inuits, comptent 1,2 million de personnes et pour 3,8 pour cent de la population. La santé de cette tranche de la population est inextricablement liée à l'histoire de la colonisation. Au cours des siècles, les Autochtones se sont heurtés à l'adoption de législations comme la Loi sur les Indiens, adoptée en 1876, à l'indifférence par rapport aux revendications territoriales des Métis, à la réinstallation de communautés inuites et à l'établissement de pensionnats. Ils se retrouvent donc aujourd'hui avec des déterminants sociaux de la santé préjudiciables et un état de santé déplorable.

Le revenu moyen des hommes et des femmes autochtones s'établissait en 2001 à 21 958 dollars et à 16 529 dollars respectivement, ce qui correspond à 58 pour cent du revenu moyen d'un homme non autochtone et à 72 pour cent du revenu moyen d'une femme non autochtone. Pour les Canadiens autochtones vivant dans une réserve, les pourcentages par rapport au revenu des non-Autochtones s'établissaient à 40 pour cent pour les hommes et à 61 pour cent pour les femmes.

Les chiffres pour les Autochtones vivant hors réserve étaient un peu plus élevés, mais quand même bien en deçà du revenu des autres Canadiens. En 2001, 26 pour cent des ménages autochtones ont déclaré disposer d'un revenu plus faible que le seuil de faible revenu, comparativement à 12 pour cent des autres ménages du pays. La même année, le taux de chômage s'élevait à 14 pour cent pour la



population autochtone, soit le double du pourcentage enregistré pour le reste de la population. Pour les Canadiens des Premières Nations vivant dans une réserve, le taux de chômage s'établissait à 28 pour cent, soit le double de celui des Autochtones vivant hors réserve.

En outre, le niveau de scolarisation diffère considérablement entre les Autochtones et les autres Canadiens. Parmi les personnes des Premières Nations vivant dans une réserve, 40 pour cent des hommes et 43 pour cent des femmes complètent leur secondaire. Ces pourcentages sont plus hauts pour les personnes vivant hors réserve : 56 pour cent pour les hommes et 57 pour cent pour les femmes. Pour les Inuits, les chiffres s'établissent à 43 pour cent tant pour les hommes que pour les femmes et, pour les Métis, à 65 pour cent pour les hommes et à 63 pour cent pour les femmes. Ces pourcentages divergent largement de ceux enregistrés pour le reste de la population canadienne, où 71 pour cent des hommes et 70 pour cent des femmes obtiennent leur diplôme d'études secondaires.

Les Autochtones vivant hors réserve sont quatre fois plus susceptibles de subir de l'insécurité alimentaire que le reste de la population canadienne. Quelque 33 pour cent des ménages autochtones vivant hors réserve vivaient une insécurité alimentaire modérée ou majeure en 2004, comparativement à 8,8 pour cent des autres ménages du pays. En fait, 14 pour cent des ménages autochtones ont déclaré vivre une insécurité alimentaire majeure comparativement à 2,7 pour cent des ménages non autochtones. Dans les réserves, l'insécurité est tout aussi omniprésente. Par exemple, dans une com-

munauté crie de Fort Severn, en Ontario, les deux tiers des ménages vivaient de l'insécurité alimentaire en 2002. Lors d'une étude menée en 1997 dans les communautés nordiques de Repulse Bay et Pond Inlet, on a constaté qu'environ la moitié des familles de chacune des communautés avaient déclaré ne pas avoir pu se nourrir adéquatement durant les 30 jours précédents.

Mentionnons que les Autochtones sont également quatre fois plus susceptibles de vivre dans un logement surpeuplé que les non-Autochtones du pays. Quelque 38 pour cent des Inuits d'Inuit Nunaat vivent ainsi comparativement à 11 pour cent des Autochtones du reste du Canada et 3 pour cent de la population non autochtone. Les Autochtones ont une espérance de vie de 5 à 14 ans inférieure à celle du reste de la population canadienne. Ce sont les hommes et les femmes inuits qui vivent le moins longtemps. Le taux de mortalité infantile est de 1,5 à 4 fois plus élevé chez les Autochtones, comparativement au reste de la population canadienne.

Chez la population autochtone, on note une proportion beaucoup plus importante de maladies infectieuses et de maladies chroniques que chez le reste de la population du Canada. Le taux de suicide y est de cinq à six fois plus élevé. On y recense également un taux élevé de dépression majeure (18 %), de problèmes d'alcool (27 %) et d'agression sexuelle dans l'enfance (34 %). Le tableau 13.1 se veut une analyse comparative de la situation des peuples autochtones au Canada. D'après l'indice du développement humain (IDH) des Nations Unies, qui inclut notamment les composantes d'espérance de vie, de niveau d'études et de niveau de vie décent, la population autochtone du Canada se situe au 33e rang parmi les pays étudiés. Le Canada arrive quant à lui au 8e rang.

La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, une résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2007, fait état de nombreux domaines où les gouvernements peuvent favoriser l'amélioration de la situation des peuples autochtones dans leur pays. Le texte de la déclaration inclut des articles explicites sur l'amélioration de la situation économique et sociale, le droit de jouir du meilleur état de santé possible et le droit de protéger et de préserver l'environnement. Tout comme trois autres pays (l'Aus-

tralie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis), le Canada a voté contre l'adoption de la résolution et 143 pays ont voté en faveur.

Incidence sur les politiques

La majorité des recommandations formulées en 1996 à la suite 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 relation renouvelée avec les nations autochtones et l'autre celui de fournir des services aux communautés non autochtones;
- la création d'un Parlement autochtone;
- la mise en place de mesures pour combler les besoins sociaux, éducationnels, de santé 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.

Principales sources

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

Smiley, J. (2009). « The Health of Aboriginal People » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 280-301). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Nations Unies (2007). Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, disponible en ligne à l'adresse : www.un.org/esa/socdev/unpfi/fr/drip.html

Tableau 13.1 Valeur de l'IDH* pour certains pays et peuples autochtones, 2001

Classement par pays selon l'IDH <i>Certains pays ayant un développement humain très élevé</i>	Valeur de l'IDH <i>(0,800 – 1)</i>
1 Norvège	0,944
2 Islande	0,942
3 Suède	0,941
4 Australie	0,939
5 Pays-Bas	0,938
6 Belgique	0,937
7 États-Unis	0,937
8 Canada	0,937
9 Japon	0,932
13 Royaume-Uni	0,930
16 Autriche	0,929
17 France	0,925
19 Espagne	0,925
20 Nouvelle-Zélande	0,917
23 Portugal	0,896
30 République de la Corée	0,879
31 Amérindiens des États-Unis et Autochtones de l'Alaska	0,877
32 République tchèque	0,861
33 Population autochtone canadienne	0,851
34 Argentine	0,849
42 Costa Rica	0,831
43 Chili	0,831
52 Cuba	0,806
53 Bélarus	0,804
54 Trinité-et-Tobago	0,802
55 Mexique	0,800
 <i>Certains pays ayant un développement humain moyen</i>	 <i>(0,500 – 0,799)</i>
73 Arabie saoudite	0,769
74 Maori de Nouvelle-Zélande	0,767
75 Ukraine	0,766
85 Philippines	0,751
94 République dominicaine	0,737
102 Cap Vert	0,727
103 Autochtones australiens et insulaires du détroit de Torres	0,724
104 Chine	0,721
105 El Salvador	0,719
120 Égypte	0,648
 * IDH : Indice du développement humain	

Source : Cooke, M. et autres (2007). Indigenous Well-being in Four Countries : An Application of the UNDP'S Human Development Index to Indigenous Peoples in Australia, Canada, New Zealand, and the United States. BMC International Health and Human Rights, 7 :9.

