



Les déterminants sociaux de la santé et les soins infirmiers : Résumé des enjeux

Quel est l'enjeu?

Dans tous les pays, c'est un fait connu que les plus pauvres ont une espérance de vie beaucoup plus courte que les plus riches et qu'ils sont aussi plus malades que ces derniers. On observe ce phénomène depuis le 19^e siècle, au moins, époque au cours de laquelle œuvraient les classes ouvrières de l'Angleterre victorienne dont Chadwick a étudié la santé (1965).

Deux études contemporaines réalisées par des Britanniques ont eu une grande influence en raison de la manière dont elles ont documenté le lien entre les facteurs socio-économiques et l'état de santé. Dans le cadre de l'étude Whitehall sur la fonction publique, on a comparé l'état de santé de certaines personnes au fil du temps par rapport au poste qu'elles occupaient au sein d'une hiérarchie bien définie. Les personnes qui se situaient aux échelons inférieurs de la hiérarchie couraient trois fois plus de risques de décéder d'une cardiopathie ou d'un accident vasculaire cérébral, d'un cancer, d'une maladie gastro-intestinale, d'un accident ou d'un suicide que celles qui se situaient au sommet de la hiérarchie. On n'a pas pu expliquer ces écarts par des différences sur le plan des soins médicaux.

Le Secrétariat d'État à la Santé de la Grande-Bretagne s'inquiétait de savoir pourquoi, 30 ans après la mise sur pied du National Health Service (qui rendait universel l'accès aux services de santé, peu importe le revenu), il persistait des écarts significatifs au chapitre de la mortalité entre les classes sociales. Le rapport Black, publié en 1980 (Townsend *et al.*, 1992), concluait que ces écarts sur le plan de l'état de santé ne découlaient pas des différences individuelles, mais plutôt des différences structurelles dans la façon dont les membres de ces différentes classes menaient leur vie. Le rapport comprenait toute une gamme de facteurs considérés à l'heure actuelle comme les déterminants sociaux de la santé, à savoir le revenu, l'emploi et les conditions de travail, le logement, l'instruction, la nutrition, le stress et la violence.

Les déterminants sociaux de la santé ont une incidence marquée sur la prédisposition des personnes et des groupes à la maladie, ainsi que sur la façon dont ces derniers vivent la maladie et s'en remettent. Il est essentiel que les infirmières et les infirmiers comprennent bien l'incidence de ces facteurs sur les personnes et les groupes avec lesquels ils travaillent et les intègrent à leurs évaluations. Cette information peut influencer le choix d'intervention et le besoin de recourir à d'autres ressources communautaires. À un niveau plus général, les infirmières et les infirmiers peuvent tirer profit de leur expérience pour plaider en faveur de politiques progressistes qui portent sur les déterminants sociaux de la santé.

Pourquoi cet enjeu est-il important?

Dans quelle mesure cet enjeu est-il lié à la santé des Canadiens?

La génétique et les facteurs de risque habituels, tels que l'activité, l'alimentation et le tabagisme, ne sont pas les meilleurs paramètres de prévision pour établir si une personne demeurera en santé ou si elle sera exposée à la



Document d'information de l'AIC

maladie. Certains des meilleurs facteurs de prévision du diabète de type 2, de la crise cardiaque, de l'accident vasculaire cérébral et de nombreuses autres maladies sont des déterminants sociaux.

On appelle déterminants sociaux de la santé les conditions socio-économiques qui ont des répercussions sur la santé de l'ensemble des personnes, des communautés et des provinces et territoires. Les déterminants sociaux de la santé font en sorte qu'une personne demeure saine ou soit atteinte de maladie (définition restreinte de la santé). Ces déterminants établissent également dans quelle mesure une personne possède les ressources physiques, sociales et personnelles nécessaires à l'établissement et à la réalisation de ses aspirations personnelles, à la satisfaction de ses besoins et à sa capacité de faire face au milieu (définition élargie de la santé). Les déterminants sociaux de la santé concernent la quantité et la qualité d'une série de ressources qu'une société met à la disposition de ses membres.

