



Centre canadien **de lutte  
contre les toxicomanies**  
Canadian Centre  
on **Substance Abuse**

Collaboration. Connaissance. Changement.  
Partnership. Knowledge. Change.

www.cclt.ca • www.ccsa.ca

# Manuel d'Approche systémique

## Déterminants socioéconomiques de la santé

Avril 2014

### ***À qui s'adresse le présent dossier?***

- Aux dirigeants et aux décideurs, dont les directeurs régionaux et les gestionnaires de programmes travaillant en toxicomanie et dans d'autres domaines, comme celui de la santé mentale.
- Aux fournisseurs de services et aux autres intervenants travaillant avec ou dans les systèmes en toxicomanie.

### ***Quel est le lien entre les déterminants socioéconomiques de la santé et l'Approche systémique ?***

- Le présent dossier fait partie du manuel d'Approche systémique, outil pratique pour ceux qui utilisent *Approche systémique de la toxicomanie au Canada* comme cadre d'orientation pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la gamme de services et de soutiens liés à la consommation de substances au Canada.
- Ce dossier vous fera découvrir l'influence des déterminants socioéconomiques de la santé sur l'émergence et le traitement de la toxicomanie ainsi que d'autres problèmes de santé pour améliorer les interventions à toutes les étapes du continuum de services, y compris la promotion de la santé, la prévention, le rétablissement et les soins continus.
- L'adoption d'une approche systémique qui prend en compte les déterminants socioéconomiques de la santé peut transformer la prestation de services de santé et devrait contribuer à alléger le fardeau de la toxicomanie.

# Manuel d'Approche systémique

## Déterminants socioéconomiques de la santé

Ce document est publié par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT).

Citation proposée : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Manuel d'Approche systémique : Déterminants socioéconomiques de la santé*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2014.

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014.

CCLT, 500-75, rue Albert  
Ottawa, ON K1P 5E7  
Tél. : 613-235-4048  
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF à [www.cclt.ca](http://www.cclt.ca).

This document is also available in English under the title:

*Systems Approach Workbook: Socioeconomic Determinants of Health*

ISBN 978-1-77178-129-9



# Table des matières

Introduction .....	1
Que sont les déterminants sociaux de la santé? .....	3
Santé mentale, dépendance et les déterminants socioéconomiques de la santé	7
Une approche globale de traitement .....	9
Inégalités en matière de santé et le gradient de santé.....	12
Tendances actuelles en inégalité	12
Le Canada dans le contexte international	13
Une solution possible : un système de soins de santé primaires communautaires	13
Conclusion .....	15
Références .....	16



## Introduction

Les forces sociales, culturelles et économiques qui influent sur la santé humaine sont variées, puissantes et souvent indépendantes de la volonté individuelle. Ces forces, qui comportent les conditions dans lesquelles les particuliers et les familles vivent, apprennent, travaillent et jouent, sont appelées collectivement les déterminants socioéconomiques de la santé. Leur porter une plus grande attention comporte des implications majeures par rapport à la politique sociale et à la planification dans de nombreux systèmes de services et de soutiens.

*Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement* (le rapport d'Approche systémique) stipule : « Une approche complète, globale et intégrée est nécessaire pour faire face aux risques et aux méfaits. Le continuum de services et de soutiens comprend non seulement le traitement, mais aussi une gamme beaucoup plus grande, tant en amont qu'en aval, fournie collectivement par de multiples secteurs. » (2008, p. 10).

Prêter une plus grande attention aux déterminants socioéconomiques de la santé peut apporter une perspective commune lorsqu'il s'agit de déceler les causes complexes des problèmes de santé que l'on peut rencontrer dans le traitement de la santé mentale et de la toxicomanie, dans les soins primaires, ainsi que dans d'autres secteurs et organisations. L'étude de cas suivante fait ressortir la complexité des problèmes sociaux et de santé auxquels peuvent être confrontés des Canadiens aux prises avec un trouble de la toxicomanie, ainsi que les problèmes qui doivent être abordés pour obtenir de meilleurs résultats pour les clients.

### Étude de cas : Carmen

Carmen est une jeune mère célibataire avec deux enfants d'âge préscolaire. Elle vit dans une grande ville canadienne et n'a pas de famille dans les alentours. Elle et le père de ses enfants se sont séparés avant la naissance de leur deuxième enfant; depuis, il ne l'a pas contactée et ne lui fournit aucune pension alimentaire. Au cours des deux dernières années, Carmen a travaillé à mi-temps dans plusieurs postes (lorsque de tels emplois étaient disponibles) et a dû recourir à l'aide sociale le reste du temps. Elle a du mal à trouver des services fiables de garde d'enfants en deçà de ses moyens et s'inquiète souvent de la stabilité de son logement.

Pendant son adolescence, Carmen a eu des périodes de forte consommation de drogues, a suivi un traitement dans un centre spécialisé et a été placée en famille d'accueil. Se sentant isolée et dépassée par sa situation, elle a récemment commencé à boire plus d'alcool et à fumer de la marijuana tous les jours. Un voisin qui s'inquiétait pour les enfants de Carmen a signalé leur cas aux services de protection de l'enfance. Un agent de ces services est venu évaluer la situation familiale et élaborer un plan avec Carmen pour assurer la sécurité des enfants. Toutefois, Carmen craint qu'ils ne lui soient enlevés et placés sous la tutelle du ministère.

Le fardeau économique des méfaits liés à la toxicomanie au Canada est estimé à 40 milliards de dollars par année (Rehm et coll., 2006). Dans les grands systèmes de services comme la protection de l'enfance et les services correctionnels, les problèmes de dépendance et de santé mentale chez la clientèle ajoutent de nombreux cas au volume de travail (Agence de la santé publique du Canada, 2011; Service correctionnel du Canada, 2009).



Des conditions sociales, culturelles et économiques défavorables suscitent et aggravent ces problèmes. Inversement, des conditions favorables – revenu et emploi suffisants; accès au logement sécuritaire, à des aliments sains et à des soins de santé efficaces; soutien pour les parents; appartenance sociale; ouverture aux différences culturelles – peuvent constituer des facteurs de protection pour une personne, une famille ou une collectivité, réduisant le besoin de services urgents, spécialisés et plus coûteux (Mikkonen et Raphael, 2010). De plus, les problèmes de consommation et de santé mentale diminuent en fréquence et en gravité, et se prêtent mieux au traitement (Herie et Skinner, 2013).

Le présent module résume les récentes opinions sur les déterminants socioéconomiques de la santé et le terrain d'entente propice à la collaboration qu'ils constituent pour la prestation de services et de soutiens en toxicomanie, en santé mentale et dans d'autres systèmes qui servent une clientèle commune.