14. SEXE

Le sexe d'une personne importe en ce qui concerne la santé et les soins. La question semble indéniable, mais on ne la reconnaît que depuis peu dans la recherche et la politique sur la santé. [Traduction libre]

– Pat Armstrong, 2009

Pourquoi est-ce important?

Au Canada, les déterminants sociaux de la santé sont plus défavorables pour les femmes que pour les hommes. Les femmes prennent sur elles davantage de responsabilités en matière d'éducation des enfants et de travaux domestiques. Elles sont moins enclines à travailler à plein temps et sont moins susceptibles d'être admissibles aux prestations d'assurance-emploi. En plus, les femmes occupent des postes à rémunération moins élevée et vivent davantage de discrimination en milieu de travail que les hommes. C'est pourquoi presque toutes les décisions en matière de politique publique qui ont pour conséquence d'affaiblir le filet de sécurité sociale auront une incidence plus grave sur les femmes que sur les hommes.

Les femmes reçoivent généralement une rémunération moindre que les hommes, quel que soit le poste occupé. Par exemple, les femmes du niveau de la gestion gagnent en moyenne 956 dollars par semaine comparativement à 1261 dollars pour les hommes. Elles travaillent moins d'heures que les hommes et leur taux horaire équivaut à 80 pour cent de celui des hommes. Les emplois dominés par les hommes tendent à payer davantage et, même si les femmes travaillent dans ces domaines, elles gagnent en général moins. La figure 14.1 montre que l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes ne se referme pas. Il semble même qu'il se soit élargi entre 2004 et 2005. Ces différences sont marquées pour l'ensemble des hommes et des femmes, pour ceux qui travaillent à temps plein toute l'année, qu'ils aient un diplôme universitaire ou non.

En le comparant avec d'autres pays (voir la figure 14.2), on note que le Canada figure parmi les pays présentant le plus grand écart de rémunération entre les hommes et les femmes. Le Canada arrive au



19^e rang parmi 22 pays de l'OCDE pour ce qui est des efforts pour réduire cet écart. Le fait de combattre la discrimination en milieu de travail permettrait d'éliminer toute forme de discrimination fondée sur le sexe. 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 qui sont syndiqués au pays.

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

Les femmes ont une espérance de vie de 79 ans, comparativement à 76,3 ans pour les hommes. Cela dit, le taux de mortalité plus élevé et l'espérance de vie moins élevée pour les hommes ne veulent pas dire que les femmes jouissent d'une meilleure santé. Les femmes subissent un plus grand nombre de périodes d'invalidité de longue durée et de maladies chroniques que les hommes. Par contre, les hommes sont davantage prédisposés aux accidents et à des formes d'exclusion sociale plus graves, ce qui réduit globalement leur espérance de vie.

Certains aspects liés au sexe concernent plus particulièrement la santé des hommes. Les hommes subissent des formes plus graves d'exclusion sociale, parce qu'ils se retrouvent plus souvent sans abri et qu'ils abusent plus souvent de l'alcool et d'autres drogues. Le taux de suicide est quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. De surcroît, les hommes risquent davantage d'être soit les auteurs soit les victimes d'un vol ou d'une agression physique.

Les hommes 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 scolarisation et sont au chômage) risquent davantage d'adopter des comportements antisociaux et de perpétrer des infractions que les femmes. Qui plus est, la santé des hommes se voit parfois influencée, de manière négative, par des construits malsains quant à la masculinité où sont idéalisées l'agressivité, la dominance et une autonomie excessive.

Il appert également que les gais, les lesbiennes et les transsexuels vivent de la discrimination qui crée un stress ayant des effets néfastes sur la santé. Le problème est particulièrement marqué à l'adolescence, quand les jeunes gais et lesbiennes doivent faire la paix avec leur identité. La discrimination se fait également sentir au moment où cette tranche de la population fait son entrée dans le monde du travail.

La santé chez les deux sexes dépend de la répartition des ressources sociales et économiques. La modification de cette répartition exige des mesures qui vont au-delà des secteurs des soins de santé ou des services sociaux. Les mesures requises se rapportent au salaire minimum vital et aux prestations d'assurance sociale suffisantes, aux logements et aux garderies à un prix raisonnable et à l'élargissement des 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 se révèlent des mesures tout aussi essentielles.

Incidence sur les politiques

- L'amélioration et l'application des lois sur l'équité salariale permettraient d'améliorer l'emploi et la situation financière des femmes du Canada.
- 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'élargissement de l'accès à l'assurance-emploi pour les travailleurs à temps partiel permettrait de venir en aide aux femmes qui combinent le travail et les responsabilités de dispensatrice de soins.
- L'élaboration de politiques qui favoriseraient en milieu de travail la conclusion de conventions collectives par l'entremise de la syndicalisation serait particulièrement bénéfique pour les femmes du Canada.

Principales sources

Armstrong, P. (2009). « Public Policy, Gender, and Health » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 350-361). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Pederson, A., D. Raphael et E. Johnson, (2010). « Gender, Race, and Health Inequalities » dans T. Bryant, D. Raphael et M. Rioux (Eds.), *Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care* (pp. 205-238). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Scott-Samuel, A., D. Stanistreet et P. Cranshaw, (2009). « Hegemonic Masculinity, Structural Violence and Health Inequalities » dans *Critical Public Health*, 19, 287-292.

Figure 14.1 L'écart de rémunération : les revenus des femmes par rapport à ceux des hommes