(Raphael, 2004, page 1) [Traduction libre]

Une foule de preuves viennent appuyer l'idée selon laquelle la situation socio-économique des personnes et des groupes a au moins autant d'incidence, sinon plus, sur l'état de santé que les soins médicaux et les comportements personnels. L'Organisation mondiale de la Santé relève les facteurs suivants parmi les déterminants de la santé les plus importants (Wilkinson et Marmot, 2003) :

La pauvreté

- La pauvreté absolue (le fait de ne pas être en mesure de se procurer des ressources de base telles que la nourriture et le logement) a une profonde incidence sur l'état de santé. Ce sont les gens qui vivent dans la rue qui présentent les plus grands risques de décès prématuré. En plus des effets directement liés au fait qu'une personne soit pauvre, sa santé est mise en péril si la personne en question habite un quartier où le taux de chômage et le nombre de logements insalubres sont élevés, dont le milieu est pauvre et l'accès aux services est limité. (Wilkinson et Marmot, 2003)
- Le Canada a fait peu de progrès pour régler la question de la pauvreté. En 2000, la pauvreté touchait 14,7 % des Canadiens. Ce pourcentage est plus élevé qu'avant la récession de 1989 (13,9 %). Seul le groupe des personnes âgées a vu son taux de pauvreté diminuer au cours de cette période (il est passé de 22,5 % à 16,4 %). (Curry-Stevens, 2004)
- La pauvreté chez les enfants au Canada a augmenté au cours des années 1990 pour passer de 14,7 % en 1989 à 15 % en 2004; elle touche un enfant sur six. (*ibid.*)
- Il existe une relation graduelle entre le revenu d'un ménage et les problèmes de nature émotive et comportementale durant l'enfance : plus le revenu d'un ménage est faible, plus l'incidence de ces problèmes est élevée. (Institut canadien de la santé infantile, 2004).
- Le revenu semble influencer sur la santé de la façon suivante :
 - o la privation matérielle enlève les conditions du développement sain, tels que le logement, la nourriture, le chauffage et la capacité de participer à la société;
 - o le fait de gagner un faible revenu entraîne un stress psychosocial dommageable pour la santé des gens; et



o la faiblesse du revenu limite les choix offerts aux personnes; il s'agit d'une entrave aux changements souhaités sur le plan du comportement.

(Raphael, 2004)

L'inégalité économique

- L'inégalité économique (l'écart entre les plus riches et les plus pauvres de la société) peut se révéler un déterminant de la santé encore plus significatif que la pauvreté absolue. Alors que l'écart entre riches et pauvres se creuse, l'état de santé se détériore. (Auger *et al.*, 2004; Raphael, 2002)
- Au Canada, les revenus des ménages sont devenus plus polarisés. Entre les années 1980 et 2000, la proportion de familles à revenu moyen (dont le revenu annuel se situe entre 30 000 \$ et 59 999 \$) a diminué de 17 % par rapport aux autres catégories de revenu. La proportion de familles bien nanties (celles dont le revenu se situe entre 60 000 \$ et 99 999 \$ par année) a quant à elle diminué de 6,1 % par comparaison aux autres niveaux de revenu. Au même moment, la proportion des travailleurs à faible salaire (dont le revenu se situe entre 5 000 \$ et 19 999 \$) et celle des très riches (revenu supérieur à 150 000 \$) ont connu une hausse marquée, de 23 % dans le premier cas et de 95,5 % dans le second, par rapport aux autres catégories de revenu. (Curry-Stevens, 2004)

Le statut social

- En général, les personnes dont la position sociale est moins élevée sont au moins deux fois plus susceptibles de présenter des maladies graves et de décéder prématurément que celles dont la position sociale est plus élevée. Cet effet n'atteint pas que les pauvres; il touche toutes les couches de la société. (Wilkinson et Marmot, 2003)

Le stress

- La situation sociale et psychologique peut faire apparaître un stress à longue échéance. L'anxiété continue, l'insécurité, la dévalorisation, l'isolement social et l'absence de contrôle sur la vie au travail et sur la vie de famille ont de très fortes incidences sur la santé, en particulier sur l'appareil cardiovasculaire et le système immunitaire. Les personnes qui vivent un stress à long terme sont plus vulnérables aux affections telles que les infections, le diabète, l'hypertension artérielle, les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, ainsi qu'à la dépression et les comportements agressifs. (Wilkinson et Marmot, 2003)

L'éducation et les soins à la petite enfance

- Les bases de la santé de l'adulte sont jetées avant la naissance, pendant l'enfance et à la petite enfance. Le mauvais développement du fœtus constitue un risque pour la santé au troisième âge. À titre d'exemple, on a établi un lien entre l'insuffisance de poids à la naissance et un risque plus élevé de diabète (Wilkinson et Marmot, 2003). L'insuffisance de poids à la naissance est deux fois plus courante chez les femmes à faible revenu (9 %) que chez les femmes à revenu plus élevé (4 %) (Institut canadien de la santé infantile, 2004).



