



Une vague de changement

Iniquités et maladies chroniques au Canada atlantique

Document de travail

Karen Hayward, chercheure

Ronald Colman, directeur exécutif GPI Atlantic



Une vague de changement
Iniquités et maladies chroniques au
Canada atlantique

Document de travail

Karen Hayward, chercheure
Ronald Colman, directeur exécutif
GPI Atlantic

Préparé pour

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

Juillet 2003

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

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

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

Renseignements :

Bureau régional de l'Atlantique

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

Santé Canada

1525 - 1505, rue Barrington

Halifax (N.-É.) B3J 3Y6

Téléphone : (902) 426-2700

Télécopieur : (902) 426-9689

Courriel : pphaltantic-spsatlantique@hc-sc.gc.ca

Site Web : www.spsp-atlantique.ca

© Santé Canada, 2003

Au début de ce nouveau millénaire, on m'a demandé de parler, ici à Oslo, du plus grand défi auquel l'humanité est confrontée. Parmi tous les choix possibles, j'ai décidé que le problème le plus grave et le plus universel est le gouffre de plus en plus large qui sépare les plus riches et les plus pauvres sur terre. À l'heure actuelle, les citoyens des dix pays les plus prospères sont soixante-quinze fois plus riches que ceux qui vivent dans les dix pays les plus pauvres, et l'écart s'accroît d'année en année, non seulement entre les nations mais également entre les citoyens d'une même nation. Les résultats de cette disparité sont les causes fondamentales de la majorité des problèmes non résolus de l'humanité, y compris la famine, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement, les conflits violents et les maladies évitables, allant de l'infestation par le ver de Guinée à l'infection au VIH/sida. [traduction]

Jimmy Carter, ancien président des États-Unis
Discours d'acceptation du prix Nobel de la paix, 10 décembre 2002

Les écarts croissants en matière de santé entre les personnes issues de différents groupes est un problème grave et une grande préoccupation du gouvernement. Nous ne pouvons pas accepter que les riches soient en meilleure santé que les pauvres. Ni dans notre pays, ni dans le monde. [traduction]

Ingvar Carlsson,
ancien premier ministre de Suède
1995

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes et organisations ont aidé les membres de l'équipe de recherche à compiler les sources, à analyser les données et à rédiger ce document.

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leurs conseils et leur collaboration :

- Carol Amaratunga, ancienne directrice exécutive, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, actuellement titulaire de la Chaire de recherche en santé des femmes, Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, Université d'Ottawa
- George Kephart, directeur, Unité de recherche sur la santé de la population, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Faculté de médecine, Université Dalhousie
- Dennis Raphael, professeur agrégé et directeur du programme de premier cycle, École de politique de santé et de gestion, Faculté Atkinson d'études libérales et professionnelles, Université York.

Nous tenons également à remercier Bill Turpin et Jeri Dawn, entre autres, pour leur soutien aux tâches administratives et à la rédaction.

Nous souhaitons également exprimer notre appréciation pour les conseils et les suggestions très utiles des membres du comité consultatif du projet provenant des quatre provinces de l'Atlantique, qui ont révisé les premières versions préliminaires et ébauches et ont fourni des renseignements, transmis des connaissances sur les sources et donné des directives :

- Heather Alaverdy, consultante, Terre-Neuve
- Larry Baxter, Commission consultative de lutte contre le sida de la Nouvelle-Écosse
- Deborah Bradley, ministère de la Santé et des Services communautaires de l'Île-du-Prince-Édouard
- Moyra Buchan, Association canadienne pour la santé mentale, division de Terre-Neuve-et-Labrador
- John Campbell, directeur des services de santé mentale, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
- Fiona Chin-Yee, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada
- Roberta Ellingsen, Faculté des soins infirmiers, Université du New-Brunswick
- Lois Jackson, École de la santé et de la performance humaine, Université Dalhousie
- Andrea Lebel, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada

- Laurie Ann McCardle, Women's Network, Île-du-Prince-Édouard
- Eleanor Swanson, directrice, Planification et évaluation, ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador
- Gregory Taylor, directeur, division de la prévention des maladies, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada
- Merv Ungurain, boursier invité, Unité de santé de la population et de prévention des maladies chroniques, Centre de recherche clinique, Université Dalhousie.

Nous souhaitons également remercier Shelene Morrison, Laura MacKay, Debbie Prince, et Tricia MacKinnon pour leur aide à l'égard de la collecte de données et du soutien technique.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	xi
1. RÉSUMÉ	1
2. PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES	9
2.1 Modifications des approches de promotion de la santé et de prévention des maladies	9
2.2 Prévention des maladies chroniques	13
2.2.1 Maladies chroniques non transmissibles au Canada atlantique	13
2.2.2 Maladies chroniques transmissibles au Canada atlantique	21
2.2.3 Santé mentale au Canada atlantique	25
2.3 Tendances révélatrices	32
3. INIQUITÉ ET EXCLUSION SOCIOÉCONOMIQUE	35
3.1 Discrimination et racisme	35
3.2 Inclusion sociale et économique	38
4. GROUPES VULNÉRABLES	43
4.1 Autochtones et Afro-Canadiens	44
4.2 Mères seules	45
4.3 Enfants de familles à faible revenu	47
4.4 Population âgée de 65 ans et plus	49
4.5 Population rurale	50
4.6 Répercussions	51
5. CONTEXTE CULTUREL, SOCIAL ET ÉCONOMIQUE	53
5.1 Contexte culturel et social	53
5.2 Importance de la région géographique	54
5.3 Répartition du revenu	57
6. MÉCANISMES ASSOCIANT LES MALADIES CHRONIQUES ET LES INIQUITÉS	61
6.1 Mécanisme matérialiste	62
6.1.1 Pauvreté et accès aux ressources	62
6.1.2 Emploi	65
6.1.3 Éducation	68
6.2 Mécanisme psychosocial	70
6.3 Mécanisme politico-économique	75

7. DISCUSSION	79
7.1 Incidence sur les politiques	82
7.2 Recommandations	83
7.3 Initiatives particulières en matière de politiques publiques	89
7.3.1 Gouvernement fédéral	89
7.3.2 Gouvernements provinciaux	90
7.3.3 Municipalités	91
7.3.4 Conseils communautaires de santé	91
 ANNEXE	 93
 NOTES DE FIN DE DOCUMENT	 103
 RÉFÉRENCES	 125

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Évolution de l'état de santé de la population et des marqueurs historiques de santé publique.	10
Figure 2. Population de 12 ans et plus atteinte du diabète, provinces de l'Atlantique et Canada, 1994/1995 et 2000/2001 (%)	14
Figure 3. Décès attribuables à toutes les maladies circulatoires, taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants, provinces de l'Atlantique et Canada, 1996 (taux)	15
Figure 4. Distribution des coûts du cancer, Nouvelle-Écosse, 1998	17
Figure 5. Décès attribuables à toutes les maladies circulatoires, taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants, chez les deux sexes, régions de Terre-Neuve-et-Labrador ayant un taux au moins 20 p. 100 supérieur à la moyenne canadienne, 1996 (taux)	18
Figure 6. Espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans au Canada, au Labrador et au Cap-Breton, 1996 (années)	19
Figure 7. Taux de cancer du sein normalisé selon l'âge par 100 000 habitants, pour les sexes, districts de santé des provinces de l'Atlantique ayant un taux supérieur à la moyenne canadienne, 1995/1996 (taux)	21
Figure 8. Districts de santé de la région de l'Atlantique affichant un pourcentage plus élevé de la population de 12 ans et plus présentant un risque de dépression possible, comparativement au Canada, 2000/2001 (%)	31
Figure 9. Distribution des coûts reliés à la maladie mentale, Nouvelle-Écosse, 1998 ..	32
Figure 10. Districts de santé de la région de l'Atlantique présentant les pourcentages les plus élevés de familles monoparentales dont le parent est de sexe féminin, exprimés sous forme d'une proportion de toutes les familles de recensement, 1996 (%) ...	47
Figure 11. Taux d'enfants de familles à faible revenu, Canada et provinces de l'Atlantique, 1997, 2000	49
Figure 12. Richesse moyenne des ménages par région, 1999 (en dollars constants de 1999)	57
Figure 13. Richesse moyenne par décile, Canada atlantique 1999 (\$)	60
Figure 14. Régions de l'Atlantique affichant des taux de familles économiques à faible revenu supérieur à la moyenne nationale, 1996 (%)	65
Figure 15. Taux de chômage, régions de santé du Nouveau-Brunswick, 1996 et 2001 (%)	67
Figure 16. Régions sociosanitaires du Canada atlantique affichant des taux d'achèvement des études secondaires inférieurs à la moyenne, 1996 (%)	69
Figure 17. Districts de santé du Canada atlantique affichant un pourcentage nettement plus élevé de la population de 12 ans et plus atteinte d'hypertension artérielle, chez les deux sexes, comparativement au Canada, 2000/2001 (%)	73

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les institutions et les processus d'exclusion	40
--	----

PRÉFACE

Nous voulons croire qu'il existe des réponses et des solutions simples pour aider les gens à être en meilleure santé. Nous dépensons des milliards de dollars au Canada atlantique pour soutenir le système de soins de santé alors que la santé de la population des provinces de l'Atlantique se dégrade de jour en jour. Nous nous vantons d'établir des politiques et de concevoir des programmes fondés sur des preuves, mais chaque jour nous faisons abstraction de preuves qui crèvent les yeux. Par nos actions ou simplement par notre inaction, nous continuons à créer des iniquités qui empêchent de nombreuses personnes de la région d'avoir accès aux ressources dont elles ont besoin pour mener une vie saine et satisfaisante, en les privant même de la possibilité d'être des citoyens actifs. Cette situation a créé un écart croissant en matière de santé et d'équité dans la région. Nous savons qu'il existe un lien entre les iniquités et les maladies chroniques et que le tableau des maladies physiques, mentales, transmissibles et non transmissibles au Canada atlantique est inquiétant.

Le présent document de travail a été commandé par le Bureau régional de l'Atlantique de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique pour favoriser le dialogue sur les mesures à prendre à l'avenir. L'exercice NE VISE PAS à blâmer qui que ce soit. Il s'agit d'une constatation de la situation actuelle, d'un message d'encouragement à agir, d'un appel à prendre des mesures globales. Si nous continuons à mettre l'accent sur les comportements individuels et les programmes improvisés, nous ratons la cible. Si nous ne sommes pas en mesure de faire porter le discours non pas sur les hôpitaux et les systèmes de santé mais plutôt sur la prévention, la santé, l'équité et l'intégration, nous ne pourrons pas aller de l'avant. Le débat public actuel sur la réforme des soins de santé au Canada sous-estime l'incidence qu'une diminution de la pauvreté et une réduction des iniquités pourraient avoir sur la hausse vertigineuse du coût des soins de santé. Dans le présent document de travail, on explore ces causes fondamentales et on examine des mesures visant à les atténuer. La majorité des preuves sont présentées dans ce document de travail, de même que certains champs d'action possibles dans les secteurs des politiques et des programmes.

Je suis convaincue que l'objectif visé peut être atteint. Comme les auteurs du présent document le font remarquer, il y a de nombreux exemples intéressants à l'échelle locale, nationale et internationale de sociétés qui ont adopté une telle approche globale et institué des politiques économiques et sociales d'une vaste portée conçues pour améliorer la santé de la population. Nous savons comment nous y prendre. Terre-Neuve-et-Labrador montre la voie avec son plan social stratégique. À mon avis, nous sommes prêts à prendre des mesures différentes, des mesures qui incluront les collectivités de façons significatives. Nous avons besoin de réduire la prévalence des maladies chroniques au Canada

atlantique puisque ces maladies nuisent au bien-être des personnes, des familles, des collectivités – de même qu’à l’économie. Les personnes qui vivent dans certaines régions du Canada atlantique meurent plus jeunes que les autres Canadiens et vivent avec « moins de tout », y compris une bonne santé. Nous pouvons changer la situation. Dans le présent document, nous avons exploré les causes et les mécanismes des maladies chroniques et tenté de trouver des solutions pour aller de l’avant. La bonne nouvelle est que la situation peut être modifiée si nous agissons dès maintenant.

Je suis impatiente de participer à la discussion, de prendre connaissance de vos commentaires à propos du présent document de travail et surtout de prendre des mesures collectives qui permettront d’améliorer les conditions de vie au Canada atlantique pour chacun et chacune de nous et pour les générations à venir.

Kathy Coffin
Directrice régionale
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada
Juillet 2003

1. RÉSUMÉ

Le présent document de discussion vise à explorer les relations qui existent entre les iniquités et les maladies chroniques au Canada atlantique dans le contexte des modèles socioéconomiques particuliers qui peuvent influencer sur la santé dans la région. Il s'agit d'une première étape dans la détermination de stratégies efficaces de prévention de maladies chroniques qui sont fondées sur une compréhension approfondie des mécanismes qui associent les iniquités et les maladies chroniques et qui répondent aux besoins de la région de l'Atlantique.

Les termes « iniquité » et « inégalité » sont utilisés dans le présent document de discussion conformément à l'utilisation de ces termes dans la documentation spécialisée sur le sujet. Le terme « inégalité » en santé est généralement utilisé comme un terme *descriptif* pour désigner les disparités entre les groupes. L'iniquité en santé est un terme davantage *normatif* associé à la justice sociale et aux droits de la personne¹. Ainsi, les iniquités font référence aux inégalités matérielles, sociales, fondées sur le sexe, la race ou le revenu, et d'autres inégalités socioéconomiques qui sont hors du contrôle des particuliers et sont donc considérées inévitables et injustes.

La maladie chronique, par opposition à la maladie aiguë, est [traduction] « un état continu ou persistant au cours d'une période prolongée. Une maladie chronique est un état qui dure depuis longtemps et ne peut pas être traité facilement ou rapidement² ». Les maladies chroniques peuvent être transmissibles ou non transmissibles, physiques ou mentales. Au Canada atlantique, les maladies chroniques non transmissibles les plus prévalentes sont les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les troubles respiratoires. Les maladies chroniques transmissibles les plus prévalentes sont le VIH/sida et l'hépatite C. Dans le domaine de la santé mentale, les problèmes chroniques comprennent les troubles bénins à graves, tels que le stress, l'anxiété, la dépression, ainsi que les maladies graves comme la schizophrénie.

L'organisation du document est fondée sur sept messages clés. Les deux premiers messages établissent la situation actuelle. Nous examinons brièvement le concept voulant que la santé soit définie comme étant le bien-être physique, mental et social plutôt que l'absence de maladies. Nous discutons alors de la tendance actuelle des stratégies de prévention des maladies chroniques qui mettent l'accent sur la modification des comportements à risque des particuliers, en dépit des preuves qui démontrent que la modification des causes fondamentales sociales et économiques pourrait être une stratégie plus efficace. Le deuxième message fait un survol de la situation au Canada atlantique en passant en revue les statistiques des trois catégories de maladies chroniques : maladies non transmissibles, maladies transmissibles et troubles de santé mentale. Nous présentons également les principales régions touchées par les iniquités dans les provinces de l'Atlantique.

Le troisième message porte sur la théorie et les preuves voulant que les processus socioéconomiques et la pauvreté résultante créent les iniquités et les maladies chroniques dans la société. Le quatrième message porte à nouveau sur le Canada atlantique et examine certaines populations vulnérables touchées par les iniquités : Autochtones et Afro-Canadiens, mères seules et enfants vivant dans la pauvreté, aînés et populations rurales.

Le cinquième message fait la lumière sur l'importance du « lieu » – quartier, collectivité, région, etc., – dans la création des iniquités et indique que les iniquités dans la société touchent l'ensemble de la population, pas seulement les pauvres. Nous examinons brièvement le contexte social et culturel, les régions géographiques et la répartition du revenu.

Le sixième message se fonde sur la situation établie pour demander de quelle façon les iniquités peuvent mener à l'apparition de maladies chroniques. Nous discutons des mécanismes matérialiste, psychosocial, et politico-économique dans le contexte du Canada atlantique. Le septième message recommande que les orientations stratégiques soient fondées sur les causes fondamentales des iniquités dans la société.

Bien que ce document mette l'accent sur les iniquités dans les provinces de l'Atlantique, les iniquités ne sont qu'une partie du portrait global. La région a de nombreuses forces qui peuvent être appréciées et encouragées dans la recherche de stratégies de prévention des maladies chroniques. Dans un récent ouvrage sur l'histoire du Canada atlantique, Conrad et Hiller discutent d'un grand nombre de ces forces de même que des problèmes et des iniquités économiques de la région. Citant l'économiste Donald Savoie, les auteurs font remarquer que [traduction] « la vie communautaire au Canada atlantique est plus riche que ce que laisse entendre l'analyse statistique moderne fondée sur les notions étroites du bien-être économique (...) la région de l'Atlantique [est] riche en matière de bien-être matériel et psychologique³ ». Historiquement, les résidents du Canada atlantique ont [traduction] « à cœur la notion de “bien social” en matière de droit et de politiques sociales⁴ ». La région est également un chef de file dans de nombreux domaines, incluant [traduction] « le mouvement pour un gouvernement responsable, son engagement depuis longtemps en faveur de l'accès à l'enseignement supérieur pour les femmes [et] des batailles rangées entre le capital et le travail dans les collectivités d'exploitation minière et de fabrication d'acier⁵ ».

Les quatre provinces de l'Atlantique, bien qu'assez distinctes les unes des autres, ont une culture unique malgré une géographie, une population et une histoire différentes. Le sentiment profond d'appartenance des Canadiens des provinces de l'Atlantique – vivant « chez nous ou ailleurs » – et le solide réseau de soutiens sociaux dans la région donnent lieu à une société décente et compatissante qui valorise la justice sociale, la décence et l'équité. Il est clair que des recherches sont nécessaires pour évaluer dans quelles mesures ces valeurs, qui font moins l'objet d'analyses quantitatives ou statistiques,

peuvent influencer sur la santé et le bien-être des résidents du Canada atlantique et même améliorer certains aspects négatifs de circonstances économiques défavorables.

Message clé : La santé est un concept multidimensionnel, comprenant des aspects physiques, psychologiques, sociaux et économiques. Les facteurs sociaux et économiques influent davantage sur la santé que le mode de vie.

Les iniquités dans la société découlent de systèmes culturels, sociaux et économiques qui peuvent être changés. Ces iniquités favorisent l'apparition de tous les types de maladies chroniques, y compris les maladies transmissibles et non transmissibles et les troubles mentaux. Les groupes à faible revenu, en moyenne, présentent des taux plus élevés de maladies chroniques et de mortalité que les groupes plus riches. Des preuves récentes montrent que les groupes à faible revenu adoptent également davantage de comportements à risque, tels que l'usage du tabac, la mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique, comparativement aux groupes ayant un revenu plus élevé. Les chercheurs ont longuement débattu des causes des iniquités en santé. Ce débat vise à déterminer si les maladies chroniques sont le résultat de comportements individuels ou de conditions sociales et économiques. Toutefois, seulement de 25 à 30 p. 100 de la différence en matière de mortalité peut être attribuable aux comportements à risque⁶. Ceci signifie que les différences socioéconomiques au chapitre de la mortalité persisteraient même si l'on observait une diminution des facteurs de risque liés au mode de vie dans les populations défavorisées⁷. À ce jour, les stratégies de promotion de la santé ont principalement misé sur des interventions qui visaient à modifier les comportements indésirables. Toutefois, ces interventions ont été plus fructueuses auprès des groupes ayant un revenu plus élevé que chez les groupes à faible revenu, qui ont moins d'options et moins de contrôle sur leur vie⁸. Ces interventions ont donc entraîné une augmentation des iniquités⁹. Pour que les stratégies s'attaquent aux causes fondamentales des iniquités, elles doivent mettre l'accent sur les facteurs sociaux et économiques.

Message clé : Le Canada atlantique présente davantage d'iniquités sociales, économiques et sanitaires et des taux plus élevés de maladies chroniques comparativement au reste du Canada.

Les provinces de l'Atlantique dans leur ensemble sont caractérisées par un certain nombre d'iniquités sociales, économiques et sanitaires qui ont des conséquences potentielles sur la santé de toute la population. La région a un profil de santé généralement plus négatif, des revenus plus faibles, des taux plus élevés de chômage et une plus petite part proportionnelle de la richesse nationale comparativement aux autres régions du Canada. Le Canada atlantique présente également des taux plus élevés de tabagisme, d'obésité, d'inactivité physique, qui sont des facteurs de risque de maladies chroniques non transmissibles et des symptômes d'iniquités socioéconomiques.

On observe également des différences marquées entre les provinces de l'Atlantique ainsi qu'au sein de celles-ci. Par exemple, l'évaluation que font les Terre-Neuviens de leur

propre santé est nettement meilleure que celle des Néo-Brunswickois. L'espérance de vie est plus courte au Labrador qu'à St. John's. Les profils de santé au nord du Nouveau-Brunswick et du Cap-Breton sont moins favorables que ceux qui sont observés dans le sud de la province et à Halifax. Pour découvrir les modèles d'iniquités et leurs causes fondamentales, il est nécessaire d'examiner plus en profondeur les situations socioéconomiques tant aux niveaux provincial que régional.

Message clé : L'exclusion socioéconomique crée les iniquités dans la société.

Les processus sociaux et économiques, connus sous le nom d'« exclusion socioéconomique », créent des iniquités qui privent les groupes vulnérables des ressources dont ils ont besoin pour mener des vies saines et satisfaisantes en tant que membres actifs de la société. La pauvreté est un indicateur fondamental d'iniquités. Cependant, la pauvreté est bien plus qu'un faible revenu. Elle est le résultat de processus économiques, politiques et sociaux qui interagissent les uns avec les autres pour créer une privation systémique dans des segments complets de la population¹⁰. Cette privation entraîne l'exclusion sociale et économique des gens. La pauvreté correspond à l'absence des ressources de base nécessaires pour mener une vie saine, telles qu'un logement adéquat situé dans un quartier sûr, des vêtements adéquats, des aliments sains et un revenu suffisant pour combler ces besoins de base. Elle se traduit par un accès limité à l'éducation et à des carrières enrichissantes qui paient un salaire suffisant, la discrimination, le racisme et la stigmatisation. De plus, les gens exclus de la société sur les plans social et économique souffrent de sentiments de vulnérabilité, d'incapacité et de désespoir.

La pauvreté, selon cette définition générale, est également reconnue comme l'un des facteurs prévisionnels les plus fiables d'un mauvais état de santé et de maladies chroniques, plus fiable que des facteurs tels que l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle et le tabagisme¹¹. Quelles que soient les mesures de santé et la cause de décès utilisées, les Canadiens à faible revenu sont généralement plus susceptibles d'être en moins bonne santé et de mourir plus jeunes que les autres Canadiens¹². En fait, les conditions socioéconomiques défavorables sont associées à une prévalence plus élevée de presque tous les types de maladies chroniques, y compris les maladies transmissibles et non transmissibles et les problèmes de santé mentale.

Message clé : Les maladies chroniques affectent de façon disproportionnée les groupes vulnérables victimes d'iniquités.

La prévalence des maladies chroniques est plus élevée dans les régions plus pauvres du Canada. Selon les données de recensement de 1986 et de 1996, les Canadiens vivant dans les 20 p. 100 des quartiers urbains les plus pauvres présentent des taux nettement plus élevés de mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète et aux maladies respiratoires comparativement aux Canadiens vivant dans des quartiers plus favorisés¹³. Les groupes à faible revenu, tels que les Autochtones, les minorités visibles et

les mères seules et leurs enfants sont toujours en moins bonne santé que le reste de la population¹⁴. Ils présentent des taux plus élevés de tabagisme, de mauvaise alimentation, d'obésité et d'inactivité physique, qui sont également des symptômes de facteurs socioéconomiques sous-jacents plus profonds¹⁵. Selon les résultats d'une étude récemment menée à l'Université York :

[Traduction]

De nombreuses études indiquent maintenant que les conditions économiques et sociales dans lesquelles les gens vivent, plutôt que les traitements médicaux et les choix de mode de vie (alimentation faible en matières grasses et en cholestérol et riche en légumes et en fruits, activité physique régulière, vie sans fumée), sont les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (...) Les maladies cardiovasculaires sont les types de maladies les plus fréquents chez les Canadiens à faible revenu¹⁶.

Les stratégies de réduction des iniquités doivent favoriser l'inclusion sociale et économique dans ces groupes.

Message clé : Les iniquités dans la société touchent l'ensemble de la population, pas seulement les pauvres.

Les iniquités socioéconomiques, y compris la pauvreté, touchent non seulement les groupes à faible revenu, mais également l'ensemble de la population. Le contexte socioéconomique d'une région influe sur l'incidence des maladies chroniques dans l'ensemble de la région. Le fait de vivre dans des régions présentant une proportion élevée de ménages pauvres est associé à un mauvais état de santé et à la mortalité, davantage que les effets des niveaux de revenu individuel ou familial. Ceci signifie que le « lieu » et les facteurs régionaux, historiques et culturels particuliers peuvent contribuer à la relation qui existe entre les iniquités et les maladies. Des recherches ont montré que le fait de vivre dans les régions plus pauvres peut nuire à la santé de tous les résidents de la région, quel que soit leur revenu individuel¹⁷.

Le revenu influe sur la santé de l'ensemble de la population. Les chercheurs ont noté un « gradient d'effets » sur la santé des travailleurs. Ainsi, en moyenne, la santé d'un travailleur est meilleure que celle des travailleurs qui gagnent moins d'argent que lui et moins bonne que celle des travailleurs qui gagnent davantage d'argent que lui. Autrement dit, la santé d'un PDG est généralement meilleure que celle des cadres supérieurs qui, à son tour, est meilleure que celle des cadres inférieurs, et ainsi de suite¹⁸. Ce qui pourrait vouloir dire que les effets psychosociaux sont aussi importants que les facteurs matériels.

Le mode de répartition des revenus dans une société peut également influencer sur la santé¹⁹. De nombreuses sociétés inclusives caractérisées par de faibles écarts de revenu entre les riches et les pauvres présentent un meilleur état de santé, de plus faibles taux de chômage, moins de criminalité, des niveaux de scolarité plus élevés et un meilleur niveau

de vie que les sociétés où les revenus sont répartis moins équitablement. Ces sociétés consacrent également moins d'argent aux soins de santé par habitant et de ce fait dépendent davantage pour l'infrastructure sociale²⁰.

Message clé : Les mécanismes qui associent les iniquités et les maladies chroniques sont multiples et interdépendants.

Le choix de stratégies de prévention doit être fondé sur une compréhension approfondie des mécanismes qui favorisent l'apparition des maladies chroniques dans la société. Les chercheurs mettent généralement l'accent sur l'importance d'un facteur par rapport à un autre. Cependant, tous ces mécanismes participent conjointement à l'apparition des maladies chroniques. Il a été démontré que les facteurs correspondent aux mécanismes matérialiste, psychosocial et politico-économique. Le mécanisme matérialiste porte sur le manque de ressources, telles que le revenu insuffisant, les environnements toxiques, le manque de logements à prix abordable et l'accès limité à l'éducation et à l'emploi. Le mécanisme psychosocial cherche à déterminer comment ces facteurs matériels se traduisent en facteurs biologiques, tels que le stress chronique, qui peuvent ensuite être des causes de maladies. Il permet également d'expliquer comment des problèmes sociaux, tels que le manque de soutien social, la discrimination et le manque de connexion avec les infrastructures sociales, comme le pouvoir décisionnel politique et les institutions financières, peuvent favoriser l'apparition de maladies. Le mécanisme politico-économique porte sur les causes fondamentales structurales des maladies chroniques. Il permet de repérer les causes et de comprendre leurs effets. Quelles sont les structures, les systèmes et les politiques qui créent la pauvreté et le stress social?

Message clé : Les facteurs sociaux et économiques peuvent être modifiés. Les stratégies efficaces doivent s'attaquer aux causes fondamentales des iniquités sociales.

Des résultats probants de recherche suggèrent que les stratégies de prévention des maladies doivent mettre en relation les facteurs socioéconomiques et la santé et le bien-être de la population²¹. Ces stratégies doivent également être coordonnées autour d'une vision centrale et engager tous les ordres de gouvernement et tous les niveaux communautaires dans leur conception et mise en œuvre. De nombreuses stratégies visant à répondre aux besoins de la population ne sont pas pertinentes à la situation des groupes à faible revenu et entraînent souvent une aggravation des iniquités. Ainsi, les stratégies doivent particulièrement s'attaquer aux iniquités observées dans les populations défavorisées. Au Canada atlantique, il est nécessaire de découvrir les processus sociaux et économiques particuliers à l'origine des disparités dans la région. Pour ce faire, il faut analyser la situation actuelle dans le contexte des facteurs historiques et économiques et évaluer les politiques existantes et leurs répercussions sur la santé et le bien-être. Il faut également étudier les résultats d'initiatives menées dans d'autres régions ou pays qui pourraient apporter un peu de lumière sur la marche à suivre à l'avenir. De plus, pour élaborer des stratégies globales, il faut découvrir les forces et la volonté inhérentes dans nos collectivités, y compris les nombreuses initiatives positives, et miser sur celles-ci.

Il a été démontré que plus de 40 p. 100 des maladies chroniques et plus de 50 p. 100 des décès prématurés attribuables à des maladies chroniques peuvent être évités²². Les stratégies de prévention ont le potentiel de réduire la souffrance associée à la maladie et les coûts de soins de santé. Mais la formulation de telles stratégies n'est pas facile puisque les stratégies de prévention efficaces doivent tenir compte des interactions complexes entre les facteurs socioéconomiques à l'origine des maladies chroniques²³. L'« approche axée sur la santé de la population » de Santé Canada reconnaît le rôle des facteurs socioéconomiques et vise explicitement à réduire les iniquités en santé chez les groupes vulnérables et ainsi à améliorer la santé de l'ensemble de la population. Le présent document cherche à mettre cette approche en application au Canada atlantique.

2. PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

2.1 MODIFICATIONS DES APPROCHES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION DES MALADIES

Message clé : La santé est un concept multidimensionnel, comprenant des aspects physiques, psychologiques, sociaux et économiques. Les facteurs sociaux et économiques influent davantage sur la santé que le mode de vie.

Notre façon de conceptualiser la santé et les maladies influe sur notre approche de prévention des maladies chroniques et guide le choix de nos stratégies. En 1947, l'Organisation mondiale de la santé a défini la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »²⁴. Santé Canada considère la santé comme l'interaction complexe entre les déterminants sociaux, économiques et environnementaux. Selon Santé Canada :

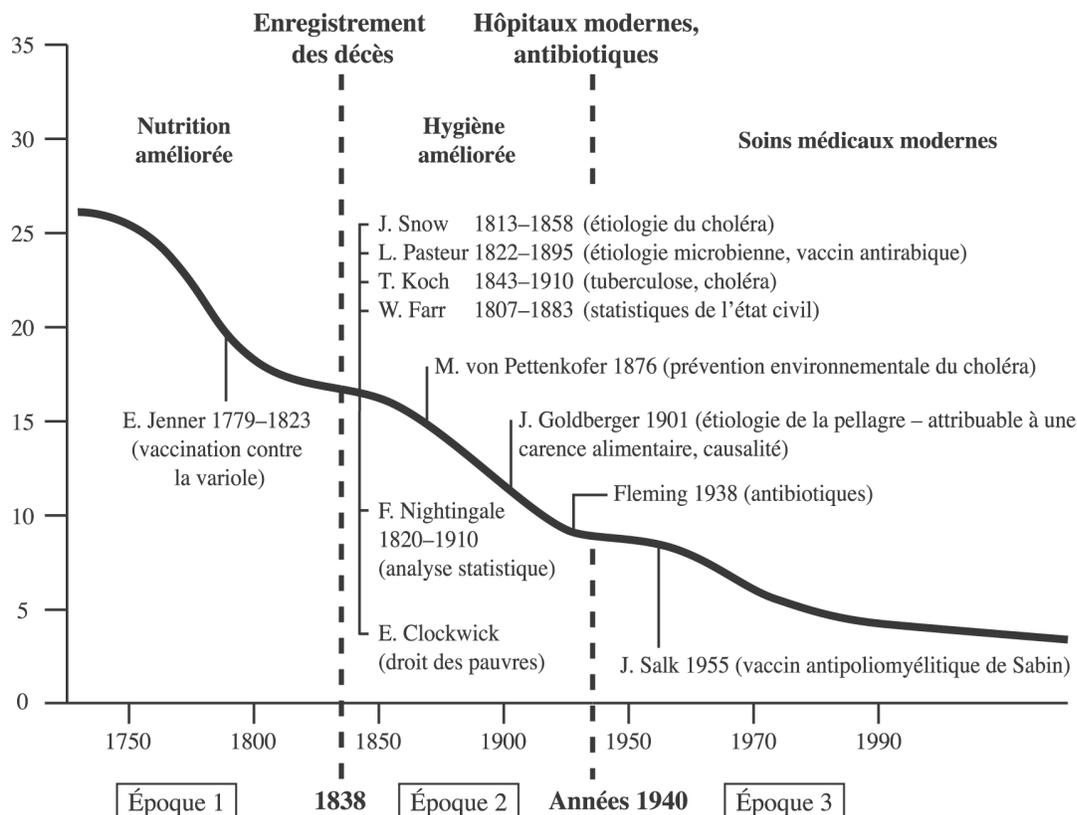
(...) différents facteurs influent sur la santé, notamment le sexe, l'âge, la génétique, les habitudes de santé personnelles, la faculté d'adaptation, le soutien social, les conditions de travail, l'environnement physique et les expériences de vie dans la petite enfance. Le niveau socioéconomique constitue sans doute l'influence la plus forte sur la santé et se mesure en fonction du revenu et du niveau d'instruction. Qu'on se penche sur la façon dont les gens évaluent leur propre santé, sur la mortalité précoce, sur le bien-être psychologique ou sur l'incidence des maladies chroniques, le statut socioéconomique demeure fortement lié à l'état de santé²⁵.

Par le passé, les politiques en matière de santé ont mené à l'élaboration de traitements efficaces des maladies aiguës, mais avaient tendance à faire abstraction du fait que la santé pourrait comprendre d'autres facteurs que les seuls facteurs médicaux. Il est devenu de plus en plus clair qu'il n'est pas possible d'expliquer les résultats de santé uniquement en se fondant sur l'absence de maladies²⁶.

Les concepts de la santé publique et de la santé de la population, dont les origines remontent à la fin du XIX^e siècle, reconnaissent que les facteurs sociaux et environnementaux, tels que la pollution de l'eau, les logements sordides, les eaux d'égout brutes, les longues heures de travail et le travail des enfants, contribuent à une mortalité et une morbidité élevées. Les interventions qui visaient à modifier ces conditions permettaient davantage de contenir la propagation des maladies transmissibles que les interventions médicales de l'époque. De même, les maladies chroniques pourront uniquement être maîtrisées au moyen d'interventions qui visent les facteurs socioéconomiques.

Figure 1. Évolution de l'état de santé de la population et des marqueurs historiques de santé publique

Taux brut de mortalité par 1 000 habitants



Source : [Traduction] J. McKinlay et S. M. McKinlay dans J. Kaufert, *Social Change and Public Health: Population Health and Victorian Epidemics*, 2000.

Dès 1842, Rudolf Virchow, un éducateur sanitaire infatigable, faisait l'observation suivante :

[Traduction]

Les déterminants sociaux de la santé et des maladies sont des questions « politiques » qui outrepassent les compétences du médecin. (...) La médecine est une science sociale, et la politique n'est rien d'autre qu'une forme de médecine à plus grande échelle²⁷.

En 1974, Santé et Bien-être Canada a publié un rapport historique, intitulé Nouvelle perspective de la santé des Canadiens²⁸. Le Rapport Lalonde, comme on l'appelle,

reconnaissait l'existence des facteurs de risque comportementaux spécifiques des maladies chroniques. L'auteur notait que l'usage du tabac, le manque d'exercice, l'embonpoint, l'alcoolisme ont été associés à diverses maladies chroniques, dont les maladies cardiovasculaires, le cancer, les troubles respiratoires chroniques et les troubles mentaux. De nos jours, nous pouvons ajouter à la liste l'activité sexuelle non protégée et l'utilisation de drogues injectables qui sont des facteurs de risque comportementaux des maladies chroniques transmissibles telles que le VIH/sida et l'hépatite C. L'auteur du rapport indiquait que ces facteurs de risque pouvaient être maîtrisés en incitant les gens à modifier leurs choix personnels au moyen de programmes d'éducation et de campagnes de marketing social. Ces campagnes sont devenues importantes durant les années 1980 et jouent toujours un rôle dominant dans les stratégies actuelles de promotion de la santé.

Les stratégies actuelles de prévention des maladies au Canada atlantique visent principalement à inciter les gens à modifier ces modes de vie malsains. Les plans comprennent la formation de partenariats entre les ministères provinciaux de la Santé, les commissions des sports et des loisirs et les associations de lutte contre la malnutrition, le cancer, les maladies cardiaques et le diabète. Ces partenariats visent à favoriser le partage des ressources, l'utilisation des meilleures pratiques de promotion de la santé et la planification des objectifs des mesures stratégiques qui peuvent réduire l'incidence des maladies chroniques.

Toutefois, puisque la prévalence des facteurs de risque comportementaux est plus élevée dans les groupes socioéconomiques inférieurs²⁹, il a été démontré que, pour porter fruit, les interventions axées sur les comportements et le mode de vie requerraient la création d'environnements socioéconomiques positifs pour ces groupes. Bien qu'efficaces dans les groupes socioéconomiques supérieurs, les interventions axées sur le mode de vie ne peuvent pas atténuer les influences plus profondes de la pauvreté et du désavantage social sur la santé. L'Organisation mondiale de la santé a mené la plus importante étude des maladies cardiaques et n'a observé aucune relation entre les réductions de l'incidence des maladies cardiaques et les changements nationaux en matière d'obésité, d'usage du tabac, d'hypertension artérielle ou de taux de cholestérol³⁰. Par ailleurs, l'OMS a proposé que la pauvreté et les conditions économiques peuvent être responsables des différents taux de maladies cardiovasculaires.

Les améliorations des habitudes de vie et les déclinés conséquents de l'incidence des maladies cardiaques et de la mortalité liée aux maladies cardiaques sont nettement moins fréquents parmi les couches moins scolarisées et moins fortunées de la population³¹. Seulement 2 p. 100 de la population de Saint-Henri, un quartier de Montréal où 45 p. 100 des familles vivent d'un revenu inférieur au seuil de faible revenu, a participé à un programme global d'interventions axées sur le mode de vie et la prévention des maladies cardiovasculaires d'une durée de cinq ans et doté d'un budget de 1,5 million de dollars. Le seul résultat significatif, comparativement à un groupe témoin, était que davantage de gens ont fait mesurer leur taux de cholestérol sanguin³². Les chercheurs arrivent à la conclusion que [traduction] « tant que les besoins vitaux de base ne sont pas comblés, les

personnes qui vivent dans les ménages à faible revenu ne considéreront vraisemblablement pas la prévention des maladies cardiovasculaires comme une priorité »³³.

Les investigateurs remarquent que les personnes qui présentent un facteur de risque de maladies chroniques présentent en fait des facteurs de risque multiples. Ainsi, le fait de changer un comportement pour réduire un seul de ces facteurs de risque ne permet pas d'expliquer l'association qui existe entre le statut socioéconomique et la santé. Cependant, 10 à 20 facteurs de risque peuvent représenter entre 50 p. 100 et 100 p. 100 de l'association³⁴. La maladie coronarienne, par exemple, est [traduction] « une maladie plurifactorielle, et une multiplicité de facteurs interdépendants participent à son apparition »³⁵.

Les comportements à risque expliquent uniquement une faible proportion de la relation qui existe entre le faible revenu et les maladies chroniques³⁶. Les résultats d'une étude d'une durée de 20 ans menée auprès d'hommes ontariens ont permis de conclure que l'usage du tabac et les autres comportements à risque ne sont pas les principaux mécanismes reliant le statut socioéconomique et la mortalité³⁷. Comme nous l'avons déjà mentionné, bien que les groupes à faible revenu aient davantage de comportements à risque que les groupes qui profitent d'un revenu plus élevé, ces comportements expliquent uniquement environ 25 p. 100 à 30 p. 100 de la différence des taux de mortalité³⁸. En d'autres termes, les différences socioéconomiques au chapitre de la mortalité persisteraient même si l'on observait une réduction des facteurs de risque liés au mode de vie chez les populations moins favorisées³⁹. La modification du comportement ne change pas les conditions socioéconomiques qui peuvent favoriser l'apparition du même comportement chez les représentants de la génération suivante⁴⁰.

Par conséquent, les analystes ont noté que les stratégies de promotion de la santé qui visaient purement les comportements individuels en matière de santé n'obtiennent qu'un succès limité⁴¹. Un chercheur a clairement indiqué que [traduction] « l'importance actuelle accordée à la réduction des facteurs de risque médicaux et liés au mode de vie comme moyen de prévenir (...) les maladies (...) au Canada est inadéquate, inappropriée et inefficace »⁴².

À l'heure actuelle, les preuves abondantes indiquent que les environnements sociaux et économiques ont en bout de ligne un impact beaucoup plus grand sur la santé que celui des comportements individuels, qui sont des symptômes de facteurs sous-jacents plus profonds⁴³.

Ainsi, après de nombreuses décennies de recherche, la tradition scientifique occidentale reconnaît désormais que les importants déterminants de la santé sont liés aux conditions culturelles, sociales et économiques. Malgré cette compréhension intellectuelle, les politiques restent en grande partie inchangées et les ressources continuent à être principalement consacrées au traitement des maladies. Même le mandat et le rapport final

de l'importante Commission Romanow ont maintenu cette orientation⁴⁴. À ce jour, les gouvernements du Canada n'ont pas présenté de façon cohérente ni adopté des politiques de promotion de la santé fondées sur la compréhension des déterminants sociaux de la santé. En somme, il est essentiel d'examiner les preuves sur les habitudes de santé et les déterminants liés au mode de vie au Canada atlantique dans ce plus vaste contexte socioéconomique et de cibler les interventions qui tiennent compte des déterminants sociaux et économiques. Ainsi, dans ce document, nous adoptons une approche axée sur la santé de la population dont l'objectif est de déterminer les causes fondamentales des facteurs de risque et des maladies chroniques. Cette approche est complexe, et une coordination avec les secteurs autres que le secteur traditionnel de la santé sera nécessaire à la mise en œuvre des stratégies.

2.2 PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

Message clé : Le Canada atlantique présente davantage d'iniquités sociales, économiques et sanitaires et des taux plus élevés de maladies chroniques comparativement au reste du Canada.

Un grand nombre des mêmes facteurs sociaux, économiques et psychologiques sont associés à l'apparition de maladies transmissibles et non transmissibles ainsi que de troubles mentaux. La disparité des revenus, la pauvreté et le manque de ressources qui en résulte, de même que les faibles niveaux de soutien social, le stress élevé et d'autres problèmes de santé mentale permettent tous d'expliquer les taux plus élevés de maladies physiques chroniques. Les résultats des deux éditions de l'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada (1994-1995 et 1996-1997) montrent que le taux d'incidence de toutes les maladies chroniques étudiées était plus élevé chez les groupes des deux plus faibles catégories de revenu que dans les groupes des trois catégories de revenu les plus élevées⁴⁵. La section suivante présente un bref examen de la prévalence des diverses maladies chroniques dans les provinces de l'Atlantique. Il faut noter qu'à moins d'indications contraires, les taux mentionnés sont des taux de 1996 tirés des indicateurs de santé de Statistique Canada. Ce sont les plus récentes et les seules données disponibles par région sanitaire et elles sont utilisées dans le présent document pour souligner les iniquités régionales dans les provinces de l'Atlantique.

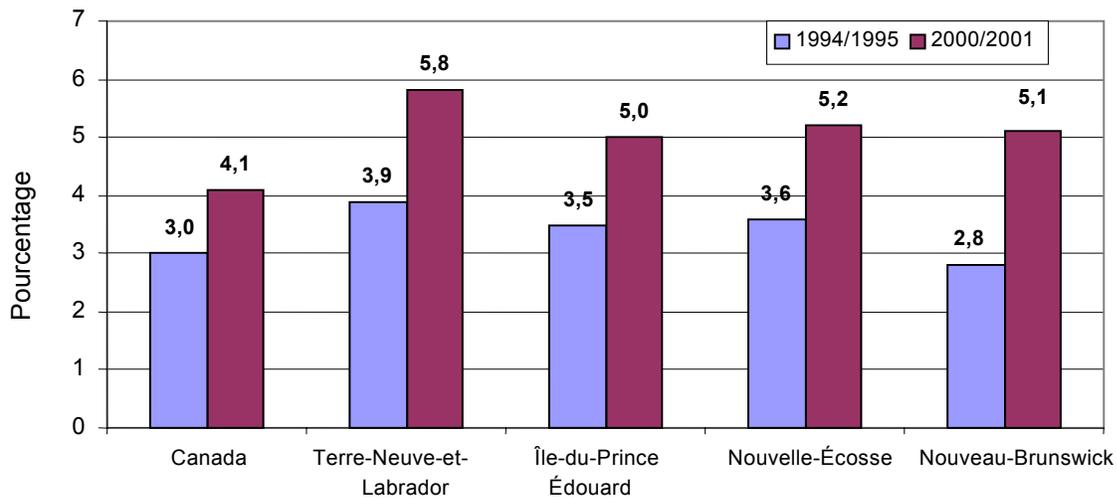
2.2.1 Maladies chroniques non transmissibles dans les provinces de l'Atlantique

Les maladies cardiovasculaires, la principale cause de décès au Canada et dans les provinces de l'Atlantique, sont responsables de 37 p. 100 de tous les décès dans la région de l'Atlantique. Les deux principaux types de maladies cardiovasculaires sont la cardiopathie ischémique, qui comprend l'infarctus aigu du myocarde ou la crise cardiaque, et la maladie cérébrovasculaire et l'accident vasculaire cérébral. Les provinces de l'Atlantique affichent un taux plus élevé de mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires que le reste du Canada. En 1996, le taux le plus élevé de mortalité

normalisé selon l'âge et attribuable aux maladies cardiovasculaires chez les hommes était observé à l'Île-du-Prince-Édouard. Chez les femmes, le taux le plus élevé était enregistré à Terre-Neuve-et-Labrador. Terre-Neuve-et-Labrador et l'Île-du-Prince-Édouard avaient des taux de maladie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral plus élevés que la moyenne.

Le cancer est la maladie chronique qui présente le deuxième taux de mortalité le plus élevé au Canada atlantique, et la Nouvelle-Écosse enregistre les taux de mortalité attribuables au cancer les plus élevés au Canada. L'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse présentent toutes les deux des taux de maladies respiratoires supérieurs à la moyenne⁴⁶. Les quatre provinces ont des taux de diabète supérieurs à la moyenne canadienne. Au Canada, 4,1 p. 100 des personnes âgées de 12 ans et plus sont atteintes de diabète, comparativement à 5,8 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador, à 5 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard, à 5,2 p. 100 en Nouvelle-Écosse et à 5,1 p. 100 au Nouveau-Brunswick.