## Que sont les déterminants sociaux de la santé?

La bonne santé est parfois définie comme le fait de ne pas être atteint par une maladie ou une affection médicale. De ce point de vue, les infections, les blessures ou la défaillance d'organes constitueraient la cause de la plupart des problèmes d'ordre médical. Les modèles médicaux correspondants sont donc axés sur des patients individuels dont les symptômes sont évalués et les troubles diagnostiqués, et pour qui des traitements particuliers sont prescrits.

Toutefois, la réalité est bien plus complexe. En effet, la santé, la maladie, les affections et les handicaps sont le résultat de nombreux facteurs sociaux, culturels et économiques qui jouent et qui interagissent à l'échelle individuelle et de la population. Parmi ces facteurs, il y a le revenu, le logement, la sécurité alimentaire, le développement du jeune enfant, l'éducation, les soins de santé, l'emploi, le milieu social, l'environnement physique, la culture, les comportements liés à la santé, l'hérédité et le sexe<sup>1</sup>.

La section qui suit décrit brièvement les facteurs et leurs liens avec la toxicomanie.

### Revenu, logement et sécurité alimentaire

L'état de santé personnel s'améliore à chaque étape supérieure de la hiérarchie des revenus et du niveau social. Un revenu adéquat permet de bonnes conditions de vie comme le logement sécuritaire, les vêtements, le transport et des quantités suffisantes d'aliments sains. Les populations les plus en santé sont celles qui sont nanties et chez qui la richesse est répartie de façon équitable.

Pourquoi y a-t-il un lien entre une meilleure santé et une situation sociale et des revenus plus élevés? Si c'était le cas que les groupes les plus pauvres et les plus défavorisés socialement étaient ceux principalement en mauvaise santé, on pourrait recourir à des explications comme de piètres conditions de vie. Or cet effet se manifeste dans toute la gamme des groupes socioéconomiques. La recherche indique que la mesure dans laquelle une personne est maîtresse de ses conditions de vie (en particulier des situations génératrices de stress) et la mesure dans laquelle elle est libre d'agir exercent l'influence la plus marquée. En règle générale, une situation sociale et un revenu plus élevés permettent de subir moins de stress, ainsi que d'exercer un plus grand contrôle sur sa vie et un plus grand pouvoir discrétionnaire (Millar, 2013; Wilkinson, 2005); les mécanismes biologiques sous-jacents sont de mieux en mieux compris. Un certain nombre d'études indiquent qu'une situation où les solutions sont limitées et le manque d'habiletés d'adaptation face au stress accroissent la vulnérabilité à une gamme de maladies par des voies qui touchent les systèmes immunitaire et hormonal du corps.

À cet égard, la pauvreté suscite des problèmes particuliers. Les enfants provenant de ménages à faible revenu vont souvent à l'école le ventre vide, ce qui diminue leur capacité à apprendre, leur rendement scolaire et leur taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires. Les enfants touchés par des facteurs de risque liés à la pauvreté (p. ex. faim, vêtements inadéquats, mauvaises conditions de logement) sont aussi plus susceptibles d'avoir des comportements problématiques comme l'agressivité et la délinquance, de participer à des activités de la rue, et de consommer de

#### Autres ressources

Le module **Outils de schématisation du système** contient des gabarits qui permettent de prendre en compte les déterminants socioéconomiques de la santé dans l'évaluation et la planification du système.

<sup>1</sup> Consulter Mikkonen et Raphael, 2010 : [http://www.thecanadianfacts.org/Les\\_realites\\_canadiennes.pdf](http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf).



l'alcool et d'autres substances (Raphael, 2008). De plus, les familles à faible revenu manquent souvent de temps ou de moyens pour permettre à leurs enfants de participer à des activités saines de loisirs qui seraient des facteurs de protection comme le sport d'extérieur et le sport structuré.

En conséquence, les enfants de familles à faible revenu risquent d'être en moins bonne santé; de subir la toxicomanie et le stress; d'avoir des problèmes de santé mentale et un rendement scolaire faible; ainsi que de vivre la grossesse à un jeune âge, l'activité criminelle et le chômage. Tout cela peut pérenniser le cycle de pauvreté et de mauvaise santé chez la prochaine génération.

### **Développement du jeune enfant**

Des éléments probants sur les effets des premières expériences sur le développement du cerveau, sur la maturité scolaire et sur la santé dans la vie ultérieure démontrent que les premières phases du développement de l'enfant sont un déterminant puissant de sa santé. Dans la vie d'une personne, les expériences vécues entre la conception et la sixième année exercent l'influence la plus marquée en ce qui a trait au développement du cerveau. Une stimulation positive dès les premiers instants de la vie améliore l'apprentissage, le comportement et la santé à l'âge adulte. Ainsi, les investissements dans le développement de la petite enfance et les soins aux jeunes enfants peuvent générer des gains considérables dans le développement cognitif et comportemental. Les enfants victimes de négligence ou de maltraitance sont exposés à des risques plus élevés de blessures et de décès prématuré, ainsi qu'au risque d'un certain nombre de problèmes sociaux, cognitifs et de comportement à l'adolescence et à l'âge adulte (p. ex. toxicomanie, participation à des activités de la rue et à la délinquance). Inversement, un environnement sécuritaire et des relations épanouissantes constituent d'importants facteurs de protection.

### **Éducation et alphabétisme**

L'état de santé s'améliore à chaque niveau d'instruction. Une éducation de qualité pour les enfants et l'apprentissage permanent sont des éléments clés de la santé et de la prospérité, car ils outillent les gens pour l'emploi et leur donnent le sentiment de maîtriser les conditions de leur vie. Les personnes plus instruites ont davantage de possibilités d'emploi et une meilleure sécurité du revenu, et sont également plus à même de trouver et de comprendre les renseignements nécessaires pour soigner leur santé.

Les Canadiens peu alphabétisés sont plus exposés au chômage et à la pauvreté, risquent davantage d'avoir une mauvaise santé et de mourir plus tôt que les Canadiens avec des niveaux élevés d'alphabétisation. Les personnes qui ont des niveaux plus élevés d'instruction ont un meilleur accès à des environnements physiques sains et peuvent mieux préparer leurs enfants à leur scolarité que les personnes moins instruites. Ils ont aussi tendance à moins fumer, à faire plus d'activité physique, et à avoir la possibilité de consommer des aliments plus sains.

