

POLITIQUES PUBLIQUES
ET *santé*



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

SYNTHÈSE

AUTEURS

Roseline Lambert
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Julie St-Pierre
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Lucie Lemieux
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Maude Chapados
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Geneviève Lapointe
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Pierre Bergeron
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Robert Choinière, consultant

Marie-France Leblanc
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Geneviève Trudel
Vice-présidence aux affaires scientifiques

REMERCIEMENTS :

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

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

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

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

Dépôt légal – 2^e trimestre 2014
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISSN : 1919-174X (PDF)
ISBN : 978-2-550-70662-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

Contexte

Cette synthèse porte sur les inégalités sociales de santé (ISS) et sur les politiques publiques implantées au Québec et ailleurs dans le monde pour réduire ces inégalités. Elle a été réalisée par l'Équipe politiques publiques de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) à partir d'un document long. Elle vise principalement à recenser les interventions gouvernementales pouvant guider le gouvernement québécois dans l'amélioration ou le développement d'interventions pour réduire les ISS ou pour participer indirectement à leur réduction. À cette fin, ce document identifie des exemples de politiques, de stratégies, de lois, de plans d'actions et de programmes qui constituent des options ou des avenues inspirantes à considérer. Les principales conditions de mise en œuvre et l'efficacité ou les retombées de ces interventions sont examinées lorsque les données sont disponibles. La problématique de la lutte aux ISS étant très vaste, cette recension se concentre sur les interventions gouvernementales centrales, à quelques exceptions près, même si beaucoup d'interventions prometteuses et pertinentes de réduction des ISS émanent des niveaux régional et local ou encore d'autres secteurs, comme le milieu communautaire et le secteur privé.

Table des matières

Faits saillants	1
Résumé	2
1 Les inégalités sociales de santé	5
2 L'ampleur des ISS au Québec	6
3 Intervenir pour réduire les ISS	8
4 Approches gouvernementales globales observées ailleurs dans le monde	8
5 Contexte québécois au regard des ISS	12
6 Politiques gouvernementales axées sur des déterminants précis de la santé au Québec et ailleurs dans le monde	14
6.1 Petite enfance et éducation	14
6.2 Emploi, revenu et solidarité sociale	17
6.3 Environnement et aménagement du territoire	19
6.4 Habitudes de vie	22
6.5 Soins et services de santé	24
7 Défis et limites des interventions gouvernementales pour réduire les ISS	28
Références	30

Faits saillants

- Différents facteurs sociaux, comme l'éducation, le revenu, le travail, le milieu de vie, le logement et l'accès aux services, déterminent l'état de santé des personnes. Ceux-ci interagissent et se combinent tout au long du parcours de vie. La répartition inéquitable de ces facteurs, ou déterminants de la santé, entre les groupes engendre des écarts considérables dans la santé des personnes au sein d'une même communauté, d'un pays ou entre les différents pays. Ces écarts ou distribution inégale de l'état de santé en fonction de ces déterminants au sein de la population se nomment les inégalités sociales de santé (ISS). Ces inégalités ne constituent pas un phénomène inéluctable et pourraient être réduites, selon l'Organisation mondiale de la santé. La problématique des inégalités sociales de santé est vaste et complexe : les dynamiques inégalitaires de pouvoir et d'exclusion, de même que certaines normes, politiques et pratiques sociales engendrent des disparités sociales et de santé.
- Les données concernant l'ampleur des ISS au Québec sont éloquentes. Les écarts entre les groupes socioéconomiques sont marqués en termes d'espérance de vie et de mortalité prématurée. Par exemple, en 2006, il y aurait entre le groupe le plus défavorisé de la population et le groupe le plus favorisé un écart pour l'espérance de vie de 8,1 ans chez les hommes et de 3,9 ans chez les femmes. De même, il y aurait 93 % plus de personnes ne se percevant pas en bonne santé, 88 % plus de fumeurs quotidiens, 54 % plus de personnes insatisfaites de leur vie sociale, 28 % plus de personnes obèses, dans le groupe le plus défavorisé de la population que dans le groupe le plus favorisé. Certains groupes de la population, comme les Autochtones, seraient affectés par les inégalités sociales de santé de manière alarmante, dans certains cas.
- L'intervention gouvernementale pour réduire les ISS n'est pas simple, ni univoque, et passe nécessairement par un ensemble d'interventions. En matière de réduction des ISS, les gouvernements ont développé différentes approches. Certains pays ont, par exemple, adopté une politique gouvernementale systématique et globale de réduction des ISS alors que d'autres pays ont plutôt élaboré une politique nationale de santé publique visant explicitement la réduction des ISS, ou s'attaquant en amont aux déterminants sociaux de la santé. Parallèlement à ces approches globales, plusieurs interventions sectorielles ou intersectorielles axées sur des déterminants de la santé peuvent contribuer de manière significative à combattre les ISS. Il n'existe pas de consensus scientifique sur une manière efficace d'intervenir dans la réduction des ISS, encore que certains auteurs recommandent des interventions ciblant en priorité l'accès plus égalitaire aux ressources, comme celles visant le revenu, le travail, l'accès à l'éducation et aux services. La nécessité de prendre en compte les ISS dans les interventions de l'État pour, tout au moins, ne pas les aggraver est cependant reconnue par les experts. De plus, la présente recension montre que pour réduire les ISS, les politiques sociales doivent être renforcées à la fois au niveau de la population générale (interventions universelles) et des populations défavorisées (interventions ciblées) sans stigmatiser ces dernières. À ce titre, les interventions proportionnellement ciblées, soit des actions qui visent la population générale tout en prévoyant une intervention modulée en fonction du gradient social en santé, doivent être privilégiées et renforcées. La recension des expériences étrangères permet aussi de dégager des conditions qui favorisent des retombées prometteuses, soit la mobilisation des différents acteurs autour de priorités d'action communes, la participation des citoyens aux interventions, la qualité des interventions et l'intégration des services offerts pour en favoriser l'accès.
- Le Québec ne peut adopter à son échelle provinciale, une politique de même envergure que celles de plusieurs des pays présentés dans ce document; il peut, cependant, s'en inspirer en tenant compte du contexte fédéral dans lequel il intervient. Le Québec n'a pas de politique visant spécifiquement ou globalement la réduction des ISS. Le gouvernement québécois a toutefois mis en place des interventions à grande échelle qui s'attaquent aux inégalités sociales et économiques, en visant par exemple la pauvreté ou l'exclusion sociale. Quelques avenues à explorer par le gouvernement québécois sont soulevées, en particulier, la promotion d'une vision concertée de la réduction des ISS pour mobiliser tous les secteurs gouvernementaux, le renforcement des acquis en termes de protection sociale, de lutte à la pauvreté et d'action sur des déterminants de la santé, la mise en place d'un système de suivi et la participation des citoyens au processus décisionnel.

Résumé

Ce document porte sur les inégalités sociales de santé (ISS) et sur les politiques publiques implantées au Québec et ailleurs dans le monde pour réduire ces inégalités. Il vise principalement à recenser les interventions gouvernementales pouvant guider le gouvernement québécois dans l'amélioration ou le développement d'interventions pour réduire les ISS ou participer indirectement à leur réduction. Ce document présente les approches globales de lutte contre les ISS mises de l'avant par différents pays, le contexte des interventions au regard des ISS au Québec et des interventions qui ciblent plus spécifiquement des déterminants sociaux de la santé au Québec et à l'étranger.

À retenir sur les approches globales de lutte contre les ISS

Quelques pays, chacun dans leur contexte politique particulier, ont privilégié une approche large de lutte aux ISS englobant plusieurs secteurs d'intervention. Le Royaume-Uni, la Finlande, la Suède, la Norvège, l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont reconnus pour leur expérience en cette matière. Le survol des expériences étrangères démontre que l'implantation d'approches globales de lutte contre les ISS a émané le plus souvent de gouvernements dirigés par des partis centristes, travaillistes ou sociaux-démocrates et bénéficiant d'une certaine stabilité politique. Plusieurs des pays examinés ont pu s'appuyer sur une mobilisation politique autour de l'enjeu des ISS qui rejoignait les valeurs sociales et les systèmes de protection sociale déjà promus par ces gouvernements. Tous les pays retenus reconnaissent la nécessité du travail intersectoriel pour s'attaquer aux ISS. Les approches globales qu'ils ont adoptées sont généralement portées par les ministères de la santé qui ont, dans presque tous les cas, un mandat élargi aux services sociaux et/ou aux affaires sociales. Le Royaume-Uni, la Finlande et la Nouvelle-Zélande ont mis sur pied des instances de coordination intersectorielle ou des mécanismes consultatifs pour assurer l'implantation de leurs politiques. Le Royaume-Uni, la Suède et l'Australie ont donné le mandat à des organisations expertes de se charger du transfert des connaissances ainsi que du suivi et de l'évaluation des interventions. Plusieurs de ces pays ont aussi recours à l'évaluation d'impact sur la santé. De plus, il ressort que les autorités régionales et locales jouent souvent un rôle clé dans la mise en œuvre des approches globales puisque ces dernières sont, dans plusieurs cas, déployées à ces niveaux de gouvernance.

Ce survol met en exergue certaines conditions favorables à la mise en place d'une approche globale de réduction des ISS, comme la volonté et la stabilité politique, la promotion de valeurs sociales de justice et d'équité ainsi qu'une gouvernance intersectorielle mobilisant les différents secteurs et niveaux de gouvernement. Mais il fait aussi ressortir que, d'une part, les retombées des interventions implantées ne sont pas toujours évaluées et que, d'autre part, les résultats obtenus jusqu'à maintenant ne sont pas toujours ceux escomptés. Les expériences étrangères révèlent enfin qu'il peut être difficile de rejoindre les populations les plus défavorisées uniquement avec une stratégie universelle. Ce type d'intervention qui vise l'ensemble de la population peut accroître les ISS en rejoignant mieux les groupes favorisés. Le défi est de trouver un équilibre entre des mesures universelles qui touchent l'ensemble de la population et des mesures proportionnellement ciblées vers les groupes défavorisés qui ne les stigmatisent pas.

Contexte québécois au regard des ISS

Le Québec est reconnu pour avoir mis de l'avant un modèle de protection sociale qui s'inscrit dans la lignée des propositions débattues en Europe¹, ce qui le démarquerait dans le contexte nord-américain. Cependant, le Québec n'a pas adopté de politique publique qui vise spécifiquement ou globalement la réduction des ISS. De même, il n'a pas mis en place un système officiel de suivi des ISS et n'a donc pas établi d'objectifs précis de réduction des ISS. Le gouvernement québécois a surtout mis en œuvre plusieurs politiques qui, sans présenter une intention d'intervention contre les ISS, peuvent avoir un effet réel en ciblant un ou des déterminants de la santé. Le gouvernement québécois a par ailleurs mis en place des stratégies d'action intersectorielle qui peuvent être des leviers d'action dans la lutte contre les ISS.

Ainsi, plusieurs mesures adoptées par le gouvernement québécois comme les allocations familiales, les congés parentaux, et le programme de garderies à 7\$ protègent relativement les classes moyennes de la pauvreté, en particulier les familles et les enfants². L'assurance médicament, le programme de primes au travail, les mesures de soutien à l'emploi et l'indexation des revenus d'aide sociale sont d'autres exemples de mesures identifiées comme ayant contribué à de récents succès. Le maintien et le renforcement d'une intervention étatique soutenue en matière de protection sociale et de santé demeure ainsi incontournable pour lutter contre les ISS.

À retenir quant aux interventions gouvernementales axées sur les déterminants

Les interventions recensées dans cette section portent sur la petite enfance et l'éducation, l'emploi, le revenu et la solidarité sociale, l'environnement et l'aménagement du territoire, les habitudes de vie et les systèmes de soins et services de santé. Ces approches par déterminants sont portées par différents secteurs, incluant le secteur de la santé. Souvent elles ne visent pas en premier lieu les ISS ou la santé, comme les mesures de soutien au revenu ou les mesures de revitalisation des municipalités. Certaines mesures mettent l'accent sur la prospérité ou encore le développement économique qui ont évidemment un impact indirect sur les ISS et la santé. Plusieurs interventions fondées sur des approches par milieu comme le développement des communautés touchent plusieurs déterminants et sont pensées d'emblée comme des projets intersectoriels.

Il ressort de ce survol que la mobilisation politique autour des interventions déployées est cruciale. Nous pouvons penser que les grandes priorités adoptées par les gouvernements et les organisations internationales comme l'OMS permettent de mobiliser les acteurs autour de priorités d'action communes comme la lutte à l'obésité ou le développement durable en affirmant la pertinence des interventions en ce sens. Il est intéressant de noter qu'un enjeu stratégique comme le développement durable qui vise la prospérité sociale et économique peut s'accorder avec la lutte contre les ISS, comme le montrent les expériences britannique et française. Des projets intersectoriels misant sur le développement économique, comme le projet MURA en Slovaquie (santé, agroalimentaire, tourisme, transport), ont eu des retombées intéressantes pour des populations défavorisées.

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

Ce survol fait également ressortir l'importance de la qualité des interventions implantées. Créer des emplois précaires

ou dangereux pour la santé ou construire un parc de logements sociaux de piètre qualité aura peu d'effets sur la réduction des ISS et sur la santé. Par exemple, en matière de logement, la norme de qualité des logements sociaux au Pays de Galles a montré des résultats probants en termes d'amélioration de la santé des locataires ou encore, dans le secteur de la petite enfance, les expériences étrangères démontrent que la qualité des services de garde et des interventions auprès des enfants défavorisés est cruciale. Outre la qualité des interventions, il semble que l'intégration des services offerts est souvent nécessaire pour que les populations plus défavorisées puissent y accéder, la cohérence entre les différents services s'adressant aux personnes vulnérables est donc primordiale pour assurer leur participation à ces interventions.

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

Défis et limites des interventions gouvernementales pour réduire les ISS

Ce document montre que les gouvernements peuvent, à travers des stratégies globales de lutte aux ISS, modifier leurs politiques économiques, sociales et de santé afin de favoriser l'équité sociale. Ces stratégies globales sont le résultat de nombreuses années d'efforts. Malgré les efforts investis, ces initiatives à grande échelle n'entraînent pas toujours les résultats escomptés. Même si elles favorisent souvent une amélioration de l'état de santé de tous les groupes sociaux, elles ne réussissent pas, bien souvent, à réduire les disparités de santé entre ceux-ci. Des interventions sectorielles ou intersectorielles plus spécifiques axées sur certains déterminants de la santé peuvent consolider ces approches globales en ayant une prise plus directe sur les ISS. Des interventions ciblant en priorité l'accès plus égalitaire aux ressources, comme celles visant le revenu, le travail, l'accès à l'éducation et

aux services, constitueraient des voies à privilégier, comme le proposent Link et Phelan³.

La lutte contre les ISS peut mener à des effets non désirés lorsque, parfois, ces interventions gouvernementales viennent creuser les écarts de santé. L'examen des expériences étrangères révèle en effet qu'il peut être difficile de rejoindre les populations les plus vulnérables et que la mise en place de stratégies universelles peut, dans certains cas, accroître les ISS en rejoignant mieux les groupes plus avantagés, et cela même si l'on dénote des progrès dans les groupes les plus défavorisés. Il est évident que la problématique des inégalités sociales de santé est vaste et complexe et que les dynamiques inégalitaires de pouvoir et d'exclusion, de même que certaines normes, politiques et pratiques sociales engendrent des disparités sociales et de santé. Dès lors, l'intervention gouvernementale pour réduire les ISS ne peut pas être simple, s'inscrit nécessairement dans un contexte particulier et passe par un ensemble d'interventions. Il n'existe pas de consensus scientifique sur une manière efficace d'intervenir dans la réduction des ISS. Néanmoins, la nécessité de prendre en compte les ISS dans les interventions de l'État pour, tout au moins, ne pas les aggraver est reconnue par les experts. À cet égard, la présente recension montre que pour réduire les ISS, les politiques sociales doivent être renforcées à la fois au niveau de la population générale (interventions universelles) et des populations défavorisées (interventions ciblées) sans stigmatiser ces dernières. À ce titre, les interventions proportionnellement ciblées, soit des actions qui visent la population générale tout en prévoyant une intervention modulée en fonction du gradient social en santé, doivent être privilégiées et renforcées.

L'approche québécoise en matière de politiques sociales s'inscrit fréquemment dans cette perspective d'associer des interventions universelles avec des interventions proportionnellement ciblées. Le gouvernement québécois pourrait, à l'instar de certains pays européens, s'engager plus spécifiquement et plus intensément dans la lutte aux inégalités sociales de santé en explorant quelques avenues politiques comme la promotion d'une vision concertée de la réduction des ISS pour mobiliser tous les secteurs gouvernementaux de même que l'ensemble de la société civile, le renforcement des acquis en termes de protection sociale, de lutte à la pauvreté et d'action sur des déterminants de la santé, la mise en place d'un système de suivi et la participation des citoyens au processus décisionnel. Il pourrait aussi bonifier ses politiques à la lumière des multiples exemples de politiques recensés dans ce document.

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE



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

1 Les inégalités sociales de santé

La façon dont les gens naissent, grandissent, étudient, travaillent et vivent, influence la santé autant sinon davantage que l'hérédité ou le système de santé. La répartition inéquitable des déterminants sociaux de la santé entre les groupes est à l'origine des écarts de santé injustes et importants au sein d'un même pays ou entre les différents pays⁴. Plusieurs facteurs, comme l'éducation, l'emploi, le revenu, le milieu de vie, le logement et l'accès aux services, déterminent l'état de santé des personnes. Comme ces facteurs varient selon le statut socioéconomique des individus, ils sont désignés comme étant les **déterminants sociaux de la santé**.

Ces différents déterminants, qui interagissent les uns avec les autres et qui se combinent différemment tout au long de la vie peuvent engendrer des écarts considérables dans la santé des personnes. Ces écarts ou distribution inégale de l'état de santé en fonction de ces déterminants au sein de la population se nomment les **inégalités sociales de santé**. Parce que ces inégalités sont évitables, l'OMS considère ces écarts comme injustes (4). Les dynamiques inégalitaires de pouvoir et d'exclusion, de même que certaines normes, politiques et pratiques sociales engendrent ces disparités sociales et de santé.