Figure 2. Population de 12 ans et plus atteinte du diabète, provinces de l'Atlantique et Canada, 1994/1995 et 2000/2001 (%)

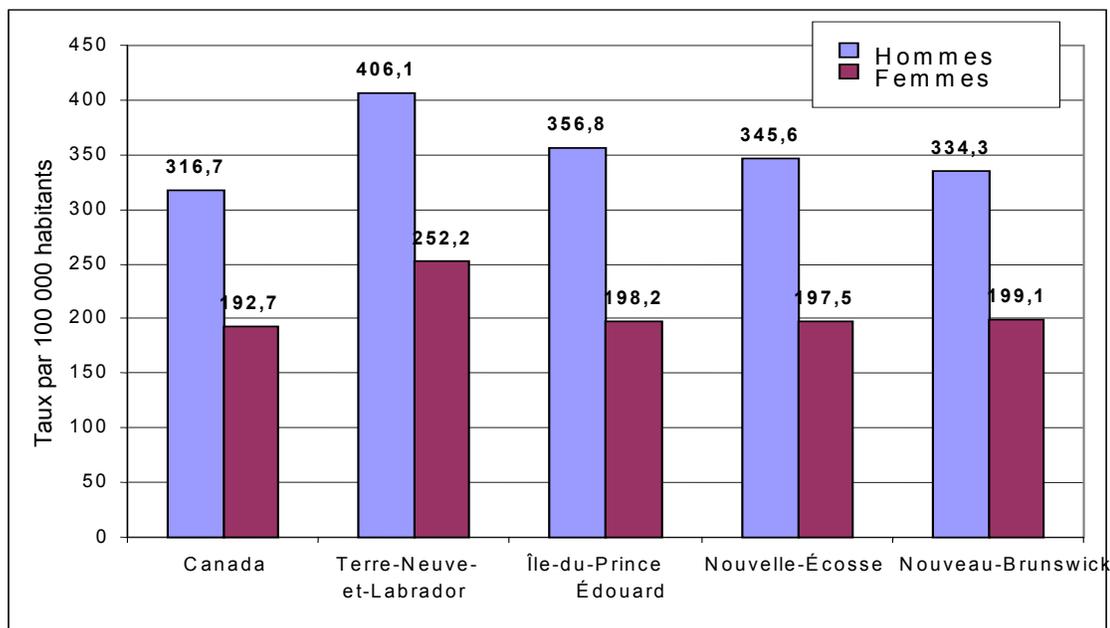


Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*, fichier santé; Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994/1995, 1996/1997 et 1998/1999*, échantillon transversal, fichier santé; Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994/1995 et 1996/1997*, échantillon transversal, composante du nord, accessible en ligne à l'adresse

www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/hlthstatus/conditions2_f.htm (données extraites le 2 février 2003)

Bien que la prévalence des maladies chroniques non transmissibles soient généralement plus élevée dans les provinces de l'Atlantique que dans le reste du Canada, les statistiques régionales masquent d'importantes différences régionales. Toute analyse du lien entre l'iniquité et les maladies au Canada atlantique doit tenir compte de ces disparités intraprovinciales. De nouvelles données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes permettront de brosser un portrait plus précis des situations locales. Les régions défavorisées et à faible revenu des quatre provinces de l'Atlantique présentent de façon constante les pires résultats en ce qui concerne toutes les maladies chroniques, l'incapacité et les morts prématurées, alors que les profils de certains centres urbains s'apparentent davantage à la moyenne canadienne. La prévalence des maladies chroniques et les taux d'incapacité sont plus élevés, par exemple, au Cap-Breton et dans les régions de Truro-Amherst et de Yarmouth-Digby de la Nouvelle-Écosse, au Labrador et dans le nord de Terre-Neuve, dans le nord du Nouveau-Brunswick et, dans une certaine mesure, dans les régions rurales de l'Île-du-Prince-Édouard, qu'à Halifax, à St. John's, dans le sud du Nouveau-Brunswick et à Charlottetown.

Figure 3. Décès dus à toutes les maladies de l'appareil circulatoire, taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants, provinces de l'Atlantique et Canada, 1996 (taux)



Source: Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur la mortalité et Division de la démographie (estimations démographiques), accessible en ligne à l'adresse www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/hlthstatus/deaths3_f.htm (données extraites le 11 janvier 2003).

Nouvelle-Écosse

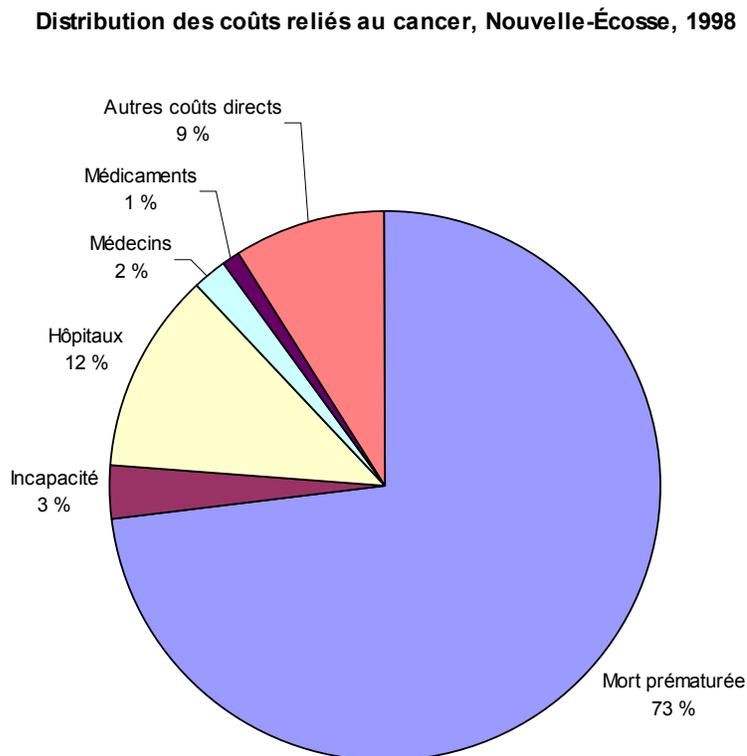
Statistiques provinciales

Parmi les quatre provinces de l'Atlantique, la Nouvelle-Écosse présente le pire profil de santé générale et le plus haut taux d'incapacité. Quatre types de maladies chroniques sont responsables de la mort d'environ 5 800 Néo-Écossais chaque année : maladies cardiovasculaires, cancer, maladies respiratoires obstructives et diabète. La Nouvelle-Écosse a les taux les plus élevés au Canada de décès attribuables au cancer, dont le cancer du sein et le cancer de la prostate, et aux maladies respiratoires, ainsi que les taux les plus élevés d'arthrite et de rhumatisme. La province a également les deuxièmes taux les plus élevés de décès attribuables à une maladie circulatoire et au cancer du poumon, de diabète et d'hospitalisation psychiatrique. Le taux de dépression de la province est presque deux fois plus élevé que celui de Terre-Neuve-et-Labrador. Les maladies chroniques sont responsables de 60 p. 100 des coûts médicaux totaux en Nouvelle-Écosse, soit plus de un milliard de dollars chaque année. Les habitants de la Nouvelle-Écosse ont la plus courte espérance de vie sans limitation d'activité au pays – trois ans de moins que la moyenne canadienne⁴⁷.

Statistiques régionales

En Nouvelle-Écosse, le Cap-Breton se démarque en raison des taux élevés de chômage et de faible revenu, d'une incidence très élevée de maladies chroniques, d'incapacité et de morts prématurées. Il présente le plus haut taux de mortalité normalisé selon l'âge des trois provinces des Maritimes et le taux le plus élevé de décès attribuables aux maladies circulatoires et aux maladies cardiaques dans les Maritimes – 30 p. 100 supérieur à la moyenne nationale. Parmi les 21 régions sanitaires de l'Atlantique, le Cap-Breton affiche les plus hauts taux de décès attribuables au cancer (25 p. 100 supérieur à la moyenne nationale), au cancer du poumon et à la bronchite, à l'emphysème et à l'asthme (plus de 50 p. 100 supérieur à la moyenne nationale). Le Cap-Breton présente le taux le plus élevé d'hypertension artérielle au Canada atlantique – 21,7 p. 100, incluant 24,3 p. 100 de femmes et 18,9 p. 100 d'hommes. Ceci correspond à un taux 72 p. 100 plus élevé que la moyenne canadienne. Les deuxièmes taux les plus élevés sont observés dans le sud-sud-ouest de la Nouvelle-Écosse et dans la région de Colchester-Cumberland-East Hants, en Nouvelle-Écosse (18,5 p. 100). Le deuxième plus haut taux de diabète dans la région de l'Atlantique est signalé dans la région de Colchester-Cumberland-East Hants (7 p. 100). Les taux les plus élevés de cancer du sein au Canada atlantique sont enregistrés dans la région de Pictou-Guysborough-Antigonish-Strait, en Nouvelle-Écosse (112,8 par 100 000).

Figure 4. Distribution des coûts liés au cancer, Nouvelle-Écosse, 1998



Source : Santé Canada, *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*.

Terre-Neuve-et-Labrador

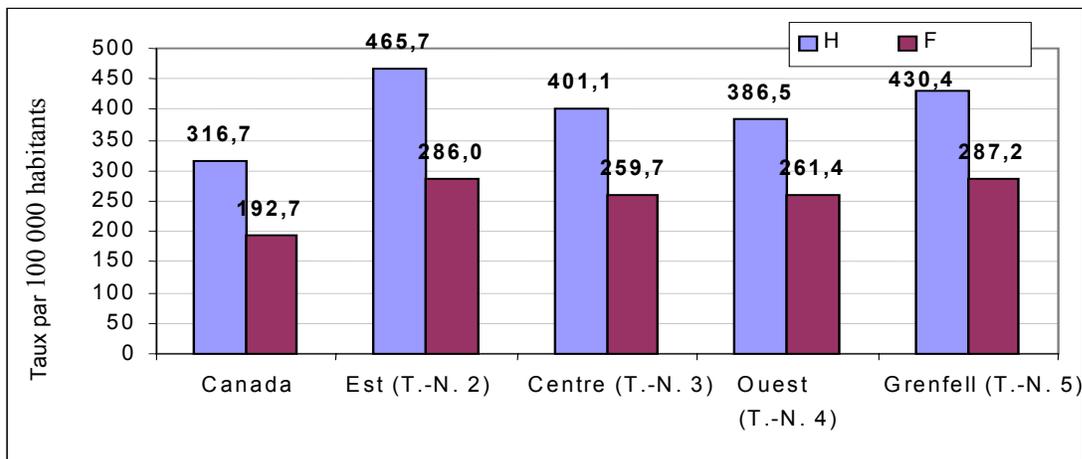
Statistiques provinciales

Terre-Neuve-et-Labrador a la plus faible incidence de cancer au pays, mais des taux de mortalité attribuable au cancer supérieurs à la moyenne. La province a les plus hauts taux de mortalité attribuable aux crises cardiaques, aux accidents vasculaires cérébraux et au cancer colorectal. Les taux de cancer du poumon sont globalement inférieurs à ceux de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard; toutefois, à Terre-Neuve-et-Labrador, le taux d'hommes qui meurent du cancer du poumon est plus du double de celui des femmes. L'incidence du cancer de la prostate et le nombre de décès attribuables au cancer de la prostate dans la province a doublé entre 1979 et 1999. À Terre-Neuve-et-Labrador, le diabète a été diagnostiqué chez 5,8 p. 100 de la population de 12 ans et plus, comparativement au taux national de 4,1 p. 100. Terre-Neuve-et-Labrador présente le plus faible taux de suicide au Canada, 50 p. 100 inférieur à la moyenne nationale. Toutefois, on observe une hausse du suicide chez les jeunes, particulièrement chez les jeunes Autochtones du Labrador⁴⁸.

Statistiques régionales

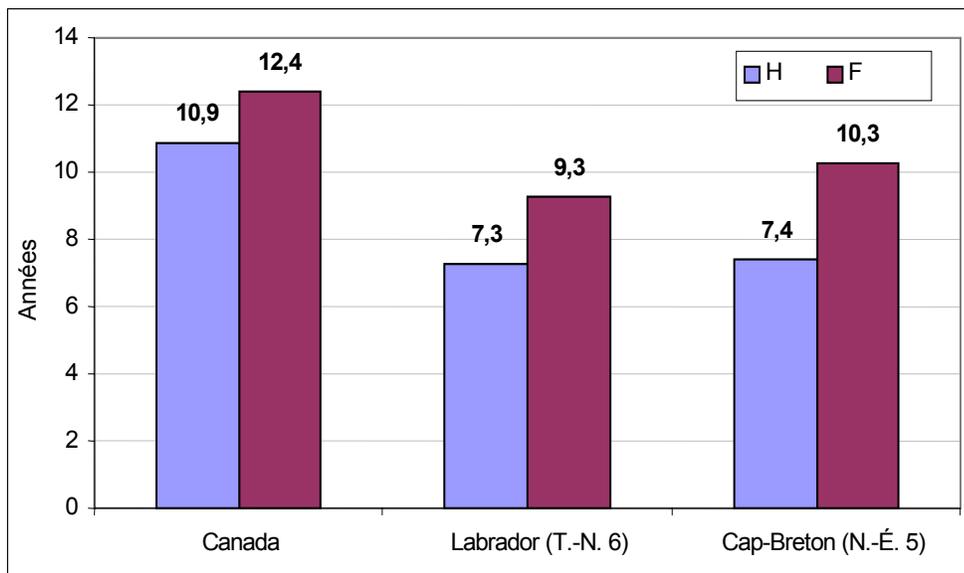
Globalement, le Labrador présente de loin le plus haut taux de mortalité totale normalisé selon l'âge au Canada atlantique – 869,5 décès par 100 000 habitants – 30 p. 100 supérieur à la moyenne canadienne de 668,9 décès par 100 000 habitants. Le deuxième taux le plus élevé de mortalité globale au Canada atlantique est observé dans l'est de Terre-Neuve. Les plus hauts taux de décès attribuables à une maladie circulaire sont signalés dans le nord et l'est de Terre-Neuve (363 et 362 décès par 100 000 habitants, respectivement), avec des taux de maladies cardiaques dans l'est et le nord de Terre-Neuve (206,6 et 205,3) plus de 50 p. 100 supérieurs à la moyenne nationale. L'est de Terre-Neuve présente également des taux très élevés de décès attribuables au cancer (224,7 par 100 000). Le Labrador a le taux le plus élevé de décès attribuables au cancer du poumon dans la région de l'Atlantique (72,9 décès par 100 000 habitants). Les décès attribuables au cancer du sein sont plus nombreux dans l'ouest de Terre-Neuve (34,7 par 100 000). Le Labrador affiche de loin le taux le plus élevé de décès attribuables à une maladie respiratoire au Canada atlantique – 121,3 décès par 100 000 habitants – plus du double de la moyenne nationale. Les plus hauts taux régionaux de diabète sont enregistrés dans le centre de Terre-Neuve (7,4 p. 100).

Figure 5. Décès attribuables à toutes les maladies circulatoires, taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants, chez les deux sexes, régions de Terre-Neuve-et-Labrador ayant un taux au moins 20 p. 100 supérieur à la moyenne canadienne, 1996 (taux)



Source: Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur la mortalité et Division de la démographie (estimations démographiques), accessible en ligne à l'adresse www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/hlthstatus/deaths3_f.htm (données extraites le 11 janvier 2003).

Figure 6. Espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans au Canada, au Labrador et au Cap-Breton, 1996 (années)



Sources : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur la mortalité, Division de la démographie (estimations démographiques) et le *Recensement de 1996 (échantillon de 20 %)*, accessible en ligne à l'adresse www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/hlthstatus/fonction2_f.htm (données extraites le 3 janvier 2003).

Nouveau-Brunswick

Statistiques provinciales

Le Nouveau-Brunswick a le deuxième taux le plus élevé de décès attribuables au cancer du poumon chez les hommes au pays. Le taux d'incidence du cancer du poumon chez les hommes de la province est 32 p. 100 supérieur à la moyenne nationale. Le Nouveau-Brunswick présente également des taux de mortalité attribuable au cancer et à la maladie coronarienne supérieurs à la moyenne. Bien que les taux de crises cardiaques aient baissé, le taux de mortalité des hommes du Nouveau-Brunswick est toujours environ 6 p. 100 supérieur à la moyenne nationale. L'incidence des cancers chez les Néo-Brunswickois est la deuxième plus élevée au pays, et celle des Néo-Brunswickoises est la troisième plus élevée. L'incidence du cancer de la prostate en 1996 est approximativement 30 p. 100 supérieure à celle observée en 1990 et 19 p. 100 supérieure à la moyenne nationale. L'espérance de vie sans limitation d'activité est de deux ans inférieure à la moyenne nationale. Le suicide est la principale cause de décès chez les personnes âgées de 25 à 29 ans, et il semble être à la hausse chez les hommes de 34 à 49 ans⁴⁹.

Statistiques régionales

Les Néo-Brunswickois du nord de la province ont un profil de santé très différent de celui de leurs homologues des régions du sud de la province. Les plus hauts taux de décès attribuables au cancer sont signalés à Campbellton (215,3 par 100 000) et à Miramichi (212,4 par 100 000), des collectivités du nord du Nouveau-Brunswick. Les régions où les décès attribuables au cancer du poumon sont les plus nombreux sont celles de Campbellton (69,1 par 100 000) et d'Edmundston (67,2 par 100 000) dans l'ouest du Nouveau-Brunswick. Campbellton présente les taux d'hypertension artérielle les plus élevés du Nouveau-Brunswick (18,7 p. 100) et le deuxième plus haut taux de cancer du poumon au Canada atlantique (76,1 par 100 000). Le secteur de Fredericton a le deuxième taux de cancer du sein le plus élevé dans la région (110,7 par 100 000).

Île-du-Prince-Édouard

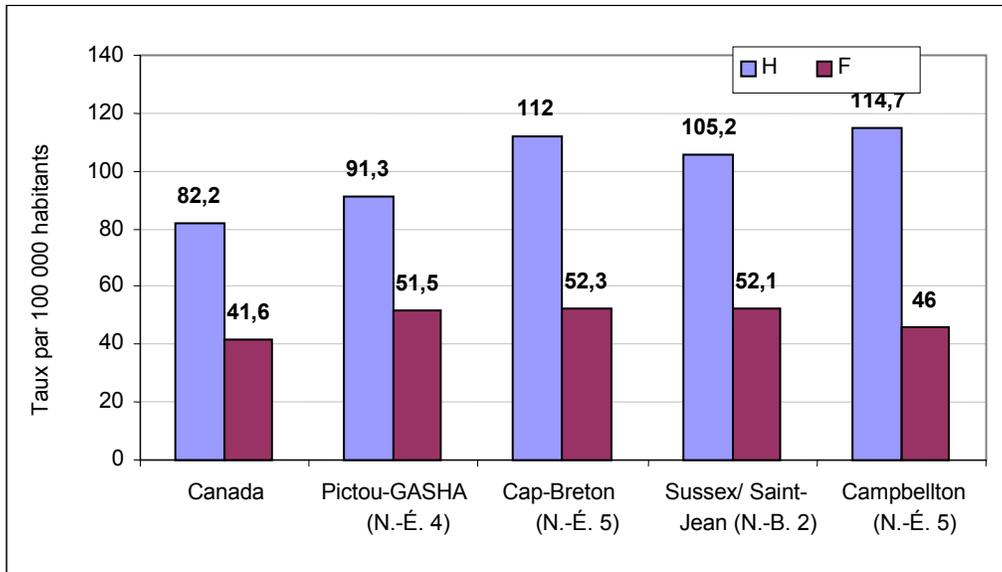
Statistiques provinciales

Le cancer du poumon et les crises cardiaques sont les principales causes de décès à l'Île-du-Prince-Édouard. Bien que la mortalité attribuable au cancer chez les hommes et les femmes soit plus faible à l'Île-du-Prince-Édouard que dans les autres provinces de l'Atlantique, il est tout de même supérieur à la moyenne nationale. Le taux de mortalité attribuable au cancer du sein à l'Île-du-Prince-Édouard de 34,4 décès par 100 000 habitantes en 1999 était supérieur à la moyenne nationale de 25,2 décès par 100 000 habitantes. Au cours des 20 dernières années, le taux de décès attribuables au cancer du sein à l'Île-du-Prince-Édouard a augmenté, alors qu'au Canada, il a lentement diminué. Les taux de diabète ont augmenté au cours des trois dernières années dans tous les groupes d'âge. Les taux d'asthme et d'arthrite sont également plus élevés que la moyenne nationale⁵⁰.

Statistiques régionales

Les plus bas taux de mortalité dans la région de l'Atlantique sont enregistrés dans les régions rurales de l'Île-du-Prince-Édouard (633 par 100 000). Le taux le plus élevé de décès attribuables à une maladie cardiovasculaire dans les Maritimes est signalé à Charlottetown et à Summerside (65,3 par 100 000). Il vaut la peine de signaler que le taux de décès attribuables à un accident vasculaire cérébral est nettement plus élevé dans les centres urbains que dans les régions rurales de l'Île-du-Prince-Édouard (43 par 100 000). Le deuxième taux le plus élevé de décès attribuables à une maladie respiratoire est enregistré à Charlottetown et à Summerside (76,6 par 100 000).

Figure 7. Taux de cancer du poumon normalisé selon l'âge par 100 000 habitants, chez les deux sexes, districts de santé des provinces de l'Atlantique ayant un taux supérieur à la moyenne canadienne, 1995/1996 (taux)



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*, fichier santé; accessible en ligne à l'adresse www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/hlthstatus/Conditions2_f.htm (données extraites le 5 janvier 2002).

2.2.2 Maladies chroniques transmissibles dans les provinces de l'Atlantique

La maladie chronique transmissible la plus courante au Canada atlantique est l'hépatite C, suivi du VIH/sida. Ces maladies peuvent entraîner l'apparition d'autres formes de maladies chroniques. La majorité des cas d'infection au virus de l'hépatite C deviennent un état chronique qui peut entraîner l'apparition de la cirrhose hépatique et du cancer du foie. Les personnes atteintes du sida présentent un risque de contracter d'autres maladies chroniques en raison d'une plus faible réponse immunitaire. De plus, les traitements antirétroviraux peuvent causer la détérioration de certains organes, la maladie cardiaque, le diabète et d'autres problèmes chroniques⁵¹. Comme c'est le cas avec toutes les maladies chroniques, le fardeau et le stress de vivre avec la maladie peuvent causer des problèmes de santé mentale.

Les maladies transmissibles sont presque toutes évitables. Les modes de transmission de l'hépatite C et du VIH/sida sont très semblables puisqu'il s'agit de deux maladies transmissibles par le sang. Dans les deux cas, une personne peut être infectée lorsqu'elle utilise des drogues injectables ou lorsqu'elle reçoit une transfusion sanguine ou des produits de fractionnement du plasma. L'utilisation de drogues injectables (UDC) est plus fréquente chez les personnes atteintes d'hépatite C, et les utilisateurs sont souvent

des itinérants, souffrent de malnutrition, de dépression et d'une perte d'espoir en un avenir productif et sont victimes d'actes criminels⁵². En plus de l'UDC et de l'exposition à des produits sanguins contaminés, les facteurs de risque de l'infection au VIH comprennent le contact sexuel avec une personne infectée par le virus.

Bien que l'épidémie initiale d'infections au VIH ait principalement touché la communauté gaie, il existe de nos jours un risque accru d'infection par contact sexuel entre partenaires hétérosexuels et entre femmes. Au Canada, seulement 9 p. 100 des nouveaux cas de sida en 1995 étaient diagnostiqués chez des femmes, mais ce pourcentage a augmenté à 21 p. 100 en 1999⁵³. Entre la période de 1985-1994 et 1999, la proportion des tests positifs pour le VIH chez les femmes a augmenté de 10 p. 100 à 25 p. 100 du total⁵⁴. L'UDC et le contact sexuel sont à l'heure actuelle à l'origine d'environ 80 p. 100 des infections au VIH au Canada⁵⁵, la majorité des nouveaux cas apparaissant chez les utilisateurs de drogues injectables⁵⁶. Peu de données sont disponibles sur les personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C et le VIH au Canada, même si, selon les estimations, le nombre de ces personnes serait considérable, avec des taux particulièrement élevés d'infection au VIH et au virus de l'hépatite C chez les détenus et les jeunes de la rue⁵⁷.

Le VIH/sida peut muter et infecter davantage de personnes dans certaines populations ou se propager à de nouveaux groupes à une très grande vitesse⁵⁸. Au cours des cinq dernières années, bien que les taux d'infection aient décliné en général, ils sont à la hausse dans les populations vulnérables, notamment les pauvres, les chômeurs, les minorités, les gens peu scolarisés, les Autochtones et les personnes engagées dans les « activités de la rue »⁵⁹. Le nombre de cas de sida dans les populations autochtones du Canada augmente régulièrement, particulièrement chez les femmes et les personnes de moins de 30 ans et, selon les estimations, les taux d'infection dans la population carcérale au Canada seraient au moins dix fois plus élevés que dans la population en général⁶⁰.

Comme dans le cas des maladies non transmissibles et des troubles mentaux, les stratégies de prévention des maladies transmissibles doivent viser à réduire les causes sociales et économiques sous-jacentes⁶¹. La pauvreté, le faible niveau de scolarité, la violence physique et psychologique et le désespoir sont souvent cités comme des causes sous-jacentes qui incitent les personnes marginalisées à adopter des comportements à risque élevé associés à la transmission de maladies transmissibles telles que le VIH/sida et l'hépatite C⁶².

Par le passé, tant pour les maladies chroniques transmissibles que pour les maladies chroniques non transmissibles, les stratégies de gestion et de prévention visant une maladie particulière étaient peu efficaces pour atteindre les groupes marginalisés. En ce qui concerne le VIH/sida, un analyste fait la remarque suivante :

[Traduction]

Les nouveaux traitements devraient se traduire par une amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH qui ont accès aux traitements et à un revenu suffisant pour pouvoir s'héberger et de nourrir de façon adéquate et ainsi fournir une base saine pour le traitement de l'infection. Il n'est pas clair dans quelle mesure les traitements seront utiles pour les populations marginalisées, particulièrement les personnes engagées dans des activités de la rue et les utilisateurs de drogues injectables, qui ont de la difficulté à respecter les directives strictes nécessaires pour assurer l'efficacité des nouveaux traitements⁶³.

Statistiques provinciales et régionales

Un récent rapport de Santé Canada, intitulé *Profil de l'utilisation des drogues injectables au Canada Atlantique*⁶⁴, a porté sur les fournisseurs de services dans les quatre provinces. La Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick comptent le plus grand nombre d'utilisateurs de drogues injectables dans la région de l'Atlantique. Environ la moitié des utilisateurs partagent des aiguilles et ont des activités sexuelles non protégées. La majorité des utilisateurs de drogues injectables qui présentent un risque d'infection au virus de l'hépatite C et au VIH/sida sont des hommes de 18 à 44 ans habitant un centre urbain. L'UDC par les jeunes de 18 à 24 ans est à la hausse. Les utilisatrices de drogues injectables sont souvent victimes de violence physique, sexuelle et psychologique de la part de leurs partenaires masculins ou des proxénètes. La majorité des utilisateurs n'ont pas terminé leurs études secondaires, et la plupart sont pauvres et vivent en marge de la société. La majorité d'entre eux sont de race blanche, mais le nombre d'Afro-Canadiens touchés est à la hausse⁶⁵.

Selon les estimations, 90 p. 100 des utilisateurs de drogues injectables sont atteints de l'hépatite C. En 1999, les estimations de cas signalés et non signalés d'hépatite C comprenaient 4 000 cas en Nouvelle-Écosse, 1 430 cas au Nouveau-Brunswick, 537 cas à Terre-Neuve-et-Labrador et 403 cas à l'Île-du-Prince-Édouard. Cependant, la majorité des utilisateurs de drogues injectables n'ont pas passé de tests de dépistage de ces maladies. Les « points chauds » comprennent les plus grandes villes de la région, ainsi que l'est du Cap-Breton et les comtés de Pictou et de Cumberland en Nouvelle-Écosse⁶⁶.

Le taux de signalement de tests de dépistage du VIH positifs est considérablement plus faible dans les quatre provinces de l'Atlantique que dans l'ensemble du Canada. Cependant, les données peuvent être trompeuses, puisque les estimations des cas non signalés sont élevées. Les cas signalés sont ceux qui ont passé le test de dépistage dans la province. Les cas non signalés sont des personnes qui sont atteintes du VIH/sida, qui ont passé le test de dépistage dans une autre province et qui sont ensuite revenues au Canada atlantique. De plus, le programme de dépistage à l'Île-du-Prince-Édouard n'est pas anonyme; les personnes de cette province ont tendance à se rendre dans d'autres provinces pour passer le test de dépistage. L'auteur d'un rapport canadien fait la mise en garde suivante :

[Traduction]

Les données encourageantes, en d'autres termes, ne devraient pas permettre de faire preuve de complaisance. En fait, le nombre de rapports de tests positifs de dépistage du VIH a augmenté de 2,9 p. 100 entre 2000 et 2001 (de 2119 à 2180) et, durant les six premiers mois de 2002, on a observé une augmentation de 9,7 p. 100 comparativement à la même période en 2001. Il semble que le gros de l'épidémie au Canada reste à venir⁶⁷.

De 1985 à juin 2002, 577 personnes ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH en Nouvelle-Écosse (incluant un petit nombre de personnes de l'Île-du-Prince-Édouard), 258 au Nouveau-Brunswick et 210 à Terre-Neuve-et-Labrador. Le Canada a signalé 51 479 cas durant la même période⁶⁸. De ces totaux, 77 des cas signalés en Nouvelle-Écosse/Île-du-Prince-Édouard étaient des femmes, 31 au Nouveau-Brunswick, 47 à Terre-Neuve-et-Labrador et 6 713 au Canada. Le nombre de personnes qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage du VIH au Canada atlantique est en déclin depuis au moins 1995. De 2001 à juin 2002, on a signalé 20 nouveaux cas en Nouvelle-Écosse/Île-du-Prince-Édouard, 13 au Nouveau-Brunswick et cinq à Terre-Neuve-et-Labrador en 2001 mais aucun en 2002.

De 1985 à juin 2002, 295 cas de sida ont été signalés en Nouvelle-Écosse/Île-du-Prince-Édouard, 148 au Nouveau-Brunswick, 86 à Terre-Neuve-et-Labrador et 18 336 au Canada. Parmi ceux-ci, 20 cas signalés en Nouvelle-Écosse/Île-du-Prince-Édouard étaient des femmes, 14 au Nouveau-Brunswick, 18 à Terre-Neuve-et-Labrador et 1 536 au Canada. De 2001 à juin 2002, sept nouveaux cas de sida ont été signalés en Nouvelle-Écosse/Île-du-Prince-Édouard, trois au Nouveau-Brunswick et deux à Terre-Neuve et Labrador. Cependant, de janvier à juin 2002, aucun nouveau cas de sida n'a été enregistré au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et-Labrador. En 1999/2000, la Nouvelle-Écosse/Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve et Labrador ont chacune signalé un nouveau cas chez une femme. De 2001 à juin 2002, aucun nouveau cas n'a été enregistré chez une femme⁶⁹.

Le taux de décès attribuables au sida est nettement plus faible dans les provinces de l'Atlantique que dans l'ensemble du Canada. Le taux de décès attribuables au sida et normalisé selon l'âge est de 4 décès par 100 000 habitants au Canada, comparativement à 1,4 à Terre-Neuve-et-Labrador, à 1 à l'Île-du-Prince-Édouard, à 2 en Nouvelle-Écosse, et à 1,9 au Nouveau-Brunswick. Mais les taux enregistrés à Moncton et à Halifax (3,5 et 3,2 respectivement) sont plus près des taux canadiens.

2.2.3 Santé mentale dans les provinces de l'Atlantique

Dans sa définition de la santé, l'Organisation mondiale de la santé considère le bien-être psychologique et social comme des composantes essentielles de la santé humaine et définit de façon explicite que le bien-être et la bonne santé sont davantage que l'absence de maladies⁷⁰. Selon le ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador, la santé mentale est nécessaire pour mener une vie productive, former de saines relations et composer avec les difficultés et les changements de la vie⁷¹.

On a clairement démontré que la santé mentale est importante pour permettre à une personne de bien composer avec les agents stressants en général, et avec le stress de la maladie en particulier, et de maintenir une bonne santé physique et de saines habitudes de vie⁷². Les maladies mentales, d'autre part, sont définies par Santé Canada comme étant « caractérisées par une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associée à une importante détresse et à un dysfonctionnement. Les symptômes de la maladie mentale varient de légers à graves, selon le type de maladie mentale, la personne, la famille et l'environnement socioéconomique »⁷³.

La dépression est non seulement une maladie mentale chronique grave en soi, mais également un important facteur de risque de maladies cardiaques, de cancer et d'autres troubles physiques chroniques. Une étude de 13 ans a permis de démontrer que les personnes atteintes de dépression chronique présentaient un risque 4,5 fois plus élevé de subir une crise cardiaque que les individus sans antécédents de dépression, et la mortalité chez ces personnes était quatre fois plus élevée⁷⁴. Une autre étude a montré que la dépression était associée à un risque de mortalité chez les femmes âgées, semblable au facteurs de risque de maladies cardiovasculaires tels que l'hypertension, le tabagisme, l'obésité et le diabète⁷⁵.

Des études ont montré que la confiance, l'optimisme, l'auto-efficacité et un sentiment de cohérence et de contrôle peuvent amortir et modérer les effets du stress et prévenir la maladie⁷⁶. Tout comme la détresse psychologique est souvent le précurseur d'un trouble physique, un état d'esprit sain est également reconnu comme étant l'élément le plus important de la guérison et du rétablissement à la suite d'une maladie ou d'une blessure⁷⁷.

L'interaction de la maladie physique et de la maladie mentale est complexe. On sait que les maladies mentales peuvent être liées de diverses façons aux maladies physiques telles que le cancer, la maladie cardiaque et la maladie respiratoire obstructive⁷⁸. La maladie physique peut causer la détresse psychologique, et la maladie mentale est associée à certains troubles physiques. On a déterminé que certains états psychologiques et types de personnalité étaient des facteurs de risque d'hypertension, de maladie cardiaque et d'autres maladies chroniques. En particulier, l'hostilité, l'agression, le cynisme et l'isolement ont été associés à un risque de maladie cardiaque; la colère rentrée a été associée au cancer, à l'hypertension artérielle et à l'hépatite C; et les émotions refoulées sont un facteur de risque démontré de cancer et de maladie cardiaque⁷⁹.

Les personnes atteintes d'une maladie chronique éprouvent souvent de l'anxiété, une dépression et d'autres troubles mentaux. Les personnes atteintes d'une maladie mentale développent souvent des symptômes et des troubles physiques, tels qu'une perte de poids et un déséquilibre biochimique sanguin associé aux troubles de l'alimentation. La maladie mentale peut également contribuer à la toxicomanie chez certaines personnes qui tentent d'atténuer les symptômes⁸⁰. Les auteurs d'un rapport de Santé Canada font la remarque suivante :

Il y a également des preuves croissantes que des modifications à long terme de la fonction cérébrale peuvent se produire en réaction à des facteurs environnementaux tels la stimulation, l'expérience d'un stress traumatique ou chronique ou divers genres de privation. Autrement dit, l'interaction entre la biologie du cerveau et l'expérience vécue semble réciproque⁸¹.

Puisque la maladie mentale et la maladie physique sont reliées, les iniquités sociales peuvent être la cause de troubles mentaux pouvant influencer sur la progression des maladies chroniques. Les facteurs tels que le statut socioéconomique, les conflits familiaux et les pressions au travail peuvent favoriser l'apparition d'une maladie mentale. Bien que la majorité des pauvres ne soient pas atteints d'une maladie mentale, les résultats de recherche montrent que la pauvreté augmente la possibilité d'être atteint d'une maladie mentale⁸². La pauvreté augmente le désespoir de même que le risque de stress chronique ou traumatique. Selon un chercheur, la pauvreté infantile, les disparités de revenu et le déclin des dépenses en éducation, en santé et en aide sociale pourraient entraîner une augmentation des cas de maladie mentale dans un proche avenir⁸³. De plus, les personnes atteintes d'une maladie mentale qui ne sont pas en mesure de travailler et qui n'ont pas un soutien économique indépendant sont presque toujours condamnées à la pauvreté⁸⁴.

Une analyse de la santé mentale de la population canadienne a montré une forte association avec le niveau de scolarité. Les probabilités d'avoir confiance en soi, d'avoir le sentiment de maîtriser la situation, d'être heureux et d'avoir un intérêt pour la vie étaient 2,2 fois plus élevées chez les diplômés universitaires que chez les personnes qui ont abandonné leurs études secondaires. La même étude a montré que le stress actuel et le soutien social sont les plus importants facteurs en corrélation avec la santé mentale. Les personnes qui profitent d'un solide soutien social ont deux fois moins de risques de souffrir de détresse – une autre preuve de la nature très interactive des déterminants de la santé⁸⁵. Des études ont démontré que le stress des hommes chômeurs entraîne un déclin de la santé mentale des épouses et des enfants. De même, les niveaux élevés de stress chez les femmes ont un effet néfaste sur les familles et les collectivités⁸⁶.

Les personnes atteintes de maladies mentales sont victimes de stigmatisation et de discrimination de la part des gens qui ne comprennent pas les maladies. Ainsi, les personnes qui éprouvent une détresse grave préfèrent souvent cacher leurs sentiments plutôt que de solliciter de l'aide et du soutien. L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale a recommandé de lutter contre la discrimination en misant sur

l'éducation du public comme première étape en vue d'améliorer la santé mentale⁸⁷. Pour réduire l'impact de la maladie mentale, il faut fournir de solides soutiens sociaux, des logements et des revenus adéquats et des possibilités de s'instruire⁸⁸.

La plupart des maladies mentales se manifestent durant l'adolescence et au début de l'âge adulte, nuisant ainsi à l'éducation future et aux occasions de carrière et causant aux familles une détresse émotive et financière. À l'heure actuelle, les jeunes présentent les niveaux les plus élevés de détresse dans la population. Il y a vingt ans, les jeunes avaient les niveaux de détresse les moins élevés, et les taux les plus élevés étaient observés chez les aînés⁸⁹. Ce revirement dramatique peut être en partie attribuable aux taux plus élevés de chômage et d'insécurité professionnelle chez les jeunes, à la baisse du revenu réel des jeunes et aux stress financiers liés aux dettes d'études plus élevées et à la hausse des frais de scolarité à l'université. Par ailleurs, les revenus des aînés ont profité des initiatives gouvernementales, incluant les régimes de retraite et les politiques de taxation. Autrement dit, les résultats changeants en matière de santé mentale pourraient refléter une iniquité socioéconomique croissante liée à l'âge au Canada.

Le taux d'hospitalisation psychiatrique chez les femmes est 14 p. 100 plus élevé que chez les hommes. Dans tous les groupes d'âge, les taux d'hospitalisation psychiatriques sont de beaucoup supérieurs à ceux des hommes dans le cas des troubles névrotiques (coefficient de 1,9:1), des états dépressifs (1,8:1), des psychoses affectives (1,7:1) et des réactions d'adaptation (1,4:1). En revanche, les hommes sont beaucoup plus susceptibles d'être hospitalisés pour la dépendance à l'alcool ou aux drogues (2,4:1) et la schizophrénie (1,4:1). Le taux d'admission dans un hôpital général pour des troubles mentaux est 21 p. 100 plus élevé chez les femmes que chez les hommes⁹⁰.

Lorsqu'on inclut les hospitalisations psychiatriques, les troubles mentaux sont responsables de plus de jours d'hospitalisation en Canada que toute autre maladie – plus de 15 millions de jours-patients en 1993-1994 – ce qui est supérieur au total combiné de jours-patients pour toutes les maladies circulatoires et cardiaques, les troubles du système nerveux, les cancers et les blessures (les quatre prochaines causes les plus courantes d'hospitalisation). Même dans les hôpitaux généraux, près de six millions de journées d'hospitalisation sont dus aux troubles mentaux⁹¹.

Puisqu'il est étroitement associé aux troubles mentaux, le suicide est souvent utilisé comme un indicateur de la santé mentale d'une société. Selon Statistique Canada, le suicide est l'une des principales causes de décès chez les jeunes et la population d'âge moyen au Canada. En fait, les Canadiens sont sept fois plus susceptibles de mourir d'un suicide que d'un homicide. En 1998, le suicide était la principale cause de décès chez les hommes âgés de 25 à 29 ans et de 40 à 44 ans et chez les femmes de 30 à 34 ans. Chez les hommes et les femmes de 10 à 24 ans, il était la deuxième principale cause de décès après les accidents d'automobile⁹².

Les taux de suicide chez les Autochtones, particulièrement les Inuits, sont spécialement élevés. Les facteurs potentiellement reliés qui ont été repérés dans la documentation spécialisée sont multidimensionnels. Ils comprennent l'alcoolisme, la dépression, l'instabilité familiale, l'absence de contrôle social, la perte de la dignité, les modes de vie en évolution, les changements de nature économique et (chez les jeunes en particulier) l'acculturation, le rétablissement, un sentiment de désespoir et de détresse, la violence familiale, l'isolement, les comportements délinquants et le rejet par les proches⁹³.

Les chercheurs s'entendent généralement pour dire que le suicide est associé à des facteurs sociaux, économiques et culturels tels que l'isolement social, la violence familiale, la maladie mentale, la maladie physique, la pauvreté, la dépression et le désespoir. L'économie influe fortement sur le nombre de suicides. Leur nombre chute lorsque les conditions économiques s'améliorent et augmente en période de récession. Les hommes sont environ quatre fois plus susceptibles de se suicider que les femmes. En somme, les iniquités sociales peuvent souvent être une cause sous-jacente de suicide⁹⁴.

Statistiques provinciales et régionales

Malgré l'importance du bien-être psychologique, on sait toujours très peu de choses sur l'incidence et la prévalence de la majorité des maladies mentales au Canada. Il y a également peu de données sur les associations avec le statut économique, la scolarité, l'origine ethnique et d'autres variables; les répercussions sur la santé et le bien-être physique; sur les risques connexes et les facteurs de protection; et l'accès aux services de santé mentale⁹⁵.

Les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador présentent des niveaux nettement plus élevés de santé mentale que les autres Canadiens et signalent de façon constante les niveaux de stress les moins élevés et les niveaux de bien-être psychologique les plus élevés au pays⁹⁶. En 1985, les niveaux de stress à Terre-Neuve-et-Labrador étaient 27 p. 100 inférieurs à la moyenne nationale; 16 p. 100 inférieurs en 1991; et 35 p. 100 inférieurs en 1994-1995. En 2000-2001, le stress élevé était 40 p. 100 moins fréquent chez les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador que chez les autres Canadiens. En 1994-1995, les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador étaient également 30 p. 100 plus susceptibles que les autres Canadiens de signaler un niveau élevé de bien-être psychologique.

Ce statut favorable en matière de santé mentale pourrait permettre d'expliquer pourquoi, en dépit des niveaux plus élevés de chômage et des niveaux plus faibles de revenu et de scolarité, les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador signalent nettement moins de maladies chroniques que les autres Canadiens dans certaines catégories clés. Ils présentent les plus faibles taux de nouveaux cas de cancer, d'asthme, d'allergies et de problèmes de dos au pays. Ils affichent également les plus faibles taux de suicide, malgré le taux élevé de suicide enregistré au Labrador, et les taux les plus bas de maladies transmissibles sexuellement au Canada, des résultats reliés au statut de santé mentale. Ils sont plus susceptibles de signaler que leur propre santé est « excellente » ou « très

bonne » que les autres Canadiens, et présentent des niveaux d'état de santé fonctionnel supérieurs à la majorité des Canadiens. Il est intéressant de constater que, malgré les problèmes économiques chroniques et le chômage dans la province, les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador signalent tout de même des niveaux de satisfaction professionnelle supérieurs à la moyenne nationale⁹⁷. L'« avantage terre-neuvien » dans cette sphère, lorsque son impact considérable sur la santé aura été pleinement reconnu et évalué, pourrait servir de base à l'établissement d'un modèle où la perspective axée sur le traitement des maladies serait remplacée par une vision plus globale et positive de la santé.

Les Prince-Édouardiens affichent également un niveau élevé de santé mentale, avec des niveaux de stress chronique 23 p. 100 inférieurs aux niveaux nationaux et un taux de bien-être psychologique 17 p. 100 supérieur au taux national⁹⁸. Ils sont également plus susceptibles que les autres Canadiens de juger que leur propre santé est « excellente » ou « très bonne »⁹⁹. Par ailleurs, on enregistre en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick des niveaux de bien-être psychologique inférieurs à ceux du reste du Canada.

Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, 7,1 p. 100 des Canadiens présentent un « risque de dépression possible » comparativement à 4,7 p. 100 des résidents de Terre-Neuve-et-Labrador et à 5,8 p. 100 des Prince-Édouardiens – des résultats qui confirment les scores élevés de santé mentale obtenus de façon constante par ces deux provinces au fil des ans. En revanche, les Néo-Écossais (8,7 p. 100) et les Néo-Brunswickois (7,7 p. 100) présentent un risque plus élevé de dépression que les autres Canadiens.