### **Services de santé**

Les services de soins de santé conçus pour entretenir et favoriser la santé, pour prévenir la maladie et pour restaurer la santé et les capacités sont essentiels à la santé de l'ensemble de la population. Parmi les services de soins de santé en toxicomanie, citons la prévention et la sensibilisation (p. ex. renforcement de la cohésion familiale), l'identification précoce (p. ex. dépistage et intervention rapide par les médecins de premier recours), la réduction des méfaits (p. ex. programmes d'échange de seringues), le traitement spécialisé (p. ex. programmes communautaires et en établissement) et les soins actifs (p. ex. soins aux patients hospitalisés). Il y a aussi la nécessité de services permettant de traiter des problèmes de santé qui peuvent survenir en même temps, comme la maladie mentale, le diabète, les maladies cardiaques, l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'arthrite et le cancer. Les services en toxicomanie, les soins de santé primaires et



d'autres services de santé devraient collaborer pour répondre au mieux aux besoins liés aux déterminants socioéconomiques de la santé chez la clientèle. Les soins de santé primaires communautaires sont un excellent axe pour ces collaborations et sont bien placés pour promouvoir le concept directeur « chaque porte est la bonne porte » du modèle à niveaux.

### **Emploi et conditions de travail**

L'emploi a un effet marqué sur la santé physique, mentale et sociale. En plus d'être une source de revenus, un emploi valorisant crée un sentiment d'identité et d'utilité, permet d'établir des contacts sociaux et donne des possibilités de croissance personnelle. Perdre ces avantages peut être dévastateur pour la personne directement touchée ainsi que pour les membres de sa famille. Les personnes sans emploi ont une espérance de vie réduite et ont nettement plus de problèmes de santé (p. ex. dépression, abus d'alcool ou d'autres drogues, suicide) que les personnes qui ont un emploi. En outre, les conditions de travail tant physiques que psychosociales peuvent avoir un effet marqué sur la santé et le bien-être émotionnel.

### **Réseaux de soutien et milieu sociaux**

Le soutien de la famille, des amis et de la collectivité est associé à une meilleure santé. Ce soutien social aide grandement à résoudre ses problèmes, à faire face à l'adversité, et à entretenir le sentiment de maîtriser les conditions de sa vie (Wilkinson, 2005). La bienveillance et le respect qui se manifestent dans les relations sociales, ainsi que le sentiment de satisfaction et de bien-être qui en découlent, semblent former un coussin protecteur contre les problèmes de santé.

L'importance du soutien social s'étend à l'ensemble de la collectivité. La vitalité civique désigne la solidité des réseaux sociaux au sein d'une collectivité, d'une région, d'une province ou d'un pays. Elle peut se manifester dans des organismes confessionnels ou bénévoles, des clubs de service social ou dans des pratiques informelles adoptées pour partager des ressources et instaurer des liens avec les autres.

La stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité, de bonnes relations de travail et des collectivités soudées résultent en une société solidaire qui réduit ou évite de nombreux risques pour la santé, dont la consommation de substances pouvant entraîner une dépendance. Des réseaux de pairs bien établis peuvent créer des milieux sécuritaires et solidaires, et appuyer les personnes qui suivent un traitement spécialisé de la toxicomanie pendant et après le traitement.

### **Environnement physique**

L'environnement physique est un déterminant important de la santé. À certains niveaux d'exposition, les contaminants présents dans l'air, l'eau, les aliments et le sol peuvent avoir des effets nocifs sur la santé (p. ex. cancers, malformations à la naissance, maladies respiratoires, malaises gastro-intestinaux).

Dans le milieu bâti, les facteurs liés au logement, à la qualité de l'air intérieur et à la conception des agglomérations et des systèmes de transport peuvent grandement influencer sur le bien-être physique et psychologique. Le logement adéquat est un élément essentiel du bien-être, surtout chez des personnes et des familles à faible revenu qui vivent avec des problèmes chroniques de santé mentale, de consommation abusive ou de dépendance.





## Comportements liés à la santé

Les comportements liés à la santé englobent l'alimentation, l'activité physique, le tabagisme et la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Il est largement accepté que les déterminants socioéconomiques de la santé influent fortement sur les « choix » comportementaux (p. ex. des parents à faible revenu auront du mal à fournir des quantités suffisantes d'aliments sains à leurs enfants). Le tabagisme et l'abus d'alcool ou d'autres drogues sont souvent une forme d'automédication pour traiter les symptômes psychologiques engendrés par une situation stressante ou un trouble de santé mentale. Les comportements problématiques liés à la santé, dont la consommation d'alcool ou d'autres drogues, sont particulièrement fréquents chez les personnes exposées à des déterminants négatifs dans plusieurs domaines (p. ex. des jeunes hommes pauvres, sans emploi et dépourvus de soutien familial).

## Hérédité

La constitution génétique confère une prédisposition inhérente à une vaste gamme de réactions individuelles influençant l'état de santé. Souvent, il y a interaction entre le patrimoine génétique et les facteurs environnementaux et les conditions du développement qui peuvent avoir un effet positif et protecteur sur la santé (p. ex. parents sécurisants, logement sûr et stable) ou un effet négatif constituant un facteur de risque (p. ex. traumatisme, pauvreté).

## Sexe

Ce mot désigne ici les rôles déterminés par la société, les traits de personnalité, les attitudes, les comportements, les valeurs, l'influence relative et les pouvoirs relatifs que la société attribue aux deux sexes en les différenciant. Les phénomènes de santé peuvent découler de la situation sociale ou des rôles des deux sexes (p. ex. les hommes sont plus exposés à un décès prématuré dû aux maladies cardiaques, aux blessures mortelles accidentelles, aux cancers et au suicide). Alors que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles sont plus susceptibles de subir une dépression, un stress excédant (souvent lié aux efforts pour concilier travail et vie familiale), des maladies chroniques comme l'arthrite et les allergies, ainsi que des blessures ou le décès imputables à la violence familiale.

## Culture

Certaines personnes et certains groupes peuvent faire face à d'autres risques pour leur santé à cause d'un milieu déterminé dans une large mesure par des valeurs culturelles dominantes contribuant à perpétuer certaines conditions comme la marginalisation, le racisme, la stigmatisation, les séquelles de la colonisation, la perte ou la dévaluation de la langue et de la culture, et le manque d'accès à des soins et des services de santé adaptés sur le plan culturel.

Malgré des améliorations importantes depuis 1979, les taux de mortalité infantile chez les membres des Premières Nations étaient deux fois plus élevés en 1994 comparativement à l'ensemble de la population canadienne. De plus, la prévalence des grandes maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiaques, les cancers, l'hypertension et l'arthrite est sensiblement plus élevée dans les milieux autochtones et semble être en augmentation.

### Autres ressources

Les déterminants socioéconomiques de la santé reflètent la complexité des situations auxquelles les fournisseurs de services et les planificateurs de systèmes doivent réagir pour améliorer les résultats pour les clients. Le module **Pensée systémique et complexité des systèmes en toxicomanie** permet de mieux comprendre la complexité et résume comment la prendre en compte dans le travail.