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

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

La réduction des ISS et l'action intersectorielle

Les ISS ne constituent pas un phénomène inéluctable. Diverses interventions, globales ou axées sur certains déterminants sociaux de la santé, peuvent effectivement contribuer à les réduire de façon significative. Cependant, comme les ISS représentent un problème social complexe dont les causes sont multifactorielles, les solutions doivent être partagées par plusieurs secteurs gouvernementaux⁵ et donc reposer sur une **action intersectorielle**.

La santé dans toutes les politiques (SdTP) est une des stratégies politiques initiée par les acteurs de santé publique qui mise sur l'action intersectorielle et place l'amélioration de la santé au centre des priorités gouvernementales. Cette stratégie, mise de l'avant par l'OMS, vise à favoriser la prise en compte de la santé dans les politiques de tous les secteurs et à impliquer tous les niveaux de gouvernement⁶.

L'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) représente quant à elle un mécanisme favorisant une action intersectorielle qui peut contribuer à réduire les ISS. L'ÉIS est définie comme un ensemble de procédures, de méthodes et d'outils qui permettent d'anticiper les effets potentiels d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population⁷. Elle est le plus souvent utilisée de manière prospective, c'est-à-dire en amont de l'adoption et l'implantation d'une politique ou d'un projet. L'ÉIS analyse aussi la distribution des effets potentiels de ces interventions entre les différents groupes de la population et souligne les écarts et les disparités entre ces groupes. La Commission sur les déterminants sociaux de l'OMS recommande d'utiliser un mécanisme comme l'ÉIS pour s'attaquer aux inégalités. L'égalité et l'équité sont des dimensions centrales de l'ÉIS.

Par ailleurs, pour mieux cerner cet enjeu social, il est nécessaire de compléter les analyses populationnelles développées par la santé publique par une prise en compte élargie du **contexte sociopolitique**. Plusieurs transformations dans les sociétés occidentales dans les dernières décennies ont eu un impact majeur sur les ISS même si elles sont souvent difficilement quantifiables. Il apparaît nécessaire de prendre en compte plusieurs dimensions contextuelles pour intervenir de manière efficiente. À cet effet, les ISS ne peuvent se comprendre sans tenir compte des idéologies et des valeurs qui sont privilégiées par les gouvernements et qui se reflètent dans les politiques sociales et les régimes de protection sociale mis en place.

Cet enjeu fait aussi écho au phénomène de l'**exclusion** et aux inégalités sociales dans l'**accès aux ressources**⁸. L'exclusion est un processus multidimensionnel et dynamique qui viendrait déterminer l'intégration des individus dans la société⁹. Les barrières à l'inclusion sociale sont de différentes natures, notamment structurelles, et reflètent les normes sociales et, en partie, les rapports de pouvoir au sein d'une société. Ces barrières peuvent découler de la privation matérielle et de l'accès difficile aux ressources, mais aussi de l'éloignement géographique ou encore de la discrimination qu'elle soit raciale, de genre, d'orientation sexuelle, de handicap, etc. Dans tous les cas, l'exclusion pose la question du lien social, de la solidarité, mais aussi du pouvoir et de la capacité d'agir (*empowerment*) et d'influencer le cours de sa vie et sa propre santé. Bref, l'exclusion pose la question de toutes ces dimensions contextuelles dont il faut nécessairement tenir compte pour comprendre et intervenir sur les ISS.

2 L'ampleur des ISS au Québec

Les données concernant l'ampleur des ISS au Québec sont éloquentes. Dans le groupe le plus défavorisé de la population (voir l'encadré sur l'indice de défavorisation), il y aurait 88 % plus de fumeurs quotidiens, 28 % plus de personnes obèses, 54 % plus de personnes insatisfaites de leur vie sociale et 93 % plus de personnes ne se percevant pas en bonne santé que dans le groupe le plus favorisé. Les inégalités au Québec ne se retrouvent pas uniquement entre les catégories extrêmes de défavorisation, les valeurs suivent un gradient.

Les écarts entre les groupes socioéconomiques sont aussi marqués en terme d'espérance de vie, comme le montre la figure 1, et en terme de mortalité prématurée. Par exemple, en 2006, il y aurait entre le groupe le plus défavorisé de la population et le groupe le plus favorisé un écart pour l'espérance de vie de 8,1 ans chez les hommes et de 3,9 ans chez les femmes.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus dans une étude parue en 2008 qui montrait que les inégalités sociales relatives à la mortalité prématurée avaient augmenté au Québec entre les périodes 1989-1993 et 1999-2003 à un rythme variable selon le sexe, la cause de décès et le milieu géographique¹⁰.

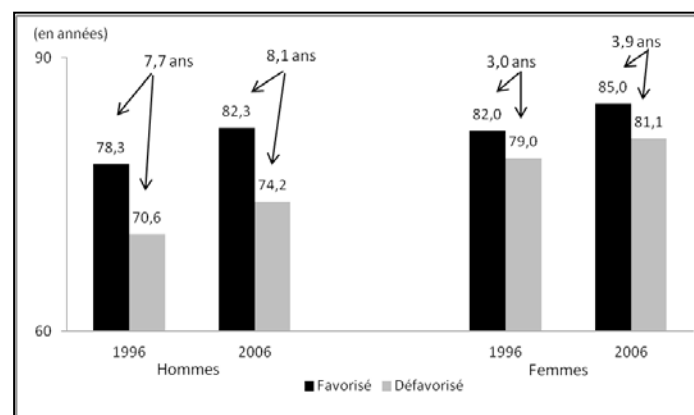
Les inégalités d'espérance de vie peuvent être encore plus grandes lorsque celles-ci sont examinées en termes géographiques. Ainsi, au Nunavik, à la fin des années 2000, l'espérance de vie accuse un retard de 14 ans

comparativement à la moyenne québécoise et ce retard s'est creusé depuis la fin des années 1980(10)¹¹. À l'intérieur d'une même région, comme celle de Montréal, les écarts d'espérance de vie à la naissance peuvent dépasser 10 ans entre par exemple les populations des CLSC Hochelaga-Maisonneuve (74 ans) et Saint-Laurent (85 ans)¹².

UN INDICE DE DÉFAVORISATION POUR MESURER LES ISS

Un indice de défavorisation a été créé par des chercheurs québécois à la fin des années 1990 afin d'identifier les ISS et d'en suivre l'évolution dans le temps à l'échelle du Québec (10)^{13 14 15 16}. Cet indice permet de classer la population québécoise selon cinq groupes de défavorisation allant du plus défavorisé au plus favorisé. L'une des façons de quantifier les ISS consiste à comparer les valeurs obtenues pour le groupe le plus défavorisé à celles du groupe le plus favorisé.

Figure 1 Espérance de vie à la naissance selon le sexe, groupe le plus favorisé et groupe le plus défavorisé, Québec, 1996 et 2006¹⁷



Une étude réalisée en 2009, proposant un exemple d'utilisation de l'indice de défavorisation à l'échelle du Canada pour la mortalité prématurée (avant 75 ans), permet d'effectuer une première comparaison des ISS entre le Québec et les autres régions canadiennes(11). Ainsi, en 2001, les différences de mortalité prématurée entre les catégories extrêmes de défavorisation sont plus importantes au Canada, dans son ensemble, qu'au Québec. À l'échelle des régions canadiennes, les disparités les plus élevées de mortalité prématurée se retrouvent dans les Prairies et en Colombie-Britannique alors que l'Ontario affiche un écart plus faible qu'au Québec.

Une autre étude réalisée par l'Institut canadien d'information sur la santé¹⁸ montre, qu'en général, pour la plupart des indicateurs retenus, les écarts de santé entre les catégories socioéconomiques sont moins importants dans les deux régions urbaines québécoises faisant partie de l'étude, soit Québec et Montréal, par rapport à la moyenne de l'ensemble des régions urbaines canadiennes étudiées. Ce constat s'applique particulièrement pour la région de Montréal où les inégalités observées pour chacun des 21 indicateurs analysés se situent systématiquement sous la moyenne.

DES ÉCARTS PRÉOCCUPANTS

Les populations autochtones au Québec et les ISS

Malgré une amélioration sensible au cours des dernières décennies, force est de constater qu'il persiste un écart préoccupant, voire alarmant dans certains cas, entre l'état de santé des populations autochtones et celui de la population non autochtone^{19 20}. Les écarts les plus marqués sont généralement observés pour les traumatismes, les maladies chroniques et pour certaines maladies transmissibles. En comparaison avec la population canadienne, les Premières Nations du Québec ont une espérance de vie de 6 à 7 ans plus courte; le diabète est de deux à trois fois plus fréquent; les taux d'obésité sont deux à trois fois plus élevés et le risque de vivre, dès l'enfance, des situations de pauvreté, de maltraitance et de placement est de 3 à 5 fois plus élevé²¹. La situation socio-économique des Premières Nations est également critique puisque un adulte sur quatre est prestataire de l'assurance-emploi; environ la moitié des adultes n'a pas obtenu de diplôme d'études secondaires; deux femmes sur trois ont un revenu inférieur à 10 000 \$ et près de la moitié des familles (44 %) sont monoparentales (19).

La plupart des conditions favorables à la santé font gravement défaut pour une grande partie des populations autochtones au Québec. Parmi les déterminants qui influencent de façon majeure la santé des Autochtones, il faut retenir l'histoire et l'héritage colonial²², le contexte légal et juridique actuel, la discrimination et l'exclusion sociale, le difficile accès à l'éducation et à des services de santé appropriés, la pauvreté, la détérioration de l'environnement naturel, la piètre qualité de l'environnement bâti (par exemple, la qualité du logement, l'accès à l'eau et l'assainissement) et les habitudes de vie²³. Les Autochtones qui font face à des inégalités liées aux déterminants sociaux de santé doivent non seulement faire face à un fardeau plus élevé de problèmes de santé,

mais également bien souvent à un accès plus limité aux ressources pour régler ces problèmes. La nécessité de reconnaître et de prendre en compte ces disparités sociales de santé est urgente, d'autant plus que les Autochtones constituent le groupe démographique qui croît le plus vite au pays : plus de 65 % de leur population est âgée de moins de 25 ans²⁴.

L'implantation de mesures ciblant les inégalités chez ces populations exige une adaptation aux particularités locales comme la langue d'usage et l'isolement géographique et la reconnaissance des contextes historiques et culturels.

La santé des Québécoises, le revenu et l'emploi

Il existe d'importantes disparités entre les hommes et les femmes au Québec. Bien que les Québécoises aient une espérance de vie à la naissance plus élevée que les Québécois, l'écart est beaucoup moindre pour ce qui est de l'espérance de vie en bonne santé²⁵. Les femmes souffrent plus de problèmes sérieux de santé fonctionnelle, d'une incapacité ou de limitations dans leurs activités²⁶. Les femmes sont plus nombreuses (23,2 %) que les hommes (16,6 %) à rapporter un niveau élevé de détresse psychologique et elles sont aussi plus nombreuses à souffrir de troubles musculo-squelettiques et de problèmes de santé mentale associés à leur travail (26).

Concernant les revenus d'emploi, les femmes ont des revenus moindres que ceux des hommes, même quand elles travaillent à temps plein²⁷ ou ont complété des études universitaires²⁸. En 2011, 59,8 % des travailleurs rémunérés au salaire minimum étaient des femmes alors qu'elles représentent 47,3 % de la population active (28). En 2006, 77,9 % des familles monoparentales sont dirigées par une femme, et près du quart des familles monoparentales ont un faible revenu après impôt (27).

Au-delà de ces importantes disparités, il faut souligner que la précarité du revenu et de l'emploi des femmes a des conséquences directes sur les familles et sur les enfants pouvant entraîner la pauvreté et l'exclusion.

3 Intervenir pour réduire les ISS

« *L'inégalité est systématique; elle est le résultat de normes, politiques et pratiques sociales qui tolèrent voire favorisent les disparités d'accès au pouvoir, aux richesses et à d'autres ressources sociales indispensables.* » OMS, 2008 (4)

En matière de lutte contre les ISS, les gouvernements ont développé différentes approches. Certains pays ont par exemple adopté une politique systématique de réduction des ISS alors que d'autres gouvernements ont plutôt élaboré une politique nationale de santé publique qui vise explicitement la réduction des ISS, ou qui s'attaque en amont aux déterminants sociaux de la santé. Parallèlement à ces approches globales, plusieurs interventions sectorielles ou intersectorielles axées sur les déterminants de la santé contribuent de manière significative à combattre les ISS.

Les prochaines sections présentent d'abord les approches globales de lutte contre les ISS mises de l'avant par différents pays, le contexte des interventions au Québec et ensuite des interventions qui ciblent plus spécifiquement des déterminants de la santé au Québec et à l'étranger. Des interventions portant sur les dimensions suivantes seront examinées plus loin : Petite enfance et éducation; Emploi, revenu et solidarité sociale; Environnement et aménagement du territoire; Habitudes de vie; Soins et services de santé.

Même si la nécessité de prendre en compte les ISS dans les interventions de l'État pour ne pas les aggraver est reconnue par les experts, il faut souligner qu'il n'existe pas de consensus scientifique sur une manière efficace d'intervenir dans la réduction des ISS. En outre, cette recension montre que les gouvernements peuvent, à travers des stratégies globales de lutte aux ISS, modifier leurs politiques économiques, sociales et de santé afin de favoriser l'équité sociale. Malgré les efforts investis, ces initiatives à grande échelle n'entraînent pas toujours les résultats escomptés. Même si elles favorisent souvent une amélioration de l'état de santé de tous les groupes sociaux, elles ne réussissent pas, bien souvent, à réduire les disparités de santé entre ceux-ci. Des interventions sectorielles ou intersectorielles plus spécifiques axées sur certains déterminants de la santé peuvent consolider ces approches globales en ayant une prise plus directe sur les ISS. Des interventions ciblant en priorité l'accès plus égalitaire aux ressources, comme celles visant le revenu, le travail, l'accès à l'éducation et aux services,

constitueraient des voies à privilégier, comme le proposent Link et Phelan (8).

De même, cette recension montre que les politiques sociales doivent être renforcées afin de trouver un équilibre, pour réduire l'écart entre tous les groupes, entre des mesures universelles qui touchent l'ensemble de la population et des mesures proportionnellement ciblées vers les groupes défavorisés, tout en portant attention à ne pas stigmatiser ces derniers. Ce survol vise à alimenter la réflexion sur cette question très complexe.

4 Approches gouvernementales globales observées ailleurs dans le monde

Quelques pays, chacun dans leur contexte politique particulier, ont privilégié une approche large englobant plusieurs secteurs d'intervention. Le Royaume-Uni, la Finlande, la Suède, la Norvège, l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont reconnus pour leur expérience en cette matière. Cette section examine les interventions de réduction des ISS de ces pays qui peuvent s'avérer riches d'enseignement pour le Québec, même si la responsabilité de son gouvernement se situe au niveau provincial dans un contexte fédéral.

Royaume-Uni^a

Le Royaume-Uni est le premier pays à s'être doté d'une politique globale visant spécifiquement la réduction des ISS. Jusqu'à ce jour, peu de pays ont implanté une approche aussi systématique²⁹. La stratégie britannique de réduction des inégalités met en lumière l'importance d'une action gouvernementale développée de concert avec les différents ministères et avec les organisations locales. Il faut noter que cette stratégie a bénéficié de la stabilité du gouvernement travailliste qui a porté ce projet, au pouvoir durant 13 ans (29). Les prochaines années permettront de voir comment cette stratégie mise en place depuis plus d'une décennie sera soutenue avec l'élection du gouvernement de coalition (conservateur et libéral-démocrate) en 2010.

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

Durant la dernière décennie, le gouvernement central a exercé un rôle prédominant dans la coordination des politiques de santé et des autres politiques associées à la lutte contre les ISS ou à la promotion de la santé. Pour ce faire, une unité spéciale du ministère de la Santé fournit l'expertise et coordonne les actions contre les ISS dans une perspective intergouvernementale. Cette unité établit des liens avec l'ensemble de l'appareil gouvernemental et s'assure que les ISS sont intégrées aux préoccupations et aux travaux des autres ministères³⁰.

Depuis 2004, les programmes et les politiques sont soumis aux procédures d'ÉIS. Quant au système de santé, les bureaux régionaux ou locaux doivent également se soumettre à une évaluation d'équité (*equity audit*) et rectifier les problèmes s'il y a lieu³¹. Le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) est pour sa part chargé d'évaluer les interventions.

Le gouvernement de coalition actuel a publié en 2011 sa stratégie de santé publique nationale *Healthy Lives, Healthy People*³² qui insiste sur la poursuite des actions de lutte contre les ISS. Cette stratégie préconise la dévolution de nouvelles responsabilités en matière de santé vers le niveau local, accordant davantage de latitude aux directeurs de santé publique pour réduire les ISS dans leur communauté, en partenariat avec l'ensemble des acteurs publics, privés et communautaires. Il annonce aussi l'importante réorganisation du système de santé davantage conçu en fonction des états d'urgence entrée en vigueur en avril 2013.

CONTEXTE HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LES ISS AU ROYAUME-UNI

L'histoire de la lutte contre les ISS en Angleterre est particulièrement éclairante pour comprendre le contexte de l'intervention internationale en ce domaine puisqu'elle a inspiré de nombreux pays. La préoccupation concernant les ISS a émergé en 1980 avec le **rapport Black** qui fait état d'inégalités sociales de santé croissantes entre les travailleurs. Il faudra toutefois attendre 1998 et le retour du gouvernement travailliste au pouvoir pour que les inégalités apparaissent à l'agenda du gouvernement avec l'important *Rapport Acheson*³³ qui dresse un portrait de la répartition des ISS selon les différents groupes de la population et les parcours de vie. Ce rapport recommande d'agir directement sur les déterminants sociaux de la santé par l'adoption de politiques de réduction de la pauvreté et des inégalités de revenus. Le gouvernement lance l'année suivante sa stratégie dans le livre blanc *Saving Lives: Our Healthier Nation*³⁴ et un premier plan

d'action, le *Reducing Health Inequalities: An Action Report*³⁵. À partir de 2001, des objectifs quantifiés nationaux sont fixés en matière d'ISS, comme la réduction des écarts de mortalité infantile selon les catégories sociales et la réduction de la mortalité par maladies chroniques dans les zones défavorisées. En 2003, le gouvernement implique douze ministères et organismes gouvernementaux dans son plan d'action transversal pour lutter contre les inégalités avec *Tackling Health Inequalities: Programme for Action*³⁶. Malgré l'ampleur de la stratégie de réduction des ISS le *rapport du National Audit*³⁷ constate en 2010 qu'en dépit de certains gains dans l'espérance de vie enregistrés dans les secteurs problématiques, les écarts se sont néanmoins creusés par rapport à l'ensemble de la population. À la demande du Secrétariat à la Santé qui souhaite rectifier le tir, Sir Michael Marmot, publie la même année le rapport *Fair Society Healthy Lives*³⁸ pour identifier les meilleures stratégies de réduction des ISS axées sur les déterminants de la santé. Ce rapport recommande d'adopter des actions universelles, mais proportionnellement ciblées afin de réduire les écarts entre tous les groupes.