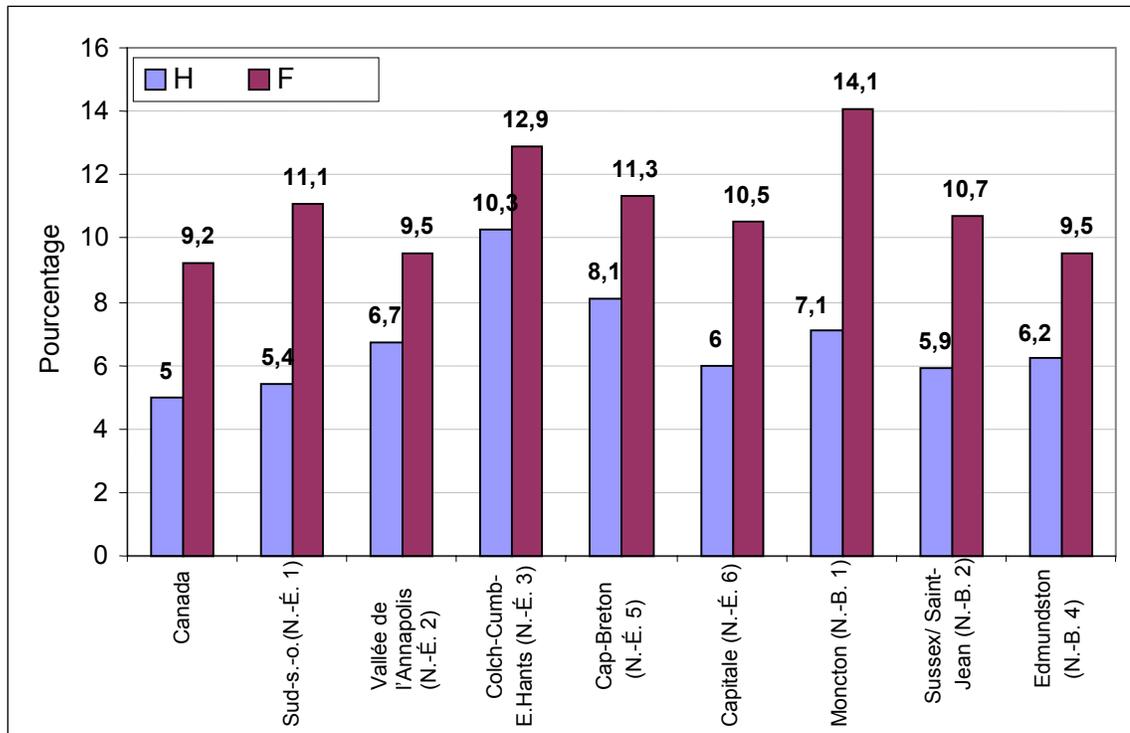
Les régions où la population présente les risques les plus élevés de dépression au Canada atlantique sont les comtés de Colchester, de Cumberland et d'East Hants en Nouvelle-Écosse (la région de Truro-Amherst), où 11,6 p. 100 des résidents présentent un risque de dépression possible, la région de Moncton (10,7 p. 100) et le Cap-Breton (9,8 p. 100).

Les femmes sont plus susceptibles de souffrir de dépression que les hommes. Au Canada, 9,2 p. 100 des femmes présentent un risque de dépression possible comparativement à 5 p. 100 des hommes. En Nouvelle-Écosse, les taux sont de 10,6 p. 100 chez les femmes et de 6,6 p. 100 chez les hommes et, au Nouveau-Brunswick, ils sont de 10,3 p. 100 chez les femmes et de 5 p. 100 chez les hommes. On enregistre la plus forte proportion de femmes présentant un risque de dépression possible à Moncton, au Nouveau-Brunswick (14,1 p. 100), à Colchester-Cumberland-East Hants (12,9 p. 100) et au Cap-Breton en Nouvelle-Écosse (11,3 p. 100)¹⁰⁰.

En 1996, le taux de suicide normalisé selon l'âge au Canada était de 12,9 suicides par 100 000 habitants, avec un taux nettement plus élevé chez les hommes (20,8) que chez les femmes (5,3). Terre-Neuve-et-Labrador affiche des taux nettement inférieurs à la moyenne canadienne : 7,3 suicides par 100 000 habitants (12,8 chez les hommes, 2,1

chez les femmes), mais cette faible moyenne provinciale cache le très haut taux de suicide enregistré au Labrador (19,2 par 100 000). Les Autochtones représentent 28,7 p. 100 de la population des régions de santé du Labrador.

Figure 8. Districts de santé de la région de l'Atlantique affichant un pourcentage plus élevé de la population de 12 ans et plus présentant un risque de dépression possible, comparativement au Canada, 2000-2001 (%)



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*, fichier santé; accessible en ligne à l'adresse www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/hlthstatus/conditions2_f.htm#depression (données extraites le 6 janvier 2003).

Note : Les données sur les hommes dans tous les districts de santé – région du sud-sud-ouest (N.-É. 1), vallée de l'Annapolis (N.-É. 2), Colchester-Cumberland-East Hants (N.-É. 3), Cap-Breton (N.-É. 5), région de la capitale (N.-É. 6), Moncton (N.-B. 1), Sussex/Saint-Jean (N.-B. 2) et Edmundston (N.-B. 4) – sont associées à un coefficient de variation (CV) allant de 16,6 p. 100 à 33,3 p. 100 et devraient être interprétées avec prudence.

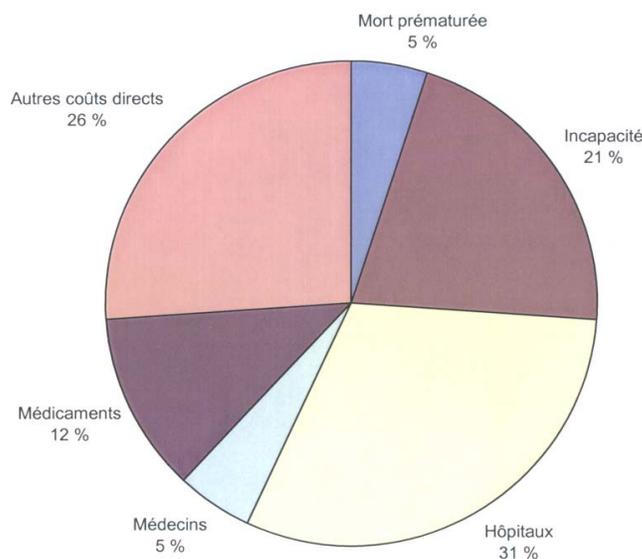
Note : Les données sur les femmes d'Edmundston (N.-B. 4) sont associées à un coefficient de variation (CV) allant de 16,6 p. 100 à 33,3 p. 100 et devraient être interprétées avec prudence.

L'Île-du-Prince-Édouard affiche également un taux de suicide plus faible que la moyenne canadienne : 11 suicides par 100 000 habitants (18,4 chez les hommes, 3,8 chez les femmes). Mais ce taux cache à nouveau une grande disparité entre les centres urbains et les régions rurales (14,1 à Charlottetown et Summerside, comparativement à 8,3 dans les régions rurales de l'Île-du-Prince-Édouard). Le taux de suicide de la Nouvelle-Écosse est également inférieur à la moyenne canadienne : 11,6 suicides par 100 000 habitants (20,1 chez les hommes, 3,5 chez les femmes).

Au Nouveau-Brunswick, le taux de suicide est supérieur à la moyenne canadienne : 13,4 suicides par 100 000 habitants (23,8 chez les hommes, 3,2 chez les femmes). Toutefois, ce taux cache une différence très forte entre les centres urbains du sud du Nouveau-Brunswick et le reste de la province. En fait, les régions de Saint-Jean (9,2), de Fredericton (10,6) et de Moncton (12,3) enregistrent toutes des taux de suicide inférieurs à la moyenne canadienne. À l'inverse, les régions d'Edmundston (24,9) et de Campbellton (22,8) dans l'ouest et le nord du Nouveau-Brunswick affichent les plus hauts taux de suicide au Canada atlantique¹⁰¹.

Figure 9. Distribution des coûts liés à la maladie mentale, Nouvelle-Écosse, 1998

Distribution des coûts liés à la maladie mentale, Nouvelle-Écosse, 1998



Source : Santé Canada, *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*.

2.3 TENDANCES RÉVÉLATRICES

Cette description préliminaire révèle des tendances régionales très claires et des iniquités en santé fortement en corrélation avec les désavantages sociaux et économiques. En voici des exemples :

- Au Cap-Breton, avec ses taux élevés de chômage et de faible revenu, l'incidence des maladies chroniques, de l'incapacité et des morts prématurées est nettement plus élevée qu'à Halifax.

- On observe une division claire entre le nord et le sud du Nouveau-Brunswick, où l'état de santé de la population est nettement meilleur dans les centres urbains de Saint-Jean, de Fredericton et de Moncton que dans les régions de Campbellton et d'Edmundston, par exemple.
- Le Labrador se démarque en raison de ses taux élevés de suicide, de décès attribuables au cancer du poumon et de mort prématurée. Ces résultats démontrent clairement la nécessité de tenir compte des besoins sociaux, culturels et sanitaires des Autochtones.
- Le Canada atlantique ne présente pas un profil de santé unique. Dans de nombreux cas, tels que la santé mentale et la santé auto-évaluée, Terre-Neuve-et-Labrador et l'Île-du-Prince-Édouard se démarquent clairement de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick. Les raisons qui expliquent cette situation devraient être examinées et mieux comprises.

Ces tendances, entre autres, s'expliquent par les disparités et les iniquités sociales et économiques, par le clivage de plus en plus net entre les régions rurales et les centres urbains de la région, par les contextes culturels particuliers et par une gamme de processus sociaux qui aggravent ou améliorent les conditions matérielles sous-jacentes. Plus la compréhension de ces relations progressera, plus les responsables de la planification des politiques seront en mesure d'intervenir de façon efficace pour améliorer la santé de la population du Canada atlantique.

3. INIQUITÉ ET EXCLUSION SOCIOÉCONOMIQUE

Message clé : L'exclusion socioéconomique crée des iniquités dans la société.

3.1 DISCRIMINATION ET RACISME

La pauvreté et l'iniquité font partie intégrante d'un ensemble plus vaste de facteurs regroupés, notamment la discrimination et le racisme, qui tendent à exclure les groupes défavorisés de l'ensemble de la société. Le racisme et la discrimination demeurent une réalité sociale dans notre culture. On parle de discrimination lorsqu'un groupe dominant traite les autres groupes comme des subordonnés qui ne méritent pas de profiter des protections et des privilèges accordés à ses membres¹⁰².

En citant le document *The Colour of Democracy: Racisme in Canadian Society*, la Fondation canadienne des relations raciales fait la distinction entre trois principales formes de racisme : le racisme individuel, le racisme systémique et le racisme culturel. Le racisme individuel, la forme la plus facile à reconnaître, se manifeste dans les attitudes et les comportements d'une personne. Le racisme systémique est souvent plus difficile à repérer puisqu'il est inhérent aux politiques d'une organisation. Ces politiques, qu'elles soient directes ou indirectes, maintiennent les avantages accordés aux « privilégiés ». Le racisme culturel est à la base des autres formes de racisme. Il privilégie un système de valeurs adopté par la société selon lequel il est acceptable que des actes discriminatoires soient basés sur les différences raciales et sur une hiérarchie culturelle soi-disant supérieure et inférieure¹⁰³.

Les formes apparentes de discrimination raciale ne sont pas acceptables pour la majorité des gens au Canada¹⁰⁴. La Fondation canadienne des relations raciales affirme que, même si l'on refuse de reconnaître que le racisme est un problème au Canada, le racisme continue à être une cause fondamentale des inégalités humaines. La reconnaissance de l'existence de la discrimination raciale et de ses effets est la première étape de l'élimination de ce problème¹⁰⁵. Des rapports, tels que *Canada's Creeping Economic Apartheid*, porte sur la « division raciale » ou la ségrégation économique et la marginalisation sociale des groupes raciaux¹⁰⁶. Dans l'ouvrage *A Place Called Heaven: The Meaning of Being Black in Canada*, Foster observe que même si le racisme au Canada n'est peut-être pas aussi apparent qu'aux États-Unis, il réussit tout de même à [traduction] « briser des rêves et à créer un sentiment de désespoir face à l'avenir ». Les Afro-Canadiens appellent le type de racisme dans lequel ils vivent le [traduction] « racisme avec le sourire »¹⁰⁷.

La Fondation canadienne des relations raciales signale qu'en plus d'être une attitude, le racisme est l'action qui résulte de cette attitude. Ces actions marginalisent et oppriment les gens. Elles se manifestent dans les structures de la société, telles que l'éducation, la

justice, les médias, les services de police, l'immigration, l'emploi et les politiques gouvernementales¹⁰⁸. Par exemple, la discrimination systémique est observée lorsque les membres de minorités visibles se voient refuser des emplois, particulièrement les postes de niveau supérieur, ou un logement ou lorsqu'ils sont traités injustement. Le rendement scolaire ne permet pas d'expliquer certains cas signalés de discrimination en matière d'emploi. Dans la fonction publique canadienne, un employé sur 17 appartient à une minorité visible, mais seulement un sur 33 occupe un poste de direction¹⁰⁹.

Les participants à des groupes de discussion tenus dans le cadre d'une étude canadienne¹¹⁰ du racisme confirment que les hommes et les femmes appartenant à des minorités visibles sont encore de nos jours confrontés à un racisme « poli » au cours de leurs démarches de recherche d'emploi. Un participant à un groupe de discussion a fait part de l'expérience suivante : « J'ai appelé pour postuler pour des emplois et on m'a invité à venir passer des entrevues. Toutefois, lorsque je me présentais en personne, j'avais le sentiment que les gens étaient surpris de voir que je suis noir parce que je n'ai aucun accent au téléphone. Ils m'ont dit que le poste venait juste d'être comblé ou, durant l'entrevue, ils m'ont dit que j'étais surqualifié et m'ont demandé si j'étais certain de vouloir occuper ce type d'emploi. » Un autre membre du groupe de discussion tenu dans le cadre de l'étude a mentionné les difficultés d'avancement professionnel même après avoir été engagé. Un participant d'un groupe de discussion a fait le commentaire suivant : « J'avais postulé pour une promotion, mais je n'ai pas eu le poste. C'est plutôt un gars que j'avais formé (qui est blanc) a eu le poste. » Un autre a signalé que plus l'on regarde vers le haut de l'échelle d'une organisation, plus la couleur de la peau devient claire. « Je regarde autour de moi et je me rends compte que je n'ai aucune chance d'avancement. Parmi toutes les personnes qui occupent des postes supérieurs, aucune n'appartient à un groupe ethnique. »¹¹¹

En se fondant sur les données du recensement de 1996, les auteurs de l'ouvrage *Données de base sur la pauvreté au Canada* signalent que le taux de pauvreté dans les groupes raciaux au Canada (35,9 p. 100) est presque deux fois plus élevé que celui des autres groupes de pauvres (17,6 p. 100). Terre-Neuve-et-Labrador présente le plus faible taux de pauvreté dans les groupes raciaux comparativement à celui des autres groupes de pauvres (24,3 p. 100 comparativement à 21,3 p. 100). La Nouvelle-Écosse affiche le deuxième taux le plus élevé au Canada (37,9 p. 100 comparativement à 18,1 p. 100), alors que les taux enregistrés au Nouveau-Brunswick (34,2 p. 100 comparativement à 18,9 p. 100) se rapprochent de la moyenne nationale. À l'Île-du-Prince-Édouard, les taux (28 p. 100 comparativement à 15,1 p. 100) sont inférieurs à la moyenne nationale¹¹².

Les personnes atteintes de maladies mentales sont également victimes de stigmatisation et de discrimination. Dans un rapport de Santé Canada, intitulé *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, on peut lire que la discrimination à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales découle « de la superstition, du manque de connaissance et d'empathie, des anciens systèmes de croyances ainsi que d'une tendance à craindre et à exclure les personnes perçues différentes »¹¹³. Les personnes atteintes de maladies

mentales sont souvent craintives et gênées et, par conséquent, ne cherchent pas à obtenir l'aide de la famille, d'amis, de collègues, d'employeurs, de professionnels de la santé et d'autres personnes de la collectivité. Selon l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, la prévention de la stigmatisation des maladies mentales et de la discrimination à l'endroit des personnes atteintes de maladies mentales est une priorité en vue d'améliorer la santé mentale de la population canadienne¹¹⁴. Comme première étape, elle recommande d'informer le public et les médias au sujet des maladies mentales. Elle recommande également d'élaborer et d'appliquer des politiques qui s'attaquent à la discrimination et aux violations des droits humains.

Les personnes qui ont besoin du soutien de l'aide sociale et de l'assurance-emploi font également face à un manque de compréhension générale et à la discrimination de la part de l'ensemble de la population. Par exemple, dans une note à l'intention du premier ministre publiée dans l'*Edmonton Journal* et intitulée « Cure for poverty is to end welfare: Back to the poorhouse: In today's society, poverty is usually a voluntary choice », McMahon fait l'affirmation suivante :

[Traduction]

Tous les obstacles que les gens devaient surmonter par le passé – des obstacles qui pouvaient condamner des personnes à vivre dans la pauvreté – ont disparu (...) En raison du filet de sécurité, les conséquences des mauvais choix paraissent plus tolérables. Les programmes de lutte contre la pauvreté rendent trop souvent la pauvreté plus acceptable et donc la perpétuent¹¹⁵.

Les victimes de discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique ou l'orientation sexuelle paient un prix élevé en matière de santé. Des résultats de recherche laissent entendre que les personnes victimes de discrimination sont plus susceptibles de souffrir de conséquences indésirables pour leur santé physique et mentale, particulièrement de maladies cardiovasculaires et d'hypertension¹¹⁶. L'exposition répétée à la discrimination crée un stress constant, des sentiments de dépression, une perte d'estime de soi et de la colère. La discrimination contribue à la pauvreté, à l'insécurité économique, aux possibilités limitées de s'instruire et à l'absence d'autres ressources nécessaires au maintien d'une bonne santé¹¹⁷.

La discrimination est également au cœur du risque de contracter des maladies chroniques transmissibles¹¹⁸. Les problèmes liés au VIH ont des facteurs à la fois communs et différents en relation avec d'autres maladies chroniques. L'iniquité est une composante de base qui nuit à la prévention de l'infection au VIH et au traitement prolongé de la maladie. Selon Larry Baxter de la Nova Scotia's Advisory Commission on AIDS, la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle pourrait bloquer la reconnaissance de l'homosexualité et ainsi créer des obstacles à la transmission du message de prévention de l'infection au VIH et à l'obtention par les personnes infectées de soins et de soutien. Les groupes de pairs, les familles, les écoles, les collectivités (particulièrement les petites villes ou les régions rurales), les milieux de travail et les églises peuvent tous créer des

obstacles subtils de stigmatisation et de discrimination qui deviennent des « vérités » au fil du temps et renforcent les iniquités qui perpétuent le statu quo¹¹⁹.

3.2 INCLUSION SOCIALE ET ÉCONOMIQUE

L'inclusion ou l'exclusion sociale et économique est devenue un concept important dans la documentation spécialisée, où il est associé aux causes fondamentales de la maladie, aux mécanismes de la maladie, aux états et aux comportements à risque et aux maladies chroniques. Les personnes exclues de la société sur les plans sociaux et économiques éprouvent une privation matérielle, notamment des obstacles à l'emploi et à l'instruction, ainsi que des stress psychologiques, notamment des obstacles à la participation à l'élaboration de politiques, et adoptent souvent des comportements malsains comme moyen de composer avec ces stress. L'absence d'un revenu adéquat, un faible rendement scolaire, l'accès difficile aux biens et aux services (y compris les soins de santé), le mauvais état des logements, le sous-emploi, l'accès limité au processus politique et les répercussions de la culture, du sexe et de l'orientation sexuelle peuvent contribuer à l'exclusion¹²⁰.

Selon le Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, le concept d'exclusion sociale et économique permet d'aller au-delà des descriptions superficielles de la privation pour examiner certaines exclusions sous-jacentes qui empêchent certaines personnes d'avoir accès aux ressources sociales clés. Comme le fait remarquer Raphael, l'exclusion sociale [traduction] « décrit un processus global par lequel l'incidence du faible revenu – et les précurseurs connexes des maladies [chroniques] (...) chez les Canadiens est associée aux politiques sociales et économiques du gouvernement et à d'autres processus sociaux »¹²¹. Comme un analyste l'a souligné, pour assurer l'inclusion de tous les citoyens, il faut non pas que les groupes marginalisés soient réintégrés dans l'ensemble de la société, mais plutôt que la société change¹²².

L'exclusion sociale et économique n'est pas un choix individuel. Elle est au moins en partie le résultat de changements sociaux (par ex., chômage, monoparentalité, exode) et de politiques gouvernementales (par ex., compressions dans l'aide sociale, privatisation)¹²³. Cette compréhension est très importante puisqu'elle indique que l'exclusion sociale et économique est un processus de risque modifiable et non pas un état permanent. Autrement dit, les politiques gouvernementales peuvent aggraver ou réduire l'exclusion sociale et économique dans la société, sans égard au statut inhérent ni à la naissance¹²⁴. Les collectivités et les sociétés peuvent s'organiser pour soutenir la santé ou pour y nuire¹²⁵. Une approche intégrée axée sur la santé de la population est fondée sur la reconnaissance que les stratégies efficaces de prévention des maladies doivent non seulement réduire l'exclusion sociale et économique mais également favoriser l'inclusion sociale et économique dans la population¹²⁶.

Selon Szreter et Woolcock, il existe trois principaux types d'inclusion sociale – établissement de relations, formation de ponts et création de liens – qu'ils appellent le « capital social ». La reconnaissance de ces différences est importante en vue de repérer les stratégies d'inclusion efficaces axées sur la santé de la population. Le premier type, l'établissement de relations, fait référence à des relations de confiance et de collaboration entre les membres d'un réseau social qui se considèrent semblables. Il peut s'agir de groupes familiaux, de groupes communautaires ou même de membres d'une bande de quartier. Le deuxième type, la formation de ponts, fait référence aux relations respectueuses entre les membres de groupes différents sur le plan sociodémographique, en raison de l'âge, de l'origine ethnique, de la classe, etc. Ces groupes sont plus ou moins égaux en terme de pouvoir et de statut, et la formation de ponts entre eux augmente la mutualité et réduit la discrimination. Le troisième type, la création de liens, met en relation des gens inégaux en terme de pouvoir. Par exemple, la création de liens entre des collectivités pauvres et des banquiers, des agents de la paix ou des travailleurs sociaux peut permettre aux gens défavorisés d'établir des liens avec des représentants d'institutions officielles qui ont des répercussions majeures sur leur bien-être¹²⁷.

L'inclusion et l'exclusion sociale et économique agissent indépendamment ou en association dans de nombreux domaines de privation. Le tableau 1 présente des exemples de ces dimensions qui comprennent les facteurs physiques, économiques et politiques ainsi que les ressources humaines et sociales. Il est adapté à partir d'une version du tableau préparée par Mitchell et Shillington¹²⁸, qui s'étaient eux-mêmes inspirés d'un cadre de travail établi par de Haan¹²⁹. Le cadre de travail comprend l'aspect de privation (par ex., revenu), les indicateurs (par ex., pauvreté chez les enfants et les familles) les institutions ou agents concernés (par ex., marché du travail, autorités gouvernementales) et les processus d'exclusion sociale (par ex., politique macroéconomique, politique de sécurité du revenu, politique de formation, etc.). Il fait ressortir les nombreuses dimensions de l'inclusion ou de l'exclusion sociale et économique, qui comprennent la santé, la discrimination, le logement et la participation à la vie politique.

Tableau 1. Les institutions et les processus d'exclusion

ASPECT	INDICATEUR	INSTITUTIONS/AGENTS	PROCESSUS D'EXCLUSION
Physique : Lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement géographique • Accès aux parcs et aux endroits publics 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificateurs des gouvernements locaux • Associations de quartier et de contribuables 	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de zonage municipal et processus de planification • Syndrome « pas dans ma cour »
Infrastructure	<ul style="list-style-type: none"> • Accès au transport en commun • Disponibilité d'une bibliothèque publique 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificateurs des transports/ autorités gouvernementales 	<ul style="list-style-type: none"> • Processus budgétaires des gouvernements locaux et supérieurs
Logement	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin de logement de base • Personnes vivant dans des abris ou des logements temporaires • Statut d'occupation et coûts 	<ul style="list-style-type: none"> • Locateurs • Politiciens • Restrictions administratives, règlements, restrictions de location 	<ul style="list-style-type: none"> • Discrimination • Non-respect des lois applicables à la location • Processus d'établissement des priorités budgétaires
Économique : Revenu	<ul style="list-style-type: none"> • Pauvreté chez les enfants et les familles • Durée de la pauvreté • Coefficient de GINI (inégalités de revenu) • Répartition intrafamiliale du revenu 	<ul style="list-style-type: none"> • Marché du travail • Autorités gouvernementales • Culture et habitudes 	<ul style="list-style-type: none"> • Politiques macroéconomiques • Politiques de sécurité du revenu • Politiques économiques locales (par ex., adéquation de l'offre et de la demande d'emploi, politiques de formation) • Discrimination fondée sur le sexe
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Richesse, accession à la propriété 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible accès aux institutions financières 	<ul style="list-style-type: none"> • Protection contre les accidents financiers
Ressources humaines : Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Faible poids à la naissance • Mortalité prématurée • Maladies chroniques • Incapacité • Accès à une protection en matière de services de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Système de santé public • Assurance-santé privée ou publique • Politiques gouvernementales 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux services de santé, aux dispositifs, aux médicaments nécessaires, etc. • Déterminants sociaux et économiques de la santé
Éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Rendement scolaire • Décrochage • Éducation permanente • Intégration des enfants à besoins spéciaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Système d'éducation public 	<ul style="list-style-type: none"> • Frais de scolarité, frais imposés aux étudiants, accès aux prêts étudiants et à des services de garde
Ressources sociales : Contexte social	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe • Race • Soutiens sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexisme et racisme systémiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexisme et racisme
Engagement civique	<ul style="list-style-type: none"> • Participation dans des groupes sportifs, des clubs et d'autres groupes organisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Sports en milieux communautaires et scolaires, groupes de bénévoles et communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Stress dû à un manque de temps, ressources financières insuffisantes
Psychologique	<ul style="list-style-type: none"> • Estime de soi 	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusion et isolement
Organismes	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie économique, civique et personnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Multitude d'institutions publiques et privées 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité (dont les protections juridiques, le droit de vote et l'autonomie économique et sociale)

Politique : Pouvoir Participation Organismes Citoyenneté	<ul style="list-style-type: none"> • Droits juridiques officiels • Accès aux procédures • Consultation ou pouvoir • Participation politique • Immigrants, non-citoyens 	<ul style="list-style-type: none"> • Organismes gouvernementaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'habilitation, de respect et d'appréciation
---	---	--	---

Source : Adapté de Mitchell et coll., *Poverty, Inequality and Social Inclusion*.

Ces dimensions doivent être examinées dans l'optique de l'inclusion sociale et économique. Le Bureau régional de l'Atlantique de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada a récemment produit un cahier d'exercices sur l'optique d'inclusion qui peut être utilisé dans une variété de contextes par tous les ordres de gouvernement, les organisations non gouvernementales et les groupes communautaires. Cet outil a été conçu pour analyser les lois, les politiques, les programmes et les pratiques en vue de connaître leurs effets sur l'inclusion sociale et économique¹³⁰. L'outil peut favoriser la transposition des concepts d'inclusion sociale et économique en de saines politiques publiques.

Comme Mitchell le signale, les politiques qui visent uniquement à créer des emplois peuvent également favoriser l'exclusion si les emplois créés sont peu rémunérés, réduisent la capacité des gens à jouer leur rôle de parent, etc. De plus, les responsables de l'élaboration de ces politiques doivent examiner comment les multiples déterminants socioéconomiques de la santé peuvent influencer sur le succès du programme. Par exemple, est-ce que la création d'emplois dépend également de l'offre de logements abordables, de services de garde, etc.? De plus, si les programmes qui soutiennent les groupes à faible revenu sont conçus et administrés par des personnes plus aisées, les groupes vulnérables n'ont pas de voix ni de pouvoir pour influencer sur les questions importantes concernant leur bien-être¹³¹.

Mitchell fait également ressortir que les processus d'exclusion ou d'inclusion sont le reflet de différentes visions politiques qui sont le fondement de la compréhension du désavantage. Les personnes qui définissent la citoyenneté en se fondant sur les tâches et les obligations encourageront des stratégies différentes de celles qui sont soutenues par les personnes qui considèrent la citoyenneté comme un ensemble de droits politiques, civils et sociaux. Par exemple, les visions selon lesquelles le travail est une nécessité morale pour éviter la dépendance à l'égard du gouvernement sont souvent discriminatoires. Les stratégies fondées sur cette vision visent à réduire le nombre de personnes qui bénéficient de l'assurance-emploi et de l'aide sociale. Toutefois, ces stratégies font souvent abstraction de l'importance de la qualité du travail pour la santé et le bien-être. Elles ne tiennent pas compte du rôle, de la valeur et des répercussions du travail non rémunéré et des responsabilités à l'égard de la prestation de soins qui augmentent la charge de travail des femmes et font en sorte qu'elles ne passent pas assez de temps avec leurs enfants. Elles masquent également le racisme, la discrimination et d'autres iniquités du marché du travail. Selon ces visions, les membres de groupes vulnérables peuvent, par exemple, être contraints à occuper des emplois qui demandent

de longues heures de travail et qui ne paient pas suffisamment pour les sortir de la pauvreté¹³².

L'intégration de l'inclusion sociale et économique dans le cadre de la santé de la population peut aider à aborder la complexité des mesures visant à associer l'équité et les changements sociaux aux résultats positifs en matière de santé de la population. Certains responsables de l'élaboration des politiques sont de plus en plus conscients de l'importance de s'assurer que les politiques ont une incidence sur l'inclusion sociale et économique. Les demandes de stratégies visant à réintégrer la promotion de la santé dans les programmes de santé de la population, à remettre la population au cœur des programmes de santé de la population¹³³, sont de plus en plus courantes. Cette approche insiste sur l'importance des connaissances de base et des preuves empiriques, ainsi que sur l'importance d'intégrer en amont des politiques misant sur la participation communautaire. Santé Canada, par exemple, agit en ce sens en soutenant l'action communautaire au moyen de programmes tels que le Fonds pour la santé de la population. Avec ce type de soutien gouvernemental, les collectivités peuvent aider à élaborer des stratégies précises à l'échelle locale fondées sur les besoins réels et précis de la région¹³⁴.

Élaboré par Développement des ressources humaines Canada (DRHC) de concert avec Statistique Canada, l'indice de santé sociale est une tentative de mesurer des indicateurs regroupés du bien-être social, qui donne suite à certains égards aux questions soulevées dans la documentation spécialisée sur l'exclusion sociale et économique. Les 15 composantes de l'indice comprennent les tendances en matière de taux de pauvreté, de violence faite aux enfants, de mortalité infantile, de suicide chez les adolescents, de toxicomanie, de décrochage au secondaire, de criminalité, de décès attribuables à l'alcool, d'accès à un logement à prix abordable et d'autres facteurs. DRHC a observé un déclin des indicateurs de santé sociale dans toutes les provinces depuis le début des années 1980, Terre-Neuve-et-Labrador et le Nouveau-Brunswick enregistrant les baisses les plus modestes (5 p. 100) et l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse, des baisses plus importantes (15 p. 100 et 21 p. 100, respectivement). En fait, la baisse enregistrée en Nouvelle-Écosse est la deuxième plus forte au pays¹³⁵.

4. GROUPES VULNÉRABLES

Message clé : Les maladies chroniques affectent de façon disproportionnée les groupes vulnérables victimes d'iniquités.

Les groupes vulnérables, qui comprennent les enfants et les femmes seules vivant dans la pauvreté, les Autochtones, les Afro-Canadiens et les autres minorités visibles, les personnes atteintes d'un handicap, les gais, les lesbiennes, les bisexuels, les nouveaux immigrants, les femmes âgées seules, les familles à faible revenu et les populations rurales, sont particulièrement sujets aux iniquités matérielles, sociales et économiques et présentent souvent des résultats de santé défavorables. Un nombre disproportionné de tous les facteurs de risque comportementaux, matériels et psychologiques des maladies chroniques transmissibles, non transmissibles et mentales est observé dans ces groupes¹³⁶.

Les groupes vulnérables ont tendance à présenter des taux plus élevés de pauvreté, de faible niveau de scolarisation, de tabagisme, d'inactivité physique, de mauvaise alimentation et de dépression. Les membres de ces groupes éprouvent souvent un stress prolongé attribuable à un manque de ressources économiques, à l'isolement social et à l'absence de soutien social. En raison des niveaux plus faibles de scolarisation, ils ont davantage de difficultés à se sortir de la pauvreté¹³⁷. D'autres agents stressants peuvent comprendre les conditions de travail non standard, le fait de travailler de longues heures ou d'occuper deux emplois pour joindre les deux bouts et le fait de vivre et de travailler dans des conditions où des dangers environnementaux physiques et chimiques peuvent nuire à la santé. Les effets de ces facteurs de risque tendent à s'accumuler au cours de la vie et entraînent l'apparition de maladies chroniques¹³⁸.

La détermination de régions à fortes concentrations de groupes vulnérables pourrait aider à expliquer les profils de santé distincts des différentes régions. Par exemple, le Labrador, avec son importante population autochtone, se démarque en raison de ses taux élevés de suicides, de blessures, de tabagisme, de décès attribuables au cancer du poumon et de mortalité prématurée, alors que le Cap-Breton, avec ses taux élevés de chômage, de faible revenu, de monoparentalité, a une incidence particulièrement élevée de maladies chroniques et d'incapacité. Les stratégies de prévention des maladies chroniques doivent trouver des raisons possibles pour expliquer ces disparités et peuvent accorder une attention et un soutien accrus aux régions défavorisées. Toutefois, ces stratégies doivent être coordonnées et ciblées et doivent s'assurer que le processus n'entraîne pas une augmentation des iniquités¹³⁹. Il a été montré que si les stratégies ne tiennent pas compte des besoins spéciaux des groupes vulnérables, elles peuvent aggraver la séparation et l'exclusion¹⁴⁰.

Le bref aperçu suivant présente quelques groupes traditionnellement défavorisés qui sont plus vulnérables aux problèmes de santé en raison de leurs conditions économiques et

sociales. Le manque de données, de temps et de ressources ne nous a pas permis d'examiner les circonstances d'autres groupes marginalisés, incluant d'autres minorités visibles, les nouveaux immigrants et les personnes atteintes d'un handicap.

4.1 AUTOCHTONES¹⁴¹ ET AFRO-CANADIENS

Les Autochtones sont plus vulnérables que les autres Canadiens au faible revenu, au chômage et à l'exclusion, ainsi qu'à des maladies évitables dans presque tous les cas. En 1997, par exemple, il y avait 53,3 cas de tuberculose par 100 000 habitants parmi les groupes autochtones, comparativement à seulement 6,6 cas par 100 000 habitants dans l'ensemble de la population canadienne. En 1999, le taux de tuberculose chez les Autochtones a atteint 61,5 cas par 100 000 habitants¹⁴². Les Autochtones présentent des taux plus élevés de maladies cardiovasculaires et d'athérosclérose que les Canadiens de descendance européenne¹⁴³. Les taux de diabète chez les peuples autochtones sont trois fois plus élevés que la moyenne canadienne¹⁴⁴. La prévalence la plus élevée de diabète chez les Autochtones est observée en Nouvelle-Écosse¹⁴⁵.

La Commission Romanow a signalé des taux croissants d'infection au VIH et des taux élevés d'incapacité, de problèmes cardiaques et d'exposition à l'alcoolisme et à la toxicomanie chez les peuples autochtones¹⁴⁶. Les Autochtones ont de façon constante une plus courte espérance de vie et des taux élevés d'alcoolisme, de tabagisme et de toxicomanie chez les jeunes¹⁴⁷. Un tiers de la population autochtone est âgée de moins de 15 ans, et un pourcentage élevé de ces enfants vivent dans des familles monoparentales. Les taux de suicide chez les hommes autochtones âgés de 16 à 30 ans sont environ 10 fois supérieurs à celui enregistré chez les hommes non autochtones¹⁴⁸.

Au Canada, 4,4 p. 100 de la population est autochtone. Dans quatre régions sociosanitaires du Canada atlantique, ce pourcentage est équivalent ou supérieur à la moyenne canadienne. La région sociosanitaire du Labrador a la plus importante proportion d'Autochtones au Canada atlantique, soit 28,7 p. 100. Le pourcentage d'Autochtones est de 9,6 p. 100 dans la région sociosanitaire de Grenfell, qui comprend le nord de Terre-Neuve, et de 4 p. 100 à Miramichi, au Nouveau-Brunswick, et au Cap-Breton, en Nouvelle-Écosse. À l'échelle nationale, près de la moitié de la population autochtone vit dans les villes, mais la majorité des Autochtones du Canada atlantique vivent dans des collectivités rurales.

Il existe peu d'études, d'indicateurs ou des statistiques sur la santé des Afro-Canadiens au Canada atlantique¹⁴⁹. Une étude décrit le traitement différentiel défavorable, fondé sur la race, la classe et le sexe, que subissent les femmes afro-canadiennes en Nouvelle-Écosse¹⁵⁰. Les trois collectivités rurales afro-canadiennes étudiées présentent des niveaux élevés de ségrégation et ne disposent pas des ressources nécessaires à l'établissement d'infrastructures saines dans les domaines de l'éducation, du logement, de l'emploi et des loisirs¹⁵¹. Les trois collectivités affichent un taux de chômage de 65 p.

100, des taux supérieurs à la moyenne d'analphabétisme, des logements inadéquats et des ressources limitées d'aide sociale. La maladie cardiaque, le cancer, l'hypertension artérielle, l'arthrite, l'asthme chronique et le diabète sont fréquents¹⁵². Au Canada, on observe également une augmentation du nombre de cas d'infection au VIH dans la population afro-canadienne, particulièrement chez les femmes¹⁵³.

En Nouvelle-Écosse, comme dans l'ensemble du Canada, les Afro-Canadiens représentent 2 p. 100 de la population. Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick ont une population afro-canadienne beaucoup moins nombreuse – 0,1 p. 100, 0,2 p. 100 et 0,4 p. 100, respectivement¹⁵⁴. Les taux de pauvreté chez les Afro-Canadiens sont très élevés. Un rapport sur la ségrégation dans les villes canadiennes, notamment Dartmouth et Halifax, en Nouvelle-Écosse, a montré que 40 p. 100 des Afro-Canadiens vivaient dans des régions où les taux de pauvreté étaient supérieurs à 30 p. 100. Les pauvres de toute descendance à Dartmouth et à Halifax représentaient environ 15 p. 100 et 17 p. 100 de la population, respectivement, mais le taux de pauvreté chez les Afro-Canadiens était de 40,6 p. 100 à Dartmouth et de 39,7 p. 100 à Halifax. En revanche, le taux de pauvreté chez la population de descendance européenne était de 12,6 p. 100 à Dartmouth et de 15,9 p. 100 à Halifax¹⁵⁵.

4.2 MÈRES SEULES

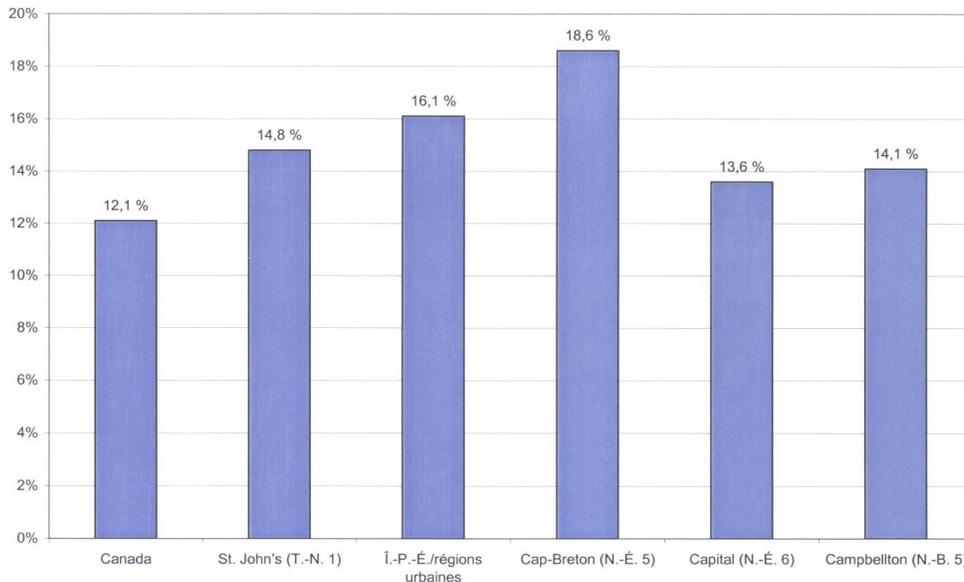
Les mères seules, comme groupe, ont des revenus inférieurs à ceux des femmes de familles biparentales. Une analyse de Statistique Canada des résultats de L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 et de 1996-1997 a montré que les mères seules signalaient de façon constante un moins bon état de santé comparativement aux mères de familles biparentales¹⁵⁶. Elles présentent de faibles taux en matière d'emploi, de scolarisation et d'autres déterminants de la santé. Les mères seules ont des scores inférieurs selon deux échelles de santé auto-évaluée et de « bonheur » et nettement supérieurs selon une échelle de « détresse ». Elles affichent des taux plus élevés de maladies chroniques, de jours d'incapacité et de restrictions de leurs activités et sont trois fois plus susceptibles de consulter un professionnel de la santé pour des raisons de santé mentale et émotionnelle¹⁵⁷.

Selon Statistique Canada, les mères seules au travail consacrent en moyenne 75 heures à leurs activités professionnelles par semaine, lorsqu'on tient compte du travail rémunéré et non rémunéré, et elles ont beaucoup moins de temps à accorder à leurs enfants que les mères seules non employées et les mères au travail vivant en couple¹⁵⁸. Il n'est pas surprenant que des enquêtes sur le stress attribuable au manque de temps menées par Statistique Canada montrent que les mères seules sont le groupe démographique le plus stressé par le manque de temps¹⁵⁹. Une récente étude menée au Canada atlantique a montré que les apports alimentaires chez les mères seules ayant des ressources financières très limitées étaient inférieurs aux niveaux recommandés, et les carences alimentaires des mères étaient toujours plus graves que celles de leurs enfants. Les

conclusions appuient l'hypothèse voulant que les mères à faible revenu compromettent leur propre alimentation et santé pour nourrir leurs enfants.

Dans l'ensemble du pays, de même que dans les quatre provinces de l'Atlantique, le rapport entre le nombre de familles monoparentales dont le parent est de sexe féminin et le nombre total de familles de recensement a augmenté entre 1996 et 2001. En 2001, les familles monoparentales dont le parent est de sexe féminin représentaient 12,7 p. 100 de toutes les familles de recensement au Canada, comparativement à 12,3 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador, à 13,6 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard, à 14 p. 100 en Nouvelle-Écosse et à 13,1 p. 100 au Nouveau-Brunswick. En général, les proportions de mères seules ont tendance à être plus élevées dans les régions sociosanitaires comptant d'importants centres urbains que dans les districts ruraux. Le Cap-Breton présentait la plus forte proportion de familles monoparentales dont le parent est de sexe féminin de la région, soit 18,6 p. 100 en 1996, un taux plus de 50 p. 100 supérieur à la moyenne nationale. Charlottetown et Summerside, à l'Île-du-Prince-Édouard, avaient le deuxième taux le plus élevé, soit 16,1 p. 100 (figure 10).

Figure 10. Districts sanitaires de la région de l'Atlantique présentant les pourcentages les plus élevés de familles monoparentales dont le parent est de sexe féminin, exprimés sous forme d'une proportion de toutes les familles de recensement, 1996 (%)



Source : Statistique Canada, *Recensement de 1996 (échantillon de 20 %)*.

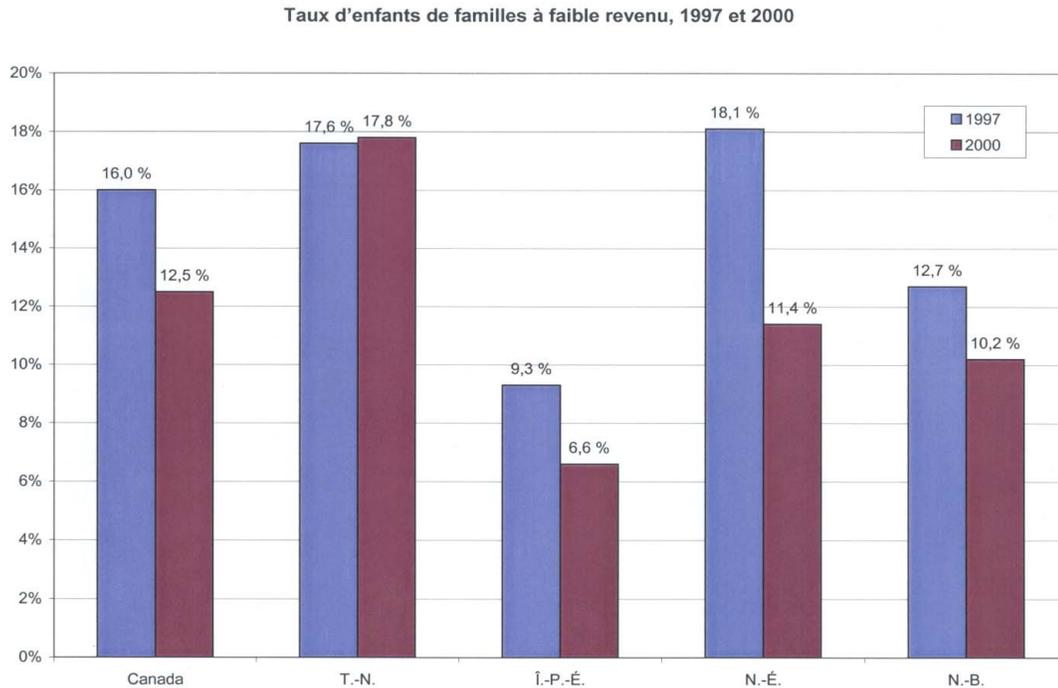
4.3 ENFANTS DE FAMILLES À FAIBLE REVENU

Selon 31 indicateurs différents, plus le revenu familial baisse, plus les enfants sont susceptibles d'éprouver des problèmes de santé et de comportement¹⁶⁰. Les enfants des quartiers les plus défavorisés ont plus de problèmes de santé que les enfants des quartiers plus riches. Une étude canadienne a montré que les enfants pauvres sont deux fois plus susceptibles de mourir avant l'âge d'un an et plus de deux fois plus susceptibles de souffrir d'une incapacité à long terme et d'autres problèmes de santé¹⁶¹. Les enfants des quartiers les plus défavorisés au Canada ont une espérance de vie entre 2 et 5,5 ans plus courte que celle des enfants des quartiers riches¹⁶². Les enfants de familles à faible revenu sont plus susceptibles d'être atteints de maladies respiratoires et de présenter d'autres résultats médiocres de santé, tels que un faible poids à la naissance, des taux plus élevés d'hyperactivité et un retard d'acquisition de vocabulaire. Ils sont plus susceptibles d'être atteints du syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool et de présenter des taux plus élevés de syndrome de mort subite du nourrisson¹⁶³. Même s'ils participent moins à des sports organisés, les enfants pauvres présentent des plus hauts taux de blessures et un risque deux fois plus élevé de décès attribuables à une blessure comparativement aux enfants plus favorisés¹⁶⁴.

