

TABLE RONDE NATIONALE DE L'ISPC • LE 26 MARS 2002

Pauvreté et santé : Liens vers des mesures concrètes

PRO C È S - V E R B A L

Documents recueillis par l'ISPC sur la pauvreté et la santé

Le recueil comprend les trois documents suivants :

Répercussions de la pauvreté sur la santé document rédigé par Shelley Phipps

Approches politiques à l'égard des répercussions de la pauvreté sur la santé document rédigé par David P. Ross

Pauvreté et santé : Liens vers des mesures concrètes

Procès-verbal de la Table ronde nationale de l'ISPC sur la pauvreté et la santé, le 26 mars 2002

Ces documents sont disponibles séparément en format électronique. Toutefois, sur papier, ils sont publiés ensemble sous le nom de *Documents recueillis par l'ISPC sur la pauvreté et la santé*, juin 2003.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

l'Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario)
K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-55392-254-9 (PDF)
ISBN 1-55392-262-X (Documents recueillis)

© 2003. l'Institut canadien d'information sur la santé

Also available in English as *Poverty and Health: Links to Action, Proceedings of the National Roundtable on Poverty and Health, March 26, 2002* ISBN 1-55392-253-0 (PDF)

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

La mission de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) comporte deux volets : faire comprendre davantage les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités, et contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens. Pour ce faire, l'ISPC est dirigée par un Conseil de chercheurs de renommée et de décideurs de partout du Canada. L'ISPC collabore avec les chercheurs, les responsables de l'élaboration des politiques, le public et d'autres partenaires clés pour faire comprendre davantage les déterminants de santé, dans le but d'aider les Canadiens à vivre plus longtemps et en bonne santé.

L'ISPC, en tant qu'acteur essentiel dans le domaine de la santé de la population :

- Analyse les éléments de preuve sur la santé de la population à l'échelle canadienne et internationale pour contribuer aux politiques qui améliorent la santé des Canadiens.
- Finance la recherche et crée des partenariats scientifiques pour faire comprendre davantage les résultats de la recherche et promouvoir l'analyse des stratégies qui améliorent la santé de la population.
- Résume les éléments de preuve des expériences politiques, analyse ceux qui portent sur l'efficacité des initiatives politiques et développe les options politiques.
- Travaille à améliorer les connaissances du public et sa vision des déterminants qui influent sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités.
- Travaille au sein de l'Institut canadien d'information sur la santé pour contribuer à l'amélioration du système de santé au Canada et de la santé des Canadiens.

Remerciements

L'ISPC souhaite remercier le Centre pour la collaboration gouvernementale de son aide dans la planification et la tenue de la Table ronde. Don Lenihan, directeur du Centre pour la collaboration gouvernementale, Lindsey McKay, analyste des politiques et Joan Campbell, gestionnaire de l'Analyse des politiques et échange des connaissances de l'ISPC ont contribué au rapport.

**Compte rendu de la
Table ronde nationale de l'ISPC sur
la pauvreté et la santé, le 26 mars 2002**

Table des matières

Préface	i
Sommaire	iii
Introduction	1
1. Commentaires des orateurs	3
L'état actuel de la recherche	3
L'état actuel des politiques	4
2. Discussions relatives à la pauvreté et à la santé	6
Approches relatives à la recherche	6
Où la recherche devrait s'étendre?	8
Le processus d'élaboration des politiques	9
3. Stratégies pour aller de l'avant	12
Politique	12
Recherche	13
4. Résumé du dialogue	14
Équilibre à assurer entre les faits et les valeurs	14
Conception de théories pour évaluer l'efficacité	14
Communication du message	14
Enrichissement des faits	15
5. Conclusion	16
Annexe A : Liste des participants	A-1
Annexe B : Stratégies prioritaires formulées lors des discussions en petits groupes	B-1

Préface

Le présent rapport présente un compte rendu de la *Table ronde sur la pauvreté et la santé* qui a réuni les membres de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) le 26 mars 2002. Cette table ronde s'inscrit dans un effort plus vaste visant à répondre à la question de la *pauvreté et de la santé*.

À l'été 2001, le Conseil de l'ISPC a relevé trois thèmes initiaux à titre de nouveaux enjeux concernant l'état de santé de la population — *la pauvreté et la santé, la santé des Autochtones et l'obésité*. Chacun de ces enjeux répond aux critères de sélection de divers thèmes. Le Conseil voulait se pencher sur des enjeux qui reposent sur des preuves solides et souligner les problèmes pouvant être résolus. Chaque enjeu devait s'harmoniser aux divers secteurs politiques, s'actualiser aux politiques élaborées et être susceptibles d'améliorer la santé. Il fallait également compter sur la capacité de mener des recherches en politiques sur le sujet. Dans le cadre de consultations nationales menées à l'automne 2001 par l'ISPC et l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada, on a relevé les effets de la pauvreté/des inégalités de revenu sur la santé à titre de priorité dans le cadre de la recherche sur la santé publique et la population.

À l'hiver 2001-2002, l'ISPC a commandé des études de recherche et des preuves politiques, publiées dans cet ensemble, auprès de Shelley Phipps et de David P. Ross. La table ronde visait à susciter un dialogue avec les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs, les chercheurs ainsi que d'autres intervenants. Ce compte rendu dresse un résumé des discussions découlant de la présentation des travaux et des enjeux présentés par les personnes ayant fait un exposé.

Sommaire

Le 26 mars 2002, les membres de l'Initiative sur la santé de la population canadienne ont organisé une *Table ronde sur la pauvreté et la santé* à Ottawa. Cette activité, réunissant des spécialistes, visait à comprendre le rapport entre la pauvreté et la santé afin de relever de nouvelles stratégies pour répondre aux questions sur la pauvreté et la santé, y compris des sujets et questions névralgiques en matière de politique et de recherche qui pourraient devenir le sujet d'étude de l'ISPC.

On s'entend à dire que l'amélioration de l'état de santé de la population nécessite la lutte contre la pauvreté comme cause sous-jacente. Les preuves ne manquent pas (en particulier au niveau individuel) pour établir un lien entre une santé déficiente et un faible revenu ou un manque de richesse. Les politiques publiques doivent mieux tenir compte de ce lien en réduisant la pauvreté ou en atténuant l'effet de la pauvreté sur la santé.

Même si la plupart des participants ont convenu qu'il existe suffisamment de preuves pour agir, ils ont relevé des secteurs où il faut approfondir les recherches afin de mieux connaître les facteurs de cause à effet entre la pauvreté et la santé. En mettant l'accent sur l'expérience de vivre dans la pauvreté (p. ex. l'exclusion sociale) et les effets divergents de la pauvreté aiguë et chronique, on pourra enrichir la qualité des connaissances acquises.

On a convenu qu'il fallait pousser la recherche afin de déterminer quels sont les programmes et les politiques qui permettent de réduire la pauvreté ou d'atténuer les retombées de la pauvreté sur la santé. Il faut recourir à une étude d'évaluation et relever les défis que pose la méthodologie de mesure des incidences des politiques et des programmes (de nature positive et négative).