L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants de 1996–1997 a rapporté que de nombreux enfants d'immigrants et de réfugiés obtenaient de meilleurs résultats dans le domaine affectif et académique que les enfants nés de parents canadiens, même si une proportion plus élevée d'entre eux vivait dans des ménages à faible revenu. Cette étude postule que la pauvreté peut avoir des significations différentes pour la population née au Canada et les immigrés nouvellement arrivés au pays. L'espoir d'un avenir meilleur chez les immigrants désamorcerait certains effets de la pauvreté, tandis que le désespoir ressenti par les pauvres de la culture majoritaire accentuerait ces effets.

Bien qu'il soit généralement reconnu que les facteurs sociaux, culturels et économiques influent sur l'état de santé, il est également vrai que la force de leur incidence est souvent méconnue. Le discours médiatique, les discussions autour de politiques gouvernementales et les conversations entre particuliers canadiens semblent souvent présumer implicitement que les choix de mode de vie et l'accès aux systèmes de santé sont les principaux moteurs de la bonne santé. Les Canadiens comprennent qu'une bonne alimentation, l'activité physique, une consommation modérée d'alcool et la non-consommation de tabac et de drogues illégales – des actions liées aux choix de vie sains – sont importantes par rapport à la santé. Toutefois, il est également vrai que souvent, ils ne se rendent pas compte que des facteurs comme un revenu adéquat, le niveau de scolarisation, la qualité de l'emploi, une alimentation saine et le soutien à la petite enfance sont nettement plus importants relativement à l'amélioration de la santé (Mikkonen et Raphael, 2010). Il y a également un recoupement des effets, puisque de nombreux éléments d'un mode de vie sain sont plus à la portée de ceux chez qui des déterminants socioéconomiques positifs (p. ex. déterminants liés à l'emploi, à la sécurité alimentaire, au logement, à l'inclusion sociale) sont en place. Dans un certain sens, les choix de mode de vie eux-mêmes sont socialement déterminés.

## **Santé mentale, dépendance et les déterminants socioéconomiques de la santé**

**D'après les estimations, la bonne santé est due à 15 pour cent à l'hérédité, à 25 pour cent aux soins de santé et à 60 pour cent aux autres déterminants socioéconomiques de la santé (c.-à-d. revenu, alimentation, logement, éducation, emploi, milieu social, environnement physique). [Traduction] (Keon, 2009)**

L'hérédité et les facteurs développementaux expliquent en partie pourquoi certaines personnes sont plus vulnérables à certaines maladies. Lorsque leurs conditions de vie sont bonnes, certains ne subissent pas des problèmes de santé qu'ils auraient pu subir dans d'autres conditions. Un milieu solidaire contribue grandement à réduire la gravité de problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Un milieu avec des caractéristiques plus négatives est plus propice à l'émergence de tels problèmes, qui seront aussi plus graves. Les problèmes de santé mentale et de toxicomanie peuvent rapidement enfreindre la capacité à accomplir des tâches et à surmonter des défis de façon efficace. Dans la durée, des échecs à répétition et des symptômes qui s'aggravent peuvent se chevaucher et mener à un engrenage dangereux (Raphael, 2009).

Des données probantes fiables démontrent ce schéma. Dans une étude portant sur 15 villes canadiennes, les personnes vivant dans des quartiers classés dans le bas de l'échelle socioéconomique étaient 3,4 fois plus susceptibles d'être hospitalisées pour des troubles de toxicomanie que les personnes dans des quartiers classés dans le haut de la même échelle. Dans le cas de problèmes de santé mentale (y compris la toxicomanie), le taux d'hospitalisation était 2,3 fois



plus élevé chez les personnes vivant dans des quartiers classés dans le bas de l'échelle socioéconomique (Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Les cliniciens en toxicomanie constatent régulièrement ce lien : les personnes qui deviennent dépendantes à une substance désespèrent de régler sagement leurs soucis et cherchent dans l'alcool ou d'autres drogues un soulagement temporaire d'une douleur qui peut provenir d'un sentiment d'isolement ou d'échecs à répétition (Alexander, 2008). Les schémas se renforcent négativement, à un tel point qu'il devient difficile de déceler la problématique d'origine.

Le tableau 1 (Raphael, 2009) présente des exemples de possibilités d'états défavorables et d'effets néfastes liés à la santé mentale et à la consommation de substances qui sont associés à chacun des déterminants socioéconomiques de la santé.

**Tableau 1. Effets néfastes sur la santé des déterminants socioéconomiques de la santé**

Déterminant	État défavorable	Exemples d'effets néfastes sur la santé
Statut d'autochtone	Marginalisation, exclusion, pauvreté	Dépendances, espérance de vie réduite
Stade précoce de l'existence	Pauvreté, privation	Habilités d'adaptation affaiblies
Éducation	Rendement scolaire plus faible	Sentiment d'impuissance apprise
Conditions de travail	Demandes élevées, contrôle limité	Stress au travail
Sécurité alimentaire	Insécurité alimentaire, faim	Sentiment de culpabilité, honte
Sexe	Manque d'équité des sexes touchant les femmes	Dépendance matérielle
Services de soins de santé	Manque d'accès ou de ressources financières	Manque de traitement
Logement	Insécurité du logement, itinérance	Stress, anxiété
Revenu	Faible revenu, pauvreté	Manque de contrôle, stress, dépression, anxiété, désespoir, plus de maladie, décès prématuré
Filet de sécurité sociale	Manque de services adaptés	Isolement
Exclusion sociale	Manque de participation	Aliénation, anomie, discrimination, racisme, violence
Emploi	Aucune source de rémunération, précarité de l'emploi, sentiment de futilité, manque d'identité	Désespoir



## Une approche globale de traitement

Une démarche de traitement qui prend en compte les déterminants socioéconomiques de la santé reconnaît bien que les conditions essentielles de la vie influent grandement sur la santé. De nombreux organismes voient des participants, des clients, des membres et des employés avec des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale. Chacun d'entre nous connaît quelqu'un aux prises avec des problèmes de ce genre. Or, les personnes ou les groupes qui subissent ces troubles ne reçoivent pas toujours le soutien dont ils ont besoin, ou ne bénéficient pas de services d'intervention précoce en temps voulu ou opportun. Les coûts économiques et sociaux afférents sont considérables, tant pour les collectivités que la société dans son ensemble (Rehm et coll., 2006; Lim, Jacobs, Ohinmaa, Schopflocher et Dewa, 2008).

Les déterminants socioéconomiques positifs constituent des facteurs de protection contre des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale qui pourraient apparaître dans le cas contraire. Un soutien global intégré dans les services en toxicomanie est aussi réparateur : les besoins primordiaux des clients en ce sens seront les mêmes avant, pendant et après le traitement. Les liens entre les services et soutiens spécialisés en toxicomanie avec d'autres services et soutiens liés à toute la gamme de déterminants socioéconomiques doivent être fiables et solides afin de fournir une vraie approche globale de traitement (Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008).