Les désavantages sociaux des enfants ont une incidence directe sur leur santé à l'âge adulte. Des chercheurs tels que Hertzman,¹⁶⁵ Davey Smith¹⁶⁶ et Lynch¹⁶⁷ signalent que les répercussions sur la santé associées au faible statut socioéconomique s'accumulent la vie durant et sont transmises d'une génération à l'autre¹⁶⁸. Davey Smith a observé que [traduction] « les corps humains dans différents lieux sociaux deviennent des réflexions cristallisées des expériences sociales où ils ont été développés ». Lynch et collaborateurs ont montré que les circonstances matérielles des enfants sont des meilleurs indices que leur position socioéconomique à l'âge adulte pour prédire de façon précise les maladies dont ils seront atteints plus tard dans la vie¹⁶⁹. La faible position socioéconomique durant l'enfance est associée, à l'âge adulte, au diabète, au cancer, aux maladies respiratoires et aux maladies cardiovasculaires ainsi qu'à des facteurs de risque tels que l'obésité et l'usage du tabac¹⁷⁰. D'autres études montrent que les enfants qui sont peu supervisés ou victimes de négligence ou de violence sont plus susceptibles d'adopter des comportements qui les exposent à des risques d'infection au VIH/sida ou au virus de l'hépatite C¹⁷¹. Rodgers a montré que les enfants confrontés à l'adversité sont plus susceptibles d'être atteints de maladies mentales plus tard dans la vie¹⁷².

La pauvreté infantile a diminué partout au pays au cours des dernières années. Le pourcentage d'enfants de familles à faible revenu en 2000 (12,5 p. 100) était parmi les plus faibles taux enregistrés ces 20 dernières années¹⁷³. Cependant, près de la moitié des familles à faible revenu avec enfants sont des familles monoparentales. Le taux de faible revenu chez les enfants de mères seules en 2000 était de 38,1 p. 100, un taux 4,5 fois plus élevé que le taux enregistré chez les enfants de familles biparentales (8,5 p. 100). En 2000, le taux d'enfants de familles à faible revenu à l'Île-du-Prince-Édouard était de 6,6 p. 100, le plus faible taux au pays, soit un peu plus de la moitié de la moyenne nationale (12,5 p. 100). Terre-Neuve-et-Labrador affichait le taux le plus élevé d'enfants de familles à faible revenu au pays (17,8 p. 100), près de trois fois plus élevé que le taux enregistré à l'Île-du-Prince-Édouard. Le taux au Nouveau-Brunswick était de 10,2 p. 100 et de 11,4 p. 100 en Nouvelle-Écosse. La Nouvelle-Écosse a montré la plus forte baisse en matière de pauvreté infantile par rapport au taux de 1997 – qui était de 18,1 p. 100 (figure 11)¹⁷⁴.

Figure 11. Taux d'enfants de familles à faible revenu, Canada et provinces de l'Atlantique, 1997 et 2000



Source : Statistique Canada, *Le revenu du Canada, 2000*.

L'importance de la baisse de la pauvreté infantile est directement reliée aux revenus plus élevés des mères seules au travail. Ces importantes baisses de la pauvreté infantile ne profitent pas aux enfants dont la mère seule n'occupe pas un emploi bien rémunéré. Les revenus de ces mères après les impôts et les transferts ont en fait diminué depuis le milieu des années 1990, et le taux de familles monoparentales à faible revenu dont le parent est de sexe féminin est demeuré à près de 90 p. 100¹⁷⁵. Néanmoins, les revenus plus élevés des mères seules au travail ont aidé à réduire le taux global de pauvreté infantile de 22 p. 100 à l'échelle du pays et le taux de pauvreté des enfants de mères seules d'un tiers.

4.4 POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS

Bien que les taux de pauvreté chez les aînés aient diminué en raison de certaines initiatives gouvernementales, par exemple les régimes de retraite et les politiques de taxation, la pauvreté chez les personnes âgées existe toujours. La pauvreté se manifeste particulièrement chez les femmes âgées vivant seules qui n'ont peut-être pas des prestations de retraite et des ressources financières accumulées suffisantes. Les femmes âgées vivant seules ont un taux de faible revenu (19,9 p. 100) plus de dix fois supérieur à celui des aînés vivant en famille (1,9 p. 100). Les taux de faible revenu chez les

Canadiennes âgées de 65 ans et plus sont historiquement plus du double de ceux des hommes âgés et étaient presque trois fois plus élevés dans le milieu des années 1990¹⁷⁶. Puisque les femmes ont tendance à vivre plus longtemps que les hommes, les femmes âgées au Canada sont 35 p. 100 plus nombreuses que les hommes âgés.

Au Canada, on assiste au vieillissement de la population, et les trois provinces des Maritimes présentent un pourcentage de résidents âgés supérieur à la moyenne nationale de 13 p. 100 (7,1 p. 100 de femmes). En revanche, la population de Terre-Neuve-et-Labrador est plus jeune que la moyenne nationale, avec 12,3 p. 100 de personnes (6,3 p. 100 de femmes) âgées de plus de 65 ans. Selon les résultats du Recensement de 2001, 13 p. 100 de la population du Nouveau-Brunswick (7,4 p. 100 de femmes) et 13,7 p. 100 de la population de l'Île-du-Prince-Édouard (7,6 p. 100 de femmes) a plus de 65 ans. En Nouvelle-Écosse, 13,9 p. 100 de la population (7,7 p. 100 de femmes) a aujourd'hui 65 ans et plus, par rapport à 13 p. 100 en 1996¹⁷⁷. Selon les tendances démographiques, les aînés représenteront 30 p. 100 de la population du Canada atlantique d'ici 2039¹⁷⁸.

Les aînés sont principalement atteints de maladies chroniques non transmissibles, telles que le cancer, les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires et les maladies dégénératives comme l'ostéoporose. De plus, on observe fréquemment des problèmes de santé mentale tels que la démence¹⁷⁹. Les aînés ont besoin de plus de services de santé que tout autre groupe d'âge. Selon les scénarios classiques, on s'attend à ce que ces tendances démographiques étireront les ressources de soins de santé au-delà du point de rupture. Il y a 25 ans, les aînés, qui représentaient seulement 11 p. cent de la population, occupaient déjà un tiers de tous les lits d'hôpital au Canada et faisaient l'objet d'un quart des dépenses totales de soins de santé. Selon l'analyse traditionnelle, à mesure que leur proportion dans la population augmente, cette utilisation disproportionnée des services de santé augmentera¹⁸⁰.

Selon des scénarios plus optimistes, en raison du vieillissement de la population, il faut déployer des efforts plus concertés de promotion de la santé qui peuvent réduire l'incidence des maladies chroniques et favoriser l'autonomie durant la vieillesse¹⁸¹.

4.5 POPULATION RURALE

Le mélange rural-urbain observé dans la région de l'Atlantique est radicalement différent de celui du reste du Canada, une réalité qui influe également sur les résultats de santé. À l'heure actuelle, seulement 20 p. 100 de la population canadienne vit dans des régions rurales, comparativement à 55 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard, à 50 p. 100 au Nouveau-Brunswick, à 44 p. 100 en Nouvelle-Écosse et à 42 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador¹⁸². Les populations rurales ont des revenus inférieurs à ceux des résidents des régions urbaines, la Nouvelle-Écosse enregistrant la plus grande disparité de revenu entre les régions rurales et les centres urbains au Canada, alors que les trois

autres provinces de l'Atlantique présentent les plus faibles disparités. Les collectivités qui dépendent de la pêche, de l'agriculture, de l'activité minière et d'autres ressources naturelles ont souffert du déclin de leur viabilité économique au cours des dix dernières années¹⁸³.

Les conclusions d'une étude qualitative menée en 2001 dans six collectivités de pêcheurs de la Nouvelle-Écosse, qui portait sur les expériences quotidiennes des femmes, pourraient être représentatives des expériences vécues dans l'ensemble des collectivités rurales. Les chercheurs discutent de quelle façon l'effondrement de la pêche de fond au début des années 1990 a nuit à la santé et au bien-être des femmes¹⁸⁴. Les femmes ont décrit leur santé en termes généraux, et leur analyse a porté à la fois sur la santé mentale et physique. Le principal problème de santé signalé par les femmes était le stress. Elles ont également mentionné le diabète, l'anxiété, les ulcères, la dépression, l'hypertension artérielle, les problèmes cardiaques et le vieillissement prématuré. Davantage de cas de dépendance au jeu, d'alcoolisme, de toxicomanie et de violence familiale étaient observés dans les collectivités, spécialement chez les hommes. L'effet sur la santé communautaire n'est pas clair, mais les membres de la collectivité qui ont subi une perte de revenu présentent tous un risque d'être atteints d'une maladie chronique¹⁸⁵.

Pour les résidents des six collectivités étudiées, les compressions dans la sécurité du revenu, les programmes sociaux, les soins de santé et les services gouvernementaux ont créé de graves préjudices. Les femmes ont signalé se sentir souvent stigmatisées parce qu'elles dépendent de l'aide sociale en raison de l'absence d'emplois pour elles et leurs familles. Une atmosphère générale de tension et de désespoir accompagnait l'augmentation de l'isolement et la perte de fierté. Il y a moins d'occasions de se rassembler pour se divertir et se soutenir mutuellement et moins d'endroits publics propices à ces rassemblements. Les transports limités sont un problème. Elles croient que les gouvernements ne les respectent pas et n'écoutent pas leurs opinions et leurs idées. Si l'on se fie aux propos des femmes, il est clair qu'elles aiment profondément leurs collectivités. Une femme a exprimé un sentiment général : [traduction] « On n'accorde plus de valeur aux gens. Il n'y a que ce qu'il y a sur le papier qui compte. Les sentiments n'ont plus d'importance¹⁸⁶. »

4.6 RÉPERCUSSIONS

Comme nous l'avons vu, les groupes vulnérables au Canada atlantique sont victimes de pauvreté et d'autres iniquités socioéconomiques qui nuisent à leur santé et à leur bien-être. Puisque ces groupes ont des besoins spéciaux qui ne sont pas toujours comblés par les interventions en matière de santé destinées à l'ensemble de la population, il est nécessaire d'élaborer des stratégies qui visent ces groupes vulnérables. Toutefois, il faut faire preuve de prudence dans l'élaboration de ces stratégies pour s'assurer qu'elles ne favorisent pas davantage la stigmatisation et l'exclusion de ces groupes et ainsi éviter de créer d'autres iniquités¹⁸⁷. En 2002, une consultation internationale sur l'équité en

matière de santé, à laquelle ont participé des représentants de Santé Canada, a été tenue à Toronto. Selon les participants, pour assurer l'équité, davantage de ressources et de services devraient être orientés vers les groupes les plus vulnérables et nécessiteux de la société¹⁸⁸. Il a été précisé au cours de la consultation que le terme *parts égales* signifierait que chaque district disposerait du même montant d'argent à dépenser pour chaque personne desservie; toutefois, l'*équité* signifierait que les districts desservant des populations parmi les plus vulnérables et disposant d'installations inadéquates recevraient davantage d'argent que les districts mieux nantis. Les participants se sont entendus pour dire que l'objectif à long terme de promotion de l'équité vise à améliorer la santé des groupes les plus vulnérables¹⁸⁹.

5. CONTEXTE CULTUREL, SOCIAL ET ÉCONOMIQUE

Message Clé : Les iniquités dans la société affectent l'ensemble de la population, pas seulement les pauvres.

5.1 CONTEXTE CULTUREL ET SOCIAL

Les conclusions de centaines d'études confirment que les conditions socioéconomiques sont des causes fondamentales des maladies transmissibles, non transmissibles et mentales¹⁹⁰. Le Canada atlantique a été le théâtre de l'effondrement ou du déclin de plusieurs industries clés associées à l'« ancienne économie » (par ex., exploitation minière, fabrication de l'acier, exploitation forestière et pêche) et est donc au cœur d'importants changements sociaux qui auront vraisemblablement des répercussions considérables sur la santé¹⁹¹. À l'heure actuelle, ces changements donnent lieu à de nettes différences intraprovinciales. Par exemple, le Cap-Breton a souffert de la perte d'industries clés telles que l'exploitation minière et la pêche, qui se traduit par une hausse du chômage et une aggravation de la pauvreté. Bien que les mécanismes qui existent entre ces changements macroéconomiques et les résultats de santé ne soient pas bien compris, les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 montrent, comme nous l'avons vu, que la population du Cap-Breton est généralement en moins bonne santé et vit à l'heure actuelle plus longtemps avec une incapacité que les résidents de n'importe lequel des 138 autres districts de santé au Canada, alors que le profil de santé de la population d'Halifax à plusieurs points de vue ressemble davantage à celui de la population du Canada central¹⁹².

Au cours des 25 dernières années, le Canada atlantique a connu des changements économiques et sociaux rapides et dramatiques, qui pourraient avoir des répercussions directes et indirectes sur la santé. En voici des exemples :

- Le démantèlement des obstacles au commerce dans une économie globale de plus en plus compétitive a eu des répercussions au pays sur la structure des entreprises, les salaires réels, les disparités de revenu, les heures de travail, l'environnement et les autres déterminants de la santé.
- L'économie fondée de plus en plus sur les connaissances et l'information, et non sur les usines et l'équipement, a entraîné des disparités en matière d'éducation et de santé.
- La consommation effrénée d'énergie et de ressources naturelles a eu des répercussions sur le climat, les stocks de poissons, les forêts, les terres agricoles et les ressources hydriques qui étaient imprévues il y a 25 ans.
- La transition des fermes familiales et des sources alimentaires locales à l'agriculture industrielle, aux aliments très transformés et au transport à grande distance d'aliments

peut avoir nuit à la valeur nutritive des aliments et produit des effets imprévus sur la santé.

- Les taux d'emploi et de participation à la population active ont doublé chez les femmes, ce qui a des répercussions sur les rôles assignés à chaque sexe, les enfants, la structure familiale, l'augmentation du travail non rémunéré, les taux de stress attribuable à un manque de temps et le temps libre.
- Une époque caractérisée par l'augmentation des dépenses sociales, des impôts et des déficits gouvernementaux a été remplacée par une époque de restriction budgétaire, de surplus gouvernementaux et de baisses d'impôt qui a nuit au bien-être des familles ainsi qu'à l'accès aux services de santé et aux soutiens sociaux.

Les provinces de l'Atlantique sont le reflet des tendances qui touchent la culture contemporaine à l'échelle mondiale. Toutefois, comme Conrad et Hiller le suggèrent :

[Traduction]

Bien que la réforme, le repli et la restructuration aient été le mantra du nouvel ordre mondial, le Canada atlantique a adopté ces stratégies davantage par nécessité que par conviction. Peu de gens peuvent contester le fait que le démantèlement de l'état interventionniste a eu de lourdes conséquences dans la région où les institutions privées ne sont pas en bonne position pour prendre la relève. Les autoroutes à péage, les soins à domicile, les banques alimentaires, les centres d'appels et les commandites de l'éducation et de la recherche versées par des entreprises peuvent représenter un nouvel ordre mondial pour les convertis à la religion du marché, mais de nombreux Canadiens des provinces de l'Atlantique regrettent l'abandon du noble rêve selon lequel le bien-être des êtres humains et non les profits des entreprises était la mesure d'une société civile¹⁹³.

Les répercussions de ces changements sur la santé ne sont pas bien comprises à ce jour. En fait, de nombreux chercheurs ont reconnu franchement l'insuffisance des connaissances sur la nature des changements eux-mêmes, et particulièrement sur les raisons de la covariance de l'état de santé et d'autres facteurs tels que le revenu, le niveau de scolarité et l'âge¹⁹⁴.

5.2 IMPORTANCE DE LA RÉGION GÉOGRAPHIQUE

Il a été démontré que le « lieu », avec ses facteurs régionaux, historiques et culturels particuliers, peut influencer sur la santé de l'ensemble de la population en dépit des revenus individuels. L'influence des lieux géographiques sur la santé est un fait bien établi dans la recherche¹⁹⁵. Les auteurs de cette recherche se fondent souvent sur l'hypothèse voulant que les régions diffèrent en raison des caractéristiques des personnes qui y habitent. Toutefois, la recherche actuelle vise à déterminer dans quelle mesure le contexte d'un lieu influe également sur la santé. Les auteurs d'un manuel nouveau et innovateur, intitulé *Neighborhoods and Health*, démontrent comment les caractéristiques physiques

et sociales d'un quartier modèlent la santé de ses résidents¹⁹⁶. Une recherche a permis d'associer les caractéristiques du quartier aux taux de mortalité, à la santé physique générale et au bien-être psychologique, même après avoir contrôlé les facteurs de risque et le revenu individuels¹⁹⁷. Ayant remarqué le regroupement de multiples dimensions d'une mauvaise santé dans les quartiers défavorisés, les auteurs de la recherche posent la question suivante : quelles caractéristiques de ces quartiers, au-delà des attributs des personnes qui y vivent, pourraient influencer sur les résultats de santé?¹⁹⁸

Récemment, ce thème a été élargi pour inclure la santé de l'ensemble de la population vivant dans des régions généralement défavorisées. À quelques exceptions près, les études ont permis de montrer que la santé individuelle est davantage associée au niveau socioéconomique d'une collectivité qu'à la position socioéconomique individuelle¹⁹⁹. Bien que les effets soient plus prononcés chez les pauvres, les personnes de tous les niveaux de revenu vivant dans des collectivités pauvres ont tendance à être en moins bonne santé comparativement aux personnes vivant dans des régions où les revenus sont globalement plus élevés²⁰⁰. Par exemple, une étude menée en Angleterre a montré qu'autant les gens à faible revenu que les personnes à revenu élevé vivant dans des quartiers défavorisés étaient plus susceptibles d'être en mauvaise santé. Toutefois, elle a également montré que les disparités socioéconomiques étaient plus grandes dans les quartiers moins défavorisés. Autrement dit, les personnes ayant des revenus plus élevés étaient en meilleure santé que celles ayant des revenus plus faibles²⁰¹. Une autre étude, menée auprès de personnes de 30 à 64 ans vivant dans une région mixte sur le plan économique, a montré que les personnes dont le revenu de ménage était inférieur à 15 000 \$ étaient en moins bonne santé. Cependant, les personnes dont le revenu variait entre 15 000 \$ et 49 000 \$ signalent également des effets indésirables sur leur santé. Les chercheurs n'ont pas observé d'effets indésirables sur la santé des personnes dont le revenu familial est supérieur à 50 000 \$²⁰².

Les résultats de recherche laissent entendre que certaines caractéristiques des régions jouent un rôle important sur la santé de leurs résidents. Ces observations s'expliquent, entre autres, par des facteurs socioéconomiques tels que les niveaux de pauvreté, la répartition des revenus, la ségrégation raciale, les réseaux sociaux et l'organisation sociale et politique. D'autres hypothèses comprennent les aspects de l'environnement physique tels que la qualité de l'air et de l'eau et les conditions de logement²⁰³. Nous examinerons certaines de ces explications à la section suivante.

La compréhension des facteurs contextuels spécifiques dans les régions particulières est la première étape de la découverte des causes fondamentales des maladies chroniques. Par ailleurs, cette compréhension peut avoir des incidences en matière de prévention des maladies et d'élaboration de politiques de santé²⁰⁴. Comme Diez Roux le signale :

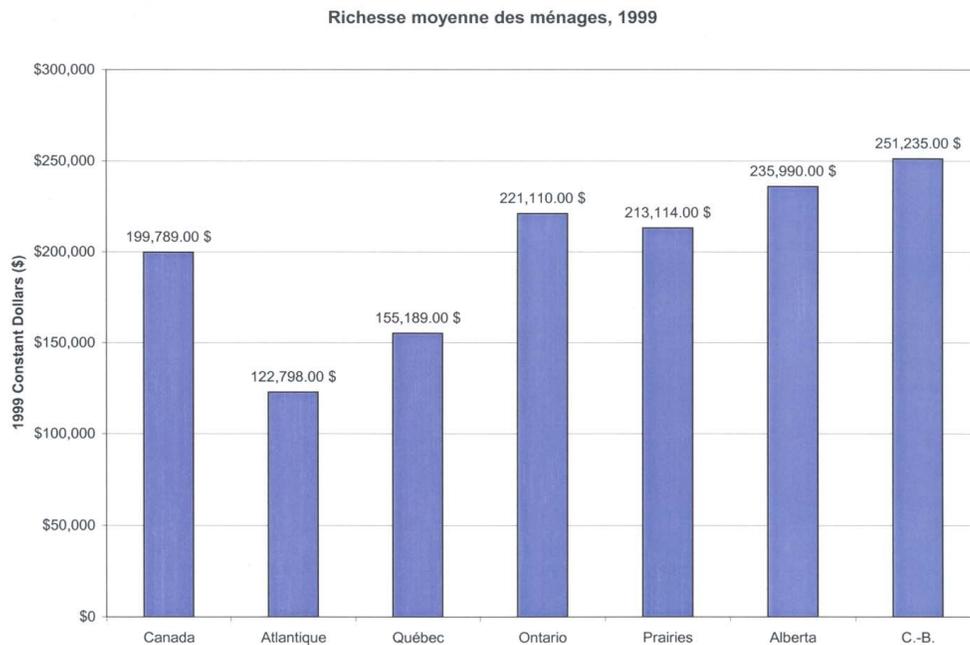
[Traduction]

Les différences entre les quartiers ne sont pas « naturellement » déterminées mais sont plutôt le résultat de processus sociaux et économiques influencés par des politiques spécifiques. À ce titre, elles sont éminemment modifiables et susceptibles aux interventions. De plus, l'amélioration de l'environnement des quartiers est susceptible d'avoir une multitude de bienfaits pour les gens et la société en général²⁰⁵.

Dans l'ensemble, les provinces de l'Atlantique sont plus pauvres que le reste du Canada, ce qui peut favoriser des taux élevés de certaines maladies chroniques dans la région, En fait, les disparités régionales s'accroissent. En 1990, par exemple, pour chaque dollar en Ontario, le ménage moyen en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador avait un revenu disponible de 82 cents. En 1998, le revenu disponible moyen avait fortement baissé à 73 cents en Nouvelle-Écosse et à 72 cents à Terre-Neuve-et-Labrador, pour chaque dollar en Ontario²⁰⁶.

L'écart de richesse entre les riches et les pauvres s'est également élargi ces 20 dernières années, durant lesquelles la région de l'Atlantique a enregistré une baisse des parts de la richesse nationale. En 1984, les quatre provinces de l'Atlantique réunies possédaient 5,4 p. 100 de la richesse au pays. En 1999, cette proportion n'était plus que de 4,4 p. 100, en dépit du fait que ces provinces comptaient 7,6 p. 100 des ménages du pays. En 1984, la richesse personnelle moyenne au Canada atlantique correspondait à 61,6 p. 100 de celle qui était signalée en Ontario. En 1999, cette proportion avait baissé à 52,8 p. 100 de la richesse personnelle moyenne en Ontario²⁰⁷. À l'heure actuelle, la richesse moyenne (l'actif moins les dettes) au Canada atlantique est inférieure à la moitié de celle des résidents de la Colombie-Britannique et correspond à environ 56 p. 100 de celle des Ontariens (figure 12)²⁰⁸.

Figure 12. Richesse moyenne des ménages par région, 1999 (en dollars constants de 1999)



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la sécurité financière*, cité dans Kerstetter, *Rags and Riches*.

Note : Dans ce tableau, les Prairies comprennent l'Alberta, où la richesse moyenne est considérablement plus élevée qu'au Manitoba ou en Saskatchewan. Pour cette raison, la richesse moyenne des ménages albertains est également présentée séparément.

5.3 RÉPARTITION DU REVENU

Le mode de répartition du revenu dans une société a une incidence sur l'ensemble de la société²⁰⁹. En fait, des preuves de plus en plus nombreuses indiquent que la répartition du revenu pourrait être un important déterminant de la santé de la population²¹⁰. La différence de revenu, entre les riches et les pauvres, les hommes et les femmes et les Canadiens de la région de l'Atlantique et ceux des autres régions, ainsi qu'entre les différentes régions des provinces de l'Atlantique, peut signaler des iniquités de statut économique qui, à leur tour, ont une incidence sur la santé. La population des régions moins favorisées du Canada et des provinces, comme nous l'avons vu, est en moins bonne santé. D'autres preuves statistiques indiquent que les inégalités en santé ont augmenté parallèlement aux inégalités de revenu et que le désavantage économique relatif a des répercussions négatives sur la santé²¹¹.

Selon le rédacteur en chef du British Medical Journal :

Ce qui compte, au moment d'établir la mortalité et la santé d'une société, ce n'est pas autant la richesse globale d'une société donnée que la mesure dans laquelle cette richesse est équitablement répartie. Plus la richesse est également distribuée, plus la santé de la population est bonne²¹².

Des études ont montré que la population de certains pays riches, comme les États-Unis, où il existe un grand écart entre les revenus des riches et des pauvres, est également en moins bonne santé que la population de sociétés moins riches mais plus égalitaires, tels que les pays nordiques²¹³. Les résultats de recherches montrent qu'aux États-Unis, la mortalité attribuable aux inégalités de revenu est équivalente au taux total combiné de mortalité attribuable au cancer du poumon, à l'infection au VIH/sida, aux blessures accidentelles, au diabète, au suicide et aux homicides.

Les gens vivent plus longtemps et en meilleure santé non pas dans les pays les plus riches, mais dans des pays tels que le Japon et la Suède, où les inégalités de revenu sont les plus faibles²¹⁴. Les pays où l'écart entre les riches et les pauvres est moins grand présentent également des taux de chômage plus faibles, moins de criminalité, des niveaux de scolarité plus élevés, un meilleur niveau de vie et une société plus inclusive. Ils consacrent également moins d'argent aux soins de santé par habitant et dépensent davantage pour l'infrastructure sociale²¹⁵.

Selon les chercheurs, les Canadiens devraient interpréter le message comme un avertissement²¹⁶. Au Canada, l'écart entre les riches et les pauvres s'élargit en dépit de la forte croissance économique mesurée par le produit intérieur brut (PIB)²¹⁷. En 1973, 10 p. 100 des familles canadiennes les plus riches gagnaient un revenu marchand moyen 21 fois supérieur à celui de 10 p. 100 des familles les plus pauvres. En 1996, l'écart avait augmenté et le revenu de 10 p. 100 des familles les plus riches était 314 fois supérieur²¹⁸. En 1999, 10 p. 100 des personnes les plus riches détenaient 53 p. 100 de toute la richesse personnelle au pays²¹⁹.

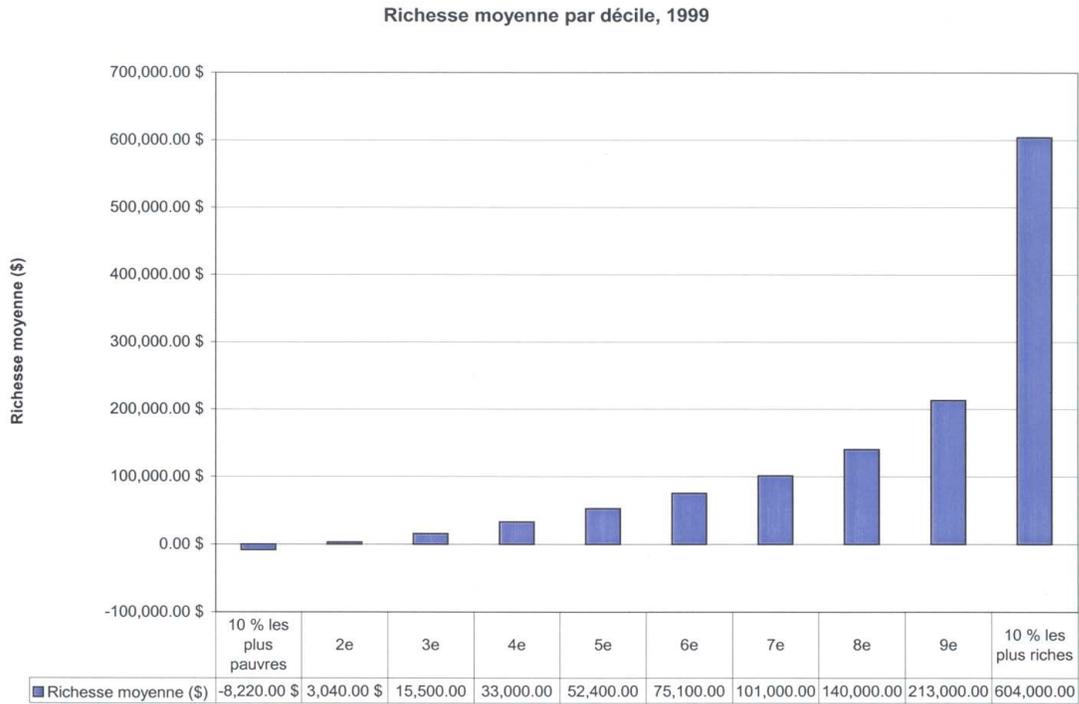
Dans les années 1990, les revenus réels des Canadiens à faible revenu et à revenu moyen, y compris ceux du Canada atlantique, ont fortement baissé, alors que les revenus de 20 p. 100 des personnes les plus riches ont augmenté. Au Canada atlantique, 10 p. 100 des ménages les plus riches détiennent aujourd'hui 49 p. 100 de la richesse de la région. Dans les provinces de l'Atlantique, 50 p. 100 des ménages les plus riches contrôlent 92,2 p. 100 de la richesse de la région, laissant les autres 50 p. 100 de ménages plus pauvres se partager 7,8 p. 100 de la richesse²²⁰. Au Canada atlantique, le pourcentage de ménages (7,8 p. 100) qui ont une richesse négative (soit des dettes qui dépassent la valeur de l'actif) est plus élevé que dans toute autre région du pays.

Les statistiques provinciales cachent également les disparités de revenu marquées qui existent dans chaque province de l'Atlantique. Selon les données du Recensement de

1996, les revenus moyens dans la région d'Halifax étaient presque aussi élevés qu'au Canada (98 p. 100 de la moyenne canadienne), mais étaient plus de 6 000 \$ ou 34 p. 100 supérieurs aux revenus moyens du Cap-Breton. De même, les revenus à St. John's étaient en moyenne 5 000 \$ supérieurs à ceux du reste de Terre-Neuve-et-Labrador, et dans le sud du Nouveau-Brunswick, ils sont de la même façon plus élevés que dans le nord de la province²²¹. Cette disparité de revenu a des conséquences néfastes sur l'ensemble de la société.

La répartition de la richesse à l'Île-du-Prince-Édouard diffère de celle signalée dans les autres provinces de l'Atlantique puisque près de 40 p. 100 de l'actif total de la province se retrouve sous forme d'intérêts dans une entreprise. Par comparaison, ce pourcentage n'est que de 9,4 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador, de 9,1 p. 100 en Nouvelle-Écosse et de 21,5 p. 100 au Nouveau-Brunswick. Exprimé en pourcentage de tous les ménages, la proportion des ménages de l'Île-du-Prince-Édouard qui ont des intérêts dans une entreprise (23,3 p. 100) est plus du double de celles signalées dans les autres provinces de l'Atlantique (12 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador, 11 p. 100 en Nouvelle-Écosse et 11,5 p. 100 au Nouveau-Brunswick). Bien que les données de l'Enquête sur la sécurité financière menée par Statistique Canada ne soient pas disponibles pour expliquer cette disparité, il semble que la richesse d'un pourcentage important d'unités familiales de l'Île-du-Prince-Édouard se présente sous forme d'intérêts dans des fermes familiales et des entreprises connexes²²².

Figure 13. Richesse moyenne par décile, Canada atlantique, 1999 (\$)



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la sécurité financière*, cité dans Kerstetter, *Rags and Riches*.

6. MÉCANISMES ASSOCIANT LES MALADIES CHRONIQUES ET LES INIQUITÉS

Message clé : Les mécanismes qui associent les iniquités et les maladies chroniques sont multiples et interdépendants.

Comme nous l'avons vu, les facteurs qui influent sur la santé sont nombreux et complexes²²³. Des facteurs sociaux et économiques se manifestant dans différents mécanismes ou processus peuvent avoir une incidence sur les résultats de santé. Pour la plupart des chercheurs, il existe trois principaux types de processus : le mécanisme matérialiste, le mécanisme psychosocial et le mécanisme politico-économique²²⁴. Bien que la cause directe et l'effet soient difficiles à établir, la corrélation entre les mécanismes et la santé de la population est claire²²⁵.

Par exemple, les personnes plus pauvres présentent des taux plus élevés de maladies cardiovasculaires. Selon une récente étude, 6 366 morts attribuables à des maladies cardiaques par année au Canada seraient associées à la pauvreté, et des coûts de soins de santé de près de quatre milliards de dollars seraient attribuables à des maladies cardiaques reliées à la pauvreté²²⁶. Les chercheurs s'entendent moins sur la façon dont ces conditions se traduisent en maladies chroniques particulières ou sur les interventions les plus appropriées.

Les chercheurs observent que la privation matérielle, les facteurs sociaux et psychologiques, les comportements à risque et les résultats de santé sont associés et interdépendants²²⁷. Ils observent que les inégalités en santé sont le résultat d'une accumulation de facteurs réunis. La pauvreté peut être le reflet d'un sous-investissement de l'infrastructure sociale et économique. La pauvreté se traduit par un manque de ressources, telles que l'accès à l'éducation, aux loisirs et à l'emploi, qui a son tour peut entraîner une dégradation et une fragmentation du tissu socioéconomique de la société. Ces désavantages socioéconomiques comprennent le développement malsain des enfants, les disparités en matière de développement économique, le chômage, la criminalité, la violence, les facteurs psychologiques, tels que la dépression et le stress, et un sentiment général d'exclusion sur le plan socioéconomique²²⁸.

Les inégalités sociales et économiques, à leur tour, ont des conséquences biologiques telles que l'affaiblissement des fonctions immunitaires²²⁹. Elles entraînent une augmentation de la prévalence des risques pour la santé et des comportements malsains, tels que le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, la mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique, qui sont souvent des précurseurs des maladies chroniques²³⁰. La relation bilatérale qui existe entre les iniquités et la maladie est démontrée par le fait que la mauvaise santé et l'incapacité peuvent elles-mêmes être des causes de pauvreté. L'incapacité générée par la maladie peut bloquer des possibilités

d'emploi et aggraver la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion. Toutefois, bien que cette situation puisse souvent se produire, les résultats de recherches empiriques n'ont pas permis de montrer que le fonctionnement bilatéral serait un important facteur déterminant dans la relation entre les iniquités et les maladies²³¹. Simultanément, les variables sociales intermédiaires telles que les solides réseaux et soutiens sociaux peuvent également atténuer certaines répercussions négatives des circonstances économiques défavorables.

Le mécanisme politico-économique permet d'examiner plus en profondeur les causes fondamentales des iniquités matérielles et psychosociales de même que leurs répercussions sur la santé. Des chercheurs ont récemment suggéré que la compréhension de ces causes fondamentales plus profondes dépend de l'analyse des structures, des systèmes et des politiques de la société²³². Ceci comprend le nouvel examen de diverses économies de marché, de la mondialisation et des problèmes de l'État providence qui pourraient mener à la pauvreté et aux maladies chroniques²³³. Les valeurs sociales communes, de même que les structures historiques, culturelles, économiques et politiques peuvent considérablement contribuer à la création de pauvreté et d'iniquités et déterminer quels groupes sont touchés de façon disproportionnée²³⁴. Des études ont démontré que les niveaux plus élevés de dépenses sociales sont associés à une plus longue espérance de vie²³⁵. Ces dépenses comprennent les investissements dans des facteurs structurels, tels que l'éducation, le transport, les logements à prix abordable, les bibliothèques, les installations récréatives à prix abordable, les parcs et l'amélioration du décor dans les quartiers²³⁶.

Voici une brève description des mécanismes matérialiste, psychosocial et politico-économique. Il est essentiel de comprendre ces mécanismes pour déterminer les points d'intervention potentiels où les stratégies seraient les plus efficaces. Les ensembles de données existantes ne permettent pas d'établir un lien entre les virages macroéconomiques et les résultats de santé. Ainsi, nous devons nous fier ici sur les statistiques et les indicateurs plus classiques, tels que les taux de chômage et l'incidence de faible revenu, pour évaluer les relations qui existent vraisemblablement entre les iniquités et les maladies au Canada atlantique.

6.1 MÉCANISME MATÉRIALISTE

6.1.1 Pauvreté et accès aux ressources

L'explication matérialiste met l'accent sur les façons dont les iniquités socioéconomiques privent les groupes défavorisés des ressources matérielles nécessaires à la santé. Le mécanisme matérialiste permet de repérer de quelles façons la pauvreté réduit l'accès aux ressources de base nécessaires au maintien d'une bonne santé, notamment les nécessités de base telles que la nourriture, l'eau potable, le logement et les vêtements, ainsi que les possibilités limitées en matière d'éducation, de subsistance, de transport et de loisirs. Il a

été démontré à l'échelle internationale que des niveaux plus élevés de dépenses sociales sont associés à une plus longue espérance de vie²³⁷.

La majorité des preuves empiriques du lien entre les iniquités et les maladies font référence à l'influence de la pauvreté et des inégalités de revenu sur la santé²³⁸. Les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles d'être en moins bonne santé et de mourir plus jeunes que les autres Canadiens²³⁹. Les Canadiens vivant dans les ménages dont les revenus sont les plus faibles sont quatre fois plus susceptibles de signaler une santé correcte ou mauvaise comparativement à ceux vivant dans les ménages les plus favorisés, et ils sont deux fois plus susceptibles d'être atteints d'une limitation d'activités prolongée²⁴⁰.

Mené par les responsables du Projet sur les inégalités en matière de santé cardiovasculaire, un examen des études du lien qui existe entre l'état de santé et le niveau de revenu a montré que l'espérance de vie des Canadiens les plus défavorisés était presque huit ans plus courte que celle des mieux nantis et que l'incidence de l'incapacité était nettement plus élevée chez les Canadiens les plus pauvres. Les hommes canadiens dont le revenu figure parmi les 5 p. 100 des revenus les moins élevés étaient deux fois plus susceptibles de mourir avant l'âge de 70 ans comparativement aux hommes dont le revenu figure parmi les 5 p. 100 des revenus les plus élevés²⁴¹. Raphael a montré qu'au Canada, les différences de revenu expliquaient 23,7 p. 100 des morts prématurées avant l'âge de 75 ans attribuables à des maladies cardiovasculaires²⁴².

Une étude de 10 ans menée auprès de personnes vivant avec le VIH/sida à Vancouver a montré que le faible statut socioéconomique avant l'infection était associé à la progression de la maladie et aux chances de survie²⁴³. Une autre étude menée à Vancouver a montré que les personnes qui adoptent des comportements à risque élevé obtenaient des résultats plus défavorables que celles qui ne prenaient pas de risques²⁴⁴.

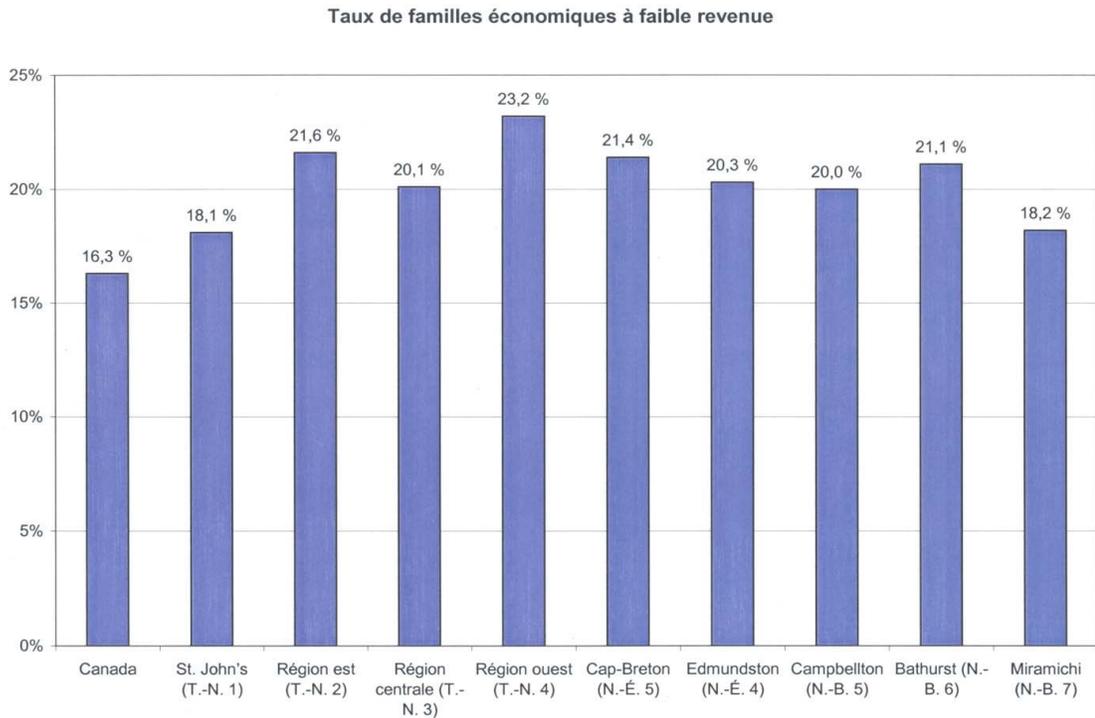
En 1999, le San Francisco Department of Public Health a analysé les répercussions d'une augmentation du salaire vital pour déterminer dans quelle mesure cette initiative pourrait améliorer la santé et favoriser le rendement scolaire des enfants. Les auteurs de cette analyse ont montré qu'un salaire minimum de 11 \$ l'heure permettait de prédire une baisse de 5 p. 100 du risque de mort prématurée chez les adultes de 24 à 44 ans et une hausse de 34 p. 100 du nombre de diplômés de l'enseignement secondaire chez les enfants de ces travailleurs²⁴⁵.

L'insécurité alimentaire est un problème chez les personnes à faible revenu, comme le prouve le recours de plus en plus fréquent aux banques alimentaires et aux programmes d'alimentation des enfants. L'insécurité alimentaire est définie comme [traduction] « l'incapacité d'acquérir ou de consommer des aliments d'une qualité nutritive adéquate ou en quantité suffisante de façons acceptables sur le plan social ou l'incertitude d'une personne d'être en mesure de le faire²⁴⁶ ». Une récente étude sur l'insécurité alimentaire et la faim a été menée au Canada atlantique auprès de 141 mères seules à faible revenu

ayant des enfants. Elle a permis de montrer que 96,5 p. 100 des familles avaient éprouvé de l'insécurité alimentaire au cours de l'année de l'étude²⁴⁷. Dans cet échantillon, 87 p. 100 des familles dépendaient de l'aide sociale.

L'étude susmentionnée a fourni d'autres preuves qui suggèrent que les prestations d'aide sociale versées au Canada atlantique ne sont pas suffisantes pour permettre aux familles d'acheter les nécessités de base²⁴⁸. De nombreux chercheurs utilisent les seuils de faible revenu (SFR) de Statistique Canada comme un outil de mesure de la pauvreté. Les SFR représentent le montant d'argent dont une famille a besoin pour se nourrir, se vêtir et se loger. En 2000, l'année de l'étude susmentionnée, les prestations d'aide sociale versées à un parent seul avec un enfant correspondaient à 72 p. 100 des SFR à Terre-Neuve-et-Labrador, à 64 p. 100 des SFR en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick et à 63 p. 100 des SFR à l'Île-du-Prince-Édouard²⁴⁹. Neuf régions sociosanitaires du Canada atlantique présentaient des proportions nettement plus élevées de familles économiques vivant sous le seuil de faible revenu en 1996 comparativement à la moyenne canadienne. Ces régions comprennent trois des cinq régions sociosanitaires rurales de Terre-Neuve-et-Labrador et les quatre régions sociosanitaires rurales du Nouveau-Brunswick. En Nouvelle-Écosse, seul le Cap-Breton (N.-É. 5) affichait une proportion plus élevée de familles économiques vivant sous le seuil de faible revenu comparativement à la moyenne nationale. Parmi les 21 régions sociosanitaires du Canada atlantique, la région ouest de Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N. 4) avait le taux le plus élevé de familles à faible revenu en 1996, soit 23,2 p. 100 (figure 14).

Figure 14. Régions de l'Atlantique affichant des taux de familles économiques à faible revenu supérieurs à la moyenne nationale, 1996 (%)



Source : Statistique Canada, *Recensement de 1996 (échantillon de 20 %)*.

Les possibilités de pratiquer des activités physiques peuvent également être limitées dans les collectivités à faible revenu où les résidents ne se sentent pas en sécurité de marcher dans leur quartier ou n'ont pas les moyens de profiter des installations récréatives.

6.1.2 Emploi

Il existe de nombreuses preuves des effets néfastes du chômage sur le bien-être mental, physique et social des personnes, ainsi que sur celui de leur famille et collectivité²⁵⁰. Une étude du chômage et de l'état de santé attribuable aux fermetures de la pêche sur la côte est a montré que les chômeurs avaient des niveaux très élevés de stress, un facteur de prédiction des maladies chroniques²⁵¹. Les chômeurs ont tendance à être en moins bonne santé que les personnes au travail²⁵². Selon Statistique Canada, [traduction] « les chômeurs sont atteints d'une part disproportionnée de problèmes de santé, tels que la dépression, la morbidité et une plus courte espérance de vie²⁵³ ». Une étude menée à Terre-Neuve-et-Labrador a montré que 67 p. 100 des personnes séropositives pour le VIH étaient sans emploi, et 62 p. 100 de celles-ci avaient un revenu inférieur à 15 000 \$ par année²⁵⁴.

Dans son étude majeure de la dépression des années 1930, Marie Jahoda a montré que l'emploi fournit beaucoup plus qu'un revenu. La citation suivante de Jahoda illustre une interconnexion entre le mécanisme matérialiste et le mécanisme psychosocial décrit à la prochaine section :

[Traduction]

L'emploi donne inévitablement lieu aux catégories d'expérience suivantes : il impose une structure temporelle des heures d'éveil; il oblige les travailleurs à avoir des contacts et à partager des expériences avec d'autres personnes en dehors du noyau familial; il démontre l'existence de buts et d'objectifs hors de la portée d'une personne et pour lesquels une collectivité est nécessaire; il impose un statut et une identité sociale au moyen de la division du travail dans le secteur moderne de l'emploi; il contraint à l'activité²⁵⁵.