Sommaire des stratégies proposées

Politique

- Il faut se doter d'un ensemble de principes pour éclairer l'élaboration de politiques et de programmes qui tiennent compte de la pauvreté et de la santé.
- Les enjeux sociaux en matière de pauvreté doivent être rattachés aux questions de santé pour obtenir une approche publique intégrée en matière d'élaboration de politiques.
- Il faut améliorer le message sur la santé de la population dans le cadre de la pauvreté qui compte une vision sous-jacente et un cadre conceptuel pour les approches transversales face aux politiques.
- Les résultats sur la santé rattachés au revenu ainsi que les gradients d'inégalité de l'état de santé représentent un message potentiel.
- Il faut mobiliser et appuyer les champions ou les « concepteurs de politiques » qui sont bien informés sur les questions en cause et qui peuvent les porter à l'attention du public.

- Il faut établir des structures intersectorielles afin d'orienter et de coordonner les politiques et les programmes dans des secteurs politiques distincts (et même entre les secteurs de compétence) vers un objectif commun.
- Une approche sur le « résultat sociétal »/bien-être peut contribuer à permettre aux responsables de l'élaboration des politiques de traiter de la question de la pauvreté et de la santé en misant sur les activités intersectorielles qui appuient de façon globale l'objectif d'amélioration de l'état de santé.
- On devrait présenter aux responsables de l'élaboration des politiques divers conseils sur une combinaison optimale d'interventions en amont et en aval et un cadre d'intervention favorable à l'intégration.
- À court terme, il faut se doter d'une stratégie pour que les membres de la Commission Romanow et les personnes chargées de protéger le public ainsi que les chefs de file (chefs des collectivités, enseignants) puissent mieux connaître le lien entre la pauvreté et la santé. L'ISPC pourrait jouer un rôle à cet égard.

Recherche

- Des stratégies à long terme sont nécessaires pour franchir certains des obstacles qui séparent la recherche de l'élaboration et la mise en œuvre de politiques.
- Il faut se doter d'un programme de recherche à long terme pour évaluer les interventions politiques de tous genres : interventions en amont et en aval, interventions préventives et interventions intersectorielles.
- Des stratégies officielles doivent être élaborées pour encourager les chercheurs à s'entretenir avec les gens vivant dans la pauvreté de sorte que leur expérience puisse servir au grand courant en recherche et en élaboration de politiques.
- Il faut approfondir la recherche sur le lien entre la pauvreté et la santé au niveau de la population et sur les facteurs qui jouent un rôle entre un état de santé précaire et un statut socio-économique peu élevé. Il faut également mener des études longitudinales visant à examiner les effets à long terme que la pauvreté et l'inégalité de revenu ont sur la santé.

Introduction

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) a accueilli une *Table ronde sur la pauvreté et la santé* à Ottawa le 26 mars 2002. L'objectif a consisté à alimenter un dialogue significatif chez les participants afin que ces derniers puissent échanger des connaissances sur la relation entre la pauvreté et la santé et relever de nouvelles stratégies pour répondre à cette question. La table ronde visait également à permettre de désigner les enjeux et les questions névralgiques sur les politiques et la recherche qui pourraient permettre d'approfondir la recherche et l'analyse stratégique.

Plus de 30 personnes ont participé à la table ronde, y compris des membres du Conseil de l'ISPC, des spécialistes clés de l'élaboration de politiques et des responsables de l'élaboration des politiques des gouvernements fédéral, provinciaux et régionaux/municipaux, des chercheurs de pointe oeuvrant dans des domaines rattachés à la pauvreté et à la santé ainsi que d'autres parties intéressées (Annexe A). La présidence de la table ronde a été assurée par Ian Potter, président du sous-comité des politiques du Conseil de l'ISPC et sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada.

La *Table ronde sur la pauvreté et la santé* comptait trois séances. Les deux premières séances ont permis de discuter de l'état actuel de la recherche et des politiques, respectivement. Les discussions ont porté sur le contenu des travaux menés par Shelley Phipps et David P. Ross. Leurs travaux ont jeté les bases solides pour mieux comprendre l'état actuel des politiques et de la recherche et ont suggéré des secteurs où il faut axer les efforts pour créer des fondations plus solides d'élaboration de politiques. Les discussions ont permis d'obtenir un certain consensus sur les priorités pour l'avenir.

La table ronde a consisté à relever de nouvelles stratégies pour répondre aux enjeux sur la pauvreté et la santé au Canada grâce à un dialogue qui permettrait :

1. d'évaluer la recherche en tenant compte de ce que nous savons, de ce que nous ne savons pas et de ce qu'il faut savoir;
2. de passer en revue les approches politiques actuelles en tenant compte de ce qui fonctionne bien, de ce qui ne fonctionne pas bien et pourquoi;
3. de clarifier les orientations pour aller de l'avant.

Le premier objectif a été comblé par un examen de l'état de la recherche. Les participants ont convenu que, preuves à l'appui, la pauvreté et la santé sont interliées, en particulier au niveau individuel. L'état de santé a un rapport avec le statut social; le gradient sur la santé et l'inégalité des revenus est bien connu. Les facteurs qui relient la pauvreté à la santé sont, toutefois, moins évidents. Il faut continuer à recueillir des preuves empiriques sur la façon de rattacher les deux éléments. Une distinction importante doit être établie sur la façon de définir la pauvreté : s'agit-il d'un faible revenu, de la richesse (total des actifs), d'un ensemble de caractéristiques qui joue un rôle sur le quotidien ou d'une inégalité relative? Il ne fait pas de doute pour les participants qu'il existe suffisamment d'information sur le rapport entre la santé et la pauvreté pour que les responsables de l'élaboration des politiques puissent adopter des mesures concrètes.

Le deuxième objectif concernant les approches politiques a suscité de vives discussions sur l'élaboration de politiques et l'évaluation. Le dialogue a alors porté sur les aspects d'élaboration de politiques et les mécanismes d'application s'y rattachant. Les participants ont souligné l'importance pour les responsables de l'élaboration des politiques canadiens de tirer profit de l'expérience relative à l'élaboration de politiques d'autres pays — en particulier du R.-U. — qui traitent de la question du revenu et de la santé. On a également présenté l'idée d'établir des principes pour articuler l'élaboration de politiques autour de la pauvreté et de la santé.

Le fait de déterminer quels programmes et politiques fonctionnent bien et quelle en est la cause a suscité un débat entre les participants. On s'entend à dire qu'il faut compter sur plus de recherches en évaluation concernant les interventions politiques. De plus, les enjeux concernant la méthodologie à adopter, notamment la mesure des résultats et l'attribution de cause à effet de certaines interventions, représentent des défis qui doivent être relevés.

Quant au troisième objectif sur les orientations à venir, on a appuyé largement l'idée d'élaborer un cadre d'élaboration de politiques et une stratégie visant à approfondir la réflexion et la pratique, qui vise à relier la pauvreté à la santé. Les participants s'étaient déjà faits une bonne idée des divers sujets devant être approfondis et qui devraient être bénéfiques.