Finlande

La Finlande est l'un des premiers pays à s'être doté d'une politique nationale de santé de la population visant explicitement la réduction des inégalités de santé avec sa stratégie *Health for All by the Year 2000 – The Finnish National Strategy*³⁹ adoptée en 1986. Malgré certains progrès dans l'atteinte des cibles de cette première stratégie, des inégalités persistantes et même croissantes ont contribué à ce qu'en 2001, la Finlande adopte le *Health 2015 Public Health Programme*⁴⁰ qui vise, entre autres, la réduction par un cinquième d'ici 2015, des différences de mortalité entre les hommes et les femmes et entre les groupes de différents niveaux d'éducation et statut professionnel. Découlant de ce programme, le gouvernement finlandais a lancé le *National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008-2011*⁴¹. Les interventions de ce plan d'action se concentrent dans trois domaines prioritaires : les mesures de politique sociale, le renforcement des comportements favorables à la santé et l'amélioration de l'accès aux services sociaux et sanitaires.

Par ailleurs, la Finlande reconnaît depuis longtemps l'influence des politiques des secteurs d'activité autres que la santé dans l'atteinte des objectifs sanitaires. Cette approche de « la santé dans toutes les politiques » a favorisé l'émergence d'une série d'interventions dans différents secteurs visant l'amélioration de la santé et l'inclusion sociale. De plus, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a lancé une nouvelle stratégie en

2010, *Socially Sustainable Finland 2020. Strategy for social and health policy*⁴² afin de réduire les inégalités de bien-être et de santé qui persistent. Étendue à plusieurs secteurs, cette stratégie vise, entre autres, le prolongement de la durée de la vie active en emploi de trois ans d'ici 2020.

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

Suède

La Suède, pays scandinave de tradition sociale-démocrate, jouit depuis plusieurs années d'une réputation solide en ce qui a trait à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé et à l'équité. Le régime de protection sociale à l'intérieur duquel est appliqué un principe d'universalité à l'ensemble des politiques pourrait être vu comme une approche de réduction des inégalités sociales.

Adoptée en 2003, la *Swedish National Public Health Policy*⁴³ vise l'amélioration de la santé de la population et la réduction des inégalités en prenant appui sur les déterminants de la santé et sur le concept de « *good health on equal terms* ». En 2007, suivant l'élection d'un nouveau gouvernement, cette politique a été réadoptée avec quelques ajustements qui renforcent celle-ci vers la responsabilité individuelle. Envisagée en termes de parcours de vie, cette politique met l'accent sur l'amélioration des conditions de vie de départ des enfants et des jeunes en prônant des initiatives de renforcement des capacités et de soutien aux parents. Par exemple, elle met de l'avant la *National Strategy for Parental Support*⁴⁴ mise en œuvre en 2009-2010 qui vise à soutenir tous les parents d'enfants âgés de 0 à 18 ans. D'autres programmes ou interventions ont aussi été mis en place à partir de 2007 pour contrer l'exclusion sociale, une problématique ciblée en tant que menace à la santé publique.

Dans la perspective suédoise, la collaboration de tous les secteurs est nécessaire pour atteindre les objectifs visés en matière de lutte contre les ISS. Par conséquent, le milieu de la recherche et de la pratique en santé publique fonctionne en partenariat avec les instances de décisions (nationales, régionales et municipales) dans une optique qui prône la santé dans toutes les politiques. Le *Swedish National Institute of Public Health (SNIPH)*⁴⁵ est l'instance gouvernementale chargée d'exercer le suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique nationale. Cette agence œuvre de concert avec les différents secteurs ainsi qu'à plusieurs niveaux de gouvernance.

Norvège

Comme son voisin suédois, la Norvège a depuis les dernières années vu s'améliorer l'état de santé général de sa population⁴⁶. Ce pays se retrouve au premier rang selon l'indice de développement humain⁴⁷. Toutefois, comme c'est le cas pour la Suède, les ISS n'ont pas suivi la tendance attendue et se sont accrues plutôt que de s'amenuiser. Dans ce pays, le maintien d'un régime de soutien social universel, plus que toute autre mesure, est vu comme une façon efficace de lutter contre les ISS. La Norvège se distingue aussi par son approche affirmée en ce qui concerne l'usage de mesures structurelles de promotion de la santé. Possédant une forte tradition en cette matière, le gouvernement norvégien mise notamment sur les résultats obtenus en ce qui a trait à la prévalence du tabagisme pour orienter son action sur des interventions ciblées qui visent à offrir un environnement qui encourage les saines habitudes de vie.

C'est à travers un processus de revitalisation de ses mesures universelles et structurelles que la Norvège a entrepris de s'attaquer aux ISS. Le *Norwegian Public Health Act*⁴⁸ place la réduction des inégalités par le biais de l'intervention sur les déterminants au cœur de la santé publique nationale, régionale et locale.

La stratégie nationale s'inscrit dans la poursuite des travaux du Livre blanc publié en 2003 et du plan d'action sur le gradient de santé intitulé *The Challenge of the Gradient*⁴⁹ paru en 2005. La *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health*⁵⁰ présentée et approuvée en 2007 s'attaque au problème en cherchant à promouvoir l'équité comme « bonne politique de santé publique ».

Comme en Suède, le gouvernement norvégien met l'accent sur la nécessité du travail intersectoriel pour contrer les ISS. La stratégie nationale s'inscrit donc en parallèle avec la politique nationale de santé, la *National Health Plan for Norway 2007-2010*⁵¹, mais aussi avec les

interventions du programme de travail, de protection sociale et d'inclusion, le *Employment, welfare and inclusion 2006-2007*⁵², avec le plan d'action de lutte contre la pauvreté, le *Action Plan Against Poverty 2008*⁵³ et avec la politique d'intervention en éducation, la *Early intervention for lifelong learning 2006-2007*⁵⁴. Ainsi, bien que la responsabilité générale de la stratégie dont le rôle de surveillance et d'évaluation incombe au ministère de la Santé et des Services sociaux, elle requiert l'implication de tous les secteurs pour être menée à bien.

Australie

L'Australie se préoccupe depuis plus de 25 ans d'améliorer la santé de la population et de réduire les ISS. La création en 1973 du *Community Health Program (CHP)* en complément à l'assurance santé universelle afin d'offrir l'accès à tous à des soins de santé de base a contribué à placer la lutte contre les inégalités à l'agenda politique⁵⁵. Plus de 700 projets découlent de cette initiative qui a servi de base pour les actions subséquentes afin de contrer les inégalités.

Au cours de la dernière décennie, le gouvernement fédéral australien a soutenu le développement du *Equity-Focused Health Impact Assessment Framework*⁵⁶ publié en 2004 afin d'encourager la réalisation d'évaluations d'impact sur la santé axées sur l'équité ainsi que financer des travaux de recherche sur les inégalités, comme l'*Australian Health Inequities Program*⁵⁷. Il a également porté une attention particulière à la santé de groupes ciblés plus défavorisés, comme les Autochtones avec la mise en place en 2008 de *Closing the Gap: The Indigenous Reform Agenda*⁵⁸. Cette stratégie nationale intégrée, engageant toutes les instances gouvernementales, vise à améliorer les conditions de vie des Autochtones et à réduire l'écart de leur espérance de vie avec le reste de la population.

Le gouvernement australien a aussi lancé en 2010 une stratégie innovatrice, *Taking Preventative Action – A Response to Australia: The Healthiest Country by 2020*⁵⁹ centrée sur la notion de prévention et visant particulièrement à encourager les individus à changer leurs comportements et à adopter des modes de vie sains. La question de la réduction des inégalités de santé socioéconomiques et géographiques y est centrale. Le gouvernement fédéral a créé, en 2010, l'*Australian National Preventive Health Agency*⁶⁰, une infrastructure nationale responsable des partenariats stratégiques dans tous les secteurs et à tous les niveaux de gouvernement pour promouvoir la santé et la réduction des inégalités.

Certains États australiens ont également tenté de s'attaquer à la problématique des ISS comme l'État de la Nouvelle-Galles-du-Sud avec l'adoption en 2004 de la politique *In All Fairness – Increasing equity in health across NSW*⁶¹. L'État d'Australie-Méridionale pour sa part a mis de l'avant, depuis 2007, une stratégie de « santé dans toutes les politiques » qu'il érige au rang de processus central du gouvernement pour améliorer la santé et réduire les inégalités⁶².

Nouvelle-Zélande

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

En 2002, le ministère de la Santé a lancé la stratégie *Reducing Inequalities in Health*⁶³ qui cible l'intervention sur les facteurs structurels sociaux, culturels, économiques et historiques; les facteurs intermédiaires matériels, comportementaux et psychosociaux; les services de santé et finalement les impacts des ISS à l'échelle nationale, régionale et locale.

Au cours de la dernière décennie, suivant les lignes directrices instaurées, plusieurs politiques favorables à l'équité (*Working for Families*⁶⁴, *Whanau Ora*⁶⁵) ont été implantées et de nombreuses initiatives intersectorielles ont vu le jour un peu partout au pays. En ce qui a trait à l'équité par exemple, le *Health Equity Assessment Tool (HEAT)*⁶⁶, est un outil qui a été développé par le ministère de la Santé en partenariat avec la *Wellington School of Medicine*, afin de mieux intégrer la question des ISS dans les politiques, les programmes et les services de santé, mais aussi dans d'autres secteurs tels que le transport ou la famille. De plus, depuis 2007, les évaluations d'impact sur la santé (ÉIS) ont été fortement encouragées par le nouveau *Public Health Bill*⁶⁷, sans toutefois être obligatoires.

À RETENIR SUR LES APPROCHES GLOBALES DE LUTTE CONTRE LES ISS

+ Le survol des expériences étrangères démontre que l'implantation d'approches globales de lutte contre les ISS a émané le plus souvent de gouvernements dirigés par des partis centristes, travaillistes ou sociaux-démocrates et bénéficiant d'une certaine stabilité politique. Plusieurs des pays examinés ont pu s'appuyer sur une mobilisation politique autour de l'enjeu des ISS qui rejoignait les valeurs sociales et les systèmes de protection sociale déjà promus par ces gouvernements.

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

Ce survol met donc en exergue certaines conditions favorables à la mise en place d'une approche globale de réduction des ISS, comme la volonté et la stabilité politique, la promotion de valeurs sociales de justice et d'équité ainsi qu'une gouvernance intersectorielle mobilisant les différents secteurs et niveaux de gouvernement. Mais il fait aussi ressortir que d'une part, les retombées des interventions implantées ne sont pas toujours évaluées et que d'autre part, les résultats obtenus jusqu'à maintenant ne sont pas toujours ceux escomptés. Les expériences étrangères révèlent enfin qu'il peut être difficile de rejoindre les populations les plus défavorisées uniquement avec une stratégie universelle. Ce type d'intervention qui vise l'ensemble de la population peut accroître les ISS en rejoignant mieux les groupes favorisés. Le défi est de trouver un équilibre entre des mesures universelles qui touchent l'ensemble de la population et des mesures proportionnellement ciblées vers les groupes défavorisés qui ne les stigmatisent pas.

5 Contexte québécois au regard des ISS

Le Québec est reconnu pour avoir mis de l'avant un modèle de protection sociale qui s'inscrit dans la lignée des propositions débattues en Europe⁶⁸, ce qui le démarquerait dans le contexte nord-américain. Cependant, contrairement aux pays présentés précédemment, le Québec n'a pas adopté de politique publique qui vise spécifiquement ou globalement la réduction des ISS. De même, il n'a pas mis en place un système officiel de suivi des ISS et n'a donc pas établi d'objectifs précis de réduction des ISS. Le gouvernement québécois a surtout mis en œuvre plusieurs politiques qui, sans présenter une intention d'intervention contre les ISS, peuvent avoir un effet réel en ciblant un ou des déterminants de la santé. Le gouvernement québécois a par ailleurs mis en place des stratégies d'action intersectorielle qui peuvent être des leviers d'action dans la lutte contre les ISS.

Action intersectorielle

Pour s'assurer d'une coordination dans les actions des différents secteurs en matière de santé, de bien-être et de lutte à la pauvreté, le gouvernement québécois a introduit, dans sa [Loi sur la santé publique](#) (2001)⁶⁹ et sa [Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale](#) (2002)⁷⁰, deux clauses d'impact innovatrices, l'article 54 et l'article 19.

L'article 54 de la [Loi sur la santé publique](#)⁷¹ appelle le ministre de la Santé et des Services sociaux à donner « *aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population* ». Cet article, qui stipule aussi que le ministre de la Santé « *doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population* » a conduit au développement et à l'implantation d'un mécanisme intragouvernemental d'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) dont l'un des objectifs est de contribuer à réduire les ISS.

Les [Comités ministériels permanents du Conseil exécutif et leurs secrétariats](#)⁷², chargés d'assurer une plus grande cohérence et une meilleure coordination de l'activité gouvernementale, jouent aussi un rôle dans la mise en œuvre de l'article 54 et dans l'implantation de la démarche d'ÉIS. Le comité qui agit principalement dans ce dossier est celui du développement social, éducatif et culturel, maintenant nommé « comité de la solidarité » sous le nouveau gouvernement de Pauline Marois.

Suite à un long processus de mobilisation citoyenne et communautaire piloté par le Collectif pour un Québec sans pauvreté, l'Assemblée nationale a adopté en 2002 la [Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale](#)⁷³ (Loi 112) et la [Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale](#)⁷⁴ *La volonté d'agir – la force de réussir* qui vise à « amener progressivement le Québec, d'ici dix ans, au nombre des nations industrialisées comptant le moins de pauvreté ». Cette stratégie nationale fait appel à la mobilisation de tous les secteurs d'activité.

L'article 19 de la [Loi sur la pauvreté et l'exclusion sociale](#)⁷⁵ est orienté pour sa part sur l'adoption de politiques qui favorisent une amélioration de la situation économique et sociale des personnes et des familles en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. De plus, l'article 20 de cette même loi stipule que les ministres qui estiment que leurs projets de loi ou règlements pourraient avoir des impacts directs et significatifs doivent en faire état lors de la présentation de leurs projets au gouvernement.

La [Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013](#)⁷⁶ qui intègre des préoccupations sociales, économiques et environnementales permet d'aborder sous différents angles des problématiques complexes et peut, elle aussi, être considérée comme un levier favorisant une action intersectorielle quant à la lutte contre les ISS. Ce cadre de référence définit une série d'orientations stratégiques et d'objectifs dont celui explicite de « prévenir et réduire les inégalités sociales et économiques ». Cette stratégie propose de coordonner l'action gouvernementale afin d'élaborer et d'implanter des plans d'action de développement durable dans tous les secteurs.

Comme pour l'article 54, les comités ministériels permanents du Conseil exécutif et leurs secrétariats jouent un rôle dans la mise en œuvre de la Stratégie de développement durable. Ils sont ultimement garants d'aviser le Conseil des ministres quant au respect des orientations gouvernementales en développement durable des projets soumis par les ministères et organismes. Un autre mécanisme déjà existant, le [Comité interministériel](#)

[du développement durable \(CIDD\)](#)⁷⁷ facilite le déploiement de cette stratégie gouvernementale.

Initiatives des autorités de santé publique

Certaines initiatives portées par le secteur de la santé publique sont développées parallèlement aux programmes de soins et de services de santé qui contribuent à la lutte contre les ISS en fournissant aux Québécois une couverture universelle gratuite pour les soins, ou à plus faible coût pour l'assurance-médicaments. Ces initiatives reposent sur les différents niveaux d'intervention comme le gouvernement central, les différentes régions et le niveau local. L'article 8 de la Loi sur la santé publique du Québec, adoptée en 2001, stipule que dans « l'élaboration des volets du programme qui concernent la prévention et la promotion, le ministre doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population et celles qui peuvent contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population ». Quelques années plus tard, le [Programme national de santé publique 2003-2012](#)⁷⁸ mis à jour en 2008, reconnaissait la réduction des inégalités de santé comme un des quatre grands défis de sa programmation. Les interventions de ce programme visent la santé de l'ensemble de la population, mais il faut souligner que plusieurs interventions portent sur les groupes les plus vulnérables et que l'importance de favoriser des politiques publiques favorables à la réduction des inégalités de santé y est clairement affirmée. Le programme renforce également l'accès des personnes les plus défavorisées aux services de santé et sociaux. Le développement des communautés est aussi largement soutenu par ce programme comme une des stratégies d'action des acteurs de santé publique, notamment par le biais des agences, des CSSS et du ministère de la Santé.

Certains soulignent que ces bonnes intentions peinent à se concrétiser par la formulation d'objectifs concrets ou de cibles à atteindre visant la réduction des ISS⁷⁹. Néanmoins, cela atteste d'une prise de conscience de cet enjeu au Québec. Par exemple, la publication du premier [rapport sur les inégalités sociales de santé par la DSP Montréal-Centre](#)⁸⁰ en 1998 mènera à la création de l'[Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé](#)⁸¹. La même année, un comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé liées à la pauvreté est mis sur pied et publie en 2002 le rapport [La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : Orienter et soutenir l'action!](#)⁸². Le Forum sur le développement social en 1998 a, par ailleurs, mené à la

mise en place de leviers visant le développement social comme les ententes régionales, l'identification de répondants nationaux et régionaux de santé publique en développement des communautés, la création de la revue *Développement social*⁸³, la création du Réseau québécois de développement social, etc. Le secteur de la surveillance de la santé publique a également fortement contribué à établir le portrait des ISS au Québec, notamment au tournant des années 2000, par le développement de l'indice de défavorisation.