Document d'information de l'AIC

- L'enfance et la petite enfance sont des étapes critiques du développement physique, mental et émotif. Un attachement émotif non sécurisant et de faibles niveaux de stimulation peuvent donner lieu à une maturité scolaire réduite et à des problèmes de comportement. Des services de garde de grande qualité peuvent atténuer de telles insuffisances socio-affectives. Ils peuvent procurer la stimulation intellectuelle et sociale qui favorise le développement cognitif et l'aptitude sociale. Les effets favorables des services de garde de grande qualité persistent jusqu'au troisième âge, en particulier chez les enfants de parents à faible revenu. (Friendly, 2004)
- Au cours de la petite enfance, on influence fortement les bonnes habitudes de santé, telles que la prise de repas équilibrés et l'exercice.
- Au Canada, le système scolaire public a joué un rôle de premier plan dans la préparation des jeunes pour l'avenir. Au cours des dernières années, des compressions budgétaires, des conflits de travail et des pressions croissantes pour s'attaquer à des besoins pressants tels que l'éducation spécialisée ont mis ce système à rude épreuve. Si ce système universel n'est pas en mesure de relever ces défis avec brio, c'est un pilier important de la structure sociale canadienne qui s'en trouvera menacé, ce qui aura une incidence sur la santé des enfants canadiens. (Ungerleider et Burns, 2004)

L'exclusion sociale

- L'exclusion sociale enlève aux personnes la possibilité de participer aux activités auxquelles s'adonnent généralement les membres de leur société. Il existe des preuves selon lesquelles l'exclusion sociale serait en croissance au sein de la société canadienne, en particulier à l'endroit des Autochtones, des immigrants autres que les Européens et des personnes de couleur.
- Peu importe leur niveau de qualification professionnelle, les Autochtones et les personnes de couleur sont deux fois plus susceptibles de vivre dans la pauvreté et trois fois plus susceptibles d'être au chômage que les Canadiens moyens. (Galabuzi, 2004)

L'emploi et la sécurité d'emploi

- Bien que le fait d'avoir un emploi soit généralement plus bénéfique pour la santé que celui d'être au chômage, les pressions au travail ont des répercussions importantes sur la santé. On associe le fait d'avoir peu de contrôle sur son travail au risque aggravé de lombalgie, de maladie cardiovasculaire et de dépression. (Wilkinson et Marmot, 2003)
- Des heures allongées et plus difficiles à déterminer, jumelées à des exigences d'emploi déjà élevées et qui prennent de plus en plus d'importance, sont particulièrement susceptibles de faire naître des tensions et de l'anxiété chez les familles dont les deux parents travaillent et chez les familles monoparentales. Plus du tiers des femmes âgées de 25 à 44 ans qui occupent un emploi à plein temps et ont des enfants qui ne sont pas d'âge scolaire déclarent vivre un grand stress en raison d'un manque de temps; un homme sur quatre se dit stressé par le manque de temps. Vingt-six pour cent des pères mariés, 38 % des mères mariées et 38 % des mères seules se disent stressés par le manque de temps, les niveaux de stress grave ayant augmenté d'environ 20 % entre 1992 et 1998. (Statistique Canada, 1999)



Document d'information de l'AIC

- Il arrive souvent que les personnes au chômage et leurs familles souffrent de graves troubles psychologiques et éprouvent des problèmes financiers. Elles courent un risque de décès prématuré essentiellement plus élevé. (Wilkinson et Marmot, 2003)
- On a démontré que la précarité d'emploi entraîne une augmentation des cas de dépression, d'anxiété et de cardiopathie. Seuls 50 % de tous les travailleurs Canadiens occupent un seul emploi à plein temps depuis au moins six mois. Moins de 50 % des travailleurs non syndiqués bénéficient d'un régime d'avantages sociaux et de retraite offert par l'employeur. Le pourcentage de Canadiens qui occupent un emploi permanent à plein temps est passé de 67 % en 1989 à 63 % en 2000. Pour bon nombre de Canadiens, l'emploi est devenu précaire. (Polanyi, Tompa et Foley, 2004).