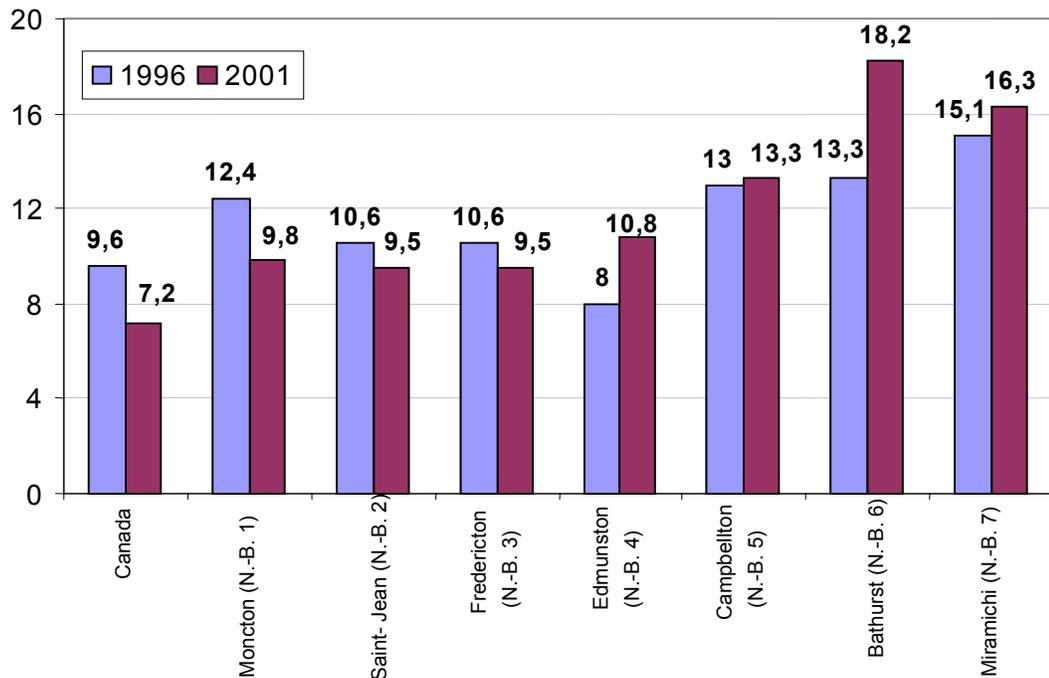
Par contre, Jahoda a démontré que le chômage nuit à la santé mentale en raison de la déchéance psychologique et de l'absence de soutiens psychologiques.

L'Institut canadien d'information sur la santé, à l'occasion de la Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population, a confirmé que le chômage chez les jeunes est un déterminant clé de la santé²⁵⁶. Dans ce cas, on fait référence uniquement aux personnes qui recherchent activement un emploi et l'on exclut les étudiants à temps plein. Chaque année depuis 1997, les taux de chômage chez les jeunes de moins de 25 ans ont été plus du double des taux enregistrés chez les personnes de 25 ans et plus. En 2001, 12,8 p. 100 de jeunes Canadiens étaient sans emploi, comparativement à 6,1 p. 100 des personnes de 25 ans et plus²⁵⁷. En somme, ces iniquités fondées sur l'âge sont cachées par les statistiques mixtes sur l'emploi.

Les quatre provinces de l'Atlantique présentent des taux de chômage plus élevés que la moyenne canadienne (7,2 p. 100 en 2001) : 16,1 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador, 11,9 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard, 9,7 p. 100 en Nouvelle-Écosse et 11,2 p. 100 au Nouveau-Brunswick. Mais à nouveau, ces moyennes provinciales masquent d'importantes différences intraprovinciales. À quelques exceptions près, comme le taux élevé de chômage dans la région industrielle du Cap-Breton et le faible taux de chômage dans la vallée de l'Annapolis en Nouvelle-Écosse, les disparités correspondent largement au clivage entre les régions urbaines et rurales. Par exemple, l'Île-du-Prince-Édouard rurale a un taux de chômage de 15 p. 100 comparativement à 9 p. 100 à Charlottetown et à Summerside. À St. John's, le taux de chômage est de 9,4 p. 100 alors que dans les régions rurales de Terre-Neuve-et-Labrador il est supérieur à 20 p. 100. En Nouvelle-Écosse, le chômage dans l'ensemble du Cap-Breton (18,6 p. 100) et à Sydney (19,1 p. 100) est 2,5 fois plus élevé qu'à Halifax (7,1 p. 100) et dans la vallée de l'Annapolis (7,5 p. 100). En fait, le taux de chômage à Halifax est inférieur à la moyenne canadienne²⁵⁸.

Au Canada atlantique, les taux de chômage chez les jeunes sont plus élevés : 24,7 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador, 17,7 p. 100 en Nouvelle-Écosse, 17,2 p. 100 au Nouveau-Brunswick et 16,3 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard²⁵⁹. Il n'est pas surprenant que l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 ait montré les taux les plus élevés de dépression et de piètre bien-être psychologique chez les jeunes et observé une amélioration du bien-être mental avec l'âge. Fait remarquable, il s'agit d'un revirement de situation par rapport aux modèles de la précédente génération au Canada, où les aînés étaient plus susceptibles que les jeunes d'être déprimés²⁶⁰. Le fait que les taux de faible revenu chez les aînés ont baissé de moitié depuis 1980, alors que la pauvreté et le chômage chez les jeunes ont fortement augmenté, peut avoir contribué à ce changement de l'état de santé mentale.

Figure 15. Taux de chômage, régions sociosanitaires du Nouveau-Brunswick, 1996 et 2001 (%)



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la population active*, tableaux spéciaux.

Note : Dans le sud du Nouveau-Brunswick, avec ses trois importants centres urbains, les taux de chômage ont baissé entre 1996 et 2001 à moins de 10 p. 100, comme dans la majorité des régions du Canada. Par ailleurs, dans les régions rurales et du nord du Nouveau-Brunswick, les taux de chômage ont augmenté durant cette période, la région de Bathurst ayant enregistré un taux de chômage de 18,2 p. 100 en 2001.

6.1.3 Éducation

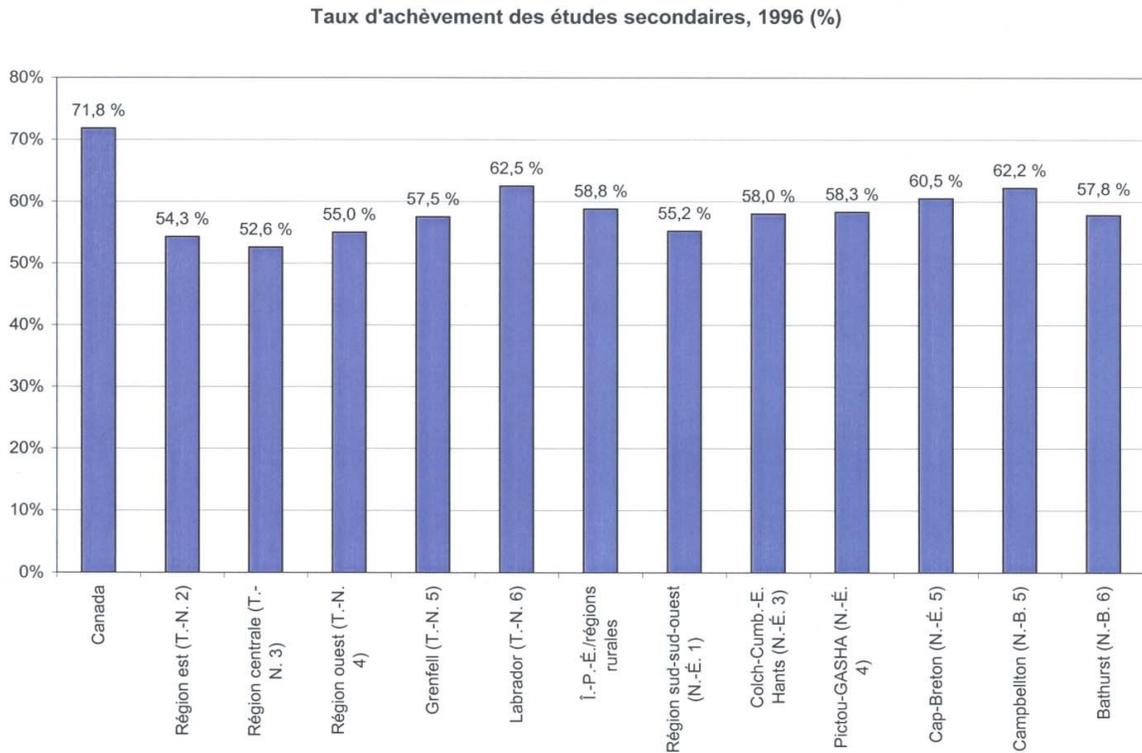
Le rendement scolaire est positivement associé tant au statut économique qu'à des résultats de santé favorables²⁶¹. Il est également positivement associé à l'état de santé auto-signalé et à des modes de vie et des comportements sains. Par exemple, les taux d'obésité sont inversement proportionnels au rendement scolaire²⁶². Seulement 19 p. 100 des répondants de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires signalaient que leur santé était « excellente », comparativement à près de 30 p. 100 des diplômés universitaires²⁶³. Par ailleurs, il a été montré que la santé auto-signalée est un facteur de prédiction fiable des problèmes de santé et de longévité²⁶⁴.

Il existe également un lien fiable entre le rendement scolaire et l'utilisation des soins de santé. George Kephart a montré qu'en Nouvelle-Écosse, les personnes qui ne détiennent pas un diplôme d'études secondaires ont recours aux services d'un médecin 49 p. 100 plus souvent que les détenteurs d'un diplôme de premier cycle universitaire. Et les personnes qui ont terminé leurs études secondaires y ont recours 12 p. 100 plus souvent que les diplômés universitaires²⁶⁵. En ce qui concerne les déterminants de la santé, l'éducation est clairement un bon investissement qui peut réduire les coûts à long terme des soins de santé.

Les grands centres urbains du Canada atlantique ont un taux d'obtention du diplôme d'études secondaires comparable ou supérieur à la moyenne canadienne, alors que ce taux est inférieur dans les plus petites villes et les villages des nombreuses régions rurales. St. John's (75 p. 100), Halifax (75 p. 100) et Fredericton (76 p. 100) ont des taux d'obtention du diplôme d'études secondaires supérieurs à la moyenne nationale (72 p. 100). Le Cap-Breton industriel est une région urbaine d'exception, où le taux d'obtention du diplôme d'études secondaires est seulement de 60,5 p. 100, bien en deçà de la moyenne canadienne. En Nouvelle-Écosse, la vallée de l'Annapolis est une région rurale d'exception, affichant le taux le plus élevé d'obtention du diplôme d'études postsecondaires (53,9 p. 100) de tous les districts de santé ruraux au Canada atlantique et supérieurs à la moyenne nationale des régions rurales (51,5 p. 100).

À la figure 16, on indique les régions où une proportion nettement inférieure de la population âgée entre 25 et 29 ans a terminé les études secondaires comparativement à la moyenne nationale. Les régions rurales de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse rurale à l'exception de la vallée de l'Annapolis et le nord du Nouveau-Brunswick présentent de faibles taux comparables d'achèvement des études secondaires. Le centre de Terre-Neuve (52,6 p. 100) affiche un taux d'achèvement des études secondaires considérablement plus faible que la moyenne nationale (71,8 p. 100). En Nouvelle-Écosse, la région sud-ouest (Yarmouth-Digby) présente le taux le plus faible d'achèvement des études secondaires (55,2 p. 100) de la province.

Figure 16. Régions sociosanitaires du Canada atlantique affichant des taux d'achèvement des études secondaires inférieurs à la moyenne, 1996 (%)



Source : Statistique Canada, *Recensement de 1996 (échantillon de 20 %)*.

Les proportions des détenteurs d'un diplôme d'études postsecondaires à Halifax (60 p. 100), à St. John's (59 p. 100) et à Charlottetown/Summerside (57 p. 100) sont supérieures à la moyenne canadienne (51,5 p. 100), tandis qu'en général, les régions rurales (à l'exception notable de la vallée de l'Annapolis) affichaient des taux proportionnellement plus faibles d'achèvement d'études postsecondaires.

Dans le présent document, nous ne visons pas à examiner tous les déterminants sociaux et économiques de la santé, tels que le logement, les transports et les loisirs, et ainsi de suite. Toutefois, nous examinerons brièvement les facteurs environnementaux. Ces facteurs, tels que l'exposition à des toxines et l'absence d'air pur et d'eau potable, peuvent également favoriser l'apparition de maladies chroniques²⁶⁶. Chernomas a analysé les changements observés dans la société depuis 1900 lorsque les maladies transmissibles, et non les maladies cardiaques et le cancer, étaient les principales causes de décès. En 1950, les maladies cardiovasculaires et le cancer étaient les causes de deux tiers de tous les décès, et moins de 10 p. 100 des décès étaient attribuables aux maladies infectieuses²⁶⁷. Chernomas fait valoir que les conditions de production et de distribution déterminées sur le plan socioéconomique ont grandement contribué à ce changement. Il

affirme qu'en raison de la mécanisation, on utilise davantage d'énergie et de produits chimiques dans la production, ce qui [traduction] « a transformé les aliments, l'eau, l'air et les processus du travail en médiums qui favorisent l'apparition de maladies cardiaques et du cancer²⁶⁸ ».

Chernomas explique que la nourriture donnée aux animaux contient beaucoup de produits chimiques, notamment des hormones de croissance et des hormones qui transforment leurs graisses en gras saturés, un important facteur contribuant à l'apparition de maladies coronaires. Ces carcinogènes artificiels sont omniprésents dans notre société. Des produits chimiques sont ajoutés dans l'eau, l'air, la nourriture, les vêtements, les meubles, les médicaments et ainsi de suite²⁶⁹. Les personnes qui vivent dans des circonstances médiocres sont particulièrement vulnérables à ces risques pour la santé.

Les quartiers pauvres sont souvent situés dans des régions industrielles contaminées, où les facteurs environnementaux, tels que l'exposition à des toxines et le manque d'air pur et d'eau potable, peuvent également constituer des mécanismes d'apparition des maladies²⁷⁰. Une récente étude des maladies cardiovasculaires et de la mortalité attribuable au cancer à Sydney, en Nouvelle-Écosse, a montré que la région avait un long historique d'exposition à des produits polluants. Bien que les preuves ne soient pas probantes, l'étude a montré que [traduction] « les expositions aux substances carcinogènes trouvées dans le milieu ambiant de Sydney pourraient avoir contribué à une augmentation du risque de cancer²⁷¹ ».

6.2 MÉCANISME PSYCHOSOCIAL

Pour comprendre pourquoi les groupes à faible revenu ont des taux plus élevés de maladies chroniques et de morts prématurées, peu importe les facteurs de risque comportementaux, les chercheurs ont examiné les facteurs psychologiques comme étant des variables intermédiaires clés. Dans la documentation épidémiologique, il existe à l'heure actuelle des preuves convaincantes de la forte influence des facteurs psychologiques sur la santé²⁷².

Contrairement au mécanisme matérialiste, qui met l'accent sur les ressources matérielles nécessaires au maintien de la santé, le mécanisme psychologique examine les processus sociaux et psychologiques intermédiaires qui peuvent être les précurseurs de maladies physiques²⁷³. Il tient également compte du fait que les iniquités sociales et économiques peuvent produire des problèmes de santé mentale, tels que la dépression, l'anxiété, l'incertitude, l'insécurité et l'absence de lien avec autrui, avec le sens de la vie ou avec quelque chose de plus grand que soi.

Le mécanisme psychosocial a été utilisé par les chercheurs pour expliquer dans quelle mesure les iniquités à l'endroit des immigrants ou des personnes d'ethnie et de race différentes peuvent donner lieu à des résultats de santé défavorables. Il permet également

d'examiner l'effet du stress chronique sur les groupes défavorisés, tels que les Autochtones, les minorités visibles, les mères seules, les enfants et les jeunes, qui sont particulièrement touchés par la pauvreté et d'autres iniquités. Ce mécanisme prend également en considération le développement durant la petite enfance, les groupes professionnels à risque, les avantages sociaux du rendement scolaire et d'autres questions sociales telles que la criminalité et la violence²⁷⁴.

Le mécanisme psychosocial met particulièrement en lumière les répercussions sur la santé des stress chroniques produits par les circonstances défavorables de la vie et est donc complémentaire au mécanisme matérialiste. Des recherches approfondies ont montré que le stress nuit à la santé, affaiblit le système immunitaire et augmente la prédisposition à une gamme élargie de maladies²⁷⁵. Le stress semble nuire à la santé principalement de deux façons. Premièrement, le stress entraîne des modifications des comportements liés à la santé, tels que la consommation d'alcool et l'usage du tabac, la toxicomanie ou l'alimentation. Ces comportements aggravent l'état de santé directement, en endommageant les organes du corps, et indirectement, en augmentant la prédisposition à certaines maladies²⁷⁶. Par exemple, la corrélation entre le stress élevé et l'usage du tabac est bien documentée. L'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada a montré que parmi les Canadiens qui signalent des taux de stress très faible, seulement 21 p. 100 des femmes et 27 p. 100 des hommes sont des fumeurs, Parmi les personnes signalant des taux de stress élevé, 45 p. 100 des femmes et 46 p. 100 des hommes consomment des produits du tabac, montrant ainsi une relation directe presque linéaire entre le niveau de stress et la prévalence du tabagisme chez les deux sexes²⁷⁷.

La deuxième façon par laquelle le stress nuit à la santé est liée au domaine de la psychoneuroimmunologie. Les chercheurs dans ce domaine ont montré l'existence de liens directs et mesurables entre la santé et les réponses physiologiques de l'organisme au stress. Le stress déclenche la sécrétion d'hormones stéroïdes à l'origine d'une série de réponses physiologiques, généralement connue sous le nom de réaction de combat ou de fuite. Par exemple, leur sécrétion entraîne une augmentation de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et du flux sanguin vers les muscles. Lorsque ces réponses au stress sont persistantes, elles peuvent favoriser l'apparition de maladies ou rendre une personne plus vulnérable à la maladie en limitant la production des cellules clés du système immunitaire²⁷⁸. Des études ont montré que les réponses au stress influent sur les processus et les fonctions qui peuvent causer ou aggraver des troubles graves, tels que l'insuffisance cardiaque et l'accident vasculaire cérébral²⁷⁹.

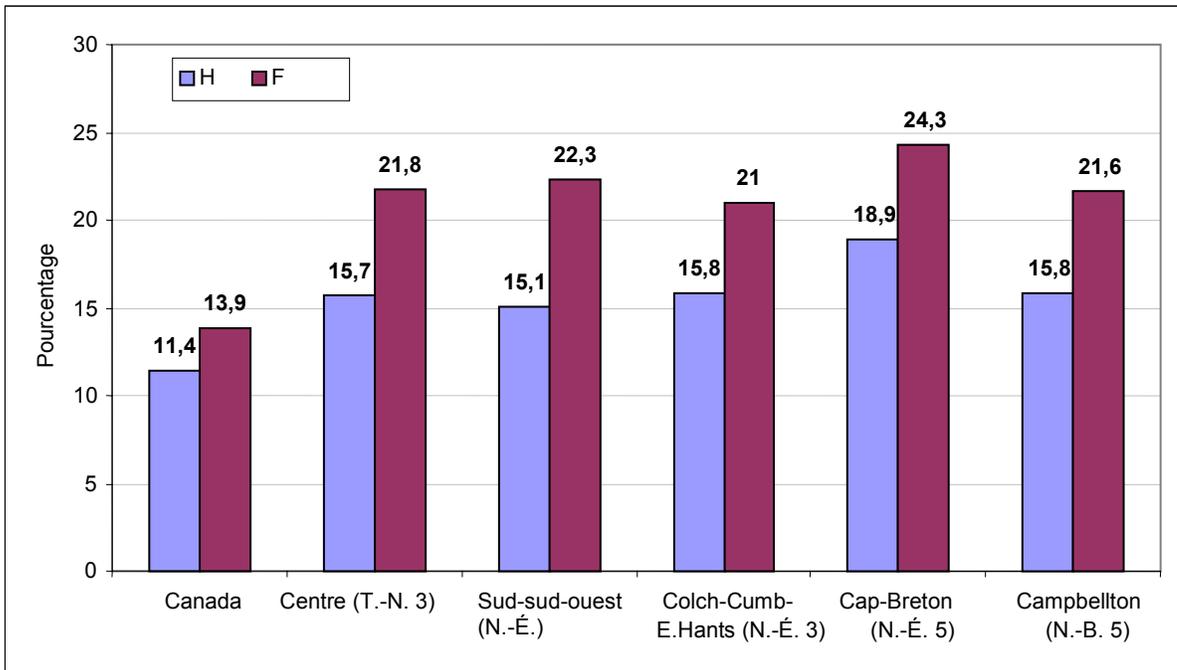
Chaque personne éprouve un certain niveau de stress dans sa vie. Cependant, le stress constant et chronique est plus fréquent chez les défavorisés. La British Whitehall Study a montré que tous les travailleurs subissaient des niveaux élevés de stress au travail. Toutefois, lorsque les administrateurs principaux revenaient à leur domicile, leur tension artérielle baissait alors que celle des travailleurs de niveaux inférieurs de retour à leur domicile demeurait élevée²⁸⁰. En raison de sa nature chronique, le stress a des conséquences qui s'accroissent au fil du temps et favorisent l'apparition de maladies²⁸¹.

De nombreuses études ont permis de déterminer que le stress au travail est un important facteur de prédiction de l'hypertension et de la maladie coronarienne. Il peut découler de faibles niveaux de responsabilité, d'un manque de contrôle, d'un manque de coopération de la part des supérieurs, des contraintes de temps et/ou de la surcharge de travail. Dans une étude américaine, les travailleurs masculins subissant les niveaux les plus élevés de contraintes professionnelles présentaient un risque de crise cardiaque quatre fois plus élevé que ceux qui avaient les plus faibles niveaux de contraintes, soit un niveau de risque équivalent à celui associé au tabagisme et à l'hypercholestérolémie²⁸².

Il existe également de nombreuses preuves indiquant que l'absence de soutiens sociaux peut favoriser l'apparition de maladies. Les personnes isolées sur le plan social ont tendance à être en moins bonne santé et sont plus susceptibles de mourir prématurément comparativement à celles qui entretiennent de solides relations sociales²⁸³. On a également montré qu'un solide soutien social améliore la résistance aux maladies et favorise le rétablissement. À l'inverse, l'absence de soutien social de la part de la famille, des amis et des collectivités est associée à des taux plus élevés de maladies cardiovasculaires, de mort prématurée, de dépression et d'incapacité chronique²⁸⁴. Selon Santé Canada :

Les familles et les amis procurent un soutien affectif nécessaire en période de stress, en plus d'aider à fournir les préalables de base à la santé comme la nourriture, le logement et les vêtements. La sollicitude et le respect que démontrent les réseaux sociaux, et le sentiment de bien-être qui en résulte semblent protéger contre les problèmes de santé. En effet, certains experts du domaine croient que les relations sociales peuvent affecter autant la santé que des facteurs de risque éprouvés comme le tabagisme et l'hypertension²⁸⁵.

Figure 17. Districts de santé du Canada atlantique affichant un pourcentage nettement plus élevé de la population de 12 ans et plus atteinte d'hypertension artérielle, chez les deux sexes, comparativement au Canada, 2000-2001 (%)



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*, fichier santé, accessible en ligne à l'adresse www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/hlthstatus/conditions2_f.htm#high (données extraites le 30 décembre 2002).

Une étude montréalaise a permis de conclure que les hommes gais séropositifs pour le VIH étaient plus en mesure d'adopter des pratiques sexuelles sans risque lorsqu'ils profitaient d'un soutien social, appartenaient à un groupe d'amis et avaient une forte estime de soi²⁸⁶. L'effet du deuil chez les conjoints qui avaient perdu leur partenaire a été examiné dans un groupe de 12 522 personnes entre 1964 et 1987. Durant cette période, 1 453 hommes (12 p. 100) et 3 294 femmes (26 p. 100) ont perdu leur conjoint. De ce nombre, 30 p. 100 des hommes endeuillés et 15 p. 100 des femmes endeuillées sont décédés entre sept et douze mois après la mort de leur conjoint²⁸⁷.

Wilkinson observe que la détérioration des relations sociales se produit lorsque la hiérarchie sociale devient plus inégale :

[Traduction]

En effet, dans le développement humain, l'adaptation à l'environnement social a été tout aussi exigeante que l'adaptation à l'environnement matériel, ce qui explique pourquoi les facteurs de risque intensément sociaux, tels que l'affiliation sociale, le

faible statut social et le développement émotionnel durant l'enfance, ont, selon les spécialistes de l'épidémiologie moderne, des influences clés sur la santé de la population dans les sociétés développées²⁸⁸.

Bien que certains de ces indicateurs puissent être quantifiés, d'autres chercheurs accordent davantage d'importance aux expériences *subjectives* individuelles de privation relative et aux réactions émotionnelles qui surviennent lorsque les personnes se comparent à d'autres membres de leur culture²⁸⁹. La comparaison elle-même peut ne pas être faite consciemment, mais elle se manifestera sous forme de stress, de désespoir, de colère et de sentiments d'insuffisance et d'exclusion, chacune de ces manifestations pouvant avoir des conséquences sur la santé²⁹⁰.

Des études menées sur des populations américaines et finlandaises ont permis de déterminer que le désespoir est un important facteur indépendant de prédiction de la morbidité et de la mortalité attribuables aux maladies cardiovasculaires²⁹¹. L'hostilité, l'agression, le cynisme et l'isolement sont également associés au risque de maladies cardiaques; la colère rentrée a été reliée au cancer et à l'hypertension; et on a montré que les émotions refoulées étaient un facteur de prédiction du cancer et des maladies cardiaques. Ces états émotionnels sont étroitement associés aux iniquités sociales et économiques.

Plus d'un Canadien sur quatre éprouve un niveau assez élevé de stress dans sa vie, les niveaux de stress élevé étant plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (26,8 p. 100 comparativement à 25,3 p. 100). Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, les quatre provinces de l'Atlantique ont enregistré un taux plus faible de stress comparativement au reste du Canada. Comme dans les enquêtes sur la santé de la population précédentes, les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador ont enregistré en 2000-2001 les plus faibles niveaux de stress au pays, alors que les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard affichaient les deuxièmes niveaux les moins élevés de stress.

En 1985 et 1991, on observait clairement un gradient de stress d'est en ouest au pays, des niveaux plus élevés étant signalés en Ontario et dans l'Ouest, alors que les quatre provinces de l'Atlantique affichaient des niveaux nettement inférieurs aux moyennes nationales. Mais au cours des années 1990, l'écart entre les niveaux de stress de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick et les niveaux nationaux s'est graduellement estompé.

Mais les moyennes provinciales cachent de fortes disparités. Les femmes à Charlottetown et à Summerside, par exemple, présentent des taux de stress nettement plus élevés que les hommes de ces deux villes. De plus, la proportion des résidents qui subissent des niveaux élevés de stress au Cap-Breton et dans la vallée de l'Annapolis, la région de Sussex/Saint-Jean dans le sud du Nouveau-Brunswick et la région de Campbellton dans le nord du Nouveau-Brunswick s'approche des niveaux nationaux. La région d'Edmundston dans l'ouest du Nouveau-Brunswick est la seule région sociosanitaire du

Canada atlantique où les niveaux de stress surpassent considérablement les niveaux de stress nationaux. Les plus faibles niveaux de stress sont enregistrés dans les régions rurales de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard.

Une analyse plus détaillée des régions spécifiques des provinces de l'Atlantique est nécessaire pour déterminer dans quelle mesure les mécanismes matérialiste et psychosocial contribuent à l'incidence des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles et des troubles chroniques de santé mentale.

6.3 MÉCANISME POLITICO-ÉCONOMIQUE

Les sphères sociale, économique et politique sont interreliées et intégrées les unes aux autres. Un nombre croissant de recherches suggèrent à l'heure actuelle que les iniquités existantes sont le résultat de processus historiques, culturels, économiques et politiques et qu'on ne peut pas réduire de façon efficace ces iniquités sans comprendre leurs origines systémiques²⁹². Ainsi, les chercheurs suggèrent que les vastes structures sociales, notamment les économies de marché, la mondialisation et l'État-providence, doivent être analysées pour comprendre les causes fondamentales plus profondes des iniquités en matière d'état de santé²⁹³. Selon un analyste :

[Traduction]

Les états et les particuliers doivent absolument trouver l'équilibre fragile entre (...) un monde axé sur les hautes technologies, les communications instantanées, l'idolâtrie des marchés et des investissements, la « brutale loi darwinienne » (...) et (...) un monde caractérisé par un sentiment sincère d'appartenance, d'enracinement, de collectivité et d'identité²⁹⁴.

Il est nécessaire de comprendre de quelle façon les mécanismes matérialiste et psychosocial peuvent favoriser l'apparition de maladies chroniques pour être en mesure d'élaborer des stratégies de prévention efficaces. Comme nous l'avons vu, le manque de ressources suffisantes pour mener une vie saine rend les groupes particulièrement vulnérables plus susceptibles à une gamme élargie de maladies chroniques – transmissibles, non transmissibles et mentales. Comme Lynch le signale, les conditions matérielles structurent l'existence quotidienne, mais les processus politico-économiques déterminent ces conditions. Les politiques qui peuvent générer des inégalités existent avant que leurs effets soient sentis par les particuliers²⁹⁵.

Selon le consensus général observé dans la documentation spécialisée en matière de santé de la population, la stratégie qui consiste à s'attaquer à un seul facteur de risque à la fois serait vraisemblablement inefficace. S'attaquer à un groupe de facteurs de risque pourrait s'avérer une stratégie plus pratique²⁹⁶. Cependant, ces facteurs de risque ne sont pas les causes fondamentales, mais plutôt des iniquités qui entraînent d'abord un stress et une souffrance physique et mentale et contribuent ensuite à la détérioration de l'état de santé

et à l'apparition de maladies chroniques. Intervenir dans le mécanisme matérialiste ou psychosocial – par exemple, en soutenant les programmes d'alimentation pour les enfants – peut être une stratégie très efficace pour soulager la souffrance. Cette stratégie peut également être un investissement pour l'avenir des enfants, ainsi qu'une mesure visant à ne pas les laisser souffrir de la faim. Ces types de programmes sont donc très utiles. Toutefois, pour contrer la faim chez les enfants, il est important d'en connaître la cause fondamentale²⁹⁷. Par exemple, pourquoi les enfants avaient-ils besoin d'un programme d'alimentation au départ? Pourquoi ces enfants ne mangent-ils pas à leur faim? Les politiques existantes ont-elles des répercussions négatives sur la santé?

Le mécanisme politico-économique laisse entendre que, pour changer une situation inéquitable, les analystes doivent examiner les processus d'exclusion. De plus, il est nécessaire d'examiner le fonctionnement de ces processus. Coburn fait valoir que les améliorations de la santé de la population dépendent d'une compréhension de l'idéologie de marché qui sous-tend les idéologies dominantes de l'heure²⁹⁸. Puisque les soutiens sociaux sont reconnus comme étant un déterminant clé de la santé, une idéologie de marché qui valorise l'individualisme pourrait nuire à la santé de la population. Les chercheurs observent que les revenus sont principalement le résultat de répartitions tributaires du marché et de redistributions de revenu commanditées par le gouvernement. Ainsi, toute diminution des iniquités dépend d'une intervention gouvernementale active²⁹⁹. Selon Coburn :

[Traduction]

Les degrés d'inégalités sont clairement influencés par les ensembles de politiques locales, nationales et internationales, qui peuvent faire l'objet de modifications. Nous pouvons soit faire abstraction de ces processus soit chercher à comprendre et commencer à les modifier³⁰⁰.

Muntaner et Lynch soutiennent qu'une société qui utilise le marché comme son principal guide et sa principale doctrine crée de plus grandes inégalités de revenu, réduit la cohésion sociale et détériore l'état de santé³⁰¹. Le marché produit en partie cet effet en affaiblissant l'État-providence qui, dans cette optique, nuit au fonctionnement normal du marché. Toutefois, les analystes montrent que la mondialisation n'a pas entraîné une diminution de la pauvreté. Avec la montée de la mondialisation, les inégalités augmentent dans la majorité des pays, mais il semble qu'elles sont modérées dans les pays ayant de solides politiques d'aide sociale et des systèmes moins axés sur le marché³⁰². Comme le signale Davey Smith :

[Traduction]

À l'échelle transnationale, les niveaux plus élevés de dépenses sociales et de taxation exprimés sous forme d'une proportion du produit intérieur brut sont associés à une plus longue espérance de vie, à un taux moins élevé de mortalité maternelle et à une plus faible proportion de poids insuffisant à la naissance³⁰³.

Ces analyses et d'autres analyses de vaste portée des causes fondamentales plus systémiques révèlent que les Canadiens par tradition valorisent la diversité culturelle, la justice sociale et l'État-providence. Traditionnellement, ils résistent aux pressions exercées par les puissantes économies de marché. Depuis le milieu des années 1970, les analystes observent un changement de ces valeurs directrices et des pratiques d'État en vigueur actuellement au Canada. Les valeurs qui étaient fondées sur les notions de risque partagé et de droits sociaux sont maintenant axées sur les notions de risques et de responsabilités individuels et de droits des consommateurs. Ce changement peut avoir des répercussions sur la santé des Canadiens.

La dépendance croissante de l'emploi, de la répartition du revenu, de la gestion budgétaire et de la privatisation à l'égard des mécanismes du marché a donné lieu à des réductions de services dans la sphère de la santé et à des écarts socioéconomiques croissants entre les Canadiens³⁰⁴. Selon l'opinion générale, les prestataires de l'aide sociale abusent du système, et les soutiens fédéraux compromettent les initiatives individuelles³⁰⁵. Dans cette optique, les politiques sont justifiées puisqu'en laissant les riches profiter d'un revenu disponible plus élevé, particulièrement en baissant les impôts et en continuant à offrir de faibles salaires aux travailleurs, les profits et les revenus plus élevés des mieux nantis se traduiront par davantage d'investissements, une meilleure affectation de ressources et donc davantage d'emplois et un bien-être accru pour l'ensemble de la société. Selon l'autre vision, cette richesse redistribuée ne se retrouvera pas dans l'économie locale ou nationale mais dans les bourses de valeurs mobilières à l'échelle internationale³⁰⁶.

James Dunn, dans un récent article intitulé *Are Widening Income Inequalities Making Canada Less Healthy?*, prévenait que si les gouvernements ne réinvestissaient pas dans les programmes publics, on observera une baisse de l'inventaire de « capital humain » du Canada et une dégradation de la santé de sa population. Il fait valoir qu'il n'y a pas de compromis à faire entre la santé et la prospérité économique et que les politiques peuvent être structurées pour améliorer simultanément la santé et la productivité économique. Dans cette optique, Dunn recommande que les principes d'action puissent s'appliquer à une grande variété de stratégies de prévention des maladies et de promotion de la santé dans de nombreux secteurs³⁰⁷.

Comme l'affirme le sociologue John Gray :

[Traduction]

Il est vrai que les restrictions à l'égard du libre-échange mondial ne favorisent peut-être pas une hausse de la productivité, mais la productivité maximale au prix de la désolation sociale et de la misère humaine est une idée anormale et dangereuse³⁰⁸.

Ces idées font l'objet d'un débat considérable, mais ont des répercussions profondes sur l'inclusion sociale et économique et l'équité, et en bout de ligne sur les résultats de santé.

7. DISCUSSION

Les preuves permettent de démontrer clairement que la santé des populations dépend des conditions socioéconomiques. Une société qui mise sur l'inclusion sociale et économique est en meilleure santé qu'une autre qui ne donne pas à d'importants segments de la population les possibilités de mener une vie productive et satisfaisante. Il a également été démontré que l'inclusion sociale et économique, à son tour, dépend du bien-être matériel des citoyens et d'une répartition relativement équitable des ressources. À l'inverse, les sociétés qui excluent des groupes en se fondant sur le revenu, le statut socioéconomique, la race ou l'origine ethnique sont de ce fait plus fragmentées. Elles présentent de plus hauts niveaux de criminalité et de violence et des taux plus élevés de dépression et de stress, et leur population est généralement en moins bonne santé que celle des sociétés plus équitables. Comme un chercheur l'observe, l'inégalité n'est pas un investissement socioéconomique qui favorise la croissance. Les systèmes qui dénigrent les gens ne valorisent pas les talents humains qui peuvent générer une économie productive et favoriser le maintien d'une solide santé à l'avenir³⁰⁹.

Dans la documentation spécialisée, on reconnaît l'existence d'un large éventail de mécanismes qui associent les iniquités et les maladies. L'efficacité de toute politique dépendra de sa capacité de repérer les points optimaux de ces processus et mécanismes où des interventions pourraient mieux contrer le potentiel d'apparition des maladies. Comme nous l'avons vu, les mécanismes de dégradation de la santé comprennent le manque de ressources matérielles, telles qu'un revenu suffisant, l'accès à l'éducation et les possibilités d'emploi; l'absence de soutiens psychosociaux dans la collectivité et le milieu de travail; et les politiques politico-économiques qui aggravent les iniquités. Bien que les relations de cause à effet ne soient pas bien comprises, il existe à l'heure actuelle suffisamment de preuves qui indiquent que ces mécanismes peuvent favoriser l'adoption de comportements d'adaptation malsains et à l'apparition de maladies chroniques.

La discussion ci-dessus peut laisser entendre que la majorité des preuves qui associent les maladies chroniques et les iniquités au Canada atlantique sont négatives. Toutefois, il faut mettre l'accent sur les succès importants qui ont déjà été réalisés dans la région et sur les forces inhérentes du Canada atlantique qui pourraient aider, en partie, à réduire l'incidence des maladies chroniques. Des recherches sur le travail civique et bénévole au Canada atlantique ont clairement démontré que les réseaux de soutien social sont toujours plus dynamiques dans la région que dans le reste du pays³¹⁰. Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes a spécifiquement repéré des groupes de soutien dans les quatre provinces de l'Atlantique qui jouent un important rôle pour renforcer ces réseaux communautaires³¹¹.

Dans un rapport préparé pour le Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes par GPI Atlantic, on faisait remarquer que la force des soutiens familiaux, sociaux et communautaires est également un atout fondamental de la région de l'Atlantique qui atténue les répercussions défavorables en matière de santé. Ces forces ne

sont pas mesurées dans nos indicateurs économiques standards et risquent toujours d'être négligées et ignorées dans la quête de la croissance économique et de la richesse matérielle. Mais il ne fait aucun doute que ces forces seront profitables pour la région et la santé de sa population en permettant de soutenir, de maintenir et de renforcer le réseau de soutiens communautaires qui contribue grandement à maintenir la qualité de vie au Canada atlantique³¹².

La région de l'Atlantique mène le pays en ce qui concerne les niveaux élevés de soutien social. Dans l'ensemble du Canada, et dans les quatre provinces de l'Atlantique, les femmes signalent des taux de soutien social plus élevés comparativement aux hommes. Toutefois, depuis 1994, le degré auquel les Néo-Écossais peuvent se fier aux soutiens sociaux a diminué par rapport au degré signalé par les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard. En Nouvelle-Écosse, les niveaux les plus élevés de soutien social sont enregistrés dans la région de Pictou-Guysborough-Antigonish-Strait, alors que des niveaux plus faibles sont signalés dans le sud et le sud-ouest de la Nouvelle-Écosse et dans la région de Colchester-Cumberland-East Hants.

Au Nouveau-Brunswick, les districts de santé de Moncton et de Miramichi signalent des niveaux de soutien sensiblement inférieurs à ceux enregistrés dans le reste de la province. Les niveaux de soutien social sont élevés partout à Terre-Neuve-et-Labrador et à l'Île-du-Prince-Édouard. Il a été noté que les solides soutiens sociaux à Terre-Neuve-et-Labrador pourraient jouer un rôle important en atténuant les conditions économiques défavorables, en réduisant le stress et en protégeant la santé. Il est recommandé de mener d'autres recherches pour examiner ces forces plus en profondeur dans le but de déterminer leur potentiel à prévenir les maladies dans l'ensemble du Canada atlantique.

De nombreux projets de villes en santé et de collectivités en santé menés dans différents endroits ont créé des modèles de participation du public à l'élaboration de politiques³¹³. Quelques-uns de ces projets sont présentés en annexe. Le projet PATH (People Assessing Their Health) a aidé à mettre cette stratégie au point au Canada atlantique³¹⁴. Le projet PATH, un projet pilote mené à l'origine dans trois collectivités de l'est de la Nouvelle-Écosse, visait à permettre une plus grande participation communautaire aux décisions en matière de santé. Des outils d'évaluation des répercussions sur la santé communautaires (ÉRSC) ont été créés pour aider les membres de collectivité à évaluer les répercussions sur la santé des politiques et programmes en vigueur dans leur région. Cette approche aide à assurer qu'une stratégie axée sur la santé de la population tiendra compte des connaissances et de la volonté des membres de collectivités locales. Elle est également fondée sur la reconnaissance du fait que la participation, l'habilitation et le renforcement des capacités sont des éléments essentiels de toute stratégie visant à éliminer les iniquités en santé.

Un autre exemple d'initiative très fructueuse est le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), un des trois programmes financés par Santé Canada (avec le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux

Autochtones) pour aider les familles à améliorer la santé et le bien-être des enfants de moins de six ans. Le PACE finance les activités de groupes locaux œuvrant dans les collectivités pour fournir des services aux familles à faible revenu, aux parents seuls ou aux familles isolées. Les programmes visent directement au moins quatre importants déterminants de la santé, dont le développement sain durant l'enfance, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles, les réseaux de soutien social et l'environnement social. Plus de 40 organismes communautaires des provinces de l'Atlantique offrent des programmes PACE. Les résultats d'une des plus importantes évaluations qualitatives menées dans l'histoire du Canada révèlent que 87 p. 100 des parents participant au PACE au Canada atlantique ont signalé un changement positif dans leur vie, et des changements dans le développement étaient observables chez 75 p. 100 des enfants³¹⁵.

Les quatre provinces de l'Atlantique ont pris de nouveaux engagements en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. Terre-Neuve-et-Labrador a lancé un plan social stratégique complet qui vise à intégrer pour la première fois les objectifs sociaux, économiques et sanitaires. La Nouvelle-Écosse a créé un nouveau Bureau de promotion de la santé sous la direction d'un ministre, et le ministère de la Santé de la province est en voie d'élaborer une stratégie de prévention des maladies chroniques. Dans un rapport publié au Nouveau-Brunswick en 2002 et intitulé *Renouvellement du système de santé : Rapport du Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé*³¹⁶, on recommande que les responsables de l'élaboration des politiques et des programmes mettent l'accent non plus sur le traitement mais sur le bien-être. Et l'Île-du-Prince-Édouard, dans le cadre du plan stratégique de cinq ans du gouvernement³¹⁷, a élaboré un « Plan de bien-être », qui tient compte des déterminants sociaux de la santé tels que le revenu, l'éducation, le sexe et le développement durant la petite enfance.

Les données descriptives présentées dans le présent rapport peuvent favoriser une compréhension initiale des aspects particuliers des iniquités observées dans la région de l'Atlantique. La prochaine étape consiste à examiner plus en détail les secteurs spécifiques qui présentent des risques élevés et à adapter les politiques pour répondre aux besoins les plus criants. Nous savons depuis longtemps que les moyennes nationales et provinciales présentent d'importantes différences entre les régions rurales et les centres urbains et d'autres différences intraprovinciales en matière de santé. Bien que les modèles de base soient clairs, une analyse plus en profondeur de toutes les variables est nécessaire pour déterminer les causes fondamentales des maladies chroniques. Les données récemment publiées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes permettent maintenant d'établir la corrélation entre l'état de santé et les résultats de santé au niveau des districts de santé et les résultats du recensement et les données sur la démographie et la population active relativement aux disparités de revenu, au faible revenu, au chômage et à un large éventail d'autres variables.

7.1 INCIDENCE SUR LES POLITIQUES

Message clé : Les facteurs sociaux et économiques peuvent être modifiés. Les stratégies efficaces doivent s'attaquer aux causes fondamentales des iniquités sociales dans la société.

Dans les provinces de l'Atlantique, le portrait des maladies physiques et mentales, qu'elles soient transmissibles et non transmissibles, est inquiétant. Les stratégies cohérentes et efficaces visant à réduire les iniquités en santé au Canada atlantique doivent être fondées sur une compréhension des iniquités régionales existantes, des conditions socioéconomiques à risque et des portraits particuliers des maladies chroniques dans la région. Ces stratégies doivent être adaptées aux circonstances socioéconomiques et aux conditions culturelles propres aux provinces de l'Atlantique. À nouveau, la bonne nouvelle est que les données intraprovinciales détaillées disponibles pour la première fois dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 encourageront la tenue de nouvelles recherches qui fourniront aux responsables de l'élaboration des politiques les renseignements dont ils ont besoin pour intervenir où les besoins sont les plus grands.

Au fil des ans, tous les ordres de gouvernement au Canada ont adopté un large éventail de politiques sociales en matière de revenu, d'emploi, de santé, d'éducation et de logement visant à éliminer la pauvreté et à réduire les inégalités socioéconomiques. Bien que ces programmes aient donné lieu à des améliorations marginales dans de nombreux secteurs, ils ont obtenu un succès limité dans leur tentative de réduire les iniquités sociales et économiques sous-jacentes et de modifier les mécanismes qui favorisent l'apparition des maladies chroniques au pays. Selon un analyste, ce succès limité s'explique par l'absence de priorités globales et intégrées et par le nombre limité de programmes dont l'objectif explicite est l'amélioration de la santé³¹⁸.

Le débat public actuel sur la réforme des soins de santé au Canada, par exemple, fait abstraction du rôle important que la réduction de la pauvreté et des inégalités pourrait potentiellement jouer en vue de diminuer les coûts des soins de santé³¹⁹. Les commissions qui avaient pour mandat d'examiner la santé et les soins de santé ont reconnu l'importance des déterminants sociaux de la santé, mais cette reconnaissance n'a pas été transposée dans des recommandations de politiques visant à améliorer la santé de la population³²⁰.

La prochaine étape consiste à élaborer des plans complets et coordonnés propres aux provinces de l'Atlantique qui tiennent compte de tous les déterminants sociaux de la santé et reconnaissent les interactions entre ces derniers. Heureusement, il existe à l'échelle locale, nationale et internationale de nombreux bons exemples de sociétés qui ont adopté une telle approche globale et institué des politiques sociales et économiques d'une vaste portée visant à améliorer la santé de la population. Le rapport Acheson publié au Royaume-Uni³²¹ et la nouvelle politique de santé publique de la Suède³²², de même

que des initiatives canadiennes, telles que le plan social stratégique de Terre-Neuve-et-Labrador³²³ et la nouvelle loi anti-pauvreté du Québec³²⁴, peuvent servir de modèles au Canada atlantique. La nouvelle politique de santé publique de la Suède, par exemple, est coordonnée par un organisme central; est axée sur les déterminants sociaux de la santé plutôt que sur les résultats de santé; met l'accent sur le bien-être plutôt que sur la maladie; cherche à obtenir un vaste soutien populaire et à établir un large consensus; et coordonne l'ensemble des politiques du gouvernement suédois en vue d'atteindre l'objectif national explicite qui consiste à améliorer la santé publique³²⁵.

Nous avons extrait certains éléments clés de ces modèles pour le compte du Bureau régional de l'Atlantique de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, pour les analyser comme étant les prochaines étapes potentielles de l'élaboration de politiques stratégiques visant à réduire les iniquités et à améliorer la santé de la population au Canada atlantique. La liste de recommandations qui suit n'est certainement pas exhaustive, mais elle présente les rudiments d'un cadre potentiel pour les travaux à venir. Ce cadre devrait comprendre l'établissement d'objectifs à court, moyen et long terme; la création de structures et de processus de coordination des politiques; l'élaboration d'outils analytiques et de priorités de recherche; et la participation des collectivités à la mise en œuvre des programmes et des politiques.