Plus récemment, trois directeurs de santé publique du Québec ont publié des rapports entièrement dédiés à l'enjeu des ISS dans leurs régions respectives : soit le deuxième rapport⁸⁴ de la DSP de Montréal en 2011, celui de la DSP de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2012)⁸⁵ et celui de la région de la Capitale-Nationale en 2013⁸⁶.

Contexte canadien et politiques du gouvernement fédéral

Qu'il s'agisse d'initier des politiques et des programmes dans les secteurs pouvant influencer favorablement les déterminants de la santé ou directement dans les secteurs de la santé, le gouvernement du Québec intervient dans le contexte fédéral canadien et doit composer avec les orientations et initiatives prises au niveau fédéral. Certaines initiatives sont menées en partenariat ou subventionnées par le gouvernement fédéral.

Le gouvernement fédéral canadien n'a pas mis de l'avant une stratégie de réduction des ISS, bien que certains travaux récents de ce gouvernement, comme le premier *Rapport annuel de l'Administrateur en chef de la Santé publique du Canada*⁸⁷ paru en 2008 ou les rapports du *Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*⁸⁸, reconnaissent l'importance de s'attaquer à cette problématique grandissante au pays. Une des initiatives importantes du gouvernement fédéral est la *Loi canadienne sur la santé*⁸⁹ qui régit l'assurance-santé en édictant les principes auxquels les systèmes de santé provinciaux doivent se conformer pour obtenir les transferts fédéraux. Elle vise l'accès à des services de santé universels et gratuits.

Dans le contexte de la fédération canadienne, le gouvernement fédéral peut intervenir dans divers secteurs et contribuer à la réduction des inégalités, principalement en assurant un revenu minimal et par des mesures ayant trait au logement. À cet égard, les principaux transferts financiers fédéraux versés directement aux individus concernent les chômeurs, les personnes âgées et les

familles, comme les *prestations d'assurance-emploi*⁹⁰, la *sécurité de la vieillesse*⁹¹, le *supplément de revenu garanti*⁹² ainsi que divers transferts pour les familles. En matière de logement, la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL) joue un rôle majeur tant en ce qui concerne l'accès à la propriété qu'en matière de logement social. Des transferts fédéraux sont aussi versés au gouvernement québécois en ce qui concerne la santé, l'éducation et les programmes sociaux.

6 Politiques gouvernementales axées sur des déterminants précis de la santé au Québec et ailleurs dans le monde

Parallèlement aux approches globales, plusieurs interventions sectorielles ou intersectorielles axées sur des déterminants particuliers de la santé peuvent contribuer à combattre les ISS, sans toutefois les cibler a priori.

6.1 Petite enfance et éducation

Pourquoi agir?

Les études sur les déterminants de la santé accordent généralement beaucoup d'importance aux interventions portant sur le développement des enfants et l'éducation des jeunes. La réussite scolaire contribue à l'insertion sociale et professionnelle et le niveau d'éducation est un déterminant de la santé indépendant du niveau économique⁹³. La petite enfance retient l'attention en raison de découvertes récentes ayant démontré à quel point le développement du cerveau dans les premières années de vie est sensible aux influences extérieures et à quel point les conséquences sont durables⁹⁴. Non seulement les conditions difficiles vécues dans le jeune âge ont des conséquences sur la santé immédiate des enfants et leurs chances de succès, mais les ISS qui s'installent dès cet âge, s'accroissent et persistent à l'âge adulte et se traduisent par moins d'années de vie en santé⁹⁵.

Soutien aux familles, services de garde et services en périnatalité

INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES

Afin de soutenir les familles, le Québec a adopté le [Régime québécois d'assurance parentale](#)⁹⁶ pour les travailleurs qui prennent un congé de maternité, un congé de paternité, un congé parental ou un congé d'adoption. La [RRQ](#)⁹⁷ propose maintenant le [Crédit d'impôt remboursable pour le soutien aux enfants](#)⁹⁸, qui remplace les allocations familiales et les prestations familiales et le [Supplément pour enfant handicapé](#)⁹⁹.

Pour les services de garde, les parents disposent d'un réseau limité de places en garderies à 7 \$ par jour dans le cadre du [Programme de places en service de garde à contribution réduite](#)¹⁰⁰. Les milieux de garde publics doivent appliquer le [Programme éducatif des services de garde du Québec](#)¹⁰¹. De plus, tous les enfants ont accès à l'éducation préscolaire dès l'âge de 5 ans, et avec l'adoption en juin 2013 du [projet de loi 23](#)¹⁰², dans le cas d'enfants défavorisés, dès l'âge de 4 ans.

Les femmes enceintes et les mères en situation de vulnérabilité (pauvreté, jeune âge ou faible éducation des parents) ont accès aux [Services intégrés en périnatalité et petite enfance \(SIPPE\)](#)¹⁰³ de la période prénatale jusqu'à ce que l'enfant ait cinq ans.

Un accompagnement est proposé aux familles visant à soutenir les parents et à créer des environnements favorables au développement optimal des enfants.

En matière de conciliation travail-famille, le ministère de la Famille a implanté le [Programme de soutien financier aux milieux de travail en matière de conciliation travail-famille](#)¹⁰⁴ duquel découle la [norme Conciliation travail-famille](#)¹⁰⁵ par le Bureau de normalisation du Québec pour permettre aux milieux de travail de planifier, d'élaborer et d'implanter des pratiques et des mesures de conciliation travail-famille.

Exemples prometteurs à l'étranger

- Le programme de développement de la petite enfance [Sure Start](#)¹⁰⁶ au Royaume-Uni

Ce programme vise à augmenter les chances de succès des enfants à l'école et à l'âge adulte, réduisant ainsi la pauvreté et sa transmission intergénérationnelle. Il consiste en une offre intégrée de services de garde, d'éducation préscolaire, de soutien à la famille et de services de santé et de promotion de la santé. Le réseau des *Sure Start Children's Centre* propose, en plus des

services de garde, des services de réinsertion en emploi pour les parents¹⁰⁷. Ces centres ne sont pas limités aux secteurs défavorisés et sont gérés par les autorités locales; cependant, l'offre de services de garde et d'aide professionnelle varie en fonction du niveau de défavorisation du secteur. Une évaluation longitudinale du programme montre des bienfaits comme l'amélioration de la santé infantile et un meilleur dépistage. Elle précise que les programmes *Sure Start* les plus efficaces étaient ceux où l'intégration des services complémentaires était la plus poussée¹⁰⁸.

- La [politique familiale suédoise](#)¹⁰⁹

En Suède, les congés parentaux accordés aux nouveaux parents et pouvant totaliser 16 mois (dont 13 mois avec salaire complet) assurent aux familles des conditions matérielles favorables et contribuent également à renforcer l'attachement parental¹¹⁰. Le gouvernement suédois offre un accès quasi universel à des services de garde et d'éducation préscolaire de qualité par des éducatrices spécialisées de niveau universitaire. Non seulement ce système contribue à réduire les inégalités dans le développement des enfants, mais il facilite la participation des femmes au marché du travail, contribuant *de facto* à diminuer le taux de pauvreté des mères monoparentales pour lesquelles la conciliation travail-famille est plus difficile.

Réussite scolaire et soutien aux études

INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES

Afin d'améliorer la persévérance et la réussite scolaire, le ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports (MELS) a adopté la stratégie [L'école j'y tiens](#)¹¹¹. Cette stratégie regroupe plusieurs interventions comme la réduction du nombre d'élèves dans les classes du primaire, l'aide aux devoirs, l'accompagnement individualisé en cas d'échec, un renforcement de la formation professionnelle au niveau secondaire et le renforcement de l'approche [Agir Autrement](#)¹¹², dont le rapport d'évaluation¹¹³ réitère, malgré l'absence d'effets démontrés jusqu'à maintenant sur la réussite scolaire des élèves de milieux défavorisés, son caractère prometteur si des modifications substantielles sont apportées.

L'approche [École en santé](#)¹¹⁴ sous la responsabilité conjointe du MSSS et du MELS vise à déployer des pratiques efficaces de prévention et de promotion en contexte scolaire afin d'agir de façon globale et concertée pour favoriser la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes.

Par ailleurs, le gouvernement québécois propose un programme d'[Aide financière aux études](#)¹¹⁵ administré par le MELS pour favoriser l'accès aux études par un système de prêts et bourses. Ce programme propose diverses mesures comme le Programme études-travail afin de mieux concilier les études avec le travail.

Exemples prometteurs à l'étranger

- Le programme de soutien aux études irlandais *Delivering Equality of Opportunity in Schools (2005-2010)*¹¹⁶

Ce plan d'action met l'accent sur les besoins éducatifs spécifiques des enfants et des jeunes issus des milieux défavorisés, de l'école maternelle jusqu'au secondaire et s'inscrit dans un continuum de services éducatifs allant du préscolaire à l'éducation aux adultes. Il vise à fournir aux enfants de milieux défavorisés un environnement éducatif favorable à travers un ensemble intégré d'interventions incluant par exemple la réduction du ratio d'élèves par enseignant, des programmes de littératie et de numératie, un appui aux bibliothèques scolaires, un soutien aux enseignants et aux directeurs d'école (congrés sabbatiques pour formation continue, seuils réduits du nombre d'élèves et d'enseignants), le renforcement des services d'orientation au niveau secondaire, une augmentation des choix de curriculum, de la formation continue pour le personnel scolaire, le renforcement des partenariats et une

offre de services intégrée avec d'autres agences offrant des services pour la même clientèle. Un rapport d'évaluation¹¹⁷ publié en 2011 et couvrant les trois premières années du programme montre des améliorations significatives (littératie, numératie, assiduité) malgré un contexte économique défavorable.

- La stratégie de réussite scolaire *Early Intervention for Lifelong Learning*¹¹⁸ de la Norvège

Ce Livre blanc du gouvernement norvégien est un exemple d'intervention relative au développement de la petite enfance, mais se poursuivant au-delà des premières années de vie. Mise en œuvre à partir de 2006, cette stratégie déploie différentes mesures pour favoriser la réussite scolaire incluant la stimulation des compétences linguistiques dès la garderie, un suivi tout au long du parcours scolaire pour les enfants qui en ont besoin, l'aide aux devoirs, l'évaluation individuelle et un enseignement adapté dès l'apparition des problèmes. Cette stratégie propose aussi de renforcer l'activité physique, l'offre de fruits et légumes en milieu scolaire, les services d'orientation au secondaire pour contrer l'abandon scolaire, la formation des enseignants et des autres intervenants, en plus de l'éducation aux adultes. L'originalité du plan norvégien est sa vision axée sur le parcours de vie et l'importance qu'il accorde au développement du langage.

À RETENIR SUR LA PETITE ENFANCE ET L'ÉDUCATION

+ Le Québec offre un ensemble de programmes pour soutenir les familles durant la période périnatale et durant la petite enfance : ces programmes incluent le soutien du revenu, des congés pour les parents, l'accès à des services de garde de qualité et à l'éducation préscolaire, ainsi qu'un programme intégré pour les familles en situation de vulnérabilité. Cependant, des bénéfices accrus pour le développement des enfants seraient possibles si le réseau de centres de la petite enfance limité actuellement était universel. Il est à noter également que le régime de congé parental n'offre pas une flexibilité optimale en comparaison avec les exemples scandinaves. En ce qui a trait au soutien académique, des programmes d'appui à la réussite scolaire sont en place depuis plusieurs années au Québec et certains progrès ont été réalisés, mais cette problématique demeure importante particulièrement chez les garçons, dans les milieux défavorisés et parmi les élèves d'immigration récente¹¹⁹. Les exemples tirés des autres pays montrent des voies prometteuses dans la flexibilité et la durée des congés parentaux, dans la générosité des compensations et prestations offertes, dans l'intégration des services et le démarchage vers les groupes à risque, dans la continuité de l'appui aux groupes ou individus à risque de difficulté scolaire et finalement dans l'appui aux enseignants et aux directions d'école.

6.2 Emploi, revenu et solidarité sociale

Pourquoi agir?

L'emploi et le revenu sont des déterminants majeurs des ISS. Les effets délétères pour la santé face à la perte ou à la précarité de l'emploi sont clairement démontrés. Toute intervention étatique visant à contrer les ISS doit faire de l'emploi une priorité, car c'est principalement par l'emploi qu'une amélioration des conditions de vie est possible. Non seulement l'emploi constitue l'un des principaux moyens de combler des besoins essentiels comme le logement et l'alimentation, mais il remplit des besoins sociaux importants dans les sociétés où il est la norme, c'est-à-dire l'insertion sociale, le sentiment d'appartenance et d'utilité, qui sont également des déterminants reconnus de la santé et du bien-être. Cependant, l'emploi en soi n'est pas une garantie de meilleure santé. Pour permettre une véritable amélioration de la santé, l'emploi doit être bien rémunéré et non précaire. Or, depuis quelques années au Québec et dans de nombreuses autres sociétés occidentales, il y a une hausse du travail temporaire et atypique. Le nombre de travailleurs en situation de pauvreté est également en hausse. Par ailleurs, les contraintes physiques ou psychosociales liées à l'emploi peuvent être pathogènes comme les conditions physiques du travail, le faible contrôle sur les tâches, l'insuffisance d'appui des pairs ou des supérieurs, la précarité ou l'insécurité de l'emploi ou un revenu insuffisant. Les politiques visant à assurer de bonnes conditions de travail et à soutenir les personnes pour accéder à l'emploi ont donc le potentiel de réduire les ISS en améliorant autant des facteurs matériels que psychosociaux. D'autre part, la plupart des pays développés ont mis en place des politiques de soutien au revenu minimal pour venir en aide aux personnes incapables de subvenir à leurs propres besoins.

Transferts sociaux et revenu minimum adéquat

INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES

Au Québec, afin d'assurer un revenu minimal adéquat, la population dispose du [Programme d'aide sociale](#)¹²⁰ et du [Programme de solidarité sociale](#)¹²¹ sous la responsabilité du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) qui composent l'aide financière de dernier recours pour les personnes qui présentent ou non des contraintes sévères à l'emploi. Le [Programme Alternative jeunesse](#)¹²² cible spécifiquement les jeunes de moins de 25 ans et comprend un plan d'intervention pour l'accès à l'emploi. Le [Régime de rentes du Québec](#)¹²³, quant à lui, permet d'assurer une protection financière de base à la retraite, au décès ou en cas d'invalidité aux personnes qui travaillent et à leurs proches. Il s'agit d'un régime d'assurance publique obligatoire.

Aide et soutien à l'emploi

INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES

Le gouvernement a mis en place plusieurs mesures pour faciliter l'accès au marché du travail et pour soutenir les travailleurs. Emploi-Québec est responsable de la mise en œuvre de plusieurs mesures d'aide à l'emploi comme la [Stratégie de mobilisation tous pour l'emploi](#)^{b 124} le [Pacte pour l'emploi](#)¹²⁵, les [allocations d'aide à l'emploi](#)¹²⁶, les [subventions salariales](#)¹²⁷ et la [formation de main-d'œuvre](#)¹²⁸. Revenu-Québec est responsable de la [prime au travail](#)¹²⁹, un crédit d'impôt remboursable destiné aux travailleurs à faible ou moyen revenu.

Afin de valoriser les projets entrepreneuriaux des jeunes en milieu défavorisé, le ministère des Finances et de l'Économie (MFE) a lancé la [Stratégie québécoise de l'entrepreneuriat](#)¹³⁰. Le MESS est responsable du [Programme de soutien pour les travailleurs âgés](#)¹³¹ qui accorde une aide financière mensuelle aux travailleurs âgés licenciés ou mis à pied en raison de la conjoncture économique. Finalement le [Programme d'aide à l'intégration des immigrants et des minorités visibles en emploi \(PRIME\)](#)¹³² est le résultat d'un partenariat entre Emploi-Québec, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) et Investissement Québec.

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

Exemples prometteurs à l'étranger

■ Soutien au revenu minimum en Europe

Comme au Canada et au Québec, dans plusieurs pays européens, des prestations mensuelles en espèces sont accordées en vertu de la garantie de ressources minimum (ou aide à la subsistance) aux personnes seules et aux familles¹³³. Cependant, à cela s'ajoute en Allemagne et en Suède, l'équivalent des dépenses réelles ou raisonnables pour le logement et le chauffage (plus le remboursement d'autres dépenses en Suède, comme l'affiliation à un syndicat et à une caisse d'assurance chômage). Au Royaume-Uni, des allocations supplémentaires sont aussi accordées pour le logement et les taxes locales. Dans ces trois pays, cette aide financière est payable à toute personne démontrant un revenu insuffisant pour faire face aux frais de subsistance. Une étude montre que les politiques sociales à couverture universelle et dont les contributions sont plus généreuses sont associées à une plus longue espérance de vie¹³⁴ et il a été démontré que la générosité des contributions des politiques familiales est associée à une plus grande réduction de la mortalité infantile¹³⁵.

■ Les politiques d'activation

Comme au Québec, plusieurs pays ont mis en place des politiques d'activation, c'est-à-dire un ensemble de programmes et de mesures intégrant une aide financière et une aide à la recherche d'emploi pour les personnes sans travail comme la Norvège avec le *Work, Welfare and Inclusion*¹³⁶ et la Nouvelle-Zélande avec le *Better work – Working better*¹³⁷. En général, en plus d'un appui financier, ces approches proposent un suivi, des formations et des stages en emploi. Des sanctions peuvent être imposées, si les participants ne se présentent pas aux rencontres prévues ou n'acceptent pas les emplois disponibles. Certains de ces programmes ont pu réduire la détresse psychologique, la dépression et le risque de suicide, mais d'autres programmes n'ont pas eu d'effet positif sur la santé¹³⁸. Ces programmes soulèvent des enjeux pour la santé en lien avec la piètre qualité des emplois (précarité, faible rémunération, horaire atypique) que les participants doivent parfois accepter¹³⁹.

