

2m11.2947.1

Université de Montréal

Les écrits canadiens sur les inégalités de santé.
Essai de typologie des recommandations d'intervention.

par
Anne-Marie Guimond

Département de sociologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)

Janvier 2002

© Anne-Marie Guimond, 2002



HM

15

U54

2002

V.016

U.S. MAIL PERMIT NO. 1000 WASHINGTON, D.C. 20540

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Les écrits canadiens sur les inégalités de santé.
Essai de typologie des recommandations d'intervention.

présenté par :
Anne-Marie Guimond

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Deena White
Présidente du jury
Département de sociologie, Université de Montréal

Denise Couture
Directrice de recherche
Département de sociologie, Université de Montréal

Gilles Dussault
Membre du jury
Administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal

Sommaire

Le présent mémoire a comme objet de recherche l'identification des courants idéologiques auxquels il est possible de rattacher les différentes recommandations d'intervention proposées par les chercheurs canadiens dans les études portant sur l'influence des facteurs relatifs au statut socio-économique sur l'état de santé des individus. Pour ce faire, nous retenons trois courants idéologiques, soit libéral, conservateur et social-démocrate. Pour définir ces courants, nous nous inspirons des travaux d'Esping-Andersen dans leur version de 1990.

Nous présentons les grandes études canadiennes qui concluent sur des recommandations, ainsi que certaines études réalisées à l'extérieur du Canada auxquelles les chercheurs canadiens peuvent faire allusion. Nous examinons la nature de ces recommandations en les séparant et de l'identité de leurs auteurs et de la nature des résultats de recherche. Nous ne classons donc pas les auteurs dans la typologie des idéologies. De plus, ayant observé que les mêmes résultats de recherche mènent à des recommandations différentes, nous n'établissons pas de liens entre résultats de recherche et recommandations. Nous ne mettons donc pas à l'épreuve l'hypothèse des liens intrinsèques entre résultats et recommandations.

L'analyse des recommandations d'intervention nous conduit à l'élaboration d'une classification des recommandations, selon le levier, la cible et la sorte d'intervention recommandée. Nous y distinguons également quatre stratégies utilisées pour améliorer l'état de santé des individus (la réduction des inégalités sociales, la réduction de la pauvreté, l'amélioration de la qualité de vie et l'amélioration des services de santé).

Nous montrons qu'une bonne partie des recommandations sont à saveur social-démocrate. Cependant, il s'avère difficile de classer sans ambiguïté les recommandations sous une idéologie donnée. En effet, l'importance à accorder au levier, à la cible ou à la sorte d'intervention n'a pas été établie au départ. Il est par conséquent difficile de dégager l'essence de la recommandation pour la rattacher ensuite à une idéologie.

En conclusion, nous faisons un retour critique sur notre démarche et ce que nous avons appris. Nous ouvrons enfin sur la possibilité d'utiliser une autre typologie des idéologies dont nous avons pris connaissance à la fin de notre mémoire.

Mots-clés : statut socio-économique, amélioration de l'état de santé, libéral, conservateur, social-démocrate, levier d'intervention, cible d'intervention, sorte d'intervention.

Summary

The object of this masters' thesis is the identification of the ideological stream to which the recommendations proposed by Canadian researchers in their studies on the influence of factors relative to socio-economic status on individual health can be affiliated. We distinguish among three ideological streams: liberal, conservative and social democrat. The work of Esping-Andersen (1990) inspired our definition of these streams.

We present Canadian studies that conclude on recommendations and some studies, done outside of Canada, to which the authors may refer to. This exercise allows us to elaborate a classification of the recommendations, according to the lever, the target and the type of intervention recommended in the studies. We also classify these recommendations according to four strategies used to improve individual health: reduction of social inequalities, reduction of poverty, improvement of quality of life and improvement of health services.

The results show that the majority of the recommendations are inspired by a social-democrat ideology. Nevertheless, it is difficult to classify the recommendations without ambiguity. We therefore argue on the importance that is given to the lever, the target and the type of intervention. Without this clarification, it becomes difficult to classify particular recommendations according to the three types of ideology.

Keywords: socio-economic status, health improvement, liberal, conservative, social democrat, lever of intervention, target of intervention, type of intervention.

Table des matières

Sommaire.....	i
Summary	ii
Remerciements	vi
Introduction	1
Chapitre 1	4
1 Objet du mémoire et outils conceptuels	4
1.1 Présentation de l'objet de recherche et du cas retenu.....	4
1.2 Cadre conceptuel	6
1.2.1 L'idéologie libérale	7
1.2.2 L'idéologie conservatrice	10
1.2.3 L'idéologie social-démocrate	11
1.3 Plan du mémoire.....	15
Chapitre 2	16
2 Méthodologie.....	16
2.1 Rappel de l'objet de recherche	16
2.2 Critères de sélection des études et des recherches	16
2.3 Déroulement de l'analyse.....	19
Chapitre 3	21
3 Les connaissances sur les liens entre la position sociale et l'état de santé.....	21
3.1 Études présentées par Feinstein.....	21
3.2 Études originales	30
3.3 Études proposant des explications de la relation entre l'état de santé et le statut socio-économique	38
3.4 Recommandations proposées par les chercheurs	48
Chapitre 4	54
4 Les connaissances sur les liens entre la position sociale de l'individu et l'état de santé au Québec et au Canada	54
4.1 Études originales	54
4.2 Études proposant des explications de la relation entre l'état de santé et le statut socio-économique	68
Chapitre 5	132
5 Analyse et discussion	132
5.1 Le corpus des recommandations : description et explication de la classification.....	132
5.2 Présentation des résultats	136
5.2.1 Stratégie de réduction des inégalités	137
5.2.2 Stratégie de réduction de la pauvreté.....	143
5.2.3 Stratégie d'amélioration de la qualité de vie	147
5.2.4 Stratégie d'amélioration des services de santé	150

5.3 Analyse des idéologies dominantes sous-jacentes aux recommandations telles que classées sous les quatre stratégies	153
5.3.1 Stratégie de réduction des inégalités sociales.....	153
5.3.2 Stratégie de réduction de la pauvreté.....	158
5.3.3 Stratégie d'amélioration de la qualité de vie	161
5.3.4 Stratégie d'amélioration des services de santé	165
5.4 Conclusion.....	168
Conclusion.....	174
Bibliographie	177
Annexe 1 : Liste des définitions	180
Annexe 2 : Modèle de l'hétérogénéité développé par Hertzman, Frank et Evans	182
Annexe 3 : Liste des recommandations.....	184

«

Tableau 1 : Idéologies dominantes dans les sociétés capitalistes et leurs caractéristiques ..	14
Tableau 2 : Décomposition conceptuelle des facteurs expliquant les inégalités en santé....	26
Graphique 1 : Relation entre l'âge et l'état de santé	30
Graphique 2 : Impact de la position sociale sur la relation entre l'âge et l'état de santé	31
Tableau 3 : Relation entre la position sociale et l'état de santé dans les études présentées par Feinstein	45
Tableau 4 : Relation entre la position sociale et l'état de santé dans les études originales..	46
Tableau 5 : Origine des différences dans l'état de santé selon les auteurs.....	47
Tableau 6 : Ce qui est retenu de l'étude de Manga (1993).....	59
Tableau 7 : Ce qui est retenu de l'étude de Ferland et Paquet (1995).....	65
Tableau 8 : Ce qui est retenu de l'étude de Cairney et Arnold (1998).....	67
Tableau 9 : Ce qui est retenu de l'étude de Colin (1989).....	70
Tableau 10 : Ce qui est retenu de l'étude de Paquet (1989).....	78
Tableau 11 : Ce qui est retenu de l'étude de l'ICRA (1991).....	82
Tableau 12 : Ce qui est retenu de l'étude de Renaud et Bouchard (1994).....	85
Tableau 13 : Ce qui est retenu de l'étude de Ferland et Paquet (1994).....	89
Tableau 14 : Ce qui est retenu de l'étude de Colin et Moffet (1995).....	93
Tableau 15 : Ce qui est retenu de l'étude de Evans et Stoddart (1996)	95
Tableau 16 : Ce qui est retenu de l'étude de Hertzman, Frank et Evans (1996).....	102
Tableau 17 : Ce qui est retenu de l'étude de Renaud (1996)	105
Tableau 18 : Ce qui est retenu de l'étude de Renaud, Good, Nadeau, Ritchie, Way-Clark et Connolly (1997)	116
Tableau 19 : Ce qui est retenu de l'étude de Poland, Coburn, Robertson et Eakin (1998)	123
Tableau 20 : Ce qui est retenu de l'étude de Lewis, Saulnier et Renaud (2000).....	131
Tableau 21 : Réduire les inégalités sociales comme stratégie pour améliorer l'état de santé	137
Tableau 22 : Réduire la pauvreté comme stratégie pour améliorer l'état de santé.....	143
Tableau 23 : Améliorer la qualité de vie comme stratégie pour améliorer l'état de santé..	147
Tableau 24 : Améliorer le système de santé comme stratégie pour améliorer l'état de santé	150

Remerciements

Ce mémoire a été rendu possible grâce aux conseils et au soutien de plusieurs personnes.

J'aimerais tout d'abord remercier ma directrice, Denise Couture, dont les corrections, les conseils et surtout les encouragements m'ont permis de mener à terme ce projet.

Je remercie également Andrée Demers, pour m'avoir offert un bureau au Grasp, ce qui m'a permis de me concentrer sur la rédaction de ce mémoire. D'ailleurs, merci à tous les membres du Grasp pour m'avoir si chaleureusement accueillie parmi eux.

Merci à mes amis qui m'ont donné leur soutien, et qui m'ont fait le plaisir de ne pas me demander « Pis, ton mémoire, ça avance? » durant la fin critique de la rédaction.

Enfin, ce mémoire n'aurait pu être accompli sans le soutien constant de ma famille. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir encouragée dans les périodes les plus difficiles.

À mes parents,
qui m'offrent le plus beau des héritages.

« L'égalité n'a point de barrière fixe,
c'est un niveau qui subit la hauteur
de celui qui la fait. »

Alexandre Dumas

(Joseph Balsamo; mémoires d'un médecin)

Introduction

Il n'est plus rare de retrouver, en fin d'articles ou d'ouvrages scientifiques, une section réservée aux recommandations. En effet, suite aux interprétations ou résultats fournis sur une situation analysée, les chercheurs proposent de plus en plus des solutions pouvant régler les problèmes constatés. Ces recommandations, contenues dans un ouvrage ou un article scientifique, proposées par un scientifique, fondées sur des faits scientifiquement établis, sont-elles scientifiques ? Ou bien le format scientifique qui précède ces recommandations entretient-il l'illusion qu'elles le sont ? Ces recommandations ont-elles un fondement rationnel, sont-elles le résultat de l'application d'une certaine méthode ? Si tel est le cas, comment se fait-il qu'à constats similaires, les recommandations soient différentes ?

Nous postulons que ces recommandations sont aussi plutôt d'ordre idéologique. Ainsi, lorsque le chercheur propose une solution, il exprime une conception des choses qui l'amène à juger tel ou tel changement désirable. Cette conception, aussi éclairée qu'elle puisse être par les connaissances accumulées, comporte une dimension idéologique. C'est à l'examen de cette dimension que ce mémoire est consacré.

Plusieurs champs d'études s'offrent à nous. Nous retenons celui de la santé. Plus précisément, le cas retenu pour notre exploration est constitué des recommandations faites suite aux constats portant sur les différences dans l'état de santé entre les Canadiens. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces différences, tels la géographie, l'ethnicité, etc. Dans le cadre de ce mémoire, nous retenons les recherches qui s'intéressent aux facteurs relatifs au statut socio-économique. Ce cas présente plusieurs avantages. Voici les deux principaux. D'abord, il s'agit d'une thématique de recherche très actuelle. Les recherches sur les différences dans l'état de santé entre les individus expliquées par des facteurs relatifs au statut socio-économique sont très nombreuses. Deuxièmement, les recommandations qui y sont faites sont d'une importance capitale puisqu'il y est question de santé. Or, la santé est un enjeu politique très important au Canada.

Dans ce mémoire, nous tentons de classer ces recommandations en fonction d'idéologies. Étant donné qu'il s'agit de recommandations à saveur politique, nous retenons

une typologie classique des idéologies politiques. Nous distinguons ainsi l'idéologie libérale, l'idéologie conservatrice et l'idéologie social-démocrate. Ces idéologies proposent des manières différentes de concevoir la santé. Du côté libéral, c'est l'individu qui est responsable de son état de santé. L'État peut néanmoins intervenir par le biais de messages préventifs afin d'éclairer le libre choix de l'individu. Du côté conservateur, l'individu est également responsable de son état de santé. Cependant, s'il a besoin d'une aide quelconque, c'est sa famille puis sa communauté qui doivent la fournir. L'État n'intervient ici qu'en dernier recours. Enfin, du côté social-démocrate, c'est l'État qui est responsable de l'état de santé de l'individu. Ainsi, il est le premier à intervenir.

Esping-Andersen (1999) affirme que le Canada est un pays de type libéral. La majorité de ses politiques serait donc, en général, à saveur libérale. Peut-on s'attendre à ce que les recommandations des chercheurs soient colorées de la même manière ? Il est évident qu'il faut faire la distinction entre les politiques mises en place et les recommandations des chercheurs. Une recommandation n'engage à rien. C'est une suggestion faite, par exemple, à des politiciens, et ces derniers peuvent soit la considérer, soit l'écarter. Toutefois, les politiciens, lorsqu'ils élaborent ou révisent une politique, se fondent (du moins, nous l'espérons) sur des recommandations (qu'elles viennent des scientifiques, des citoyens, etc.). Il nous apparaît donc intéressant d'explorer les idéologies sous-jacentes aux recommandations faites par les chercheurs.

Ce mémoire comporte trois objectifs principaux. Il vise, dans un premier temps, à dresser la liste des principaux résultats obtenus et interprétations retenues par les chercheurs afin d'expliquer les différences dans l'état de santé entre les individus. Dans un deuxième temps, ce mémoire présente les recommandations proposées par ces mêmes chercheurs. Dans un troisième temps, ce mémoire propose une classification des recommandations proposées par les chercheurs selon une grille regroupant trois types d'idéologies, l'idéologie libérale, l'idéologie conservatrice et l'idéologie social-démocrate.

Malgré le fait que le cas retenu soit le Canada, les résultats établis dans les études d'autres pays, ainsi que les interprétations et les recommandations envisagées par les chercheurs d'autres pays sont également présentés. Ceci nous paraît nécessaire puisque les interprétations et les recommandations retenues par les chercheurs canadiens se fondent

souvent sur des données d'autres pays. Il est donc essentiel de présenter les études d'autres pays importantes ou originales afin de mieux saisir le raisonnement des chercheurs canadiens.

Le mémoire comprend les chapitre suivants. L'objet de recherche et les outils conceptuels (typologie des idéologies) sont présentés au chapitre 1. Suit la méthodologie, la façon dont est traité l'objet de recherche au chapitre 2. Les études d'autres pays viennent par la suite au chapitre 3, suivies par les études canadiennes au chapitre 4. L'analyse des recommandations faites par les chercheurs canadiens est présentée au chapitre 5.

Chapitre 1

1 Objet du mémoire et outils conceptuels

Ce chapitre présente l'objet de recherche. Il y est discuté du cas retenu et du cheminement effectué pour le choix de ce cas. Le cadre conceptuel, incluant une revue partielle de la littérature pertinente, suit. Cette revue est présentée de façon à faire une distinction entre les différents éléments que nous voulons mettre en évidence. C'est à cette étape que nous présentons notre grille d'analyse. Enfin, ce chapitre conclut sur les grandes lignes de la structure de ce mémoire.

1.1 Présentation de l'objet de recherche et du cas retenu

Ce mémoire porte sur les recommandations faites par les chercheurs au terme de leurs études et sur la possibilité de décrire la coloration idéologique de ces recommandations. Il est en effet de plus en plus à la mode de penser ces liens de la manière suivante. L'élaboration, la formulation de politiques doivent s'appuyer sur des recherches qui ont mené à des résultats éprouvés. Cette norme est irréprochable. Qui pourrait dire non à une telle prescription? Les chercheurs eux-même sont invités à faire des recommandations à partir de leurs résultats de recherche. On appelle cela le transfert de connaissances. La recherche doit être utile; les chercheurs doivent faire la preuve de l'utilité de leurs activités. Nous prétendons, dans ce mémoire, que ces recommandations s'appuient, nous l'espérons, sur des connaissances solides mais qu'elles relèvent aussi de courants idéologiques qui présentent, mettent en forme des manières d'envisager le social, son fonctionnement, son changement.

Bruno Latour (1995) fait un parallèle intéressant entre la politique et la science. Il prétend que ces deux sphères seraient très semblables, toutes deux parlant au nom de choses ou de personnes et tentant de promouvoir les intérêts des groupes qu'elles représentent. Qu'advient-il quand le scientifique se fait politicien? Il n'est pas rare qu'un chercheur, suite à une étude, propose des politiques fondées sur ses résultats et ses explications. Ce qu'il est intéressant de noter, c'est que pour un même constat, les chercheurs proposent des politiques qui peuvent être différentes de celles d'autres chercheurs. Comment analyser ces différences? Étant donné qu'il s'agit de différences entre

les politiques proposées, nous allons classer ces différences selon le courant idéologique auquel elles se rattachent.

Afin de développer une réflexion sur ce sujet, plusieurs champs d'études s'offrent à nous. On n'a qu'à penser aux études portant sur le marché du travail, la petite enfance, la famille, le vieillissement, etc. Ces divers domaines de recherche ont attiré notre attention, mais nous nous sommes attardée à un domaine en particulier puisqu'il regroupait en quelque sorte tous ces sujets. Le cas retenu est la santé. Une pré-recherche (non présentée ici) nous a en effet permis de constater le nombre croissant des études portant sur la santé. Le développement des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé a permis de révéler l'influence importante que peuvent avoir des facteurs autres que médicaux sur l'état de santé des individus.

Ces facteurs sont nombreux. Des différences dans l'état de santé peuvent avoir comme origine le sexe, l'âge, le lieu de résidence, l'origine ethnique, etc. Les facteurs qui nous ont intéressée sont ceux relatifs au statut socio-économique. En effet, ces facteurs sont nombreux et s'incrument dans plusieurs aspects de la vie des individus (habitudes de vie, conditions de travail, environnement social, etc.).

Ce mémoire porte donc sur les différences dans l'état de santé entre les individus, et plus précisément sur les différences ayant pour origine des facteurs relatifs au statut socio-économique. La santé est un aspect capital de la vie, et c'est un domaine où il est souvent question de vie ou de mort. Par ailleurs, les facteurs relatifs au statut socio-économique pouvant influencer l'état de santé font référence à de nombreux aspects de la vie de chaque individu. Notre choix permet d'analyser des matériaux qui renvoient à une pluralité de facteurs socio-économiques pouvant influencer l'état de santé. Cette pluralité débouche sur une diversité de solutions proposées par les chercheurs et cette diversité permet de mettre en évidence les colorations idéologiques de ces solutions. En effet, les recommandations politiques des chercheurs tentent de changer ou d'améliorer la situation qu'ils mettent au jour. Pour ce faire, il existe plusieurs moyens, et surtout plusieurs facteurs sur lesquels on peut agir. Ainsi, cette pluralité de facteurs permet une diversité de propositions politiques. L'importance capitale de la santé permet de croire que ces recommandations ont été soigneusement pesées puisque leur effet peut être salubre ou nocif. C'est donc dans le

choix des politiques proposées, traduisant l'importance accordée à certains facteurs, qu'il sera possible de discerner à quel type d'idéologie ces propositions réfèrent.

1.2 Cadre conceptuel

Depuis la création de l'État providence, et surtout depuis la Seconde Guerre mondiale, la demande politique pour des études sociologiques portant sur la santé s'est accrue (Haroche, 1999). De nombreux chercheurs ont relevé ce défi et ont présenté des études portant sur la santé, proposant des origines, des explications et bien souvent des politiques. Certaines politiques publiques se sont appuyées sur les recommandations de ces études. Or les politiques se basent sur un cadre référentiel (Muller, 2000). Ce cadre référentiel est une représentation de la réalité sociale. Muller note que le référentiel des politiques est un « processus essentiellement culturel » (Muller, 2000, p.46). De même, Bourdin affirme que les choix des politiques « sont totalement idéologiques » (Bourdin, 1999, p.407). Nous supposons donc que les chercheurs, lorsqu'ils proposent des solutions, n'échappent pas à cette influence idéologique. Nous ne voulons aucunement mettre en doute la crédibilité des chercheurs ni l'objectivité de leurs raisonnements. Mais comme le note Weber :

il faut « *faire absolument la distinction (...) entre la constatation des faits empiriques (...) et sa propre prise de position évaluative de savant qui porte un jugement sur des faits (...), en tant qu'il les considère comme désirables ou indésirables et adopte en ce sens une attitude "appréciative" »* (Weber, 1965, p.416-417).

Ainsi, les chercheurs constatent les faits relatifs à la santé et en donnent une explication. Ils dressent en quelque sorte un portrait de ce qui *est*. Mais leurs recommandations relèvent de ce qui *devrait* être. Ces recommandations expriment le désir de changer une situation ou de garder le statu quo pour des raisons idéologiques et non pas scientifiques.

Notre but n'est en aucun cas de mettre en doute les résultats des études. Au contraire, nous les acceptons comme étant des faits scientifiquement établis. Notre objectif est de classer les politiques qu'on recommande, selon différentes idéologies. Nous nous permettrons quelques commentaires sur la faisabilité des actions prônées : ces remarques resteront générales et abstraites. En effet, au plan théorique, certaines idéologies semblent être plus aptes à répondre à des situations spécifiques. Par contre, malgré la justesse des possibilités d'action qu'elles offrent, il peut s'avérer difficile d'opter pour une de ces

possibilités lorsqu'un bon nombre d'autres aspects de l'organisation sociale relèvent d'une autre idéologie.

Suite aux lectures effectuées, nous avons retenu trois grands types d'idéologie, soit libérale, conservatrice et social-démocrate. Ces idéologies présentent une réflexion sur les moyens pouvant agir sur la vie des individus et le bien-être de la population. Elles réfèrent à des solutions à apporter aux mauvaises conditions de vie et aux problèmes vécus par les individus. Ces solutions diffèrent selon l'option retenue quant aux oppositions suivantes : État versus marché, contraintes versus libertés, public versus privé. Il est à noter qu'Esping-Andersen fait cette distinction concernant les États-providences (libéral, conservateur et social-démocrate). Sa classification a fortement influencé la nôtre. Nous n'avons cependant pas retenu certaines données référant strictement à la gestion d'un État providence. Nous retenons sa classification pour définir les idéologies. Également, nous avons utilisé des données fournies par d'autres auteurs. Puisque peu d'auteurs font d'emblée une pareille distinction, où celles qu'ils font ne se rattachent pas directement au trois types retenus, nous nous sommes permis de traduire leurs propos pour les classer de façon appropriée sous les trois types d'idéologie retenus. Voici le résultat de nos lectures, organisé de façon à dégager les principales caractéristiques des idéologies libérale, conservatrice et social-démocrate.

1.2.1 L'idéologie libérale

Afin d'améliorer les conditions de vie des individus, cette idéologie fait reposer la quasi-totalité de ses espoirs sur le marché. La philosophie du libéralisme renvoie au marché : le marché est la meilleure forme de production des ressources et de leur redistribution. La société est composée d'individus animés de motifs économiques (consommateur ou producteur). L'innovation est le fruit de la compétition sur le marché (Coburn, 2000). Le marché, source de profits, est perçu comme pouvant assurer une protection sociale aux individus (Esping-Andersen, 1999). Or qui dit marché, dit recherche de profits. Pour permettre cette recherche de profits, il est nécessaire que l'individu puisse agir selon ses intérêts. Ainsi, cette idéologie présuppose une grande liberté individuelle. Il faut donc respecter, protéger l'autonomie et la liberté d'action des individus (Aday, 2000), et ce même si on doit sacrifier l'équité entre les individus (Lindbladh et al., 1998). Cependant Rose (1993) est sceptique face à cette notion de liberté. Cette idéologie présente les choses de telle sorte que les individus se croient libres alors qu'ils doivent en fait limiter cette

liberté. En effet, cette liberté est balisée par des normes sociales inculquées par des institutions (telles que l'école, la famille, le droit, etc.) qui font en sorte que l'individu a la capacité de s'orienter en société. L'individu est donc libre, jusqu'à une certaine limite, de faire ses propres choix. Et il doit en assumer les conséquences (Lindbladh et al., 1998). C'est en quelque sorte l'envers de la médaille. L'individu est libre d'agir à sa guise, mais il est responsable des résultats (positifs ou négatifs) qui découleront de ses actes. Les compétences individuelles sont présentées comme étant un atout très important pour diminuer les risques et augmenter les bénéfices que l'individu peut retirer de ses choix. C'est en quelque sorte une individualisation des opportunités et des risques (Coburn, 2000). La non homogénéité des compétences individuelles ainsi que les résultats différents des choix des individus créent des écarts sociaux qui peuvent être très marqués. La responsabilisation de l'individu face à ses choix et aux conséquences qui en découlent permet d'accepter les inégalités sociales puisque l'individu est le seul à blâmer (ou à féliciter) pour sa situation (Coburn, 2000). Les inégalités font en quelque sorte office de justice car le marché donne autant qu'il reçoit. À la limite, ces inégalités sont essentielles au marché car elles stimulent la compétition et offrent une main-d'œuvre « bon marché » (Coburn, 2000). S'appuyant sur l'idée de base du libéralisme, soit l'autonomie, l'individu est responsable de ses conditions de vie. Poussant ce raisonnement, celui qui fait des choix ne nuisant pas à ses conditions de vie devrait être privilégié par les programmes sociaux par rapport à ceux qui font de mauvais choix. Par contre, on tente de donner aux individus des ressources afin qu'ils puissent faire des choix éclairés. Cela permet de responsabiliser l'individu face aux choix qu'il a à faire et aux conséquences qui découlent de ces choix sans pour autant l'obliger à adopter certaines options. Son autonomie n'est donc pas brimée.