7.2 RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 : Les nouvelles stratégies de santé de la population doivent être fondées sur une compréhension des conditions sociales et économiques qui soutiennent et assurent la santé de la population.

Les preuves confirment que l'inclusion sociale et économique est nécessaire au bien-être et à la santé de la population³²⁶. Elle doit être le principal objectif de toute nouvelle initiative de santé de la population au Canada atlantique. Il est probable que les investissements stratégiques qui entraînent une répartition plus équitable des ressources publiques et privées permettront principalement de réduire les iniquités en santé et d'améliorer la santé publique. Les stratégies devraient également miser sur les forces qui existent déjà au Canada atlantique.

Il faut s'attaquer aux causes fondamentales des iniquités et des maladies chroniques plutôt que de se limiter à la stratégie peu efficace fondée sur la modification des comportements individuels. La stratégie qui consiste à s'attaquer à chaque maladie de façon isolée fait abstraction des déterminants sociaux et économiques communs des maladies. Les travaux futurs doivent être fondés sur un cadre global qui intègre les trois types de maladies chroniques – maladies transmissibles et non transmissibles et troubles mentaux.

Les stratégies doivent commencer à mettre l'accent non plus sur la maladie mais plutôt sur les atouts, les forces, la santé, le bien-être et la qualité de vie.

Les modifications et les politiques innovatrices visant à réduire les iniquités et à améliorer la santé dans cette région pourraient trouver un écho ailleurs au pays et dans le monde. Les iniquités socioéconomiques en santé touchent chaque pays à des degrés différents. De nombreuses nations envisagent des solutions et des interventions stratégiques, et d'autres mettent en œuvre des réformes sociales et économiques. Cependant, tous les pays cherchent toujours des réponses. Il est remarquable qu'une expérience sociosanitaire menée dans une petite région de Finlande, la Carélie du Nord, soit citée mondialement en référence par les analystes de la santé de la population³²⁷. Tout comme la Nouvelle-Écosse est maintenant reconnue comme un chef de file du recyclage, il n'y a aucune raison qui empêcherait les provinces de l'Atlantique d'être reconnues en raison de l'efficacité de leurs politiques de santé de la population qui s'attaquent aux causes sociales fondamentales de la santé et des maladies.

Recommandation 2 : Les nouvelles stratégies en matière de santé de la population doivent être fondées sur des valeurs communes et une vision centrale.

Les stratégies doivent être guidées par les engagements à l'égard des principes de la santé de la population, soit l'équité, la durabilité et la justice sociale; de l'approche holistique; de l'action intersectorielle; de l'utilisation de stratégies multiples; et de l'habilitation et de la participation des collectivités et des citoyens ordinaires à l'amélioration de la santé de la population³²⁸. Le modelage des systèmes sociaux et économiques de la région sur ces valeurs pourrait avoir un effet profond sur le bien-être des particuliers et des collectivités du Canada atlantique.

Depuis longtemps, les résidents du Canada atlantique valorisent la justice sociale, la diversité culturelle, la participation civique, l'égalité sociale, l'impartialité, la compassion et la solidarité sociale³²⁹. Par exemple, en 1998, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a lancé une vaste consultation publique pour connaître l'opinion de la population sur ses politiques sociales. Dans le rapport résultant, *Rapport sur la réforme des politiques sociales*, on pouvait lire que les Néo-Brunswickois avaient reconnu que le développement social et la croissance économique vont de pair. Les répondants indiquaient qu'ils :

[Traduction]

(...) aimeraient que les deux domaines soient davantage intégrés et mettent davantage l'accent sur l'amélioration de la qualité de vie des particuliers et des familles (...) L'État doit élaborer une approche fondée sur les besoins réels de la population (...) Si cette condition est respectée, les organisations communautaires et les aidants naturels peuvent former différents types de partenariats entre le gouvernement et la collectivité (...) Pour créer des partenariats réels et promouvoir la croissance de l'économie sociale, la population devrait participer davantage à l'élaboration des programmes, et le gouvernement devrait soutenir les projets communautaires³³⁰.

Recommandation 3 : Les nouvelles stratégies en matière de santé de la population doivent comprendre une approche multisectorielle et à multiples niveaux.

Les stratégies doivent viser à incorporer les valeurs communes à tous les niveaux de l'élaboration des politiques publiques de sorte qu'un vaste engagement social et économique à l'égard d'une « saine politique publique » et d'une action multisectorielle guide toutes les décisions concernant les politiques. Le travail en collaboration est essentiel pour regrouper les forces collectives; guider les stratégies non partisans à long terme; fixer les priorités; éviter les chevauchements; et coordonner les approches. Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux du Canada atlantique doivent collaborer à l'élaboration de leurs stratégies de promotion de la santé de la population, de la justice sociale et des saines collectivités. La responsabilité du gouvernement doit s'étendre au-delà des mandats électoraux et incorporer des objectifs à long terme.

L'amélioration de la santé de la population en éliminant les iniquités existantes requiert une approche coopérative et coordonnée de la part de tous les ministères qui vont mettre en œuvre les politiques, puisque de nombreuses politiques potentielles qui touchent la santé sont en dehors du domaine traditionnel du secteur de la santé. Ainsi, le secteur de la santé doit exercer une influence plutôt que de jouer un rôle de chef de file. Une approche multisectorielle reconnaîtra, par exemple, que les politiques macroéconomiques, de taxation, de salaire minimum et d'aide sociale influent sur la santé de la population. Pour cette raison, Raphael et d'autres chercheurs signalent l'importance des mesures qui haussent les revenus et facilitent l'accès aux ressources, favorisent les relations et les soutiens sociaux, réduisent le stress chronique et modifient les politiques économiques et sociales qui nuisent à la santé³³¹. Selon Dugger, la solution à l'inégalité consiste à procéder à une « reconstruction institutionnelle » qui élimine le *système* des inégalités, plutôt que d'élaborer des programmes qui corrigent certaines imperfections³³². À son avis, la compréhension de l'iniquité commence par l'étude des processus sociaux et économiques et des institutions.

En plus de la coopération au niveau gouvernemental, les stratégies doivent également engager les secteurs professionnels, bénévoles et communautaires, de même que ceux des affaires et du travail, dans la prise de décisions et la mise en œuvre des politiques.

Recommandation 4 : Les nouvelles stratégies en matière de santé de la population doivent renforcer les activités d'examen, de collecte de données, de recherche et d'évaluation pour mesurer les progrès réalisés en matière d'équité.

À cette fin, les stratégies doivent :

- encourager la collecte de données sur des questions de santé de la population qui associent des indicateurs de santé aux mesures de statut socioéconomique, à la race/ethnicité et à d'autres éléments d'équité et d'iniquité;
- étendre les indicateurs de santé pour inclure la gamme complète des déterminants sociaux et économiques de la santé;
- encourager la recherche participative, active et qualitative;
- engager la collectivité dans l'établissement des indicateurs et des programmes de recherche;
- élaborer une stratégie de recherche du Canada atlantique pour éviter les chevauchements, regrouper et coordonner les connaissances existantes et mettre l'accent sur la coopération, plutôt que sur la compétition, entre les groupes de recherche;
- évaluer les initiatives fructueuses et soutenir ces initiatives à long terme;
- élaborer des mécanismes pour traduire les connaissances en politiques.

Il sera difficile de réaliser des progrès véritables dans le sens d'une meilleure équité sociale et économique et d'une amélioration de la santé de la population alors que ces questions ne font pas l'objet des mesures fondamentales de progrès utilisées pour évaluer le bien-être et la prospérité socioéconomique. Les mesures actuelles, fondées sur les statistiques de la croissance économique, évaluent la production et les revenus générés, mais ne fournissent aucune information sur la répartition ou le partage de ces revenus. Alors que les statistiques du produit intérieur brut sont publiées mensuellement, Statistique Canada fournit des renseignements sur les écarts de revenu beaucoup moins fréquemment, les plus récentes statistiques disponibles datant en général de trois ans.

Si l'équité, et son incidence sur la santé de la population, devait occuper la place qui lui revient dans le programme d'élaboration des politiques, elle devrait alors être mesurée et signalée régulièrement dans le cadre de nos mesures fondamentales de progrès dans le but d'évaluer si les iniquités augmentent ou diminuent. Les écarts de revenu peuvent être mesurés par quintile ou au moyen du coefficient GINI³³³, permettant ainsi de fournir des renseignements sur les iniquités régionales et locales, incluant les changements au fil des années. L'écart entre le salaire des femmes et celui des hommes peut également être surveillé, de même que des renseignements spécifiques sur le statut des groupes vulnérables et marginalisés. De la même façon, les statistiques sur les actifs et les dettes permettent de mesurer les changements au chapitre de la répartition de la richesse. Un premier pas dans cette direction serait fait si Statistique Canada fournissait plus fréquemment des données sur l'équité.

Recommandation 5 : Les nouvelles stratégies en matière de santé de la population doivent fournir une aide additionnelle aux groupes vulnérables et aux régions où les besoins sont plus grands, en prenant soin de ne pas favoriser davantage la stigmatisation et la discrimination.

Les problèmes d'iniquité sont des problèmes sociaux qui ne se limitent pas aux problèmes rencontrés par différents groupes. Ainsi, les stratégies qui s'attaquent aux causes fondamentales des disparités auront l'effet le plus bénéfique. Toutefois, puisque les groupes et les régions vulnérables souffrent directement d'iniquités, ils ont besoin d'interventions spéciales. Il est important de reconnaître et de respecter la volonté inhérente de ces groupes et régions ainsi que leur valeur au sein de la société et d'éviter de les considérer comme des « problèmes ». Les nouvelles stratégies élaborées doivent développer les capacités dans le but de permettre aux groupes, aux régions et aux collectivités vulnérables de repérer leurs propres besoins et de déterminer leurs propres solutions, que le gouvernement peut alors soutenir.

En particulier, les interventions régionales en matière de politiques peuvent cibler les régions où les besoins sont les plus grands, telles que le Cap-Breton, le nord du Nouveau-Brunswick, le Labrador, les régions rurales et les collectivités afro-canadiennes et autochtones, où les iniquités actuelles produisent des résultats de santé particulièrement défavorables. Les comparaisons intraprovinciales au Canada atlantique démontrent assez clairement que les mauvais résultats de santé ont tendance à être regroupés dans des régions géographiques précises. Le Cap-Breton et la région de Campbellton dans le nord du Nouveau-Brunswick, par exemple, présentent les plus faibles revenus moyens, les taux les plus élevés de chômage, les plus fortes proportions de mères seules, les plus hauts taux de ménages à faible revenu et un état de santé plus défavorable comparativement à Halifax ou à Fredericton.

D'autre part, les généralisations simplistes sur le revenu et la santé feront abstraction des modèles de relation clés qui associent les iniquités et les maladies. Le Labrador, par exemple, présente des revenus relativement élevés, des faibles taux de ménages à faible revenu et peu de mères seules. Par ailleurs, les résidents du Labrador ont la plus courte espérance de vie de toutes les régions du Canada atlantique – un résultat qui peut s'expliquer par la proportion élevée d'Autochtones dans cette province. L'île de Terre-Neuve affiche les plus faibles revenus moyens et les taux les plus élevés de chômage au pays, mais, comme nous l'avons vu, sa population est moins stressée et signale des taux élevés de bien-être psychologique, de santé auto-évaluée et de santé fonctionnelle – des résultats qui peuvent s'expliquer par les solides réseaux sociaux. Il est essentiel d'étudier l'effet des variables socioéconomiques intermédiaires dans l'aggravation ou la diminution des iniquités et des circonstances économiques défavorables.

Dans certains cas, cette analyse des régions sociosanitaires peut mener à des interventions très précises en matière de politiques. Par exemple, au Canada atlantique,

les taux les plus faibles de mammographies de même que la mortalité attribuable au cancer du sein la plus élevée sont enregistrés au Cap-Breton et dans l'ouest de Terre-Neuve. Les politiques pratiques en matière de santé qui visent à réduire les iniquités peuvent utiliser ces renseignements intraprovinciaux pour cibler des interventions qui réduisent les risques pour la santé et favorisent l'accès aux services de prévention essentiels. Les endroits où des désavantages systémiques plus marqués sont révélés, comme au Labrador et dans le nord du Nouveau-Brunswick, par exemple, des initiatives de grande envergure, coordonnées et multisectorielles en matière de politiques sociales et économiques seront nécessaires pour réduire l'écart et améliorer les profils de santé de ces régions défavorisées.

Les provinces de l'Atlantique peuvent prendre des mesures concertées pour réduire les taux de faible revenu chez les mères seules, les Autochtones, les personnes handicapées et les autres groupes vulnérables. Cette stratégie a déjà été adoptée au Canada par le passé. Au début des années 1980, les taux de faible revenu chez les aînés étaient beaucoup trop élevés. Des mesures sociales concertées ont permis de réduire les taux de faible revenu chez les aînés canadiens de 34 p. 100 en 1980 à 19 p. 100 en 1997, et de 31 p. 100 à 15 p. 100 chez les aînés du Canada atlantique durant la même période. Les taux de faible revenu chez les aînés canadiens ont récemment encore baissé et sont maintenant de 9,5 p. 100 chez les femmes âgées et de 4,4 p. 100 chez les hommes âgés³³⁴. S'il est possible de réduire intentionnellement les taux de faible revenu chez un groupe démographique aussi important, alors aucun obstacle ne pourrait empêcher la réduction des taux de faible revenu chez d'autres groupes vulnérables si l'on fait preuve de la même détermination.

D'importantes améliorations du bien-être psychologique et de nettes diminutions des taux de dépression chez les aînés démontrent les répercussions sur la santé de telles mesures. Les taux plus élevés de pauvreté chez les jeunes ont parallèlement entraîné le transfert du profil de bien-être psychologique insatisfaisant à des groupes plus jeunes. Les mesures telles que celles qui sont décrites ci-dessus peuvent donc s'inspirer des modèles déjà élaborés qui ont porté fruit. Elles peuvent permettre de repérer et de réduire les iniquités de façon ciblée, d'améliorer la santé des Canadiens des provinces de l'Atlantique et de créer un modèle fonctionnel pouvant être utilisé par d'autres compétences au Canada et ailleurs dans le monde.

7.3 INITIATIVES PARTICULIÈRES EN MATIÈRE DE POLITIQUES PUBLIQUES

En plus des stratégies coordonnées et globales en matière de santé de la population décrites ci-dessus, il est également possible de prendre des initiatives innovatrices et très particulières visant à réduire les iniquités et à améliorer la santé de la population. Quelques suggestions sont fournies dans la présente section. Les stratégies particulières peuvent être mises en œuvre aux niveaux fédéral, provincial, municipal et communautaire et s'appliquer à l'intérieur et à l'extérieur des territoires.

7.3.1 Gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral, par exemple, peut :

- Engager des chercheurs, des responsables de l'élaboration des politiques et des organismes non gouvernementaux œuvrant dans des secteurs à l'intérieur et à l'extérieur du domaine traditionnel de la santé, tels que l'économie, l'environnement, le développement urbain et rural, le travail et d'autres disciplines, pour examiner l'incidence des facteurs sociaux et économiques sur la santé et le bien-être de la population.
- Participer à la création de documents de référence avec l'objectif à long terme d'élaborer d'importants documents sur les politiques, tels que le rapport publié au Royaume-Uni et intitulé *Independent Inquiry Into Inequalities in Health*³³⁵, et le rapport du ministère de la Santé du Minnesota, intitulé *A Call to Action: Advancing Health for All Through Social and Economic Change*³³⁶. Ces documents peuvent également porter sur des secteurs clés à l'extérieur de la sphère traditionnelle de la santé pour examiner dans quelle mesure l'agriculture, les structures du lieu de travail, le renouveau urbain et rural, le logement, les politiques économiques et d'autres secteurs influent sur la santé.
- Repérer et étudier les processus et les politiques spécifiques provenant de pays et de régions qui ont mis en place des stratégies coordonnées (par ex., Royaume-Uni, Suède et Minnesota).
- Encourager la recherche sur les effets des structures systémiques sur les aliments, l'air, l'eau, le travail et d'autres processus sous-jacents des iniquités et de la santé. Les récents changements apportés par le gouvernement fédéral en matière de paiements de transfert, d'assurance-emploi et de retraites pourraient également faire l'objet d'analyses des répercussions sur la santé³³⁷.
- Créer des forums de discussion intersectoriels pour déterminer de quelle façon chaque secteur influe sur les autres.
- Favoriser l'adoption d'une vision où l'on met davantage l'accent sur la recherche des déterminants de la santé *positive* et du bien-être plutôt que sur la préoccupation presque exclusive à l'égard de la maladie et de l'absence de santé, où les statistiques sur la mortalité et la morbidité sont traditionnellement utilisées dans les recherches sur la santé³³⁸.

7.3.2 Gouvernements provinciaux

Les gouvernements provinciaux, par exemple, peuvent :

- Analyser et rédiger des mémoires sur les répercussions des politiques et des structures de pouvoir locales sur la santé et l'inclusion sociale et économique. Par exemple, on peut examiner les effets sur la santé des politiques qui réduisent les taux d'aide sociale, stoppent la construction de nouveaux logements sociaux, éliminent le contrôle des loyers et transfèrent de l'argent des pauvres vers les mieux nantis au moyen de réductions de l'impôt sur le revenu.
- Repérer et analyser de manière exhaustive les politiques existantes visant à aider les gens à sortir de la pauvreté, à satisfaire leurs besoins de base et à améliorer leur niveau de vie.
- Examiner de manière exhaustive la répartition des ressources consacrées au logement, à l'éducation, aux salaires et aux avantages sociaux, au zonage et à d'autres préoccupations stratégiques locales pour connaître les effets de cette répartition sur la santé.
- Fournir des renseignements sur les coûts liés à des questions particulières, telles que combien de logements à prix abordable sont nécessaires et combien d'argent doit être attribué à ce secteur.
- Repérer les régions géographiques qui ont des forces particulières (pour être des modèles locaux et des pratiques exemplaires) et les régions qui présentent des iniquités particulières.
- Élaborer les profils socioéconomiques et sanitaires préliminaires de ces régions pour comprendre les atouts existants et les causes fondamentales des difficultés. Cette démarche comprendrait l'analyse exhaustive des facteurs, tels que l'environnement local, le revenu, les possibilités de carrière, l'emploi, le rendement scolaire, les atouts communautaires, les soutiens sociaux et d'autres déterminants de la santé au niveau communautaire, et la détermination de l'incidence de ces facteurs sur la santé et l'inclusion.
- Repérer spécifiquement les programmes en cours et couronnés de succès dans la région qui peuvent être encouragés et soutenus.
- Mettre en valeur et renforcer le potentiel des institutions et du public à repérer les problèmes de santé de la population et à s'y attaquer. Ceci peut encourager la prise de mesures conjointes sur le terrain qui peuvent fournir des renseignements pratiques et stimuler les discussions sur les politiques.
- Examiner des modes d'engagement civique, fournir des outils et des ressources pour repérer les problèmes de santé de la population à l'échelle communautaire et s'y attaquer, rechercher des innovations communautaires visant à favoriser l'autonomie, regrouper les personnes ayant des intérêts communs et aider à initier les dialogues pour améliorer la santé communautaire.

7.3.3 Municipalités

Les municipalités, par exemple, peuvent :

- Effectuer des analyses des répercussions sur la santé, par exemple, pour évaluer les effets de l'imposition de frais d'utilisation dans les bibliothèques, les établissements de loisirs et les parcs, ainsi que des hausses des tarifs du transport en commun.
- Regrouper les chefs de file de différents services municipaux dont les ressources peuvent être rapidement déployées pour améliorer la santé de la population. Un exemple de cette approche intersectorielle est la façon dont les dirigeants d'un quartier défavorisé de San Francisco ont travaillé rapidement pour réduire les iniquités. Un forum de quartier a permis de repérer des problèmes chroniques de santé, dont l'exposition à des produits chimiques et à des moisissures, l'accès limité à des aliments sains et à prix abordable et la violence. Pour régler certains de ces problèmes, la société locale de transport en commun a créé un service de navette entre le quartier et les épiceries; le service des parcs a publié un guide des services récréatifs spécialement à l'intention des résidents du quartier; et la ville a amélioré les services clés, tels que l'éclairage des rues, l'encaissement de chèques parrainé par la ville, la détermination d'endroits pour l'établissement de jardins communautaires, des cours d'école « vertes » et ainsi de suite³³⁹.
- Favoriser la participation de groupes communautaires particuliers. Par exemple, dans le même quartier de San Francisco susmentionné, un groupe de jeunes, ENVISION Youth, a été encouragé à rechercher des obstacles qui nuisent à l'accès à des aliments sains dans le quartier. Le groupe a sondé les magasins de quartier, a examiné les pratiques des supermarchés et des producteurs d'aliments, ainsi que le rôle des établissements de restauration rapide dans l'économie des écoles et des hôpitaux, a mené des dégustations de saines collations, a tenu des rencontres communautaires pour faire part de ses conclusions et a élaboré des stratégies pour inciter les propriétaires de magasins à offrir des aliments frais et encourager les producteurs locaux à créer des marchés en plein air³⁴⁰.

7.3.4 Conseils communautaire de santé

Les conseils communautaires de santé, par exemple, peuvent :

- Créer des régions-cibles locales dans le cadre de projets pilotes qui ont le potentiel d'englober d'autres régions locales. Par exemple, le Royaume-Uni a créé les « Health Action Zones » (HAZ)³⁴¹ et des régions aux États-Unis ont créé des « Environmental Justice Neighbourhoods » (San Francisco)³⁴². Ces projets pilotes sont des programmes de renouveau communautaire.
- Élaborer des outils et des processus pour travailler avec les groupes géographiques et/ou vulnérables pour améliorer la santé communautaire. Les exemples locaux existants comprennent le travail communautaire effectué par le Bureau régional de l'Atlantique de la Direction générale de la santé de la population et de la santé

publique de Santé Canada; la Coastal Communities Network; la Halifax Inner City Initiative; les projets de Community GPI Atlantic à Glace Bay et à Kings County, en Nouvelle-Écosse; le Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes; et l'Atlantic Health Promotion Research Centre.

- Mener des évaluations des répercussions sur la santé (ÉRS) sur des questions particulières d'importance pour la collectivité. Par exemple, une ÉRS pourrait examiner si la politique interdisant la pose de tapis dans les logements publics entraîne une amélioration de la qualité de l'air et de la santé ou pourrait examiner l'effet probable des changements de zonage proposés ou d'autres politiques sur la santé.
- Organiser des forums communautaires pour repérer ce que la collectivité veut faire, ce dont elle a besoin en matière d'information et de recherche et les ressources nécessaires pour améliorer la santé et le bien-être communautaire. Ces forums peuvent également repérer les atouts et les forces de la collectivité.
- Évaluer les programmes qui pourraient être utilisés dans d'autres secteurs de la région.

En somme, des solutions complexes doivent être trouvées pour résoudre le problème complexe posé par les iniquités sociales et économiques dans le but de réduire l'incidence des maladies chroniques, transmissibles, non transmissibles ou mentales. Ces solutions doivent être coordonnées et engager toutes les parties qui travaillent ensemble à l'atteinte de buts communs fondés sur des valeurs communes. Il est possible de travailler ensemble à la création d'une société saine sur les plans physique, mental, social et économique. Et en travaillant ensemble, il est possible de créer une société encourageante, durable et inspirante pour les générations futures.

ANNEXE

INITIATIVES VISANT LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ AU CANADA ATLANTIQUE

De nombreux programmes innovateurs visant les déterminants de la santé, tels que le niveau de revenu, le soutien social, le niveau d'emploi et d'autres indicateurs de la santé de la population, ont été lancés dans la région de l'Atlantique. Ces initiatives comprennent, entre autres, des programmes d'encouragement au travail indépendant, des consultations communautaires, des projets d'hébergement et des échanges interculturels. Voici un très petit échantillon des nombreuses initiatives positives qui démontrent la force des collectivités du Canada atlantique. Un grand nombre de ces exemples proviennent de résultats de recherche compilés par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes.

INITIATIVES FÉDÉRALES

Programme de recherche de la région de l'Atlantique sur la santé des Autochtones (PRASA)

En février 2003, le gouvernement du Canada s'est engagé à consacrer 1,4 million de dollars sur quatre ans à la formation du Programme de recherche de la région de l'Atlantique sur la santé des Autochtones (PRASA). Le programme, mené en collaboration avec la collectivité autochtone, vise à améliorer la santé de la collectivité autochtone et à augmenter le nombre d'Autochtones qui travaillent dans le domaine de la recherche en santé. Particulièrement, ce programme favorisera la recherche dans les trois domaines suivants :

- La prévention : réduire le tabagisme et la consommation d'alcool, améliorer les habitudes alimentaires et la fréquence de la pratique d'activités physiques;
- La santé mentale et les toxicomanies : établir un lien entre les toxicomanies, le stress, la dépression et le suicide chez les jeunes Autochtones;
- La compréhension des déterminants de la santé : les conditions de logement, les effets du milieu physique, les conséquences de la pauvreté et du chômage, et le rôle des facteurs culturels et spirituels.

Comprendre la petite enfance (CPE)

Deux collectivités du Canada atlantique participent à ce programme d'une durée de cinq ans lancé en 1999. Il vise à informer les collectivités pour les aider à prendre des

décisions éclairées concernant les politiques et les programmes à l'intention des familles ayant de jeunes enfants. En utilisant l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) et l'Instrument de mesure du développement du jeune enfant (IMDJE), les chercheurs du programme explorent les antécédents socioéconomiques des familles, les processus familiaux, qui comprennent les pratiques parentales positives et les facteurs communautaires, tels que le soutien social, la sécurité et la qualité du voisinage et l'utilisation des ressources récréatives, culturelles et éducatives. La détermination des ressources communautaires est une composante clé du programme. Les deux collectivités participantes ont présenté des rapports, dont voici les points saillants :

À l'Île-du-Prince-Édouard, les enfants ont obtenu de meilleurs scores que les moyennes nationales pour tous les résultats mesurés par l'IMDJE et l'ELNEJ. De plus, un grand nombre d'enfants vivant dans des régions défavorisées s'en sortent assez bien. Malgré des niveaux socioéconomiques relativement faibles, l'Î.-P.-É. a obtenu des scores élevés pour les indicateurs communautaires de soutien social, de capital social et de qualité et de sécurité des quartiers.

Une mobilité limitée a été observée à l'Î.-P.-É., puisque peu de résidents déménagent à l'intérieur ou à l'extérieur de la province. Les parents avaient également d'assez bonnes compétences parentales et vivaient dans des quartiers sûrs et de haute qualité. Ces facteurs favorisent sans doute les niveaux élevés de résultats obtenus par les enfants, une réussite de l'Î.-P.-É.

La collectivité du sud-ouest de Terre-Neuve peut être fière de ses enfants et de ses résidents. Les quartiers de cette collectivité sont sûrs et stables, ce qui permet aux enfants d'obtenir de meilleurs scores que la moyenne nationale dans de nombreux domaines, tels que le vocabulaire, le comportement et le développement cognitif. Les parents ont également de bonnes compétences parentales et participent fréquemment aux activités d'apprentissage de leurs enfants³⁴³.

Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)

Le PACE est l'un des trois programmes financés par Santé Canada (les autres étant le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones) pour aider les familles à améliorer la santé et le bien-être des enfants de moins de six ans. Le PACE finance les activités de groupes locaux œuvrant dans les collectivités pour fournir des services aux familles à faible revenu, aux parents seuls ou aux familles isolées. Les programmes visent directement au moins quatre importants déterminants de la santé, notamment le développement sain durant l'enfance, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles, les réseaux de soutien social et l'environnement social. Les programmes comprennent des cuisines communautaires, des cours de nutrition et de cuisine, des bibliothèques de jouets, des haltes-garderies, des programmes de formation au rôle de parent et des centres de ressources familiales. De plus, le PACE procure un endroit où les parents peuvent se réunir et former des groupes

de soutien et où les enfants peuvent jouer. Plus de 40 organismes communautaires des provinces de l'Atlantique offrent des programmes PACE. Les résultats d'une des plus importantes évaluations qualitatives menées dans l'histoire du Canada révèlent que 87 p. 100 des parents participant au PACE au Canada atlantique ont signalé un changement positif dans leur vie, et des changements dans le développement étaient observables chez 75 p. 100 des enfants³⁴⁴.

Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)

Le PCNP, autre programme national qui a eu une incidence positive au Canada atlantique, a été créé par Santé Canada en 1995 pour aider les femmes enceintes vivant dans des collectivités locales, qui sont vulnérables en raison d'une mauvaise santé, d'une alimentation déficiente et de leur situation sociale et économique. Il vise à améliorer la santé et le poids à la naissance des nourrissons canadiens. Le programme fournit aux femmes enceintes des suppléments alimentaires, des conseils de nutrition, un soutien et une formation avant et après la naissance de leur enfant. En 2000-2001, le PCNP finançait environ 30 projets au Canada atlantique, chacun de ceux-ci desservant un grand nombre de collectivités et près de 2 000 femmes. Les évaluations du PCNP révèlent les nombreux effets positifs du programme dans les domaines du soutien social, des habitudes de santé, des capacités d'adaptation et du revenu³⁴⁵. Des évaluations des résultats des nourrissons en matière de santé seront effectuées à mesure que les données sont disponibles.

Initiative des projets-pilotes du Partenariat rural canadien³⁴⁶

L'objectif global du Partenariat rural canadien (PRC) est d'améliorer la qualité de vie des résidents des collectivités rurales et d'encourager le développement rural. Il valorise l'écoute des résidents des régions rurales et cherche à répondre à leurs besoins et à leur offrir un soutien de base. Le PRC encourage les décideurs à tenir compte des problèmes et des préoccupations des collectivités rurales au moment d'élaborer et de mettre en œuvre toutes les politiques et tous les programmes fédéraux. Il encourage également tous les ministères et organismes du gouvernement fédéral à analyser les politiques et les programmes potentiels à l'aide d'une « lentille rurale » dans le but de comprendre leurs répercussions potentielles sur le Canada rural. Coordinné par un secrétariat hébergé par Agriculture et Agroalimentaire Canada, le PRC est mis en œuvre par un groupe de travail interministériel composé de représentants de 29 ministères et organismes fédéraux et par des équipes des régions rurales de chaque province et territoire. Cette initiative finance à l'heure actuelle 21 projets au Canada atlantique, conçus pour donner aux collectivités rurales et éloignées l'occasion de trouver leurs propres solutions pour relever les défis quotidiens. Ces projets portent sur différents domaines, allant de programmes à l'intention des aînés et de services de consultation et de soutien pour les jeunes sur un certain nombre de questions de santé et d'habitude de vie à l'embauche d'un animateur en ressources familiales pour améliorer les compétences scolaires et professionnelles des employés potentiels.

INITIATIVES MENÉES EN NOUVELLE-ÉCOSSE

Mouvement Antigonish³⁴⁷

Le mouvement Antigonish a été créé en réaction à la situation économique et sociale alarmante des agriculteurs, des pêcheurs et des mineurs de l'est de la Nouvelle-Écosse dans les années 1930. Il est reconnu dans le monde entier comme un programme communautaire innovateur de réforme économique, qui comprenait un réseau de coopératives d'épargne et de crédit, de 39 magasins coopératifs et de plus de 1 000 groupes d'étude. Les groupes d'étude jouaient un rôle clé en matière d'alphabétisme et étaient également des lieux de rencontre où les gens pouvaient discuter des défis communautaires communs. À l'heure actuelle, de nombreux projets communautaires de développement économique menés en Nouvelle-Écosse s'inspirent du mouvement Antigonish.

Projet PATH (People Assessing Their Health)³⁴⁸

Le projet PATH visait à fournir un outil aux résidents de collectivités sélectionnées de l'est de la Nouvelle-Écosse leur permettant d'améliorer leur capacité décisionnelle dans le système décentralisé de soins de santé de la province. Il s'agissait d'un projet pilote mené dans trois collectivités néo-écossaises dans le cadre de la réforme du système de santé du gouvernement provincial, qui visait à permettre une plus grande participation des collectivités aux décisions en matière santé.

Dans le cadre du projet PATH, on encourageait fortement les comités communautaires à élaborer des outils d'évaluation des répercussions sur la santé communautaires (ÉRSC) pour leurs secteurs. Ce faisant, les membres des comités ont poussé plus loin leur réflexion sur les déterminants généraux de la santé de leur collectivité. Selon eux, les plus importants déterminants de la santé étaient les occasions d'emploi, le développement sain durant l'enfance, l'apprentissage continu, les habitudes de vie, l'environnement physique, la sécurité, les revenus stables, le soutien social et les soins de santé. Les membres des comités communautaires ont reconnu que ces déterminants sont d'importants déterminants de la santé de la population.

Les outils d'ÉRSC résultants ont aidé les membres des comités communautaires à évaluer les politiques et programmes dans leurs secteurs en fonction de leurs répercussions sur la santé. Les mêmes outils ont été élaborés et utilisés par le gouvernement et ont permis aux ministères gouvernementaux de travailler sans tenir compte des limites juridictionnelles pour envisager la gamme élargie de facteurs influant sur la santé.

Le projet PATH est fondé sur la croyance que les membres de la collectivité savent ce qu'il faut faire pour améliorer la santé de leur collectivité. Les modèles d'éducation des adultes (en racontant des histoires par exemple) ont été utilisés pour mettre en commun ces connaissances et inciter les membres de la collectivité à discuter de la santé et des déterminants de la santé. Le projet est également fondé sur l'idée voulant que la population doive participer à la planification et aux décisions concernant les politiques et les programmes qui les touchent. Toutefois, en raison des restrictions budgétaires, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a retiré les représentants des conseils communautaires de santé des comités de santé régionaux. À l'heure actuelle, la stratégie visant à permettre aux membres de la collectivité de présenter leurs recommandations aux décideurs n'est pas claire.

Le document *Pathways: The PATH Project Resource* a été rédigé et distribué dans d'autres collectivités de la Nouvelle-Écosse pour les aider à élaborer leurs propres outils d'ÉRSC. Toutefois, aucuns fonds gouvernementaux ne sont prévus pour assurer la coordination du projet PATH dans ces collectivités.

Creighton Gerrish Development Association³⁴⁹

La Creighton Gerrish Development Association (CGDA) est le résultat de l'association du Black Community Workgroup, de la Metro Non-Profit Housing Association, des Harbour City Homes et de l'Affordable Housing Association of Nova Scotia. L'objectif de l'association consiste à construire et à gérer un complexe immobilier à usage mixte dans le nord d'Halifax, comprenant des condominiums à coût abordable, un immeuble d'habitation et un centre multifonctionnel. La CGDA travaille sur ce plan depuis 1994, lorsque le projet a été lancé en réaction à une mesure gouvernementale qui se traduit par l'annulation de tout financement pour de nouveaux logements sociaux. La CGDA a réussi à négocier la vente du terrain et travaille avec les investisseurs et le gouvernement pour constituer le montage financier nécessaire pour soutenir la construction. Le processus qui consiste à travailler avec une variété d'intervenants et de spécialistes et à adapter le projet pour répondre aux besoins de la collectivité a été positif pour les membres de la CGDA. Ceux-ci reconnaissent toutefois que le processus a été très long, comme c'est souvent le cas des initiatives communautaires, et qu'il existe toujours dans la collectivité un besoin immédiat pour des logements à prix abordable. Les membres suggèrent que le gouvernement réponde davantage aux besoins immédiats en matière de logements à prix abordable des personnes à faible revenu de leur collectivité.

Coastal Communities Network (CCN)³⁵⁰

Avec le financement de Patrimoine Canada et du Partenariat rural canadien, le CCN a été mandaté pour favoriser un dialogue ouvert et direct entre les représentants des collectivités côtières de Nouvelle-Écosse. La durabilité des collectivités côtières et les ressources dont elles dépendent sont les principaux thèmes des rencontres qui rassemblent des représentants de chacune des communautés culturelles de la

Nouvelle-Écosse (y compris les communautés noires, autochtones, acadiennes et européennes). Les participants à ce dialogue animé par le CCN comprennent des spécialistes du développement économique communautaire, des élus municipaux, des dirigeants religieux et communautaires, des exploitants et des transformateurs des ressources, des représentants syndicaux et des universitaires. L'objectif du CCN est d'encourager le dialogue, de faciliter le partage de l'information, de créer des stratégies et de prendre des mesures qui font la promotion de la survie et du développement des collectivités côtières et des autres collectivités rurales de la Nouvelle-Écosse puisque « quelles que soient vos origines, si les ressources dont votre collectivité dépend sont menacées, vous devez être en mesure de travailler avec vos voisins pour les protéger ». Le processus de dialogue interculturel et de sociabilisation s'est traduit par un engagement accru des participants à l'égard de la gestion communautaire, en sachant qu'ils partagent équitablement la responsabilité des investissements et la possibilité de retirer les bénéfices des ressources communautaires.

Rural Communities Impacting Policy (RCIP)³⁵¹

Le Coastal Communities Network et l'Atlantic Health Promotion Research Centre forment un partenariat pour travailler sur ce projet de trois ans visant à aider les collectivités rurales et côtières à jouer un rôle actif dans l'élaboration de politiques. Ils prévoient développer des ressources pour permettre aux particuliers et aux organisations communautaires d'avoir accès à des renseignements pertinents aux problèmes rencontrés dans leurs collectivités et fournir aux collectivités des outils et des directives pratiques pour influencer sur l'élaboration des politiques.

Health Literacy in Rural Nova Scotia³⁵²

Ce projet, lancé par l'Université St. Francis Xavier à Antigonish, est un exemple parmi tant d'autres projets de recherche menés au Canada atlantique. Il vise à étudier les expériences d'une population rurale de la Nouvelle-Écosse pour mieux comprendre l'interface de l'alphabétisme et de la santé. L'objectif consiste à poser les assises qui serviront de base à l'amélioration des politiques et des programmes publics visant à accroître la capacité à être en santé des adultes moins alphabétisés vivant dans des collectivités rurales du nord-est de la Nouvelle-Écosse. Ce projet tiendra compte des problèmes uniques d'alphabétisation et de santé auxquels font face les populations des collectivités micmacs, des collectivités noires rurales et éloignées et des collectivités acadiennes. Les membres de l'équipe de recherche multidisciplinaire, spécialisés dans les domaines de l'alphabétisation des adultes, des soins infirmiers communautaires et de la nutrition, travailleront en partenariat avec les membres des collectivités qui connaissent bien les problèmes locaux d'alphabétisation et de santé communautaire. L'équipe prévoit présenter son rapport de recherche en 2003.

INITIATIVES MENÉES AU NOUVEAU-BRUNSWICK

Monquartiers at Work (MAW)³⁵³

MAW, une organisation ombrelle située à Bath, est un incubateur pour les petites entreprises des membres. Les membres sont principalement des citoyens de collectivités rurales, vivant dans des logements subventionnés, et le projet les aide à devenir des travailleurs indépendants et autonomes. Trois ministères gouvernementaux se sont réunis pour collaborer à la réalisation de ce projet et fournir le financement des deux premières années du projet pour soutenir les entrepreneurs et les conseillers en affaires qui siègent au conseil d'administration. Ce projet a joué un rôle important dans le perfectionnement des compétences et le développement de la confiance des membres. Sans égard à la viabilité des entreprises, l'expérience du monde des affaires augmente les chances d'inclusion sociale et économique des exploitants. Selon un de ceux-là, le succès du projet est confirmé par l'accueil que la collectivité a réservé à ces personnes auparavant marginalisées et par la valorisation de ce qu'elles ont à offrir. Le développement des entreprises communautaires a contribué de façon positive à l'autonomie, à l'inclusion et au bien-être de ces personnes.

Saint John Human Development Council (SJHDC)³⁵⁴

Le SJHDC est une agence communautaire de planification sociale et un incubateur pour les nouveaux projets communautaires. Il est financé conjointement par l'administration municipale, le gouvernement provincial et des sources non gouvernementales. Le SJHDC invite la collectivité à discuter des problèmes sociaux et à prévoir des solutions à l'occasion d'ateliers et de forums et gère un fonds de prêt communautaire à l'intention des entreprises communautaires. L'organisation participe à des projets qui s'attaquent aux problèmes de logement, d'alphabétisation, de santé, de grossesse chez les adolescentes, de pauvreté et d'emploi dans la région de Saint-Jean. Les membres bénévoles de son conseil d'administration siègent également au conseil d'administration d'organisations de base locales, pour s'assurer que la perspective du SJHDC demeure axée sur les besoins de la collectivité. L'organisation met en évidence l'interrelation des objectifs sociaux et économiques fixés dans son mandat.

INITIATIVES MENÉES À L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Women Influencing Health Public Policy³⁵⁵

Le Women's Network PEI a parrainé ce projet, dans le but d'inclure les points de vue des femmes – particulièrement les plus vulnérables en raison de la pauvreté, de la violence ou d'autres problèmes – dans une analyse de l'opinion publique concernant la réforme des politiques de santé. Vingt-sept femmes, de diverses provenances, se sont rencontrées plusieurs fois au cours d'une année. Elles ont travaillé sur le concept de la santé et le

mieux-être holistiques. Plusieurs ateliers, intitulés *Women Taking Leadership: Inspiring Healthy Public Policy*, ont également été donnés au cours de cette période. Les participantes ont déterminé qu'elles profiteraient davantage du concept d'autonomie sociale.

Community Voice in Health Reform³⁵⁶

Le Cooper Institute, avec l'appui de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé de Santé Canada, a consulté les pêcheurs de mollusques et d'autres travailleurs saisonniers vivant dans des collectivités rurales de l'ouest de l'Île-du-Prince-Édouard pour connaître leurs préoccupations en matière de santé et déterminer dans quelle mesure ces préoccupations sont reliées à leurs réalités sociales et économiques. Les participants aux ateliers ont établi un lien entre des emplois dignes et une collectivité saine et les stratégies élaborées visant à favoriser l'emploi dans leur collectivité au sein d'une nouvelle organisation, la Coalition for Dignified Employment. Ils ont déterminé que la sécurité d'emploi, les conditions de travail et la sécurité de revenu étaient les déterminants de base de la santé.

INITIATIVES MENÉES À TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Helping Skills Training Program³⁵⁷

Le Helping Skills Training Program a été créé par l'Association canadienne pour la santé mentale en 1996 pour former des animateurs qui retourneront dans leurs propres organisations et animeront des ateliers sur les aspects fondamentaux de l'aide. Dans ces ateliers, on insiste pour que les participants utilisent leurs connaissances expérientielles pour déterminer ce qui est le plus pratique pour les autres. Le but du programme est de renforcer la capacité des populations des collectivités rurales où l'accès aux services est difficile. Les participants ont mentionné que les séances les avaient aidés à mieux traiter avec autrui dans des situations professionnelles et informelles.

Community Asset Mapping³⁵⁸

Créé en 1995 par le Humber Environmental Action Group, le projet Community Asset Mapping vise à encourager les collectivités à déterminer les caractéristiques environnementales qui témoignent des valeurs (culturelles, économiques et spirituelles) qui composent leur sentiment d'appartenance et d'identité. Ce projet qui encourageait les gens à mettre l'accent sur les aspects positifs de leur entourage a eu des répercussions positives sur la santé des collectivités. Santé Canada a fourni des ressources pour former des bénévoles et leur permettre de procéder à l'inventaire des atouts communautaires. Les inventaires résultants ont fait l'objet d'une large distribution. Le projet a incité différents organismes chargés d'établir des rapports économiques à inclure des caractéristiques culturelles dans leurs inventaires d'atouts provinciaux. Le projet a

entraîné une légère amélioration du mieux-être des participants simplement en leur demandant de repérer les endroits qu'ils apprécient dans leur entourage.

Méthode Fogo³⁵⁹

La méthode Fogo consiste à introduire la technologie du film et de la vidéo dans les collectivités, en se fondant sur le précédent établi à Fogo Island dans les années 1960. La méthode est fondée sur le principe du partage de la responsabilité du tournage et du montage entre la collectivité et les cinéastes ou vidéastes. Il est également important que le film ou la vidéo qui en résulte soit visionné(e) et approuvé(e) par la collectivité. Le travail a souvent un objectif d'animation communautaire, donnant l'occasion à la collectivité de projeter une image d'elle-même et de repérer certaines de ses forces et de ses différences qui peuvent être réglées. Le travail a été très utile en favorisant le dialogue communautaire et la résolution de différends. Il peut également être un outil efficace pour présenter les intérêts de la collectivité au gouvernement.

Conne River

La Première nation Miawpukek de Conne River est une collectivité micmac établie sur la péninsule Connaigre, sur la côte sud de Terre-Neuve. La bande Miawpukek dispense des services de santé à la collectivité de Conne River depuis 1975. Les membres de la collectivité peuvent obtenir une gamme élargie de services de santé et de soutien social au Conne River Health & Social Services Center et à ses nouvelles installations satellites de mieux-être. Les services offerts comprennent des soins infirmiers cliniques quotidiens, des traitements dentaires, des services de toxicomanie, des soins à domicile, un programme de nutrition prénatale, un programme de saine alimentation, un programme de traitement et de prévention du diabète, de la physiothérapie, des soins des pieds, de la chiropractie, des massages, des soins infirmiers de santé, des services infirmiers de soins continus, un programme à l'intention des jeunes, du soutien aux aînés et des services de garde d'enfants. L'approche holistique de la santé est privilégiée, et une attention est portée aux questions culturelles dans la planification, la prestation et l'évaluation des services. Cette approche se concrétise dans les services de soutien communautaire, comprenant des retraites en pleine nature, des sentiers de marche et des installations d'activité physique qui sont complétés par des événements communautaires tels qu'une conférence sur la guérison et le Pow Wow communautaire annuel.

Corduroy Brook Association

En 1994, la Corduroy Brook Enhancement Association (CBEA) a été créée pour restaurer un segment aussi long que possible du ruisseau Corduroy en vue de le remettre dans son état original et pour ouvrir des sentiers panoramiques accessibles aux marcheurs de tout âge et de toute capacité. À l'heure actuelle, on peut accéder à plus de 14 km de sentiers à partir de différents points d'entrée dans la ville de Grand Falls-Windsor, à Terre-Neuve-et-Labrador. Le financement provenant de différents groupes

communautaires, de la ville de Grand Falls-Windsor et de divers organismes fédéraux et provinciaux aide la CBEA à promouvoir et à assurer la santé du ruisseau et à créer des sentiers appréciés des membres de la collectivité et des visiteurs. Les sentiers sont un endroit où les particuliers, les familles et les groupes peuvent gratuitement faire de l'exercice et acquérir des connaissances sur la nature. Les événements tels que le Corduroy Brook Day et les camps en nature offrent aux adultes et aux enfants d'autres occasions de s'amuser, de se divertir et d'apprendre.

NOTES DE FIN DE DOCUMENT

¹ I. Kawachi, S. V. Subramanian et N. Almeida-Filho, « A glossary for health inequalities », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, 2002, p. 647-652.