Inclusion sociale et lutte à la discrimination

INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES

Afin de favoriser l'inclusion sociale, le gouvernement a mis en place plusieurs interventions, comme le *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015*¹⁴⁰ qui vise à coordonner l'action pour aider les personnes démunies et pour lutter contre la pauvreté. Dans la même lignée, le MSSS est responsable de la nouvelle *Politique nationale de lutte à l'itinérance*¹⁴¹ et du *Plan d'action interministériel en itinérance*¹⁴² et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale de la *Politique gouvernementale sur l'action communautaire*¹⁴³. Les personnes à faible revenu peuvent recourir à des services juridiques par le biais de l'*Aide juridique*¹⁴⁴ du ministère de la Justice.

D'autres mesures ciblent des populations spécifiques comme la *Stratégie action jeunesse 2009-2014*¹⁴⁵ du Secrétariat à la jeunesse et la *Stratégie d'action en faveur des aînés*¹⁴⁶ du MFA.

En matière de discrimination, l'Assemblée nationale a adopté la *Loi sur l'Équité salariale*¹⁴⁷, la *Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes*¹⁴⁸, le *Plan d'action gouvernemental pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec 2008-2013*¹⁴⁹. Finalement, la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*¹⁵⁰ et l'énoncé de politique qui en découle *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*¹⁵¹ est piloté par l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ).

Exemples prometteurs à l'étranger

■ La politique australienne d'inclusion sociale *A Stronger, Fairer Australia*¹⁵²

Cette politique vise les familles sans emploi, les enfants vulnérables, les personnes itinérantes, les Autochtones et les personnes handicapées. Cette politique propose des approches intégrées vers des quartiers et des communautés vulnérables.

■ Le plan national irlandais d'inclusion sociale *National Plan for Social Inclusion 2007-2016*¹⁵³

Ce plan vise à réduire le nombre de personnes en situation de pauvreté chronique. Ce plan est structuré selon les cycles de vie et cible les enfants, les personnes en âge de travailler, les aînés, les personnes handicapées et les communautés. Les mesures couvrent le soutien au revenu,

l'éducation, le soutien en emploi, le logement, les services de santé et l'intégration des immigrants.

Conditions de travail, santé et sécurité

INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES

La [Loi sur les normes du travail](#)¹⁵⁴ s'applique à la plupart des salariés au Québec, mais exclut les travailleurs autonomes et certaines catégories d'employés. Elle touche à divers aspects de l'emploi, comme le salaire minimum, les horaires de travail et les congés. Les rapports collectifs entre un groupe d'employés et un employeur sont principalement régis par le [Code du travail](#)¹⁵⁵.

Au Québec, le Régime de santé et sécurité du travail est constitué de deux lois principales: la [Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles](#)¹⁵⁶ qui prévoit l'indemnisation des victimes d'accidents de travail ou de maladies professionnelles et la [Loi sur la santé et sécurité du travail](#)¹⁵⁷ qui porte sur la prévention des accidents et maladies dues au travail. En 2012, seulement 25 % des travailleurs québécois travaillaient dans une entreprise où était implanté un programme de prévention.

Exemple prometteur à l'étranger

- La législation du milieu de travail de la Norvège [Working Environment Act](#)¹⁵⁸

Cette loi couvre tous les travailleurs à l'exception des employés du secteur de la pêche (qui sont couverts par d'autres lois). Elle assure des conditions de travail sécuritaires et un traitement égalitaire pour tous les travailleurs. Elle contient les obligations des employeurs et des employés à l'égard du maintien d'un environnement de travail convenable. Les dispositions touchent les conditions générales d'emploi (heures de travail, contrats, congés, embauche et congédiement), les risques et les contraintes physiques et mentales, l'adaptation de la situation de travail pour les personnes vulnérables, la coopération entre employeurs et employés ainsi que l'inclusion.

À RETENIR SUR L'EMPLOI, LE REVENU ET LA SOLIDARITÉ SOCIALE



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

6.3 Environnement et aménagement du territoire

Pourquoi agir?

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

accroître le fardeau sur les plus défavorisés comme l'implantation d'artères à haute densité de circulation, d'autoroutes ou d'usines polluantes dans les quartiers moins favorisés. Cela incite aussi ceux qui ont plus de moyens à fuir ces quartiers, accentuant ainsi les ISS. Inversement, les mesures d'aménagement favorables à la santé (ex. : espaces verts, pistes cyclables sécuritaires) implantées dans les quartiers défavorisés peuvent atténuer les ISS. Les interventions qui touchent plus directement l'habitation et la mobilité sont des leviers pour offrir des environnements sains, des communautés sécuritaires pour tous et des milieux de vie humains favorisant l'inclusion et la solidarité.

Développement durable

INTERVENTION QUÉBÉCOISE

Dans le cadre de la [Loi sur le développement durable](#)¹⁵⁹, le ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs (MDDEFP) a développé la [Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013](#)¹⁶⁰ qui vise à influencer et à encourager le développement durable. Il est précisé dans les orientations de cette stratégie qu'elle cherche spécifiquement à prévenir et réduire les inégalités sociales et économiques.

Exemple prometteur à l'étranger

- La stratégie nationale de développement durable de la France¹⁶¹

Une évaluation de cette stratégie rappelle l'importance de ne pas seulement « verdir » les différentes politiques publiques avec des mesures de protection de l'environnement, mais plutôt de faire un véritable projet de territoire afin de s'attaquer aux inégalités en insistant sur une mise en œuvre intersectorielle¹⁶².

Planification stratégique et revitalisation

INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES

La [Loi sur l'aménagement et l'urbanisme](#)¹⁶³ représente le cadre légal à l'intérieur duquel doivent être conçus les plans d'aménagement et de développement du territoire québécois sous la responsabilité des municipalités.

La [Stratégie pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 2011-2016](#)¹⁶⁴ est sous la responsabilité du ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT).

La [Loi pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires](#)¹⁶⁵ permet d'en assurer la pérennité. Cette stratégie nationale sert d'appui aux grandes villes dans la mise en place de leurs stratégies de [revitalisation urbaine intégrée \(RUI\)](#)¹⁶⁶, démarche qui vise à revitaliser des quartiers par la mobilisation des citoyens et des partenaires, la mise en œuvre de mesures de lutte contre la pauvreté et l'amélioration et le développement du cadre bâti.

Exemples prometteurs à l'étranger

- La politique [Socially Integrative City](#)¹⁶⁷ ciblant les quartiers défavorisés en Allemagne

Cette politique repose sur le travail conjoint des trois niveaux de gouvernements (fédéral, national, local), de la Communauté Européenne et du secteur privé. L'objectif est de contrer l'élargissement des clivages sociaux entre les quartiers dans les villes allemandes en stabilisant et en améliorant l'environnement physique et la coopération. La population est invitée à participer aux projets. Le renforcement des réseaux sociaux et la durabilité des structures de gestion implantées sont des retombées positives des initiatives mises de l'avant.

- La stratégie de revitalisation des quartiers [Health in Neighbourhoods](#)¹⁶⁸ du gouvernement catalan

Cette stratégie visant particulièrement les groupes vulnérables se centre sur l'engagement des habitants, l'intersectorialité (aménagement, services sociaux et environnement), les actions durables et soutenues par des données probantes ainsi que sur une évaluation systématique¹⁶⁹. L'évaluation démontre des retombées en termes d'alliance entre les habitants et les parties prenantes, d'évaluation des besoins en santé, de planification et de mise en œuvre. La participation citoyenne permise par le projet a renforcé les liens au sein de la communauté et accru sa capacité à prendre des décisions au niveau local.

Logement

INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES

En matière de logement social, c'est la Société d'habitation du Québec (SHQ) qui coordonne les actions gouvernementales décrites dans son [Plan stratégique SHQ 2011-2016](#)¹⁷⁰. Tout un éventail de [Programmes de logement sociaux de la SHQ](#)¹⁷¹ est disponible pour diverses clientèles à faibles revenus. Le plus connu est le [programme public d'Habitations à loyer modique \(HLM\)](#)¹⁷² qui permet d'abaisser le coût du loyer de près de 63 000 logements pour des ménages à faible revenu. La SHQ s'est aussi dotée d'un [Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social - Une action intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation](#)¹⁷³ avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

En ce qui a trait à la salubrité des logements, la [Loi sur les compétences municipales](#)¹⁷⁴ stipule que toute municipalité peut adopter des règlements en matière de salubrité.

Exemple prometteur à l'étranger

- La stratégie nationale de logement du Pays-de-Galles *Homes in Wales*¹⁷⁵

Cette stratégie cible les priorités suivantes : offrir plus de logements adéquats, améliorer l'efficacité énergétique et améliorer les services et le soutien lié au logement. Elle comprend une norme de qualité, la *Welsh Housing Quality Standard*¹⁷⁶, qui doit être rencontrée par tous les propriétaires de logements sociaux. Des données probantes¹⁷⁷ démontrent les effets positifs de cette stratégie sur la santé des locataires notamment sur la santé mentale, la réduction du nombre de plaintes respiratoires et le nombre de visites médicales. D'autres avantages sont nommés comme l'investissement vers l'atteinte de la norme qualité qui bénéficie aux petites et moyennes entreprises, une meilleure sécurité et salubrité des logements, ainsi que des améliorations aux terrains qui contribuent à réduire la criminalité et les comportements antisociaux.

Exemple prometteur à l'étranger

- Le projet de transport collectif de Bogotà en Colombie

Les politiques nationales qui misent sur le renforcement de la gouvernance municipale et de la participation citoyenne peuvent également amener des bénéfices notables en matière de mobilité. Le succès du grand projet de transport de Bogotà, le *TransMilenio* (réseau d'autobus de transit rapide) et les *Ciclo-Rutas* (pistes cyclables) témoignent de l'impact d'une volonté politique forte au niveau local ainsi que du rôle important des partenariats « public-privé » dans le développement de réseaux de transport. Dans ce cas, la participation des citoyens aux décisions a facilité l'adhésion aux mesures de réduction de l'utilisation de la voiture et d'utilisation des transports alternatifs. Ces interventions, en plus de réduire la pollution et la congestion causée par le trafic routier dans la capitale, ont favorisé un plus grand respect des biens publics et une participation accrue des habitants sur des sujets d'ordre civique¹⁸².

Transport et mobilité

INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES

Le mandat du ministère des Transports (MTQ) est d'assurer la mobilité des personnes par des systèmes de transport efficaces et sécuritaires, mais aussi de mettre en place des services de transport adapté pour les personnes handicapées comme le *Programme d'aide gouvernementale au transport adapté aux personnes handicapées*¹⁷⁸. La nouvelle *Stratégie nationale de mobilité durable*¹⁷⁹ vise à inclure le transport collectif dans toutes les propositions significatives de développement du territoire. La *Politique québécoise du transport collectif*¹⁸⁰ s'inscrit dans l'orientation vers le développement durable du gouvernement, de même que la *Politique sur le vélo*¹⁸¹.

À RETENIR SUR L'ENVIRONNEMENT ET L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

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

6.4 Habitudes de vie

Pourquoi agir?

Les habitudes de vie, qu'il s'agisse de l'alimentation, de l'exercice physique, de la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances susceptibles de créer des dépendances ou encore les comportements de jeu de hasard et d'argent, affectent la santé des individus et peuvent contribuer aux inégalités sociales de santé. Les comportements nocifs pour la santé suivent souvent le gradient social en santé, le tabagisme en est un exemple, accentuant ainsi les écarts de santé entre les groupes socioéconomiques. Même si certaines habitudes nocives, comme la consommation excessive d'alcool, ne touchent pas d'emblée les populations défavorisées, les effets négatifs de ces habitudes de vie sont souvent plus importants dans la vie des personnes vulnérables économiquement. Il est maintenant reconnu que les habitudes de vie ne sont pas seulement une question de choix individuels ou de comportements, mais que l'ensemble des déterminants influe sur celles-ci. Les interventions destinées à modifier les habitudes de vie nocives pour la santé par des mesures qui visent les déterminants sociaux, comme par exemple, celles visant les milieux de vie, représentent des avenues intéressantes pour lutter contre les ISS. Par contre, les données scientifiques concernant l'efficacité des interventions visant les changements de comportements sur les inégalités sociales de santé sont encore parcellaires¹⁸³. La littérature montre qu'il existe une forte association entre le statut social élevé et l'utilisation des services de prévention et de promotion de la santé. De plus, plusieurs études soulignent la difficulté de rejoindre les populations défavorisées¹⁸⁴. Quand les interventions visent des changements d'habitude de vie ou de comportements de santé au sein de la population générale, les ISS seraient souvent accrues puisque ces mesures rejoignent moins les populations les plus défavorisées économiquement. Une attention particulière doit donc être portée pour adapter ces interventions de promotion de la santé auprès des populations vulnérables.

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

INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES

Le MSSS porte la responsabilité du développement du PAG *Investir pour l'avenir : Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*¹⁸⁵ en concertation avec sept ministères et trois organismes gouvernementaux.

Depuis juin 2006, la *Loi instituant le Fonds pour le développement du sport et de l'activité physique*¹⁸⁶ offre un soutien financier pour les installations sportives et récréatives à des municipalités, des organismes scolaires ainsi qu'à des organismes à but non lucratif.

Le *Programme Kino-Québec*¹⁸⁷ vise à promouvoir un mode de vie physiquement actif et est géré conjointement par le MELS, le MSSS et les agences de la santé et des services sociaux.

Depuis 1997, un *programme éducatif en services de garde*¹⁸⁸ qui fait de la prévention et de la promotion afin de donner aux enfants des environnements favorables à l'acquisition de saines habitudes alimentaires, de vie et de comportement a été implanté pour favoriser le développement des enfants.

Les programmes précédents s'adressent à la population générale et ne sont pas proportionnellement ciblés pour les populations vulnérables. Leur impact concernant la réduction des inégalités sociales de santé n'est pas démontré.

Exemples prometteurs à l'étranger

- Le projet *MURA*¹⁸⁹ en Slovaquie pour soutenir la santé et le développement d'une région défavorisée

Ce programme national a été implanté dans la communauté de Pomurje, une région reconnue comme étant la plus défavorisée du pays. Basé sur un consortium avec le secteur de la santé, les industries agroalimentaire et touristique, ce programme vise à assurer la qualité et la sécurité des produits de la ferme à la table, à produire plus de fruits et légumes et à favoriser la production durable et les chaînes de production courtes. L'industrie touristique met l'accent sur le développement d'infrastructures écotouristiques ainsi que sur la promotion de produits alimentaires et d'activités récréatives favorables à la santé. Le programme inclut des activités de promotion des saines habitudes de vie auprès de la population locale,

des groupes marginaux et des écoles. Les évaluations montrent un impact concret sur la santé de la population.

- La promotion des saines habitudes de vie dans le nord de l'Europe

Le *Nordic Council* a lancé un plan d'action en 2006 intitulé *Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity*¹⁹⁰ qui soutient des interventions ciblées spécifiquement pour les groupes vulnérables et à risque et vise à limiter l'écart dans les habitudes entre les différents groupes socioéconomiques. Par ailleurs, la Finlande est reconnue pour ses interventions à ce niveau, comme le *projet de la Carélie du Nord*¹⁹¹ implanté dès le début des années 1970 qui a contribué à réduire l'écart dans les habitudes alimentaires des différents groupes socioéconomiques.

- Le plan de la Norvège *Norwegian Action Plan on Nutrition (2007-2011) – "Recipe for a healthier diet"*¹⁹²

Ce plan cible directement la réduction des inégalités sociales dans les habitudes alimentaires. Il propose le déploiement d'interventions dans les écoles, les milieux de travail et les établissements de santé. Ce plan comprend, entre autres, un accès subventionné et à faible coût à des repas sains dans les écoles et les garderies. Une autre intervention consiste à adapter l'information nutritionnelle aux différents groupes ciblés.

Sécurité alimentaire

INTERVENTION QUÉBÉCOISE

Le *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire*¹⁹³ du MSSS vise une action collective et concertée sur les déterminants de la sécurité alimentaire autant au niveau des environnements qu'à l'échelle des individus. Il vise principalement à améliorer l'accès physique et économique aux aliments sains pour les personnes vivant en situation de pauvreté.

Exemple prometteur à l'étranger

- Le projet de loi sur la sécurité alimentaire du Royaume-Uni *Food Poverty Eradication Bill*¹⁹⁴

Une des mesures de ce projet consiste à augmenter l'accès à de la nourriture de qualité dans les quartiers défavorisés. Deux supermarchés ont ouvert leurs portes dans des quartiers défavorisés et une évaluation concluait à une amélioration perceptible de l'alimentation des résidents¹⁹⁵.

Tabac, alcool, drogues, autres substances et jeu

INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES

La *Loi sur le tabac*¹⁹⁶ interdit depuis 2006 de fumer dans les lieux publics et de vendre ou de fournir du tabac aux mineurs dans les écoles. Cette loi définit aussi les règles de promotion du tabac et les points de vente.

Le *Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015*¹⁹⁷ du MSSS vise la prévention de l'initiation au tabagisme, le soutien à l'abandon des habitudes tabagiques de même que la protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement (FTE).

Afin de prévenir, de réduire et de traiter les méfaits individuels et collectifs découlant de la toxicomanie, le MSSS et neuf autres ministères travaillent à implanter le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*¹⁹⁸. Ce plan se concentre sur la prévention, l'intervention précoce, le traitement et la réinsertion sociale.

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

Exemple prometteur à l'étranger

- Le cadre d'action global de l'Australie *National Drug Strategy 2010-2015*¹⁹⁹

Ce cadre d'action, implanté depuis 1989, implique tous les niveaux de gouvernement, le secteur non gouvernemental et les communautés. Un des piliers de cette politique est de soutenir l'inclusion sociale et la résilience des individus, des familles et des communautés par une approche de réduction des méfaits.

- Le plan de la Nouvelle-Zélande pour réduire les méfaits liés au jeu *Preventing and Minimising Gambling Harm: Six-year strategic plan 2010/11—2015/16*²⁰⁰

Le premier objectif de ce plan vise spécifiquement la réduction des inégalités de santé liées aux problèmes de jeu. Ce plan propose une approche intégrée qui implique le gouvernement, l'industrie, les communautés et les familles dans des interventions qui misent sur la prévention.