Le présent rapport dresse un sommaire des exposés et des discussions découlant de la *Table ronde sur la pauvreté et la santé*. Il compte quatre principales sections :

- Les commentaires des orateurs : un sommaire des principaux points présentés par deux participants à la discussion.
- Les discussions sur la pauvreté et la santé : un sommaire thématique des discussions de la journée, y compris les résultats des groupes de travail.
- Les stratégies pour aller de l'avant : un ensemble de conclusions tiré des discussions et des stratégies recommandées par les participants pour adopter des mesures concrètes.
- Un résumé du dialogue : un survol du dialogue du troisième participant à la discussion.

L'annexe B présente les principales priorités en matière d'élaboration de politiques et de recherche exposées dans les groupes de travail lors de la troisième séance.

1. Commentaires des orateurs

On a invité trois membres du Conseil de l'ISPC à participer à la discussion et à formuler de brefs énoncés à la Table ronde. Leurs commentaires portaient sur le document de travail et les diverses discussions qui ont eu lieu au cours de la journée.

- Clyde Hertzman a commenté l'état actuel des recherches.
- Catherine Donovan a commenté l'état actuel des politiques.
- Terry Sullivan a présenté un résumé de clôture.

Un sommaire des commentaires présentés par les orateurs Hertzman et Donovan suit. Les commentaires de Terry Sullivan sur la *Table ronde* sont résumés à la quatrième section.

L'état actuel de la recherche

Tout d'abord, Clyde Hertzman a vanté les mérites des documents de travail sur la pauvreté et la santé préparés par Shelley Phipps et David P. Ross. D'après lui, ces documents présentent des enjeux et des questions qui doivent être traités par les membres du milieu de la recherche. M. Hertzman a signalé que bon nombre de ces enjeux ont déjà été exposés. Au fil des ans, plusieurs commissions, établies par les gouvernements fédéral et provinciaux, ont été chargées d'examiner la santé et les soins de santé au Canada. Chaque commission a reconnu dans une certaine mesure les déterminants sociaux et socio-économiques de la santé. Selon elles, toutefois, ces enjeux ne sont pas prioritaires pour améliorer l'état de santé de la population au Canada. En réalité, M. Hertzman indique que « le Canada a créé à vrai dire une certaine industrie d'exportation de connaissances pour le reste du monde sur les déterminants sociaux et socio-économiques de la santé » [Trad.]. D'autres pays, dont l'Angleterre, ont mieux réussi à intégrer le savoir découlant des recherches au Canada dans les politiques, d'où « ... l'application de divers programmes de façon cohérente dans d'autres pays, qui s'appuie largement sur les réflexions provenant de cette partie du monde » [Trad.]. Le défi à relever consiste à présenter des preuves nouvelles et existantes sur les déterminants de la santé et leurs effets déterminants dans l'élaboration de politiques au Canada.

M. Hertzman a signalé que la santé et la pauvreté représentent habituellement des secteurs distincts de recherche et d'élaboration de politiques. En tant que chercheur en santé, il a remarqué que les documents de Phipps et Ross emboîtent le pas aux autres efforts de recouper ces deux domaines. Ces ouvrages désignent de manière implicite trois principaux domaines qui doivent faire l'objet d'examen :

1. Qu'arrive-t-il aux gens qui ont un problème de liquidités?
2. Quelle est l'expérience des gens à différents stades de la hiérarchie socio-économique dans le cas des gradients sur l'état de santé?
3. Quelles sont les caractéristiques d'inégalité dans la société de façon plus générale?

Pour comprendre le lien plus global et les facteurs particuliers entre la pauvreté et la santé, il a affirmé que l'ensemble des trois domaines doit être étudié. Ainsi, les terrains de recherche et d'élaboration de politiques qui se présentent sont très larges. Par exemple, si on débute avec certaines interventions politiques, dont le transfert de revenu, la portée ouvre la voie plus rapidement et largement à des interventions plus vastes telles que le programme national sur les enfants. Les retombées pour la politique et la recherche se présentent en deux volets. Il faut examiner tout d'abord les stratégies et les interventions à multiples facettes. Ensuite, il reste à désigner et à appuyer la recherche en tenant compte de certaines interventions pour obtenir au dire de M. Hertzman « ... les vrais dilemmes et les vrais champs du grand vide » [Trad.]. Par cette approche en deux volets, le tableau plus global qui relie la pauvreté à la santé deviendra plus clair.

L'état actuel des politiques

Le mot d'ouverture de Catherine Donovan traduit les propos de M. Hertzman. Le Canada, selon elle, a joué un rôle de chef de file mondial au cours des deux dernières décennies dans l'étude des déterminants de la santé et de la promotion de la santé, mais s'est peu soucié de s'attaquer à ces enjeux par des mesures concertées. Un changement est de mise. Elle est d'avis que le débat passé et actuel sur la santé à l'échelle nationale et provinciale est axé sur le système de soins de santé.

S'appuyant grandement sur les ouvrages préparés par Phipps et Ross et la discussion sur la recherche, M^{me} Donovan a fait la distinction entre les interventions « en amont » et « en aval ». Elle s'est ensuite servie de cette distinction pour présenter les mesures utilisées pour faire avancer le dossier sur l'élaboration de politiques.

Les interventions en amont portent essentiellement sur les enjeux présentant le « vaste tableau », dont le revenu, l'emploi et les vastes initiatives éducatives. Les interventions en aval représentent celles dont l'accent du programme est plus ciblé. On mise bien souvent plus directement sur certains résultats pour la santé. Elle a souligné que certains travaux utiles ont porté sur l'évaluation des initiatives en amont qui a fait ressortir les effets sur la réduction de la pauvreté. Tel que mentionné dans les ouvrages de Ross et Phipps, les études d'évaluation indiquent qu'un certain succès a été atteint en matière de réduction de la pauvreté chez les aînés, mais pour d'autres segments de la population, notamment les enfants, les familles monoparentales et les familles dirigées par une femme, peu d'efforts ont été déployés.

Il faut faire davantage pour évaluer les effets de ces interventions en amont sur la santé. Bien peu a été accompli jusqu'à maintenant. Il existe certains faits dans d'autres pays comme aux É.-U. et au R.-U. On a également mené des études sur les retombées de la politique sociale sur la santé dans certains pays d'Europe de l'Ouest et du Nord. Même si elles indiquent que la politique sociale a eu des effets positifs sur les résultats en santé, le Canada ne semble pas tirer profit de ces expériences.

Les résultats des initiatives en aval sont nettement plus susceptibles d'avoir fait l'objet d'évaluation du point de vue de la santé. Là où des évaluations ont été effectuées, les résultats sont variés. Certains avantages peuvent être relevés, mais de nombreuses interventions ont eu des incidences limitées, voire aucune incidence, ou peu de retombées soutenues. Il faut mener plus de recherche pour déterminer lesquelles ont bien fonctionné et pourquoi.