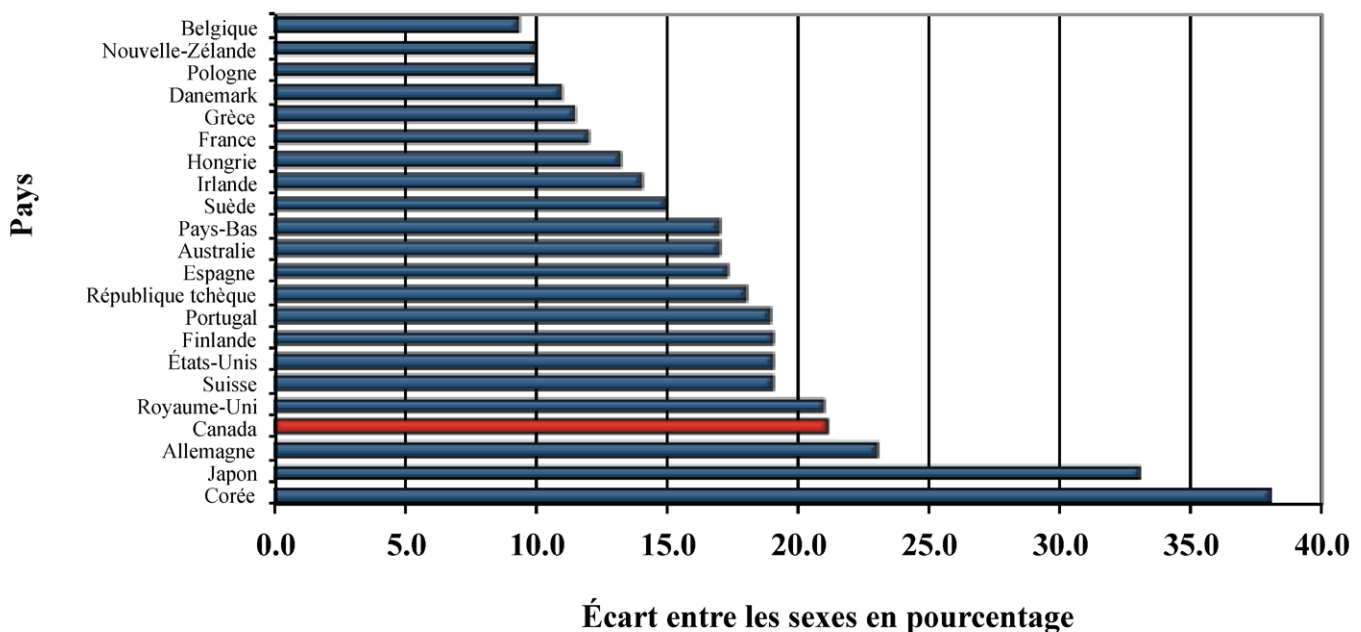
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Revenu annuel moyen des hommes Année complète de travail à temps plein	53 300 \$	54 400 \$	54 500 \$	54 300 \$	56 300 \$	55 700 \$
Revenu annuel moyen des femmes Année complète de travail à temps plein	37 700 \$	38 000 \$	38 300 \$	38 100 \$	39 300 \$	39 200 \$
Écart de rémunération	15 600 \$	16 400 \$	16 200 \$	16 200 \$	17 000 \$	16 500 \$

Rémunération annuelle moyenne des femmes en % de celui des hommes

Tous	61,7	62,1	62,8	62,9	63,4	64,0
Année complète de travail à temps plein	70,6	69,9	70,2	70,2	69,9	70,5
Année complète de travail à temps plein, avec diplôme universitaire	68,6	65,5	69,0	69,0	65,6	67,9

Source : Congrès du travail du Canada (2008). Les femmes dans la population active : encore loin de l'égalité, disponible en ligne à l'adresse www.congresdutravail.ca/sites/default/files/pdfs/womensequalityFrreport.pdf.
Source des données : Statistique Canada (2008). Tendances du revenu au Canada. Ottawa : Statistique Canada. Les données sur le revenu sont en dollars constants de 2005.

Figure 14.2 Écart entre les sexes quant aux salaires, pays de l'OCDE, en pourcentage, 2006



Source: OCDE (2009). Écart entre le salaire médian des hommes et celui des femmes travaillant à plein temps, disponible en ligne à l'adresse www.oecd.org/document/4/0,3746,fr_2649_33715_40543545_1_1_1_1,00.html

15. RACE

Les groupes racialisés et d'immigrants doivent subir de façon démesurée la ségrégation sur le marché du travail, l'inégalité dans l'emploi et le revenu, la pauvreté et l'aiguillage vers les quartiers défavorisés.

[Traduction libre]

– Grace-Edward Galabuzi, 2009

Pourquoi est-ce important?

Le Canada est fier d'être un pays fondé sur le multiculturalisme. Depuis les années 1960, plus des trois quarts des immigrants au pays viennent de l'hémisphère sud ou de pays en voie de développement et la plupart font partie d'une minorité visible (p. ex., groupes racialisés). Le tiers des Canadiens racialisés sont natifs du pays et les deux autres tiers sont des immigrants. Les Canadiens racialisés vivent toutes sortes de circonstances néfastes, non seulement pour leur santé, mais aussi pour la santé et le bien-être de la société canadienne dans son ensemble.

Le racisme se manifeste sous trois formes, qui ont toutes une incidence sur la santé. Le racisme institutionnalisé se rapporte aux structures de la société et peut se codifier en termes de rôle joué par les institutions en place, de lois et d'inaction gouvernementale devant les besoins. Le racisme qui dépend de la volonté de la personne se manifeste sous forme de préjudice et de discrimination en manquant de respect, en soupçonnant la personne ciblée, en la dévaluant, en en faisant un bouc émissaire ou en la déshumanisant. Le racisme assimilé a lieu quand la personne stigmatisée accepte comme vrais les messages relatifs à ses propres capacités et l'absence intrinsèque de sa valeur. Cette forme de racisme peut entraîner chez la personne ciblée un sentiment de résignation, d'impuissance et l'absence d'espoir. On observe clairement ces trois formes dans la société canadienne.

Dans tous les territoires et provinces du Canada, le taux de chômage et de sous-emploi est plus élevé et le revenu, moindre pour les personnes de couleur comparativement aux Canadiens de descendance européenne (voir la figure 15.1). La situation n'était



pas la même dans les années 1970 quand les Canadiens de descendance autre qu'européenne jouissaient d'un taux d'emploi et d'un revenu similaires à ceux des Canadiens de descendance européenne.

Les chercheurs de Statistique Canada ont tenté de relever des facteurs responsables de la détérioration de la situation financière des immigrants, pour la plupart des personnes de couleur. Ils ont observé que l'aggravation de la situation du faible revenu se rattache aux immigrants de toute scolarisation et de tout groupe d'âge, même à ceux ayant un diplôme universitaire. L'étude a démontré que les compensations financières en fonction de l'expérience de travail et du niveau de scolarité dont profitaient les nouveaux arrivants de couleur par le passé n'ont plus cours.

Notons par ailleurs que les études antérieures ne faisaient état d'aucune différence dans l'état de santé de la population, qu'elle soit de descendance européenne ou autre. En fait, on constatait plutôt que l'immigration avait au Canada un effet positif sur la santé puisque les immigrants jouissaient d'un état de santé supérieur à celui des personnes nées au pays. Malheureusement, les récentes données recueillies lors de l'Enquête nationale sur la santé de la population montrent que la santé des immigrants non européens, plus particulièrement celle des nouveaux arrivants de couleur, s'est détériorée avec le temps comparativement aux résidents de souche et les immigrants de descendance européenne.

Comparativement aux Canadiens de naissance, les nouveaux arrivants non européens risquaient

deux fois plus de déclarer une détérioration de leur santé entre 1993-1994 et 2002-2003 (voir la figure 15.2). Les immigrants non européens avaient également 50 pour cent plus de risque d'aller consulter fréquemment un médecin que les Canadiens de naissance. Les nouveaux immigrants de couleur souffrent plus souvent de problèmes de santé mentale, de logement et d'insécurité alimentaire que les Canadiens de descendance européenne.