Ceci nous amène à considérer le type d'intervention privilégiée par cette idéologie. En fait, cette idéologie prône la non intervention, particulièrement en ce qui a trait au marché puisqu'on juge les interventions comme étant faibles, inefficaces et non-éthiques (Coburn, 2000). On considère que toutes les sphères sociales ont leur façon d'agir et leurs propres moyens de régulation (Rose, 1993). Cela rend les interventions non désirables puisqu'elles empêcheraient le développement « naturel » des autres sphères. On tente donc de restreindre le pouvoir de la sphère politique en augmentant celui des sphères du marché, de la citoyenneté et de la société civile. Par ailleurs, la privatisation découle en parti de

l'importance de l'individualisme prôné dans l'idéologie libérale. Les possessions individuelles, « le mien », sont nettement valorisées par opposition à ce qui est le « non mien », le public et le collectif (Coburn, 2000).

Cependant, le fait que la protection sociale repose en grande partie sur le marché engendre deux classes sociales principales : les travailleurs et les non travailleurs (Esping-Andersen, 1999). Sans compter que la main-d'œuvre se concentre de plus en plus dans les petites et moyennes entreprises qui n'ont pas le capital pour assurer des avantages sociaux adéquats à leurs employés. Certains ne peuvent donc pas avoir accès à des formes de protection sociale. Il faut alors mettre en place un filet de sécurité sociale de base. Une caractéristique dominante de l'idéologie libérale est la modestie du montant offert par le biais des allocations, des programmes d'assurance sociale et des transferts universels, et ce, bien entendu, si de pareils programmes sont en place (Esping-Andersen, 1999). Ces programmes, dans bien des cas, ne sont pas accessibles à tous. Il y a une évaluation des besoins de l'individu. Ce dernier doit d'une part démontrer qu'il ne peut subvenir à ses besoins de base et d'autre part, convaincre l'État qu'il mérite de recevoir des indemnités. Ainsi, les bénéficiaires des protections sociales publiques sont souvent des individus vivant dans des conditions d'extrême nécessité, ayant épuisé toutes leurs ressources (Esping-Andersen, 1999). Les programmes en place sont donc sous forme d'assistance de dernier recours.

Les critiques qu'on peut faire de cette idéologie sont nombreuses. Nous n'en présenterons que quelques-unes. D'abord cette idéologie engendre une individualisation et une fragmentation de la société pouvant causer, en partie, une augmentation de la criminalité et des suicides (Rose, 1993). Également, les faibles interventions créent une hausse des problèmes liés à la santé, des irrégularités dans l'emploi, une baisse du soutien et de la cohésion sociale, et une accentuation, voire une accélération des inégalités. Par ailleurs, l'affaiblissement de la solidarité sociale et l'essor de l'individu comme figure centrale du social permettent d'accuser ceux qui réussissent moins bien de « bons à rien ». En fait, les individus sont responsables de leurs succès *et* de leurs malheurs. Ce serait donc l'irresponsabilité des individus qui serait à l'origine de leurs conditions de vie misérables. Cela laisse peu de place à des explications d'ordre social et environnemental (Aday, 2000; Rose, 1993). Sans compter la stigmatisation des bénéficiaires des prestations sociales qui

peuvent développer un sentiment de culpabilité. Enfin, les interventions non universelles tendent à segmenter la population en mettant à l'écart les bénéficiaires des interventions (Coburn, 2000).

1.2.2 L'idéologie conservatrice

L'idéologie conservatrice tente de sauvegarder et de reproduire les statuts sociaux. Il n'y a donc pas de volonté d'uniformiser la société puisqu'on tente de maintenir le statu quo (Esping-Andersen, 1999). Ainsi, il n'est pas question d'égalité mais d'équité. Afin de réaliser cette équité entre les individus, on met en place des systèmes d'assurance fonctionnant sous forme de ristournes. Ces assurances servent à contrer les risques dans des situations où l'individu voit ses acquis menacés. En cas de demande d'indemnité, le montant perçu est proportionnel au montant versé sous forme de cotisations aux assurances (Esping-Andersen, 1999). C'est ainsi qu'il est possible de reproduire les statuts sociaux. Il se fait donc une distribution des bénéfices sur la base de ce qui est considéré comme étant équitable pour tous et chacun (Aday, 2000).

Malgré le fait que la libre entreprise n'est pas écartée dans l'idéologie conservatrice, celle-ci se distingue néanmoins de l'idéologie libérale puisqu'elle place au premier plan les valeurs de la famille dite traditionnelle (Coburn, 2000). Ainsi on encourage les femmes à rester à la maison. Cet aspect est des plus importants puisque peu de ressources publiques sont offertes à l'individu. Si ce dernier est dans la gêne, il doit en premier lieu se tourner vers sa famille qui doit veiller à satisfaire ses besoins de base. S'il est impossible pour elle de le faire, l'individu devra alors demander de l'aide à sa communauté, puis à sa région et ainsi de suite. C'est en dernier lieu que l'État vient en aide à un individu dans le besoin. La société est en quelque sorte pensée en termes de regroupements qui s'enclenchent les uns dans les autres. Chacun de ces groupes doit veiller au bien-être de ses membres (Aday, 2000).

Deux oublis majeurs caractérisent cette idéologie. D'abord, la protection sociale n'est possible que pour les assurés. Il en résulte que certaines personnes sont ignorées par cette protection. Deuxièmement, comme les valeurs dominantes sont celles de la famille traditionnelle et que la famille représente la première ressource pour venir en aide à un individu dans le besoin, il s'ensuit que la femme doit en quelque sorte s'occuper du foyer

familial. Si l'individu est obligé de se tourner vers sa famille en cas de nécessité, cela implique que la femme diminue, voire cesse, son implication sur le marché du travail. Alors, deux répercussions négatives s'imposent à la société (Esping-Andersen, 1999). Premièrement, le retrait des femmes, souvent plus scolarisées que les hommes, du marché du travail représente une perte de capital humain pour la société. Deuxièmement, cela augmente la pauvreté nationale puisque les familles doivent alors composer avec un seul revenu. Nous nous permettons d'ajouter que cette dynamique fait passer une bonne partie de la population du côté des non assurés.

1.2.3 L'idéologie social-démocrate

L'idéologie social-démocrate repose sur l'égalité entre les individus (Esping-Andersen, 1999). L'État, par le biais d'interventions, doit veiller à diminuer les écarts économiques, sociaux et environnementaux afin d'assurer cette égalité (Aday, 2000). L'État tente d'ailleurs de s'insérer dans le marché afin de corriger les fluctuations et les inégalités générées par le marché (Coburn, 2000) On vise un bien-être public complet, où les protections sociales sont universelles et financées à même les fonds publics. Ce souci d'égalité enrichit la solidarité sociale (Esping-Andersen, 1999; Aday, 2000, Coburn, 2000). Cependant il ne s'agit pas d'une égalité de strict minimum, mais d'une égalité de bien-être complet acceptable, fondé sur le bien-être des classes moyennes (Esping-Andersen n'apporte pas de spécifications sur ce que sont les classes sociales). Cela assure des indemnités assez élevées et ce, pour tous.

Il existe deux stratégies principales qui doivent être mises en place simultanément pour enrayer les inégalités. D'une part, les politiques doivent être universelles afin de permettre à tous les individus qui le jugent nécessaire d'y avoir recours. L'État doit donc opérer une importante redistribution des revenus pour couvrir les coûts relatifs à la famille, à la santé, etc. D'autre part, l'emploi ne doit pas être perçu comme étant un privilège mais comme un droit. L'État est responsable du plein emploi. Il doit également faire en sorte que ces emplois offrent des conditions de travail acceptables et des bénéfices permettant à l'individu de mener une vie agréable. Pour ce faire, il doit favoriser le développement et la présence d'organisations oeuvrant dans ce sens (par exemple, le syndicat) (Groulx, 1990). Ainsi, l'État, pour réduire les inégalités engendrées par le marché, agit soit sur les écarts

dans leur ensemble (politiques de bien-être), soit directement sur le marché (politiques économiques) (Coburn, 2000).

La lacune majeure de cette idéologie provient ironiquement de son principe de base, soit l'égalité. Pour assurer cette égalité, on a recours à de nombreuses interventions publiques dans les sphères économiques et familiales (Rose, 1993). En apportant une sécurité sociale, l'idéologie social-démocrate augmente la liberté de chacun. Cette sécurité quotidienne permet en effet aux individus d'être plus libres dans leurs actions. Maintenir l'égalité entre les individus suppose de poser des gestes qui finissent par être considérés comme une barrière à l'émancipation des individus vers la liberté (Lindbladh et al., 1998). Cela permet une critique morale de l'idéologie social-démocrate. Cette dernière, en s'incrutant dans la vie quotidienne des individus par le biais de nombreuses interventions, brime l'autonomie et la créativité qu'elle a elle-même rendues possibles.

En dernier lieu, Esping-Andersen utilise le principe de la démarchandisation (ou décommodification) comme test critique permettant de classer les États-providences. Nous nous permettons d'utiliser ce principe afin de distinguer plus nettement les idéologies retenues.

Dans une société capitaliste, le bien-être de l'individu dépend du marché. En fait, pour jouir d'un certain bien-être, voire pour survivre, il doit vendre sa force de travail. La démarchandisation permet à l'individu de se retirer du marché du travail sans mettre son bien-être en péril, et ceci lorsque l'individu le juge nécessaire (exemples : maternité, scolarité, etc.). Esping-Andersen définit la démarchandisation comme suit : elle « survient lorsqu'un service est obtenu comme un dû et lorsqu'une personne peut conserver ses moyens d'existence sans dépendre du marché du travail ». (Esping-Andersen, 1999, p.35). Pour donner lieu à une démarchandisation, les politiques sociales doivent permettre à l'individu de s'affranchir du marché du travail sans qu'il n'ait à subir une stigmatisation.

Selon l'idéologie libérale, fondée sur l'assistance sociale, le droit aux allocations est octroyé en fonction des « besoins démontrables ». Ainsi, l'individu doit convaincre l'État de l'extrême urgence de sa situation s'il veut être éligible. Ce genre d'idéologie se caractérise par une quasi-inexistence de la démarchandisation. L'idéologie conservatrice,

fondée sur l'assurance sociale, permet une plus grande démarchandisation . Cependant, il ne s'agit pas d'un droit, mais d'une certaine forme de ristourne. En effet, le montant de l'indemnité que l'individu reçoit dépend de ses contributions au régime d'assurance. La démarchandisation est donc incomplète (puisque'il est nécessaire, pour être bénéficiaire, de participer au régime d'assurance) et elle reproduit les statuts sociaux. Enfin, l'idéologie social-démocrate, fondée sur une indemnisation à la Beveridge¹, offre la meilleure démarchandisation puisque les indemnités sont offertes à tous et les montants alloués permettent à l'individu de maintenir son bien-être.

Cette présentation de trois idéologies dominantes nous permet d'établir une grille d'analyse qui servira à l'examen des explications fournies et des solutions proposées par les chercheurs dans leurs recherches portant sur les différences dans l'état de santé entre les individus. Cette grille d'analyse est orientée par le cas retenu, soit les écarts dans l'état de santé des individus. Nous allons donc appliquer les particularités des idéologies à un objet spécifique, les recherches sur l'état de la santé. Voici sous la forme de tableau les idéologies que nous avons présentées et leurs caractéristiques.

¹ « BEVERIDGE, William Henry, 1^{er} baron de Tugal (...1879...1963). Économiste anglais. Chef des services de placement (1908/19), il fut un des promoteurs de l'assurance chômage, puis devint directeur de la London School of Economics (1919/37) et recteur d'University College of Oxford (1937/45). En 1942, il présenta dans un célèbre rapport le plan Beveridge instituant un système de sécurité sociale, qui fut adopté dans ses grandes lignes en sept. 1944 » Mourre, Michel (1981), Dictionnaire d'histoire universelle, Paris, Bordas, 164.

Tableau 1
 Idéologies dominantes dans les sociétés capitalistes et leurs caractéristiques

Types d'idéologie / Caractéristiques	Idéologie libérale	Idéologie conservatrice	Idéologie social-démocrate
Institution chargée d'assurer le bien-être des individus	L'individu par le biais du marché	La famille (communauté, région, État)	L'État
Ce que les idéologies cherchent à réaliser	La liberté individuelle et l'autonomie par la non intervention	Le statu quo par des interventions visant l'équité	Rendre semblables et meilleures les conditions de vie en diminuant les écarts entre les individus (égalité)
Rôle des institutions	Développer les capacités de l'individu pour qu'il s'oriente dans la société	Servir de dernier recours en cas de nécessité	Veiller à l'égalité entre les individus
Type d'interventions	Assistance (besoins démontrables et épuisement des ressources) Prévention axée sur la diffusion de l'information (libre décision de l'individu)	Assurance (indemnité reçue proportionnelle aux cotisations versées)	Allocations universelles (accessibles à tous et fortes indemnisations).
Moyens proposés pour diminuer les écarts	Le jeu du libre marché	Conserver le statu quo, donc aucun moyen proposé	Forte redistribution des richesses et plein emploi
Position face à la famille	Aucune	Promouvoir les valeurs de la famille	Prendre en charge collectivement une partie des coûts familiaux
Position face à l'emploi	L'emploi récompense l'effort	La femme doit le sacrifier si un des membres de sa famille a besoin d'aide	L'emploi est un droit
Position face au marché	Laisser aller le cours naturel du libre marché	Libre marché dans la mesure où il n'entrave pas les valeurs familiales	Interventions pour réduire les inégalités générées par le marché
Démarchandisation	Faible	Moyenne	Forte

1.3 Plan du mémoire

Ce mémoire comporte cinq chapitres, outre l'introduction. Le présent chapitre, portant sur l'objet du mémoire et les outils conceptuels, est suivi d'un chapitre méthodologique qui précise la façon dont nous traitons l'objet de recherche. Le troisième chapitre dresse un portrait des connaissances établies, dans des études effectuées à l'extérieur du Canada, sur les déterminants socio-économiques de l'état de santé. Les résultats présentés dans ce chapitre ne seront pas analysés. Nous pensons toutefois qu'il est essentiel que le lecteur prenne connaissance de ces résultats, de ces explications et de ces recommandations, d'une part parce que cela l'informe sur les connaissances produites, et, d'autre part, parce que ces études servent parfois de références dans le raisonnement des chercheurs canadiens. Le quatrième chapitre est consacré aux recherches effectuées par des Québécois ou des Canadiens. L'analyse des recommandations proposées dans ces recherches fait l'objet du cinquième chapitre qui est lui-même suivi d'une discussion. Enfin, nous posons un regard sur l'ensemble de ce mémoire dans la conclusion.

Chapitre 2

2 Méthodologie

Le présent chapitre expose la façon dont nous traitons l'objet de ce mémoire. Dans un premier temps, nous rappelons notre objet de recherche. Dans un deuxième temps, nous présentons les critères à partir desquels nous avons fait la sélection des études. Dans un dernier temps, nous présentons le déroulement de notre analyse.

2.1 Rappel de l'objet de recherche

Notre objet de recherche est d'identifier le courant idéologique auquel se rattachent les différentes politiques proposées par les chercheurs dans les études portant sur l'influence des facteurs relatifs au statut socio-économique sur l'état de santé des individus. Nous retenons trois courants idéologiques, soit libéral, conservateur et social-démocrate. Le cas retenu pour montrer l'orientation idéologique de la recherche comprend, dans un premier temps, les études sur la santé et, dans un deuxième temps et plus spécifiquement, les études traitant de l'influence du statut socio-économique sur la santé. Plus encore, étant donné la quantité impressionnante d'études portant sur l'état de santé, nous éliminons d'emblée celles qui traitent exclusivement de la santé mentale pour nous concentrer sur celles portant sur la santé physique. Cependant, la distinction est difficile à maintenir car la majorité des études portant sur la santé physique considèrent également certains aspects de la santé mentale. Ainsi, cette dernière n'a pas été complètement exclue de notre objet.

2.2 Critères de sélection des études et des recherches

Nous utilisons deux types d'études, soit les études effectuées à l'extérieur du Canada, et les études effectuées au Canada. Les critères de sélection sont, pour ces deux types d'études, la santé physique et les différences dans l'état de santé entre les individus doivent être expliquées par des facteurs relatifs au statut socio-économique. Nous avons retenu ces études qu'il s'agisse d'études originales ou d'études portant sur les résultats d'autres études. Étant donné que nous nous intéressons aux recommandations des chercheurs, il nous apparaît pertinent d'inclure les suggestions de certains chercheurs même si elles ne portent pas sur leur propres résultats. Les études retenues sont soit longitudinale ou spontanées, et rédigées en langue française ou anglaise.

Pour ce qui est des critères de sélections relatifs aux études autres que canadiennes, ils sont bien simples et peu nombreux. Nous avons pu établir, lors de notre pré-recherche, quelles études sont les plus souvent citées. Nous avons par conséquent retenu des études faites par des chercheurs souvent présentés comme références par d'autres chercheurs. Lors de cette pré-recherche toujours, certaines études nous ont paru très originales dans les explications fournies quant aux différences dans l'état de santé entre les individus. Par souci de présenter un éventail d'explications, nous avons ainsi retenu des études faites par des chercheurs qui considèrent les écarts dans l'état de santé entre les individus d'un angle différent de ce qu'on retrouve généralement. Le choix de ces études dans Socialfiles, Atrium et Francis s'est principalement fait en fonction du nom des chercheurs.

Les études autres que canadiennes retenues sont les suivantes :

Revue de littérature :

- J.S. Feinstein; *The relationship between socioeconomic status and health : A review of the literature* (santé physique et mentale)

Études originales :

- J.S. House et al.; *The social stratification of aging and health* (santé physique)
- M. G. Marmot et al.; *Social inequalities in health: Next questions and converging evidence* (santé physique et mentale)
- M. G. Marmot et al.; *Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health* (santé physique et mentale)

Études proposant des explications sur la relation entre l'état de santé et le statut socio-économique² :

- A. Antonovsky; *Social inequalities in health: A complementary perspective*
- S.A. Robert et J.S. House; *Socioeconomic inequalities in health : Integrating individual-, community-, and societal-level theory and research*
- S. L. Syme; *Social and economic disparities in health : Thoughts about intervention*

² Ces études offrent généralement des explications sur le lien entre le statut socio-économique et l'état de santé global (sans spécifier s'il s'agit de santé physique ou mentale). Pour cette raison, nous ne spécifions pas à quel type de santé (physique ou mental) elles se

- J. Siegrist; *The social causation of health and illness*

Pour ce qui est des études canadiennes, nous avons dû nous rendre à l'évidence, il existe beaucoup moins d'études nationales portant sur les différences dans l'état de santé des individus et encore moins d'études dont l'explication repose essentiellement sur des facteurs relatifs au statut socio-économique. Les études canadiennes ou québécoises utilisent également souvent les mêmes banques de données (Statistiques Canada, Santé Québec). Nous avons alors retenu les principales études utilisant ces bases de données. Également, nous voulions que ces études portent sur l'état de santé de la population en général, et non sur quelques sous-groupes (par exemple, les retraités, les enfants, les autochtones). Des politiques ou du moins des orientations politiques, devaient aussi être suggérées dans les études. Étant donné que ces critères de sélection ont considérablement réduit nos possibilités, nous nous sommes permis, à l'occasion, d'inclure des études co-réalisées par des chercheurs canadiens ou québécois, et étrangers. Nous avons trouvé les articles par le biais d'Atrium, de Sociofiles et de Francis. Les mots clefs utilisés (dans le résumé ou le titre) ont été : santé, état de santé, maladie*, mortalité, morbidité*, incapacité*, statut* socio-économique* (socioéconomique*), position* sociale*, revenu, scolarité, éducation, occupation*, profession*, Québ*, Canad*.

Les études canadiennes retenues sont les suivantes³ :

Études originales :

- P. Manga; *Les inégalités socio-économiques* (santé physique)
- M. Ferland et G. Paquet; *Liens entre le statut socioéconomique et la santé* (santé physique et mentale)
- J. Cairney et R. Arnold; *Socioeconomic position, lifestyle and health among Canadians aged 18 to 64 : A multi-condition approach* (santé physique et mentale)

rapportent.

³ Suite aux commentaires du jury, nous avons constaté que le chapitre d'E. Corin, *La matrice sociale et culturelle de la santé et de la maladie* contenu dans l'ouvrage Être ou ne pas être en bonne santé (sous la dir. d'Evans, Barer et Marmor), ne figure pas dans nos analyses. Nous ne pouvons expliquer cette exclusion que par un manque d'attention. Nous reconnaissons avoir fait une erreur ici.

Études proposant des explications sur la relation entre l'état de santé et le statut socio-économique⁴ :

- C. Colin; *Pauvreté et santé : des liens étroits*
- G. Paquet ; *Santé et inégalités sociales; un problème de distance culturelle*
- ICRA; *Les déterminants de la santé*
- M. Renaud et L. Bouchard; *Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé*
- M. Ferland et G. Paquet; *L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien-être*
- C. Colin et S. Moffet; *Les inégalités socio-économiques et la santé : aperçu de la perspective québécoise*
- R.G. Evans et G.L. Stoddart; *Produire de la santé, consommer des soins*
- C. Hertzman, J. Frank et R.G. Evans; *L'hétérogénéité de l'état de santé et les déterminants de la santé des populations*
- M. Renaud; *L'avenir : Hygiène ou Panacée?*
- M. Renaud et al.; *Rapport de synthèse du Groupe de travail sur les déterminants de la santé*
- B. Poland et al.; *Wealth, equity and health care : A critique of a "population health" perspective on the determinants of health*
- S. Lewis, M. Saulnier et M. Renaud; *Reconfiguring health policy : Simple truths, complex solutions*

2.3 Déroulement de l'analyse

Le corpus d'analyse est constitué des études canadiennes et québécoises présentées au chapitre quatre. Nous présentons, pour chacune des études retenues, les résultats (s'il y a lieu) et les explications quant aux constats faits. Ces résultats et ces explications sont

⁴ Ces études offrent généralement des explications sur le lien entre le statut socio-économique et l'état de santé global (sans spécifier s'il s'agit de santé physique ou mentale). Pour cette raison, nous ne spécifions pas à quel type de santé (physique ou mental) elles se rapportent.

présentés pour mieux comprendre le raisonnement du chercheur dans les politiques qu'il propose. Ce sont ces dernières qui sont analysées et non les résultats et les explications. Nous répétons que les études effectuées à l'extérieur du Canada (présentées au chapitre trois) ne seront pas analysées. Nous les rapportons pour exposer les connaissances établies et pour que le lecteur sache de quoi il est question lorsque les chercheurs canadiens ou québécois y réfèrent.

L'analyse se fait en trois parties. Dans la première partie, nous désignons quatre stratégies qui peuvent être adoptées pour améliorer l'état de santé. Pour chacune de ces stratégies, nous classons les recommandations selon le levier, la cible et la sorte d'intervention. Cette classification est présentée sous forme de tableaux, puis commentée.

L'analyse de ce corpus, qui constitue la deuxième partie, se fait selon la grille d'analyse élaborée dans notre cadre conceptuel. Nous émettons d'abord un premier commentaire sur la saveur idéologique de la stratégie. Puis nous analysons les recommandations en fonction de leurs affinités à une idéologie que le levier, la cible et la sorte d'intervention indiquent. Étant donné que chacun de ces aspects des recommandations ne réfère pas toujours à la même idéologie, il devient alors nécessaire de débattre de l'importance de chacun et de dégager l'essence de la recommandation pour la classer ensuite sous une idéologie.

La troisième partie est la conclusion de cette analyse; nous revenons sur les leviers, cibles et sortes d'interventions afin de dégager quelques constats généraux.

Chapitre 3

3 Les connaissances sur les liens entre la position sociale et l'état de santé

Afin de cerner la problématique, il apparaît nécessaire de considérer les études à l'extérieur du Canada qui traitent du lien entre la position sociale de l'individu et l'état de santé. Cet exercice permet de présenter les différentes explications retenues et les diverses politiques conseillées dans les pays autres que le Canada. Nous savons qu'il est hasardeux de comparer des pays entre eux quant à l'état de santé de leurs populations et qu'il est difficile d'interpréter les résultats de telles comparaisons. Tel n'est pas notre objet. La revue des études réalisées dans et sur d'autres pays apporte un large éventail de possibilités méthodologiques, explicatives et politiques, qui nous aidera dans la compréhension et la critique d'études similaires au Canada.