M^{me} Donovan a signalé plusieurs mesures nécessaires que les responsables de l'élaboration des politiques devraient adopter afin de pouvoir se pencher sur la relation entre la pauvreté et la santé :

- Il faut à tout prix établir un ensemble de principes qui peut éclairer l'élaboration de politiques et de programmes entourant la pauvreté et la santé.
- On s'entend de plus en plus à dire que les principes orientent les interventions, en outre, que la pauvreté est un enjeu du cycle de vie. Il faut pouvoir compter sur des études longitudinales, dont la nature de la pauvreté dans le cycle de vie et ses incidences sur la santé, comme le suggère l'ouvrage de Phipps.
- Il n'existe pas de facteur unique pour lier la pauvreté à la santé. Il est alors difficile d'élaborer une politique et d'évaluer chaque aspect de la relation établie, mais nous devons faire face à cette complexité.
- Il faut tenir une discussion plus globale et plus soutenue sur la valeur relative des évaluations en amont et en aval. Même si la recherche est axée sur certaines interventions et la mesure de leurs incidences, le programme de recherche ne devrait pas s'articuler autour des programmes établis par les responsables de l'élaboration des politiques au gouvernement ni s'y limiter, car ils ne constituent qu'un groupe constitutif parmi plusieurs.
- L'accent de la recherche portant sur les interventions doit être élargi pour tenir compte des connaissances sur ce que représente de saines collectivités et pour les leur communiquer de sorte qu'elles puissent en bénéficier. Il ne suffit pas de préparer de l'information. Elle doit également être transmise au public.

2. Discussions relatives à la pauvreté et à la santé

Après les remarques de Hertzman et de Donovan, les discussions ont porté sur les exposés présentés dans chaque séance. La première séance a porté sur l'état de la recherche et la deuxième séance, sur l'état de la politique. Plusieurs thèmes clés ont transpiré lors des deux discussions.

Le sommaire qui suit dresse, par conséquent, l'information issue des deux séances et présente un simple survol thématique des inquiétudes, des enjeux, des occasions à saisir et des idées qui ont été présentés par les participants. Ceux-ci ont abordé la question de la façon dont la recherche est menée, les aspects importants de la relation entre la pauvreté et la santé et le processus d'élaboration des politiques. La discussion a été divisée en trois sections : les approches relatives à la recherche; où la recherche devrait s'étendre; le processus d'élaboration des politiques.

Approches relatives à la recherche

Les discussions ont porté principalement sur la force du rapport entre la pauvreté et la santé. On a ainsi reconnu que ces deux sujets sont plus souvent envisagés séparément dans le milieu de la recherche et de l'élaboration des politiques.

Dépassez le cadre traditionnel de la recherche

Les chercheurs ont observé que la pauvreté et la santé sont interliées. Leur capacité à saisir la qualité de la vie et l'état de santé des personnes pauvres est tributaire de l'approche adoptée. On n'a pas tardé à discuter de la façon dont la recherche est menée sur la pauvreté. Les participants ont convenu rapidement que la « recherche traditionnelle » (p. ex. la recherche contrôlée, quantitative, clinique, scientifique) tend à miser sur des enjeux relativement bien définis dans des domaines bien définis. Dans le cas de la recherche en santé, il s'agit de désigner les causes ou les cures précises de certaines maladies. Parmi des exemples, on pourrait mentionner que la recherche a permis d'établir que le virus du VIH cause le SIDA ou que la pénicilline permet d'éliminer les bactéries.

Les participants n'ont pas remis en question la légitimité ou la nécessité de compter sur la recherche « traditionnelle ». Sa valeur est plus ou moins tenue pour acquise. Toutefois, les participants estiment que la recherche qui porte sur la désignation des causes précises et immédiates de la maladie ou de l'état de santé d'une personne est limitée. Plusieurs facteurs jouent un rôle dans la santé, y compris les conditions sociales et économiques, dont la pauvreté. Mais l'impact des causes, dont les conditions sociales, étant habituellement indirect, il est plus laborieux d'isoler et de désigner les effets de ces facteurs sur l'état de santé ou la maladie de certaines personnes. Voilà que les conditions sociales et économiques dépassent la méthodologie utilisée dans la recherche traditionnelle.

Ainsi, les conditions sociales, dont le faible statut socio-économique, les inégalités de revenus et les carences socio-économiques, en l'occurrence la pauvreté, n'ont pas fait l'objet de recherche traditionnelle en santé. Les chercheurs en santé ont tendance à percevoir ces déterminants comme faisant partie de d'autres disciplines de recherche, notamment en science économique ou en sociologie. Les participants ont convenu en général qu'un changement doit être apporté. Les percées dans le domaine de la recherche en santé et de la politique doivent reconnaître qu'une santé déficiente est attribuable à de multiples causes ou déterminants, dont la pauvreté. Il faut à vrai dire compter davantage sur une approche multidisciplinaire, plurifactorielle et holistique, ce qui a servi de tremplin à la séance sur la recherche à la suite de l'exposé de Clyde Hertzman.

Les discussions sur cette approche, toutefois, ont soulevé bien des questions : Comment pouvons-nous relever les déterminants de la pauvreté? Comment pouvons-nous déterminer les effets relatifs de chaque déterminant? Qu'est-ce qui peut être fait pour encourager et appuyer la recherche en santé de la population dans le milieu de la recherche traditionnelle de la santé? À quels genres de politiques pouvons-nous nous attendre dans le cadre de ces recherches? Comment seraient-elles différentes par rapport à la politique traditionnelle en santé?

Certains participants ont déclaré que, jusqu'à ce jour, peu d'appui a été offert aux approches multidisciplinaires ou aux efforts pour en favoriser l'adoption dans le courant de la recherche et de l'élaboration de politiques. Les ressources sont habituellement consacrées à chaque déterminant et à ses effets. Les chercheurs doivent continuer à évaluer chaque cause, mais ils doivent également commencer à étudier les effets des relations complexes, plurifactorielles et causales.

Mesurer la pauvreté

Un participant a prétendu que les chercheurs devraient mesurer la pauvreté avec plus de fiabilité. À l'heure actuelle, on a tendance à définir la « pauvreté » selon le segment de la société auquel un programme ou une politique en particulier est censé répondre. On assiste à un certain cercle vicieux : « les pauvres » représentent les personnes pour lesquelles la politique est conçue. Nous devons pouvoir compter sur une méthode plus fiable pour décider ce qu'est la pauvreté et qui sont touchés.

Un autre participant a suggéré qu'il serait utile de diviser les enjeux sur la pauvreté en composantes précises. Nous pourrions, en outre, observer les différences mesurables entre les milieux rural et urbain. Il pourrait s'agir d'une première étape visant à obtenir une meilleure évaluation des multiples facettes de la pauvreté qui tient compte de la santé. Même si les difficultés méthodologiques ne cesseront de persister, les chercheurs disposeraient d'un certain point d'ancrage qui leur permettrait d'examiner la pauvreté et la santé de façon globale. Une autre option consiste à lancer une série d'initiatives visant à expérimenter et à mettre à l'essai des liens possibles entre la pauvreté, la santé et les approches servant à mesurer les effets.

Où la recherche devrait s'étendre?

Trois principaux enjeux d'importance ont été soulevés concernant les priorités sur la recherche dans le cas de la pauvreté et de la santé. La recherche dans ces domaines peut être prometteuse, car l'on pourrait clarifier les liens et démontrer les facteurs de causalité entre la pauvreté et la santé.

Exclusion sociale

Un participant a rappelé le mot d'ouverture de M. Hertzman qui souligne la nécessité de désigner et d'envisager les « nouvelles propriétés des inégalités dans la société ». On présume qu'il s'agit d'éléments tels que les effets sociologiques et psychologiques de la pauvreté.