On devrait en outre se préoccuper de voir augmenter la concentration de Canadiens de couleur à faible revenu en zone urbaine. Aux États-Unis, on a observé que cette concentration était à la source de bien des problèmes de santé et sociaux.

Incidence sur les politiques

- Les institutions canadiennes doivent reconnaître l'existence du racisme au Canada et élaborer des programmes de sensibilisation et d'éducation qui donneront un aperçu des effets délétères du racisme.
- Les gouvernements doivent édicter des lois et des règlements qui permettront aux immigrants formés à l'étranger de pratiquer leur profession au Canada.
- Les autorités doivent appliquer les lois anti-discriminatoires.
- Puisque les personnes de couleur doivent composer avec des conditions de vie particulièrement adverses, les gouvernements doivent jouer un rôle actif pour améliorer leurs conditions de vie.

Principales sources

Galabuzi, G. E. (2005). *Canada's Economic Apartheid: The Social Exclusion of Racialized Groups in the New Century*. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Ng, E., Wilkins, R, F. Gendron et J.-M. Berthelot, (2005). *En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population*. Ottawa : Statistique Canada.

Jones, C. (2000). « Levels of Racism: A Theoretic Framework and a Gardener's Tale » dans *American Journal of Public Health*, 90(8), 1212-1215.

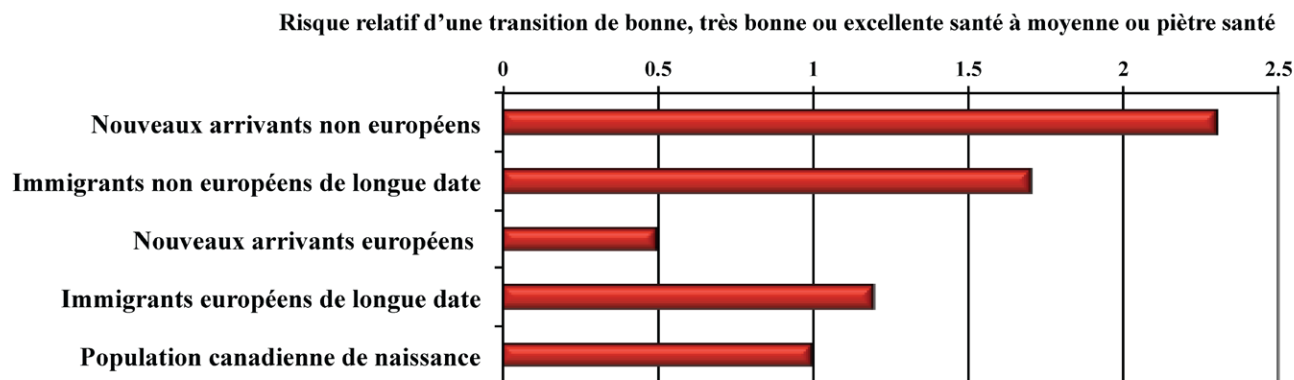
Pederson, A., D. Raphael et E. Johnson. (2010). « Gender, Race, and Health Inequalities » dans T. Bryant, D. Raphael et M. Rioux (Eds.), *Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care* (pp. 205-238). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Figure 15.1 Revenu moyen (toutes sources confondues) par communautés racialisées

	Hommes	Femmes	Total
Tous les salariés canadiens	36 800	22 885	29 769
Communauté africaine	27 864	19 639	23 787
Communauté arabe	32 336	19 264	26 519
Communauté antillaise	29 840	22 842	25 959
Communauté chinoise	29 322	20 974	25 018
Communauté philippine	27 612	22 532	24 563
Communauté jamaïcaine	30 087	23 575	26 412
Communauté haïtienne	21 595	18 338	19 782
Communauté japonaise	43 644	24 556	33 178
Communauté coréenne	23 370	16 919	20 065
Communauté latino-américaine	27 257	17 930	22 463
Communauté asiatique du Sud	31 396	19 511	25 629
Communauté vietnamienne	27 849	18 560	23 190
Communauté asiatique de l'Ouest	28 719	18 014	23 841

Source : Statistique Canada (2003). Le profil changeant de la population active du Canada, Recensement de 2001, Série « Analyses », Recensement de 2001, numéro au catalogue 96F0030XIF2001009, février 2003. Ottawa : Statistique Canada.

Figure 15.2 Les immigrants non européens sont plus susceptibles de déclarer une détérioration de leur santé que les Canadiens de naissance



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

16. HANDICAP

L'amélioration de la vie de la personne handicapée ne constitue pas seulement une question d'intervention médicale. Il s'agit plutôt d'apporter des solutions à la violation des droits physiques, sociaux, civiques, financiers et culturels de ces personnes. [Traduction libre]

– Marcia Rioux and Tamara Daly, 2010

Pourquoi est-ce important?

On considère trop souvent le handicap d'un point de vue médical plutôt que sociétal. Un handicap se rapporte de toute évidence aux fonctions physiques ou mentales. 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 vie au Canada. Contrairement aux autres pays de l'OCDE, le Canada n'offre que peu d'aide à cette tranche de la population, les mesures mises en place pour faciliter l'intégration des personnes handicapées se situant bien en deçà de la moyenne des pays de l'OCDE.

Le pourcentage de la population canadienne déclarant avoir un handicap s'élève à 12,4 pour cent. Ce chiffre se situe à moins de cinq pour cent pour les enfants de moins de 14 ans, mais il grimpe à 11,5 pour cent pour les adultes âgés de 15 à 64 ans. Pour les personnes de plus de 65 ans, le pourcentage dépasse les 40 pour cent. Signalons que les personnes handicapées sont moins susceptibles d'occuper un emploi, et advenant le cas, elles gagnent moins que les autres. Seulement 35 pour cent des hommes ayant un handicap avaient occupé une année complète un emploi à temps plein en 2000, comparativement à 23 pour cent pour les femmes. Mentionnons que 53 pour cent des hommes et 37 pour cent des femmes ne présentant aucun handicap avaient déclaré occuper une année complète un emploi à temps plein cette même année.

Il est encore plus préoccupant de constater que 36 pour cent des hommes et 47 pour cent des femmes ayant un handicap ne travaillaient pas du tout en 2000. Mentionnons par comparaison que



seulement 13 pour cent des hommes et 22 pour cent des femmes ne présentant aucun handicap n'avaient pas travaillé du tout cette même année. En 2001, le revenu moyen des personnes handicapées sur le marché du travail s'élevait à 32 385 dollars comparativement à 38 677 dollars pour les autres.

Plus de 40 pour cent des Canadiens ayant un handicap ne font pas partie de la population active, ce qui en force un bon nombre à vivre des prestations d'assistance sociale. Les prestations sont très insuffisantes au Canada et ne permettent même pas de s'approcher du seuil de pauvreté dans la plupart des villes. Cette situation n'est pas surprenante puisque le Canada est l'un des pays de l'OCDE qui versent les plus modestes prestations aux personnes handicapées. Soulignons à cet effet que le Canada arrive au 27^e rang parmi 29 pays en matière de dépenses publiques liées aux besoins des personnes handicapées.