Étant donné la quantité imposante d'études portant sur les différences dans l'état de santé des individus, seules les études les plus souvent citées ou originales sont présentées ici. Cette revue de littérature se présente en deux volets, soit les résultats et les explications retenues des liens entre la position sociale et l'état de santé, et les recommandations conseillées. Nous nous sommes permis de faire deux volets puisque, contrairement aux études canadiennes présentées au chapitre suivant, certaines études présentées ici ne concluent pas sur des recommandations (voir les critères de sélection, chapitre 2). Pour des raisons de clarté, nous avons jugé pertinent de regrouper les recommandations sous un même volet.

3.1 Études présentées par Feinstein

Dans son article «The Relationship between socioeconomic status and health» (1993), Feinstein passe en revue plusieurs études américaines et anglaises réalisées avant 1993, pour établir un cadre conceptuel concernant les différences dans l'état de santé des individus au sein d'une même population. Il débute avec l'étude de Kitagawa et Hauser : «Differential mortality in the U.S. : a study in socioeconomic epidemiology» (1973) qui porte sur les différences dans la mortalité des Américains selon leur niveau de scolarité et leur revenu. Leurs données, compilées en 1960, proviennent de deux sources différentes. Pour la première, soit Matched Records Study, les auteurs utilisent comme mesures du statut socio-économique, le niveau de scolarité et le revenu, qu'ils mettent en relation avec

23 causes de mortalité. Le sexe, l'âge et l'origine ethnique sont utilisés comme variables contrôles. Leurs principaux résultats sont les suivants: il y a une relation négative entre le niveau de scolarité et la mortalité attribuable aux arrêts cardiaques; pour les hommes, l'effet du revenu est plus fort que l'effet du niveau de scolarité; pour les individus de 25 à 64 ans, il existe une forte relation négative entre le niveau de scolarité et la mortalité; pour les individus de 65 ans et plus, cette relation est plus faible (sauf pour les femmes blanches). Feinstein propose une explication de la faiblesse de cette dernière relation. L'apprentissage des comportements bénéfiques à la santé par le biais de l'école est survenu après le tournant du 20^e siècle et les individus de 65 ans et plus en 1960 n'en auraient pas bénéficié. Ou alors, les effets de la scolarité diminuent avec le temps, ce qui expliquerait la situation des personnes âgées. La seconde source, soit Chicago Area Study, présente des données portant sur la mortalité et les classes sociales (Feinstein ne précise pas les critères de définition de ces classes) en 1930; 1940; 1950 et 1960. Ici aussi l'âge et le sexe sont utilisés comme variables contrôles. Les auteurs constatent que le taux de mortalité a diminué, entre 1930 et 1960, dans toutes les classes. Cependant, il existe une relation négative entre les classes sociales et la mortalité (à un âge donné, on retrouve 60% de plus de décès dans la classe inférieure que dans la classe supérieure) et que cette relation est stable au cours de cette période. Suite à cette étude, Feinstein note qu'il est préférable d'utiliser la «richesse du foyer» (avoirs monétaires, matériels, etc.) plutôt que le revenu comme mesure de la classe parce qu'en période de maladie, le revenu a tendance à baisser (causalité inversée) alors que la richesse du foyer est moins susceptible de changer.

L'étude de Silver (1973), dont les données réfèrent au niveau d'agrégation du Standard metropolitan statistical area (1959 à 1961), utilise la mortalité (standardisée selon l'origine ethnique et le sexe) comme mesure de l'état de santé. Silver utilise deux variables relatives au statut socio-économique, soient le revenu médian des foyers dans le quartier et le niveau de scolarité médian dans le quartier. Il considère également certaines variables pouvant influencer la mortalité, telles le statut matrimonial, la fécondité (nombre d'enfants), le stress, la consommation de tabac, les dépenses publiques pour le bien-être et la santé, le climat, la pollution et le nombre de médecins dans le quartier. Feinstein retient trois conclusions des travaux de Silver : 1. il existe une relation négative entre la mortalité et le revenu médian, entre la mortalité et le niveau de scolarité médian; 2. il existe une relation positive entre la mortalité et la consommation de tabac, entre la mortalité et le

stress; 3. il existe une relation négative, mais non significative, entre le nombre de médecins dans le quartier et la mortalité. Feinstein note sur ce dernier point que l'interprétation de cette dernière relation peut être problématique : une forte présence de médecins peut être garante d'un bon état de santé chez la population avoisinante, tout comme elle peut attirer davantage d'individus ayant un mauvais état de santé.

Pour son étude, Menchik (s.d.) utilise les données du National Longitudinal Survey (1966 à 1983). L'état de santé est mesuré ici par l'auto-évaluation de son état de santé en 1966 et la mortalité en 1983. Les variables mesurant le statut socio-économique sont la richesse du foyer, le niveau de scolarité des répondants et le niveau de scolarité des parents. Menchik utilise également d'autres variables pouvant avoir un effet sur la santé, telles l'âge, le fait de résider en ville ou à la campagne, au Nord ou au Sud des États-Unis, l'état de pauvreté du quartier et le nombre de parents encore vivants en 1983. Feinstein retient deux résultats de cette étude. D'abord la relation entre la mortalité et le niveau de scolarité n'est pas significative (mais Feinstein souligne que la population à l'étude est assez âgée). Puis, il y a une relation négative entre la richesse du foyer et la mortalité.

Feinstein présente ensuite deux études de Wing (1987;1988). Dans son étude de 1987, Wing utilise les maladies cardiaques (1968 à 1982) qu'il met en relation avec le pourcentage de cols blancs dans le comté. Il conclut que depuis 1968 il existe une relation négative entre ces deux variables, et qu'elle s'intensifie au fil des ans. Il utilise toujours les maladies cardiaques dans son étude de 1988, mais se concentre davantage sur le déclin rapide ou lent de ces maladies dans les différents comtés. Les variables mesurant le statut socio-économique sont le pourcentage d'individus ayant un diplôme d'études secondaires (D.E.S.) et le pourcentage d'individus ayant un revenu supérieur à 10 000\$ dans le comté. Il conclut à l'existence d'une relation positive entre ces deux dernières variables et le déclin rapide des maladies cardiaques.

Haan, Kaplan et Camacho (1987) observent la mortalité dans la population d'Oakland entre 1965 et 1974. Ces auteurs utilisent plusieurs variables contrôles, telles l'âge, le sexe, l'origine ethnique, la consommation de tabac, l'état de santé physique lors de la première observation, le poids et le soutien social. Ils concluent que la relation entre la mortalité et le niveau de scolarité et celle entre la mortalité et le revenu ne sont pas

significatives, contrairement à la relation entre la mortalité et l'état de pauvreté du quartier qui, elle, est significative.

Feldman et al. (1989) utilisent des données provenant du Matched Records Study (1960), du National Health and Nutrition Examination Survey (1971 à 1984) et du Epidemiologic Followup Study (1971 à 1984) afin d'analyser la relation entre le niveau de scolarité et la mortalité à travers le temps. Ils concluent que, pour les hommes blancs, la relation négative entre la mortalité et le niveau de scolarité s'accroît entre la première période d'observation, soit 1960, et la seconde, soit de 1971 à 1984. Chez les femmes blanches, la situation est similaire, mais cette accentuation est moins prononcée.

L'étude de Palmer (1989), basée sur le Longitudinal Retirement History Survey (1969 à 1979), ne contient que les hommes chefs de famille dans son échantillon. Palmer utilise également la mortalité comme mesure de l'état de santé. Le statut socio-économique est mesuré ici par les variables revenu, niveau de scolarité et totalité des possessions. Il note une relation négative entre le revenu et la mortalité, entre la totalité des possessions et la mortalité, et entre le niveau de scolarité et la mortalité (cette dernière n'est toutefois pas significative).

Hadley (1982;1988) tente de cerner l'impact des dépenses médicales publiques sur la mortalité en 1970. Il note d'une part une relation négative entre la mortalité et le revenu, entre la mortalité et le niveau de scolarité et d'autre part, une relation négative entre les dépenses médicales publiques et la mortalité.

Enfin Logue et Jarjoura (1990) observent, pour leur part, la population de l'Ohio. Feinstein rapporte deux résultats : les individus de la classe sociale moyenne inférieure (pas de spécifications quant aux critères de classification) sont deux fois plus touchés par la mortalité que ceux appartenant à la classe sociale supérieure; les individus de la classe sociale inférieure sont quatre fois plus touchés par la mortalité que ceux appartenant à la classe sociale élevée.

Du côté anglais, Feinstein présente trois études. D'abord le Black Report (1980), réalisé sous la supervision de Sir Douglas Black afin de tracer un portrait des différences

dans l'état de santé des populations du Royaume-Uni et en tirer des recommandations pour des politiques futures. La population (15-64 ans) est divisée en six classes, en fonction de l'occupation du chef de famille. Feinstein rapporte deux conclusions. D'abord, en 1971, les individus appartenant à la classe la moins élevée sont deux fois plus touchés par la mortalité que ceux appartenant à la classe la plus élevée. Ensuite, de 1941 à 1969, ces inégalités ont augmenté; cela est surtout dû au fait que les individus, dans cet échantillon, appartenant aux classes élevées sont moins touchés par la mortalité. Ces inégalités se sont toutefois stabilisées vers 1970. Feinstein note quelques failles dans ce rapport sans toutefois en remettre en question les conclusions générales. La population retenue est âgée entre 15 et 64 ans, ce qui élimine d'emblée tous ceux mourant après l'âge de 64 ans. Leur échantillon n'est alors peut-être plus représentatif de la population dans son ensemble. L'avantage d'écartier ainsi les individus âgés de 65 ans et plus est de permettre de montrer les différences dans la mortalité entre des individus des statuts socio-économiques inférieur et supérieur à des âges où le décès n'est pas la norme. Par contre, en considérant seulement les individus âgés de 15 à 64 ans, il est facile de dramatiser et d'amplifier la situation de ces différences entre les individus face à la mortalité. En ayant un échantillon, par exemple, de 15 ans et plus, ces différences seraient sans doute atténuées puisque certaines études (telle celle de House et al., 1994, que nous verrons sous peu) montrent que les différences face à la mortalité entre les individus appartenant aux statuts socio-économiques inférieur et supérieur sont grandement réduites en âge avancé. Aussi, entre 1930 et 1971, il y a eu une grande mobilité vers les classes supérieures, ce qui a pour effet de restreindre la population des classes inférieures aux individus en situation d'extrême pauvreté, ce qui peut contribuer à donner une impression non fondée d'accentuation des écarts.

Plus rapidement, Feinstein présente l'étude de Whitehead et al. (1988), où les auteurs constatent qu'entre 1971 et le début des années 80, l'espérance de vie augmente de deux années, mais les différences dans l'état de santé entre les classes sociales (pas de spécifications quant aux critères de classification) demeurent, voire s'accroissent. Enfin l'étude de Whitehall de Marmot (1984; 1991) montre que parmi les quatre groupes d'occupation se retrouvant dans la fonction publique, ceux qui appartiennent au groupe le moins élevé meurent, à un âge donné, trois fois plus que ceux appartenant au groupe supérieur.

Pour ce qui est des pays autres que les États-Unis et le Royaume-Uni, Feinstein note que les auteurs ont trouvé des différences dans l'état de santé des individus dans tous les pays observés. Cette différence est moins prononcée dans les pays scandinaves où, en 1993, l'espérance de vie est la plus longue et où les inégalités sociales sont moins marquées et plus stables. Avant de présenter son explication, Feinstein fait un dernier constat concernant la mortalité et la morbidité. Étant donné que leurs causes et leurs mesures ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre et que la hiérarchie sociale diffère ainsi que les variables utilisées pour la mesurer (aux États-Unis on privilégie le niveau de scolarité et le revenu; en Europe, on utilise davantage l'occupation), il s'avère aventureux de se prononcer sur une comparaison des différents états de santé entre les pays.

Le cadre conceptuel élaboré par Feinstein se trouve au tableau 2.

Tableau 2

Décomposition conceptuelle des facteurs expliquant les inégalités en santé

		Source d'inégalités	
		Expériences au cours de la vie	Accès au système de soins et son utilisation
Type d'explication	Matérialiste (accès aux ressources)	1. Logement, promiscuité, équipement sanitaire, mode de transport, risques au travail, risques dans l'environnement	2. Capacité de s'offrir des soins, capacité de s'offrir des médicaments, visites médicales régulières
	Comportemental (psychologique, génétique, culturel)	3. Régime alimentaire, consommation de tabac, exercices physiques, activités de loisir, comportement à risque, consommation abusive d'alcool et de drogues	4. Accès à une information médicale complète, se «débrouiller» dans le système, suivre les recommandations, s'auto-diagnostiquer, être à l'affût des récidives

Source: Feinstein, J.S., 1993, p.305.

Notre traduction

Nous avons numéroté les cases de 1 à 4.

Feinstein propose une explication des différences dans l'état de santé qui reposent sur deux dimensions. La première renvoie aux explications de ces différences qui mettent

l'accent soit sur les ressources matérielles, soit sur les caractéristiques comportementales. Le volet des ressources matérielles représente les ressources personnelles, les avoirs monétaires pour acheter des services et des biens (pas nécessairement médicaux, mais qui ont une influence sur l'état de santé), et les ressources publiques (équipements sanitaires, transport, pollution, sécurité au travail, etc.). Ces ressources peuvent varier en qualité, les meilleurs produits (qui seraient plus propices à améliorer l'état de santé) ayant un coût plus élevé. Leur consommation est donc restreinte aux groupes les plus aisés. Face à ce premier volet, Feinstein fait deux critiques principales. D'abord, les auteurs des études analysées considèrent trop peu souvent les ressources publiques, pourtant essentielles à la compréhension des différences dans l'état de santé des individus. Deuxièmement, le lien entre le prix et la qualité doit être évalué sur une échelle régionale et temporelle, puisqu'il existe souvent une grande variation des prix d'une région à une autre, d'une époque à une autre. Le second volet, soit les caractéristiques comportementales, représente les caractéristiques individuelles (psychologiques, génétiques et culturelles) qui ne nécessitent pas obligatoirement un avoir monétaire important. Ici la santé ne s'achète pas, elle est le fruit du comportement «responsable» de l'individu. On y retrouve, entre autres, la conduite au volant, la consommation de tabac, le comportement violent, la capacité à s'auto-diagnostiquer, etc.

La seconde dimension réfère aux expériences produisant des inégalités. Feinstein y distingue encore deux volets, soit les inégalités générées par les expériences vécues tout au long de la vie (telles la promiscuité et le régime alimentaire) et celles relatives à l'accès au système de soins et à son utilisation (telles la régularité des visites médicales et l'accès à une information médicale complète).

Le Tableau 2 présente les principaux facteurs qui peuvent être localisés au croisement de ces deux dimensions. Dans la case 1, se trouve une explication des inégalités entre les individus de statuts socio-économiques différents générées par des expériences de vie reposant sur des facteurs matériels (par exemple le logement). Dans la case 2, il y a également recours aux facteurs matériels pour expliquer les inégalités dans l'état de santé entre les individus, produites cette fois-ci par les différences entre ceux-ci dans leur accès au système de soins et son utilisation (par exemple, la capacité à s'offrir des soins). Les facteurs comportementaux sont utilisés dans les cases 3 et 4 pour expliquer les inégalités

entre les individus quant à leur état de santé, respectivement générées par les expériences de vie (par exemple le régime alimentaire) et l'accès de l'individu au système de soins et l'utilisation qu'il en fait (par exemple, par l'accès à une information médicale complète). Avant de développer les types d'explication, Feinstein mentionne que tous les facteurs que l'on retrouve dans le tableau sont valables dans l'explication des inégalités.

Savoir lequel des types de facteurs (ressources matérielles ou comportementales) a le plus d'importance dans l'explication des inégalités s'avère difficile : le groupe du Black Report (1980) stipule qu'il s'agit des possessions matérielles alors que Kitagawa & Hauser (1973) affirment que malgré le fait que les deux types de facteurs contribuent à l'explication des différences dans l'état de santé entre les individus, les facteurs comportementaux sont plus importants. Plusieurs chercheurs utilisent des variables mesurant ces deux volets et leur conclusion se résume généralement ainsi :

«Wealth (resources), smoking, and certain biological factors exert a significant effect on mortality, but [that] the impact of education is less clear» (Feinstein, 1993, p.308). Cependant, Feinstein déplore le fait que jusqu'alors aucune étude n'a utilisé «a full complement of both sets of characteristics» (Feinstein, 1993, p.308).

Feinstein donne certains exemples montrant à quel point il peut être difficile de savoir quelle importance attribuer aux facteurs matériels ou comportementaux. En voici deux exemples, soit celui de la consommation de tabac et celui de l'état de pauvreté dans le quartier.

L'importance de la consommation de tabac dans l'origine des différences dans l'état de santé des individus est due, selon Feinstein, à deux raisons majeures : cette consommation a un impact incontesté sur l'espérance de vie et elle varie selon le statut socio-économique. Cependant, les chercheurs ne s'entendent toujours pas (en 1993) sur l'influence de la consommation de tabac. Par exemple, Marmot et ses collègues (1984) notent que même dans un échantillon de fumeurs, il existe une grande différence de mortalité. Feinstein apporte alors deux nuances à ce facteur. Primo, sans être fumeur, un individu a pu grandir dans une maison où les occupants étaient fumeurs (situation plus présente dans les statuts socio-économiques inférieurs) et ainsi souffrir des effets néfastes de la fumée (ressources matérielles). Deuxièmement, les méfaits de la consommation de tabac peuvent s'amplifier lorsqu'ils sont combinés aux effets du stress ou de la

consommation abusive d'alcool (situation qui, encore une fois, est plus présente chez les statuts socio-économiques inférieurs) (ressources comportementales).

Concernant l'état de pauvreté du quartier d'habitation, il semble encore difficile de trancher. Silver (1973) montre que cette variable a un impact non négligeable sur la mortalité. De même, Haan, Kaplan & Camacho (1987) affirment que l'état de pauvreté du quartier est plus déterminant que le revenu ou le niveau de scolarité. Est-ce parce que certains quartiers regroupent des individus ayant un meilleur comportement face à la santé (comportements) ou que certains quartiers ont des installations sanitaires déplorables et des cheminées industrielles en abondance (ressources matérielles)?

Feinstein fait quelques critiques générales des études réalisées jusqu'en 1993, moment où il fait ce bilan de connaissances. D'abord, les auteurs n'utilisent trop souvent que deux niveaux d'analyse : une variable dépendante de l'état de santé (souvent la mortalité) et plusieurs variables indépendantes de facteurs de risque et de statuts socio-économiques. L'ennui est que, dans un premier temps, ces facteurs de risque sont présentés comme des caractéristiques individuelles fixes et, dans un deuxième temps, aucune étude ne montre l'impact de l'interaction entre ces facteurs de risque sur l'état de santé des individus.

Concernant l'accès au système de soins et son utilisation, Feinstein préfère se concentrer sur le volet comportemental. Il énumère quatre étapes du comportement face au système de soins : (1) la prévention (relation avec le médecin, test de routine, examen général, etc.); (2) le diagnostic et l'admission au système de soins (diagnostic médical, auto-diagnostic, accès au système de soins, etc.); (3) efficacité du traitement (information sur les possibilités de traitements, qualité du traitement, etc.); (4) le suivi et le rétablissement (survie, suivre les prescriptions du personnel de santé, consommation de médicaments selon l'ordonnance, auto-diagnostic des récives, etc.). Pour chacune de ces étapes, Feinstein conclut que les individus appartenant aux statuts socio-économiques inférieurs sont ceux qui profitent le moins d'un système de soins, soit pour des raisons comportementales (par exemple : ils sont moins portés à subir des examens préventifs) ou faute de ressources matérielles (par exemple : un faible revenu diminue les chances de survie suite à un diagnostic positif du cancer du sein).

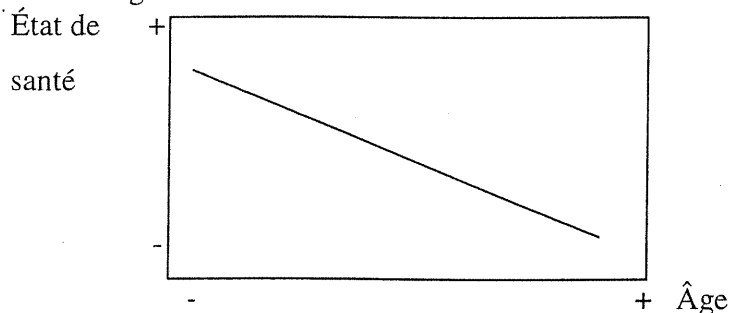
Quittons maintenant la revue de littérature faite par Feinstein pour nous pencher sur des études qui ont été réalisées depuis 1993.

3.2 Études originales

Dans une étude visant la population américaine de 25 ans et plus, House et al. (1994) utilisent, comme base de données, l'Americans' Changing Lives (1986 et 1989) qui vise les Américains âgés de 25 ans et plus (3617 répondants en 1986 et de ce nombre, 2867 individus ont également été interrogés en 1989).

Cette étude se base sur la notion de la stratification sociale de l'âge et de la santé. En fait, la relation entre l'âge et l'état de santé est négative au sens où plus l'individu vieillit (exprimé dans le graphique 1 par le signe du positif), plus il fait face à des risques pouvant détériorer son état de santé (illustré dans le graphique 1 par le signe du négatif). Cette relation peut s'illustrer comme suit :

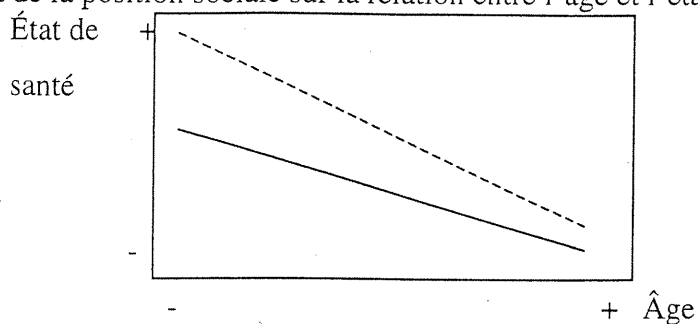
Graphique 1
Relation entre l'âge et l'état de santé



House et al. tentent ici de vérifier dans quelle mesure cette relation est influencée par la stratification sociale. Cela sous-entend donc que cette relation est modulée par la position sociale de l'individu. On postule alors que plus l'individu a une position sociale élevée, plus l'impact négatif de l'âge sur l'état de santé sera amoindri. Au contraire, plus l'individu a une position sociale inférieure, plus l'effet négatif de l'âge sur l'état de santé sera élevé. Le graphique 2 illustre grossièrement ce raisonnement :

Graphique 2

Impact de la position sociale sur la relation entre l'âge et l'état de santé



--- : statut socio-économique élevé

— : statut socio-économique inférieur

Leurs indicateurs de l'état santé comportent d'une part dix maladies que les sujets ont pu avoir au cours de l'année précédant l'observation : arthrite, maladie pulmonaire, hypertension, infarctus, diabète, cancer, problème de pied, accident vasculaire cérébral, fracture et problèmes rénaux; d'autre part, certaines formes d'incapacité allant d'une difficulté à faire un simple travail à l'utilisation de la chaise roulante. Les auteurs mesurent par ailleurs le statut socio-économique par le niveau de scolarité (trois groupes de 0 à 16 années et plus) et par le revenu total du foyer (trois groupes de 0 à 30000\$ et plus). Les auteurs distinguent également six groupes d'âge : 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans, 65 à 74 ans et 75 ans et plus. Plusieurs autres variables sont utilisées, telles l'origine ethnique, le sexe, le poids, le statut matrimonial, le régime alimentaire, la consommation de tabac et d'alcool, le soutien social, le stress face à sa situation financière, l'estime de soi, les événements négatifs vécus au cours de la vie, la maîtrise de son environnement, l'utilisation de ses compétences et l'intégration sociale. House et al. émettent l'hypothèse que la stratification sociale de l'âge et de la santé est produite par des facteurs biologiques et sociaux qui déterminent l'exposition à des facteurs de risque psychosociaux et leurs impacts. Ils retiennent donc quatre facteurs de risque psychosociaux dont plusieurs études reconnaissent l'importance et la présence plus fréquente dans les positions sociales inférieures. Ces quatre facteurs sont : **les comportements à risques** (tabac, alcool, poids, alimentation); **la présence de relations sociales et de soutien social** (statut matrimonial; interactions sociales et contacts (téléphone ou sortie) –amis, voisins, parenté-; appartenance à un groupe, à un club ou à une organisation; perception du soutien social; pratiques religieuses); **la présence de stress** (perception de sa situation financière,

de ses paiements, et de ses finances à la fin du mois; événements négatifs au cours des trois dernières années –mort d'un conjoint, mort d'un enfant, mort d'un parent, mort d'un ami, divorce, victime de voie de fait, perte involontaire d'emploi, vol, autre-; événements négatifs au cours de sa vie –mort d'un conjoint; mort d'un enfant; divorce et victime de voie de fait); **l'estime de soi et la maîtrise de sa vie** (échelle d'estime de soi et de contrôle sur sa vie).