L'exclusion sociale peut être perçue, en outre, comme une nouvelle propriété. Un participant a posé la question suivante : « si la pauvreté engendre l'exclusion sociale et l'exclusion sociale a de lourdes conséquences sur la santé, pourquoi n'accorde-t-on pas plus d'attention à ce sujet? ». Par exemple, un sujet d'étude pourrait porter sur les facteurs financiers et non financiers qui contribuent à l'exclusion sociale. Une forte dépendance à un travail saisonnier, dont l'agriculture ou la pêche, peut-elle faire une différence? Faut-il tenir compte du fait de vivre dans une partie du pays plutôt qu'une autre? Les caractéristiques raciales ou ethniques comptent-elles?

Il n'existe pas suffisamment de recherches à l'heure actuelle pour établir de tels liens, de conclure le participant. Les économistes ont mené jusqu'à maintenant la plupart de la recherche sur la pauvreté. Leur travail est précieux, mais il repose sur un paradigme de recherche particulier qui n'éclaire pas toutes les perspectives possibles en réponse à ces questions. Leur travail devrait être complété par une étude plus systématique des « nouvelles propriétés », dont l'exclusion sociale.

Pauvreté aiguë par rapport à chronique

Les participants ont discuté d'un autre thème, soit la distinction à établir entre la pauvreté aiguë et la pauvreté chronique. Dans le premier cas, les personnes peuvent être aux prises avec la pauvreté pendant une certaine période pouvant être causée par une maladie ou une perte d'emploi. Par contre, la pauvreté chronique afflige des personnes pendant de plus longues périodes — peut-être pendant toute une vie. La pauvreté aiguë et la pauvreté chronique ont vraisemblablement différents effets sur l'état de santé. Si nous voulons mieux comprendre l'interrelation entre la pauvreté et la santé, nous devons différencier plus clairement les différents genres de pauvreté et leurs caractéristiques.

Selon les auteurs des ouvrages présentés, les données longitudinales qui deviennent maintenant disponibles au Canada permettront de dresser une évaluation plus exacte de l'étendue de la pauvreté aiguë par rapport à la pauvreté chronique. Les chercheurs seront en mesure d'évaluer la « volatilité » du revenu d'une personne, dont le nombre de périodes au cours desquelles on note une augmentation ou une diminution importante des niveaux de vie. De telles mesures pourraient être très importantes pour établir des liens sur la santé dans le cas de la sécurité économique (et non seulement le niveau du revenu) qui influence l'état de santé.

Expérience vécue

« L'expérience vécue » est un troisième thème qui a animé les discussions. Les participants s'entendent pour dire que la pauvreté représente autant une expérience qu'une condition. Différents facteurs communautaires, dont la répartition géographique de la pauvreté et l'accès aux ressources, contribuent à l'expérience de vivre dans la pauvreté. La compréhension de la pauvreté nécessite une connaissance de ces différences. L'expérience de grandir dans un quartier pauvre de classe ouvrière à faible revenu n'est pas la même que de vivre dans une famille pauvre où l'on côtoie la richesse. La pauvreté comporte un volet sociologique et psychologique.

Les participants prétendent que pour comprendre les effets de la pauvreté, il ne suffit pas d'examiner les limites qu'impose la pauvreté sur la capacité d'une personne à obtenir les choses nécessaires ou souhaitées. La pauvreté affecte la façon de comprendre et de définir de tels besoins. La recherche doit tenir compte du niveau d'expérience des personnes au quotidien. Les études sur les niveaux de consommation, en outre, ne permettraient pas d'observer les ressources non rattachées au marché, dont les réseaux d'échange non officiels communautaires, à moins que la recherche ne soit dotée d'un volet qualitatif. Le fait de tenir compte des différences communautaires est particulièrement important pour évaluer les effets de la pauvreté.

Une participante a expliqué son inquiétude au sujet de la recherche traditionnelle de cette façon : « il semble y avoir une approche quasi-obsessionnelle à obtenir de plus en plus de preuves, de plus en plus d'enquêtes scientifiques et de plus en plus de chiffres précis » [Trad.]. L'obsession entourant les données quantitatives, a-t-elle poursuivi, a éclipsé le rôle que la recherche qualitative devrait jouer pour nous permettre de comprendre comment les gens qui vivent dans la pauvreté perçoivent les liens entre la santé et la pauvreté. La recherche traditionnelle doit viser l'équilibre avec la recherche qualitative pour connaître vraiment ce qu'est la vie des gens : « le simple fait de parler longuement aux gens vous permettra de connaître ce qui importe le plus. Vous pourrez ainsi trouver les solutions que vous voulez élaborer sans concevoir de méthode scientifique qui ne traduit pas réellement l'expérience vécue des gens » [Trad.].

Le processus d'élaboration des politiques

Évaluation des politiques

Le point de vue général découlant des discussions est qu'il faut obtenir de meilleurs renseignements sur ce qui fonctionne dans le cas des instruments politiques. Une évaluation est particulièrement importante en raison de la nature fragmentée ainsi que de la pénurie d'études sur les résultats de la santé à l'heure actuelle. L'enrichissement de l'ensemble des données longitudinales établissant un rapport entre les variables sur la santé et celles sur le revenu pourrait permettre de mieux comprendre les liens entre les conditions sociales, notamment la pauvreté et la santé de la population. La présentation de meilleures preuves de l'efficacité des politiques permettrait de mieux comprendre le rôle que peuvent jouer les politiques et les programmes.

Un effort d'élaboration d'une nouvelle approche à l'évaluation politique a été présenté lors des discussions. Pour accroître l'imputabilité publique, le Conseil du Trésor du gouvernement fédéral s'affaire à expérimenter de nouvelles techniques pour rendre compte des résultats des initiatives. Cet exercice vise à mesurer l'efficacité politique de sorte que l'on puisse reconnaître les dépendances et les liens entre les divers secteurs politiques traditionnellement distincts.

Cette approche repose sur la désignation de « résultats de nature sociétale ». De tels résultats sont de nature sociétale, car ils peuvent être liés à de nombreuses causes. Ils découlent d'activités provenant des secteurs privé, public et bénévole. Parmi des exemples à citer, mentionnons une population en meilleure santé, des collectivités plus sécuritaires ou une main-d'œuvre plus productive.

On expérimente alors des façons de repérer la contribution des politiques et des programmes gouvernementaux provenant de divers secteurs à certains résultats de nature sociétale. Le gouvernement ne représentant qu'un des plusieurs intervenants qui contribuent à de tels résultats, il ne s'agit pas d'une mince tâche. La première étape consiste à relever un résultat de nature sociétale qui représente l'objectif déterminant des secteurs politiques ou des initiatives que le gouvernement essaie de mesurer. On établit un élément de référence commun permettant de mesurer la contribution de certaines initiatives à l'objectif commun.