À RETENIR SUR LES HABITUDES DE VIE

+ Découlant d'une approche par milieu ou d'une approche axée sur la modification des comportements individuels, les interventions québécoises et étrangères présentées ici font appel à de nombreux secteurs et couvrent de nombreuses thématiques. Plusieurs des interventions implantées ailleurs dans le monde semblent prometteuses en terme de réduction des ISS comme l'action sur les habitudes alimentaires et la disponibilité des aliments sains ou encore la hausse des prix des produits du tabac. Cependant, les données probantes sont encore parcellaires ou sont souvent mitigées quant aux interventions efficaces sur l'amélioration des habitudes de vie et de leur lien avec la réduction des ISS, ce qui complexifie le processus décisionnel des gouvernements. Des résultats intéressants découlant de projets ciblant spécifiquement des milieux défavorisés sont à souligner comme le projet MURA en Slovaquie ou le projet de la Carélie-du-Nord en Finlande. Ces approches ciblées permettent de rejoindre des populations vulnérables qui souvent utilisent moins les services ou sont moins réceptives aux campagnes de prévention universelles. Concernant la mobilisation sur la pertinence d'agir sur les habitudes de vie, nous pouvons penser que les grandes priorités internationales adoptées par exemple par l'OMS favorisent l'engagement des acteurs autour de priorités d'action commune²⁰¹.

6.5 Soins et services de santé

Pourquoi agir?

L'universalité, la mutualisation, l'équité, et la qualité dans les soins et services de santé permettent de prévenir le creusement des ISS. L'accès aux soins et services de santé, c'est-à-dire obtenir un service de santé qui répond à un besoin ressenti et un désir de soins, est particulièrement important puisque des études européennes démontrent que les groupes socio-économiquement désavantagés ont moins fréquemment recours aux services de soins de santé, qu'ils soient préventifs ou curatifs, ce qui mène à une aggravation des problèmes de santé de ces populations^{202 203 204}. L'accès aux soins peut être limité par un certain nombre de facteurs liés au statut socioéconomique, mais aussi au manque d'infrastructures et de personnel ou encore à des barrières géographiques, linguistiques ou culturelles. Les interventions qui facilitent l'accès à des soins de qualité pour les personnes les plus vulnérables se doivent par conséquent de faire partie intégrante de la lutte contre les ISS. Parmi les mesures qui facilitent l'accès des populations vulnérables, la littérature scientifique souligne la couverture universelle, l'organisation des soins en fonction de besoins de populations ciblées ou encore le renforcement des capacités de la communauté.

Couverture universelle

INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES

Le Régime d'**Assurance-maladie**²⁰⁵ permet à tous les résidents du Québec d'obtenir des services médicaux gratuits. Les services couverts par le régime d'assurance-maladie sont ceux qui sont nécessaires sur le plan médical et rendus par un médecin omnipraticien ou par un médecin spécialiste. L'assurance-maladie couvre aussi des soins dentaires et optométriques pour certaines clientèles, dont les enfants, les personnes âgées et les personnes bénéficiaires de l'aide sociale ou de solidarité sociale depuis au moins une année. Un autre régime public universel, le régime d'assurance-hospitalisation²⁰⁶, permet l'accès à des services hospitaliers gratuits. Enfin, le **Régime public d'assurance médicaments**²⁰⁷ couvre les personnes qui n'ont pas accès à un régime privé d'assurances pour défrayer les coûts des médicaments.

Exemples prometteurs à l'étranger

- La couverture universelle des soins de santé en France

En France, la couverture universelle protège la population contre les principales dépenses liées au risque de maladie. La Loi du 27 juillet 1999 sur la création de la Couverture médicale universelle (CMU) offre à tous l'accès à des soins gratuits avec un minimum de démarches administratives. Cette loi étend la couverture aux personnes qui en étaient auparavant dépourvues et offre une couverture complémentaire aux personnes ayant de faibles revenus. Cependant, l'accès universel aux soins demeure un défi. En 2004, 13 % de la population française aurait renoncé à des services (soins dentaires, lunettes ou autres soins spécialisés) pour des raisons financières²⁰⁸. De plus, les étrangers en situation irrégulière (sans-papiers) et les patients en difficultés financières (personnes à faible revenu, personnes sans-abri, etc.) n'ont pas toujours accès aux soins dont ils ont besoin et de nombreuses

barrières sociales et géographiques persistent. Ces trous dans la couverture universelle ont été dénotés dans plusieurs pays européens qui offrent la couverture universelle²⁰⁹.

- Le remboursement des soins dentaires en Finlande

Le cas de la Finlande qui offre depuis 2001-2002 le remboursement des frais pour les soins de santé dentaire privés à tous les groupes d'âge est une exception. À la suite de cette mesure, l'utilisation des services dentaires a connu une augmentation notable dans ce pays. Cependant, il est intéressant de noter que malgré le fait que plus de personnes de faible niveau d'éducation ont accès à ces soins, cette catégorie de la population demeure celle qui les utilise le moins²¹⁰.

Organisation et accès aux soins

INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES

Le modèle d'organisation inscrit dans la Loi québécoise sur les services de santé et les services sociaux (LSSS)²¹¹ repose sur trois paliers de gouvernance, central, régional et local, et sur la complémentarité des établissements. Au palier local, des réseaux locaux de services regroupent l'ensemble des acteurs de santé et services sociaux autour d'un établissement appelé Centre de santé et de services sociaux (CSSS)²¹². Le CSSS doit mobiliser d'autres partenaires de son territoire comme les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les partenaires de l'éducation et du milieu municipal, afin de définir les besoins sociosanitaires de la population et identifier les objectifs d'amélioration de la santé, les services à offrir et leur organisation. Les services offerts par un CSSS doivent couvrir les besoins de l'ensemble de la population de son territoire, y compris les personnes vulnérables ou à faible revenu, même si ces personnes ne s'adressent pas directement aux établissements. Cette approche, qui coordonne l'offre de services en fonction d'une population sur un territoire donné, plutôt qu'en fonction des individus qui accèdent directement aux services, est appelée « responsabilité populationnelle ».

Le [Commissaire à la santé et au bien-être \(CSBE\)](#)²¹³ est chargé d'évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et de formuler des recommandations concernant notamment la performance du système en termes d'accès aux services et d'éthique. Les récents rapports du Commissaire sur la première ligne de soins²¹⁴, sur la périnatalité et la petite enfance²¹⁵ et sur la santé mentale²¹⁶, entre autres, formulent des recommandations

en faveur d'un meilleur accès aux services pour les groupes défavorisés.

Exemple prometteur à l'étranger

- La politique de soins de santé pour les personnes âgées au Royaume-Uni [National Service Framework for Older People](#)²¹⁷

En 2001, le Royaume-Uni a mis en place cette politique qui vise à garantir un accès équitable et de qualité à des soins et services sociaux intégrés pour les personnes âgées en insistant sur la nécessité pour les services de soutenir l'autonomie des personnes, de promouvoir la santé et de préconiser un changement culturel dans la prestation des services afin que les personnes âgées et leurs aidants soient traités avec respect, dignité et équité. Une évaluation réalisée auprès des personnes âgées démontre toutefois que malgré l'amélioration du temps d'attente et de l'efficacité des soins de santé primaires, l'accès à un médecin reste difficile, l'aide offerte est perçue comme fragmentée et impersonnelle et les hôpitaux comme des endroits risqués et mal organisés²¹⁸. Le programme-pilote [LinkAge Plus](#)²¹⁹ et les [Partnerships for Older People](#)²²⁰ ont permis d'étendre les principes de travail pour améliorer l'accès pour les personnes âgées. La recherche en gériatrie est pointée comme un incontournable pour comprendre l'expérience des personnes âgées et adapter les services à leurs besoins.

- L'intégration des services de santé mentale

Malgré de maigres résultats jusqu'ici, l'intégration des soins et services de santé mentale aux services et soins de santé primaires présente une autre avenue pouvant permettre d'atténuer les ISS. La recherche démontre qu'une approche holistique en santé mentale et physique possède plusieurs avantages notamment en termes d'accessibilité et de financement²²¹. Au Royaume-Uni, depuis 20 ans, le gouvernement a investi massivement dans les soins communautaires agissant de concert avec les services sociaux dans l'intégration des services de santé mentale aux soins de santé primaires et pour faire le lien entre les soins primaires et secondaires. Plus récemment, le gouvernement a présenté une stratégie [No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages](#)²²² dont l'un des objectifs vise directement l'accessibilité aux soins et services de santé mentale pour tous. Chacun des objectifs de cette stratégie a par ailleurs été analysé selon son impact sur l'équité²²³ pour différentes catégories de la population (en fonction de l'âge, du sexe, de l'appartenance ethnique, de l'orientation sexuelle, etc.).

Renforcement des compétences en santé au sein des communautés

INTERVENTION QUÉBÉCOISE

Un programme d'étude sur la santé (100 heures) fait partie de la [Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue](#)²²⁴ du MELS. Il vise à fonder les bases d'une action responsable et préventive en regard de la santé par l'acquisition de compétences dans le traitement de situations de vie où la gestion des habitudes est abordée sous l'angle de l'alimentation, de la condition physique, de la détente ou de la récupération.

Exemple prometteur à l'étranger

- Le programme *MiMi (With Migrants for Migrants)* en Allemagne²²⁵

Ce programme vise à rendre le système de santé plus accessible pour les personnes immigrantes en augmentant leur littératie en santé et en renforçant les capacités des communautés face au système de santé. Par la participation citoyenne et en misant sur la promotion de la responsabilité individuelle face à la santé, les personnes migrantes sont encouragées à s'investir dans un processus d'apprentissage qui leur permet d'obtenir des soins et services qui répondent à leurs besoins. L'échange de connaissances sur le fonctionnement du système de santé et l'accès aux ressources se fait par le biais de médiateurs interculturels appartenant à la communauté. D'autre part, les professionnels de la santé sont encouragés à développer eux aussi des connaissances concernant les communautés. Le programme a débuté avec des projets-pilotes dans quatre villes allemandes et s'étend aujourd'hui à 48 municipalités. Les évaluations réalisées auprès des participants à ce programme démontrent qu'il y a une nette augmentation de la population migrante qui a pu accéder à des soins et des services de santé²²⁶.

À RETENIR SUR LES SOINS ET SERVICES DE SANTÉ

+ Les interventions sur le système de soins et de services de santé peuvent atténuer ou creuser les ISS. La couverture universelle peut être vue comme une mesure favorisant l'équité, mais qui soulève par ailleurs plusieurs enjeux notamment au niveau de l'accès et de la qualité des services. Une façon de pallier au défi de l'accessibilité consiste à adapter les services aux besoins des populations les plus vulnérables afin de diminuer le risque que celles-ci soient laissées pour compte. Les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins témoignent de l'importance pour les services de santé d'être à l'écoute des besoins particuliers de certaines populations (aînés, immigrants, etc.), et plus encore, de l'apport de la communauté dans l'identification et la gestion de ces besoins. Plus de recherches sont nécessaires notamment en matière de littératie en santé où il existe peu d'évaluations rigoureuses de l'efficacité des mesures implantées au Canada ou à l'étranger.

À RETENIR QUANT AUX INTERVENTIONS GOUVERNEMENTALES AXÉES SUR LES DÉTERMINANTS



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

Il ressort de ce survol que la mobilisation politique autour des interventions déployées est cruciale. Nous pouvons penser que les grandes priorités adoptées par les gouvernements et les organisations internationales comme l'OMS permettent de mobiliser les acteurs autour de priorités d'action communes comme la lutte à l'obésité ou le développement durable en affirmant la pertinence des interventions en ce sens. Il est intéressant de noter qu'un enjeu stratégique comme le développement durable qui vise la prospérité sociale et économique peut s'accorder avec la lutte contre les ISS, comme le montrent les expériences britannique et française et à condition de centrer les interventions sur les dimensions sociales et non uniquement sur la protection de l'environnement. Des projets intersectoriels misant sur le développement économique, comme le projet MURA en Slovaquie (santé, agroalimentaire, tourisme, transport), ont eu des retombées intéressantes pour des populations défavorisées.

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

Ce survol fait également ressortir l'importance de la qualité des interventions implantées. Créer des emplois précaires ou dangereux pour la santé ou construire un parc de logements sociaux de piètre qualité aura peu d'effets sur la réduction des ISS et sur la santé. Par exemple, en matière de logement, la norme de qualité des logements sociaux au Pays de Galles a montré des résultats probants en termes d'amélioration de la santé des locataires ou encore, dans le secteur de la petite enfance, les expériences étrangères démontrent que la qualité des services de garde et des interventions auprès des enfants défavorisés est cruciale.

Outre la qualité des interventions, il semble que l'intégration des services offerts est souvent nécessaire pour que les populations plus défavorisées puissent y accéder. La cohérence entre les différents services s'adressant aux personnes vulnérables est donc primordiale pour assurer leur participation à ces interventions.

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

7 Défis et limites des interventions gouvernementales pour réduire les ISS

Ce document montre que les gouvernements peuvent, à travers des stratégies globales de lutte aux ISS, modifier leurs politiques économiques, sociales et de santé afin de favoriser l'équité sociale. Ces stratégies globales sont le résultat de nombreuses années d'efforts. La volonté et la stabilité politique, la défense de valeurs de justice sociale et d'équité ainsi qu'une gouvernance intersectorielle mobilisant les différents secteurs et niveaux de gouvernement sont des conditions qui en favorisent l'adoption et la mise en œuvre. Malgré les efforts investis, ces initiatives à grande échelle n'entraînent pas toujours les résultats escomptés. Même si elles favorisent souvent une amélioration de l'état de santé de tous les groupes sociaux, elles ne réussissent pas, bien souvent, à réduire les disparités de santé entre ceux-ci. Des interventions sectorielles ou intersectorielles plus spécifiques axées sur certains déterminants de la santé peuvent consolider ces approches globales en ayant une prise plus directe sur les ISS. Des interventions ciblant en priorité l'accès plus égalitaire aux ressources, comme celles visant le revenu, le travail, l'accès à l'éducation et aux services constitueraient des voies à privilégier, comme le proposent Link et Phelan (8). En outre, la mobilisation des différents acteurs autour de priorités d'action communes, la participation des citoyens aux interventions, la qualité des interventions et l'intégration des services offerts pour en favoriser l'accès représentent d'autres conditions favorables à l'implantation et au succès de ces mesures.

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

Inégalités sociales de santé

Société dont l'action politique a souvent porté des valeurs d'équité sociale, le Québec se positionne fréquemment comme à l'avant-garde dans la lutte contre la pauvreté au Canada et en Amérique du Nord²²⁷. Cependant, à l'instar de certains pays européens nettement engagés dans le développement de leurs politiques sociales, le Québec pourrait intervenir plus activement. Aussi, plus de dix années après son adoption, une appréciation des retombées de la Loi-cadre contre la pauvreté et l'exclusion sociale et de son éventail de mesures sociales sur la pauvreté s'avèrerait éclairante pour guider l'intervention sur les ISS. Nous savons déjà que plusieurs mesures adoptées par le gouvernement québécois comme les allocations familiales, les congés parentaux, et le programme de garderies à 7\$ protègent relativement les classes moyennes de la pauvreté, en particulier les familles et les enfants²²⁸. L'assurance médicament, le programme de primes au travail, les mesures de soutien à l'emploi et l'indexation des revenus d'aide sociale sont d'autres exemples de mesures identifiées comme ayant contribué à de récents succès (68). Le Québec fait aussi bonne figure en matière d'interventions en lien avec les saines habitudes de vie, quoiqu'elles contribuent relativement peu à la réduction des ISS. Le maintien et le renforcement d'une intervention étatique soutenue en matière de protection sociale et de santé demeurent ainsi incontournables pour lutter contre les ISS.

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

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

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

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

La mise en place d'un système officiel et reconnu pour mesurer et suivre l'évolution des ISS dans le temps est également nécessaire. Suite aux travaux menés par la Commission des déterminants sociaux de la santé, l'Organisation mondiale de la santé²²⁹ recommande justement aux pays qui veulent orienter leur développement sur l'avenue de l'équité en santé de minimalement mettre en place un système de suivi systématique des écarts sociaux de santé. Ce système, comportant quelques indicateurs clés, permettrait d'apprécier régulièrement et en continu les gains réalisés ou, au contraire, les fossés qui se creusent entre certains groupes de la population. Il permettrait donc de soutenir l'évaluation des retombées des différentes mesures d'atténuation des iniquités de santé. Le Québec vient de

s'engager sur cette voie en menant une réflexion concertée entre les acteurs nationaux et régionaux de la santé publique sur les prémices d'un système de suivi systématique des inégalités sociales de santé dont il importera d'assurer la pérennité²³⁰. Enfin, le développement des connaissances et une veille scientifique sur l'efficacité des interventions gouvernementales à l'égard des ISS permettraient de guider le gouvernement dans le choix et la révision de ses interventions.