Le soutien social

- Le soutien social contribue à procurer aux gens les ressources dont ils ont besoin sur les plans émotif et pratique pour pouvoir survivre. On associe à l'isolement et à l'exclusion sociales des taux de décès prématuré et de dépression en croissance, un plus grand nombre de complications liées à la grossesse et des niveaux d'invalidité attribuable à une maladie chronique plus élevés. (Wilkinson et Marmot, 2003)

La sécurité alimentaire

- Un régime alimentaire équilibré et un apport suffisant en aliments nutritifs sont des éléments essentiels à une bonne santé. Une pénurie de nourriture et l'absence de menus variés entraînent la malnutrition et toute une gamme de maladies par carence. L'hyperphagie (le fait de manger à excès) contribue à la survenue de maladies cardiovasculaires, du diabète, du cancer, de l'obésité et de caries dentaires. (Wilkinson et Marmot, 2003)
- On définit l'insécurité alimentaire comme l'incapacité de se procurer ou de consommer des aliments de qualité, en quantité suffisante et de façon socialement acceptable. Au Canada, un ménage sur 10 (ce qui représente trois millions de personnes et 678 000 enfants) éprouve des problèmes d'insécurité alimentaire. (McIntyre, 2004)

Dans quelle mesure cet enjeu est-il lié au fonctionnement du réseau de la santé?

En 1996, Statistique Canada a estimé que 23 % des années de vie perdues pour l'ensemble des causes avant l'âge de 75 ans pouvaient être attribuées aux écarts dans les revenus (Raphael, 2004). Les deux maladies dont on a étudié plus à fond les liens avec les déterminants sociaux sont la cardiopathie et le diabète.

La maladie cardiovasculaire

- Les deux principales causes de décès chez les Canadiens, soit la cardiopathie et l'accident vasculaire cérébral, emportent 40 000 personnes chaque année. Cela représente plus du tiers de tous les décès enregistrés au pays. Ces maladies représentent 18 % des jours d'hospitalisation. On estime à 18,5 milliards de dollars la somme que représente pour l'économie canadienne l'ensemble des coûts combinés associés à la cardiopathie et à l'accident vasculaire cérébral. (Fondation des maladies du cœur, 2003)



- Les écarts dans les revenus représentent 6 366 décès prématurés supplémentaires attribuables à la maladie cardiovasculaire. (Raphael, 2001)

Le diabète

- On estime que deux millions de Canadiens souffrent du diabète. Le taux d'incidence est en progression. Le diabète est l'une des huit principales causes d'hospitalisation; il représente près de 300 000 admissions par année. On estime que la maladie coûte à l'économie du pays 13,2 milliards de dollars par année. (Association canadienne du diabète, 2002)
- On a noté une énorme augmentation du nombre de décès liés au diabète au sein des communautés à faible revenu au Canada. Les Canadiens qui touchent un faible revenu sont confrontés à des risques de diabète plus élevés que le sont les Canadiens moyens, en particulier les femmes (risque quatre fois plus élevé) et les Autochtones (risque de trois à cinq fois plus élevé). (Ling Yu et Raphael, 2004)

Pourquoi cet enjeu est-il important pour les infirmières et les infirmiers?

Parce qu'ils sont aux premières lignes du système de soins de santé, les infirmières et les infirmiers constatent les répercussions des déterminants sociaux sur la santé au quotidien. Ils voient des personnes et des groupes de personnes qui sont plus vulnérables à la maladie, subissent un plus grand nombre de complications et dont le processus de rétablissement est beaucoup plus long. S'ils posent les bonnes questions en cours d'évaluation, les infirmières et les infirmiers pourront souvent établir des liens entre ces personnes et les problématiques telles que le faible revenu, les degrés élevés de stress, la précarité d'emploi, l'insécurité alimentaire, l'insalubrité des logements et l'isolement social. Même s'ils connaissent ces problématiques, les infirmières et les infirmiers sentent souvent qu'ils n'ont pas le pouvoir de les régler.