House et al. pensent que l'exposition à ces facteurs de risque varie entre les statuts socio-économiques et que son impact peut devenir plus important avec le temps car le statut socio-économique de l'individu se stabilise et l'individu cumule les impacts néfastes de ces facteurs au fur et à mesure qu'il vieillit. Une fois en âge très avancé, des facteurs biologiques (fatigue du corps) et sociaux (politiques sociales visant les personnes âgées, retrait du marché du travail) peuvent venir atténuer ces différences dans l'exposition à ces facteurs de risque. Par contre, l'impact de ces facteurs devrait augmenter avec l'âge puisque biologiquement la vieillesse affecte la résistance du corps et socialement, l'individu est plus susceptible d'être touché par l'isolement social, la perte de contrôle, etc. Ainsi, la relation entre l'âge et la santé est peut-être modulée par la position sociale, surtout lors de l'âge adulte.

Les premiers résultats de House et al., où le sexe et l'origine ethnique sont utilisés comme variables contrôles, confirment leur hypothèse. Ils montrent qu'entre les individus ayant 16 années et plus de scolarité et/ou un revenu de 30000\$ et plus par année et les individus ayant un niveau de scolarité et/ou un revenu inférieur(s), les différences dans les conditions chroniques augmentent constamment avec l'âge. Ces écarts sont de plus significativement différents à partir du groupe d'âge 45 à 54 ans. Par ailleurs, entre ces mêmes individus, les différences pour les incapacités diminuent significativement à partir de 65 ans.

House et al. notent également que l'effet du revenu sur l'état de santé est plus important que celui du niveau de scolarité. De façon plus précise, le niveau de scolarité ne produit pas de modulation dans la relation entre l'âge et l'état de santé pour les individus âgés de 25 à 34 ans. Cependant, il génère des différences significatives entre les groupes d'individus âgés de 35 à 74 ans (plus le niveau de scolarité diminue, plus il y a des cas de

conditions chroniques et des incapacités importantes) mais des différences plus petites et non significatives pour les individus âgés de 75 ans et plus. Également, le revenu ne produit que de minces différences non significatives pour les individus âgés de 25 à 34 ans. Ces différences augmentent et deviennent significatives pour les groupes d'âges suivants, mais déclinent chez les individus de 65 ans et plus pour les conditions chroniques et chez ceux de 55 ans et plus pour les incapacités. Enfin, House et al. retrouvent des conditions chroniques chez les individus âgés de 35 à 44 ans ayant un faible niveau de scolarité et/ou un faible revenu semblables à ceux des individus âgés de 55 à 64 ans ayant un niveau de scolarité et/ou un revenu élevé(s).

Par ailleurs, les individus appartenant au statut socio-économique inférieur sont désavantagés dans leur exposition à tous les facteurs de risque retenus dans cette étude. De plus, leur désavantage est constant dans le temps pour les facteurs de risque tels la consommation abusive d'alcool, le statut matrimonial, les interactions sociales informelles et la perception de leur état financier. Par contre, le reste des facteurs de risque retenus (particulièrement la consommation de tabac, le poids, les interactions sociales formelles, le soutien social, l'estime de soi et les événements négatifs au cours d'une vie) suivent un pattern où il y a d'abord peu de différences d'exposition à ces facteurs entre les jeunes individus de statuts socio-économiques différents, puis ces différences deviennent de plus en plus importantes pour enfin diminuer entre les individus en âge très avancé.

Les différences dans l'état de santé relèvent donc, selon cette étude, du temps d'exposition des individus aux facteurs de risque et de l'impact de ces facteurs sur l'individu. Au cours de leurs deux années et demie d'observation, les chercheurs notent que dans 84% des cas, il n'y a pas de changement concernant la présence de maladies chroniques et que dans 89,2% des cas, les capacités fonctionnelles restent similaires. Cependant, les facteurs de risque menant à une dégradation de l'état de santé sont de deux à trois fois plus élevés chez les individus ayant un faible niveau de scolarité et un faible revenu que chez les individus à scolarité et revenu élevés. Les auteurs ont également regardé l'évolution, sur deux années et demie, des différences dans l'état de santé entre les individus. Ils retrouvent encore leur pattern en ce qui concerne les incapacités; les différences sont d'abord très faibles entre les individus âgés de 25 à 34 ans, puis plus importantes pour les 35 à 44 ans pour enfin redevenir moins marquées pour les 45 ans et

plus. Cependant, ce pattern n'est pas significatif en ce qui concerne l'évolution des différences dans les conditions chroniques entre les individus. Par contre, House et al. ont établi que les facteurs de risque retenus déterminent un déclin de l'état de santé. Peut-être ces facteurs de risque mesurent-ils déjà les effets du revenu et du niveau de scolarité, rendant alors leur impact sur la relation entre l'âge et l'état de santé non significatif. D'ailleurs, lorsque les facteurs de risque sont incorporés dans le modèle évaluant les variations pour l'incapacité, les impacts du revenu et du niveau de scolarité ne sont plus significatifs.

House et al. concluent enfin sur l'influence importante du statut socio-économique sur l'état de santé. Bien que les mécanismes et l'ampleur de cette influence ne soient pas complètement cernés, ils notent que plusieurs auteurs ont remarqué, au cours de l'histoire, que les différences dans la mortalité, la morbidité et l'incapacité relèvent toujours du statut socio-économique et ce, malgré les nombreuses interventions visant la réduction de ces différences. Par contre, les maladies contagieuses ont, dans certains cas, été éliminées, de même que les différences socio-économiques concernant l'hygiène, la vaccination, etc. Cependant, les différences dans l'état de santé se retrouvent maintenant dans les maladies chroniques. D'ailleurs, les caractéristiques socio-économiques influençant certaines maladies ou facteurs de risque se sont tout bonnement inversées au fur et à mesure que ces caractéristiques devenaient fatales. Par exemple, la consommation de tabac, l'embonpoint et le manque d'exercice étaient, au début du 20^e siècle, le lot des individus appartenant aux statuts socio-économiques supérieurs, mais plus leur impact est devenu néfaste à l'état de santé, plus ces facteurs de risque ont caractérisé les individus appartenant aux statuts socio-économiques inférieurs. Ainsi donc le statut socio-économique joue indéniablement un rôle de premier plan dans l'état de santé des individus.

En 1997, Marmot et al. ont publié un article portant sur la présence d'un gradient socio-économique de l'état de santé en Angleterre et aux États-Unis. Leur article repose sur une étude anglaise, soit la Whitehall II Study of British civil servants (WS II) (Marmot, M.G., Davey Smith, G., Stanfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. & Feeney, A., (1991) et deux études américaines, soit la Wisconsin Longitudinal Study (WLS) (Houser, R.M. & al., 1994) et le National Survey of Families and Households (NSFS) (Sweet, J.A., Bumpass, L.L. & Call, V.R.A., 1988). Ces études utilisent, comme

variables mesurant l'état de santé, l'auto-évaluation de son état de santé, la dépression, le bien-être psychologique, la consommation de tabac et les incapacités physiques. Ces études utilisent également le revenu, le niveau de scolarité, le type d'occupation et le statut socio-économique des parents (non spécifié).

Plus spécifiquement, la WS II regroupe 17 530 Anglais (en majorité des blancs) âgés de 35 à 55 ans, travaillant dans la fonction publique (col blanc). La période d'observation, dont il est question dans l'article, s'étend de 1985 à 1988. Cette étude utilise également les variables comportement à risque (consommation abusive d'alcool), les caractéristiques psychosociales au travail (soutien social au travail, satisfaction au travail) et les circonstances sociales à l'extérieur du travail (soutien social, problèmes financiers). La WLS vise la population américaine. Son échantillon est constitué de 10 317 individus (en majorité des blancs) ayant gradué de l'école secondaire en 1957. Trois autres observations ont été effectuées, soit en 1964 (individus alors âgés de 25 ans), en 1975 (individus alors âgés de 36 ans) et en 1992 à 1993 (individus alors âgés de 53 à 54 ans). On y retrouve également les variables suivantes : le niveau de scolarité des parents, le quotient intellectuel de l'individu au secondaire, ses résultats scolaires, ses aspirations à l'adolescence, le service militaire, les expériences de travail, la participation sociale et les caractéristiques du quartier de résidence. Enfin, la NSFS vise la population américaine de 19 ans et plus (13 017 individus). La période d'observation s'étend de 1987 à 1988. Les variables utilisées sont : le niveau de scolarité des parents, le type de famille lorsque l'individu était enfant, les interactions au sein de la famille, les caractéristiques au travail et la situation financière.

Marmot et al. notent la présence d'un gradient socio-économique de l'état de santé (auto-évaluation de son état de santé, bien-être psychologique, dépression et consommation de tabac) dans ces trois études. Dans les modèles multivariés, ils constatent cependant que le niveau de scolarité prédit mieux l'état de santé que l'occupation pour le NSFS tandis que pour la WS II, l'occupation détermine davantage l'état de santé que le niveau de scolarité (peut-être parce que dans cette étude l'occupation est rigoureusement définie et catégorisée). Dans la WLS, le niveau de scolarité et l'occupation prédisent bien l'auto-évaluation de l'état de santé, mais l'occupation est plus déterminante pour le bien-être psychologique. Les variables mesurant la position socio-économique ont donc une

influence sur l'état de santé des individus, mais leur importance diffère. Plusieurs hypothèses sont envisagées afin d'expliquer cette situation. D'abord l'utilisation de la variable niveau de scolarité pour mesurer le statut socio-économique diminue grandement l'importance (sans toutefois l'annuler) de l'explication des différences dans l'état de santé des individus par la causalité inversée, puisque le plus souvent, cet aspect du statut socio-économique est déjà complété bien avant l'apparition de problèmes de santé. Dans la WLS, les chercheurs ont même mesuré le statut socio-économique en 1975 et l'état de santé en 1993, affaiblissant ainsi la portée de ce type d'explication. Les auteurs ont par ailleurs considéré le statut socio-économique des parents des sujets, sans toutefois noter des changements significatifs. La WS II montre que cette variable ne change rien à la relation entre l'état de santé et le statut socio-économique. Les WLS et NSFH montrent aussi que le type d'unité de la famille (unie ou éclatée) lorsque l'individu était enfant et son quotient intellectuel au secondaire changent peu la relation. Ainsi, dans ces études, les variables relatives au statut socio-économique des parents du répondant, le type de famille du répondant lorsqu'il était enfant et à son quotient intellectuel lors de l'adolescence ont peu d'importance dans l'explication des différences dans l'état de santé entre les individus.

L'état de santé dépendrait donc davantage la position sociale que des caractéristiques individuelles, au sens où certaines caractéristiques semblent se concentrer au niveau de certaines positions sociales. Ainsi, une caractéristique individuelle (par exemple la consommation de tabac) peut être influencée par la position sociale (statut socio-économique inférieur). Les mécanismes de cette situation reposent sur trois aspects. D'abord, le comportement face à la santé : les mauvaises pratiques pouvant être néfastes à l'état de santé sont plus fréquentes dans les statuts socio-économiques inférieurs. D'ailleurs, les WS II et WLS montrent un gradient socio-économique de la consommation de tabac. Deuxièmement, les caractéristiques psycho-sociales au travail : il semble primordial, selon les auteurs, que l'individu ait un contrôle sur son travail, qu'il fasse un usage varié de ses compétences et que son environnement lui apporte soutien et satisfaction. Enfin, les auteurs font ressortir l'importance des circonstances sociales à l'extérieur du travail, tels le soutien social et les difficultés financières. Plus le statut socio-économique diminue (accentuant le côté néfaste de ces aspects), plus les problèmes de santé physique et psychologique augmentent. Il est très important de considérer ici l'état de santé mentale car la santé ne se résume pas à l'absence de maladies physiques; elle

représente un bien-être général, indispensable au fonctionnement de l'individu. Elle est donc nécessaire à une qualité de vie permettant de faire face au stress et de diminuer la vulnérabilité de l'individu face à la dépression.

Marmot et al. concluent enfin qu'il y a trois types d'explications plausibles dans la relation entre l'état de santé et le statut socio-économique. D'abord la causalité inversée (dont l'impact demeure discutable): l'état de santé de l'individu détermine sa position sociale; la causalité sociale : la position sociale de l'individu détermine l'état de santé; la sélection indirecte : les facteurs opérant au début de la vie déterminent la position sociale et l'état de santé (ainsi l'amélioration de la situation des enfants serait en quelque sorte garante d'un meilleur état de santé dans leur vie adulte). Pour vérifier cette hypothèse de la sélection indirecte, les trois études ont utilisé des variables comme le statut socio-économique des parents, les types de famille et les capacités intellectuelles de l'individu à l'adolescence. Cependant on n'a pas montré que ces variables ont un impact significatif dans la relation entre l'état de santé et le statut socio-économique. Alors si la sélection indirecte existe, elle n'est pas mesurable par les variables retenues dans ces études.

Dans une étude publiée en 1998, Marmot et al. tentent de montrer que l'état de santé des individus serait influencé par une combinaison de facteurs socio-environnementaux et individuels. Les données proviennent ici du National Survey of Mid-life Development in the U.S., 1995 (MINDUS), visant la population américaine de 25 à 74 ans (3032 répondants). Les variables retenues pour mesurer le statut socio-économique sont le niveau de scolarité du répondant, le niveau de scolarité des parents, le quartier de résidence (pauvreté et chômage) et le revenu. D'autres variables telles l'état civil, le soutien social, la perception des inégalités, la consommation de tabac, l'environnement au travail (prise de décision, utilisation de ses compétences, sentiment de contrôle, maîtrise et contraintes de son environnement) sont également utilisées. Les auteurs mesurent à la fois la santé psychologique (vulnérabilité des individus face aux risques mesurée par la capacité d'autonomie, la maîtrise de l'environnement, les relations avec autrui, l'acceptation de soi, etc.), la santé physique (auto-évaluation de son état de santé) et le ratio taille/hanches (révélatrice de la présence de diabète, de maladies cardiaques, etc.).

Les résultats montrent un gradient pour l'état de santé psychologique et physique et pour le ratio taille/hanches. Dans tous les cas, le niveau de scolarité influence grandement l'état de santé des individus. Concernant la santé physique, les auteurs notent une influence du niveau de scolarité du parent sur la santé physique de l'enfant du même sexe (mère/fille; père/fils). Il existe aussi une relation entre la consommation de tabac et l'auto-évaluation de l'état de santé, et entre la présence de soutien social et l'auto-évaluation de l'état de santé. Cependant le statut civil de l'individu ne semble pas avoir d'effets sur la santé physique. Par ailleurs, le ratio taille/hanches est influencé par le niveau de scolarité du père dans le cas des hommes, et par le degré de pauvreté et de chômage dans le quartier d'habitation dans le cas des femmes. Enfin, les auteurs affirment que le niveau de scolarité des parents n'a aucun impact sur l'état de santé psychologique chez les hommes mais que le niveau de scolarité de la mère influence l'état de santé psychologique chez les femmes. Les auteurs concluent toutefois que les variables les plus lourdes dans la relation entre la position sociale et l'état de santé sont les suivantes : la consommation de tabac, les caractéristiques psycho-sociales au travail, la perception des inégalités et le sentiment de contrôle sur sa vie.

3.3 Études proposant des explications de la relation entre l'état de santé et le statut socio-économique

Antonovsky (1989) propose une approche originale dans l'étude des différences dans l'état de santé des individus. Il note que les chercheurs optent en majorité pour une approche pathogénique, où les facteurs de risque utilisés caractérisent davantage les individus appartenant à un statut socio-économique inférieur, tels le chômage, le stress, la consommation de tabac, etc. Ces études s'attardent trop, toujours selon Antonovsky, à établir des associations significatives et accordent trop peu d'attention aux cas déviants (par exemple, les individus provenant de milieux pauvres, mais mourant à un âge très avancé). Cet auteur cherche donc à compléter cette approche utilisant les facteurs de risque par une approche «salutogénique» dans laquelle il propose d'identifier et de comprendre les facteurs qui protègent et promouvoient la santé. Ainsi il fait un retournement de perspective: il ne s'agit plus de comprendre la situation des individus moins égaux que les autres mais celle des individus qui sont plus égaux. Cela permet de dire, par exemple, que les individus appartenant au statut socio-économique supérieur vivent plus longtemps que le reste de la population car ils sont exposés, dans leur environnement social, à moins de

facteurs de risque *et* à plus de facteurs de protection et de promotion de la santé. Cette approche se présente en complément à la première. Leur combinaison permet de mieux cerner le concept de santé en mesurant le bon (bien-être général) et le mauvais (morbidité/mortalité) état de santé.

Antonovsky propose donc de chercher l'origine d'un meilleur état de santé chez les individus aisés. Il en vient à la conclusion qu'il existe sept facteurs de protection et de promotion de la santé. Ces individus ont 1. plus d'argent, leur permettant d'acheter des services et des biens meilleurs pour la santé; 2. un patrimoine génétique plus sain; 3. un meilleur accès au système de soins; 4. un meilleur niveau de scolarité (permettant, entre autres, une compréhension plus éclairée des connaissances sur la santé); 5. une meilleure protection policière; 6. un soutien social très marqué; 7. et leur prestige et pouvoir sociaux influenceraient aussi positivement leur état de santé. Ainsi les individus appartenant au statut socio-économique supérieur ont un meilleur état de santé parce qu'ils sont davantage exposés à des facteurs «salutaires» que le reste de la population.

Cependant, ces sept facteurs ne peuvent expliquer le fait qu'à statut socio-économique semblable, certains vivent plus longtemps et en meilleure santé que d'autres. Antonovsky propose alors une explication à portée plus générale pouvant expliquer les différences dans l'état de santé entre les statuts socio-économiques et les différences à l'intérieur d'un même statut socio-économique. Ainsi, il fait l'hypothèse que certains individus ont acquis plusieurs aspects de «generalised resistance resources» leur permettant d'avoir un meilleur état de santé que les individus de même statut socio-économique (l'individu provenant d'un milieu pauvre mais vivant très longtemps) ou d'un statut socio-économique différent (les individus aisés étant moins malades que les individus moins aisés). Selon Antonovsky, ces «generalised resistance resources» conduisent à un pattern d'expériences de vie caractérisées par l'équilibre optimal entre la demande et les ressources disponibles, et par la participation à des décisions dans des activités socialement valorisées. Ce type d'expériences de vie serait à l'origine d'un sens de cohérence qui peut se décrire ainsi : l'individu ne reste pas passif face à sa vie, mais il est continuellement actif et créatif afin de prendre sa vie en main et ainsi donner un sens à son existence. Ainsi, plus l'individu accumule ce type d'expériences de vie, plus son sens de cohérence est fort.

Ce sens de cohérence serait, toujours selon Antonovsky, un sentiment dynamique de confiance où : l'environnement social de l'individu est structuré, prévisible et explicable; les ressources sont disponibles pour répondre aux demandes venant de l'environnement; l'individu trouve que son investissement dans la réponse à ces demandes en vaut la peine.

Robert et House (2000) notent quelques détails méthodologiques pouvant altérer les résultats des études et, par ricochet, leur explication. D'abord, le niveau de scolarité et le revenu, s'ils sont bien mesurés, sont applicables à un large bassin d'individus et restent stables. Cela vaut également pour les biens matériels, mais ils ont souvent plus de difficultés à mesurer. L'occupation est une très bonne variable pour une étude visant une population de travailleurs, mais elle est inappropriée pour les individus à l'extérieur du marché du travail. Ainsi les chercheurs doivent d'abord utiliser des mesures de la position sociale indépendantes à l'état de santé (par exemple le revenu). Deuxièmement, les mesures du statut socio-économique doivent être congruentes avec la population à l'étude (les possessions matérielles sont plus révélatrices du statut socio-économique que le revenu chez les personnes âgées et chez les chômeurs). Tertio, il est important de prendre des facteurs socio-économiques ayant des effets différents sur l'état de santé (par exemple, les risques cardio-vasculaires et la consommation de tabac sont plus influencés par le niveau de scolarité que par le revenu). Enfin, le caractère longitudinal des études est primordial si l'on veut saisir les variations de l'état de santé et les causes d'une détérioration de l'état de santé (exemple : instabilité financière) à l'origine de la mortalité ou d'une ou de plusieurs maladies.

Suite à la présentation de certaines études portant sur les différences dans l'état de santé des populations, Robert et House apportent une explication de ce phénomène qui va comme suit : les individus appartenant aux statuts socio-économiques inférieurs sont plus désavantagés face aux facteurs de risque biomédical, environnemental, comportemental, psychologique, et surtout dans leur comportement face à la santé, le stress chronique au travail, l'hostilité, la dépression, le soutien social, le contrôle sur sa vie et l'efficacité ou la maîtrise de ses compétences. L'ensemble de ces facteurs de risque prédit grandement l'état de santé d'un individu. Ainsi, l'exposition à ces facteurs de risque et la vulnérabilité différentielle (les individus appartenant au statut socio-économique inférieur sont plus susceptibles d'être affectés par ces facteurs) sont à l'origine des différences constatées dans

l'état de santé des individus. Enfin, les auteurs se prononcent sur l'utilité du système de soins. Le rôle restreint qu'ils lui accordent dans leur explication des différences dans l'état de santé est dû à trois raisons : les inégalités persistent et parfois augmentent, même dans les pays ayant un système universel de soins; il y a des différences entre les maladies traitables et les maladies non traitables par un système de soins, et ces maladies traitables ne représentent qu'une fraction des causes de mortalité; les études maintenant constants des aspects relatifs aux soins (assurances médicales, nombre de visites chez le médecin, etc.) montrent que ces facteurs ont un faible poids dans la relation entre l'état de santé et le statut socio-économique.

Il ne faut cependant pas ignorer les bénéfices d'un système de soins car même dans un système universel de soins il existe un accès différentiel aux soins et divers degrés de qualité dans ces soins. Par ailleurs, les études ont souvent mesuré inadéquatement plusieurs facteurs décisifs (transport, facilité d'accès, continuité des soins, etc.). Le système de soins ne semble donc pas jouer un rôle de premier plan pour le moment, mais Robert et House insistent sur le fait qu'il faut continuer les recherches afin de voir si certains aspects de ce système sont plus importants que d'autres.

Voici enfin deux auteurs qui, dans leurs articles, tentent de clarifier les explications fournies dans la littérature, tout en favorisant l'une d'entre elles.

Devant le constat des différences dans l'état de santé des individus, Syme (1998) résume brièvement six explications qui, selon lui, ont l'inconvénient de ne pas pouvoir se traduire facilement en interventions. D'abord le lien entre le statut socio-économique et l'état de santé s'explique par des forces sociales et culturelles (valeurs, normes, système politique, histoire, etc.) qui sont à l'origine des inégalités sociales. Selon cette approche, il serait extrêmement difficile de diminuer les différences dans l'état de santé des individus puisqu'il faudrait réformer l'ensemble du mode de fonctionnement d'une société. Deuxièmement, il y a le fameux raisonnement «les riches deviennent plus riches et les pauvres deviennent plus pauvres». Les «pauvres» resteraient pauvres non pas parce que l'État providence a manqué à son devoir mais parce qu'il est très difficile de changer de statut socio-économique quand on est en situation de pauvreté. Troisièmement, il est évident que les individus plus aisés économiquement peuvent s'offrir un mode de vie

favorable à la santé (alimentation, logement, travail). Par contre, l'étude de Whitehall montre que même parmi les fonctionnaires (tous des individus ayant des revenus stables) il existe un gradient socio-économique de la santé. Quatrièmement, Syme envisage une explication où ce ne serait pas l'argent qui serait à la source de ces différences, mais la position dans la hiérarchie sociale. Ce type d'explication est surtout utilisé pour diminuer les politiques redistributives: puisque ce n'est pas l'argent qui fait la différence et qu'il y aura toujours une hiérarchie quelconque dans les sociétés, il n'y aurait pas lieu de procéder à une redistribution de la richesse. Cinquièmement, il peut également s'agir d'un problème de perception des inégalités. Si certains individus s'apitoient sur le sort des autres, ces autres risquent de prendre conscience de leur position médiocre. Il est encore une fois difficile d'agir ici puisqu'il faudrait rendre les individus ignorants des désavantages de la situation des autres et des avantages de leur propre situation. Enfin, l'explication qui revient à tout coup, le darwinisme (semblable à la causalité inversée), où les individus génétiquement supérieurs réussissent sur le plan socio-économique et ont un meilleur état de santé que les autres.

Face aux inconvénients liés à ces explications, Syme opte pour le concept de contrôle de sa destinée, d'une part parce qu'il juge que ce raisonnement est juste et d'autre part parce que ce concept permettrait une intervention adéquate. Selon ce concept, les différences dans l'état de santé ne relèveraient pas des avoirs monétaires des individus ou des contextes sociaux, politiques, etc., mais des différences entre les individus quant aux aptitudes à résoudre des problèmes et quant à l'accès aux ressources. Ainsi, plus l'individu appartient à un statut socio-économique inférieur, moins il a accès à des ressources permettant de faire face aux problèmes. Plus il monte dans la hiérarchie sociale, plus il apprend à développer des compétences permettant de régler les problèmes et des habiletés à aller chercher les ressources appropriées.