² V. Kennedy, *A.D.A.M. editorial*, Medline Plus, Medical Encyclopedia, 2001, www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002312.htm#Definition (en anglais)

³ M. R. Conrad et J. K. Hiller, *Atlantic Canada. A Region in the Making*, Oxford University Press, Don Mills, 2001.

⁴ Idem.

⁵ Idem.

⁶ N. Adler, T. Boyce, M. Chesney, S. Cohen, S. Folkman, R. Kahn et S. Syme, « Socioeconomic Status and Health: the challenge of the gradient », *American Psychologist*, vol. 49, 1994, p. 15-24.

⁷ P. M. Lantz, J. S. House, J. M. Lepkowski, D. R. Williams, R. P. Mero et J. J. Chen, « Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality », *Journal of the American Medical Association*, vol. 279, n° 21, 1998, p. 1703-1708.

⁸ R. Lyons et L. Langille, *Mode de vie sain : Rehausser l'efficacité des approches axées sur le mode de vie pour améliorer la santé*, Atlantic Health Promotion Research Centre, préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, 2000.

⁹ Lantz et coll.

¹⁰ Banque mondiale, *World Development Report 2000/2001. Attacking Poverty*, Oxford University Press, Washington, 2001.

¹¹ R. G. Evans, M. L. Barer et T. R. Marmor, *Why Are Some People Healthy and Others Not?: The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, New York, 1994.

¹² Santé Canada, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Santé Canada, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1999.

¹³ Statistique Canada, *Estimations des morts prématurées (avant 75 ans) attribuables aux maladies cardiovasculaires chez les Canadiens, tableaux spéciaux de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada*, Statistique Canada, Ottawa, 2001; R. Wilkins, O. Adams et A. Brancker, « Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986 », *Rapports sur la santé*, vol. 1, n° 2, Statistique Canada, 1991, p. 137-174.

¹⁴ R. Colman, *Women's Health in Atlantic Canada: A Statistical Portrait*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, Halifax, 2000.

¹⁵ S. Ebrahim et G. Davey Smith, « Exporting Failure: Coronary heart disease and stroke in developing countries », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, 2001, p. 201-205; J. Feldman, D. Makue, J. Kleinman et J. Cornoni-Huntley, « National trends in educational differentials in mortality », *American Journal of Epidemiology*, vol. 129, n° 5, 1989, p. 919-933; Lantz et coll.

¹⁶ D. Raphael, *Inequality is Bad for Our Hearts: Why Low Income and Social Exclusion are Major Causes of Heart Disease in Canada*, North York Heart Health Network, 2001, <http://depts.washington.edu/eqhlth/paperA15.html>, p. xi (en anglais).

¹⁷ J. Mullahy, S. Robert et B. Wolfe, *Health, Income, and Inequality: Review and Redirection for the Wisconsin Russell Sage Working Group*, Russel Sage Foundation, 2001, www.russellsage.org/special_interest/socialinequality/revmullahy01.pdf (en anglais)

¹⁸ S. Kisilevsky, P. Groff et C. Nicholson, « The Health Gradient Challenge: A New Approach to Health Inequalities » dans Glouberman, S. (éd.), *Towards a New Concept of Health: Three Discussion Papers, Discussion Paper No. H 03*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2000.

¹⁹ C. A. Mustard, *Income Inequality and Inequality in Health: Implications for Thinking About Well-Being*, article présenté à l'occasion de la conférence sur l'état des niveaux de vie et la qualité de vie au Canada, Ottawa, 1998.

²⁰ J. P. Mackenbach et M. Bakker (éd.), *Reducing Inequalities in Health. A European Perspective*, Routledge, Londres, 2002.

²¹ D. Acheson, *Independent Inquiry Into Inequalities in Health*, Stationary Office, 1998, www.official-documents.co.uk/document/doh/ih/contents.htm (en anglais).

²² C. Dodds et R. Colman, *Income Distribution in Nova Scotia*, GPI Atlantic, Halifax, 2001.

²³ Idem.

²⁴ Organisation mondiale de la santé, *Définition de la santé de l'OMS*, Organisation mondiale de la santé, 2003, <http://www.who.int/about/definition/fr/index.html>

²⁵ Santé Canada, *Pour un avenir en santé*.

²⁶ Kisilevsky et coll.

²⁷ L. Eisenberg, « Rodolf Virchow: The physician as politician » dans Bonhoeffer, K. et D. Gerecke (éd.), *Maintain life on earth. Document of Sixth World Congress of the International Physicians for the Prevention of Nuclear War in Cologne, May 29 - June 1, 1986*, Jungjohann Verlagsgesellschaft Nekarsulum und Muchen, Munich, p. 79-84, 1987, cité dans Shrestha, M. P. et I. Shrestha, *Holistic Health: Concept and Scope*, People's Health Assembly, document de fond, 2000, www.phmovement.org/pdf/pubs/phm-pubs-shrestha2.pdf (en anglais)

²⁸ M. Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : Un document de travail*, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974, <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/ressources/index.html>.

²⁹ R. Colman, *The Cost of Tobacco in Nova Scotia*, GPI Atlantic, préparé pour Cancer Care Nova Scotia, Halifax, 2000.

³⁰ Raphael, *Inequality is Bad for Our Hearts*.

³¹ J. Stamler, préface de I. Ockene et J. Ockene, *Prevention of Coronary Heart Disease*, Little, Brown and Company, Boston, 1992, p. xiv.

³² Lyons et coll.; D. Raphael, *Social Justice is Good for Our Hearts: Why Societal Factors – Not Lifestyles – Are Major Causes of Heart Disease in Canada and Elsewhere*, Centre for Social Justice Foundation for Research and Education, 2002, www.socialjustice.org/pubs/justiceHearts.pdf (en anglais)

³³ Cité dans Lyons et coll., p. 22.

³⁴ J. Lynch, G. Kaplan, R. Cohen, J. Tuomilehto et J. Salonen, « Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all-cause mortality, cardiovascular mortality, and acute myocardial infarction? », *American Journal of Epidemiology*, vol. 144, n° 10, 1996, p. 934-942.

³⁵ I. Ockene et J. Ockene, *Prevention of Coronary Heart Disease*, Little, Brown and Company, Boston, 1992.

³⁶ Lantz et coll.

³⁷ J. Hirdes et W. Forbes, « The importance of social relationships, socioeconomic status and health practices with respect to mortality among Ontario males », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 92, n° 554, 1992, p. 175-182.

³⁸ Adler et coll.

³⁹ Lantz et coll..

⁴⁰ J. Lynch, G. Kaplan et J. Salonen, « Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse », *Social Science & Medicine*, vol. 44, n° 6, 1997, p. 809-819.

⁴¹ Lyons et coll., p. 7 (de la version anglaise).

⁴² Raphael, *Social Justice is Good for Our Hearts*.

⁴³ Ebrahim et coll.; Feldman et coll.; Lantz et coll.

⁴⁴ R. Romanow, *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, 2002.

⁴⁵ Santé Canada, *Pour un avenir en santé*.

⁴⁶ Santé Canada, *Rapport statistique sur la population canadienne*, Santé Canada, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé, 1999, www.statcan.ca/francais/freepub/82-570-XIF/01_11_f.pdf

⁴⁷ R. Colman, *The Cost of Chronic Disease in Nova Scotia*, préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, et la Unit for Chronic Disease Prevention and Population Health, Dalhousie University, 2002, www.heart-health.ns.ca/hpc/downloads/chronic_costs.pdf (en anglais); Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2002*, Institut national du cancer du Canada, Toronto, 2002; Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*, Statistique Canada, 2001, www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables_f.htm

⁴⁸ Institut national du cancer du Canada; Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador, *HealthScope. Reporting to Newfoundlanders and Labradorians on Comparable Health and Health System Indicators*, Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve et Labrador, St. John's, 2002; Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*.

⁴⁹ Institut national du cancer du Canada; Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, *Indicateurs de rendement sur la santé : Un rapport comparatif destiné à la population néo-brunswickoise sur les indicateurs de la santé et du système de santé*, Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, 2002, Fredericton, 2002; Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*.

⁵⁰ Institut national du cancer du Canada; Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, *Prince Edward Island Report on Common Health Indicators*, Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, Charlottetown, 2002; Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*.

⁵¹ Santé Canada, *La stratégie canadienne sur le VIH/sida*, Santé Canada, 2001, www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/rapport02/index.html

⁵² C. Ploem, *Profil de l'utilisation de drogues injectables au Canada Atlantique*, préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, Halifax, 2000.

⁵³ M. Spigelman, *Le VIH/sida et la santé de la population : Leçons pour la coordination de l'action et des politiques*, Santé Canada, 2002, www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/ministeriel/document_discussions/index.html

⁵⁴ Les ventilations selon le sexe et l'attribution homosexuelle/hétérosexuelle sont tirées de Santé Canada, *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 2000*, Santé Canada, 2000, tableaux 3A, 3B et 4C, p. 9, 10 et 14.

⁵⁵ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Profil de l'hépatite C et de l'utilisation des drogues injectables au Canada*, Programme de prévention, de soutien et de recherche sur l'hépatite C, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, Ottawa, 2000.

⁵⁶ Santé Canada, *Pour un avenir en santé*.

⁵⁷ R. S. Remis, *Rapport final. Estimation du nombre de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine au Canada*, Division de l'hépatite C, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, 2001; Ploem.

⁵⁸ M. R. A. Spigelman, document non publié, 2003.

⁵⁹ T. Albert, G. Williams, B. Legowski et R. Remis, *Le fardeau économique du VIH/SIDA au Canada*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 1998.

⁶⁰ Santé Canada, site Web de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/strat_admin/index.html

⁶¹ C. Dodds, R. Colman, C. Amaratunga et J. Wilson, *The Cost of HIV/AIDS in Canada*, GPI Atlantic, Halifax, 2000.

- ⁶² Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- ⁶³ Albert et coll.
- ⁶⁴ Ploem.
- ⁶⁵ Idem.
- ⁶⁶ Idem.
- ⁶⁷ M. R. A. Spigelman.
- ⁶⁸ Santé Canada, *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 2002*, Santé Canada, 2002, http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/aids-sida/haic-vsac0602/index_f.html
- ⁶⁹ Idem.
- ⁷⁰ Organisation mondiale de la santé.
- ⁷¹ Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador, *Valuing Mental Health: A framework to support the Development of a provincial mental health police for Newfoundland and Labrador*, Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador, St. John's, 2001.
- ⁷² Santé Canada, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, p. 239.
- ⁷³ Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Santé Canada, Ottawa, 2002.
- ⁷⁴ L. Pratt, D. Ford, R. Crum, H. Armenian, J. Gallo et W. Eaton, « Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction », *Circulation*, vol. 94, 1996, p. 3123-3129.
- ⁷⁵ M. Whooley et W. Browner, « Association between depressive symptoms and mortality in older women », *Archives of Internal Medicine*, vol. 158, 1998, p. 2129-2135.
- ⁷⁶ J. Kabat-Zinn, « Psychosocial Factors: Their Importance and Management » dans Ockene, p. 308-312.
- ⁷⁷ Idem.
- ⁷⁸ Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*.
- ⁷⁹ Kabat-Zinn, « Psychosocial Factors: Their Importance and Management ».
- ⁸⁰ Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*.
- ⁸¹ Idem, p. 22 (de la version anglaise).
- ⁸² Idem.
- ⁸³ T. Stephens, C. Dulberg et N. Joubert, « La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 20, n° 3, Santé Canada, 1999, p. 118-126.
- ⁸⁴ Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*.

⁸⁵ Stephens et coll., *Maladies chroniques au Canada*.

⁸⁶ Colman, *Women's Health in Atlantic Canada*.

⁸⁷ Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*.

⁸⁸ Idem.

⁸⁹ T. Stephens et N. Joubert, « Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 22, n° 1, 2001.

⁹⁰ Santé Canada, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, p. 317 et 322.

⁹¹ Idem.

⁹² S. Langlois et P. Morrison, « Suicides et tentatives de suicide », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 2, Statistique Canada, 2002, p. 9-22 (de la version anglaise).

⁹³ Santé Canada, *Le suicide au Canada : mise à jour du rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Division de la santé mentale, Direction générale des programmes et des services de santé, Santé Canada, Ottawa, 1994.

⁹⁴ Langlois et coll.

⁹⁵ Toutefois, le cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, portant spécifiquement sur la santé et le bien-être mental, vient juste d'être mené auprès de 30 000 Canadiens et Canadiennes (mai à novembre 2002), et les résultats seront rendus publics par Statistique Canada à la fin de l'été 2003. Cette enquête fournira donc prochainement pour la première fois des données provinciales et régionales détaillées sur la santé mentale de la population canadienne. Ces données permettront de procéder à une évaluation beaucoup plus poussée de la santé mentale au Canada atlantique que ce qui avait pu être fait auparavant.

⁹⁶ Statistique Canada, *Statistique de la santé, 1999*, tableaux 00060139.IVT et 00060150.IVT; Santé Canada, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, p. 51 (de la version anglaise)

⁹⁷ Ces résultats sont tirés de divers tableaux de statistiques présentés dans Santé Canada, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, entre autres aux pages 219, 225, 231, 270, 287, 315 (de la version anglaise). L'« état de santé fonctionnel » est mesuré à l'aide du système de mesure de l'état de santé global qui combine deux composantes : une description de huit attributs de santé fonctionnelle – vision, ouïe, parole, mobilité, dextérité, cognition, émotion et douleur/inconfort – et une enquête de l'Université McMaster dans laquelle on demandait aux participants de classer divers états de santé selon la gravité de leurs effets sur la santé. Ces deux composantes sont combinés pour produire un score global pour chaque répondant (Idem., p. 230 de la version anglaise).

⁹⁸ Santé Canada, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, p. 51 (de la version anglaise); Statistique Canada, *Statistique de la santé, 1999*, tableau 00060150.IVT.

⁹⁹ Santé Canada, *Pour un avenir en santé*, p. 14 (de la version anglaise); Santé Canada, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, p. 219 (de la version anglaise).

¹⁰⁰ Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*.

¹⁰¹ Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*.

- ¹⁰² S. James, « Confronting the Moral Economy of US Racial/Ethnic Health Disparities », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 2, 2003, p. 189.
- ¹⁰³ Fondation canadienne des relations raciales, *Reconnaître et définir le racisme*, Fondation canadienne des relations raciales, 2003, www.crr.ca/FR/MediaCentre/FactSheets/fMedCen_FacShtAcknowledgeRacism.htm
- ¹⁰⁴ S. Zierler et N. Krieger, « Reframing women's risk: Social inequalities and HIV infection », *Annual Review of Public Health*, vol. 18, 1997, p. 401-436.
- ¹⁰⁵ Fondation canadienne des relations raciales.
- ¹⁰⁶ G. E. Galabuzi, *Canada's Creeping Economic Apartheid: The Economic Segregation and Social Marginalization of Racialized Groups*, Centre for Social Justice Foundation for Research and Education, 2001, www.socialjustice.org/pubs/pdfs/economic_apartheid.pdf (en anglais)
- ¹⁰⁷ C. Foster, *A Place Called Heaven: The Meaning of Being Black in Canada*, HarperCollins Publishers Ltd., Toronto, 1996.
- ¹⁰⁸ Fondation canadienne des relations raciales.
- ¹⁰⁹ J. L. Kunz, A. Milan et S. Schetagne, *Inégalité d'accès : profil des différences entre les groupes ethnoculturels canadiens dans les domaines de l'emploi, du revenu et de l'éducation*, Fondation canadienne des relations raciales, 2000.
- ¹¹⁰ Idem.
- ¹¹¹ Idem.
- ¹¹² D. P. Ross, K. Scott et P. Smith, *Données de base sur la pauvreté au Canada 2000*, Conseil canadien de développement social, Ottawa, 2000.
- ¹¹³ Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*.
- ¹¹⁴ Idem.
- ¹¹⁵ F. McMahon, « Cure for poverty is to end welfare: Back to the poorhouse: In today's society, poverty is usually a voluntary choice », *Edmonton Journal*, 11 août 2001.
- ¹¹⁶ V. Cain, « Investigating the role of racial/ethnic bias in health outcomes », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 2, 2003, p. 191-192.
- ¹¹⁷ D. R. Williams, H. W. Neighbors et J. S. Jackson, « Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 2, 2003, p. 200-209.
- ¹¹⁸ Zierler et coll.
- ¹¹⁹ L. Baxter (Nova Scotia Advisory Commission on AIDS), communication personnelle, 2003.
- ¹²⁰ Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, site Web de Social and Economic Inclusion in Atlantic Canada, www.medicine.dal.ca/acewh (en anglais)
- ¹²¹ Raphael, *Inequality is Bad for Our Hearts*.

- ¹²² A. Mitchell et E. R. Shillington, *Poverty, Inequality and Social Inclusion*, Laidlaw Foundation, Social Inclusion Series, 2002, www.laidlawfdn.org/programmes/children/mitchell.pdf (en anglais)
- ¹²³ M. Shaw, D. Dorling et G. Davey Smith, « Poverty, Social Exclusion, and Minorities », dans M. G. Marmot et R. G. Wilkinson (éd.), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford, 1999.
- ¹²⁴ D. Raphael, R. Renwick, I. Brown, B. Steinmetz, H. Sehdev et S. Phillips, « Making the Links Between Community Structure and Individual Well-Being. Community Quality of Life in Riverdale, Toronto, Canada », *Health and Place*, vol. 7, n° 3, 2001, p. 17-34.
- ¹²⁵ Evans et coll., *Why Are Some People Healthy and Others Not?: The Determinants of Health of Populations*.
- ¹²⁶ L. McKay, *Changing Approaches to Health: The History of a Federal/Provincial /Territorial Advisory Committee*, document d'information, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2000.
- ¹²⁷ S. Szreter et M. Woolcock, *Health by Association? Social Capital, Social Theory, and the Political Economy of Public Health*, document de travail du von Hugel Institute , 2002, www.st-edmunds.cam.ac.uk/vhi/research/szr-wlck.pdf (en anglais)
- ¹²⁸ Mitchell et coll.
- ¹²⁹ A. de Haan, « Social exclusion in policy and research: Operationalizing the concept » dans Figueiredo, J. B. et A. de Haan (éd.), *Social exclusion: An ILO Perspective*, Genève, 1998.
- ¹³⁰ M. Shookner, *Une optique d'inclusion : cahier d'exercices pour un regard sur l'exclusion et l'inclusion socio-économiques*, préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, Halifax, 2002.
- ¹³¹ Mitchell et coll.
- ¹³² Idem.
- ¹³³ D. Raphael et T. Bryant, « The Limitations of Population Health as a Model for a New Public Health », *Health Promotion International*, vol. 17, 2002, p. 189-199.
- ¹³⁴ J. N. Lavis et G. L. Stoddart, « Social Cohesion and Health » dans Osberg, L. (éd.), *The Economic Implications of Social Cohesion*, University of Toronto Press, Toronto, 2002.
- ¹³⁵ Santé Canada, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*.
- ¹³⁶ Lynch et coll., *Social Science and Medicine*.
- ¹³⁷ Idem.
- ¹³⁸ G. W. Evans et E. Kantrowitz, « Socioeconomic Status and Health: The Potential Role of Environmental Risk Exposure », *Annual Review of Public Health*, vol. 23 n° 1, 2002, p. 303-331.
- ¹³⁹ J. Bull, J. et L. Hamer, *Closing the Gap: Setting local targets to reduce health inequalities*, Health Development Agency (Royaume-Uni), Londres, 2002.

¹⁴⁰ Lyons et coll.

¹⁴¹ Selon la définition de Statistique Canada, les Autochtones sont « les personnes qui ont déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone (par exemple, Indien d'Amérique du Nord, Métis ou Inuit) et(ou) celles qui ont déclaré être un indien visé par un traité ou un indien inscrit, tel que défini par la *Loi sur les Indiens*, et(ou) celles qui étaient membres d'une bande indienne ou d'une première nation », www.statscan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/defin4_f.htm. Les statistiques démographiques sommaires sont tirées de Statistique Canada, *Recensement de 2001 (échantillon de 20 %)*; Statistique Canada, *Études de la couverture du recensement de 1996*; et Division de la démographie de Statistique Canada.

¹⁴² Ministère des Affaires étrangères et du Nord canadien, *Données ministérielles de base - 2001*, Ministère des Affaires étrangères et du Nord canadien, Ottawa, 2002.

¹⁴³ S. Anand, S. Yusef, R. Jacobs, D. Davis, H. Gerstein, P. Montague et E. Lonn, « Risk Factor, Atherosclerosis and Cardiovascular Disease Among Aboriginal People in Canada: The Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP) », *Lancet*, vol. 358, 2002, p. 1147-1153.

¹⁴⁴ Santé Canada, *Constatations et observations : Diabète*, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, 2002, www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/santeautochtones/constatations_observations/constatations_1.htm#Diabète

¹⁴⁵ K. D. Travers, « Recours à la recherche qualitative pour mieux comprendre les origines socioculturelles du diabète chez les Micmacs du Cap-Breton », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 166, n° 4 (automne), Santé Canada, 1995.

¹⁴⁶ Romanow, p. 218-219.

¹⁴⁷ C. P. Shah, *Public Health and Preventive Medicine in Canada* (quatrième édition), University of Toronto Press, Toronto, 1998.

¹⁴⁸ M. D. Stout et G. D. Kipling, *Série de rapports de synthèse : La santé des Autochtones*, Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada, 2002, http://www.hc-sc.gc.ca/hf-fass/francais/aboriginal_fr.pdf

¹⁴⁹ J. Enang, « Black Women's Health: Health Research Relevant to Black Nova Scotians » dans Amaratunga, C. (éd.), *Race, Ethnicity and Women's Health*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, Halifax, 2002, p. 43-82.

¹⁵⁰ Idem.

¹⁵¹ Idem.

¹⁵² Y. Atwell et Atwell Human Resource Consultants, *Finding the Way: Establishing a Dialogue with Rural African Canadian Communities in the Prestons*, préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, 2002, manuscrit non publié.

¹⁵³ Enang.

- ¹⁵⁴ Unité de recherche sur la santé de la population, *A Diabetes Profile of Atlantic Canada*, Unité de recherche sur la santé de la population, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie, Halifax, 2000.
- ¹⁵⁵ E. Fong et K. Shibuya, « The spacial separation of the poor in Canadian cities », *Demography*, vol. 37, n° 4, 2000, p. 449-459.
- ¹⁵⁶ C. Perez et M. Beaudet, « La santé des mères seules », *Rapports sur la santé*, vol. 11, n° 2, Statistique Canada, 1999, n° de catalogue 82-003-XPB, p. 21-32 (de la version anglaise).
- ¹⁵⁷ Idem.
- ¹⁵⁸ R. Colman, *The Economic Value of Unpaid Housework and Child Care*, GPI Atlantic, Halifax, 1998.
- ¹⁵⁹ Statistique Canada, *Le Quotidien*, 9 novembre, 1999, Statistique Canada, Ottawa, n° de catalogue 11-001F, p. 2-4; Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 12, 1998*, Division des statistiques sociales, du logement et des familles, tableau spécial.
- ¹⁶⁰ D. Ross, « Le Point : Un nouveau regard sur la pauvreté des enfants », *Perception*, vol. 22, n° 1, 1998, p. 9-11 (de la version anglaise).
- ¹⁶¹ R. Wilkins et G. Sherman, « Low income and child health in Canada » dans Coburn, D., C. D'Arcy et G. Torrance (éd.), *Health and Canadian Society: Sociological Perspectives* (troisième édition), University of Toronto Press, Toronto, 1998, p. 102-109.
- ¹⁶² Idem.
- ¹⁶³ Santé Canada, *Pour un avenir en santé*, p. 85 et chapitre 3 (de la version anglaise).
- ¹⁶⁴ B. Morrongiello, « Preventing Unintentional Injuries among Children », *Déterminants de santé : Les enfants et les jeunes. La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier, Volume 1*, Forum national sur la santé, Ottawa, 1998.
- ¹⁶⁵ C. Hertzman, « The case for child development as a determinant of health », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 89 (supplément 1), 1998, p. S14-S19.
- ¹⁶⁶ G. Davey Smith, Y. Ben-Shlomo et J. Lynch, « Life Course Approaches to Inequalities in Coronary Heart Disease Risk » dans Stansfeld, S. A. et M. Marmot (éd.), *Stress and the Heart: Psychosocial Pathways to Coronary Heart Disease*, BMJ Books, Londres, 2002.
- ¹⁶⁷ Lynch et coll., *Social Science and Medicine*, vol. 44.
- ¹⁶⁸ Davey Smith et coll., « Life Course Approaches to Inequalities in Coronary Heart Disease Risk ».
- ¹⁶⁹ Lynch et coll., *Social Science and Medicine*.
- ¹⁷⁰ G. Davey Smith, D. Grunwell et Y. Ben-Shlomo, « Life-Course Approaches to Socio-Economic Differentials in Cause-Specific Adult Mortality » dans Leon, D. et G. Walt (éd.), *Poverty, Inequality and Health: An International Perspective*, Oxford University Press, New York, 2001, p. 88-124.
- ¹⁷¹ Spigelman.

- ¹⁷² B. Rodgers, « Adult affective disorder and early environment », *British Journal of Psychiatry*, vol. 157, 1990, p. 539-550.
- ¹⁷³ Statistique Canada, *Le revenu du Canada*, Statistique Canada, Ottawa, 2002, n° de catalogue 75-202, tableau 7.2.
- ¹⁷⁴ Statistique Canada, *Le revenu du Canada, 2000*, Statistique Canada, Ottawa, 2000, n° de catalogue 75-202-XIF.
- ¹⁷⁵ Idem.
- ¹⁷⁶ Statistique Canada, *Le revenu du Canada*.
- ¹⁷⁷ *The National Post*, 17 juillet 2002, p. A9.
- ¹⁷⁸ S. Lilley et J. M. Campbell, *Les sables vivants. Le profil du Canada Atlantique en transition. Tendances économiques et démographiques et leurs effets sur les aînés*, préparé pour la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, Halifax, 1999.
- ¹⁷⁹ P. J. Ulysse, *Le vieillissement des populations : Les trente dernières années en perspective*, Santé Canada, 1998, <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H39-564-1997F.pdf>
- ¹⁸⁰ E. A. Wolinsky, « Health Services Utilization among the Noninstitutionalized Elderly », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 24, 1983, p. 325-337.
- ¹⁸¹ American Federation for Aging Research, *Putting Age on Hold, Alliance for Aging Research*, American Federation for Aging Research, 1996; J. Fries, « Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity », *The New England Journal of Medicine*, vol. 303, n° 3, 1980, p. 130-135; The Institute of Medicine, *Extending Life, Enhancing Life: A National Research Agenda on Aging*, National Academy Press, Washington, 1991.
- ¹⁸² Statistique Canada, *Recensement de 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 2001.
- ¹⁸³ V. Singh, « Rural Income Disparities in Canada: A Comparison Across the Provinces », *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin*, vol. 3, n° 7, 2002.
- ¹⁸⁴ A. Pahlke, S. Lord et L. Christiansen-Ruffman, *Women's Health and Wellbeing in Six Nova Scotia Fishing Communities*, Institut canadien de recherches sur les femmes et Nova Scotia Women's Fishnet, 2001, www.medicine.dal.ca/mcewh/Publications/Fishnetp.10020Finalreport.pdf (en anglais)
- ¹⁸⁵ Idem.
- ¹⁸⁶ Idem.
- ¹⁸⁷ Organisation panaméricaine de la santé, *Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health Report*, Organisation panaméricaine de la santé, Fondation Rockefeller, Agence canadienne de développement international, Centre de recherches pour le développement international, Santé Canada, Société canadienne de santé internationale, Institut de recherche sur la santé de la population – Université d'Ottawa, 2002, www.paho.org/English/HDP/Equity-Re.pdf (en anglais)
- ¹⁸⁸ Idem.

- ¹⁸⁹ Idem.
- ¹⁹⁰ Raphael, *Social Justice is Good for Our Hearts*.
- ¹⁹¹ Pahlke et coll.
- ¹⁹² M. Shields et S. Tremblay, « La santé dans les collectivités canadiennes », *Rapports sur la santé*, supplément, vol. 13, Statistique Canada, 2002, n° de catalogue 82-003.
- ¹⁹³ Conrad et coll.
- ¹⁹⁴ J.F. Helliwell, « Social Capital, the Economy and Well-Being », dans Banting, K., A. Sharpe et F. St-Hilaire (éd.), *The Review of Economic Performance and Social Progress. The Longest Decade: Canada in the 1990s*, Centre d'étude des niveaux de vie et Institut de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2001.
- ¹⁹⁵ A. V. Diez Roux, « Invited Commentary: Places, People, and Health », *American Journal of Epidemiology*, vol. 155, n° 6, 2002, p. 516-519.
- ¹⁹⁶ I. Kawachi et L. F. Berkman (éd.), *Neighborhoods and Health*, Oxford University Press, New York, 2003.
- ¹⁹⁷ R. J. Sampson, J. D. Morenoff et T. Gannon-Rowley, « Assessing Neighborhood Effects: Social processes and new directions in research » *Annual Review of Sociology*, vol. 28 n° 1, 2002, p. 443-478.
- ¹⁹⁸ Idem.
- ¹⁹⁹ S. A. Robert, « Socioeconomic Position and Health: The independent contribution of community socioeconomic context », *Annual Review of Sociology*, vol. 25, n° 1, 1999, p. 489-516.
- ²⁰⁰ N. J. Waitzman et R. Smith, « Separate but lethal: The effects of economic segregation on mortality in metropolitan America », *Milbank Quarterly*, vol. 76, n° 3, 1998, p. 341-373.
- ²⁰¹ A. Sloggett et H. Joshi, « Deprivation indicators as predictors of life events 1981-1992 based on the UK ONS Longitudinal Study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 52, n° 4, 1998, p. 228-233.
- ²⁰² Waitzman et coll.
- ²⁰³ J. D. Bell, J. Bell, R. Colmenar, R. Flournoy, M. McGehee, V. Rubin, M. Thompson, J. Thompson et V. B. Vasquez, *Reducing Health Disparities Through a Focus on Communities*, PolicyLink, 2002.
- ²⁰⁴ Diez Roux.
- ²⁰⁵ Idem.
- ²⁰⁶ Dodds et coll., *Income Distribution in Nova Scotia*.
- ²⁰⁷ S. Kerstetter, *Rags and Riches. Wealth Inequality in Canada*, Canadian Centre for Policy Alternatives, Ottawa, 2002.
- ²⁰⁸ Idem.

²⁰⁹ R. Wilkinson, Weidenfeld et Nicolson, *Mind the Gap: Hierarchies, Health and Human Evolution*, Yale University Press, New Haven, 2001.

²¹⁰ M. Bartley, D. Blane et S. Montgomery, « Socioeconomic determinants of health: Health and the life course: Why safety nets matter », *British Medical Journal*, vol. 314, n° 7088, 1997, p. 1194; D. Carroll, G. D. Smith et P. Bennett, « Some Observations on Health and Socio-economic Status », *Journal of Health Psychology*, vol. 1, 1996, p. 23-29; G. A. Kaplan, E. R. Pamuk, J. W. Lynch, R. D. Cohen et J. L. Balfour, « Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways », *British Medical Journal*, vol. 312, n° 7037, 1996, p. 999-1003; R. G. Wilkinson, « Socio-economic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards? », *British Medical Journal*, vol. 314, 1997, p. 591.

²¹¹ T. Schrecker, « Money Matters: Incomes tell a story about environmental dangers and human health », *Alternatives Journal*, vol. 25, n° 3, été 1999, p. 16.

²¹² « The Big Idea », éditorial, *British Medical Journal*, vol. 312, 20 avril 1998, p. 985, cité dans Santé Canada, *Pour un avenir en santé*, p. 39.

²¹³ Kaplan et coll.; B. P. Kennedy, I. Kawachi et D. Prothrow-Stith, « Income distribution and mortality: Cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States », *British Medical Journal*, vol. 312, n° 7037, 1996, p. 1004-1007; R. G. Wilkinson, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, New York, 1996.

²¹⁴ R. Chernomas, *The Social and Economic Causes of Disease*, Canadian Centre for Policy Alternatives, Ottawa, 1999; Santé Canada, *Pour un avenir en santé*; I. Kickbusch, « There is Something Else Out There: Health Policy and Determinants of Health », *American Journal of Health Promotion*, vol. 3, n° 1, mars-avril 2000; Schrecker.

²¹⁵ C. Hogstedt et I. Lundberg, « Work-related policies and interventions », dans J. P. Mackenbach et M. Bakker (éd.), *Reducing Inequalities in Health. A European Perspective*, Routledge, Londres, 2002.

²¹⁶ J. R. Dunn, *Are Widening Income Inequalities Making Canada Less Healthy?* Le projet Tisser des liens du Health Determinants Partnership, Association pour la santé publique de l'Ontario, 2002, www.opha.on.ca/publications/income_inequalities.pdf (en anglais)

²¹⁷ A. Yalnizyan, *The Growing Gap: A Report on Growing Inequality Between the Rich and Poor in Canada*, Centre for Social Justice Foundation for Research and Education, Toronto, 1998.

²¹⁸ Dunn.

²¹⁹ Statistique Canada, *L'avoir et la dette des Canadiens : un aperçu des résultats de l'Enquête sur la sécurité financière*, Statistique Canada, Ottawa, 2001, n° de catalogue 13-595-XIF.

²²⁰ Kerstetter.

²²¹ Statistique Canada, *Recensement de 1996 (échantillon de 20 p. 100)*, Statistique Canada, www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/228_f.htm.

²²² Kerstetter.

²²³ Santé Canada, *Pour un avenir en santé*.

²²⁴ M. Shaw, D. Dorling, D. Gordon et G. Davey Smith., *The Widening Gap: Health Inequalities and Policy in Britain*, The Policy Press, Bristol, 1999.

²²⁵ Chernomas.

²²⁶ Raphael, *Inequality is Bad for Our Hearts*.

²²⁷ J. W. Lynch, G. D. Smith, G. A. Kaplan et J. S. House, « Income Inequality and Mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions », *British Medical Journal*, vol. 320, 2000, p. 1220-1224.

²²⁸ Idem.

²²⁹ J. K. Kiecolt-Glaser, L. McGuire, T. Robles et R. Glaser, « Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, 2002, p. 537-547.

²³⁰ Raphael, *Inequality is Bad for Our Hearts*.

²³¹ I. Kawachi et B. P. Kennedy, « The relationship of income inequality to mortality: Does the choice of indicator matter? », *Social Science & Medicine*, vol. 45, n° 7, 1997, p. 1121-1127; Shaw et coll., *The Widening Gap*.

²³² V. Navarro, *The Political Economy of Social Inequalities : Consequences for health and quality of life*, Baywood Publishing Co., Amityville, 2002.

²³³ D. Coburn, *Beyond the Income Inequality Hypothesis: Globalization, Neo-liberalism and Health Inequalities. Working Paper*, Département des sciences de la santé publique, Université de Toronto, Toronto, 2002; C. Muntaner, J. Lynch et G. D. Smith, « Social Capital and the Third Way in Public Health », *Critical Public Health*, vol. 10, n° 2, 2000, p. 107-124; Navarro.

²³⁴ J. Lynch, G. Davey Smith, M. Hillemeier, M. Shaw, T. Raghunathan et G. A. Kaplan, « Income Inequality, the Psychosocial Environment, and Health: Comparisons of Wealthy Nations », *The Lancet*, vol. 358, 2001, p. 194-200.

²³⁵ Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, *People, Partners, and Prosperity. A Strategic Social Plan for Newfoundland and Labrador*, Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 1998, www.gov.nf.ca/ssp/ssp.pdf (en anglais)

²³⁶ Lynch et coll., *British Medical Journal*.

²³⁷ Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador.

²³⁸ Statistique Canada définit le taux de faible revenu comme étant la « proportion de personnes dans les familles économiques et de personnes hors famille économique dont le revenu est inférieur aux seuils de faible revenu (SFR) établis par Statistique Canada. Le seuil de faible revenu correspond au niveau de revenu auquel une personne doit consacrer une part disproportionnée de son revenu pour se nourrir, se loger et se vêtir. Le SFR est calculé d'après la taille de la famille et le degré d'urbanisation; les seuils sont mis à jour chaque année afin de tenir compte des variations de l'indice des prix à la consommation ».

²³⁹ Santé Canada, *Pour un avenir en santé*, p. 31 (de la version anglaise).

- ²⁴⁰ Idem., p. 15 et 43 (de la version anglaise).
- ²⁴¹ R. Labonte et P. Thompson, *Promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada. Pleins feux sur les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire*, Projet sur les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire, 1998, www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/psp/ccdpc-cpcmc/cvd-mcv/index_f.html
- ²⁴² Raphael, *Inequality is Bad for Our Hearts*.
- ²⁴³ Spigelman, *Le VIH/sida et la santé de la population*.
- ²⁴⁴ Idem.
- ²⁴⁵ R. Bhatia et M. Katz, « Estimation of Health Benefits From a Local Living Wage Ordinance », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 9, 2001, p. 1398-1402.
- ²⁴⁶ L. McIntyre, *Food Security: More than a determinant of health*, Institut de recherche en politiques publiques : Options politiques, 2003, www.irpp.org/po/archive/mar03/mcintyre.pdf (en anglais)
- ²⁴⁷ Idem.
- ²⁴⁸ V. Tarasuk, « Low income, welfare and nutritional vulnerability », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 168, n° 6, 2003, p. 709-710.
- ²⁴⁹ Conseil national du bien-être social, *Revenus de bien-être social, 2000 et 2001*, Conseil national du bien-être social, Ottawa, 2002; Tarasuk.
- ²⁵⁰ Association canadienne de santé publique, *Les conséquences du chômage pour la santé : Un exposé de principes*, Association canadienne de santé publique, Ottawa, 1996.
- ²⁵¹ L. Gien, « Land and sea connexion: The east coast fishery closure, unemployment and health », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 91, n° 2, 2000, p. 121-124.
- ²⁵² Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*; Association canadienne de santé publique; Evans et coll., *Why are some people healthy and others not?*
- ²⁵³ Santé Canada, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*.
- ²⁵⁴ J. Segovia, I. Bowmer et A. Ryan, *The Cost of HIV in Newfoundland: Executive Summary*, Unité de recherche sur la santé, Division de la santé communautaire, Faculté de médecine, Memorial University of Newfoundland, 1999, www.med.mun.ca/hru/Projects/chrp.html (en anglais)
- ²⁵⁵ M. Jahoda, *Employment and Unemployment: A Social-Psychological Analysis*, Cambridge University Press, 1982.
- ²⁵⁶ Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport final de la Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1999.
- ²⁵⁷ Statistique Canada, *Enquête sur la population active*, Statistique Canada, 2002, n° de catalogue 71F0004XCB, tableau CD1T02AN.IVT, www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/2241_f.htm

- ²⁵⁸ Statistique Canada, *Revue chronologique de la population active, 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 2002, n° de catalogue 71F0004XCB; Statistique Canada, base de données *CANSIM II*, tableau 282-0053; Statistique Canada, *Enquête sur la population active*, tableaux spéciaux, www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/2241_f.htm
- ²⁵⁹ Statistique Canada, *Enquête sur la population active*, tableaux spéciaux.
- ²⁶⁰ Santé Canada, *Pour un avenir en santé*, p. 16 (de la version anglaise).
- ²⁶¹ Santé Canada, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*.
- ²⁶² R. Colman, *The Cost of Obesity in Nova Scotia*, GPI Atlantic, préparé pour la Cancer Care Nova Scotia Conference on Healthy Weights, Dartmouth, Nouvelle-Écosse, 2000.
- ²⁶³ Santé Canada, *Pour un avenir en santé*, p. 51 (de la version anglaise); Santé Canada, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, p. 30 (de la version anglaise).
- ²⁶⁴ Santé Canada, *Pour un avenir en santé*, p. 14 (de la version anglaise).
- ²⁶⁵ G. Kephart, V. S. Thomas et D. MacLean, « Socioeconomic Differences in the Use of Physician Services in Nova Scotia », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 5, 1998, p. 800-803.
- ²⁶⁶ I. Kawachi, B. Kennedy et R. Wilkinson (éd.), *The Society and Population Health Reader: Volume I, Income Inequality and Health*, New Press, New York, 1999; Lynch et coll., *Social Science & Medicine*; Lynch et coll., *British Medical Journal*.
- ²⁶⁷ Chernomas.
- ²⁶⁸ Idem.
- ²⁶⁹ Idem.
- ²⁷⁰ Kawachi et coll., *The Society and Population Health Reader*; Lynch et coll., *Social Science & Medicine*; Lynch et coll., *British Medical Journal*.
- ²⁷¹ J. Guernsey, R. Dewar, S. Weerasinghe, S. Kirkland et P. Veugelers, « Incidence of cancer in Sydney and Cape Breton County, Nova Scotia 1979-1997 », *Canadian Journal of Public Health*, vol 91, n° 4, 2000, p. 285-292.
- ²⁷² J. Kabat-Zinn, « Psychosocial Factors: Their Importance and Management » dans I. Ockene et J. Ockene, *Prevention of Coronary Heart Disease*, Little, Brown and Company, Boston, 1992, p. 308-312.
- ²⁷³ N. Adler et K. Newman, « Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies », *Health Affairs*, vol. 21, n° 2, 2002, p. 60-76; E. Brunner, « Socioeconomic determinants of health: Stress and the biology of inequality », *British Medical Journal*, vol. 314, n° 7092, 1997, p. 1472-; Hertzman, *Canadian Journal of Public Health*; C. Hertzman, « Population Health and Child Development: A View From Canada » dans J. A. Auerbach et B. Krimgold (éd.), *Income, Socioeconomic Status, and Health: Exploring the Relationships*, National Policy Association, Washington, 2001; P. McDonough, V. Walters, et L. Strohstein, « Chronic stress and the social patterning of women's health in Canada », *Social Science & Medicine*, vol. 54, n° 5, 2002, p. 767-782; S. A. Stansfeld et M. Marmot (éd.), *Stress and the Heart: Psychosocial Pathways to Coronary Heart Disease*, BMJ Books, Londres, 2002.

²⁷⁴ Il faut noter que l'accès à l'éducation est un sujet abordé dans le cadre du mécanisme matérialiste, alors que le *rendement* scolaire et ses avantages sociaux sont généralement décrits au moyen du mécanisme psychosocial.

²⁷⁵ G. Chrousos et P. Gold, « The concepts of stress and stress system disorders: Overview of physical and behavioural homeostasis », *Journal of the American Medical Association*, vol. 267, 1992, p. 1244-1252.

²⁷⁶ Brunner.

²⁷⁷ Colman, *The Cost of Tobacco in Nova Scotia.*; Statistique Canada, *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population*, Statistique Canada, Ottawa, 1995, n° de catalogue 82-567.

²⁷⁸ J. K. Kiecolt-Glaser, L. McGuire, T. F. Robles et R. Glaser, « Emotions, Morbidity, and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology », *Annual Review of Psychology*, vol. 53, n° 1, 2002, p. 83-107.

²⁷⁹ R. M. Sapolsky, *Why Zebras Don't Get Ulcers*, W.H. Freeman and Company, New York, 1998.

²⁸⁰ Evans et coll., *Why Are Some People Healthy and Others Not?*

²⁸¹ Kiecolt-Glaser et coll., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

²⁸² Kabat-Zinn, « Psychosocial Factors: Their Importance and Management », p. 305.

²⁸³ J. Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living*, Dell Publishing, New York, 1990.

²⁸⁴ Lyons et coll., p. 17-19.

²⁸⁵ Santé Canada, *Pour un avenir en santé*, p. 59.

²⁸⁶ B. Ryan, *Mise en situation de la santé des hommes gais dans la trame de la santé des populations : un document de travail*, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 2000.

²⁸⁷ C. Schaefer, C. Quesenberry Jr. et S. Wi, « Mortality following conjugal bereavement and the effects of a shared environment », *American Journal of Epidemiology*, vol. 141, n° 12, 1995, p. 1142-1152.

²⁸⁸ R. Wilkinson, « Deeper than 'neoliberalism.' A reply to David Coburn », *Social Science & Medicine*, vol. 51, 2000, p. 997-1000.

²⁸⁹ C. A. Mustard, M. Vermeulen et J. N. Lavis, *Is Position in the Occupational Hierarchy a Determinant of Decline in Perceived Health Status?* Institut canadien de recherches avancées, Toronto, 2000.

²⁹⁰ C. Hertzman, « The socioeconomic, psychosocial and developmental environment » dans J. Sussex (éd.), *Improving population health in industrialized nations*, Office of Health Economics, Londres, 2000, p. 87-104; Kabat-Zinn, « Psychosocial Factors: Their Importance and Management »; D. S. Krantz et M. K. McCeney, « Effects of Psychological and Social Factors on Organic Disease: A Critical Assessment of Research on Coronary Heart Disease », *Annual Review of Psychology*, vol. 53, n° 1, 2002, p. 341-369; M. Marmot et R. G. Wilkinson, « Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et coll. », *British Medical Journal*, vol. 322, n° 7296, 2001, p. 1233-1236; R. G. Wilkinson, « Health, hierarchy and social anxiety » dans N. Adler, M. Marmot, B. McEwen et J. Stewart (éd.), *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: social, psychological and biological pathways*, Annals of the New York Academy of Sciences, New York, 1999, p. 48-63.

- ²⁹¹ S. Everson, G. Kaplan, D. Goldberg, R. Salonen, et J. Salonen, « Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis », *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, vol. 7, n° 8, 1997, p. 1490-1495.
- ²⁹² Lynch, et coll., *Social Science & Medicine*.
- ²⁹³ Coburn, *Beyond the Income Inequality Hypothesis: Globalization, Neo-liberalism and Health Inequalities*; Muntaner, et coll., p. 107-124; Navarro.
- ²⁹⁴ P. McKenna, « Life in the 'Fast World' », *Globe and Mail*, 26 juin 1999, p. D12.
- ²⁹⁵ Lynch et coll., *British Medical Journal*.
- ²⁹⁶ Lynch et coll., *American Journal of Epidemiology*.
- ²⁹⁷ L. McIntyre, K. D. Travers et J. Dayle, « Children's Feeding Programs in Atlantic Canada: Reducing or Reproducing Inequities? », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 90, 1999, p. 196-201.
- ²⁹⁸ D. Coburn, « Income inequality, social cohesion and the health status of populations: The role of neo-liberalism », *Social Science & Medicine*, vol. 51, n° 1, 2000, p. 135-146.
- ²⁹⁹ J. Lynch et G. Davey Smith, « Commentary: Income inequality and health: The end of the story? », *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, 2002, p. 549-551.
- ³⁰⁰ Coburn, *Social Science & Medicine*.
- ³⁰¹ Muntaner et coll.
- ³⁰² W. Korpi et J. Palme, *The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality and poverty in the Western countries*, Luxembourg Income Studies, 1998.
- ³⁰³ G. Davey Smith, « Income inequality and mortality: Why are they related? Income inequality goes hand in hand with underinvestment in human-resources », *British Medical Journal*, vol. 312, n° 7037, 1996, p. 987-988.
- ³⁰⁴ P. Armstrong, C. Amaratunga, J. Bernier, K. Grant, A. Pederson et K. Wilson, *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*, Garamond, Toronto, 2002.
- ³⁰⁵ F. McMahon, « It is the Policies in Atlantic Canada That Need the Attitude Adjustment », éditorial, *Saint John Telegraph-Journal* et *New Brunswick Telegraph-Journal*, 4 juin 2002.
- ³⁰⁶ S. George, *A Short History of Neo-Liberalism: Twenty years of elite economics and emerging opportunities for structural change*, Conference on Economic Sovereignty in a Globalising World, Bangkok, 24-26 mars 1999, www.millennium-round.org (en anglais)
- ³⁰⁷ Dunn.
- ³⁰⁸ J. Gray, *False dawn: The delusions of global capitalism*, Granta Publications, Londres, 1998.
- ³⁰⁹ W. M. Dugger, « Against Inequality », *Journal of Economic Issues*, vol. 32, n° 2, 1998, p. 287-303.