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

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

Références

- ¹ Noël, Alain, 2009. *La loi 112 et les inégalités sociales*, Revue Développement Social, Volume 10, No 2.
<http://www.revueds.ca/la-loi-112-et-les-inegalites-sociales.aspx>
- ² Raynault, Marie-France, 2009. *Les inégalités sociales, un choix de société?* Revue Développement Social, Volume 10, No. 2.
<http://www.revueds.ca/les-inegalites-sociales-un-choix-de-societe.aspx>
- ³ Phelan, J C, Link B G, Tehranifar, P. 2010. *Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications*. Journal of Health and Social Behavior, 2010 51 : S28.
- ⁴ OMS, 2008, Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève, Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé.
- ⁵ St-Pierre L., Gauvin, FP, 2010, La gouvernance intersectorielle dans le cadre de la « santé dans toutes les politiques », un cadre conceptuel intégrateur. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
http://www.ccnpps.ca/docs/HiAP_FR.pdf
- ⁶ Puska P, 2007, « Editorial : Health in all policies », European Journal of Public Health, 17, (4) : 328.
- ⁷ WHO Regional Office for Europe, 1999, Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach *Gothenburg consensus paper*.
- ⁸ Phelan, J C, Link B G, Tehranifar, P. 2010. *Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications*. Journal of Health and Social Behavior, 2010 51 : S28.
- ⁹ Sonia Racine 2007. « Un tour d'horizon de l'exclusion ». *Service social n* No57 vol 1. En ligne. URI:
<http://id.erudit.org/iderudit/017990ar>
- ¹⁰ Pampalon R, D Hamel et P Gamache, 2008, *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec?* , Québec, Institut national de santé publique, 19 p.
- ¹¹ Pampalon, R., D. Hamel et P. Gamache, 2010. « Health inequalities in urban and rural Canada : Comparing inequalities in survival according to an individual and area-based deprivation index» *Health and Place*, 16 : 416-420.
- ¹² Direction de santé publique-Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012, *Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. 2e édition. Pp. 15-16.
- ¹³ Pampalon, R. D. Hamel, P. Gamache et G. Raymond, 2009. « Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, 29 (4) : 199-213.
- ¹⁴ Infocentre de santé publique du Québec, 2012. Indicateurs du plan commun de surveillance, [en ligne].
www.infocentre.inspq.quebec.ca/.
- ¹⁵ Institut national de santé publique du Québec, 2012. Données inédites.
- ¹⁶ Lasnier, B, B.-S. Leclerc et D. Hamel, 2012. *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*, Montréal, Institut national de santé public, 54 p.
- ¹⁷ L'exploitation du fichier des décès permet de quantifier l'écart d'espérance de vie à la naissance chez les hommes et chez les femmes selon la défavorisation pour deux points dans le temps, 1996 et 2006. Il est donc possible de surveiller l'évolution dans le temps des ISS face à la mortalité.
- ¹⁸ Institut canadien d'information sur la santé, 2008. *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*. Ottawa (Ont.) 149 p. Cette étude sur les écarts de santé en milieu urbain au Canada est réalisée à partir d'une application de l'indice de défavorisation aux données d'hospitalisation pour les années 2003-2004 à 2005-2006 et aux données des enquêtes de santé dans les collectivités canadiennes de 2003 et 2005.
- ¹⁹ Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2009), *State of the World's Indigenous Peoples*, New York: United Nations Publications.
- ²⁰ Adelson, N. (2005), The Embodiment of Inequity Health Disparities in Aboriginal Canada, *Canadian Journal of Public Health*, 96 (Supp 2): S45-S61.
- ²¹ RRSPQ, 2008. *Jeunesse autochtone et inégalités sociales de santé*, Carnet-synthèse, Réseau de recherche en santé des populations du Québec, juillet 2008.

- 22 Czyzewski, K. (2011). Colonialism as a Broader Social Determinant of Health. *The International Indigenous Policy Journal*, 2(1). <http://ir.lib.uwo.ca/iipj/vol2/iss1/5>.
- 23 Charlotte Loopie Reading et Wien F, (2009). Health inequalities and social determinants of Aboriginal Peoples' health. Prince George : National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- 24 CCNSA, 2009. *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009.
- 25 MSSS (2011). Pour guider l'action. Portrait de santé du Québec et ses régions. Cinquième rapport national sur l'état de santé de la population.
- 26 Michel Vézina et al. (2011). Résumé. Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST). Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail.
- 27 Institut de la statistique du Québec. Le Québec chiffres en main, édition 2012.
- 28 Québec, Conseil du statut de la femme. Portrait des Québécoises en 8 temps. Édition 2012. <http://www.csf.gouv.qc.ca/modules/fichierspublications/fichier-37-1646.pdf>
- 29 Mackenbach, JP, 2011. [Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy \(1997-2010\)](#), *Journal of Epidemiology in Community Health*, 2011, 65: 568-575.
- 30 Moberg, H, 2008, « Comparative Studies of policies on health inequalities – a literature review », in *Health for All? A Critical Analysis of Public Health Policies in Eight European Countries*, C Hogstedt, H Moberg, B Lundgren, M Backhans dir, Swedish National Institute of Public Health: 20.
- 31 Hogstedt, H Moberg, B Lundgren et M Backhans dir. 2008. *Health for All? A Critical Analysis of Public Health Policies in Eight European Countries*, Swedish National Institute of Public Health, p.116.
- 32 Department of Health, 2011. *Healthy lives, healthy people: update and way forward*. UK Government. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_128120
- 33 Acheson, Sir Donald. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. Department of Health, UK Government. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4097582
- 34 Department of Health, 1999. *Saving Lives: Our Healthier Nation*, UK Government. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008701
- 35 Department of Health, 1999. *Reducing Health Inequalities : An Action Report*, UK Government. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4042496.pdf
- 36 Department of Health, 2003. *Tackling Health Inequalities: Programme for Action*, UK Government. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4019362.pdf
- 37 Rapport du National Audit. (2010). *Tackling inequalities in life expectancy in areas with the worst health and deprivation*, UK Government.
- 38 Marmot, Sir Michael, 2010. *Fair Society Healthy Lives*, UK : The Marmot Review. <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
- 39 Selon le site European portal for Action on health Inequalities http://www.health-inequalities.eu/HEALTHYQUITY/EN/about_hi/health_inequalities/finland/. Il n'existe pas de version anglaise de ce document. Les commentaires sur son contenu dans le présent texte sont tirés du *Health 2015 Public Health Programme*.
- 40 Ministry of Social Affairs and Health, 2001. *Government Resolution on the Health 2015 public health programme*. Finland Government. <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/health2015/health2015.pdf>
- 41 Ministry of Social Affairs and Health, 2008. *National Action Plan to Reduce Health 2008-2011*, Finland Government. <http://pre20090115.stm.fi/pr1227003636140/passthru.pdf>
- 42 Ministry of Social Affairs and Health, 2010. *Socially sustainable Finland 2020. Strategy for social and health policy*, Finland Government. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-15321.pdf
- 43 The National Institute of Public Health, 2003. *Sweden's New Public-Health Policy*. Sweden. <http://www.jointcenter.org/hpi/sites/all/files/07-Sweden's%20New%20Public-Health%20Policy.pdf>
- 44 Sweden Government. *Policy areas. Youth Policy*. <http://www.government.se/sb/d/3781/a/172092>

- 45 SNIPH 2011. Public health of the future – everyone’s responsibility. A summary of the Swedish Public Health Policy Report 2010. Swedish National Institute of Public Health <http://www.fhi.se/en/Publications/All-publications-in-english/Public-health-of-the-future--everyones-responsibility-A-summary-of-the-Swedish-Public-Health-Policy-Report-2010/>
- 46 Voir les données statistiques compilées par le Norwegian Institute of Public Health : http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=238&trg=MainLeft_5976&MainArea_5811=5976:0:15,5012:1:0:0:::0:0&MainLeft_5976=5825:74845::1:5977:18:::0:0
- 47 Voir le rapport sur le développement humain 2011, *Durabilité et équité : un meilleur avenir pour tous*, Programme des nations unies pour le développement (PNUD). http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_FR_Complete.pdf
- 48 Ministry of Health and Care Services (MHCS), 2011. The Norwegian Public Health Act, Norway Government. http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer%20FHA_FOS/123.pdf
- 49 Directorate for Health and Social Affairs, 2005. *The Challenge of the Gradient*. Norway Government. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd01_en.pdf
- 50 Ministry of Health and Care Services, 2007. *National strategy to reduce social inequalities in health*, Report 20. Norway Government. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/norway_rd01_en.pdf
- 51 Ministry of Health and Care Services, 2006. National Health Plan for Norway (2007–2010), Proposition to the Storting No. 1 (2006–2007) Chapter 6 http://www.regjeringen.no/upload/HOD/National%20health%20plan_eng_06052007.pdf
- 52 Royal Norwegian Ministry of Labour and Social Inclusion, 2006–2007. *Work, Welfare and Inclusion, Report to the Storting N° 9*. http://www.regjeringen.no/Upload/AID/vedlegg/stmeld_9_2006_english.pdf
- 53 Royal Norwegian Ministry of Labour and Social Inclusion, 2009. *Action Plan against Poverty. Status 2008 and intensified efforts 2009*. http://www.regjeringen.no/upload/AID/publikasjoner/rapporter_og_planer/2008/Hplan_2008_fattigdom_english.pdf
- 54 Norwegian Ministry of Education and Research, 2006–2007. *Early Intervention for Lifelong Learning. Summary of Report to the Storting No 16*. http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20062007/016EN/PDFS/STM200620070016000EN_PDFS.pdf
- 55 Bryant, T., 2012. Applying the Lessons from International Experiences. Dans Raphael, D. et Scott-Samuel, A., *Tackling Health Inequalities. Lessons from International Experiences*, p. 273.
- 56 Mahoney, M., Simpson, S., Harris, E., Aldrich, R., Stewart Williams, J., 2004. *Equity Focused Health Impact Assessment Framework*. Newcastle: CHETRE UNSW and ACHEIA. http://hiaconnect.edu.au/old/files/EFHIA_Framework.pdf
- 57 Site Web d’Australian Health Inequities Program : <http://som.flinders.edu.au/FUSA/PublicHealth/AHIP/about.htm>
- 58 Programme national pour la santé des Autochtones en Australie : <http://www.fahcsia.gov.au/our-responsibilities/indigenous-australians/programs-services/closing-the-gap>
- 59 Australian Government, 2010. *Taking Preventative Action. A response to Australia: The Healthiest Country By 2020*. Report of the National Preventative Taskforce : Commonwealth of Australia 2010.
- 60 Australian Government, Australian National Preventive Health Agency, Strategic Plan 2011–2015. P. 13.
- 61 NWS Department of Health, 2004. *In All Fairness. Increasing equity in health across NSW*. NSW Health and Equity Statement. <http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2004/pdf/fairness.pdf>
- 62 OMS, Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, 2011, *Comblé le fossé : De la politiques à l’action sur les déterminants sociaux de la santé – Document de travail*.
- 63 Government of New Zeland. Ministry of Health. Reducing Inequalities in Health : <http://www.health.govt.nz/publication/reducing-inequalities-health>
- 64 Informations sur le programme *Working for Families* : <http://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/work-programmes/policy-development/working-for-families/future-directions-working-for-families.html>
- 65 Informations sur le programme *Whānau Ora* : <http://www.health.govt.nz/our-work/populations/maori-health/whanau-ora>
- 66 Signal, L., Martin, J., Cram, F., and Robson, B., 2008. *Health Equity Assessment Tool : A User Guide*. Wellington, New Zealand : Ministry of health. <http://www.health.govt.nz/publication/health-equity-assessment-tool-users-guide>
- 67 Informations sur le *Public Health Bill* : <http://www.health.govt.nz/about-ministry/legislation-and-regulation/legislation-ministry-administers/public-health-bill>

- 68 Noël, Alain, 2009. *La loi 112 et les inégalités sociales*, Revue Développement Social, Volume 10, No 2. <http://www.revueds.ca/la-loi-112-et-les-inegalites-sociales.aspx>
- 69 Gouvernement du Québec, 2001. *Loi sur la santé publique*. Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html
- 70 Gouvernement du Québec, 2002. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/L_7/L7.html
- 71 MSSS, 2005. *Article 54 de la Loi sur la santé publique. Bilan de mise en oeuvre Juin 2002 – Janvier 2005*. Gouvernement du Québec. <http://politiquespubliques.inspq.qc.ca/fichier.php/60/Bilanarticle54.pdf>
- 72 Conseil exécutif. Secrétariat des comités ministériels. http://www.mce.gouv.qc.ca/comites_ministeriels/secretariat_comites_ministeriels.htm
- 73 Gouvernement du Québec, 2002. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/L_7/L7.html
- 74 Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale *La volonté d'agir – la force de réussir* : <http://www.mess.gouv.qc.ca/grands-dossiers/lutte-contre-la-pauvrete/index.asp>
- 75 Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS), 2009. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* (L.R.Q., chapitre L-7) Faits saillants et application de la Loi, Institut national de santé publique du Québec. http://www.ccnpps.ca/docs/Loi112_FaitsApplicationFR.pdf
- 76 Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP), 2007. *Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013*, Gouvernement du Québec. http://www.mddep.gouv.qc.ca/developpement/strategie_gouvernementale/strat_gouv.pdf
- 77 MDDEP. Comité interministériel du développement durable. <http://www.mddep.gouv.qc.ca/developpement/comite.htm>
- 78 Gouvernement du Québec, Programme national de santé publique, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2008. <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/f83b3d7956d513758525743c0068adff?OpenDocument>
- 79 Ridde, V. 2007. Reducing social inequalities in health: public health, community health or health promotion? IUHPE, Promotion & Education, vol. XIV, no. 2, 2007.
- 80 Direction de la santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. Les inégalités sociales de la santé, 1998, 92 pages.
- 81 Site de l'observatoire montréalais des inégalités sociales et de santé : <http://www.omiss.ca/>
- 82 Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté 2002. *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : Orienter et soutenir l'action!* <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-207-01.pdf>
- 83 Revue Kaleïdoscope. <http://www.mediak.ca/>
- 84 Direction de la santé publique de Montréal-centre. Rapport du directeur de santé publique 2011 : Les inégalités sociales de santé à Montréal : le chemin parcouru. http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-115-2.pdf
- 85 Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec, Mai 2012. http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/santepublique/direction/RapportDSP/rapportdsp_2012_finale_version_web.pdf
- 86 Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale http://www.dspq.qc.ca/documents/RapportISS_versionintegrale.pdf
- 87 *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada*, 2008. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/index-fra.php>
- 88 *Rapports du sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales des sciences et de la technologie*, 2008. Comités du Sénat : Parlement du Canada. http://www.parl.gc.ca/SenCommitteeBusiness/CommitteeReports.aspx?parl=39&ses=2&comm_id=605&Language=F
- 89 Gouvernement du Canada, 1985. *Loi canadienne sur la santé L.R.C., ch. C-6*, Canada. <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/>

- 90 Service Canada <http://www.servicecanada.gc.ca/fra/sc/ae/index.shtml>
- 91 Service Canada <http://www.servicecanada.gc.ca/fra/psr/sv/svtabmat.shtml>
- 92 Service Canada <http://www.servicecanada.gc.ca/fra/psr/pub/sv/srgprincipale.shtml>
- 93 Cutler, D.M et Lleras-Muney, A. (2006). *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*. NBER Working Paper No. 12352. JEL No. I1, I2.
- 94 Commission des déterminants sociaux de la santé. (2009). *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la commission, résumé analytique, OMS.
- 95 Wood, D. (2003). « Effect of Child and Family Poverty on Child Health in the United States », *Pediatrics*, 112 (3): 707-11
- Lopez, A., Moleux, M., Schaetze, F. et Scotton, C. (2011) *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance : santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*. Rapport, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), France.
- Gouvernement du Québec, 2007. Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : *Riches de tous nos enfants : la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05.pdf>
- 96 <http://www.rqap.gouv.qc.ca/index.asp>
- 97 Site Web du Régime des rentes du Québec : <http://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/accueil/Pages/accueil.aspx>
- 98 http://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/programmes/soutien_enfants/Pages/soutien_enfants.aspx
- 99 http://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/programmes/soutien_enfants/supplement/Pages/supplement.aspx
- 100 <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/parents/programme-contribution-reduite/Pages/index.aspx>
- 101 Ministère de la Famille et des Aînés, 2007. *Accueillir la petite enfance*. Le programme éducatif des services de garde du Québec. http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/programme_educatif.pdf
- 102 Projet de loi n°23 : Loi modifiant la Loi sur l'instruction publique concernant certains services éducatifs aux élèves vivant en milieu défavorisé et âgés de quatre ans <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-23-40-1.html>
- 103 Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Cadre de référence. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf>
- 104 <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Famille/travail-famille/programme/Pages/milieus-travail.aspx>
- 105 <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Famille/travail-famille/norme/Pages/index.aspx>
- 106 <http://www.education.gov.uk/vocabularies/educationtermsandtags/1418>
- 107 Melhuish, E., Belsky, J. et Barnes, J. (2010). *Le programme Sure Start et son évaluation en Angleterre*. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. En ligne : <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Melhuish-Belsky-BarnesFRxp1.pdf>
- 108 Johnson, S. (2011). Impact of social science on policy: Sure Start case study. Report to Economic and Social Research Council (ESRC). 8 novembre 2011 http://www.esrc.ac.uk/_images/Sure_Start_final_report_tcm8-20116.pdf
- 109 UNICEF, Innocenti Research Centre. (2007). *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries*. Report card 7, Unicef, Florence : 2. En ligne : http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf
- 110 Paquet, G. (2009). Atelier 'Petite enfance'. Les inégalités sociales à la petite enfance : comment réduire leur répercussions à l'âge adulte? , *Éducation Santé*, no 245, mai 2009.
- 111 Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2009. *L'école, j'y tiens ! Tous ensemble pour la réussite scolaire*. Gouvernement du Québec.
http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/publications/EPEPS/Formation_jeunes/LEcoleJyTiens_TousEnsemblePourLaReussiteScolaire.pdf
- 112 Ministère de l'éducation, 2002. *Agir autrement pour la réussite des élèves du secondaire en milieu défavorisé*. Stratégie d'intervention pour les écoles secondaires. Gouvernement du Québec.
http://www.fse.qc.net/fileadmin/user_upload/documents/VP/SIAA/2_%E2%80%933_Agir_autrement_pour_la_reussite_des_eleves_en_m.pdf
- 113 Voir le rapport d'évaluation de la stratégie *Agir autrement* : http://www.gres-umontreal.ca/download/feuilleter_fr.pdf