### Autres ressources

Le **manuel d'Approche systémique** du CCLT est l'une des ressources à l'appui des collaborations à l'échelle du système qui sont nécessaires pour réunir les services en toxicomanie et les déterminants socioéconomiques de la santé. Le projet [Intégration Resources](#) de l'Ontario en est un autre exemple.

Nous reprenons ci-après l'exemple de Carmen cité dans l'introduction du présent module, en décrivant des démarches qui seraient appropriées dans son cas si une approche fondée sur les déterminants socioéconomiques de la santé orientait l'action des planificateurs, des gestionnaires et des fournisseurs de services communautaires de santé.

### Mettre en pratique les déterminants socioéconomiques de la santé dans le cas de Carmen

En parlant avec le préposé à la protection de l'enfance, Carmen reconnaît que sa consommation d'alcool et de drogue met ses enfants en péril. Carmen déclare vouloir garder ses enfants auprès d'elle, et le préposé pense que Carmen est capable de s'en occuper adéquatement lorsqu'elle ne consomme pas. Ils conviennent tous deux que Carmen doit cesser sa consommation d'alcool et de drogue, et qu'elle aura besoin d'aide pour ce faire.

Démarche typique	Démarche fondée sur les déterminants socioéconomiques de la santé
Le préposé à la protection de l'enfance donne à Carmen le numéro de téléphone d'un organisme qu'elle peut appeler. Le préposé dit qu'il peut y avoir une liste d'attente et que Carmen devrait donc faire le nécessaire pour obtenir une réponse de l'organisme dès que possible, certainement avant sa prochaine visite. Toutefois, l'organisme est à plusieurs kilomètres de l'appartement de Carmen, et les transports en commun ne sont pas	Le préposé à la protection de l'enfance s'engage à mettre Carmen en contact avec des services coordonnés en santé mentale et en toxicomanie près de chez elle. Le préposé prend note que Carmen bénéficie de peu de soutien; qu'il se peut qu'elle ne reçoive pas toutes les prestations de revenu auxquelles elle a droit; et que son logement est inadéquat.  Les services de protection de l'enfance ont un partenariat avec un organisme communautaire de services multiples qui serait en mesure d'aider Carmen avec plusieurs problèmes. Pendant qu'il est encore dans l'appartement de Carmen, le préposé passe un coup de fil à cet organisme. Une travailleuse de soutien de cet organisme lui dit qu'elle passera voir Carmen l'après-midi même.  Dès la première rencontre, Carmen trouve la travailleuse sociale, qui s'appelle Marie, très sympathique et de contact facile. Elles parlent des enfants de Carmen, de sa fierté de mère, des programmes télé qu'elle regarde, et d'autres sujets qui l'intéressent. Marie décrit des immeubles que gère son organisme qui offrent des services de garde



<p>très bons dans le secteur.</p> <p>Lorsque le préposé constate qu'il n'y a pas beaucoup de nourriture dans la cuisine, Carmen dit qu'elle attend un chèque le lendemain et qu'elle compte utiliser cet argent pour acheter des aliments, et ne le dépensera pas sur de l'alcool ou de la drogue. À ce moment, le préposé reçoit un appel sur son cellulaire et se prépare à partir. Il dit qu'il repassera au début de la semaine prochaine.</p> <p>Au départ du préposé, Carmen se sent découragée et accablée. Elle se demande si elle sera capable de faire le nécessaire pour garder ses enfants auprès d'elle. Elle ne sait pas qui appeler.</p>	<p>d'enfants sur place, de beaux terrains de jeu, et des centres préscolaires dans le même ensemble de résidences. (Lors d'une prochaine rencontre, Marie montrera à Carmen des appartements gérés par l'organisme pour l'aider à décider si elle aimerait y vivre.) Elle dit aussi à Carmen que l'organisme anime des groupes de soutien en toxicomanie, et qu'un de ces groupes se réunit dans quelques jours. Elle offre à Carmen un ticket d'autobus pour s'y rendre et explique que des services de garde d'enfants seront disponibles pendant la séance du groupe. Carmen accepte ce plan.</p> <p>Marie connaît également des personnes-ressources dans le bureau de santé publique local et demandera à une nutritionniste de ce bureau de communiquer avec Carmen pour lui donner des conseils sur une saine alimentation pour ses enfants et de bons endroits où faire ses courses dans le quartier. Elle mentionne également que son organisme donne de la formation professionnelle, organise des groupes sur le rôle parental, offre des cours de rattrapage de niveau secondaire, et peut mettre Carmen en contact avec des employeurs locaux si elle veut trouver un travail à mi-temps. Pour terminer, elle donne son numéro de téléphone à Carmen et lui dit de ne pas hésiter à l'appeler si elle a des questions dans les jours à venir.</p> <p>Après le départ de Marie, Carmen est pleine d'espoir. Elle se dit qu'elle aura l'occasion de rencontrer de nouveaux amis qui auront une influence positive et pourra commencer à créer une vie meilleure pour sa famille.</p>
---	---

Les facteurs causaux et de protection qui sont déterminants pour les résultats en santé influent également sur la demande d'autres services à la personne (p. ex. éducation, soutiens à l'emploi, services correctionnels, protection à l'enfance, soutien du revenu). En conséquence, un système de services et sa clientèle tireront profit d'un système fiable et coordonné de soutien social, économique et culturel qui facilite l'accès aux personnes dans le besoin. L'Approche systémique reconnaît la diversité de ces influences et le chevauchement des résultats, et demande aux dirigeants et aux fournisseurs de services en toxicomanie de travailler de concert avec des partenaires d'autres organisations pour prendre en compte tous les déterminants. Une telle collaboration est essentielle pour obtenir des résultats positifs pour la clientèle et la société.

Les concepts directeurs énoncés dans l'Approche systémique visent à favoriser les liens complexes entre les multiples services et soutiens offerts par les prestataires, ainsi que les activités et programmes hétérogènes disponibles. Les systèmes devraient fonctionner de manière à améliorer concrètement la vie des bénéficiaires des services. Ces concepts s'appliquent à tous les niveaux des systèmes en toxicomanie et, qui plus est, à tous les systèmes de services avec une clientèle commune, c'est-à-dire partager les soins, orienter les clients vers des services capables de prendre en charge les déterminants de la santé, et fournir un soutien pratique au moment des transitions entre niveaux et systèmes.

Chacun des concepts directeurs de l'Approche systémique peut influencer sur la réaction et les résultats chez la clientèle par rapport aux divers déterminants socioéconomiques de la santé. Créer quelque chose de concret à partir de ces concepts pour quelqu'un comme Carmen, ainsi que sa famille, constitue un grand défi systémique, mais aussi la meilleure approche.



## Carmen et les concepts directeurs de l'Approche systémique

**Il n'y a pas de mauvais point d'accès :** Pour Carmen, le fait que son cas a été signalé aux services de protection de l'enfance a été le « bon point d'accès », car cela lui a ouvert la voie au traitement de la toxicomanie ainsi qu'à un meilleur logement, de la formation professionnelle et des services de garde d'enfants.