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 handicapées. Chacun de ces indices reposait sur une dizaine de mesures de l'étendue des prestations et des aides offertes par les gouvernements aux personnes handicapées.

La figure 16.1 montre que le Canada, outre la Corée, est le pays offrant les plus faibles compensations et prestations à ses habitants présentant un handicap. Le pays compte certaines des restrictions les plus strictes au chapitre des prestations,

qui s'avèrent très petites. Il fait un peu meilleure figure, même s'il arrive en dessous de la moyenne, en matière d'intégration des personnes handicapées sur le marché du travail. De toute évidence, il y a beaucoup d'efforts à déployer pour venir en aide aux personnes handicapées au Canada.

Un bon nombre des problèmes liés à l'emploi viennent du fait que les milieux de travail se trouvent dans l'impossibilité de répondre aux besoins des personnes handicapées ou ne veulent tout simplement pas y répondre. La majorité des modifications nécessaires sont plutôt mineures et la plupart représentent un coût annuel de moins de 1500 dollars. Pour bien des personnes handicapées, l'hésitation des employeurs à ce titre se révèle profondément blessante et frustrante.

Le Canada a récemment signé la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies, ce qui l'oblige maintenant à faire rapport de ses progrès en la matière. Le site Web de l'organisme Disability Rights Promotion International donne de plus amples renseignements sur la Convention et ses répercussions à l'adresse www.yorku.ca/drpi/ (en anglais seulement).

Incidence sur les politiques

Le Conseil des Canadiens avec déficiences et l'Association canadienne pour l'intégration communautaire ont mis de l'avant les stratégies essentielles suivantes. À court terme, le gouvernement fédéral doit :

- s'engager à élaborer un cadre d'action pour aider les personnes à s'offrir le soutien nécessaire pour fonctionner; aider les aidants naturels familiaux et non professionnels et, enfin, aider les collectivités à développer la capacité requise pour garantir le soutien nécessaire et l'inclusion;
- verser l'« acompte » d'un transfert afin d'améliorer l'approvisionnement en soutiens requis pour fonctionner et s'engager envers un programme national afférent;
- s'engager à intégrer la « dimension du handicap » dans les nouvelles initiatives, incluant celles visant les aidants naturels, l'aide à l'enfance, les

villes et les collectivités et le remboursement de la taxe sur l'essence dans le but d'améliorer les transports accessibles et les autres services;

- s'engager à effectuer une étude sur la pauvreté et les personnes handicapées afin d'explorer la possibilité d'élargir le rôle du gouvernement fédéral dans la réponse aux besoins en matière de revenu.

Stratégies à plus long terme :

- chercher à élargir le rôle du gouvernement fédéral en matière de solutions à la pauvreté, en compensant les coûts individuels liés au handicap grâce à un programme de dépenses s'apparentant à la Prestation nationale pour enfants;
- intégrer le programme pour les aidants naturels dans un cadre d'investissements en soutiens requis en cas d'incapacité.

Principales sources

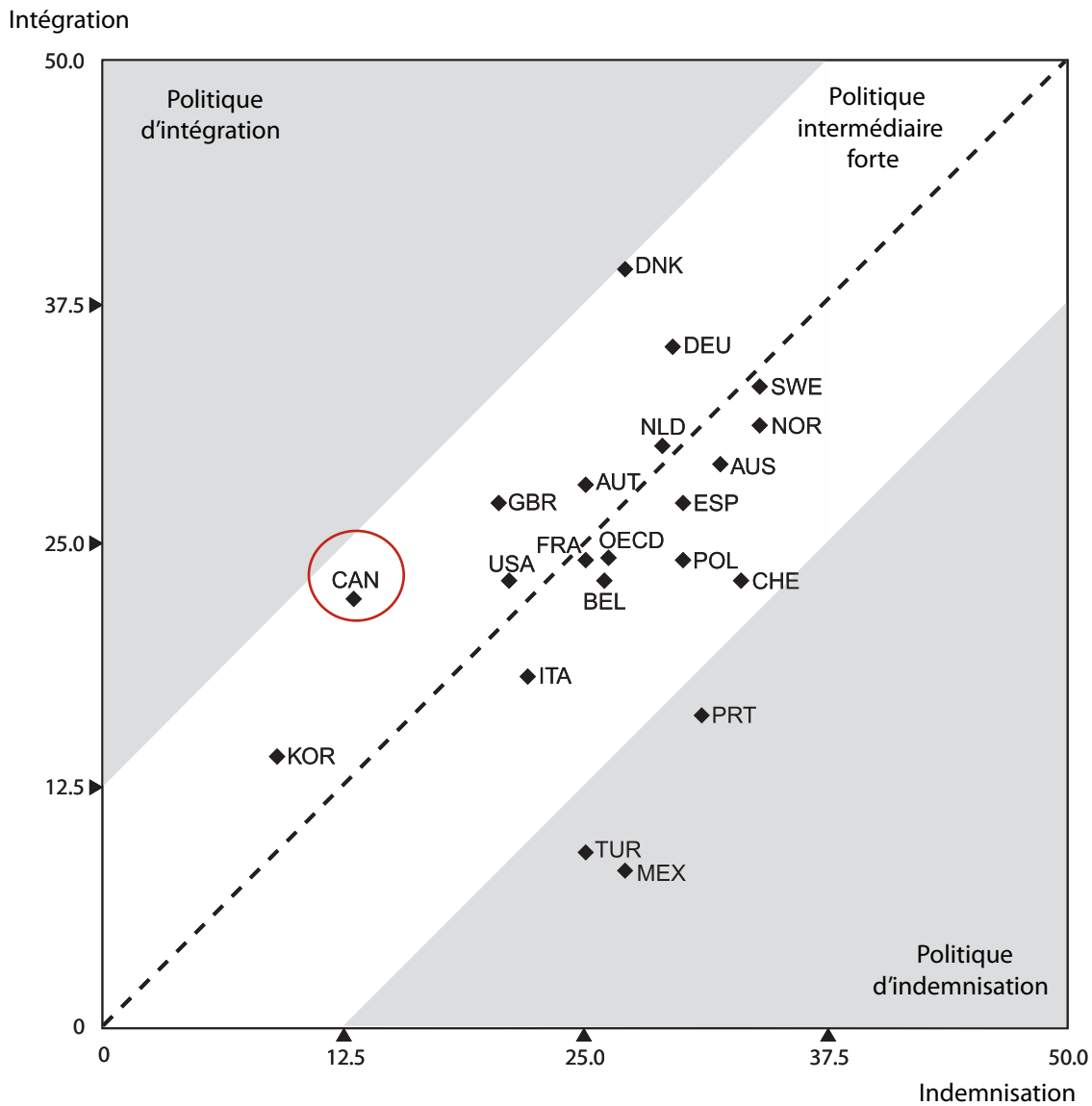
Conseil des Canadiens avec déficiences (CCD) (2005). Appel à combattre la pauvreté et l'exclusion des Canadiens avec des déficiences en investissant dans les soutiens liés aux incapacités. Ottawa : CCD.