- 114 Site Web de l'approche École en santé : <http://ecoleensante.inspq.qc.ca>
- 115 Site Web de l'Aide financière aux études : <http://www.afe.gouv.qc.ca/>
<http://www.afe.gouv.qc.ca/fr/autresProgrammes/etudesTravail.asp>
- 116 Department of Education and Science, 2005. *Delivering Equality of Opportunity In School. An Action Plan for Educational Inclusion*. Ireland. http://www.education.ie/en/Publications/Policy-Reports/deis_action_plan_on_educational_inclusion.pdf
- 117 OECD. (2011). *Project Overcoming School Failure: Policies that Work*. National Report Ireland. Department of Education and Skills. En ligne : <http://www.oecd.org/ireland/49624509.pdf>
- 118 Ministère de l'Éducation et de la recherche, 2006. *Un effort précoce pour une éducation permanente*. Résumé du Livre Blanc No. 16 (2006-2007) adressé au Parlement par le gouvernement norvégien.
http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/St.meld.nr.16/Sammendrag_fransk%20oversettelse_2802.pdf
- 119 Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2009. *L'école, j'y tiens! Tous ensemble pour la réussite scolaire*. Gouvernement du Québec.
- 120 Information sur le programme d'aide sociale : <http://www.mess.gouv.qc.ca/solidarite-sociale/programmes-mesures/assistance-emploi/>
- 121 Information sur le programme de solidarité sociale : <http://www.mess.gouv.qc.ca/solidarite-sociale/programmes-mesures/assistance-emploi/>
- 122 Information sur le programme Alternative jeunesse : <http://www.mess.gouv.qc.ca/solidarite-sociale/programmes-mesures/alternative-jeunesse/>
- 123 Site Web du Régime des rentes du Québec : <http://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/accueil/Pages/accueil.aspx>
- 124 Stratégie de mobilisation tous pour l'emploi : http://www.mess.gouv.qc.ca/grands-dossiers/tous_pour_emploi.asp
- 125 Information sur le Pacte pour l'emploi : <http://www.pacte-emploi.gouv.qc.ca/>
- 126 Information sur l'aide à l'emploi : <http://emploiquebec.net/individus/emploi/index.asp>
- 127 Information sur les subventions salariales : <http://emploiquebec.net/individus/emploi/subventions.asp>
- 128 Information sur la formation de la main-d'œuvre : <http://emploiquebec.net/individus/emploi/formation.asp>
- 129 Information sur la prime au travail : http://www.revenuquebec.ca/fr/citoyen/credits/prime_travail/default.aspx
- 130 Information sur la Stratégie québécoise de l'entrepreneuriat :
http://www.mdeie.gouv.qc.ca/objectifs/informer/entrepreneuriat/page/strategies-14248/?tx_igaffichagepages_pi1%5Bmode%5D=single&tx_igaffichagepages_pi1%5BbackPid%5D=72&tx_igaffichagepages_pi1%5BcurrentCat%5D=&cHash=34b6652e66969320386c9e64ccc30a56
- 131 Information sur l'aide aux travailleuses et travailleurs âgés : <http://emploiquebec.net/individus/travailleurs-ages/index.asp>
- 132 Information sur le Programme d'aide à l'intégration des immigrants et des minorités visible en emploi (PRIME):
<http://emploiquebec.net/individus/immigrants-minorites/prime.asp>
- 133 Selon les tableaux comparatifs disponibles sur le site de la Commission Européenne :
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=815>.
- 134 Kangas, O. (2010). One hundred years of money, welfare and death : mortality, economic growth and the development of the welfare state in 17 OECD countries. *International Journal of Social Welfare*, 19:S42-S59.
- 135 Ferrarini, T. et Norström T. (2010). Family policy, economic development and infant mortality: a longitudinal comparative analysis. *International Journal of Social Welfare*. 19: S89-S102.
- 136 Royal Norwegian Ministry of Labour and Social Inclusion: *Work, Welfare and Inclusion*:
http://www.regjeringen.no/Upload/AID/vedlegg/stmeld_9_2006_english.pdf
- 137 New Zealand Government. *Labour Market and Employment Strategy: Better Work, Working Better*.
<http://www.dol.govt.nz/PDFs/better-work.pdf>
- 138 Scottish Government and Health Action Partnership International. *Working for Equity in Health : The role of work, worklessness and social protection in health inequalities. Context, situation analysis and evidence review*. 16th January 2012.
- 139 Deena White (chercheuse responsable) (2011). *Vers une politique saine d'activation : L'impact sur la santé et bien-être des prestataires d'aide sociale de l'intégration des services de sécurité du revenu et d'employabilité*. Université de Montréal 2011.

- 140 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2010. *Le Québec mobilisé contre la pauvreté*. Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015. Gouvernement du Québec.
<http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index.asp?categorie=0106201#liste>
- 141 Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014. *Politique nationale de lutte à l'itinérance : ensemble pour éviter la rue et en sortir*. Gouvernement du Québec.
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a8196cc9e89d272585257c8c00631337?OpenDocument>
- 142 Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009. *Pour leur redonner... la dignité, la confiance, un toit, la santé, l'espoir, un avenir*. Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013. Gouvernement du Québec.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-846-01.pdf>
- 143 Information sur la Politique gouvernementale sur l'action communautaire : <http://www.mess.gouv.qc.ca/sacais/action-communautaire/politique-reconnaissance-soutien.asp>
- 144 Information sur l'aide juridique: <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/sujets/glossaire/aide-jur.htm>
- 145 Information sur la Stratégie action jeunesse 2009-2014 : <http://www.jeunes.gouv.qc.ca/strategie/>
- 146 Information sur la Stratégie en faveur des aînés : <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/strategie-action/Pages/index.aspx>
- 147 Loi sur l'équité salariale au Québec.
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/E_12_001/E12_001.htm
- 148 Secrétariat à la condition féminine du ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, 2011. *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*. Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015. Gouvernement du Québec.
http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/politique/Plan_d_action_complet_2011-06-13.pdf
- 149 La diversité : une valeur ajoutée. Plan d'action gouvernemental pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec 2008-2013. <http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/PlanActionFavoriserParticipation.pdf>
- 150 Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale au Québec : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/E_20_1/E20_1.html
- 151 Information sur le programme *À part entière* : <http://www.ophq.gouv.qc.ca/partenaires/politique-a-part-entiere.html>
- 152 Social Inclusion Unit Department of the Prime Minister and Cabinet, 2009. *A Stronger, Fairer Australia*. Australian Government.
http://www.socialinclusion.gov.au/sites/www.socialinclusion.gov.au/files/publications/pdf/brochure_stronger_fairer_australia.pdf
- 153 Gouvernement of Ireland, 2007. *National Action Plan for Social Inclusion 2007-2016*. Dublin, Ireland.
<http://www.socialinclusion.ie/nationalactionplan2007.html>
- 154 Loi sur les normes du travail au Québec :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/N_1_1/N1_1.html
- 155 http://www.travail.gouv.qc.ca/lois_et_reglements/code_du_travail.html
- 156 Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_3_001/A3_001.html
- 157 Loi sur la santé et sécurité du travail :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_1/S2_1.html
- 158 Loi sur l'environnement de travail en Norvège : <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=92156>
- 159 Loi sur le développement durable au Québec :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/D_8_1_1/D8_1_1.html
- 160 Information sur la Stratégie gouvernementale de développement durable du Québec :
http://www.mddep.gouv.qc.ca/developpement/strategie_gouvernementale/index.htm
- 161 République française. Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie. Stratégie nationale de développement durable de la France : <http://www.developpement-durable.gouv.fr/Strategie-nationale-de-17803.html>
- 162 Profession Banlieue, 2009. *Développement durable et politique de la ville. Pour un enrichissement réciproque*, DAC Communication.

- 163 Loi sur l'aménagement et l'urbanisme :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_19_1/A19_1.html
- 164 Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, 2011. *Nos territoires : y habiter et en vivre!* Stratégie pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 2011-2016. Gouvernement du Québec.
http://www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/occupation_territoire/strategie_occupation.pdf
- 165 Loi pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires:
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/O_1_3/O1_3.html
- 166 Information sur la revitalisation urbaine intégrée sur le site web de Villes et Villages en santé :
<http://www.rqvvs.qc.ca/fr/membres-et-projets/projet/revitalisation-urbaine-integree>
- 167 Information sur le programme *Socially Integrative City* : http://www.stadtentwicklung.berlin.de/soziale_stadt/index_en.shtml
- 168 Matinez, Z.M. et Ciocchetto, A., 2009. *Catalonian Neighbourhood Development Law : the Gender Perspective as a Planning Tool*, The 4th International Conference of the International Forum on Urbanism (IFoU) 2009, The New Urban Question – Urbanism beyond Neo-Liberalism, Amsterdam/Delft.
- 169 Sierra, I., 2002. *The Health in Neighbourhood Strategy : Integrated actions in areas with special social and health need*.
<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/the-health-in-neighborhoods-strategy>
- 170 Plan stratégique de la Société d'habitation du Québec (SHQ) 2011-2016 :
<http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/publications/0000021415.pdf>
- 171 Informations sur les programmes de la SHQ :
http://www.habitation.gouv.qc.ca/statistiques/regroupements/parc_de_logements_sociaux/le_parc_de_logements_sociaux.html
- 172 Information sur le programme Habitation à loyer modique (HLM) de la SHQ :
<http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/vivre-en-logement/Pages/programme-habitations-loyer-modique.aspx>
- 173 MSSS et SHQ, 2007. *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social – Une action intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, Gouvernement du Québec.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-845-01.pdf>
- 174 Loi sur les compétences municipales :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_47_1/C47_1.html
- 175 Minister of Housing and Regeneration, 2010. *Improving Lives and Communities. Homes in Wales*. Welsh Assembly Government. <http://wales.gov.uk/docs/desh/publications/100421housingstrategyen.pdf>
- 176 Minister of Housing and Regeneration, 2008. *Housing Quality Standard*. Revised Guidance for Social Landlords on Interpretation and Achievement of the Welsh Housing Quality Standard. Welsh Assembly Government.
<http://wales.gov.uk/docs/desh/publications/091207housingwhqsguide.pdf>
- 177 Wales Audit Office, 2012. *Social Landlords' Performance in Achieving the Welsh Housing Quality Standard (Revised)*. Evaluation Report. Welsh Assembly Government.
<http://wales.gov.uk/docs/desh/publications/121011housingwhqsreviseden.pdf>
- 178 Information sur le Programme d'aide gouvernementale au transport adapté :
http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/grand_public/transport_collectif/transport_adapte
- 179 Stratégie nationale de mobilité durable :
http://www.mobilitedurable.gouv.qc.ca/portal/page/portal/grand_public/transport_collectif/strategie_nationale_mobilite_durable
- 180 Information sur la Politique québécoise du transport collectif :
http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/grand_public/transport_collectif/politique_quebecoise_transport_collectif
- 181 Ministère des transports, 2008. *La politique sur le vélo. Du loisir à l'utilitaire : Le vélo, un moyen de transport à part entière*. Gouvernement du Québec.
http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/Librairie/Publications/fr/v%E9lo/velo_politique2008.pdf
- 182 Dancourt, F.(2008). Gouvernance urbaine à Bogotá. Fiche synthèse. Convention Urbanistes du Monde – Master STU ScPo, Fondation Léopold Mayer.

- 183 <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270626001.pdf> p.77
- 184 Janßen C, Sauter, S.Kowalski, C. 2012. The influence of social determinants on the use of prevention and health promotion services: Results of a systematic literature review. *Psychosoc Med*. 2012;9:Doc07. doi: 10.3205/psm000085. Epub 2012 Oct 25.
- 185 MSSS, 2006. *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir*, Gouvernement du Québec.
- 186 Loi instituant le Fonds pour le développement du sport et de l'activité physique : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/F_4_003/F4_003.html
- 187 Site Web de Kino-Québec : <http://www.kino-quebec.qc.ca/qui.asp>
- 188 Information sur le programme éducatif en services de garde : <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/cpe-garderies/programme-educatif/programme-educatif/Pages/index.aspx>
- 189 Buzeti, T. et Zakotnik, J. M., 2008. *Investment for Health and Development in Slovenia. Programme MURA*. Centre for Health and Development Murska Sobota. http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Fact/March/0310_publikacija.pdf
Information sur le programme MURA en Slovénie : <http://data.euro.who.int/Equity/hidb/Resources/Details.aspx?id=9>
- 190 Nordic Council of Ministers, 2006. *A better life through diet and physical activity Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity*. Copenhagen, Danemark.
http://www.norden.org/en/publications/publikationer/2006-746/at_download/publicationfile
- 191 Information sur le projet de la Carélie-du-Nord : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1564_CarelieNordMouvSocSainesHabitudesVie.pdf
- 192 Norwegian Ministries, 2007. *Recipe for a Healthier Diet*. Norwegian Action Plan on Nutrition 2007-2011. Ministry of Health and Care Services. <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/SEM/Kostholdsplanen/IS-0238%20kortversjon%20eng.pdf>
- 193 MSSS, 2008. *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire*. Gouvernement du Québec.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-208-01.pdf>
- 194 Food Poverty Eradication Bill: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200102/cmbills/069/2002069.pdf>
- 195 Bergeron, P. et Reyburn, S., 2010. *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids*. Collection Politiques publiques et santé, INSPQ, Québec.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1108_ImpactEnvironBati.pdf
- 196 Loi sur le tabac : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/T_0_01/T0_01.html
- 197 MSSS, 2010. *Le Québec respire mieux*. Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-006-06F.pdf>
- 198 Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. *Unis dans l'action*. Gouvernement du Québec.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-804-01.pdf>
- 199 Ministerial Council on Drug Strategy, 2011. *National Drug Strategy 2010-2015. A framework for action on alcohol, tobacco and other drugs*. Commonwealth of Australia.
[http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/DB4076D49F13309FCA257854007BAF30/\\$File/nds2015.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/DB4076D49F13309FCA257854007BAF30/$File/nds2015.pdf)
- 200 Ministry of Health Manatu Hauora: Preventing and Minimising Gambling Harm: Six-year strategic plan 2010/11-2015/16 : <http://www.health.govt.nz/publication/preventing-and-minimising-gambling-harm-six-year-strategic-plan-2010-11-2015-16>
- 201 WHO, 2010. *Review of physical activity promotion policy development and legislation in European Union Member States*, Project on monitoring progress on improving nutrition and physical activity and preventing obesity in the European Union, Report no. 10. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/146220/e95150.pdf
- 202 Frenk, J., 1992. *The concept and measurement of accessibility*. Health Services Research: An Anthology. Pan American Health Organization (Editors) Washington, 17: 858-864.
- 203 Penchansky, R., Thomas, W.J., 1981. *The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction*. Medical Care; 19(2): 127-140.

- 204 Mackenbach, J P., Kunst, A. E., 2012. *Evidence for strategies to reduce socioeconomic inequalities in health in Europe*. Dans Figueras, J., McKee, M. Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being, McGraw Hill & Open University Press, Chapitre 7, p.153-174.
- 205 Site Web de la RAMQ :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_28/A28.html
- 206 Loi sur l'assurance-hospitalisation :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_28/A28.html
- 207 Information sur le Régime public d'assurance médicaments : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/Pages/accueil.aspx>
- 208 Lang T, 2008, « Inégalités sociales de santé et de soins. Le couple inégalités par omission, inégalités par construction », présentation faite le 17 novembre 2008 à la Rencontre francophone internationale sur les ISS des Journées annuelles de santé publique.
http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2008/13_35_Thierry_Lang.pdf
- 209 European Commission. (2008). *Quality and equality of access to healthcare*, European Health Management Association (EHMA), Bruxelles.
- 210 Widström, Eeva. *Extension of publicly funded dental care to all. Health Policy Monitor*, October 2006. Available at <http://www.hpm.org/survey/fi/a8/2>
Lien Nguyen, 2008. *Dental Service Utilization, Dental Health Production and Equity in Dental Care: the Finnish Experience*. STAKES, Research Report 173. Helsinki, Finlande.
- 211 Gouvernement du Québec. Loi sur la santé et les services sociaux :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html
- 212 Information sur les Centre de santé et de services sociaux (CSSS) : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>
- 213 Site du CSBE : <http://www.csbe.gouv.qc.ca>
- 214 Le Commissaire à la santé et au bien-être, 2009. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, Gouvernement du Québec, 136 p.
- 215 Le Commissaire à la santé et au bien-être, 2011. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations*. Gouvernement du Québec, 302 p.
- 216 Le Commissaire à la santé et au bien-être, 2012. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Gouvernement du Québec, 179 p.
- 217 Department of Health, 2001. *National Service Framework for Older People*. Government of UK.
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4071283.pdf
- 218 Manthorpe, J., 2007. *Accessing Services and Support*, dans Gates, B. (ed), *Learning Disabilities: Toward Inclusion*, pp. 85-104, Edinburgh: Churchill Livingstone.
- 219 Davis, H. et Ritters, K., 2009. *LinkAge Plus National Evaluation: End of Project Report*. Research Report No 572. Department of Work and Pensions. Government of UK. <http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2009-2010/rrep572.pdf>
- 220 Personal Social Services Research Unit for Department of Health, 2010. *National Evaluation of Partnerships for Older People Projects : final report*. Government of UK.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_111240
- 221 World Health Organization / World Organization of Family Doctors, 2008. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. http://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintoprimarycare/en/index.html
- 222 Government of UK. Department of Health. *No Health without mental health : a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages* :
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_123766
- 223 Department of Health, 2011. *No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes strategy for people of all ages*. Analysis of the Impact on Equality (AIE) :
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_123989.pdf

- ²²⁴ Ministère de l'Éducation, 2002. *Apprendre tout au long de la vie. Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue*. Gouvernement du Québec. http://www.mels.gouv.qc.ca/REFORME/formation_con/annexe1.htm
- ²²⁵ Information sur le programme *MiMi-With Migrants for Migrants* en Allemagne: <http://data.euro.who.int/Equity/hidb/Resources/Details.aspx?id=2>
- ²²⁶ Salman, R., Weyers, S. *Germany: With Migrants for Migrants*. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: Health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. *With Migrants for Migrants - Intercultural Health in Germany*. DETERMINE EU Consortium for action on the socio-economic determinants of health, 2009 (accessed 6 December 2009).
- ²²⁷ Roy, M-R., Fréchet, G., Savard, F. 2008. « Le Québec, à l'avant-garde de la lutte contre la pauvreté au Canada ». Options politiques, septembre 2008. <http://www.irpp.org/fr/options-politiques/travail-et-pauvrete-au-canada/le-quebec-a-lavant-garde-de-la-lutte-contre-la-pauvrete-au-canada-fr-ca/>
- ²²⁸ Raynault, Marie-France, 2009. *Les inégalités sociales, un choix de société?* Revue Développement Social, Volume 10, No. 2. <http://www.revueds.ca/les-inegalites-sociales-un-choix-de-societe.aspx>
- ²²⁹ Organisation mondiale de la santé (2011). Comblé le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf
- ²³⁰ Pampalon, R. et al., 2013. Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec, Institut national de santé publique du Québec, 81 p. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1698_StratIndicSurvISSQc.pdf

www.inspq.qc.ca