Le bien-être représente, en outre, un résultat de nature sociétale qui recoupe la santé et la pauvreté. Si l'on admet qu'un niveau moins élevé de stress favorise un niveau plus élevé de bien-être, les programmes de lutte contre la pauvreté peuvent être conçus dans divers secteurs pour permettre de réduire divers genres de stress rattachés à la pauvreté. On pourrait ainsi favoriser un bien-être général chez la population. En évaluant la contribution d'un programme envers la réduction de stress, nous pouvons mesurer son apport à l'objectif global de bien-être. On peut avoir recours à la même approche pour évaluer la contribution des programmes axés sur les déterminants (dont la pauvreté), car ils influencent l'objectif déterminant de la santé.

L'approche axée sur le résultat de nature sociétale représente un modèle qui peut aider les responsables de l'élaboration des politiques à faire face aux liens qui existent entre la pauvreté et la santé par l'évaluation des activités provenant de divers services (ou même de divers secteurs de compétence) qui contribuent à atteindre l'objectif global. Elle pourrait favoriser l'élaboration de politiques intersectorielles. Ce genre de politiques comporte l'adoption d'un régime chargé de coordonner les politiques ainsi que les programmes dans des secteurs de politiques séparés et même dans divers secteurs de compétence.

Élaboration de politiques axées sur des faits

Les participants à la table ronde ont convenu que le degré et le profil des faits qui démontrent un rapport entre la pauvreté et la santé doivent être soulevés. Pour tenir compte de ce lien dans la formulation des politiques, il faut explorer de façon plus empirique les liens entre la santé et la pauvreté et discuter de manière plus approfondie et éclairée des résultats et de leurs incidences pour l'élaboration de politiques.

On a également débattu de la question du nombre de preuves empiriques qu'il faut obtenir. On a convenu en général que l'élaboration de politiques doit être axée de plus en plus sur des faits. Cependant, un dilemme se pose au moment de déterminer quand il faut approfondir la recherche et quand les résultats de celle-ci sont adéquats. Les participants ont relevé une tension entre ce que certains ont nommé les approches évaluatives et normatives à la formulation de politiques pour améliorer la santé de la population. La première approche est axée sur des faits, la deuxième sur les valeurs.

L'approche évaluative accentue l'objectif visant à rendre la formulation de politiques plus axée sur des faits. Les personnes en faveur de cette approche ont adopté le point de vue selon lequel il faut effectuer encore plus de recherches. Il faut obtenir des données probantes sur les facteurs de cause à effet établissant un rapport entre la pauvreté et la santé jumelés à l'évaluation des interventions pour veiller à assurer l'efficacité des politiques élaborées.

Les personnes en faveur d'une approche normative ont perçu les faits comme étant adéquats. À leurs yeux, la relation entre la pauvreté et la santé a été démontrée à maintes reprises. Pour améliorer l'état de santé de la population, les responsables de l'élaboration des politiques doivent réduire les inégalités et enrayer la pauvreté. Plutôt que d'attendre la présentation éventuelle de données, les chercheurs et les décideurs devraient prôner l'adoption de programmes et de politiques à la lumière des données connues actuellement sur le rapport qui existe entre la pauvreté et la santé déficiente. Dans le même ordre d'idées, les participants se sont interrogés pour savoir : « Pourquoi d'autres pays consacrent de plus en plus d'argent à réduire la pauvreté par rapport au Canada? Est-ce parce que nous sommes dépourvus d'engagements assez clairs face aux normes qui sont efficaces? Quelles leçons pouvons-nous tirer des autres pays, notamment du R.-U.? »

De plus, presque tous ont convenu que le manque de connaissances claires et fiables sur la principale relation de cause à effet de la pauvreté et de la santé représente un défi. Peut-on conclure de façon raisonnable que les deux points de vue ne s'excluent pas mutuellement? D'après les discussions, on suggère en fait qu'il s'agit de deux pôles qui, aux extrémités, représentent un continuum de politiques. Nous pouvons espérer que nous nous orienterons au fil du temps vers un modèle d'évaluation axé sur les faits. Mais, nous pouvons toujours agir à court terme. Les mesures à adopter sont justifiées par le fait qu'il existe suffisamment de preuves actuellement et conformément à la position normative selon laquelle la lutte contre l'inégalité ne peut attendre.

3. Stratégies pour aller de l'avant

Dans les discussions en petits groupes, les participants ont désigné plusieurs stratégies pour aller de l'avant. En règle générale, ils veulent voir l'adoption d'un cadre politique clair qui présente une combinaison optimale d'interventions en amont, à mi-chemin et en aval. De plus, ils ont perçu la nécessité de se doter d'un nouveau programme de recherche qui englobe des méthodes et des cadres théoriques visant à explorer et à évaluer l'expérience vécue des gens en tenant compte de la pauvreté et de la santé.

Voici un sommaire des discussions en petits groupes portant sur des idées véhiculées sur les mesures à prendre en matière de politique et de recherche. L'annexe B dresse certaines recommandations à court et à long terme formulées par les divers groupes.

Politique

- Les questions sociales de la pauvreté devraient se rattacher aux questions sur la santé visant l'adoption d'une approche politique publique et intégrée.
- Il faut lutter contre le cloisonnement des secteurs de compétence. Des structures et des processus intersectoriels doivent être élaborés à l'échelle politique et dans le secteur non gouvernemental afin de pouvoir transmettre les messages clés. Il s'agit d'entretenir des relations et de créer des mécanismes pour permettre aux gouvernements (non seulement Santé Canada) d'accorder la priorité aux résultats de santé et de miser sur des structures de coordination des politiques et des programmes dans divers secteurs de politiques et même entre les secteurs de compétence.
- La santé de la population doit pouvoir compter sur un meilleur « message » à livrer sur la pauvreté qui présente une vision et mise sur un cadre conceptuel. Il faut pouvoir compter sur une approche plus holistique qui rattache la pauvreté à la santé. Ce message devrait pouvoir jeter les bases d'élaboration d'approches transsectorielles à l'aide des résultats axés sur la santé qui serviraient de guide.
- Le rapport du revenu aux résultats sur la santé, en particulier les gradients qui démontrent clairement que l'inégalité du revenu joue un rôle dans l'état de santé, est un message potentiellement convaincant sur la pauvreté qui devrait être approfondi et promulgué.
- Il faut mobiliser les champions qui sont en mesure de promouvoir des messages clés axés sur des faits à l'intérieur et à l'extérieur de l'administration gouvernementale. De plus, il faut concevoir des façons d'exploiter la recherche pour défendre et soulever les questions de pauvreté et d'inégalités dans les débats publics sur la santé.
- À court terme, il faut adopter une stratégie pour mieux informer les membres de la Commission Romanow et ceux qui occupent un poste de défense/de leadership (chefs des diverses collectivités, enseignants) sur ce lien existant. L'ISPC pourrait avoir un rôle à jouer à cet égard.

- Une approche portant sur le « résultat de nature sociétale »/bien-être pourrait aider les responsables de l'élaboration des politiques à traiter de la pauvreté et de la santé en misant sur les activités intersectorielles qui contribuent à répondre à l'objectif global d'amélioration de l'état de santé.
- On devrait présenter aux responsables de l'élaboration des politiques d'importants conseils sur l'utilisation d'une combinaison optimale d'interventions en amont et en aval et un cadre d'intervention visant l'intégration.