En dépit des preuves de plus en plus nombreuses quant au rôle des déterminants sociaux sur l'état de santé, le gros de l'accent mis sur la prévention et la prise en charge des maladies telles que le diabète et la cardiopathie demeure très médicalisé. Au fond, notre système est axé sur les soins curatifs et non pas sur les soins de santé. On met l'accent sur le dépistage des personnes particulièrement à risque à qui l'on demande avec insistance de consulter un médecin, tandis qu'un fournisseur de soins de santé fera le tri pour trouver les facteurs de risque biomédical, prescrira des médicaments (au besoin), donnera des conseils sur l'adoption d'un mode de vie sain, et surveillera ensuite l'évolution de la maladie. Dans le cadre de la recherche aussi, on a mis l'accent sur le dépistage des facteurs de risque individuels, plutôt que sur des problématiques de nature structurelle ou sociétale. De plus, les politiques et programmes gouvernementaux ont souligné de manière quasi exclusive la prise de responsabilité individuelle en matière de santé (Ling Yu et Raphael, 2004).

Pour aborder les déterminants sociaux de la santé, il faut faire prendre un virage à certains mots d'ordre sur la santé. Il faut que les gens prennent conscience que le système de santé a un rôle important, mais limité, à jouer dans la prise en charge de la santé. Il faut également que les gens remettent en question certaines de leurs idées sur la pauvreté, l'égalité et la justice sociale. Il ne s'agit pas de questions individuelles mais de questions de structure.



Que faisons-nous, comme société, pour nous attaquer aux déterminants sociaux de la santé? Les forces de la mondialisation et les politiques économiques en évolution contraignent bon nombre de personnes à occuper un emploi précaire qui ne leur permet pas de gagner un salaire suffisant pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille. Les récessions et les compressions budgétaires systématiques des 20 dernières années ont décimé les infrastructures de la santé et de l'éducation ainsi que les infrastructures sociales partout au pays. De plus, nous aimons croire que nous vivons dans une société égalitaire alors qu'en fait, certains groupes, tels que les minorités visibles, les nouveaux Canadiens, les Autochtones et les familles monoparentales se heurtent à d'énormes obstacles économiques et sociaux qui ont des répercussions importantes sur la santé. Faire face à ces questions représente tout un défi qui signifie s'attaquer à certaines de nos valeurs les plus fondamentales.

La Suède et la Finlande ont adopté des mesures nationales progressistes pour traiter des déterminants sociaux de la santé. En misant sur ces exemples, Raphael (2004) plaide pour que le Canada prenne des mesures dans trois domaines clés :

- l'élaboration de politiques visant à réduire l'incidence du faible revenu (y compris l'augmentation du salaire minimum et l'amélioration de la parité salariale);
- l'élaboration de politiques de réduction de l'exclusion sociale (y compris la création d'un impôt progressif visant la réduction des inégalités en matière de revenu, et l'élaboration de mesures de protection des droits des groupes minoritaires et de politiques qui assurent le maintien et la création d'emploi);
- l'élaboration de politiques pour rétablir et améliorer l'infrastructure sociale du Canada (y compris des stratégies visant à garantir l'accès à des médicaments et à des soins dentaires, une stratégie nationale sur les garderies, et des services sociaux et de santé consolidés).

Les déterminants sociaux de la santé ne sont pas extérieurs à la façon dont ils fonctionnent au sein du système de santé; d'ailleurs, ils constituent la base d'une société en santé. La *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (OMS, 1986), expose les grandes lignes des conditions de la santé : paix, logement, éducation, nourriture, revenu, écosystème stable, ressources durables, justice sociale et équité. Tant qu'ils ne feront pas des déterminants sociaux de la santé leur priorité, les Canadiens ne parviendront pas à atteindre les objectifs de santé qu'ils se sont fixés comme société, et les infirmières et infirmiers et autres professionnels de la santé ne seront pas en mesure d'obtenir le succès qu'ils cherchent à atteindre dans le cadre du travail individuel qu'ils effectuent auprès des patients.

Que fait l'AIC pour s'occuper de cet enjeu?

L'AIC fait partie de nombreux comités et coalitions à l'échelle nationale qui se penchent sur les déterminants sociaux de la santé :

- L'AIC est un partenaire d'**Enfant & famille Canada**, organisme qui offre des ressources crédibles et de qualité sur l'enfant et la famille.



Document d'information de l'AIC

- L'AIC est membre de l'**Alliance nationale pour les enfants**.
- Le personnel de l'AIC a fait partie du **Comité consultatif d'experts de l'Équipe de santé des enfants**, qui faisait rapport à la **Commission de coopération environnementale**.
- L'AIC est membre de l'**Environmental Health Coalition**.
- L'AIC est membre de la **Coalition canadienne pour un système de santé écologique**.
- L'AIC est membre de la **Coalition canadienne pour la santé publique au 21^e siècle**.