Jackson, A. (2009). *Work and Labour in Canada: Critical Issues*. 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

OCDE (2003). *Transformer le handicap en capacité*. Paris : OCDE.

Rioux, M. et T. Daly (2010). « Constructing Disability and Illness » dans T. Bryant, D. Raphael et M. Rioux (Eds.). *Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care* (pp. 347-370). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Figure 16.1 Le Canada arrive bien en arrière de la plupart des autres pays de l'OCDE pour ce qui est des compensations financières et des efforts déployés pour intégrer les personnes handicapées sur le marché du travail



Source: OCDE (2003). Transformer le handicap en capacité. Graphique 6.1, p. 136. Paris : OCDE.

17. VOS MOYENS D'ACTION

Le changement structurel de fond qui s'avérerait nécessaire pour garantir les investissements au titre des déterminants sociaux de la santé dans notre système fédéral complexe n'aura lieu que si nous réussissons à renforcer à la fois l'intérêt public et l'engagement politique. [Traduction libre]

– The Honourable Carolyn Bennett, 2009

L'un des meilleurs moyens de promouvoir la santé de la population canadienne consiste à passer par la promulgation de politiques publiques garantissant les conditions essentielles à une bonne santé. Il n'est pas illusoire de penser que des politiques publiques pourraient améliorer la qualité des déterminants sociaux de la santé. Un bon nombre de pays riches, dont la plupart ne sont pas aussi riches que le Canada, en ont mis en place et ont obtenu de bons résultats. On peut certes se tourner vers d'autres pays ayant adopté une perspective englobant les déterminants sociaux de la santé. Mais pourquoi ne pas se rappeler la période entre la grande dépression et la Seconde Guerre mondiale où on a mis en place les régimes publics d'assurance-maladie, de pensions du Canada et d'assurance-emploi de même que les programmes fédéral et provinciaux de logements abordables?

Le Canada s'est éloigné de cette tradition et n'a emboîté le pas aux autres pays riches que bien tardivement au chapitre des déterminants sociaux de la santé. Les gouvernements de tous les paliers ont fait fi des facteurs vitaux pour la santé. Puisqu'il semble que les représentants élus et les responsables des politiques connaissent la problématique, mais choisissent de fermer les yeux, on doit mettre en place des mouvements politiques et sociaux qui feront pression de manière à ce que les gouvernements et les responsables des politiques adoptent des politiques publiques en faveur de la santé.

Pour ce faire, les moyens sont multiples. L'un consiste à éduquer la population canadienne sur les déterminants sociaux de la santé puis à l'encourager à traduire cette connaissance en actes. La population canadienne devrait demander à ses



représentants élus quelles sont les mesures prises pour régler les problèmes (voir l'annexe I). Elle devrait également soulever ces mêmes questions auprès des agences, organismes et institutions dont le mandat comprend la promotion de la santé et la prévention des maladies.

Les services de santé publique et les services de lutte contre les maladies tels la Fondation des maladies du cœur, la Société canadienne du cancer, l'Association canadienne du diabète et les organismes voués aux soins de santé comme les hôpitaux et les associations professionnelles doivent s'éduquer et éduquer leur clientèle relativement à l'influence qu'ont sur la santé les déterminants sociaux de la santé. Ils devraient lancer un appel pressant aux gouvernements et aux responsables des politiques pour que ceux-ci élaborent et instaurent des politiques publiques de promotion de la santé. La population du Canada devrait demander aux organismes mentionnés précédemment ce qu'ils font pour éduquer la population par rapport aux déterminants sociaux de la santé et favoriser l'instauration de mesures en matière de politique publique. L'encadré 17.1 donne un exemple d'une mesure prise par un service de santé pour éduquer la population et influencer les politiques publiques.

Une autre façon de renforcer les déterminants sociaux de la santé consiste à soutenir les candidats des partis politiques qui s'intéressent au concept des déterminants sociaux de la santé. De tels candidats se trouvent dans tous les partis politiques. Toutefois, les candidats de certains partis politiques plus que d'autres sont susceptibles de se montrer plus réceptifs.

Il importe de soutenir tant les candidats en faveur des idées en question que les politiques publiques ayant vu le jour grâce à eux. Il importe également de faire pression sur les autres pour qu'ils adoptent ce même genre de position. On sait qu'au Canada et ailleurs dans le monde, les partis politiques de gauche sont plus enclins à élaborer et à mettre en place des politiques publiques, comme les programmes de soins de santé universelle, les régimes de retraite universels, les programmes de logement et les prestations universelles pour la garde d'enfants, à l'appui des déterminants sociaux de la santé.

Il appert en outre qu'un élément efficace pour améliorer la qualité des déterminants sociaux de la santé consisterait à faciliter la syndicalisation des milieux de travail au Canada. On remarque effectivement au pays que les travailleurs jouissant d'une convention collective gagnent généralement plus et profitent de meilleurs avantages sociaux, de meilleures conditions de travail et d'une meilleure sécurité d'emploi.

On associe également la force des syndicats aux différences observées dans les pays développés pour ce qui est de la qualité des déterminants sociaux de la santé dont profitent les populations. La figure 17.1 montre que le degré de syndicalisation, ou le pourcentage de travailleurs syndiqués, et la couverture offerte par la convention collective influencent considérablement le taux de pauvreté infantile, qui se révèle en fait le résultat d'un certain nombre de déterminants sociaux de la santé.

On trouve dans les États interventionnistes 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. Ailleurs, comme au Royaume-Uni, aux États-Unis, au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Australie, on remarque une situation inverse.

Il est intéressant de noter 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. En effet, on observe dans ces pays un haut pourcentage de conventions collectives et un taux de pauvreté moyen. L'Italie,

l'Espagne et le Portugal ne sont pas aussi riches et s'avèrent moins interventionnistes. Le taux de pauvreté y est similaire à celui des États libéraux.

Soulignons en dernier lieu que la population canadienne peut opter pour s'engager auprès des organismes œuvrant au renforcement des déterminants sociaux de la santé ou en soutenir le travail. 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

Bennett, C. (2009). « Foreword » dans D. Raphael (Ed.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. xii-xiii). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Nexus Santé et Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario (édition révisée 2008). *Prêts pour l'action : Les déterminants sociaux de la santé*. Toronto, disponible en ligne à l'adresse <http://www.ocdpa.on.ca/OCDPA/docs/PrimertoAction2-FR.pdf>.

Raphael, D. (Sept., 2010). *About Canada: Health and Illness*. Halifax: Fernwood Publishing.

Raphael, D. et A. Curry-Stevens. (2009). « Surmounting the Barriers: Making Action on the Social Determinants of Health a Public Policy Priority » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 362-377). 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Encadré 17.1 Un exemple de 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.