Recherche

- Il faut approfondir la recherche portant sur les mécanismes et les facteurs de cause à effet qui relie la pauvreté/l'inégalité à l'état de santé.
- Il faut se doter de stratégies officielles afin d'encourager les chercheurs à concevoir des façons d'examiner « l'expérience vécue » des personnes à l'étude afin de pouvoir saisir la réalité quotidienne des personnes vivant dans la pauvreté. Le fait de tenir compte de l'expérience des personnes vivant dans la pauvreté permettra d'éclairer le courant de la recherche et de l'élaboration des politiques.

Un programme de recherche de longue haleine est nécessaire pour évaluer les diverses interventions politiques : interventions en amont et en aval, interventions préventives et interventions intersectorielles.

- Des stratégies à long terme doivent être adoptées pour franchir certains des obstacles qui séparent la recherche à la formulation de politiques.

4. Résumé du dialogue

On a convié Terry Sullivan à dresser un sommaire des discussions de la journée. Sullivan a désigné quatre principaux thèmes à l'issue des discussions en petits et en grands groupes.

Équilibre à assurer entre les faits et les valeurs

Sullivan a résumé la tension suscitée par les approches *évaluatives* et *normatives* en posant la question : « Sommes-nous intéressés à améliorer la santé (reposant sur l'évaluation et l'application des preuves scientifiques) ou à réduire la pauvreté (axée sur les valeurs sociales)... ou aux deux? » [Trad.]. Le dilemme repose sur le fait de décider si, en tant que société, nous sommes disposés à accepter la pauvreté. Dans la négative, nous devons rassembler des preuves sur les changements réels concernant la répartition du revenu / de la richesse et désigner les mécanismes chargés d'enrayer la pauvreté. Les motivations relatives à la présentation de conseils spécialisés suscitant de vives inquiétudes chez les décideurs, il faut faire preuve de clarté sur l'approche à adopter.

Conception de théories pour évaluer l'efficacité

Il faut utiliser des cadres théoriques à partir de différentes disciplines (p. ex. les sciences sociales) « ... afin d'évaluer si ce que nous essayons de faire pour améliorer la santé est efficace » [Trad.]. Même si les ouvrages de Ross et de Phipps réussissent bien à exposer brièvement les théories sur le rapport entre la pauvreté et la santé au niveau de la population, deux autres enjeux méritent que l'on s'y attarde. Tout d'abord, sans perspective globale sur les théories, le tableau n'est pas complet. Il importe donc d'obtenir une perspective globale. Deuxièmement, les théories générales qui s'appliquent à l'ensemble de la population ne tiennent pas compte du « désavantage très sélectif » dans certains sous-groupes de la population. Par conséquent, si les cadres théoriques doivent servir à évaluer l'efficacité des interventions, ils doivent être précis pour s'assurer que les enjeux propres à certains sous-groupes sont traités.

Communication du message

Pour susciter l'attention des responsables de l'élaboration des politiques, il faut leur présenter d'importants conseils et les communiquer efficacement en établissant un réseau de champions. Le conseil le plus utile (sur la pauvreté et la santé et la plupart des autres enjeux stratégiques) repose sur des suggestions/options précises axées sur des faits relatifs aux mécanismes et aux facteurs de cause à effet et la caractérisation d'une combinaison optimale d'interventions en amont et en aval. À ce moment-là, « le déclenchement politique » qui peut être exploité pour véhiculer le message doit être désigné. L'une des stratégies les plus efficaces consiste à avoir recours à des champions, « ... des concepteurs de politiques ... qui sont en mesure de transmettre le message à l'intérieur et à l'extérieur de l'administration gouvernementale pour véhiculer les principaux messages qui peuvent permettre de rattacher, en outre, le revenu à la santé » [Trad.]. De plus, il existe des occasions à saisir lorsque les messages sont le plus susceptibles d'être reçus et adoptés. Une autre stratégie clé consiste à profiter du moment propice et de l'intérêt que suscitent actuellement les questions en santé en rattachant la pauvreté, par exemple, au programme sur la santé.

Enfin, le public cible étant rarement composé que de responsables de l'élaboration des politiques en santé, il faut entretenir des processus et des structures intersectoriels. Il existe un besoin manifeste au Canada de se doter « ...de mécanismes institutionnalisés qui permettent aux gouvernements de miser sur la santé en tant qu'élément prioritaire. Si nous croyons que les activités opérationnelles du gouvernement consistent à promouvoir la prospérité et le bien-être de la population, il faut alors accepter la notion que la santé est plus importante que tout autre bien public dans le cadre des décisions prises par le gouvernement » [Trad.].

Enrichissement des faits

Il faut enrichir les faits présentés. Il s'agit notamment d'évaluer les récentes interventions politiques, d'appuyer les expériences sociales et d'accorder une attention particulière aux résultats axés sur la santé.

5. Conclusion

Grâce aux discussions et à la désignation de stratégies pour aller de l'avant, les participants ont veillé à ce que la *Table ronde sur la pauvreté et la santé* remplisse ses objectifs. En résumé, les participants ont convenu qu'il existe suffisamment de faits pour réduire la pauvreté et/ou ses effets même si la recherche continue à faire des trouvailles pour enrichir les connaissances sur les facteurs de cause à effet entre la pauvreté et la santé. Il faut approfondir les études pour déterminer quels programmes et quelles politiques permettent de réduire la pauvreté ou d'atténuer les effets de la pauvreté sur la santé. Il faut également effectuer des recherches d'évaluation, y compris des travaux sur les questions méthodologiques, pour mesurer le succès des politiques et des programmes.

Annexe A : Liste des participants

LISTE FINALE DES PARTICIPANTS / FINAL PARTICIPANTS LIST

Berdahl, Loleen

Director
Canada West Foundation
Calgary, AB

Butler, John

Consultant
Agora Group
Markham, ON

Butler-Jones, David

Membre du Conseil de l'ISPC
Chief Medical Health Officer
Government of Saskatchewan
Regina, SK

Chapman, Brian

Director of Special Programming
National Voluntary Organization
Consultant, Corporate Social Responsibility
Conference Board of Canada
Ottawa, ON

Corriveau, André

Chief Medical Health Officer, NWT
ADM, Population Health Division
Department of Health and Social Services
Government of the Northwest Territories
Yellowknife, NT

Drouin, Denis

Directeur de la promotion de la santé publique
et du bien-être
Ministère de la santé et des services sociaux
Gouvernement du Québec
Québec (Québec)

Di Ruggiero, Erica

Assistant Director
Institute of Population and Public Health
Canadian Institutes of Health Research
Toronto, ON

Donovan, Catherine

Membre du Conseil de l'ISPC
Medical Officer of Health
Eastern Community Health Board
Government of Newfoundland and Labrador
Holyrood, NF

Hayes, Michael

Associate Director,
Institute for Health Research and Education
Simon Fraser University
Vancouver, BC

Hennebery, Teresa

Membre du Conseil de l'ISPC
Director of Public Health and Evaluation
Department of Health and Social Services
Government of Prince Edward Island
Charlottetown, PE

Hertzman, Clyde

Membre du Conseil de l'ISPC
Professor and Associate Director
Centre for Health Services and Policy
Research
Department of Health Care and Epidemiology
University of British Columbia
Vancouver, BC