**Disponibilité et accessibilité :** L'aide au transport et l'entrée rapide dans le groupe de soutien ont facilité l'accès aux services pour Carmen. Au besoin, l'animateur des séances est en mesure d'orienter rapidement des membres du groupe vers le traitement dans des établissements résidentiels ou de jour, et de mettre en place de bonnes dispositions pour la garde d'enfants.

**Appariement :** Le préposé à la protection de l'enfance et la travailleuse de soutien ont posé des questions de dépistage rapide pendant leurs entrevues avec Carmen et l'ont orientée vers une prise en charge appropriée (le groupe de soutien en toxicomanie). L'animateur du groupe de soutien évaluera plus en profondeur les besoins de Carmen lors de ses premières séances.

**Choix et admissibilité :** Marie gardera le contact avec Carmen pour s'assurer qu'elle connaît bien la gamme de services offerts par l'organisme et a recours à ceux dont elle a besoin au rythme qui lui convient. Elle fera également un suivi auprès de Carmen pour savoir comment se déroule sa participation au groupe de soutien et éventuellement l'orienter vers d'autres services au bon moment. Marie sera aussi la principale source d'information pour le préposé à la protection de l'enfance en ce qui concerne la surveillance de la sécurité des enfants de Carmen. Le rôle de Marie est de guider Carmen, de plaider en sa faveur, ainsi que de coordonner et d'intégrer les services appropriés.

**Flexibilité :** L'attitude des fournisseurs de services, qu'ils expriment régulièrement dans leurs conversations avec Carmen, est que le plan élaboré lui appartient et qu'il doit correspondre à ses besoins, à ses désirs et à sa volonté d'engagement. Il n'y a pas de formule unique quant au plan ou au rythme à adopter.

**Capacité de réaction :** Carmen est confrontée à plusieurs problèmes et ne peut aborder qu'une chose à la fois. Marie sera la principale personne-ressource pour Carmen, lui demandera où elle en est, et l'aidera à décider ce qu'elle veut faire et à quel moment. Les rôles sont clairs : Carmen voit Marie comme une conseillère qui lui veut du bien et qui l'encourage en ce sens.

**Collaboration :** Le système de services et de soutiens mis à la disposition de Carmen s'est développé au fur du temps grâce à la direction et aux efforts soutenus de nombreuses organisations qui continuent de financer et d'appuyer diverses composantes du système coordonné. Ces organisations ont mis en place des protocoles et des attentes claires vis-à-vis de leur personnel qui permettent de planifier les services sur une base continue ainsi que de gérer efficacement les cas avec les clients.





## Inégalités en matière de santé et le gradient de santé

La réalité actuelle est que dans de nombreuses collectivités canadiennes, les services communautaires et de santé sont fragmentés, manquent d'organisation et ont peu de liens entre eux. En conséquence, les personnes qui recherchent des soins en toxicomanie ou en santé mentale, ou pour traiter une maladie chronique, peuvent trouver difficile de consulter un médecin de famille ou un professionnel en toxicomanie. Lorsque ces personnes sont vues par un médecin dans une salle d'urgence ou une unité d'hôpital, il y a souvent un manque de communication avec le personnel des soins primaires au moment du congé de l'hôpital, une occasion manquée d'assurer la continuité des services. Un patient avec des besoins complexes au-delà des soins cliniques (p. ex. aide financière, soutien social, logement, nourriture, vêtements, formation, emploi) ne sera pas orienté vers des organismes communautaires capables de lui venir en aide.

Les disparités sociales et économiques ont des effets sur la santé des populations, des collectivités et des citoyens. La Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (2008) affirme essentiellement que :

- Lorsqu'il est déterminé que des différences systémiques dans l'état de santé pourraient être évitées par des démarches raisonnables, ces différences sont tout simplement injustes. C'est ce qu'on appelle l'inégalité en santé.
- Les inégalités en santé sont dues à la répartition inégale du pouvoir, du revenu, des biens et des services.
- Cette forme d'injustice sociale tue à grande échelle.

Il y a des écarts prononcés en santé au Canada. L'espérance de vie des Canadiens riches est plus longue de 7 années que celle des Canadiens à faible revenu, tandis que l'espérance de vie des personnes autochtones est moins longue de 12 années comparativement aux non autochtones. Dans de nombreuses grandes villes canadiennes, il y a des différences de 10 ans ou plus dans l'espérance de vie des habitants de quartiers avoisinants, reflétant les concentrations importantes de pauvreté, d'itinérance et de maladies chroniques comme la consommation abusive, la dépendance et les troubles de santé mentale dans les quartiers défavorisés (Mikkonen et Raphael, 2010).

Les déterminants socioéconomiques de la santé exercent une influence à tous les points du gradient socioéconomique, que les personnes y soient plus aisées, relativement défavorisées ou pauvres. Ainsi, à mesure que l'on suit le gradient vers le bas, la prévalence des problèmes de santé comme la toxicomanie, la maladie et le décès prématuré augmente.

### Tendances actuelles en inégalité

Le rapport de l'organisme Campagne 2000 de 2013 énonce que la pauvreté familiale et infantile perdure à un taux inacceptablement élevé et que les inégalités socioéconomiques augmentent à la grandeur du pays (Campagne 2000, 2013). De plus, de récentes études en Colombie-Britannique et aux États-Unis démontrent que l'espérance de vie des groupes défavorisés est en décroissance, mais continue d'augmenter chez les personnes riches (Health Officers Council of British Columbia, 2013; Meara, 2008). Ces inégalités en santé qui se creusent sont dues à la concentration croissante des revenus et de la richesse aux plus hauts échelons de la société (c.-à-d. la tranche d'un pour cent des mieux nantis).



## Le Canada dans le contexte international

Le Canada a agi en chef de file mondial en faisant progresser les discussions internationales sur la promotion de la santé (Collins et Hayes, 2007). Or, objectivement, les disparités entre divers groupes de Canadiens se creusent et les indicateurs de santé de notre population ne sont pas reluisants comparativement à d'autres pays.

**Petite enfance :** Les dépenses du Canada sur l'éducation de la petite enfance sont moins d'un cinquième des dépenses des pays développés chez qui cette dépense sociale est la plus élevée (Mikkonen et Raphael, 2010).

**Pauvreté infantile :** Le pourcentage d'enfants canadiens vivant dans la pauvreté est d'environ 15 pour cent depuis plus de 20 ans (Campagne 2000, 2013).

**Écart de revenu :** L'écart entre les revenus les plus bas et les revenus les plus élevés se creuse plus rapidement au Canada que dans la plupart des autres pays développés (Organisation de coopération et de développement économiques, 2009).