Enfin, Siegrist (2000) ne fait pas de prime abord une distinction entre les individus appartenant aux statuts socio-économiques inférieur et supérieur, mais plutôt entre les différentes expositions des individus à des facteurs de risque. Cet auteur s'appuie en fait sur le paradigme du «social causation of health and illness» auquel se rattachent trois explications traditionnelles. La première, soit la production sociale de la maladie, s'illustre bien par le cas de la maladie mentale. Cette dernière serait produite par une mauvaise

réaction sociale de l'individu qui en vient à adopter des comportements anormaux. Le système médical, par le diagnostic émis, stigmatise cet individu et s'en suit un certain contrôle social exercé sur le patient afin qu'il se conforme aux normes. La seconde explication, soit l'héritage social, repose en grande partie sur les caractéristiques que l'individu a reçues de son entourage, le rendant plus ou moins vulnérable face à la maladie. Par exemple, l'état de santé de la femme enceinte a une grande influence sur l'état de santé futur de sa progéniture. Enfin, la troisième explication, soit l'exposition de l'individu à des facteurs de risque et les ressources mobilisées par celui-ci pour contrer ces facteurs, est, selon Siegrist, la plus importante. L'état de santé est ici déterminé par la société qui crée, pour ses membres, des conditions différentes d'exposition à des facteurs de risque dans leur environnement social et qui leur fournit, à des degrés divers, des habiletés et des ressources pour contrer ces risques.

Siegrist présente par la suite trois modèles théoriques plus récents utilisés dans les études portant sur les différences dans l'état de santé des individus, s'inscrivant toujours dans le paradigme du «social causation of health and illness». Celui qu'on retrouve davantage est le «Social Stressors and Resources : the Model of Life Event, Vulnerability Factors and Cognitive Coping Responses». Ce modèle repose sur la relation entre les conditions stressantes que l'individu retrouve dans son environnement social et les ressources qu'il déploie pour faire face à ce stress. Ces ressources sont soit externes (matérielles) ou internes (traits de la personnalité). Un bon exemple de ce modèle est le «sens de cohérence» développé par Antonovsky. Le second modèle est le «Control and Reward in Core Social Roles in Mid-life : Model of Psychosocial Work Environment». Siegrist rappelle qu'il est très important d'examiner le travail dans nos sociétés car il détermine en grande partie notre positionnement social et parce que nous y passons une grande partie de notre vie. On retrouve deux conceptions dans ce modèle. D'abord la relation entre la demande, le soutien et le contrôle au travail. Si cette relation est mal équilibrée (i.e. trop de demande/peu de contrôle/isolement social) l'état de santé de l'individu sera affecté négativement en raison d'une tension émotionnelle. La seconde est la relation entre l'effort fourni et la récompense obtenue au travail. Ici le travail est perçu comme une source d'estime de soi et d'opportunités sociales. Si les efforts ne sont pas récompensés (soit sous forme monétaire ou de reconnaissance sociale ou professionnelle) l'individu peut ressentir un stress nuisible à son état de santé. Enfin le troisième modèle,

soit le «Social Causes of Illness in a Life Course Perspective : The “Pathway” Model», met l’accent sur le cumul des effets des conditions socio-économiques depuis l’enfance jusqu’à l’âge adulte, sur la santé. Siegrist juge ce modèle comme plus ou moins valide car certaines études qui incluent par exemple le statut socio-économique des parents, montrent toujours des différences dans l’état de santé, à statut semblable. Cependant il ne faut pas abandonner ce modèle puisque les conditions antérieures de vie influencent la santé des individus, tel le faible poids à la naissance.

Les résultats des études menées dans d’autres pays que le Canada présentés ici sont nombreux, mais il se dresse tout de même certaines régularités et, dans certains cas, quelques questionnements. Reprenons donc les grands traits de ces études à l’aide de ces tableaux.

Tableau 3
Relation entre la position sociale et l'état de santé dans les études présentées par Feinstein

A Mesure de la position sociale	B Mesure de l'état de santé	C relation établie entre A et B	D Études
Niveau de scolarité	Mortalité	Négative	1, 2, 6, 8
		Non significative	3, 5, 7
Revenu (ou richesse)	Mortalité	Négative	1, 2, 3, 7, 8
		Non significative	5,
Pourcentage de cols blancs dans le comté	Maladies cardiaques	Négative	4
Pourcentage d'individus ayant un diplôme d'études secondaires dans le comté	Déclin des maladies cardiaques	Positive	4
Pourcentage d'individus ayant un revenu supérieur à 10 000\$ dans le comté		Positive	4
État de la pauvreté dans le quartier d'habitation	Mortalité	Négative	5
Classe sociale (pas de spécification)		Négative	9, 10, 11, 12

Légende :

- 1 Kitagawa et Hauser (1973)
- 2 Silver (1973)
- 3 Menchik (s.d.)
- 4 Wing (1987)
- 5 Haan, Kaplan et Camacho (1987)
- 6 Feldman (1989)
- 7 Palmer (1989)
- 8 Hadley (1982;1988)
- 9 Logue et Jarjoura (1990)
- 10 Black et al. (1980)
- 11 Whitehead (1988)
- 12 Marmot et al. (1984; 1991)

Tableau 4
Relation entre la position sociale et l'état de santé dans les études originales

A Mesure de la position sociale	B Mesure de l'état de santé	C relation établie entre A et B	D Études
Niveau de scolarité	Incapacité	Négative	1
Revenu		Négative	1
Niveau de scolarité	Conditions chroniques	Négative	1
Revenu		Négative	1
Niveau de scolarité	Auto-évaluation de son état de santé	Négative (gradient)	2, 3
Revenu		Négative (gradient)	2
Niveau de scolarité	Bien-être psychologique	Négative (gradient)	2
Revenu		Négative (gradient)	2
Niveau de scolarité du père	Ratio taille/hanches Homme	Négative	3
État de la pauvreté et du chômage dans le quartier d'habitation	Ratio taille/hanches Femme	Négative	3

Légende :

- 1 House et al. (1994)
- 2 Marmot et al. (1997)
- 3 Marmot et al. (1998)

Tableau 5
Origine des différences dans l'état de santé selon les auteurs

Facteurs étant à l'origine des différences dans l'état de santé	Études
Expériences au cours de la vie	1
Accès au système de soins et son utilisation	1, 3 (faible importance)
Comportements à risque	2, 3, 4, 5
La présence de relations sociales ou de soutien social	2, 3
La présence de stress	2, 3
L'estime de soi et la maîtrise sur sa vie	2, 3, 5, 7
Hostilité	3
Caractéristiques psycho-sociales au travail	4
Circonstances sociales à l'extérieur du travail	4, 5
Perception des inégalités	5
Sens de cohérence	6
Équilibre entre exposition à des facteurs de risque et les ressources	6, 8

1 Feinstein (1993)

2 House et al. (1994)

3 Robert et House (2000)

4 Marmot et al. (1997)

5 Marmot et al. (1998)

6 Antonovsky (1989)

7 Syme (1998)

8 Siegrist (2000)

À la lumière de ces tableaux, il est facile de remarquer qu'il y a une certaine congruence entre les résultats des études présentées dans ce chapitre. La majorité des variables indépendantes retenues exercent une influence négative sur les variables dépendantes choisies. Néanmoins, quelques détails importants méritent notre attention. D'abord, dans certaines études rapportées par Feinstein (Menchik, s.d.; Palmer, 1989), il n'existe pas de relation significative entre les variables « niveau de scolarité » et « mortalité », mais il existe une relation négative significative entre la variable « revenu » et « mortalité ». Il se pourrait alors qu'une partie de la variance expliquée par la variable « niveau de scolarité » soit déjà expliquée par la variable « revenu », rendant ainsi l'influence de la variable « niveau de scolarité » non significative. D'ailleurs certaines études montrent que l'effet du revenu sur l'état de santé est plus important que celui du niveau de scolarité (Kitagawa et Hauser dans Feinstein, 1993). Également, les variables « niveau de scolarité » et « revenu » n'ont pas d'influence significative sur la variable « mortalité » dans l'étude de Haan, Kaplan et Camacho (1987). Par contre, cette étude

montre une relation négative significative entre les variables « état de la pauvreté dans le quartier d'habitation » et « mortalité ». Marmot et al. (1998) ont également utilisé la variable « état de la pauvreté et du chômage dans le quartier d'habitation » qui exerce un effet négatif sur la variable « proportion taille/hanches » chez la femme. L'inconvénient est que cette variable est rarement utilisée. Nous ne sommes donc pas en mesure de dire si ces résultats font l'unanimité dans les recherches. Néanmoins, ces relations ouvrent des portes à de nouveaux questionnements, à savoir quelle est l'importance de l'effet de l'état de pauvreté dans le quartier d'habitation sur l'état de santé et quelles sont les caractéristiques de cette variable qui exercent une influence sur l'état de santé?

Par ailleurs, malgré une quasi-totalité de résultat montrant des relations négatives entre les variables, très peu font le passage entre relation négative et la présence d'un gradient socio-économique de la santé. Pourquoi, à résultats semblables, certains s'arrêtent à la constatation qu'il y a une relation négative alors que d'autres se hasardent à qualifier cette relation de gradient? Cela nous amène à un second questionnement : pourquoi, à résultats semblables, les explications des différences dans l'état de santé des individus sont-elles différentes? Dans les pages qui suivent, nous verrons également que face à des constats presque identiques (révélés dans les pages précédentes), les recommandations proposées sont divergentes.

3.4 Recommandations proposées par les chercheurs

La présente partie expose les recommandations proposées par certains auteurs suite à leurs constats présentés dans la partie précédente.

Dans leur article, House et al. (1994) fournissent une ligne directrice à suivre en vue d'implantation de politiques visant la diminution des différences dans l'état de santé des individus. Puisque les individus à faible(s) revenu et/ou niveau de scolarité sont plus souvent exposés aux facteurs de risque psycho-sociaux, les politiques doivent, selon ces auteurs, cibler ce groupe de la population. Étant donné que les comportements face à la consommation de tabac et d'alcool, la présence de stress, l'isolement social, etc., diffèrent selon le statut socio-économique, il en ressort que l'exposition à ces facteurs de risque ne relèvent pas uniquement du bon vouloir des individus, mais surtout des conditions

d'expositions produites par la société et différentes selon le statut socio-économique de l'individu. Il paraît donc logique que les politiques visent non pas les facteurs de risque mais bien le changement des conditions d'expositions afin d'enrailler ces facteurs. Par exemple, inciter davantage les individus à terminer leurs études au secondaire et éliminer la pauvreté réduiraient significativement les stratifications sociales et, par ricochet, les différences dans l'état de santé des individus.

Selon House et Robert (2000), une partie du problème des politiques provient de la population visée. Par exemple, des politiques visant les communautés composées majoritairement d'individus appartenant aux statuts socio-économiques inférieurs risquent d'exclure les individus appartenant à ces mêmes statuts socio-économiques mais vivant dans des communautés plus aisées. Par contre, ces politiques ont le double avantage d'inclure une grande partie des individus de statuts socio-économiques inférieurs et de contrer les aspects néfastes à la santé que l'on retrouve dans l'environnement de ces communautés pauvres. Il semble donc nécessaire, selon les auteurs, de mettre en place des politiques complémentaires afin de palier aux lacunes qu'elles engendrent.

Concernant les politiques de redistribution des richesses, qui visent principalement les familles ou les individus, il apparaît encore une fois nécessaire que le leitmotiv soit la réduction des inégalités sociales. House et Robert nuancent cependant ce point. Ce ne sont pas les inégalités sociales qui soient de prime abord à l'origine des différences dans l'état de santé des individus, mais bien les conditions d'existences en état d'extrême pauvreté. Ainsi, on ne doit pas chercher à niveler les différents statuts socio-économiques en diminuant les revenus des individus aisés, mais bien en augmentant ceux des individus vivant en état de pauvreté. Plusieurs politiques conviennent à cette approche, telles le salaire minimum, le plein emploi, le soutien aux individus à l'extérieur du marché du travail, etc. Les auteurs concluent enfin que ce ne sont pas les politiques en matière de santé qui parviendront seules à enrailler des différences dans l'état de santé des individus. On doit également, et surtout, miser sur les politiques socio-économiques.

Selon Marmot et al. (1998), un mauvais état de santé n'est pas le lot des individus appartenant au statut socio-économique inférieur, mais il se présente suivant un certain ordre hiérarchique. Il existe donc différentes manières d'aborder cette situation par les

politiques. Il prend l'exemple de la consommation de tabac, comportement qui est en partie à l'origine de ces différences dans l'état de santé des individus. Une politique «downstream» met l'accent sur une réduction de cette consommation en augmentant les taxes, en restreignant les endroits où il est permis de fumer, tout en faisant une certaine propagande sur les effets néfastes de la cigarette. Pour mettre en place une politique «upstream», ayant comme point de référence les études montrant l'existence d'un gradient socio-économique de la consommation de tabac, on doit se rendre à l'évidence que les politiques n'affectent pas les individus de la même façon. Il faut donc considérer la répartition des fumeurs dans les différents statuts socio-économiques afin d'élaborer des politiques qui conviennent à chacun. Enfin, une politique «extreme upstream» doit mettre l'accent non pas sur la cigarette comme telle, mais sur les inégalités sociales. Cependant, afin de mettre sur pied de telles politiques, il est primordial d'avoir plus de connaissances sur la relation entre le statut socio-économique et l'état de santé.

Marmot et al. questionnent ensuite l'importance du niveau de scolarité. Ce dernier semble jouer un rôle de premier plan, mais est-ce le diplôme comme tel qui améliore et protège l'état de santé ou, par exemple, la possibilité d'avoir un meilleur environnement au travail? Faisant référence à Mortimore et Whitty (1997), Marmot et al. mettent en doute les effets bénéfiques d'une amélioration dans le système de scolarité sur le gradient socio-économique. Non pas que ces effets soient néfastes, mais ils ne rencontreraient peut-être pas les conclusions escomptées. En effet, ces auteurs notent que ce sont surtout les enfants provenant des statuts socio-économiques élevés qui bénéficient de ce genre de politiques. Les résultats pourraient donc accroître les écarts entre les différents statuts socio-économiques. Ainsi, il serait plus efficace d'investir au niveau de la pré-maternelle afin de diminuer les inégalités sociales avant même que ces enfants se retrouvent sur les bancs d'école.

À plus grande échelle, Marmot et al. affirment que toutes les politiques visant l'élimination de la pauvreté contribuent, à différents degrés, à diminuer les différences dans l'état de santé des individus, étant donné que les individus des statuts socio-économiques inférieurs sont davantage touchés par un mauvais état de santé. Cependant, quoique diminuant la présence de mortalités ou morbidités précoces chez ces individus, ces politiques ne peuvent éliminer la présence de gradient socio-économique puisque ces

politiques se concentrent sur des groupes particuliers de la population totale. Marmot et al. concluent que malgré la panoplie de variables pouvant avoir des effets sur l'état de santé des individus, les politiques devraient d'abord être concentrées sur l'environnement social des individus.

Selon Siegrist (2000), les politiques devraient être faites sur trois niveaux, soit la famille (pour améliorer le comportement face à la santé), l'école (pour rehausser les compétences des enfants) et l'environnement au travail (pour atténuer les effets dévastateurs des expériences stressantes et augmenter les facteurs «salutogéniques»).

Antonovsky (1989) propose, pour sa part, d'établir des politiques qui renforceraient le sens de cohérence chez les groupes sociaux défavorisés. Il donne en exemple les organisations syndicales, la participation du travailleur dans la prise de décisions, la réorganisation du travail, l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail, la reconnaissance sociale des femmes au foyer, etc. L'important est de ne pas perdre de vue que les politiques sociales visant l'augmentation du sens de cohérences sont culturelles. Ceci a l'avantage d'offrir plusieurs solutions, mais en même temps cela charrie un inconvénient de taille : les décideurs politiques peuvent définir et imposer à la population, leur idée de ce qui est bon et mauvais pour la santé, et ce selon leur propre bagage culturel.

Le concept du contrôle de sa destinée (où les différences dans l'état de santé des individus ne relèvent pas des contextes sociaux, économiques et politiques mais de la présence ou l'absence chez les individus, de capacités à résoudre leurs problèmes) permet, selon Syme (1998), de mettre en place une panoplie d'interventions. Ces dernières doivent être organisées dans le but d'augmenter les connaissances sur les différentes solutions possibles et la capacité à mobiliser les ressources nécessaires. Syme donne en exemple le programme de pré-maternelle à Ypsilanti (Michigan), où ses «diplômés», à l'âge de 19 ans, montraient, par rapport au reste de la population, un moindre taux de criminalité, de chômage, de grossesse et un plus haut taux à détenir un diplôme d'études secondaires. Avec ce programme, l'enfant est amené à développer ses intérêts et des méthodes pour résoudre les problèmes et difficultés afin de parvenir à ses fins. On lui enseigne donc la «voie du succès» en l'invitant à recommencer sa démarche jusqu'à ce qu'il parvienne au résultat

voulu. Lorsque, rendu au primaire, l'enfant se retrouve devant un problème, il aura acquis l'habitude de l'attaquer au lieu de se sentir décourager devant les difficultés qu'il peut représenter. Ainsi, lorsqu'il croit pouvoir résoudre un problème, l'enfant a espoir d'y parvenir et c'est cet espoir qui le rend maître de son existence car grâce à lui, l'enfant n'abandonnera pas. Syme donne également l'exemple du Wellness Guide. Ce petit guide, pouvant être compris par des individus ayant complété leur 5^e année, porte sur une panoplie d'aspects de la vie, allant du foyer au décès. Ce qui le distingue des autres guides similaires est, selon Syme, qu'il tente de fournir non pas une solution mais un ensemble de choix possibles advenant telle ou telle situation. Également, il fournit une liste d'endroits dans leur communauté où trouver l'aide requise pour solutionner un problème. Enfin, ce guide montre à ses utilisateurs, comment ils peuvent jouer le système, allant de la formulation de questions à l'appel de son représentant politique local ou régional.

Ce qui est intéressant de noter ici est que ces propositions visent à régler une situation que la majorité des auteurs décrivent de façon semblable : il existe des différences dans l'état de santé des individus. Comme il est déjà mentionné, la majorité des auteurs s'entendent pour dire que ces différences ne sont pas étrangères au statut socio-économique de l'individu. Mais les origines qu'ils leur attribuent sont quelque peu différentes.

Les recommandations proposées visent, grosso modo, toutes le même objectif : améliorer l'état de santé des individus. Ce qui est intéressant de constater est qu'aucune des propositions ne vise directement le système de soin. Elles visent, pour la plupart, l'environnement social et le mode de vie de l'individu. Il nous est donc possible de regrouper ces politiques en deux classes, soit celles agissant sur l'environnement social de l'individu et celles agissant sur le comportement de l'individu. Concernant les politiques visant l'environnement social de l'individu, la plus drastique est sans aucun doute celle proposée par House et al. (1994) et Marmot et al. (1998) qui vise à enrayer la pauvreté en générale. Il s'agit d'une idée globale de politique qui implique un certain débat politique afin d'établir quelles sont les meilleures stratégies à adopter pour rencontrer cet objectif. Mais House et al. pose une condition nécessaire à la réussite de ce projet : afin d'éliminer les écarts entre les riches et les pauvres, il ne faut pas niveler vers le bas le statut socio-économique des individus aisés, mais bien améliorer la situation des individus vivant dans des conditions de pauvreté. La population ciblée est donc les individus de statuts socio-

économiques inférieurs. Cette idée est d'ailleurs reprise par House et Robert (2000). Par ailleurs, Antonovsky (1989) propose un changement idéologique dans l'environnement social de l'individu afin d'augmenter le sens de cohérence de l'individu. Il suggère, en exemple, de développer une certaine reconnaissance sociale des femmes au foyer. Cela ne donne pas un accès direct à une meilleure situation financière ou à une jolie demeure dans un quartier huppé. Cependant, cela permet aux femmes dans cette situation d'une part de valoriser leur travail et d'autre part de ne pas être dénigrée par le reste de la société. Ce type de politique semble proposer une solution globale qui s'impose, de gré ou de force, à l'individu. Par exemple, si, pour améliorer la situation des individus vivant en situation de pauvreté, on décide de mettre des prix plafonds sur certains aliments, tous doivent s'y soumettre.

En ce qui a trait aux recommandations visant le mode de vie de l'individu, deux options sont présentées. Premièrement, il est possible d'agir directement sur les comportements à risque de l'individu (Siegrist, 2000). Deuxièmement, on peut lui donner des outils lui permettant d'une part de faire un choix dans les comportements à adopter et d'autre part de ne pas se sentir désemparé devant les conséquences de ses actes (Siegrist, 2000; Syme, 1998). On fournit ici à l'individu des ressources lui permettant de se débrouiller, de peser le pour et le contre de ses comportements et de gérer, de la meilleure façon possible, les retombés de ses actes. Contrairement aux politiques visant l'environnement social, ce type de politique semble proposer des solutions à l'individu sans pour autant agir pour lui où l'obliger à adopter certains comportements.

Chapitre 4

4 Les connaissances sur les liens entre la position sociale de l'individu et l'état de santé au Québec et au Canada

Le présent chapitre rapporte les études québécoises et canadiennes. La présentation de ces études se fera en deux parties. La première regroupe les études originales et la seconde regroupe les études portant sur les résultats d'autres études. Suite à chaque étude, vous trouverez un tableau résumant les grandes lignes des résultats (lorsqu'il s'agit d'études originales), des interprétations et des recommandations émises par les chercheurs afin de faciliter la représentation globale de leur pensée.

4.1 Études originales

Manga (1993) utilise les données de l'Enquête Promotion de la santé 1990 (ESP90) afin d'analyser les relations entre, d'une part, la situation financière, le niveau de scolarité, la situation professionnelle et, d'autre part, l'état de santé, les ressources et l'utilisation des ressources, les facteurs de risque, les connaissances et les croyances. L'état de santé est mesuré selon : l'auto-évaluation de son état de santé, les limitations d'activités, le nombre moyen de journées d'absence au travail à cause d'un problème de santé, et la santé dentaire. La situation financière est estimée selon le revenu familial et elle tient compte du nombre d'individus dans la famille. Les groupes sont : très pauvre, pauvre, modeste, aisé, riche, inconnu. Les catégories du niveau de scolarité sont : primaire (ou moins), secondaire, collégial, universitaire. Les catégories de la situation professionnelle sont : chômeur à la recherche d'un emploi, retraité (incluant les individus retirés du marché du travail pour cause de maladie), personne demeurant à la maison, étudiant, cadre ou professionnel, col blanc et col bleu.

Les résultats montrent que l'état de santé des très pauvres et des pauvres est inférieur à celui des aisés et des riches. Il en va de même pour le niveau de scolarité. Concernant la situation professionnelle, l'état de santé des individus sur le marché du travail connaît peu de variations. Par contre, chez les individus à l'extérieur du marché du travail, ce sont les étudiants qui disent jouir d'un bon état de santé, puis les personnes demeurant à la maison, les chômeurs et les retraités. Ainsi, les écarts augmentent de façon continue entre les différentes catégories et ce, peu importe la variable (à l'exception de

certaines catégories professionnelles). Également, face à des incapacités, il semble que les individus classés comme aisés ou riches, ou ayant un haut niveau de scolarité ou une bonne situation professionnelle surmontent mieux leur situation que les autres individus. Par ailleurs, il n'y a pas de relation linéaire entre, d'une part, la capacité à faire face à une limitation et, d'autre part, la perception de ressources pouvant apporter de l'aide, telles la famille, les amis, l'état général de santé, la détermination personnelle et le traitement médical. Par contre, plus la situation financière est faible, plus les individus sont enclins à penser que la prière et l'aide spirituelle peuvent les aider à surmonter une incapacité.

Le stress est le seul indicateur qui échappe au constat général selon lequel les individus de statut socio-économique élevé ont un meilleur état de santé que les individus de statut socio-économique faible. En fait, la présence de stress est plus importante chez les individus classés comme très pauvres et riches. Le stress est également plus fréquent chez les cadres, les cols blanc et chez les individus à la recherche d'un emploi. Enfin, plus le niveau de scolarité est élevé, plus l'individu ressent un stress.

La proportion d'individus à avoir conservé au moins une dent naturelle est moins élevée chez les pauvres que chez les riches. Ceci n'est pas seulement attribuable à l'effet de l'âge (les 65 ans et plus se trouvant surtout dans les catégories inférieures de la situation financière) puisque ce fait est constaté chez les 45 ans et plus.

Concernant l'accès aux ressources et l'utilisation des services, Manga se penche en premier lieu sur les services dentaires. Plus l'individu a une bonne situation financière ou professionnelle, plus il y a de chance d'avoir une assurance dentaire. Également, plus l'individu est riche, plus il a tendance à se brosser les dents régulièrement, moins il a d'obturation ou d'extractions et plus il risque d'avoir conservé au moins une dent naturelle. Il n'existe pas de lien entre l'orthodontie et la situation financière. En général, l'orthodontie varie selon l'âge. Dans un tableau présenté par Manga, on remarque que la proportion des personnes qui rendent visite au dentiste, est plus élevée chez les aisés, puis chez les riches, suivi ensuite par les très pauvres; les modestes et les pauvres sont les individus consultant le moins souvent le dentiste. Cependant, Manga ne relève pas ce fait.