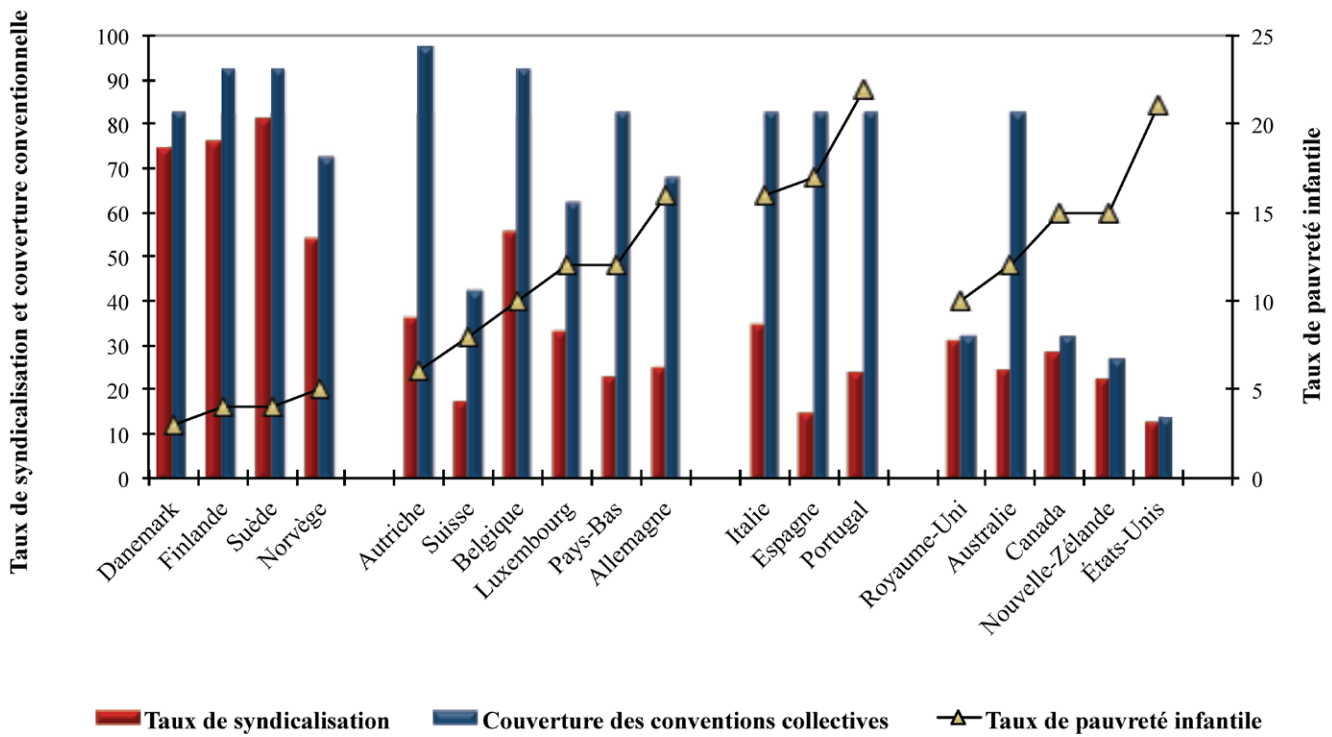
Les actions pour améliorer les choses qui favorisent notre santé à TOUS dépendent de TOUT notre soutien.

**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.


Visez
Santé
dès aujourd'hui!
Service de santé publique de Sudbury et du district
Sudbury & District Health Unit

Figure 17.1 Taux de syndicalisation, couverture des conventions collectives et pauvreté infantile, début des années 2000 (taux de couverture) et milieu des années 2000 (taux de pauvreté)



Source: OCDE (2009). Croissance et inégalités : Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE, figure 5.a.2.1

ANNEXE I. RESSOURCES ET RÉSEAUX DE SOUTIEN

Ressources sur les déterminants sociaux de la santé au Canada

Documents imprimés

BC Healthy Living Alliance (2009). Healthy Future for BC Families. – http://www.bchealthyiving.ca/sites/all/files/BCHLA_Healthy_Futures_Final_Web.pdf

Ontario Chronic Disease Alliance (2008). Prêts pour l'action: Les déterminants sociaux de la santé - Édition révisée. Toronto : Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario et Nexus Santé. – <http://www.ocdpa.on.ca/OCDPA/docs/PrimertoAction2-FR.pdf>

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

Raphael, D. (sept. 2010). About Canada: Health and Illness. Halifax : Fernwood Publishers.

Raphael, D. (2009). Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 2e édition. Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated.

Ressources médiatiques

Peterborough County-City Health Unit TV ads on Poverty and Health (en anglais seulement) – <http://pcchu.peterborough.on.ca/PH/PH-social-ads.html>

Poor No More (2010) (en anglais seulement) – <http://www.poornomore.ca/>

Population Health: The New Agenda (2009) (en anglais seulement) – <http://mainsite.lemongrassmedia.net/videogallery/files/pophealth-the-new-agenda.html>

Poverty Makes me Sick Video (en anglais seulement) – <http://www.ohpe.ca/node/5075>

Sick People or Sick Societies? (2008) (en anglais seulement) – <http://tinyurl.com/yg5tk38>

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

Ressources Web

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

Association canadienne de santé publique – Énoncés de politique et positions – <http://www.cpha.ca/fr/programs/policy.aspx>

Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (bilingue) – Institut de recherche en santé (en anglais seulement) – <http://www.cheo.on.ca/fr/>

Commission des déterminants sociaux de la santé (OMS) – http://www.who.int/social_determinants/fr/

Devenez membre du réseau de communication sur les déterminants sociaux de la santé

Vous aurez accès à 1250 autres personnes de partout dans le monde qui s'intéressent aux déterminants sociaux en envoyant un courriel demandant de vous abonner au réseau (en anglais seulement) : « subscribe SDOH votre prénom suivi de votre nom de famille » à l'adresse électronique listserv@yorku.ca

Site Web de Dennis Raphael (en anglais seulement) – <http://www.atkinson.yorku.ca/draphael>

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

Organismes de politique publique progressistes

Caledon Institute of Social Policy (en anglais seulement) – <http://www.caledoninst.org>

Centre canadien de politiques alternatives (en anglais seulement) –
<http://www.policyalternatives.ca>

Conseil canadien de développement social – <http://www.ccsd.ca/francais/>

Wellesley Institute (en anglais seulement) – <http://wellesleyinstitute.com>

Santé des Autochtones

Assemblée des Premières Nations – <http://www.afn.ca>

Organisation nationale de la santé autochtone – <http://www.naho.ca/french/index.php>

Garde d'enfants

Association canadienne pour la promotion des services de garde à l'enfance –
<http://www.ccaac.ca>

Childcare Resource and Research Unit (en anglais seulement) –
<http://www.childcarecanada.org>

Groupes pour personnes handicapées

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

Disabled Women's Network of Ontario (en anglais seulement) –
<http://dawn.thot.net>