**Canadiens d'origine autochtone :** L'espérance de vie, la scolarisation et le bien-être économique de la population autochtone au Canada sont nettement inférieurs à ceux du reste de la population canadienne (Loppie Reading et Wien, 2009; Mikkonen et Raphael, 2010).

## Une solution possible : un système de soins de santé primaires communautaires

Une façon de réduire les inégalités susmentionnées est d'établir un système de soins de santé primaires communautaires (SSPC) (Millar, 2012). La vision qui motive la transition vers une approche de SSPC a été adoptée par le Conseil de la fédération et toutes les provinces. Cette vision comporte trois objectifs :

1. Améliorer la santé de la population et réduire les inégalités en santé.
2. Améliorer l'expérience des patients et la qualité des soins.
3. Réduire les dépenses en soins de santé.

La forme systémique, collaborative et intersectorielle du système de SSPC complémente l'approche que préconise le rapport d'Approche systémique. Les SSPC comportent notamment les caractéristiques suivantes (Millar, 2012) :

- Un organisme de SSPC fournit des services à une population définie (habituellement en termes géographiques), dans l'idéal, d'environ 100 000 à 500 000 habitants. Le plus souvent, la population réside dans un grand quartier, une municipalité ou un regroupement de municipalités. Dans certains cas, il peut y avoir partage de lignes frontière avec une régie régionale de la santé.
- Un organisme de SSPC offre des services dans les domaines suivants : prévention primaire, soins cliniques, soins à domicile, soins en établissement, santé mentale, dépendance, soins palliatifs et soins en fin de vie. Les services de santé adaptés à la toxicomanie comportent notamment la prévention, la réduction des méfaits, les soins actifs, les programmes d'échange de seringues, les sites d'injections supervisées, la désintoxication, la réadaptation, les programmes d'entretien à la méthadone, les soins primaires, les soins spécialisés et les soins hospitaliers. Il y a aussi des services pour des problèmes de santé qui peuvent survenir en





même temps comme la maladie mentale, le diabète, les maladies cardiaques, l'AVC, l'arthrite et le cancer. Ces organismes remédient à des déterminants socioéconomiques de la santé par l'affectation appropriée des ressources, des liens directs aux services communautaires, des partenariats et des actions revendicatrices.

- La prestation des services se fait grâce à un réseau collaboratif de fournisseurs, dont les fournisseurs de soins primaires (p. ex. médecins, pharmaciens, infirmiers praticiens, professionnels en toxicomanie et en santé mentale) avec des liens aux soins spécialisés et hospitaliers, ainsi qu'à des services communautaires comme le soutien du revenu, le logement social, les services d'alimentation, les services policiers, l'éducation, la formation et l'emploi.
- Les SSPC utilisent des systèmes bien interconnectés de télésanté et de données électroniques, des programmes d'amélioration de la qualité, des incitatifs financiers appropriés et un mécanisme d'engagement communautaire. Ce mécanisme permet de donner des rapports sur le rendement à la communauté et d'être réceptif aux préoccupations des patients et des citoyens.

Un organisme de SSPC peut remédier aux déterminants socioéconomiques de la santé de plusieurs façons :

- Il peut favoriser les liens directs aux services communautaires pour les patients individuels. Comme le montre l'exemple de Carmen, les professionnels peuvent établir le contact au nom du patient pour des soutiens comme le supplément de revenu, le logement social, le transport, l'accès à des aliments sains, les services de garde d'enfants, la formation et l'emploi.
- Il peut affecter des ressources de façon à donner la priorité à ceux qui présentent le plus grand besoin de services de soins de santé (surtout les services en santé mentale et en dépendance).
- Il peut préconiser fermement des politiques de réduction de la pauvreté et de l'inégalité comme des services de garde d'enfants, le logement social, des salaires permettant d'assurer un niveau de vie décent au travailleur, la sécurité alimentaire et la hausse de la prestation pour enfants versée aux familles pauvres.



## Conclusion

Les déterminants socioéconomiques de la santé fonctionnent dans des environnements complexes et interactifs, et souvent, leurs effets ne se manifestent que des années après. Cela fait que les relations de cause à effet peuvent être difficiles à déterminer, le rendement des investissements semble très éloigné dans le temps, et les politiques et initiatives connexes ont du mal à concurrencer celles liées à d'autres priorités plus pressantes en matière de santé au moment de décisions de financement et de dépenses.

Cependant, il ressort des données probantes que l'inaction face aux facteurs sociaux, économiques et culturels – alors que l'action pourrait éviter de graves problèmes de toxicomanie et de santé mentale – ainsi que l'incapacité de remédier efficacement à ces mêmes facteurs pour aider des personnes déjà aux prises avec un problème de toxicomanie ou de santé mentale font grimper les coûts sociaux et économiques. Comme de nombreux autres pays développés, le Canada est confronté à ce défi.

Deux stratégies nationales soulignent le besoin d'efforts à tous les niveaux, dans tous les secteurs et partout dans les systèmes de services pour remédier aux déterminants socioéconomiques de la santé : *Approche systémique de la toxicomanie au Canada* (Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008) et *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* (Commission de la santé mentale du Canada, 2012). Les cinq stratégies ci-dessous font de même, mais à l'échelle provinciale :

- *S'unir pour mieux intervenir : Rapport et recommandations du Comité consultatif de la Stratégie sur la santé mentale et le traitement des dépendances* (Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2012)
- *Creating Connections: Alberta's Addiction and Mental Health Strategy* [le plan d'action de l'Alberta sur la dépendance et la santé mentale] (Gouvernement de l'Alberta, 2011)
- *Healthy Minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia* [un plan décennal pour traiter la santé mentale et l'abus de substances en Colombie-Britannique] (Gouvernement de la Colombie-Britannique, 2010)
- *Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances* (Gouvernement de l'Ontario, 2011)
- *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011–2018* (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2011)

En adoptant une approche systémique aux déterminants socioéconomiques de la santé et en élaborant un système de SSPC, il est possible d'agir avec efficacité face aux défis liés à la toxicomanie et à la santé mentale, ainsi que d'améliorer la santé des Canadiens.

Les principes de la coordination des soins et du tissage de liens qui sont mis en avant dans un système de SSPC font également partie du fondement du continuum de soins complets présenté dans le rapport d'Approche systémique. Le modèle de services et de soutiens à niveaux et les concepts directeurs sur lesquels il est fondé montrent bien la collaboration nécessaire à tous les niveaux pour satisfaire aux besoins des Canadiens aux prises avec des problèmes liés à la consommation de substances.