L'accès à des programmes de sécurité et de prévention des accidents de travail augmente au fur et à mesure que la situation financière s'élève, mais le niveau de scolarité ne semble pas avoir d'impact sur cette variable. Par contre, l'accès à des programmes de promotion de la santé au travail augmente conjointement avec la situation financière et le niveau de scolarité. Enfin, plus la situation financière est bonne, plus les femmes passeront un test de mammographie; de même plus le niveau de scolarité de la femme est élevé, plus elle fera le PAP test.

Concernant les facteurs de risque, Manga utilise les trois catégories de Wilkins, soit les facteurs relatifs au mode de vie, à l'environnement et aux services de santé. Pour ce qui est des facteurs relatifs au mode de vie, Manga note que la consommation d'alcool de type occasionnel est de moins en moins présente au fur et à mesure que la situation financière s'améliore. La consommation modérée est plus fréquente chez les individus aisés. Les diplômés universitaires sont plus enclins à avoir une consommation modérée d'alcool, mais il n'y a pas de lien linéaire entre la consommation modérée d'alcool et le niveau de scolarité. Il n'y a pas de lien linéaire non plus entre la situation professionnelle et les consommations occasionnelles ou modérées d'alcool. Par contre, les cols bleus représentent la plus grande proportion d'individus ayant une consommation modérée ou forte. Manga note l'importance de ce fait, surtout que cette catégorie d'emploi est celle où on retrouve le plus d'individus susceptibles de conduire une voiture moins de deux heures après la consommation. L'idée que l'alcool aide à évacuer le stress est de plus en plus répandue au fur et à mesure que la situation financière se fait mauvaise. Aussi, plus la situation financière, le niveau de scolarité et la situation professionnelle s'améliorent, plus on pense que la pratique d'activités physiques et les loisirs peuvent améliorer l'état de santé. Enfin, le port de la ceinture de sécurité n'est influencé que par le niveau de scolarité; plus le niveau de scolarité est élevé, plus l'individu aura tendance à utiliser la ceinture de sécurité.

Concernant les facteurs de risque relatifs à l'environnement, il a déjà été fait mention que les programmes de promotion et de prévention en santé au travail se retrouvent davantage dans des emplois occupés par des individus aisés ou riches. Aussi, plus la situation financière et le niveau de scolarité sont élevés, plus l'individu retrouve, dans son environnement, des endroits non-fumeurs. On retrouve également plus de détecteurs de fumée, de trousse de premiers soins, d'extincteurs et de formation en secourisme au fur et

à mesure que la situation financière s'améliore. Plus on est pauvre, plus on se dit affecté par la pollution (pas de relation linéaire entre la pollution et le niveau de scolarité). Enfin, les riches, contrairement aux pauvres, semblent faire moins souvent appel à des amis ou à la parenté quand survient un problème d'ordre mental ou physique.

Concernant les facteurs de risque relatifs aux services de santé, il n'y a pas de différences notables entre les statuts socio-économiques pour ce qui est de la vérification de la tension artérielle. Il en va de même pour les comportements adoptés dans le but de réduire sa tension artérielle, tels la réduction de sel dans son alimentation, le temps accordé à la relaxation et la réduction de la consommation d'alcool. Par ailleurs, plus on est riche, plus on opte pour la pratique d'exercices physiques pour réduire sa tension artérielle, alors que plus on est pauvre, plus on cherche à consommer des médicaments. Le désir de perdre du poids dans le but d'améliorer son état de santé n'est pas influencé par le statut socio-économique. Enfin, il existe une relation positive entre la consommation de marijuana et de haschisch et sa situation financière, son niveau de scolarité; et sa situation professionnelle. Il n'y a pas de résultat concluant en ce qui concerne les autres drogues, à l'exception du fait que les individus classés comme très pauvres et ayant un niveau universitaire sont les plus grands consommateurs de drogues dites « dures ». Il existe aussi une relation négative entre la consommation de somnifères et de tranquillisants et la situation financière.

Le dernier point d'analyse de Manga concerne les connaissances, les croyances et les intentions des individus. Les résultats montrent que les pauvres et les individus ayant un faible niveau de scolarité ont peu de connaissances sur « les pratiques, les dispositifs et les services utiles en matière de santé » (Manga, 1993, p.292). Plus la situation financière et le niveau de scolarité sont élevés, plus l'individu a des connaissances en santé cardiaque. Il existe aussi une relation positive entre le désir d'améliorer son état de santé, et la situation financière de même que le niveau de scolarité (on ne retrouve pas cette relation concernant la situation professionnelle). Plus la situation financière est élevée, plus on pense que la cigarette a des effets néfastes sur l'état de santé. Plus la situation financière et le niveau de scolarité sont élevés, plus on pense que la consommation d'alcool, de médicaments et de drogues est mauvaise pour la santé. Plus la situation financière est appréciable, moins on pense que la stabilité du revenu est un facteur important pour un bon état de santé. Or, plus on a un haut niveau de scolarité, plus on pense le contraire. (Manga qualifie de « bizarre »

la contradiction entre ces deux derniers faits). Enfin, ce sont les sans emploi qui représentent la plus grande proportion d'individus pensant que la stabilité du revenu est un facteur décisif de l'état de santé.

Manga fait de nombreuses recommandations. Il propose d'abord de cibler les inégalités dans l'accès aux programmes concernant la prévention et la promotion de la santé au travail. Pour diminuer les inégalités au travail, il est nécessaire d'élargir les programmes de santé et sécurité au travail. Il faut cerner les inégalités entre les travailleurs et mandater les syndicats et le patronat de trouver des moyens pour réduire ces inégalités. Le personnel de la santé devrait également encourager les plus pauvres à adopter des comportements bénéfiques pour la santé. On doit aussi mettre en place des moyens encourageant la baisse de la consommation de tabac et d'alcool et l'augmentation de l'activité physique. Par ailleurs, le transfert des « ressources du secteur hospitalier et médical aux programmes de prévention de la maladie » peut aider à l'amélioration de l'état de santé des individus en général. Enfin, la priorité doit être accordée à la réduction des inégalités en santé par la baisse du taux de chômage et l'augmentation de la stabilité du revenu.

Tableau 6
Ce qui est retenu de l'étude de Manga (1993)

Résultats
<ul style="list-style-type: none"> • Relation positive entre le revenu, le niveau de scolarité et : l'occupation l'état de santé et l'incapacité • Pas de relation linéaire entre le statut socio-économique et le stress • Relation positive entre le revenu et la santé dentaire • Relation positive entre le revenu et l'accès à des programmes de sécurité et de prévention des accidents au travail • Relation positive entre le revenu et le niveau de scolarité, et l'accès à des programmes de promotion de la santé au travail • Relations entre le statut socio-économique et le mode de vie • Relation entre le statut socio-économique et l'environnement • Relation entre le statut socio-économique et la consommation de médicaments ou de drogues douces • Pas de différences entre les statuts socio-économiques pour ce qui est de la vérification de la tension artérielle et du désir de perdre du poids pour améliorer l'état de santé. • Relation entre les connaissances sur la santé, le désir d'améliorer sa santé et le statut socio-économique • Relation négative entre le revenu et la croyance que la stabilité du revenu aide à la santé • Relation positive entre le niveau de scolarité et la croyance que la stabilité du revenu aide à la santé.
Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Cibler les inégalités dans l'accès aux programmes de prévention et de promotion en santé au travail • Diminuer les inégalités entre les travailleurs (patronat et syndicats) • Le personnel de la santé doit encourager les pauvres à adopter de meilleurs comportements (alcool, tabac, activité physique) • Réduire le financement du système de soins pour augmenter celui des programmes de prévention • Réduire les inégalités entre les individus en réduisant le taux de chômage et en augmentant la stabilité du revenu.

Ferland et Paquet (1995) constatent également qu'au Québec, les écarts dans l'état de santé entre les riches et les pauvres sont demeurés malgré une amélioration des conditions socio-sanitaires. Plus le niveau de scolarité et le revenu sont faibles, plus grands sont les risques d'avoir un mauvais état de santé. Les données utilisées pour leur analyse proviennent de l'Enquête Santé-Québec 1992-1993, généralisable à la population âgée de 15 ans et plus. Les variables retenues pour mesurer le statut socio-économique sont : le revenu déclaré, le niveau de scolarité, la perception de sa situation financière, la durée de pauvreté, le patrimoine du ménage (statut résidentiel et les placements), et l'exclusion du marché du travail. Les variables retenues pour mesurer l'état de santé sont : la perception de son état de santé et le niveau de détresse psychologique (dépression, anxiété, troubles cognitifs et irritabilité). Enfin, on retrouve certains facteurs de confusion tels le sexe, l'âge, le type de ménage, l'origine ethnique, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'indice de

masse corporelle, l'indice de soutien social, et l'espoir de voir sa situation financière s'améliorer.

Les résultats montrent que 18% des répondants jugent que leur situation financière est très bonne, 58% jugent qu'elle est acceptable, 21 % se disent pauvres et 3% s'estiment très pauvres. Les jeunes sont ceux qui se disent le plus souvent à l'aise, contrairement aux plus vieux. Les familles monoparentales, les femmes et les francophones sont souvent ceux qui s'estiment les plus pauvres. Concernant la durée de la pauvreté, 15% des pauvres disent être dans cet état depuis moins d'un an, 39 % depuis un à quatre ans et 47% depuis plus de cinq ans. Le fait que les individus qui se disent pauvres depuis peu sont en majorité des jeunes et que ceux qui se disent pauvres depuis longtemps sont en majorité des personnes âgées, peut venir nuancer le lien entre la durée de la pauvreté et l'état de santé. Pour ce qui est du patrimoine du ménage, 18% des répondants sont des locataires sans placement, 33% sont propriétaires ou ont des placements, et 49% sont propriétaires et ont des placements. Les individus âgés de 45 à 64 ans sont ceux qui ont le plus grand patrimoine et les individus âgés de 65 ans et plus sont ceux qui ont le patrimoine le moins important. Enfin, les individus vivant seuls ou dans une famille monoparentale déclarent aussi un patrimoine inférieur à celui du reste de la population. Par ailleurs, 63% des répondants affirment avoir travaillé durant toute l'année précédant l'enquête, alors que 17 % déclarent une interruption de travail et que 20% disent ne pas avoir travaillé du tout. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir travaillé au cours de l'année. Les individus âgés de 15 à 24 ans sont les plus nombreux à avoir connu des interruptions de travail, alors que ceux âgés entre 25 et 44 ans sont les plus nombreux à déclarer avoir travaillé tout au long de l'année et ceux âgés de 45 à 64 ans sont les plus nombreux à déclarer ne pas avoir travaillé au cours de l'année. Les chefs de famille monoparentale (par opposition aux couples) et les francophones (par opposition aux anglophones) sont également les plus nombreux à déclarer ne pas avoir travaillé au cours de l'année précédente.

Ferland et Paquet notent des écarts dans la perception de son état financier selon le revenu; cette mesure est plus révélatrice chez les individus ayant un bon revenu et l'est moins chez les pauvres (peut-être cela est-il dû au fait qu'on retrouve davantage de vieux chez les pauvres, n'ayant pas un revenu, mais au moins un patrimoine minimal). Il faut être objectivement très pauvre pour se percevoir pauvre. Cela implique qu'il est important de

prendre plusieurs mesures pour cerner la situation économique des individus, telles le revenu, la perception de son état financier et le patrimoine du ménage. Aussi, cette perception est plus ajustée à la situation chez les individus ayant un haut niveau de scolarité; le niveau de scolarité concorde plus que le revenu avec la variable perception de son état financier.

Il n'y a pas de lien entre la durée de la pauvreté et le revenu. Par contre, il existe un lien entre la durée de la pauvreté et, d'une part, le niveau de scolarité et, d'autre part, la perception de son état financier. On retrouve un lien entre le patrimoine du ménage et : le revenu; le niveau de scolarité; et la perception de son état financier. Enfin, il existe un lien entre l'exclusion du marché du travail et : le revenu; le niveau de scolarité; la perception de son état financier; et le patrimoine du ménage.

Ferland et Paquet décrivent ensuite les liens entre les variables mesurant l'état de santé et celles mesurant le statut socio-économique. On retrouve un gradient complet entre la perception de son état financier et l'auto-évaluation de son état de santé. Il y a également une relation positive entre la perception de son état financier et la détresse psychologique. Enfin, la perception de son état financier est en relation positive avec tous les facteurs de confusion retenus, à l'exception de l'indice de masse corporelle.

On constate une relation, qui s'exprime sous la forme d'un gradient, entre la durée de la pauvreté et l'auto-évaluation de l'état de santé, mais il n'y a pas de relation significative entre la durée de la pauvreté et la détresse psychologique. Par contre, tous les facteurs de confusion, à l'exception du soutien social, sont en relation avec la durée de la pauvreté (relation négative pour le tabagisme et la consommation d'alcool; relation positive pour l'excès de poids et le pessimisme (l'état financier ne va pas s'améliorer)).

On enregistre une relation positive (gradient complet) entre le patrimoine du ménage et : l'auto-évaluation de son état de santé; et la détresse psychologique. Le patrimoine du ménage est aussi en relation positive avec le tabagisme et avec le soutien social.

Concernant l'exclusion du marché du travail, on constate une relation positive (gradient complet) entre cette dernière et l'auto-évaluation de son état de santé. Un graphique montre également (mais les chercheurs ne le soulignent pas) qu'il y a moins de cas de détresse psychologique chez ceux ayant travaillé au cours de l'année précédant l'enquête et que ce sont ceux qui ont connu des interruptions de travail qui déclarent le plus de cas de détresse psychologique, suivis de très près par ceux n'ayant pas travaillé du tout au cours de l'année précédant l'enquête. Il existe aussi une relation significative entre l'exclusion du marché du travail et : le tabagisme, le soutien social et l'excès de poids (ceux qui n'ont pas travaillé durant l'année précédant l'enquête sont plus nombreux à avoir un indice de masse corporelle élevé, suivis par ceux ayant travaillé puis par ceux qui ont connu des interruptions de travail (cette relation non positive n'est pas relevée par les chercheurs). Enfin, il n'y a pas de relation significative entre l'exclusion du marché du travail et la consommation d'alcool.

Ferland et Paquet proposent trois modèles multivariés des liens entre l'état de santé et le statut socio-économique. Dans le premier modèle, ils mettent en relation l'auto-évaluation de son état de santé avec la perception de son état financier, le patrimoine du ménage, le revenu et les facteurs de confusion (tabagisme, niveau de scolarité, soutien social, indice de masse corporelle, exclusion du marché du travail, type de ménage, sexe et problèmes liés à la consommation d'alcool). Il n'y a pas de relation significative entre l'auto-évaluation de son état de santé et : le type de ménage; le sexe; et les problèmes liés à la consommation d'alcool. Par ailleurs, si l'effet des facteurs de confusion est contrôlé, on retrouve une relation positive et significative, qui s'exprime sous la forme d'un gradient, entre l'auto-évaluation de son état de santé et : le patrimoine du ménage; et la perception de son état financier. Par contre, avec ce même contrôle, il n'existe pas de relation significative entre l'auto-évaluation de son état de santé et le revenu. Les variables « perception de son état financier » et « patrimoine du ménage » sont les aspects les plus significatifs dans l'évaluation des revenus.

Le deuxième modèle met en relation l'auto-évaluation de son état de santé et la durée de la pauvreté. Lorsque les facteurs de confusions sont introduits, il n'existe plus de relation significative entre ces deux variables. Le troisième modèle met en relation l'auto-évaluation de son état de santé et l'exclusion du marché du travail. Cette relation s'exprime

sous la forme d'un gradient incomplet (il n'y a pas de différence significative entre les catégories « interruption » et « travail tout au long de l'année précédant l'enquête ») lorsqu'on contrôle l'effet des facteurs de confusion (perception de son état financier, tabagisme, soutien social, niveau de scolarité, indice de masse corporelle et âge).

Ferland et Paquet ont également élaboré trois modèles d'analyse multivariée des liens entre la détresse psychologique et le statut socio-économique. Dans le premier modèle, seule la perception de son état financier montre une relation significative (gradient partiel : différence non significative entre les catégories « à l'aise » et « suffisant » de la variable « perception de son état financier ») avec la détresse psychologique lorsqu'un contrôle s'effectue sur l'effet des facteurs de confusion (tabagisme, soutien social, type de ménage, l'âge et le sexe). Les deuxième (lien entre la détresse psychologique et la durée de la pauvreté) et troisième (lien entre la détresse psychologique et l'exclusion du marché du travail) modèles ne montrent pas de relation significative entre les variables une fois qu'on prend en compte des facteurs de confusion.

Ces résultats montrent que plus la perception de son état financier est bonne ou le patrimoine du ménage est élevé, mieux se porte l'individu physiquement et mentalement et ce, malgré le contrôle de l'effet des facteurs de confusion. La présence de ce gradient confirme que les différences de l'état de santé qui varient selon le statut socio-économique s'expriment sous la forme d'écart constants et non pas sous la forme de seuils. La différence la plus prononcée se situe entre les catégories « suffisant » et « pauvre » et non pas entre les catégories « pauvre » et « très pauvre ». Par ailleurs, les modèles d'analyse multivariée ne montrent pas de relation significative entre l'état de santé et le revenu lorsque les variables « perception de son état financier » et « patrimoine du ménage » sont déjà incluses dans le modèle. Il n'existe pas non plus de relation significative entre la détresse psychologique et le patrimoine du ménage et le revenu, et si l'effet des facteurs de confusion est contrôlé, la relation entre la détresse psychologique et la durée de pauvreté n'est plus significative. Pour ce qui est la relation entre l'auto-évaluation de son état de santé et l'exclusion du marché du travail, elle s'exprime sous la forme d'un gradient, et elle demeure significative même après le contrôle des facteurs de confusion.

Le fait qu'il existe une différence dans l'état de santé des individus selon la perception de leur état financier et ce, malgré les facteurs de confusion, permet de croire que les habitudes de vie n'expliquent pas toutes les différences dans l'état de santé des individus et que la situation financière y est pour beaucoup. Une mauvaise perception de son état financier pourrait avoir un effet sur le sentiment d'exercer un contrôle sur sa vie et ses conditions d'existence; la faiblesse de ce contrôle aurait un effet négatif sur l'état de santé de l'individu. Le milieu social semble aussi avoir une grande incidence sur l'état de santé. Pour comprendre la question des différences dans l'état de santé, il faut, entre autres, mettre en évidence les déterminants sociaux de la santé afin de saisir la relation entre le social et l'état de santé. Il est également primordial de réduire les inégalités sociales et d'examiner le lien entre l'économie et la santé. D'ailleurs, les conditions de vie, le milieu social et la répartition équitable de la richesse collective ont une incidence sur l'état de santé. Le gouvernement doit aussi « adapter les services aux besoins des personnes défavorisées (...) [et] déborder le cadre strict du système de services afin de concevoir des mesures sociales capables d'affecter la santé et le bien-être des populations » (Ferland & Paquet, 1995, p.154). Afin d'y parvenir, il doit y avoir création de politiques pour réduire les inégalités sociales et économiques et améliorer ainsi l'état de santé de chacun.

Dans ce même rapport sur l'Enquête de Santé Québec, Lavallée et Caris (1995) apportent quelques conclusions, dont certaines sont en lien avec les résultats de Ferland et Paquet. Ils suggèrent, comme piste d'intervention, de faire des politiques ciblant les plus vulnérables (les familles monoparentales, les mères de famille monoparentale et les pauvres), en améliorant, par exemple, l'intégration et le maintien au travail des femmes mère de famille monoparentale, et la perception de la pension alimentaire. Le gouvernement doit agir sur les facteurs pouvant réduire la pauvreté et l'isolement.

Tableau 7
Ce qui est retenu de l'étude de Ferland et Paquet (1995)

Résultats
<ul style="list-style-type: none"> • Gradient entre la perception de son état financier et l'auto-évaluation de son état de santé; entre la perception de son état financier et la détresse psychologique; et entre la perception de son état financier et les facteurs de confusion (sauf l'I.M.C.) • Gradient entre la durée de la pauvreté et l'auto-évaluation de son état de santé et les facteurs de confusion (pas de lien avec détresse psychologique) • Gradient entre le patrimoine du ménage et 1. l'auto-évaluation de son état de santé et 2. la détresse psychologique • Gradient entre l'exclusion du marché du travail et l'auto-évaluation de son état de santé (pas de gradient avec détresse psychologique) et les facteurs de confusion (sauf la consommation d'alcool) <p>Modèles multivariés (contrôle de l'effet des facteurs de confusion) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gradient entre le patrimoine du ménage et la perception de son état financier, et l'auto-évaluation de son état de santé (pas de lien avec le revenu) • Pas de lien entre la durée de la pauvreté et l'auto-évaluation de son état de santé • Gradient incomplet entre l'exclusion du marché du travail et l'auto-évaluation de son état de santé • Gradient incomplet entre la perception de son état financier et la détresse psychologique (aucun lien avec la durée de pauvreté et l'exclusion du marché du travail)
Interprétations
<ul style="list-style-type: none"> • Gradient socio-économique de la santé fait que la santé n'est pas une question de seuil, et qu'elle a des origines plus larges que les habitudes de vie. Le milieu social a une influence importante sur l'état de santé • Mauvaise perception de son état financier = sentiment de manque de contrôle sur sa vie et sur ses conditions d'existence = mauvais état de santé
Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la recherche sur les déterminants sociaux de la santé pour avoir plus de connaissances sur le lien entre le social et l'état de santé et cerner l'effet des inégalités sur l'état de santé • Prendre conscience du lien entre l'économie et l'état de santé • Diminuer les inégalités sociales et économiques par des politiques • Améliorer les conditions de vie, l'environnement social et faire une distribution plus équitable des richesses • Cibler les groupes les plus vulnérables pour diminuer la pauvreté et l'isolement

Les données de l'étude de Cairney et Arnold (1998) proviennent du General social survey on health 1991 (Statistiques Canada). Ce sondage est représentatif de la population canadienne (18 à 64 ans), à l'exception des individus vivant dans les Territoires du Nord-Ouest ou en institution. Les variables mesurant l'état de santé sont : le diabète, les maladies de cœur, les problèmes respiratoires, l'arthrite, les problèmes digestifs, les ulcères d'estomac, la haute pression sanguine, les troubles émotionnels et l'auto-évaluation de son état de santé. Les variables mesurant le statut socio-économique sont : le niveau de scolarité (primaire, secondaire, universitaire), le revenu (calculé selon le nombre de personnes dans le ménage) et l'occupation (travail agricole et travail non agricole). D'autres variables ont été prises en compte, dont certaines relatives au mode de vie (tabagisme (fréquence de

consommation, ex-fumeur ou fumeur), consommation d'alcool (fréquence de consommation, ex-buveur ou buveur), poids et activité physique) et d'autres relatives à la démographie (âge, sexe, état civil, région et langue maternelle (français ou autre)).

Les résultats montrent quatre groupes de relations. Premièrement, le diabète et les problèmes cardiaques ne sont pas influencés par le niveau de scolarité ou le revenu. Il existe une relation significative entre les problèmes de cœur et le fait de ne pas faire un travail agricole mais cette relation devient non significative lorsque les variables relatives au mode de vie sont considérées. Deuxièmement, il existe une relation significative entre la haute pression sanguine et le niveau de scolarité (relation non significative avec le revenu). Par contre, cette relation devient non significative lorsque les variables relatives au mode de vie sont considérées. Troisièmement, seuls la migraine et les troubles émotionnels sont significativement influencés par le revenu (relation non significative avec le niveau de scolarité). Le fait de ne pas faire un travail agricole semble également produire de meilleurs effets sur les troubles émotionnels. Quatrièmement montre que les variables influencées par le revenu et par le niveau de scolarité sont : les ulcères d'estomac, l'arthrite, les problèmes digestifs, les problèmes respiratoires, et l'auto-évaluation de son état de santé. Cependant, l'influence du niveau de scolarité, suite à l'introduction dans le modèle des variables relatives au mode de vie, reste significative, mais son importance est amoindrie. Pour ce qui est de l'occupation, le fait de ne pas faire un travail agricole semble avoir une influence positive seulement sur l'auto-évaluation de son état de santé et l'arthrite. Cairney et Arnold constatent que contrairement aux autres variables, le niveau de scolarité semble exercer une influence à travers les modes de vie, ce qui explique la diminution de son influence une fois que les variables relatives au mode de vie sont introduites dans le modèle.