L'AIC a rédigé des documents stratégiques et des énoncés de positions qui abordent les déterminants sociaux de la santé, notamment :

- L'énoncé de position intitulé *L'Environnement est un facteur déterminant de la santé*.
- L'énoncé de principe rédigé conjointement avec l'Association médicale canadienne portant sur l'activité écologique dans le secteur de la santé.

Que peuvent faire les infirmières et les infirmiers à ce sujet?

Les infirmières et les infirmiers peuvent jouer un rôle important au chapitre des déterminants sociaux de la santé en travaillant sur leur pratique individuelle, en participant à la réorientation du système de soins de santé et en plaidant en faveur de politiques publiques qui favorisent la santé :

La pratique infirmière individuelle

- Comprendre l'incidence des déterminants sociaux sur la santé de leurs patients.
- Intégrer des questions sur les déterminants sociaux – à titre d'exemples, le revenu, le logement, la sécurité alimentaire, le soutien social – dans l'évaluation des patients.
- Tenir compte des déterminants sociaux dans les plans de traitement et de suivi. Par exemple, déterminer si les patients sont financièrement en mesure d'accéder aux programmes qui leur sont suggérés, tels les programmes de physiothérapie. S'ils ne sont pas en mesure d'y accéder, aider les patients à obtenir de l'aide financière pour qu'ils puissent se prévaloir de ces programmes.
- Si l'infirmière ou l'infirmier travaille au sein de collectivités défavorisées, elle ou il peut aider les personnes aux prises avec des problèmes de santé courants à comprendre les liens avec les déterminants sociaux, et à s'organiser et à prendre des mesures à cet effet.
- Connaître les ressources communautaires et les ressources liées à la santé qui s'offrent aux patients.



Réorienter le système de soins de santé

- Veiller à ce que les programmes de promotion de la santé aillent au-delà du mode de vie et du comportement pour tenir compte des déterminants sociaux. À titre d'exemple, on devrait concevoir des programmes d'activité physique en prenant soin que les frais et le transport ne soient pas des entraves à la participation. Lorsque l'accès à des aliments nutritifs pose problème, orienter les personnes vers des programmes tels les jardins communautaires et les cuisines collectives.
- Encourager les services de santé à adopter une approche axée sur les déterminants sociaux, y compris la prise en compte des répercussions des inégalités économiques et de la pauvreté.
- Plaider en faveur de l'universalité de l'accès aux programmes de santé de base, tels les soins dentaires et l'assurance-médicaments.

Politiques publiques favorisant la santé

- Parler de leurs expériences. Raconter les histoires de leurs patients pour aider à plaider en faveur de politiques qui se penchent sur les déterminants sociaux de la santé.
- Tenir les décideurs au courant des travaux de recherche qui portent sur les liens entre les facteurs socioéconomiques et la santé.
- Se pencher sur la façon dont les problématiques structurelles liées à la classe sociale, à la race et au sexe influent sur la façon dont les populations vivent les problèmes de santé, et mettre sur pied des initiatives qui abordent ces problématiques. À titre d'exemple, les Autochtones présentent de très grands risques de diabète, mais on traite cette situation comme une question liée au mode de vie individuel. Des recherches démontrent que l'on doit s'attaquer aux problématiques de la pauvreté, du logement, de l'emploi et de la sécurité alimentaire au sein de cette population avant de pouvoir réaliser de véritables progrès à ce chapitre et à celui d'autres enjeux sociaux et de santé.

Où s'adresser pour obtenir des renseignements supplémentaires?

- Le site Web du Dr Dennis Raphael de l'Université York renferme de nombreux rapports et publications sur les déterminants sociaux de la santé ainsi qu'un lien vers le bulletin SDOH listserv (quartz.atkinson.yorku.ca/QuickPlace/draphael/Main.nsf/h_Toc/add17a118af948d985256cd900682d5b/?OpenDocument).
- Indice de progrès véritable – Atlantique (www.gpiatlantic.org).
- Agence de santé publique du Canada (www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/quoi_de_neuf.html).
- Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (www.who.int/social_determinants/fr/index.html).