- ³¹⁰ R. Colman, *The Economic Value of Civic and Voluntary Work in Nova Scotia*, GPI Atlantic, Halifax, 1998, mises à jour en 1999 et 2000.
- ³¹¹ Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, *Social Inclusion Project*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, Halifax, 2002, www.medicine.dal.ca/acewh (en anglais)
- ³¹² Colman, *Women's Health in Atlantic Canada*.
- ³¹³ J. Ashton, *Healthy Cities*, Open University Press, 1992.
- ³¹⁴ PATH Project, *Pathways to Building Healthy Communities in Eastern Nova Scotia: The PATH Project Resource*, People Assessing Their Health, Antigonish, 1997.
- ³¹⁵ Santé Canada, *Agir pour s'épanouir : Le rapport final de l'évaluation régionale du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)*, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, 1997.
- ³¹⁶ Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé, *Renouvellement du système de santé : Rapport du Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé*, Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Fredericton, 2002, <http://www.gnb.ca/0089/documents/f-phqc.pdf>
- ³¹⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, *Pathways to Wellness and Sustainability. Strategic Plan 2001-2005 for the Prince Edward Island Health and Social Services System*, Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, Charlottetown, 2001.
- ³¹⁸ Raphael, *Inequality is Bad for Our Hearts*.
- ³¹⁹ Initiative sur la santé de la population canadienne, *Pauvreté et santé : Liens vers des mesures concrètes, procès-verbal de la Table ronde nationale de l'Initiative sur la santé de la population canadienne sur la pauvreté et la santé, le 26 mars 2002*, Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2002.
- ³²⁰ M. Benzeval et K. Judge, « Income and Health: The Time Dimension », *Social Science & Medicine*, vol. 52, 2001, p. 1371-1390.
- ³²¹ Acheson.
- ³²² Institut national de santé publique de Suède, *Sweden's New Public-Health Policy*, Institut national de la santé publique, 2002, www.fhi.se/pdf/roll_eng.pdf (en anglais)
- ³²³ Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador.
- ³²⁴ A. Noël, *A Law Against Poverty: Quebec's New Approach to Combating Poverty and Social Exclusion*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 2002, www.cprn.org/docs/family/lap_e.pdf (en anglais)
- ³²⁵ G. Ägren et A. Hedin, *The new Swedish public health policy*, Institut national de santé publique (Suède), 2002, www.fhi.se/pdf/nyafhi.pdf (en anglais)
- ³²⁶ Lavis et coll.
- ³²⁷ P. Pus, « North Karelia project », *European heart Journal*, vol. 1 (supplément), 1999, p. R1-R5.

- ³²⁸ Raphael, *Social Justice is Good for Our Hearts*.
- ³²⁹ Conrad et coll.
- ³³⁰ E. Forgues, M.-T. Seguin, O. Chouinard, G. Poissant et G. Robinson., « The Trials of New Brunswick's Emerging Social Economy » dans Y. Vaillancourt et L. Tremblay (éd.), *Social Economy: Health and Welfare in Four Canadian Provinces*, Fernwood Publishing, Halifax, 2002, p. 71-100.
- ³³¹ Raphael, *Social Justice is Good for Our Hearts*.
- ³³² Dugger.
- ³³³ Le coefficient GINI est une mesure de l'inégalité de la richesse ou du revenu au sein d'une population.
- ³³⁴ Statistique Canada, *Le revenu du Canada 2000*.
- ³³⁵ Acheson.
- ³³⁶ Ministère de la Santé du Minnesota, *A Call to Action: Advancing Health for All Through Social and Economic Change*, Ministère de la Santé du Minnesota, St. Paul, 2001.
- ³³⁷ D. Raphael, « Barriers to Addressing the Determinants of Health: Public Health Units and Poverty in Ontario, Canada », *Health Promotion International* (sous presse).
- ³³⁸ C. Ryff et B. Singer, « Human Health: New directions for the next millennium », *Psychological Inquiry*, vol. 9, 1998, p. 69-85.
- ³³⁹ R. Bhatia, « Addressing Health Inequities in a Local Public Health Agency: Exploratory Strategies », *NACCHO Exchange*, vol. 1, n° 4, p. 1-5.
- ³⁴⁰ Idem.
- ³⁴¹ M. Benzeval, « England » dans J. P. Mackenbach and M. Bakker (éd), *Reducing Inequalities in Health. A European Perspective*, Routledge, Londres, 2002
- ³⁴² Bhatia, *NACCHO Exchange*.
- ³⁴³ Développement des ressources humaines Canada, *CPE : Comprendre la petite enfance (CPE)*, Développement des ressources humaines Canada, 2003, www.hrdc-drhc.gc.ca/sp-ps/arb-dgra/publications/research/2003docs/VOLUME7NUM1/f/VOLUME7NUM1_F_toc.shtml
- ³⁴⁴ Santé Canada, Agir pour s'épanouir.
- ³⁴⁵ Santé Canada, *Programme canadien de nutrition prénatale. 2000-2001 Individual Project Questionnaire (IPQ) Evaluation Summary Report*, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, Ottawa, 2002.
- ³⁴⁶ Gouvernement du Canada, *Partenariat canadien rural Favoriser des solutions locales à des problèmes locaux*, 2003, www.rural.gc.ca/

- ³⁴⁷ S. MacAulay, « The Community Economic Development Tradition in Eastern Nova Scotia, Canada: Ideological Continuities and Discontinuities between the Antigonish Movement and the Family of Community Economic Development Corporation », *Community Development Journal*, vol. 36, n° 2, 2001, p. 111-121.
- ³⁴⁸ D. Gillis, « The 'People Assessing Their Health' Project: Tools for Community Health Impact Assessment », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 90 (supplément 1), 1999.
- ³⁴⁹ R. Schneider, *Health and Social Policy are Everyone's Business: Collaboration and Social Inclusion in Nova Scotia and Prince Edward Island*, Policy Discussion Series, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, 2000, p. 17-18, www.medicine.dal.ca/acewh/eng/reports/Nspeie.pdf (en anglais)
- ³⁵⁰ Coastal Communities Network, *On Common Ground*, site Web, www.coastalcommunities.ns.ca/index.html (en anglais)
- ³⁵¹ Halifax Regional CAP Association, *Rural Communities Impacting Policy (RCIP): Who can apply for an RCIP research intern*, Halifax, 2003, <http://hrca.ns.ca/rcip/InforsponsorsrevisedbyLL.doc> (en anglais)
- ³⁵² National Adult Literacy Database, *Healthy Literacy in Rural Nova Scotia Research Project: Exploring the links between literacy and health*, 2003, www.nald.ca/healthliteracystfx/project.htm (en anglais)
- ³⁵³ M. Simpson et le New Brunswick Reference Group, *Social Investment: It's Time to Invest in New Brunswick's Children, Families, and Communities: A Working Paper*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, 1999, www.medicine.dal.ca/acewh/pdf-inclusion/NBE.PDF (en anglais)
- ³⁵⁴ Site Web du Saint John Human Development Council, www.humandevopmentcouncil.nb.ca/ (en anglais)
- ³⁵⁵ J. D. Dodd, M. Buchan, M. Chaperlin, D. Crossman et J. Oram, *Points de vue provenant de quatre projets de la région de l'Atlantique : Des femmes qui influencent une politique gouvernementale saine – Île-du-Prince-Édouard. Au-delà de l'espoir : La participation des usagers et des communautés dans l'élaboration des politiques*, 1997, www.hc-sc.gc.ca/hppb/les-regions/atlantique/pdf/movingp.10020beyondp.10020hope-f.PDF
- ³⁵⁶ Schneider.
- ³⁵⁷ Association canadienne pour la santé mentale, Division de Terre-Neuve-et-Labrador, *Helping Skills Training Program*, Association canadienne pour la santé mentale, Division de Terre-Neuve-et-Labrador, 2003, <http://cmha-nflab.netforms.com/communitydevelopment/helpingskills/> (en anglais)
- ³⁵⁸ S. Williams et le Newfoundland and Labrador Reference Group on Social and Economic Inclusion, *Social Inclusion: On the Path to Social Development in Newfoundland and Labrador*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, 2000, www.medicine.dal.ca/acewh/PDF-inclusion/Nflde.pdf (en anglais)
- ³⁵⁹ Idem.

RÉFÉRENCES

- Acheson, D., *Independent Inquiry Into Inequalities in Health*, Stationary Office, 1998, www.official-documents.co.uk/document/doh/ih/contents.htm (en anglais)
- Adler, N. et K. Newman, « Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies », *Health Affairs*, vol. 21, n° 2, 2002.
- Adler, N., T. Boyce, M. Chesney, S. Cohen, S. Folkman, R. Kahn et S. Syme, « Socioeconomic Status and Health: the challenge of the gradient », *American Psychologist*, vol. 49, 1994.
- Ägren, G. et A. Hedin, *The new Swedish public health policy*, Institut national de santé publique Health (Suède), 2002, www.fhi.se/pdf/nyafhi.pdf (en anglais)
- Albert, T., G. Williams, B. Legowski et R. Remis, *Le fardeau économique du VIH/SIDA au Canada*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 1998.
- American Federation for Aging Research, *Putting Age on Hold, Alliance for Aging Research*, American Federation for Aging Research, 1966.
- Anand, S., S. Yusef, R. Jacobs, D. Davis, H. Gerstein, P. Montague et E. Lonn, « Risk Factor, Atherosclerosis and Cardiovascular Disease Among Aboriginal People in Canada: The Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP) », *Lancet*, vol. 358, 2002.
- Armstrong, P., C. Amaratunga, J. Bernier, K. Grant, A. Pederson et K. Wilson, *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*, Garamond, Toronto, 2002.
- Ashton, J., *Healthy Cities*, Open University Press, 1992.
- Association canadienne de santé publique, *Les conséquences du chômage pour la santé : Un exposé de principes*, Association canadienne de santé publique, Ottawa, 1996.
- Association canadienne pour la santé mentale, Division de Terre-Neuve-et-Labrador, *Helping Skills Training Program*, Association canadienne pour la santé mentale, Division de Terre-Neuve-et-Labrador, 2003, <http://cmha-nflab.netforms.com/communitydevelopment/helpingskills/> (en anglais)
- Atwell, Y. et Atwell Human Resource Consultants, *Finding the Way: Establishing a Dialogue with Rural African Canadian Communities in the Prestons*, produit par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, 2002, manuscrit non publié.

Bartley, M., D. Blane et S. Montgomery, « Socioeconomic determinants of health: Health and the life course: Why safety nets matter », *British Medical Journal*, vol. 314, n° 7088, 1997.

Bell, J. D., J. Bell, R. Colmenar, R. Flournoy, M. McGehee, V. Rubin, M. Thompson, J. Thompson et V. B. Vasquez, *Reducing Health Disparities Through a Focus on Communities*, PolicyLink 2002.

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

Benzeval, M., et K. Judge, « Income and Health: The Time Dimension », *Social Science & Medicine*, vol. 52, 2001.

Bhatia, R., « Addressing Health Inequities in a Local Public Health Agency: Exploratory Strategies », *NACCHO Exchange*, vol. 1, n° 4, 2003.

Bhatia, R. et M. Katz, « Estimation of Health Benefits From a Local Living Wage Ordinance », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 9, 2001.

Brunner, E., « Socioeconomic determinants of health: Stress and the biology of inequality », *British Medical Journal*, vol. 314, n° 7092, 1997.

Bull, J. et L. Hamer, *Closing the Gap: Setting local targets to reduce health inequalities*, Health Development Agency (Royaume-Uni), Londres, 2002.

Cain, V., « Investigating the role of racial/ethnic bias in health outcomes », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 2, 2003.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Profil de l'hépatite C et de l'utilisation des drogues injectables au Canada*, Programme de prévention, de soutien et de recherche sur l'hépatite C, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, 2000.

Centre d'excellence pour la santé des femmes, *L'inclusion sociale et économique dans le Canada atlantique*, site Web, <http://acewh.medicine.dal.ca/inclusion.htm>

Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, *Projet d'inclusion sociale*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, Halifax, 2002, <http://acewh.medicine.dal.ca/inclusion.htm>

Carroll, D., G. D. Smith et P. Bennett, « Some Observations on Health and Socio-economic Status », *Journal of Health Psychology*, vol. 1, 1996.

Chernomas, R., *The Social and Economic Causes of Disease*, Canadian Centre for Policy Alternatives, Ottawa, 1999.

Chrousos, G. et P. Gold, « The concepts of stress and stress system disorders: Overview of physical and behavioural homeostatis », *Journal of the American Medical Association*, vol. 267, 1992.

Coastal Communities Network, *On Common Ground*, site Web, www.coastalcommunities.ns.ca/index.html (en anglais)

Coburn, D., *Beyond the Income Inequality Hypothesis: Globalization, Neo-liberalism and Health Inequalities. Working Paper*, Department of Public Health Sciences, University of Toronto, Toronto, 2002.

_____, « Income inequality, social cohesion and the health status of populations: The role of neo-liberalism », *Social Science & Medicine*, vol. 51, n° 1, 2000.

Colman, R., *The Cost of Chronic Disease in Nova Scotia*, préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, et la Unit for Chronic Disease Prevention and Population Health, Dalhousie University, 2002, www.heart-health.ns.ca/hpc/downloads/chronic_costs.pdf (en anglais)

_____, *The Cost of Obesity in Nova Scotia*, GPI Atlantic, préparé pour la conférence de Cancer Care Nova Scotia sur le poids-santé, Dartmouth, Nouvelle-Écosse, 2000.

_____, *The Cost of Tobacco in Nova Scotia*, GPI Atlantic, préparé pour Cancer Care Nova Scotia, 2000.

_____, *The Economic Value of Civic and Voluntary Work in Nova Scotia*, GPI Atlantic, Halifax, 1998, mises à jour en 1999 et 2000.

_____, *The Economic Value of Unpaid Housework and Child Care*, GPI Atlantic, Halifax, 1998, mises à jour en 1999 et 2000.

_____, *Women's Health in Atlantic Canada: A Statistical Portrait*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, Halifax, 2000, mise à jour en 2003.

Conrad, M. R. et J. K. Hiller, *Atlantic Canada. A Region in the Making*, Oxford University Press, Don Mills, 2001.

Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé, *Renouvellement du système de santé : Rapport du Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé*,

Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Fredericton, 2002,
<http://www.gnb.ca/0089/documents/f-phqc.pdf>

Conseil national du bien-être social, *Revenus de bien-être social, 2000 et 2001*, Conseil national du bien-être social, Ottawa, 2002.

Davey Smith, G., « Income inequality and mortality: Why are they related? Income inequality goes hand in hand with underinvestment in human-resources », *British Medical Journal*, vol. 312, n° 7037, 1996.

Davey Smith G., Y. Ben-Shlomo et J. Lynch, « Life Course Approaches to Inequalities in Coronary Heart Disease Risk » dans Stansfeld, S. A. et M. Marmot (éd.), *Stress and the Heart: Psychosocial Pathways to Coronary Heart Disease*, BMJ Books, Londres, 2002.

Davey Smith, G., D. Grunell et Y. Ben-Shlomo, « Life-Course Approaches to Socio-Economic Differentials in Cause-Specific Adult Mortality » dans Leon, D. et G. Walt (éd.), *Poverty, Inequality and Health: An International Perspective*, Oxford University Press, New York, 2001.

de Haan, A., « Social exclusion in policy and research: Operationalizing the concept » dans Figueiredo, J. B. et A. de Haan (éd.), *Social exclusion: An ILO Perspective*, Genève, 1998.

Développement des ressources humaines Canada, *CPE : Comprendre la petite enfance (CPE)*, Développement des ressources humaines Canada, 2003,
www.hrhc-drhc.gc.ca/sp-ps/arb-dgra/publications/research/2003docs/VOLUME7NUM1/f/VOLUME7NUM1_F_toc.shtml

Diez Roux, A. V., « Invited Commentary: Places, People, and Health », *American Journal of Epidemiology*, vol. 155, n° 6, 2002.

Dodd, J. D., M. Buchan, M. Chaperlin, D. Crossman et J. Oram, *Points de vue provenant de quatre projets de la région de l'Atlantique : Des femmes qui influencent une politique gouvernementale saine – Île-du-Prince-Édouard. Au-delà de l'espoir : La participation des usagers et des communautés dans l'élaboration des politiques*, 1997,
www.hc-sc.gc.ca/hppb/les-regions/atlantique/pdf/movingp.10020beyondp.10020hope-f.PDF

Dodds, C. et R. Colman, *Income Distribution in Nova Scotia*, GPI Atlantic, Halifax, 2001.

Dodds, C., R. Colman, C. Amaratunga et J. Wilson, *The Cost of HIV/AIDS in Canada*, GPI Atlantic, Halifax, 2000.

- Dugger, W. M., « Against Inequality », *Journal of Economic Issues*, vol. 32, n° 2, 1998.
- Dunn, J. R., *Are Widening Income Inequalities Making Canada Less Healthy?* Le projet Tisser des liens du Health Determinants Partnership, Association pour la santé publique de l'Ontario, 2002, www.opha.on.ca/publications/income_inequalities.pdf (en anglais)
- Ebrahim, S. et G. Davey Smith, « Exporting Failure: Coronary heart disease and stroke in developing countries », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, 2001.
- Eisenberg, L., « Rodolf Virchow: The physician as politician » dans Bonhoeffer, K. et D. Gerecke (éd.), *Maintain life on earth. Document of Sixth World Congress of the International Physicians for the Prevention of Nuclear War in Cologne, May 29 - June 1, 1986*, Jungjohann Verlagsgesellschaft Nekarsulum und Muchen, Munich, 1987, cité dans Shrestha, M. P. et I. Shrestha, *Holistic Health: Concept and Scope*, People's Health Assembly, document de fond, 2000, www.phmovement.org/pdf/pubs/phm-pubs-shrestha2.pdf (en anglais)
- Enang, J., « Black Women's Health: Health Research Relevant to Black Nova Scotians » dans Amaratunga, C. (éd.), *Race, Ethnicity and Women's Health*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, Halifax, 2002.
- Evans, G. W. et E. Kantrowitz, « Socioeconomic Status and Health: The Potential Role of Environmental Risk Exposure », *Annual Review of Public Health*, vol. 23 n° 1, 2002.
- Evans, R. G., M. L. Barer et T. R. Marmor, *Why Are Some People Healthy and Others Not?: The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, New York, 1994.
- Everson, S., G. Kaplan, D. Goldberg, R. Salonen et J. Salonen, « Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis », *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, vol. 7, n° 8, 1997.
- Feldman, J., D. Makue, J. Kleinman et J. Cornoni-Huntley, « National trends in educational differentials in mortality », *American Journal of Epidemiology*, vol. 129, n° 5, 1989.
- Fondation canadienne des relations raciales, *Reconnaître et définir le racisme*, Fondation canadienne des relations raciales, 2003, www.crr.ca/FR/MediaCentre/FactSheets/fMedCen_FacShtAcknowledgeRacism.htm
- Fong, E et K. Shibuya, « The spacial separation of the poor in Canadian cities », *Demography*, vol. 37, n° 4, 2000.
- Forgues, E., M.-T. Seguin, O. Chouinard, G. Poissant et G. Robinson, « The Trials of New Brunswick's Emerging Social Economy », dans Vaillancourt, Y. et L. Tremblay

(éd.), *Social Economy: Health and Welfare in Four Canadian Provinces*, Fernwood Publishing, Halifax, 2002.

Foster, C., *A Place Called Heaven: The Meaning of Being Black in Canada*, HarperCollins Publishers Ltd., Toronto, 1996.

Fries, J., « Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity », *The New England Journal of Medicine*, vol. 303, n° 3, 1980.

Galabuzi, G. E., *Canada's Creeping Economic Apartheid: The Economic Segregation and Social Marginalization of Racialized Groups*, Centre for Social Justice, Foundation for Research and Education, 2001, www.socialjustice.org/pubs/pdfs/economic_apartheid.pdf (en anglais)

George, S., *A Short History of Neo-Liberalism: Twenty years of elite economics and emerging opportunities for structural change*, Conference on Economic Sovereignty in a Globalising World, Bangkok, 24-26 mars 1999, www.millennium-round.org (en anglais)

Gien, L., « Land and sea connection: The east coast fishery closure, unemployment and health », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 91, n° 2, 2000.

Gillis, D., « The 'People Assessing Their Health' Project: Tools for Community Health Impact Assessment », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 90 (supplément 1), 1999.

Gouvernement du Canada, *Partenariat canadien rural Favoriser des solutions locales à des problèmes locaux*, Gouvernement du Canada, Ottawa, 2003, www.rural.gc.ca/

Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, *People, Partners, and Prosperity. A Strategic Social Plan for Newfoundland and Labrador*, Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 1998, www.gov.nf.ca/ssp/ssp.pdf (en anglais)

Gray, J., *False dawn: The delusions of global capitalism*, Granta Publications, Londres, 1998.

Guernsey, J., R. Dewar, S. Weerasighe, S. Kirkland et P. Veugelers, « Incidence of cancer in Sydney and Cape Breton County, Nova Scotia 1979-1997 », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 91, n° 4, 2000.

Halifax Regional CAP Association, *Rural Communities Impacting Policy (RCIPP): Who can apply for an RCIP research intern*, Halifax Regional CAP Association, Halifax, 2003, <http://hrca.ns.ca/rcip/InforsponsorsrevisedbyLL.doc> (en anglais)

Helliwell, J.F., « Social Capital, the Economy and Well-Being », dans Banting, K., A. Sharpe et F. St-Hilaire (éd.), *The Review of Economic Performance and Social Progress. The Longest Decade: Canada in the 1990s*, Centre d'étude des niveaux de vie et Institut de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2001.

Henry, F., C. Tator, W. Mattis et T. Rees, *The Colour of Democracy: Racism in Canadian Society*, Harcourt Brace and Company Canada, Toronto, 1995.

Hertzman, C., « The case for child development as a determinant of health », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 89 (supplément 1), 1998.

_____, « Population Health and Child Development: A View from Canada » dans Auerbach, J. A. et B. Krimgold (éd.), *Income, Socioeconomic Status and Health: Exploring the Relationships*, National Policy Association, Washington, 2001.

_____, « The socioeconomic, psychosocial and developmental environment » dans J. Sussex (éd.), *Improving population health in industrialized nations*, Office of Health Economics, Londres, 2000.

Hirdes, J., et W. Forbes, « The importance of social relationships, socioeconomic status and health practices with respect to mortality among Ontario males », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 92. n° 554, 1992.

Hogstedt, C. et I. Lundberg, « Work-related policies and interventions » dans Mackenbach, J. P. et M. Bakker (éd.), *Reducing Inequalities in Health. A European Perspective*, Routledge, Londres, 2002.

Human Development Council, site Web du Saint John Human Development Council, www.humandevelopmentcouncil.nb.ca/ (en anglais)

Initiative sur la santé de la population canadienne, *Pauvreté et santé : Liens vers des mesures concrètes, procès-verbal de la Table ronde nationale de l'Initiative sur la santé de la population canadienne sur la pauvreté et la santé, le 26 mars 2002*, Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2002.

Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport final de la Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1999.

Institut national de santé publique de Suède, *Sweden's New Public-Health Policy*, Institut national de santé publique de Suède, 2002, www.fhi.se/pdf/roll_eng.pdf (en anglais)

Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2002*, Institut national du cancer du Canada, Toronto, 2002.

The Institute of Medicine, *Extending Life, Enhancing Life: A National Research Agenda on Aging*, National Academy Press, Washington, 1991.

Jahoda, M., *Employment and Unemployment: A Social-Psychological Analysis*, Cambridge University Press, 1982.

James, S., « Confronting the Moral Economy of US Racial/Ethnic Health Disparities », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 2, 2003.

Kabat-Zinn, J., *Full Catastrophe Living*, Dell Publishing, New York, 1990.

_____, « Psychosocial Factors: Their Importance and Management » dans Ockene, I. et J. Ockene (éd.), *Prevention of Coronary Heart Disease*, Little, Brown and Company, Boston, 1992.

Kaplan, G. A., E. R. Pamuk, J. W. Lynch, R. D. Cohen et J. L. Balfour, « Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways », *British Medical Journal*, vol. 312, n° 7037, 1996.

Kaufert, J., *Social Change and Public Health: Population Health and Victorian Epidemics*, conférence, Université du Manitoba, 9 septembre 2000, www.umanitoba.ca/faculties/medicine/units/history/notes/mh6.html (en anglais)

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

Kawachi, I., et B. P. Kennedy, « The relationship of income inequality to mortality: Does the choice of indicator matter? », *Social Science & Medicine*, vol. 45, n° 7, 1997.

Kawachi, I. B. Kennedy, and R. Wilkinson (éd.), *The Society and Population Health Reader: Volume I, Income Inequality and Health*, New Press, New York, 1999.

Kawachi, I., S. V. Subramanian et N. Almeida-Filho, « A glossary for health inequalities », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, 2002.

Kennedy, B. P., I. Kawachi et D. Prothrow-Stith, « Income distribution and mortality: Cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States », *British Medical Journal*, vol. 312, n° 7037, 1996.

Kennedy, V., *A.D.A.M. editorial*, Medline Plus, Medical Encyclopedia, 2001, www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002312.htm#Definition (en anglais)

Kephart, G., V. S. Thomas et D. MacLean, « Socioeconomic Differences in the Use of Physician Services in Nova Scotia », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 5, 1998.

Kerstetter, S., *Rags and Riches. Wealth Inequality in Canada*, Canadian Centre for Policy Alternatives, Ottawa, 2002.

Kickbusch, I., « There is Something Else Out There: Health Policy and Determinants of Health », *American Journal of Health Promotion*, vol. 3, n° 1, mars-avril 2000.

Kiecolt-Glaser, J. K., L. McGuire, T. F. Robles et R. Glaser, « Emotions, Morbidity, and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology », *Annual Review of Psychology*, vol. 53, n° 1, 2002.

_____, « Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, 2002.

Kisilevsky, S., P. Groff et C. Nicholson, « The Health Gradient Challenge: A New Approach to Health Inequalities » dans Glouberman, S. (éd.), *Towards a New Concept of Health: Three Discussion Papers, Discussion Paper No. H 03*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2000.

Korpi, W. et J. Palme, *The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare state institutions, inequality and poverty in the Western countries*, Luxembourg Income Studies, 1998.

Krantz, D. S. et M. K. McCeney, « Effects of Psychological and Social Factors on Organic Disease: A Critical Assessment of Research on Coronary Heart Disease », *Annual Review of Psychology*, vol. 53, n° 1, 2002.

Kunz, J. L., A. Milan et S. Schetagne, *Inégalité d'accès : profil des différences entre les groupes ethnoculturels canadiens dans les domaines de l'emploi, du revenu et de l'éducation*, Fondation canadienne des relations raciales, 2000.

Labonte, R. et P. Thompson, *Promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada. Pleins feux sur les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire*, projet sur les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire, 1998,
www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/ccdpc-cpcmc/cvd-mcv/index_f.html

Lalonde, M., *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : Un document de travail*, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974,
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/ressources/index.html>.

Langlois, S. et P. Morrison, « Suicides et tentatives de suicide », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 2, Statistique Canada, 2002.

Lantz, P. M., J. S. House, J. M. Lepkowski, D. R. Williams, R. P. Mero et J. J. Chen, « Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality », *Journal of the American Medical Association*, vol. 279, n° 21, 1998.

Lavis, J. N. et G. L. Stoddart, « Social Cohesion and Health » dans Osberg, L. (éd.), *The Economic Implications of Social Cohesion*, University of Toronto Press, Toronto.

Lilley, S. et J. M. Campbell, *Les sables vivants. Le profil du Canada Atlantique en transition. Tendances économiques et démographiques et leurs effets sur les aînés*, préparé pour la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, Halifax, 1999.

Lynch, J., « Income Inequality and Health: Expanding the Debate », *Social Science & Medicine*, vol. 51, 2000.

Lynch, J. et G. Davey Smith, « Commentary: Income inequality and health: The end of the story? », *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, 2002.

Lynch, J., G. Davey Smith, M. Hillemeier, M. Shaw, T. Raghunathan et G. A. Kaplan, « Income Inequality, the Psychosocial Environment, and Health: Comparisons of Wealthy Nations », *The Lancet*, vol. 358, 2001.

Lynch, J., G. Kaplan, R. Cohen, J. Tuomilehto et J. Salonen, « Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all-cause mortality, cardiovascular mortality, and acute myocardial infarction? », *American Journal of Epidemiology*, vol. 144, n° 10, 1996.

Lynch, J., G. Kaplan et J. Salonen, « Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse », *Social Science & Medicine*, vol. 44, n° 6, 1997.

Lynch, J. W., G. D. Smith, G. A. Kaplan et J. S. House, « Income Inequality and Mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions », *British Medical Journal*, vol. 320, 2000.

Lyons, R. et L. Langille, *Mode de vie sain : Rehausser l'efficacité des approches axées sur le mode de vie pour améliorer la santé*, The Atlantic Health Promotion Research Centre, préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, 2000.

MacAulay, S., « The Community Economic Development Tradition in Eastern Nova Scotia, Canada: Ideological Continuities and Discontinuities between the Antigonish Movement and the Family of the Community Economic Development Corporation », *Community Development Journal*, vol. 36, n° 2, 2001.

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

Marmot, M. et R. G. Wilkinson, « Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et coll. », *British Medical Journal*, vol. 322 n° 7296, 2001.

McDonough, P., V. Walters et L. Stroschein, « Chronic stress and the social patterning of women's health in Canada », *Social Science & Medicine*, vol. 54, n° 5, 2002.

McIntyre, L., *Food Security: More than a determinant of health*, Institut de recherche en politiques publiques : Options politiques, 2003,
www.irpp.org/po/archive/mar03/mcintyre.pdf (en anglais)

McIntyre, L., N. T. Glanville, K. D. Raine, J. B. Dayle, B. Anderson et N. Battaglia, « Do low-income lone mothers compromise their nutrition to feed their children? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 168, n° 6, 2003.

McIntyre, L., K. D. Travers et J. Dayle, « Children's Feeding Programs in Atlantic Canada: Reducing or Reproducing Inequities? », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 90, 1999.

McKay, L., *Changing Approaches to Health: The History of a Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee*, document d'information, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2000.

McKenna, P., « Life in the 'Fast World' », *Globe and Mail*, 26 juin 1999.

McMahon, F., « Cure for poverty is to end welfare: Back to the poorhouse: In today's society, poverty is usually a voluntary choice », *Edmonton Journal*, 11 août 2001.

_____, « It is the Policies in Atlantic Canada That Need the Attitude Adjustment », éditorial, *Saint John Telegraph-Journal* et *New Brunswick Telegraph-Journal*, 4 juin 2002.

Ministère de la Santé du Minnesota, *A Call to Action: Advancing Health for All Through Social and Economic Change*, Ministère de la Santé du Minnesota, St. Paul, 2001.

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, *Indicateurs de rendement sur la santé : Un rapport comparatif destiné à la population néo-brunswickoise sur les indicateurs de la santé et du système de santé*, Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, 2002.

Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador, *HealthScope. Reporting to Newfoundlanders and Labradorians on Comparable Health and*

Health System Indicators, Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador, St. John's, 2002.

_____, *Valuing Mental Health: A framework to support the development of a provincial mental health policy for Newfoundland and Labrador*, Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador, St. John's, 2001.

_____, *Prince Edward Island Report on Common Health Indicators*, Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, Charlottetown, 2002.

Ministère des Affaires étrangères et du Nord canadien, *Données ministérielles de base - 2001*, Ministère des Affaires étrangères et du Nord canadien, Ottawa, 2002.

Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, *Pathways to Wellness and Sustainability. Strategic Plan 2001-2005 for the Prince Edward Island Health and Social Services System*, Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, Charlottetown, 2001.

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

Morriongiello, B., « Preventing Unintentional Injuries among Children », *Déterminants de santé : Les enfants et les jeunes. La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier, Volume 1*, Forum national sur la santé, Ottawa, 1998.

Mullahy, J., S. Robert et B. Wolfe, *Health, Income, and Inequality: Review and Redirection for the Wisconsin Russell Sage Working Group*, Russel Sage Foundation, 2001,
www.russellsage.org/special_interest/socialinequality/revmullahy01.pdf (en anglais)

Muntaner, C., J. Lynch et G. D. Smith, « Social Capital and the Third Way in Public Health », *Critical Public Health*, vol. 10, n° 2, 2000.

Mustard, C. A., *Income Inequality and Inequality in Health: Implications for Thinking About Well-Being*, article présenté à l'occasion de la conférence sur l'état des niveaux de vie et la qualité de vie au Canada, Ottawa, 1998.

Mustard, C. A., M. Vermeulen et J. N. Lavis, *Is Position in the Occupational Hierarchy a Determinant of Decline in Perceived Health Status?* Institut canadien de recherches avancées, Toronto, 2000.

Navarro, V., *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for health and quality of life*, Baywood Publishing Co., Amityville, 2002.

Noël, A., *A Law Against Poverty: Quebec's New Approach to Combating Poverty and Social Exclusion*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 2002, www.cprn.org/docs/family/lap_e.pdf (en anglais)

Ockene, I. et J. Ockene, *Prevention of Coronary Heart Disease*, Little, Brown and Company, Boston, 1992.

Organisation mondiale de la santé, *Définition de la santé de l'OMS*, Organisation mondiale de la santé, 2003, <http://www.who.int/about/definition/fr/index.html>.

Organisation panaméricaine de la santé, *Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health Report*, Organisation panaméricaine de la santé, Fondation Rockefeller, Agence canadienne de développement international, Centre de recherches pour le développement international, Santé Canada, Société canadienne de santé internationale, Institut de recherche sur la santé de la population – Université d'Ottawa, 2002, www.paho.org/English/HDP/Equity-Re.pdf (en anglais)

Pahlke, A., S. Lord et L. Christiansen-Ruffman, *Women's Health and Wellbeing in Six Nova Scotia Fishing Communities*, Institut canadien de recherches sur les femmes et Nova Scotia Women's Fishnet, 2001, www.medicine.dal.ca/mcewh/Publications/Fishnetp.10020Finalreport.pdf (en anglais)

PATH Project, *Pathways to Building Healthy Communities in Eastern Nova Scotia: The PATH Project Resource*, People Assessing Their Health, Antigonish, 1997.

Perez, C. et M. Beaudet, « La santé des mères seules », *Rapports sur la santé*, vol. 11, n° 2, Statistique Canada, 1999, n° de catalogue 82-003-XPB.

Ploem, C., *Profil de l'utilisation de drogues injectables au Canada Atlantique*, préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, Halifax, 2000.

Pratt, L., D. Ford, R. Crum, H. Armenian, J. Gallo et W. Eaton, « Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction », *Circulation*, vol. 94, 1996.

Puska, P., « North Karelia project », *European Heart Journal*, vol. 1 (supplément), 1999, p. R1-R5.

Raphael, D., « Barriers to Addressing the Determinants of Health: Public Health Units and Poverty in Ontario, Canada », *Health Promotion International* (sous presse).

_____, *Inequality is Bad for Our Hearts: Why Low Income and Social Exclusion are Major Causes of Heart Disease in Canada*, North York Heart Health Network, 2001, <http://depts.washington.edu/eqhlth/paperA15.html> (en anglais)

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

Raphael, D. et T. Bryant, « The Limitations of Population Health as a Model for a New Public Health », *Health Promotion International*, vol. 17, 2002.

Raphael, D., R. Renwick, I. Brown, B. Steinmetz, H. Sehdev et S. Phillips, « Making the Links Between Community Structure and Individual Well-Being. Community Quality of Life in Riverdale, Toronto, Canada », *Health and Place*, vol. 7, n° 3, 2001.

Remis, R. S., *Rapport final. Estimation du nombre de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine au Canada*, Division de l'hépatite C, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, 2001.

Robert, S. A., « Socioeconomic Position and Health: The independent contribution of community socioeconomic context », *Annual Review of Sociology*, vol. 25, n° 1, 1999.

Rodgers, B., « Adult affective disorder and early environment », *British Journal of Psychiatry*, vol. 157, 1990.

Romanow, R., *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, 2002.

Ross, D., « Le Point : Un nouveau regard sur la pauvreté des enfants », *Perception*, vol. 22, n° 1, Conseil canadien de développement social, 1998.

Ross, D. P., K. Scott et P. Smith, *Données de base sur la pauvreté au Canada 2000*, Conseil canadien de développement social, Ottawa, 2000.

Ryan, B., *Mise en situation de la santé des hommes gais dans la trame de la santé des populations : un document de travail*, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 2000.

Ryff, C. et B. Singer, « Human Health: New directions for the next millennium », *Psychological Inquiry*, vol. 9, 1998.

Sampson, R. J., J. D. Morenoff et T. Gannon-Rowley, « Assessing Neighborhood Effects: Social processes and new directions in research » *Annual Review of Sociology*, vol. 28 n° 1, 2002.

Santé Canada, *Agir pour s'épanouir : Le rapport final de l'évaluation régionale du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)*, Direction générale de la

promotion et des programmes de la santé, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, Halifax, 1997.

_____, *Constataions et observations : Diabète*, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, 2002,
www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/santeautochtones/constataions_observations/constataions_1.htm#Diabète

_____, *La stratégie canadienne sur le VIH/sida*, Santé Canada, 2001,
www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/rapport02/index.html

_____, *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*, Division de la recherche sur les politiques, Direction de la politique stratégique, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, Ottawa, 2003,
www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ebic-femc98/index_f.html

_____, *Le suicide au Canada : mise à jour du rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Division de la santé mentale, Direction générale des programmes et des services de santé, Santé Canada, Ottawa, 1994.

_____, *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 2002*, Santé Canada, 2002,
http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/aids-sida/haic-vsac0602/index_f.html

_____, *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 2000*, Santé Canada, 2000.

_____, *Programme canadien de nutrition prénatale. 2000-2001 Individual Project Questionnaire (IPQ) Evaluation Summary Report*, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, Ottawa, 2002.

_____, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Santé Canada, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1999.

_____, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Santé Canada, Ottawa, 2002.

_____, *Rapport statistique sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, Santé Canada, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé, 1999,
www.statcan.ca/francais/freepub/82-570-XIF/01_11_f.pdf

Sapolsky, R. M., *Why Zebras Don't Get Ulcers*, W.H. Freeman and Company, New York, 1998.

Schaefer, C., C. Quesenberry Jr. et S. Wi, « Mortality following conjugal bereavement and the effects of a shared environment », *American Journal of Epidemiology*, vol. 141, n° 12, 1995.

Schneider, R., *Health and Social Policy are Everyone's Business: Collaboration and Social Inclusion in Nova Scotia and Prince Edward Island*, Policy Discussion Series, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, 2000, www.medicine.dal.ca/acewh/eng/reports/Nspeie.pdf (en anglais)

Schrecker, T., « Money Matters: Incomes tell a story about environmental dangers and human health », *Alternatives Journal*, vol. 25, n° 3, été 1999.

Segovia, J., I. Bowmer et A. Ryan, *The Cost of HIV in Newfoundland: Executive Summary*, Unité de recherche sur la santé, Division de la santé communautaire, Faculté de médecine, Memorial University of Newfoundland, 1999, www.med.mun.ca/hru/Projects/chrp.html (en anglais)

Shah, C. P., *Public Health and Preventive Medicine in Canada* (quatrième édition), University of Toronto Press, Toronto, 1998.

Shaw, M., D. Dorling et G. Davey Smith, « Poverty, Social Exclusion, and Minorities », dans Marmot, M. G. et R. G. Wilkinson (éd.), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford, 1999.

Shaw, M., D. Dorling, D. Gordon, et G. Davey Smith, *The Widening Gap: Health Inequalities and Policy in Britain*, The Policy Press, Bristol, 1999.

Shields, M. et S. Tremblay, « La santé dans les collectivités canadiennes », *Rapports sur la santé*, supplément, Statistique Canada, 2002, n° de catalogue 82-003.

Shookner, M., *Une optique d'inclusion : cahier d'exercices pour un regard sur l'exclusion et l'inclusion socio-économiques*, préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, Halifax, 2002.

Simpson, M. et le New Brunswick Reference Group, *Social Investment: It's Time to Invest in New Brunswick's Children, Families, and Communities: A Working Paper*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, 1999, www.medicine.dal.ca/acewh/pdf-inclusion/NBE.PDF (en anglais)

Singh, V., « Rural Income Disparities in Canada: A Comparison Across the Provinces », *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin*, vol. 3, n° 7, 2002.

Sloggett, A. et H. Joshi, « Deprivation indicators as predictors of life events 1981-1992 based on the UK ONS Longitudinal Study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 52, n° 4, 1998.

Spigelman, M., *Le VIH/sida et la santé de la population : Leçons pour la coordination de l'action et des politiques*, Santé Canada, 2002,
www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/ministeriel/document_discussions/index.html

Spigelman, M. R. A., document non publié, 2003.

Stansfeld, S. A. et M. Marmot (éd.), *Stress and the Heart: Psychosocial Pathways to Coronary Heart Disease*, BMJ Books, Londres, 2002.

Statistique Canada, *Recensement de 1996 (échantillon de 20 p. 100)*, Statistique Canada,
www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/228_f.htm.

_____, *Recensement de 2001*, Statistique Canada, 2001.

_____, *L'avoir et la dette des Canadiens : un aperçu des résultats de l'Enquête sur la sécurité financière*, Statistique Canada, Ottawa, 2001, n° de catalogue 13-595-XIF.

_____, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*, Statistique Canada, 2001, http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables_f.htm.

_____, *Le Quotidien*, 9 novembre, 1999, Statistique Canada, Ottawa, n° de catalogue 11-001F.

_____, *Estimations des décès (avant 75 ans) attribuables aux maladies cardiovasculaires chez les Canadiens, tableau spécial de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada*, Statistique Canada, Ottawa, 2001.

_____, *Statistique de la santé, 1999*, Statistique Canada, Ottawa, 1999.

_____, *Le revenu du Canada, 2000*, Statistique Canada, Ottawa, 2000, n° de catalogue 75-202-XIF.

_____, *Enquête sur la population active*, Statistique Canada, 2002, n° de catalogue 71F0004XCB, tableau CD1T02AN.IVT,
www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/2241_f.htm

_____, *Revue chronologique de la population active, 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 2002, n° de catalogue 71F0004XCB.

_____, *La statistique de l'hygiène mentale, 1993-1994*, Statistique Canada, Ottawa, 1996, n° de catalogue 83-245-XPB.

_____, *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population*, Statistique Canada, Ottawa, 1995, n° de catalogue 82-567.

Stephens, T., C. Dulberg et N. Joubert, « La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 20, n° 3, Santé Canada, 1999.

Stephens, T. et N. Joubert, « Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 22, n° 1, 2001.

Stout, M. D. et G. D. Kipling, *Série de rapports de synthèse : La santé des Autochtones*, Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada, 2002, http://www.hc-sc.gc.ca/hhf-fass/francais/aboriginal_fr.pdf

Szreter, S. et M. Woolcock, *Health by Association? Social Capital, Social Theory, and the Political Economy of Public Health*, document de travail du von Hugel Institute, 2002, www.st-edmunds.cam.ac.uk/vhi/research/szr-wlck.pdf (en anglais)

Tarasuk, V., « Low income, welfare and nutritional vulnerability », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 168, n° 6, 2003.

Travers, K. D., « Recours à la recherche qualitative pour mieux comprendre les origines socioculturelles du diabète chez les Micmacs du Cap Breton », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 166, n° 4, Santé Canada, 1995.

Ulysse, P. J., *Le vieillissement des populations : Les trente dernières années en perspective*, Santé Canada, 1998, <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H39-564-1997F.pdf>

Unité de recherche sur la santé de la population, *A Diabetes Profile of Atlantic Canada*, Unité de recherche sur la santé de la population, Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie, Université Dalhousie, Halifax, 2000.

Waitzman, N. J. et R. Smith, « Separate but lethal: The effects of economic segregation on mortality in metropolitan America », *Milbank Quarterly*, vol. 76, n° 3, 1998.

Whooley, M. et W. Browner, « Association between depressive symptoms and mortality in older women », *Archives of Internal Medicine*, vol. 158, 1999.

Wilkins, R., O. Adams et A. Brancker, « Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986 », *Rapports sur la santé*, vol. 1, n° 2, Statistique Canada, 1991.

Wilkins, R. et G. Sherman, « Low income and child health in Canada » dans Coburn, D., C. D'Arcy et G. Torrance (éd.), *Health and Canadian Society: Sociological Perspectives* (troisième édition), University of Toronto Press, Toronto, 1998.

Wilkinson, R., « Deeper than 'neoliberalism.' A reply to David Coburn », *Social Science & Medicine*, vol. 51, 2000.

Wilkinson, R., Weidenfeld et Nicolson, *Mind the Gap: Hierarchies, Health and Human Evolution*, Yale University Press, New Haven, 2001.

Wilkinson, R. G., « Health, hierarchy and social anxiety » dans Adler, N., M. Marmot, B. McEwen et J. Stewart (éd.), *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: social, psychological and biological pathways*, Annals of the New York Academy of Sciences, New York, 1999.

_____, « Socio-economic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards? », *British Medical Journal*, vol. 314, 1997.

_____, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, New York, 1996.

Williams, D. R., H. W. Neighbors et J. S. Jackson, « Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 2, 2003.

Williams, S. et le Newfoundland and Labrador Reference Group on Social and Economic Inclusion, *Social Inclusion: On the Path to Social Development in Newfoundland and Labrador*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, 2000, www.medicine.dal.ca/acewh/PDF-inclusion/Nflde.pdf (en anglais)

Wolinsky, E. A., « Health Services Utilization among the Noninstitutionalized Elderly », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 24, 1983.

Yalnizyan, A., *The Growing Gap: A Report on Growing Inequality Between the Rich and Poor in Canada*, Centre for Social Justice Foundation for Research and Education, Toronto, 1998.

Zierler, S. et N. Krieger, « Reframing women's risk: Social inequalities and HIV infection », *Annual Review of Public Health*, vol. 18, 1997.