Ces résultats montrent qu'il existe des liens entre le statut socio-économique et l'état de santé, et que le statut socio-économique a une influence sur la santé parfois par le biais du mode de vie. Également, le fait d'avoir distingué les maladies les unes des autres permet de voir que la morbidité n'est pas affectée de la même façon, ni par les mêmes aspects du statut socio-économique. Ces résultats remettent en question l'affirmation que les pauvres sont plus malades que les riches. Non pas qu'elle soit fausse, mais elle doit être nuancée puisque les maladies ne touchent pas toutes systématiquement davantage les

individus de faible statut socio-économique. Il est par conséquent important de cerner quelles sont les morbidités plus susceptibles d'être affectées par le statut socio-économique et celles qui le sont davantage par le mode de vie. Il est à noter que les résultats concernant les maladies cardiaques vont à l'encontre de ceux des autres études, où on montre une relation négative entre le statut socio-économique et les maladies cardiaques.

Pour ce qui est des politiques, Cairney et Arnold affirment que les politiques visant la réduction des inégalités affectent les individus différemment selon leur statut socio-économique. On doit évaluer les impacts des politiques sur les différents modes de vie et sur les conditions socio-économiques, et faire plusieurs types de politiques, chacune visant une facette différente des déterminants de la santé.

Tableau 8

Ce qui est retenu de l'étude de Cairney et Arnold (1998)

Résultats
<ul style="list-style-type: none"> • Pas de lien entre le revenu, le niveau de scolarité et l'occupation, d'une part, et le diabète et les problèmes cardiaques, d'autre part • Lien entre le niveau de scolarité et la pression sanguine (non significative quand les variables relatives au mode de vie sont incluses) • Lien entre le revenu et la migraine; lien entre le revenu et l'occupation, d'une part, et les troubles émotionnels, d'autre part • Lien entre le revenu et le niveau de scolarité d'une part, et les ulcères d'estomac, l'arthrite, les problèmes digestifs, l'auto-évaluation de son état de santé et les problèmes respiratoires (baisse de l'influence du niveau de scolarité quand les variables relatives au mode de vie sont incluses), d'autre part; lien entre l'occupation et l'arthrite de même que l'auto-évaluation de son état de santé
Interprétations
<ul style="list-style-type: none"> • Le niveau de scolarité s'exprime à travers le mode de vie • Il n'est pas vrai que les pauvres sont systématiquement plus malades que les riches. La maladie n'est pas toujours associée au statut socio-économique
Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Cerner les morbidités les plus affectées par le statut socio-économique • Faire des politiques pour réduire les inégalités selon le statut socio-économique. Il faut donc évaluer l'impact des politiques sur le mode de vie et les conditions socio-économiques et faire des politiques visant différentes facettes des déterminants sociaux de la santé

4.2 Études proposant des explications de la relation entre l'état de santé et le statut socio-économique

Dans son article, Colin (1989) présente quelques constats établis dans certaines études portant sur les différences dans l'état de santé entre les individus avant de fournir une explication de ce phénomène. Dans la majorité des pays étudiés, les individus ayant un faible statut socio-économique meurent plus jeunes que ceux ayant un statut socio-économique élevé. À Montréal, par exemple, l'espérance de vie à la naissance varie de 9 ans entre les quartiers les plus riches et les plus pauvres. On retrouve même une différence de 14 ans entre ces quartiers concernant l'espérance de vie *en bonne santé* à la naissance. Ces écarts dans l'état de santé entre les riches et les pauvres sont constants, malgré une amélioration dans l'espérance de vie générale de la population (au Canada, il y a eu une baisse, entre 1971 et 1986, du taux de mortalité infantile, mais les écarts dans la mortalité entre les individus de statuts socio-économiques différents sont restés quasi inchangés). Par rapport à la maladie, il existe des différences entre les individus et ce, dès la naissance (le faible poids à la naissance et la précarité de l'environnement social plus fréquents dans les milieux pauvres seraient en grande partie à l'origine de cette situation). On retrouverait deux fois plus de maladies cardio-vasculaires, de cancer et de maladies respiratoires chez les individus ayant un faible statut socio-économique que chez les individus de statut socio-économique élevé et ce, même si l'échantillon présente des caractéristiques similaires concernant la consommation de tabac, le taux de cholestérol et l'hypertension artérielle. Les individus ayant un faible statut socio-économique auraient également deux à trois fois plus de maladies mentales et présenteraient plus d'incapacités que leurs concitoyens moins défavorisés. Malgré la constance dans les écarts entre les différents paliers du statut socio-économique, l'écart le plus marqué se situe entre la catégorie la plus pauvre et celle qui la suit immédiatement. Colin note également que le meilleur prédicteur de la maladie est le revenu familial.

Colin retient deux théories pouvant expliquer les différences dans l'état de santé entre les individus. La première est la sélection naturelle, mais Colin note que cette théorie explique moins de dix pour-cent de la variance dans le lien entre la pauvreté et l'état de santé. En fait, le lien entre l'état de santé et la pauvreté serait en grande partie expliqué par la seconde théorie, soit la causalité sociale; les conditions de vie seraient à l'origine de la

morbidité et de la mortalité prématurée. À l'intérieur même de cette théorie, il y aurait trois niveaux d'explication : les structures, les comportements et les attitudes. Les structures réfèrent aux conditions de vie, telles le revenu, les conditions de travail, les conditions de logement, l'environnement, etc. Le comportement comprend les comportements à risque, la vulnérabilité face à la morbidité et à la mortalité et les mauvaises habitudes de vie (pouvant être causées par les conditions de vie). Les attitudes renvoient à la représentation qu'ont les individus de leur corps et de la santé. Ces attitudes diffèrent fortement selon le statut socio-économique; les individus plus pauvres font face, dès leur enfance, à une insécurité matérielle et culturelle, et à des échecs scolaires. Ces individus se préoccupent de leur état de santé, mais avant toute chose, ils veillent à leur survie (logement, alimentation, etc.). Ainsi, les prescriptions médicales proposent plus souvent qu'autrement un nouveau mode de vie incompatible avec les conditions de vie des milieux pauvres, ce qui génère un sentiment de culpabilité chez les individus de faible statut socio-économique qui ne peuvent suivre les recommandations étant donné leur manque de ressources. Il est à noter que ces trois niveaux sont inter-reliés. Par exemple, une mauvaise alimentation (comportement) peut être la conséquence d'une préoccupation de paiement de loyer (attitude) due à un manque d'argent parce qu'il y a peu d'emplois (conditions de vie).

Colin propose deux solutions générales face aux différences dans l'état de santé entre les individus. Premièrement, il est nécessaire de mettre sur pied des interventions multi-sectorielles permettant de s'attaquer au problème dans son ensemble au lieu de se concentrer sur un ou deux facteurs de risque. Deuxièmement, une meilleure redistribution des richesses doit s'opérer afin de réduire les écarts entre les riches et les pauvres. Il faut viser tout particulièrement les individus vivant dans la précarité *et* ceux se situant à la limite de la pauvreté.

Tableau 9
Ce qui est retenu de l'étude de Colin (1989)

Interprétations
<ul style="list-style-type: none"> • Sélection naturelle (- 10%) • Causalité sociale : structures (conditions de vie), comportements (comportement à risque et vulnérabilité), et attitudes (représentation du corps et de la santé)
Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Interventions multisectorielles pour s'attaquer au problème dans son ensemble • Meilleure redistribution des richesses pour réduire les écarts entre les statuts socio-économiques; viser particulièrement les pauvres et les individus à la limite de la pauvreté

L'ouvrage de Paquet (1989) propose une réflexion sur l'interaction entre la pauvreté et l'état de santé, en se penchant sur les caractéristiques culturelles de la pauvreté. Son premier constat est que la pauvreté est un état d'isolement, de sentiment d'infériorité, de timidité et de difficulté d'expression. Le fait de sous-entendre que l'individu est responsable de son mode de vie implique qu'il est le seul à blâmer face à son état de pauvreté. Plus encore, s'il est malade, ce n'est pour d'autres raisons que ses mauvais choix concernant son mode de vie. Face à son incapacité à répondre aux pressions externes l'obligeant à modifier ses comportements, l'individu en vient à éprouver une certaine culpabilité. Son mode de vie est en fait une réponse à son environnement; il se comporte en réaction aux stimuli de son environnement. L'éducation reçue et l'influence du milieu font en sorte que l'adoption de nouvelles pratiques par l'individu requiert un certain temps. Pour opérer un changement au plan comportemental, il ne suffit pas d'agir sur les facteurs internes à l'individu (la motivation, la volonté, etc.) mais également sur les facteurs qui lui sont externes (intégration au sein d'un groupe et, plus globalement, au sein d'un environnement social).

Paquet propose de décrire les caractéristiques de la culture populaire afin de cerner comment ces caractéristiques influencent l'accès des individus de la classe populaire au système de soins. L'hypothèse retenue est qu'il existe une distance culturelle entre la classe populaire et le milieu de la santé. Paquet énumère 10 caractéristiques principales des conditions de vie en milieu populaire : « revenus peu élevés ou pauvreté; faible degré d'instruction; emplois comportant peu d'autonomie; travail manuel; conditions de travail pénibles et monotones; statut social peu élevé; chômage; peu de contrôle sur les conditions de vie et de travail; habitations situées dans des quartiers modestes et souvent compacts;

insécurité financière » (Paquet, 1989, p.39). Paquet définit la classe populaire comme étant composée de salariés (ouvriers et petits employés) et des couches inférieures de la petite bourgeoisie. Bien que le revenu soit souvent utilisé pour distinguer les différentes classes sociales, Paquet ne le place pas au centre de la division des classes (d'ailleurs une seule des dix caractéristiques fait directement référence au revenu). Il en est ainsi puisque parmi les ouvriers, il existe une grande disparité de revenus; certains individus d'autres classes sociales ont même des ressources financières moins importantes que celles d'ouvriers spécialisés (par exemple les enseignants). Ainsi, l'importance n'est pas tant le revenu comme tel, mais l'utilisation qui est faite des ressources monétaires. En fait, les classes sociales se distinguent, selon Paquet, par leur culture, leur style de vie et leurs habitudes respectives. Bien entendu, les individus de la classe populaire n'agissent pas tous de la même façon, mais il existe un modèle quant à « la » manière adéquate de se comporter. Ainsi, comme toutes les classes sociales, la classe populaire a une culture qui « règle » le mode de vie de ses membres.

Dans la culture populaire, une place fondamentale est accordée au présent. Puisque les conditions de vie des individus sont difficiles, ils recherchent des petits plaisirs quotidiens au détriment parfois d'une planification de projets à long terme. Cela a un impact important sur leur façon de dépenser. L'idée du destin et de la chance occupe également une grande place et elle leur permet de composer avec leurs conditions de vie précaires. Par rapport à l'instruction, la place importante accordée au présent et aux plaisirs quotidiens fait en sorte que leur horizon est quelque peu restreint. Ce qu'il y a d'important dans la vie n'est pas l'ascension sociale ou le travail, mais les plaisirs de premier ordre, tels ceux qu'on retrouve dans les relations avec autrui. D'ailleurs, les médias qui visent l'auditoire populaire présentent souvent l'homme moyen qui réussit dans la vie non pas parce qu'il est déterminé à obtenir un succès appréciable, mais parce qu'il est compréhensif, aimable, etc., bref parce qu'il a de bons rapports avec autrui. Ces histoires ne sont pas très développées aux plans de la réflexion et du vocabulaire. Cela fait en sorte que les individus de la classe populaire éprouvent certaines difficultés à manier les idées et préfèrent les rapports directs, personnels et assez familiers.

La famille, au sens large, occupe une place centrale dans les relations et les contacts interpersonnels. Les membres d'une même famille tentent d'habiter à proximité les uns des

autres et ne cherchent pas à protéger leur intimité. La mère représente le noyau familial et elle est responsable du fonctionnement harmonieux des contacts. Le voisinage est un aspect important dans la culture populaire. Il est un lieu d'échange, d'amitié, de coopération, etc. Entre voisins, les individus ne cherchent pas à se surpasser les uns des autres. Au contraire, il y a un certain conformisme; on ne cherche pas à se distinguer des autres. Cette vie communautaire permet aux individus de développer un sentiment d'appartenance à un groupe.

La cohésion au sein d'un groupe dépend de son pouvoir d'exclusion, de sa capacité à exercer une différenciation entre les « autres » et « nous ». Dans la culture populaire, les « autres » représentent les patrons, les autres classes sociales, les policiers, les fonctionnaires et les professionnels de la santé. Il y a une certaine méfiance face aux autres qui fait en sorte qu'on fait appel à leurs services seulement lorsqu'on a épuisé les autres ressources. En fait, les individus de la classe populaire cherchent à se protéger contre ces « autres » et de peur de se faire bernier, ils préfèrent se replier sur eux-mêmes. La culture des « autres » (incluant les prescriptions médicales) est perçue comme une domination extérieure de leur style de vie.

Bref, la culture populaire (caractérisée par une faible instruction, le plaisir présent, l'attachement au groupe, l'importance de la famille et du voisinage, le peu de rapports avec les autres classes) crée un sentiment d'appartenance à un groupe où les membres ont les mêmes contraintes. Face au futur, ils font preuve d'un certain fatalisme et de résignation.

Grossièrement, la « santé » est une volonté d'assurer un bien-être physique et mental pour le futur. Ceci implique qu'il faut mettre de côté certains plaisirs du présent afin de pouvoir jouir pleinement de la vie dans un avenir plus ou moins lointain. Dans la culture populaire, l'horizon est restreint et il y a une conception fataliste du corps. Les comportements ne sont donc pas axés sur la prévention qui écarte les plaisirs immédiats. Sans compter que le conformisme induit par le partage d'une culture, y compris celle de la classe populaire retarde l'adoption de nouveaux comportements.

Paquet élabore sur les représentations de la santé et de la maladie dans la culture populaire, Elle explique d'abord qu'une représentation sociale est un ensemble de valeurs

et de pratiques qui détermine un ordre qui permet à l'individu de s'orienter dans son environnement et qui entretient la communication entre les individus en créant un code d'échanges et une histoire commune. Afin de faire de la prévention efficace, il est primordial de comprendre les valeurs et les normes des individus ciblés. Ainsi, il faut cerner les représentations de la santé dans le milieu populaire; il faut recueillir son auto-perception de la santé et non imposer une perception clinique de la santé. Par exemple, dans le milieu bourgeois, le corps est vu comme une machine qu'on doit garder en bon état par des soins attentifs. Dans le milieu populaire, le corps est vu comme une machine à durée de vie limitée. Il faut donc en profiter pleinement pendant qu'il est en état d'usage car à la vieillesse, son fonctionnement sera en souffrance. Dans la classe bourgeoise, l'alimentation doit être équilibrée et laisser le corps svelte et en bonne santé. Dans la classe populaire, l'alimentation doit donner de la force au corps et remplir l'estomac. Dans la classe bourgeoise, on pense que pour être en santé, il faut avoir un travail et se dépasser afin d'obtenir du succès et de la réussite. Dans la classe populaire, pour être en santé, on pense qu'il faut avoir un travail et l'accomplir simplement. La maladie est perçue comme un déclin rapide et soudain du corps dans le milieu bourgeois, alors qu'elle est vue comme une dégradation lente mais certaine du corps dans le milieu populaire. Enfin, la santé est vue comme une absence complète de maladie ou d'incapacité par la classe bourgeoise alors que la classe populaire perçoit la santé comme la possibilité de faire son travail et de satisfaire ses besoins de base.

Cette différenciation dans les représentations de la santé se fait jour dans le système de soins. Il s'avère difficile de rejoindre les individus de la culture populaire sans doute parce que la définition de la santé promue en prévention est celle d'une santé « totale », telle que définie par la classe bourgeoise. Ceux qui pratiquent la médecine et définissent les politiques appartiennent souvent au milieu bourgeois. Ils répondent donc à leurs besoins et à leur représentation de la santé. Or, la prévention cherche à modifier le mode de vie, et si les propositions sont fondées sur les besoins de la classe aisée, il est peu probable qu'elles s'appliquent aux individus de la classe populaire. D'ailleurs, les comportements prescrits par le monde médical n'ont aucun rapport avec les expériences vécues dans le milieu populaire, ni avec sa conception de la santé. Il est urgent de développer des connaissances sur la culture populaire pour faire de la prévention qui répond à ses besoins. La bourgeoisie, indépendamment de ses richesses, a une scolarité et une éducation qui lui sont propres. Son

mode de vie lui permet d'une part d'accumuler des connaissances et d'autre part de faire abstraction du réel. Les emplois pratiqués par les individus appartenant à la bourgeoisie demandent de nombreux échanges (réunions, discussions, etc.) qui créent des réseaux de relations et une maîtrise de la parole, de l'écriture et de la lecture. Ils doivent pouvoir exprimer les idées et manier les concepts aisément. Ils en viennent à développer un langage qui leur est propre. Le travail manuel, typique de la culture populaire, demande un savoir pour manier non pas la parole, mais la matière. En fait, les échanges sont même souvent interdits puisqu'ils ralentissent la productivité. Ce genre d'emploi garde la main-d'œuvre dans le concret et inhibe les contacts. Il en résulte que les individus du milieu populaire ont peu de vocabulaire (tant au niveau oral qu'écrit) leur permettant d'exprimer des choses abstraites et de manier des concepts. Ainsi, les individus du milieu bourgeois peuvent exercer un certain pouvoir sur le système de soins alors que les individus du milieu populaire ne parviennent pas à y imposer un minimum de leur culture et à faire en sorte que ce système réponde mieux à leurs besoins. Ainsi, les inégalités entre les individus de milieux populaire et bourgeois s'accroissent.

Concernant les relations entre les médecins et les patients, il est essentiel, pour la réussite du traitement, qu'une confiance s'établisse entre les deux parties. D'autant plus que dans la culture populaire, on accorde une très haute importance aux relations personnelles et aux contacts humains. Or, avec les nouvelles technologies, l'accentuation du professionnalisme médical et l'ultra spécialisation de la médecine et des médecins, les relations entre les médecins et les patients sont de moins en moins personnelles. Également, le manque de vocabulaire, les difficultés à s'exprimer et la représentation de la maladie chez les individus appartenant à la culture populaire font en sorte qu'il leur est difficile d'expliquer leurs symptômes.

La prévention n'est plus le territoire des médecins seulement. On retrouve de plus en plus de campagnes de prévention qui nécessitent une vulgarisation du savoir médical. Ces campagnes de prévention ont un triple avantage : elles proposent une solution; cette solution est technique et non pas morale (donc le médecin n'a pas à s'engager personnellement); le vulgarisateur se voit conférer un certain prestige puisqu'il parle au nom de la Science. L'inconvénient de ces campagnes est qu'elles font preuve d'un monolithisme culturel. Le seul discours valable et écouté est le discours scientifique

puisque cette vulgarisation est faite par des individus appartenant au secteur médical, donc probablement à la culture bourgeoise.

Les campagnes de prévention se fondent sur l'idée que si les individus adoptent de mauvais comportements c'est parce qu'ils ignorent leurs effets néfastes. Le rôle du vulgarisateur est essentiel pour diffuser les connaissances sur ces effets. On doit donc « éduquer » les individus afin de les rendre plus responsables. La vulgarisation scientifique présente les faits comme des vérités supérieures et naturelles. Le vulgarisateur se représente souvent son public comme étant uniforme et incapable de comprendre son discours. Il paraît plus préoccupé par l'idée de faire savoir à ses auditeurs qu'il détient un immense savoir (utilisation d'un langage spécialisé) que par celle de partager ses connaissances. Les individus appartenant à la culture populaire sont plutôt réticents face aux nouvelles connaissances présentées, ce qui dépend en partie de l'attitude du vulgarisateur. Les individus de la culture populaire tendent à rejeter les connaissances qui chambardent leur existence pour conserver celles qui sont congruentes avec leur vie. Le vulgarisateur doit alors présenter les faits de façon à ce qu'ils soient pertinents pour la culture populaire.

Outre la prévention, l'organisation du système de soins semble également repousser les individus du milieu populaire. Il s'est en quelque sorte produit une institutionnalisation du savoir médical. Paquet décrit une institution comme constituée, d'une part, des attitudes, des croyances et des traditions communes et, d'autre part, des règles, des expertises et des logiques d'actions qui lui sont propres. On peut parler d'institutionnalisation du savoir médical quand ce savoir intervient et interprète la culture et le mode de vie au quotidien : « la maladie et la santé deviennent alors des thèmes primordiaux de référence pour interpréter les valeurs de l'existence » (Paquet, 1989, p.95). Les croyances, les valeurs, les logiques, les règles, etc. de l'institution médicale sont empruntées à la culture bourgeoise et répondent aux besoins de ses membres. Il s'ensuit que cette institutionnalisation du savoir médical a peu de liens avec la culture populaire, ce qui contribue à rebuter les membres de cette culture qui voudraient bien utiliser le système de soins.

Cette institutionnalisation du savoir médical prend comme objectif la « santé totale », où il y a tout bonnement absence de maladie. Il y a une volonté de supprimer la douleur, l'infirmité, l'incapacité et à repousser la mort. Selon le monde médical, seul le

système de soins est en mesure d'offrir cet état de « santé totale ». Certes, la médecine connaît les causes de la mort et comment la combattre. Mais a-t-elle le savoir absolu sur la santé? En s'inscrivant dans des domaines qui ne sont pas les siens, la médecine agit en quelque sorte comme la religion. Par sa prévention, elle tente d'éduquer les individus du milieu populaire pour qu'ils modifient leur façon d'être dans tous les aspects de leur vie. Elle présente ses connaissances comme les seules valables et légitimes et elle présente comme irresponsable celui qui n'agit pas selon ses prescriptions. Or, Paquet note qu'un « facteur de risque n'est pas toujours une cause, et il y a des risques qui en valent probablement la peine, afin que la vie en milieu populaire conserve du goût et du sens, et qu'elle ne devienne pas un interminable enchaînement de précautions » (Paquet, 1989, p.98).

Il est clair que la médecine ne règle pas tout. Mais lorsqu'elle n'a pas de solutions à apporter, elle fait de la prévention en se fondant sur l'idée de cause à effet. Pour vivre, l'individu a besoin de plaisir. Si on lui enlève ce plaisir, il est primordial qu'on lui propose un autre type de satisfactions. La conception médicale de la maladie est incomplète puisqu'elle fait abstraction du cadre socio-culturel de la maladie. Celle-ci peut être causée par un virus ou d'autres agents nocifs à la biologie humaine, mais également par des facteurs environnementaux, sociaux, culturels, etc. La médecine, même si elle commence à prendre en considération les facteurs socioculturels, donne une priorité aux facteurs biologiques. Elle perd de vue la culture et elle produit un savoir d'élite. Les experts, au nom de la Science, prescrivent aux individus un mode de vie quotidien et ils écartent les caractéristiques de la culture populaire.

Avec l'assurance-maladie universelle et publique, la professionnalisation de la santé s'est développée. Avec cette professionnalisation, tout ce qui a trait à la santé est défini par les experts de la santé et eux seuls peuvent apporter des solutions aux problèmes qui s'y rattachent. Les experts médicaux se sont regroupés pour défendre leurs intérêts et exercer un monopole sur le savoir. Il n'y a alors plus d'alternative, les autres connaissances étant déclassées parce que venant de profanes et de charlatans. S'en suivent un abus de traitements et une dépendance des individus aux experts médicaux. Si la population augmente ses connaissances sur la santé, les individus pourraient être moins dominés par les intervenants médicaux. Cependant, étant donné que les experts sont les seuls à détenir le

droit légitime de définir la santé et d'en apporter des solutions, seules les valeurs de la culture bourgeoise semblent être respectées. La prévention n'inclut pas cette recherche de plaisir immédiat et l'importance accordée aux relations personnelles si chères à la culture populaire. Afin de faire la bonne prévention, il est nécessaire de développer les connaissances sur la culture populaire, de décortiquer ses codes et ses idées pour développer une communication à deux sens. Les connaissances présentées doivent être en lien avec les expériences et les contextes des individus du milieu populaire. Les vulgarisateurs doivent s'attarder davantage au contenu de leur message qu'au prestige que leur position leur confère. Et surtout, il est essentiel que les caractéristiques de la culture populaire soient incluses dans l'élaboration des services de santé.

Paquet conclut qu' « on planifie des programmes ou des services de santé sans compter avec les résistances des classes auxquelles se heurtent pourtant les politiques pleines de bonnes intentions » (Paquet, 1989, p.108). On cherche à prendre en charge les individus du milieu populaire et, ce faisant, on les infantilise. La définition médicale de la santé a peu de liens avec la représentation de la santé en milieu populaire.