Ouvrages à consulter

Edwards, P. (2004). *Les déterminants sociaux de la santé : un aperçu des répercussions sur les politiques et du rôle du secteur de la santé*. Tiré du site http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/apercu_repercussions/01_apercu.html

Institut canadien de la santé infantile. (2004). *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI. Petit poids à la naissance*. Tiré du site www.cich.ca/PDFFiles/ProfileFactSheets/French/LBWFre.pdf

Khalema, N.E. (2005, mars). Who's healthy? Who's not? A social justice perspective on health inequities. *Cross Links*. Tiré du site www.chps.ualberta.ca/publications/cross_links/Khalema-CrossLinks-Mar2005.pdf

Minnesota Health Improvement Partnership Social Conditions and Health Action Team. (2001). *A call to action: Advancing health for all through social and economic change*. Tiré du site www.health.state.mn.us/divs/chs/hsd.htm

Raphael, D. (2003). Bridging the gap between knowledge and action on the societal determinants of cardiovascular disease: how one community hit – and hurdled – the lifestyle wall. *Health Education, 103* (3), p.177-189.

Santé Canada. (2003). *Le diabète au Canada. Deuxième édition*. Tiré du site www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac2/francais/01cover_f.html

Spencer, N. (2003). Social, economic and political determinants of child health. *Pediatrics, 112* (3), p. 704-706.

Références

Association canadienne du diabète. (2002). *Prévalence et coûts du diabète*. Tiré du site www.diabetes.ca/Files/Francais/prevalence_et_couts_du_diabete.pdf

Auger, N., Raynault, M.F., Lessard, R., Choinière, R. (2004). Income and health in Canada. In D. Raphael (éd.) *Social determinants of health*. (p. 21-38). Toronto : Canadian Scholars' Press, Inc.

Chadwick, E. (1965). *Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain, 1842*. Édinburgh : Edinburgh University Press.

Curry-Stevens, A. (2004). Income and income distribution. In D. Raphael (éd.) *Social determinants of health*. (p. 21-38). Toronto: Canadian Scholars' Press, Inc.

Fondation des maladies du cœur. (2003). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2003*. Tiré de <http://ww2.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=907&ArticleID=2299&Src=news&From=SubCategory>

- Friendly, M. (2004). Early childhood education and care. In D. Raphael (éd.), *Social determinants of health – Canadian perspectives*. Toronto : Canadian Scholars' Press Inc.
- Galabuzi, G.-E. (2004). Social exclusion. In D. Raphael (éd.), *Social determinants of health – Canadian perspectives*. Toronto : Canadian Scholars' Press Inc.
- Institut canadien de la santé infantile. (2004). *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI. Inégalité des revenus*. Tiré du site <http://www.cich.ca/French/PDFFiles/ProfileFactSheets/French/IncomeinequityFRE.pdf>
- Ling Yu, V. et Raphael, D. (2004, septembre-octobre). Identifying and addressing the social determinants of the incidence and successful management of type 2 diabetes mellitus in Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 95 (5).
- McIntyre, L. (2004). Food insecurity. In D. Raphael (éd.) *Social determinants of health – Canadian perspectives*. Toronto : Canadian Scholars' Press Inc.
- Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : auteur.
- Polanyi, M., Tompa, E. et Foley, J. (2004). Labour market flexibility and worker insecurity. In D. Raphael (éd.), *Social determinants of health – Canadian perspectives*. Toronto : Canadian Scholars' Press Inc.
- Raphael, D. (2001). *Inequality is bad for our hearts: Why low income and social exclusion are major causes of heart disease in Canada*. Toronto : North York Heart Network.
- Raphael, D. (2002). *Social determinants of health: Why is there such a gap between our knowledge and its implementation?* Tiré du site <http://www.medanthro.net/academic/topical/ryerson.ppt#1>
- Raphael, D. (2004). Introduction to the social determinants of health. In D. Raphael (éd.) *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Toronto : Canadian Scholars' Press Inc.
- Statistique Canada. (1999, 9 novembre). Enquête sociale générale: emploi du temps. *Le Quotidien*. Tiré du site <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/991109/tq991109.htm>
- Townsend, P., Davidson, N., et Whitehead, M. (éditeurs) (1992). *Inequalities in health: The Black Report and the health divide*. Londres : Penguin Books.
- Ungerleider, C. et Burns, T. (2004). The state and quality of Canadian public education. In D. Raphael (éd.) *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Toronto : Canadian Scholars' Press Inc.
- Wilkinson, R. et Marmot, M. (éditeurs) (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. Copenhague : Organisation mondiale de la Santé (www.who.dk/document/E81384.pdf).

Octobre 2005

DI 008