Emploi et conditions de travail

Congrès du travail du Canada – <http://www.congresdutravail.ca/accueil/>

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

Insécurité alimentaire

Banques alimentaires Canada – <http://foodbankscanada.ca>

Sécurité alimentaire Canada – <http://foodsecurecanada.org/fr/>

Services de santé

Canadian Health Coalition (en anglais seulement) – <http://www.healthcoalition.ca/>

Health Providers Against Poverty (en anglais seulement) –
<http://www.healthprovidersagainstpoverity.ca>

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

Students for Medicare (en anglais seulement) – <http://studentsformedicare.com>

Logement et itinérance

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

Fédération de l'habitation coopérative du Canada –
<http://www.fhcc.coop/fra/pages2007/home.asp>

Homeless Hub (en anglais seulement) – <http://www.homelesshub.ca>

Revenu

Campagne 2000 – <http://www.campaign2000.ca/french/index.html>

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

Health Providers Against Poverty (en anglais seulement) –
<http://www.healthprovidersagainstpoverity.ca>

Race

Colour of Poverty (en anglais seulement) – <http://www.colourofpoverty.ca>

National Anti-Racism Council of Canada (en anglais seulement) –
<http://www.narcc.ca/index.html>

Exclusion sociale

Initiative Metropolis – http://canada.metropolis.net/generalinfo/index_e.html

Intraspec.ca – <http://intraspec.ca/index.php>

Santé des femmes

Centres d'excellence pour la santé des femmes – <http://www.cewh-cesf.ca/fr/index.shtml>

Ontario Women's Health Network (en anglais seulement) – <http://www.owhn.on.ca>

Réseau canadien pour la santé des femmes – <http://www.cwhn.ca>

Communiquez avec vos représentants élus et ceux d'associations sanitaires au sujet des déterminants sociaux de la santé

Paliers de gouvernement

Trouvez votre député fédéral et communiquez avec elle ou lui directement –
<http://tinyurl.com/3dg9g3>

Trouvez votre député provincial et communiquez avec elle ou lui directement –
<http://tinyurl.com/y8eda7x>

Partis politiques fédéraux

Bloc Québécois – <http://www.blocquebécois.org>

Nouveau parti démocratique du Canada – <http://www.npd.ca/accueil/>

Parti conservateur du Canada – <http://www.conservative.ca/accueil/>

Parti libéral du Canada – <http://www.liberal.ca/fr/>

Parti vert du Canada – <http://greenparty.ca/fr/node/12384>

Partis politiques provinciaux

En anglais seulement : <http://canadaonline.about.com/od/elections/a/partieslist.htm>

Associations professionnelles de la santé

Association canadienne de santé publique – <http://www.cpha.ca/fr/contact.aspx>

Associations de santé publique provinciales et territoriales –
<http://www.cpha.ca/fr/about/provincial-associations.aspx>

Association des infirmières et infirmiers du Canada –
http://www.cna-aiic.ca/CNA/contact/default_f.aspx

Association médicale canadienne – <http://www.cma.ca/santé-publique-amc>

Associations s'intéressant de près aux déterminants sociaux de la santé, mais nécessitant un peu de persuasion pour aller de l'avant

Association du diabète du Canada (principalement en anglais) – <http://www.diabetes.ca/pensezy/>

Fondation des maladies du cœur – <http://www.heartandstroke.ca/>

Société canadienne du cancer – <http://www.cancer.ca/>

ANNEXE II. SOURCE DES CITATIONS

1. Introduction

Roy Romanow est un ancien premier ministre de la Saskatchewan et 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* (en anglais seulement).

2. Stress, corps et maladie

Robert Evans est professeur en économie de la santé à l'Université de la Colombie-Britannique. La citation est tirée du livre *Why are some People Healthy and Others Not?* (en anglais seulement).

3. Revenu et répartition du revenu

Andrew Jackson est directeur national des Politiques sociales et économiques au Congrès du travail du Canada. La citation est tirée de son chapitre dans le document *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives* (en anglais seulement).

4. Éducation

Charles Ungerleider est professeur de sociologie de l'éducation à l'Université de la Colombie-Britannique et directeur de la mobilisation pour la recherche et la connaissance au Conseil canadien sur l'apprentissage. **Tracey Burns** est analyste de la recherche et de la politique à la Direction de l'éducation de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) à Paris. **Fernando Cartwright** est chercheur scientifique principal au Conseil canadien sur l'apprentissage à Ottawa. La citation est tirée de leur chapitre commun dans le document *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives* (en anglais seulement).

5. Chômage et insécurité d'emploi

Emile Tompa est scientifique à l'Institute for Work & Health à Toronto. **Michael Polanyi** est responsable de coordonner la recherche, l'éducation et la défense des intérêts en matière de pauvreté et de justice sociale chez KAIROS : initiatives canadiennes œcuméniques pour la justice. **Janice Foley** est professeure agrégée à la faculté d'administration des affaires de l'Université de Regina. La citation est tirée de leur chapitre commun dans le document *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives* (en anglais seulement).

6. Emploi et conditions de travail

Peter Smith est chercheur à l'Institute for Work & Health à Toronto. **Michael Polanyi** travaille chez KAIROS : initiatives canadiennes œcuméniques pour la justice. La citation est tirée de leur chapitre commun dans le document *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives* (en anglais seulement).

7. Développement du jeune enfant

Le **Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population** a pour mandat de conseiller les gouvernements en matière de politique de la santé et autres questions afférentes. La citation est tirée du *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes* publié en 1996.

8. Insécurité alimentaire

Lynn McIntyre est professeure au département des sciences de la santé communautaire à l'Université de Calgary. **Krista Rondeau** est agrégée de recherche au département des sciences de la santé communautaire à l'Université de Calgary. La citation est tirée de leur chapitre commun dans le document *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives* (en anglais seulement).

9. Logement

Toba Bryant est professeure adjointe en études sur la santé et associée au Centre for Urban and Community Studies à l'Université de Toronto. La citation est tirée de son chapitre dans le document *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives* (en anglais seulement).

10. Exclusion sociale

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

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* (en anglais seulement).

12. Services de santé

Elizabeth McGibbon est professeure agrégée 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* (en anglais seulement).

13. Statut d'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. La citation est tirée de son chapitre dans le document *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives* (en anglais seulement).

14. Sexe

Pat Armstrong est professeure de sociologie et d'études féminines à l'Université York. La citation est tirée de son chapitre dans le document *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives* (en anglais seulement).

15. Race

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

16. Handicap

Marcia Rioux est professeure à la School of Health Policy and Management de l'Université York. Elle est aussi directrice de la York Institute of Health Research. **Tamara Daly** est professeure adjointe à la School of Health Policy and Management de l'Université York. La citation est tirée de leur chapitre commun dans le document *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives* (en anglais seulement).

17. Vos moyens d'action

Carolyn Bennett est professeure adjointe au département de la médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto. Elle a été la première ministre d'État à la Santé publique, soit de 2003 à 2006. Elle est maintenant députée de St. Paul's, un quartier de Toronto. La citation est tirée de son avant-propos dans le document *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives* (en anglais seulement).