## Références

- Agence de la santé publique du Canada. *Les déterminants sociaux de la santé : Un aperçu des répercussions sur les politiques et du rôle du secteur de la santé*, 2003. Consulté à l'adresse : [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/resources-ressources/sujet\\_determinants-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/resources-ressources/sujet_determinants-fra.php)
- Agence de la santé publique du Canada. *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008 : données principales*, 2010. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/csca-ecve/2008/index-fra.php>
- Alexander, B. *The globalization of addiction: A study of poverty of the spirit*, Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 2008.
- Berwick, D., T.W. Nolan, et J. Whittington. « The triple aim: Care, health, and cost. », *Health Affairs*, vol. 27, n° 3, 2008, p. 759–769.
- Campagne 2000. *Rapport 2009 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada : 1989–2000*, 2009. Consulté à l'adresse : <http://www.campaign2000.ca/reportCards/national/2009FrenchNationalReportCard.pdf>
- Campagne 2000. *Le véritable plan d'action économique du Canada commence par l'élimination de la pauvreté*, 2013. Consulté à l'adresse : <http://www.campaign2000.ca/reportCards/national/2013NationalReportCardNov26French.pdf>
- Centre canadien de politiques alternatives. *The Cost of Poverty in BC*, Vancouver (C.-B.), chez l'auteur, 2011.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Social Aetiology of Mental Illness* (en ligne), 2012. Consulté à l'adresse : <http://knowledgex.camh.net/researchers/areas/sami/Pages/default.aspx>
- Collins, P., et M. Hayes. « Twenty years since Ottawa and Epp: researchers' reflections on challenges, gains and future prospects for reducing health inequities in Canada », *Health Promotion International*, vol. 22, n° 4, 2007, p. 337–345.
- Commission sur les déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé, 2008.
- Commission de la santé mentale du Canada. *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Calgary (Alb.), chez l'auteur, 2012.
- Department of Health (Royaume-Uni). *A public health outcomes framework for England, 2013–2016*, 2012. Consulté à l'adresse : [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_132358](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_132358)
- Gouvernement de l'Alberta. *Creating Connections: Alberta's Addiction and Mental Health Strategy*, 2011. Consulté à l'adresse : <http://www.health.alberta.ca/newsroom/pub-mental-health.html>
- Gouvernement de la Colombie-Britannique. *Healthy Minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia*, 2010. Consulté à l'adresse : [http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/healthy\\_minds\\_healthy\\_people.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/healthy_minds_healthy_people.pdf)



- Gouvernement de l'Ontario. *Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances*, 2011. Consulté à l'adresse : [http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental\\_health2011/mentalhealth\\_rep2011.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf)
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018*, 2011. Consulté à l'adresse : <http://www.gnb.ca/0055/pdf/2011/7379%20french.pdf>
- Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. *S'unir pour mieux intervenir : Rapport et recommandations du Comité consultatif de la Stratégie sur la santé mentale et le traitement des dépendances*, 2012. Consulté à l'adresse : [http://www.gov.ns.ca/health/mhs/reports/MHAS\\_2012\\_Full.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/mhs/reports/MHAS_2012_Full.pdf)
- Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement. *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*, Ottawa (Ont.), Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2008.
- Health Officers Council of British Columbia. *Health Inequities in BC*, 2013. Consulté à l'adresse : <http://healthofficerscouncil.files.wordpress.com/2012/12/health-inequities-in-bc-april-15-2013.pdf>
- Herie, M., et W.J. Skinner. *Fundamentals of Addiction: A Practical Guide for Counsellors*, 4<sup>e</sup> éd., Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013.
- Institut Broadbent. *Vers un Canada plus juste : un rapport sur l'inégalité économique et sociale au Canada*, 2012. Consulté à l'adresse : [http://www.broadbentinstitute.ca/sites/default/files/documents/brod\\_equalityfr.pdf](http://www.broadbentinstitute.ca/sites/default/files/documents/brod_equalityfr.pdf)
- Institut canadien d'information sur la santé. *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*, 2008. Consulté à l'adresse : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Reducing\\_Gaps\\_in\\_Health\\_Report\\_FR\\_081021.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Reducing_Gaps_in_Health_Report_FR_081021.pdf)
- Keon, W.A. *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*, Sénat du Canada, 2009.
- Laurie, N. *The Cost of Poverty: An Analysis of the Economic Cost of Poverty in Ontario*, Ontario Association of Foodbanks, 2008.
- Lim, K., P. Jacobs, A. Ohinmaa, D. Schopflocher et C.S. Dewa. « A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 28, n° 3, p. 92-98.
- Loppie Reading, C., et F. Wien. *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, 2009. Consulté à l'adresse : <http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/nccah%20reports/French%20reports/NCCAH-LoppieWein-2%20-%20French%20-%20FINAL.pdf>
- Meara, E.R. « The gap gets bigger: changes in mortality and life expectancy by education, 1981-2000 », *Health Affairs*, vol. 27, n° 2, 2008, p. 350-360.
- Mikkonen, J., et D. Raphael. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, Toronto (Ont.), École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, 2010. Consulté à l'adresse : [http://www.thecanadianfacts.org/Les\\_realites\\_canadiennes.pdf](http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf)



- Millar, J. « A framework for community-oriented primary healthcare », *Healthcare Papers*, vol. 12, n° 3, 2012, p. 41–45.
- Millar, J. « The corporate determinants of health: how big business affects our health, and the need for government action », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 104, n° 4, 2013, p. 327–329.
- Organisation de coopération et de développement économiques. *Croissance et inégalités : Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE – Note par pays : Canada*, 2008. Consulté à l'adresse : <http://www.oecd.org/dataoecd/44/48/41525292.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. *Action:SDH* (en ligne), 2012. Consulté à l'adresse : <http://www.actionsdh.org/Contents/About.aspx>
- Raphael, D. « Restructuring society in the service of mental health promotion: Are we willing to address the social determinants of mental health? », *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 11, n° 3, 2009, p. 18–31.
- Raphael, D. *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, 2e éd., Toronto (Ont.), Canadian Scholars' Press, 2008.
- Rehm., J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra, et coll. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : points saillants*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2006.
- Robert Wood Johnson Foundation. *Vulnerable Population Portfolio*, 2012. Consulté à l'adresse : <http://www.rwjf.org/vulnerablepopulations>
- Santé Canada. *Centres de collaboration nationale en santé publique* (en ligne), 2012. Consulté à l'adresse : <http://www.ccnsp.ca/87/les-centres.ccnsp>
- Service correctionnel du Canada. *La toxicomanie parmi les délinquants de sexe masculin*, État de la recherche n° 09-2, 2011. Consulté à l'adresse : [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2011/scc-csc/PS82-3-9-2-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/scc-csc/PS82-3-9-2-fra.pdf)
- Wilkinson, R. *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*, New York (États-Unis), The New Press, 2005.
- Wooldridge, A. « Cronies and capitols: Business people have become too influential in government », *The Economist*, 10 août 2013, p. 59.
- Zingales, L. *A Capitalism for the People: Recapturing the Lost Genius of American Prosperity*, New York (États-Unis), Basic Books, 2012.