Legault, Randy

Analyste principal (Santé)
Division des affaires indiennes et de la santé
Secteur des programmes sociaux et culturels
Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada
Ottawa (Ontario)

Lessard, Richard

Membre du Conseil de l'ISPC
Directeur de santé publique
Direction de la santé publique de
Montréal-Centre
Montréal (Québec)

Maddigan, Joy

Director
Policy and Development
Department of Health and Community
Services
Government of Newfoundland and Labrador
St-John's, NF

McCormack, Lee

Directeur exécutif, Gestion et rapports axés
sur les résultats,
Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada
Ottawa (Ontario)

Millar, John

Vice-président, Recherche et santé de la
population
Institut canadien d'information sur la santé
Ottawa (Ontario)

Potter, Ian

Membre du Conseil de l'ISPC
Sous-ministre adjoint
Direction générale de la santé des Premières
nations et des Inuits
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Raynault, Marie-France

Unité de soutien à la direction
Direction de la santé publique de Montreal-
Centre
Montréal (Québec)

Regehr, Sheila

Directrice par intérim
Conseil national du bien-être social
Ottawa (Ontario)

Rocan, Claude

Directeur général
Centre de développement de la santé humaine
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Rowe, Penelope

CEO
Community Services Council of Newfoundland
and Labrador
St. John's, NF

Sullivan, Terry

Membre du Conseil de l'ISPC
Vice-President
Division of Preventative Oncology
Cancer Care Ontario
Toronto, ON

Toupin, Lynne

CEO
Canadian Co-operative Association
Ottawa, ON

Voyer, Jean-Pierre

Deputy Executive Director
Social Research and Demonstration
Corporation
Ottawa, ON

Wiktorowicz, Barbara

Board Member, Canadian Alliance of
Community Health Centre Associations
Executive Director
Women's Health Clinic
Winnipeg, MB

Wilbee, Jeff

Chair, Grey-Bruce Huron Perth District
Health Council
Executive Director, Alcohol and Drug
Recovery Association of Ontario
Cambridge, ON

Wolfson, Michael

Membre du Conseil de l'ISPC
Statisticien en chef adjoint
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)

Zeesman, Allen

Directeur général
Direction générale de la recherche appliquée,
Politique sociale et développement
Développement des ressources humaines
Canada
Ottawa (Ontario)

AUTEURS / AUTHORS

Phipps, Shelley

Maxwell Professor of Economics
Department of Economics
Dalhousie University
Halifax, NS

Ross, David P.

Ancien directeur exécutif
Conseil canadien de développement social
Ottawa (Ontario)

SECRETARIAT DE L'ISPC / CPHI SECRETARIAT

Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)
Institut canadien d'information sur la santé
Ottawa (Ontario)

Campbell, Joan M.

Gestionnaire, Analyse des politiques et échange des connaissances

Connolly, Carmen

Directrice

McKay, Lindsey

Analyste des politiques

Samis, Stephen

Gestionnaire, Recherche, analyse et infrastructure

**Annexe B : Stratégies prioritaires formulées lors
des discussions en petits groupes**

Groupe 1

1. Mener des recherches auprès des personnes à faible revenu en leur demandant ce qui améliorerait leur santé de sorte que l'on puisse connaître leurs choix personnels.
2. Miser sur la recherche à court terme : les données sont disponibles pour mettre à l'épreuve les diverses théories sur la pauvreté et la santé, mais on note un manque d'analyse de chacune des théories. D'autre part, il faut approfondir la recherche sur le rapport qui existe entre la pauvreté et la santé — on sait que le lien existe et que les données sont disponibles, mais les théories ne sont pas bien comprises ni évaluées.
3. Miser sur la recherche à long terme : établir un programme de recherche à long terme afin d'évaluer les interventions de toutes sortes — interventions combinées, préventives et intégrées.
4. L'ISPC devrait servir de catalyseur visant à permettre aux gouvernements d'évaluer leurs programmes actuels (effectuer notamment une évaluation intégrale du programme des garderies à 5 \$ par jour au Québec dont le coût s'élève à 1 milliard de dollars, mais on ne connaît pas ses effets ni son efficacité). Nous pourrions faire une comparaison avec une autre province.

Groupe 2

1. Il devrait y avoir une stratégie politique à long terme afin d'enrayer l'approche axée sur le cloisonnement. Il s'agit notamment d'éliminer les obstacles juridiques, de lutter contre le manque d'harmonisation à l'échelle communautaire, de faire face au problème d'expérimentation des politiques et des projets (des programmes sont mis de l'avant et puis abandonnés quelques années plus tard, car une autre priorité est présentée) et d'effectuer une étude d'impact environnementale des interventions.
2. Il faut adopter une stratégie pour assurer la participation et l'autonomisation du public. Il s'agit d'élaborer des stratégies et des tactiques pour élargir la prise en main personnelle des enjeux, de sensibiliser le public aux effets universels de l'inégalité, de lui demander de participer aux débats, de trouver la façon de faciliter l'accès et l'échange afin de communiquer à plus large échelle les faits qui sont disponibles.
3. Mettre en œuvre un programme de sensibilisation. Il s'agit de regarder les façons dont la recherche peut « défendre » la pauvreté et la santé et, à court terme, d'élaborer une stratégie pour assurer un meilleur engagement des membres de la Commission Romanow et ceux qui assurent la protection du public/jouent un rôle de chef de file (chefs des collectivités, enseignants) devant le sujet en cause.

4. Élaborer une stratégie normative. Nous devons accroître le financement social, les connaissances ainsi que l'acceptation de la valeur des investissements pour cette question (p. ex. pourquoi d'autres pays continuent d'accorder un plus grand financement par rapport au Canada? Quelles leçons pouvons-nous tirer d'autres pays, notamment des É.-U.?)
5. La méthodologie définit les cadres qui devraient faire l'objet de politiques à l'avenir. Nous devons trouver des façons de relever les tendances et les besoins sociaux à venir.

Groupe 3

1. Il faut transmettre le message sur le lien qui existe entre les gradients du revenu et de la santé. L'ISPC doit se doter d'une stratégie de communication à court terme, y compris communiquer le message en faisant appel à la Commission Romanow et à d'autres véhicules.
2. Nous devons préparer un cadre de travail global qui dresse la combinaison optimale des interventions en amont, à mi-chemin et en aval nécessaires pour répondre à la question sur la disparité de revenus et la santé.
3. Nous devons nous doter d'un programme de recherche qui englobe de nouvelles méthodes et de nouveaux cadres théoriques afin d'être en mesure de caractériser l'expérience des gens vivant dans la pauvreté (p. ex. les avantages et les coûts en matière de santé, la ségrégation entre voisinages et la santé, etc.).
4. Nous devons aller de l'avant pour lutter contre le cloisonnement des secteurs de compétence. Il n'existe actuellement aucun public visé pour ce message et le secteur de la santé relève des intervenants. Nous devons alors nous doter de nouvelles institutions et de nouveaux mécanismes à l'échelle politique pour assurer la participation de divers champions. Il faut étudier l'expérience observée au R.-U. et ailleurs pour accorder la priorité au programme de santé.