Tableau 10
Ce qui est retenu de l'étude de Paquet (1989)

Interprétations
<ul style="list-style-type: none"> • Distance culturelle entre le milieu populaire et le milieu de la santé. L'accès au système de soins est influencé par la culture populaire • Le mode de vie est une réponse à l'environnement • Les valeurs de la culture populaire sont : le présent (chance, plaisirs quotidiens, immédiats et horizon restreint), relations humaines et plaisirs plus importants que l'ascension sociale; rapports directs et familiers et les conditions de travail = difficulté à manier les idées et les concepts; famille et voisinage (conformisme et appartenance), méfiance face aux autres et peu de contacts avec les autres • Santé = bien-être futur par la prévention dans le monde médical; horizon restreint et plaisirs immédiats = peu de prévention de la culture populaire • Distance entre le monde médical et la culture populaire dans la représentation du corps, de l'alimentation, du travail, de la maladie et de la santé • Système de soins reflète les représentations de la culture bourgeoise et n'a pas de lien avec les expériences et les représentations de la culture populaire • Les individus de la culture populaire n'arrivent pas à imposer un minimum de leur culture au système de soins, ni à décrire leurs symptômes puisqu'ils ont un vocabulaire restreint = augmente les inégalités • Relation médecin/patient sans lien avec les valeurs populaires (technologie = pas de contact humain, relation impersonnelle) • Les campagnes de prévention = monolithisme culturel et supériorité scientifique. Le vulgarisateur considère qu'il doit éduquer la population et que son auditoire est incapable de comprendre; son discours est plus axé sur son prestige que sur la diffusion des connaissances. La prévention doit être en lien avec les conditions de vie dans le milieu populaire • L'institutionnalisation du savoir médical s'incruste dans toutes les sphères de la vie, mais correspond surtout aux besoins et conceptions de la bourgeoisie • Monopole des professionnels de la santé sur tout ce qui a trait, de près ou de loin, à la santé
Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Agir sur les facteurs internes (motivation, volonté) et externes (intégration sociale) des individus • Développer des connaissances sur la culture populaire pour faire la prévention selon ses conceptions • Utiliser les caractéristiques et les valeurs de la culture populaire dans l'organisation des services de santé • Remplacer le plaisir proscrit par un autre • Accepter l'idée que les facteurs environnementaux, sociaux et culturels ont une influence sur l'état de santé • Augmenter les connaissances sur la santé dans le milieu populaire pour réduire la dépendance des individus à la médecine • Faire la vulgarisation qui tient compte des expériences des individus du milieu populaire

L'article de l'Institut Canadien de Recherches Avancées (ICRA) (1991) porte sur les déterminants sociaux de la santé. L'ICRA affirme d'abord que les progrès dans l'état de santé des individus depuis deux siècles sont en grande partie dus à l'amélioration de l'environnement physique et social. Malgré ces constats, les politiques en santé sont surtout

axées sur les services de santé puisque la santé est définie comme une absence de maladie. Ces services consomment donc la majorité des ressources et du travail intellectuel. Pour palier à ce problème, il faut définir la santé en tenant compte de ses aspects de bien-être physique, mental et social. Par ailleurs, on constate que le système de soins n'améliore pas l'état de santé de façon efficace (ou du moins il ne rencontre pas les attentes), alors on se rabat sur le mode de vie des individus. Mais l'idée que l'individu n'est pas entièrement responsable de son mode de vie fait son chemin. Par exemple, on sait qu'il existe un gradient socio-économique du tabagisme, ce qui laisse croire que ce comportement aurait une origine sociale.

On sait également que la prospérité d'un pays et surtout la redistribution des ressources qui y est faite influencent énormément l'état de santé des individus. Or, l'augmentation du financement accordé au système de soins contribue à la diminution de la richesse nationale ce qui a un effet négatif sur l'état de santé général des individus. Selon l'ICRA, la prospérité nationale favoriserait un sentiment de contrôle chez les citoyens. Les chercheurs citent en exemple le cas du Japon, pays très prospère au niveau économique, où il y a peu d'écart entre les plus riches et les plus pauvres et où le système de soins est le moins coûteux des pays industrialisés. Le fait que les écarts entre les différents statuts socio-économiques soient faibles implique que non seulement le pays est prospère, mais que la redistribution des richesses y est faite sur une base équitable et que les politiques tiennent compte des femmes et des enfants. Également, favoriser la scolarité chez la femme aide à réduire le taux de mortalité infantile, entre autres, parce que la femme en vient à espacer les naissances.

D'autre part, l'ICRA note que dans tous les pays étudiés, les pauvres sont toujours plus malades que les riches, et que la répartition de la morbidité et de la mortalité suit un gradient socio-économique (peu importe le type de morbidité retenu), malgré l'amélioration des conditions de vie, l'augmentation du revenu moyen et l'augmentation de l'espérance de vie. On sait depuis longtemps que les pauvres sont en moins bonne santé que les plus riches. On a cru que l'implantation d'un système de soins universel et gratuit réduirait les inégalités entre les différentes strates socio-économiques. Cet espoir n'était pas fondé. Les inégalités au niveau de l'espérance de vie, de la mortalité, des incapacités et de la morbidité sont restées. Ces constats autorisent à penser que ces inégalités sont également liées à des

facteurs sociaux, culturels et économiques. En fait, il est clair que le système de soins ne règle pas tous les problèmes de santé et que la médecine est parfois impuissante devant certaines maladies. Même chez les nouvelles générations, où l'accès au système de soins et son utilisation sont plus uniformes, et même avec l'amélioration de l'efficacité de la médecine, les inégalités demeurent. De plus, le gradient socio-économique de la santé reste stable, même si les causes de mortalité ont changé au fil des décennies. Cela veut dire que les politiques visant des maladies spécifiques ne parviendront pas à enrayer les inégalités puisque d'autres maladies surviendront et causeront la mort mais toujours de manière différenciée selon les statuts socio-économiques.

Par ailleurs, l'ICRA s'attarde à l'environnement social comme source de santé. Le soutien social semble avoir un effet positif indiscutable sur l'état de santé. D'ailleurs, les individus mariés jouissent d'une espérance de vie plus longue. Les activités sociales améliorent également l'état de santé. En fait, l'environnement social a, selon l'ICRA, le même impact sur l'état de santé que des facteurs de risque tels le tabagisme, l'hypertension, l'obésité et le manque d'activité physique. Le milieu de travail est aussi très influent. La position de l'individu dans la hiérarchie de son milieu de travail a un impact sur son état de santé, tout comme les possibilités de prendre des décisions, d'utiliser ses compétences et d'avoir une certaine liberté d'action. À l'opposé, le chômage contribue à augmenter le taux de mortalité, la présence de maladies mentales, les tentatives de suicide et les accidents. Par contre, si le taux de chômage est très élevé, son effet négatif est quelque peu amoindri puisque alors plusieurs individus vivent en situation de chômage. Concernant l'environnement physique, l'ICRA élabore peu, disant simplement que la pollution n'est pas bonne pour la santé, qu'il est important d'accorder une attention particulière au choix des sites d'enfouissement et de garder un environnement propre.

La petite enfance occupe une place de choix dans les préoccupations de l'ICRA. Il faut s'assurer que le développement lors de la petite enfance soit le meilleur possible puisqu'il a un impact sur l'état de santé futur. On suggère de réduire les cas de faible poids à la naissance, car cette situation peut laisser des séquelles tout au long de la vie. On propose également des programmes préscolaires (surtout dans les milieux pauvres) afin de réduire les grossesses à l'adolescence, de diminuer les cas de retard intellectuel et

d'augmenter le taux de diplômation. Aussi, plus le niveau de scolarité est élevé, plus les risques de problèmes de santé mentale chez les personnes âgées sont faibles.

En dernier lieu, l'ICRA fait référence aux politiques canadiennes. Ces dernières sont conformes aux désirs de l'électorat; le gouvernement ne tient pas à déplaire aux électeurs. Or, l'électorat croit que la solution à la maladie est une augmentation du financement du système de soins. L'ICRA juge qu'il serait préférable, pour améliorer l'état de santé des individus, d'augmenter les services offerts par des non professionnels de la santé, d'accroître les interventions en prévention, d'éviter de faire des interventions seulement pour traiter des maladies spécifiques et de remplacer les « politiques d'accroissement des services par une politique d'amélioration de la santé » (ICRA, 1991, p.23). Il vaut mieux aider les enfants de familles monoparentales, les jeunes ayant des emplois précaires, les assistés sociaux, les réfugiés et les sans-abri. Concernant le système de soins, il est nécessaire que le gouvernement mette en place un système d'évaluation du rendement, de l'efficacité et des coûts/bénéfices du travail médical et des traitements. Il serait peut-être préférable d'augmenter la concurrence dans le système de soins afin de diminuer le pouvoir des médecins et d'améliorer le rendement.

Les politiques en santé doivent s'attaquer à tous les déterminants sociaux de la santé au lieu d'être principalement axées sur le système de soins. Pour ce faire, il est nécessaire de modifier les manières de penser et de tenir compte du fait qu'il existe un gradient social de la santé de la population. La santé ne doit pas être pensée en termes de seuil, mais en termes de gradient. La population entière doit être visée, pas seulement le faible nombre atteint de maladies diagnostiquables. En fait, il doit y avoir des politiques de nature universelle pour atteindre tous les statuts socio-économiques et des politiques ciblées pour aider les plus mal en point. Par contre, si on ne fait que des politiques ciblées, il n'y aura pas de réduction des écarts entre les strates socio-économiques et il sera impossible de déstigmatiser les individus bénéficiant de certaines politiques et indemnités.

Tableau 11
Ce qui est retenu de l'étude de l'ICRA (1991)

Interprétations
<ul style="list-style-type: none"> • Système de soins draine les ressources parce que la santé est définie comme une absence de maladie. Cela diminue la prospérité et enlève des ressources qui pourraient être redistribuées • Trop grande importance accordée au mode de vie. Gradient socio-économique du tabagisme = origine sociale des habitudes de vie • Le niveau de scolarité (particulièrement chez la femme) a une incidence sur l'état de santé • Le gradient socio-économique de la santé = les inégalités dans l'état de santé entre les individus sont liées à des facteurs sociaux, culturels et économiques • L'environnement social (activités et soutien sociaux) et physique ont une influence sur l'état de santé • La hiérarchie au travail, la participation à la prise de décision, l'utilisation des compétences, la liberté d'action et le chômage ont une influence sur l'état de santé • Les conditions dans la petite enfance ont une influence sur l'état de santé
Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Définir la santé en tenant compte des aspects du bien-être mental, physique et social • Stimuler la prospérité nationale • Réduire les cas de faible poids à la naissance et faire des programmes préscolaires (surtout dans les milieux pauvres) • Augmenter les services offerts par les non professionnels de la santé, augmenter la prévention et faire des politiques d'amélioration de la santé • Cibler particulièrement les enfants de familles monoparentales, les jeunes avec des emplois précaires, les assistés sociaux, les réfugiés et les sans-abri. La présence du gradient socio-économique de la santé implique que toute la population doit être visée. Faire des politiques ciblées ET universelles • Les politiques doivent s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé, pas seulement au système de soins. • Augmenter la concurrence dans le système de soins et mettre sur pied un système d'évaluation du rendement et de l'efficacité. Voir les coûts et les bénéfices du système de soins

Renaud et Bouchard (1994) notent que les progrès exceptionnels en médecine nécessitent des fonds importants, sans pour autant assurer un meilleur état de santé à la population en général. Le système de soins est en quelque sorte une industrie avec ses problèmes de gestion et de financement. Mais, en fin de compte, ce système améliore-t-il vraiment la santé? Les investissements colossaux ne semblent pas toujours porter fruit. Les investissements apparaissent comme une promotion de la technologie, et non de la santé. Les technologies donnent certainement de bons résultats pour les malades, diminuant souvent leurs douleurs. Il est certain que la majorité des médecins vont utiliser la technologie si elle est disponible, mais les résultats ne sont pas nécessairement meilleurs. Sans compter que les investissements ne garantissent pas nécessairement la satisfaction du client. Aussi, l'exemple du Japon laisse croire que le lien entre les dépenses en santé et

l'état de santé de la population peut être négatif. Par ailleurs, la richesse d'un pays n'est pas nécessairement déterminante de la santé de la population (la population du Sri Lanka présente un meilleur état de santé que celle du Maroc, alors que le Sri Lanka est un pays plus pauvre que le Maroc).

Bien entendu, la médecine a un rôle à jouer dans la baisse de la mortalité prématurée, mais s'agit-il d'un rôle de premier plan? Par exemple, le vaccin contre la tuberculose permet effectivement de contrer cette maladie. Par contre, la baisse dramatique de la tuberculose est survenue avant l'invention du vaccin. On pense qu'elle serait en fait due à l'amélioration des conditions d'hygiène, l'espacement des naissances et une meilleure nutrition. Cela implique que les facteurs sociaux sont très influents sur l'état de santé. D'ailleurs, le système de soins universel n'a pas réussi à enrayer les inégalités dans l'état de santé entre les individus, et ce gradient socio-économique de la santé demeure. Il y a donc des facteurs autres que médicaux et sans doute liés à l'environnement, au social et à l'économie, qui expliquent ces écarts. Il est alors important de prendre conscience que le système de soins prend soin de la maladie et non pas de la santé en général.

Renaud et Bouchard retiennent les affirmations du Rapport Lalonde (1974) selon lesquelles la santé est influencée par quatre déterminants, soit les facteurs biologiques, les facteurs environnementaux, les habitudes de vie et les soins. L'inconvénient majeur de l'interprétation qu'on a faite de ces quatre déterminants est qu'on a mis l'accent presque exclusivement sur les habitudes de vie des individus. Cela fait en sorte qu'on se représente la santé comme étant l'entière responsabilité des individus. Il est vrai que l'individu est en partie responsable de son état de santé, mais pas dans sa totalité. Ce qui vient appuyer cette affirmation est la présence d'un gradient socio-économique des mauvaises habitudes de vie (par exemple en ce qui concerne le tabagisme). Il y a donc quelque chose d'externe à l'individu qui l'incite à adopter certaines habitudes de vie. Également, des études montrent que même si on corrige les facteurs de risque relatifs aux habitudes de vie, il existerait toujours un gradient socio-économique de la santé perdure.

Ainsi, le système de soins et les habitudes de vie n'expliquent pas entièrement les écarts dans l'état de santé entre les individus. Une bonne part de l'explication du gradient socio-économique de la santé réside dans l'environnement social, économique et culturel de

l'individu. Ces environnements influencent les moyens que l'individu utilisera pour réduire son stress et diminuer les risques auxquels il fait face dans sa vie. Ces moyens sont aussi influencés par l'estime de soi et le sentiment de contrôle, et tous deux sont associés au statut socio-économique. L'étude de Whitehall montre également que la position de l'individu dans la hiérarchie au travail et la diversité des tâches à accomplir ont un effet sur ces variables. L'estime de soi et le sentiment de contrôle sont aussi influencés par la prospérité du pays, la redistribution des richesses et l'efficacité du système scolaire. Il a également été démontré qu'une mauvaise organisation du travail et une mauvaise ambiance au travail, des demandes de tâches imprévisibles et un manque de ressources pour accomplir les tâches exigées augmentent l'intensité du stress et favorisent les maladies cardiaques. On note aussi que le stress le plus néfaste n'est pas le stress engendré par une crise passagère, mais le stress vécu au quotidien, ou du moins qui s'étale dans le temps.

Il existe donc des aspects sociaux, économiques et culturels qui agissent sur le système biologique et immunitaire des individus (par exemple, les conditions de travail ont une incidence sur l'hypertension artérielle, les problèmes de digestion, etc.). Enfin, il est certain que le fait d'être en haut de l'échelle sociale a un effet favorable sur l'état de santé (sauf si la société vit une crise conflictuelle). Mais il n'est pas tant dommageable pour l'état de santé de l'individu d'être au bas de la hiérarchie sociale si la société a mis en place des stratégies permettant de protéger et d'aider les individus dans cette situation.

Renaud et Bouchard affirment qu'il est clair que le système de soins ne peut, à lui seul, améliorer l'état de santé des individus et que le gouvernement ne peut répondre aux différences dans l'état de santé entre les individus en agissant seulement sur le système de soins. Il doit, entre autres, inciter les individus à adopter de meilleures habitudes de vie. Il est également primordial d'agir sur l'environnement social. Certes le système de soins peut contribuer à soigner certaines maladies, mais il faut aussi veiller à ce que les individus conservent un bon état de santé. Stimuler la productivité, et par ricochet la richesse du pays permettra un meilleur état de santé chez les individus. Encore ici le système de soins a un rôle à jouer puisqu'il peut rétablir les travailleurs malades. Par contre, Renaud et Bouchard notent que le fonctionnement actuel du système de soins pose un problème puisque « la plupart du temps, il a un effet négatif dans la mesure où le système se concentre sur les personnes âgées et les malades chroniques, ce qui enlève des ressources pour les jeunes et

les personnes productives » (Renaud & Bouchard, 1994, p.22). Ainsi, si le système de soins accapare une trop grande part des finances nationales, il consomme la richesse du pays ce qui fait en sorte que le pays devient de moins en moins riche, affaiblissant alors l'état de santé de sa population. La solution la plus efficace est donc d'investir dans l'environnement social en diminuant, par exemple, le taux de chômage, de pauvreté, etc. Les investissements dans le système de soins donnent des effets positifs à court terme (par exemple la chirurgie). Investir dans l'environnement social permet des effets positifs à moyen et long termes. Il est certain qu'il faut faire en sorte que les individus soient soignés en période de maladie, mais l'objectif principal est qu'en premier lieu ils ne tombent pas malades. En investissant dans la petite enfance (garderie), dans le système scolaire, dans les conditions de travail, etc., on parviendra à réduire les écarts visibles dans le gradient socio-économique de la santé.

Tableau 12

Ce qui est retenu de l'étude de Renaud et Bouchard (1994)

Interprétations
<ul style="list-style-type: none"> • Le système de soins draine toutes les ressources (qui servent davantage la technologie que la santé) ce qui diminue la richesse collective • 4 déterminants de la santé : facteurs biologiques, facteurs environnementaux, habitude de vie et soins • On mise trop sur le système de soins et les habitudes de vie (gradient implique que les habitudes de vie pas entièrement de responsabilité individuelle) • La hiérarchie au travail, les conditions de travail et le niveau de scolarité ont une influence sur l'état de santé • La prospérité et la redistribution des richesses ont une influence sur l'état de santé • Les aspects sociaux, économiques et culturels agissent sur le système biologique et immunitaire • Système de soins est trop concentré sur les personnes âgées et les maladies chroniques
Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas miser seulement sur le système de soins • Inciter les individus à avoir de meilleures habitudes de vie • Agir sur l'environnement social • Stimuler la productivité pour augmenter la prospérité • Transférer une partie des ressources du système de soins au bénéfice des jeunes et des personnes productives (investir dans l'environnement social, la baisse du taux de chômage, la diminution de la pauvreté, l'amélioration des conditions de travail etc.) • Investir dans la petite enfance (garderie, système scolaire) • Diminuer les écarts dans le gradient socio-économique de la santé

Ferland et Paquet (1994) notent qu'il existe un gradient socio-économique de la santé au Québec, et que ces écarts persistent malgré une amélioration générale de l'état de

santé. Il se trouve que l'espérance de vie est étroitement liée au revenu, au niveau de scolarité et à l'occupation. Ainsi, l'espérance de vie diffère selon le statut socio-économique, et les écarts entre les statuts socio-économiques sont encore plus prononcés en ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé. Plus le niveau de scolarité et le revenu sont faibles, plus grands sont les risques de problèmes de santé, de problèmes sociaux, de morbidité et de décès prématuré. Pour ce qui est de la santé mentale, plus l'individu est pauvre, plus il a des risques d'éprouver de la détresse psychologique, du stress et tenter de se suicider. Les habitudes de vie varient également selon le statut socio-économique; encore une fois, les individus appartenant aux statuts socio-économiques les plus défavorisés ont davantage tendance à adopter des habitudes de vie nocives pour la santé (tabagisme, obésité, etc.).

Par ailleurs, il existe un lien entre la pauvreté et les problèmes sociaux. La clientèle des centres de services sociaux est en majorité composée d'individus appartenant à des milieux pauvres. Ces derniers rencontrent également plusieurs problèmes, tels l'isolement social, la sous-scolarisation, l'absentéisme scolaire, le recours aux familles d'accueil, la violence faite aux enfants, etc. Cependant, on ne retrouve pas de variation socio-économique en ce qui a trait à l'abus sexuel d'enfants et à la violence conjugale.

En ce qui concerne l'utilisation des services de santé et sociaux, Ferland et Paquet notent que les individus défavorisés sont plus enclins à consommer des médicaments, à fréquenter les cliniques au lieu des centres hospitaliers, à consulter des généralistes au lieu de spécialistes, à fréquenter les centres de services sociaux et les centres pour femmes violentées, et à avoir recours aux familles d'accueil. Ils sont également plus souvent hospitalisés, ils utilisent peu les services de prévention et rendent rarement visite au dentiste.

Ferland et Paquet constatent que même si les causes de maladies et de décès ont changé au fil des décennies, les écarts dans l'état de santé entre les statuts socio-économiques persistent. Il y a donc quelque chose de général (par opposition à individuel) qui « prédispose » certains individus à avoir un bon état de santé. La sélection naturelle comme explication des différences de l'état de santé entre les individus n'est pas écartée,

mais son importance est minime puisqu'on juge qu'elle explique seulement 10 % de la variance.

Plusieurs facteurs sociaux ont une influence notable sur l'état de santé. En premier lieu, on retrouve les conditions de travail. Le travail a un effet important sur l'état de santé des individus, que ce soit, par exemple, pour les risques d'accident ou d'exposition à des matières toxiques. Certains types d'emploi sont plus à risque que d'autres, tout particulièrement ceux demandant une main-d'œuvre non qualifiée. Ainsi, les risques de mortalité et de morbidité peuvent différer selon la situation professionnelle. L'exclusion du marché du travail et, tout particulièrement, le chômage peuvent avoir des effets négatifs sur l'état de santé. La perte d'un emploi implique souvent une baisse de revenu qui nécessite un changement de style de vie. Elle peut également augmenter le stress, l'anxiété, l'insécurité, les problèmes d'hypertension, les maladies cardiaques et contribuer à la perte de confiance et d'estime de soi. La perte d'un emploi a aussi des répercussions sur l'entourage du chômeur. À plus grande échelle, le chômage peut avoir une incidence sur des pathologies sociales, telles la criminalité, le suicide, etc. Mais cela est difficile à prouver.

Le logement peut avoir un effet sur l'état de santé. En fait, le type de logement dépend souvent de ses ressources financières. Si l'individu dispose de peu d'argent, son logement risque d'être de piètre qualité et restreint; il est en effet nécessaire d'économiser le maximum d'argent pour répondre à ses autres besoins. Pour les individus vivant dans la pauvreté, le montant du loyer à payer peut aussi être une source de stress et la promiscuité dans leur logement peut augmenter les cas de violence, de négligence et d'abus sexuel. Le réseau social est également très important pour avoir un bon état de santé. Il existe un lien entre l'état de santé et l'intégration, le soutien social. Faire partie d'un réseau d'entraide aide à améliorer son état de santé et offre une protection contre le stress. Par contre, il est nécessaire que les réseaux soient de bonne qualité car s'ils sont problématiques, leur effet risque d'être négatif. Enfin, le sentiment de contrôle a un impact sur la santé mentale et physique (surtout au niveau du système immunitaire). Pour améliorer ce sentiment de contrôle, il est nécessaire d'augmenter les possibilités de prise de décisions et d'utilisation de ses compétences, et l'autonomie au travail.

En conclusion, Ferland et Paquet affirment que l'état de santé dépend d'autres choses que du système curatif. La baisse du taux de mortalité depuis 1800 est davantage due à l'amélioration des conditions de vie qu'à l'amélioration de la qualité des soins médicaux. Il faut donc reconnaître l'importance des effets des facteurs sociaux sur l'état de santé. La présence du gradient socio-économique de la santé à l'échelle de la société implique que les différences dans l'état de santé entre les individus n'est pas une question de seuil, mais d'écart constants où tous sont touchés. Les chercheurs qualifient également d'intéressante l'idée de la « capacité générale de résistance à la maladie », élaborée notamment par Antonovsky. Elle désigne une certaine capacité d'adaptation et de mobilisation des ressources permettant à l'individu d'assumer lui-même les effets néfastes de certaines situations et de développer des solutions efficaces pour en réduire l'impact négatif. Il faut alors cerner la vulnérabilité des individus afin de renforcer leurs points faibles. Il serait d'ailleurs bien de consulter les individus vulnérables puisqu'ils représentent une ressource pour des solutions possibles. Enfin, toutes les politiques ont un impact sur l'état de santé, et le fait que les écarts persistent montre que les politiques et les programmes ne sont pas efficaces. Le gouvernement pourrait peut-être élaborer des stratégies communautaires, tout en valorisant le travail communautaire et intergénérationnel. Il serait nécessaire, vu l'influence importante du travail sur l'état de santé, d'améliorer les conditions de travail et de renforcer la formation et la sécurité au travail. Il faut également améliorer les conditions de vie et l'environnement des milieux défavorisés. Ferland et Paquet concluent en affirmant que « si la santé et le bien-être sont des biens individuels, ils sont en même temps des biens collectifs dont bénéficient tous les secteurs de la société »(Ferland & Paquet, 1994, p.67).

Tableau 13

Ce qui est retenu de l'étude de Ferland et Paquet (1994)

Interprétations
<ul style="list-style-type: none"> • Gradient • Sélection naturelle (10%) • Facteurs sociaux : conditions de travail, exclusion du marché du travail, logement, intégration et soutien social, sentiment de contrôle
Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la participation à la prise de décisions, l'utilisation des compétences et l'autonomie au travail • Reconnaître l'importance des effets sociaux sur l'état de santé • Augmenter la « capacité générale de résistance à la maladie » en diminuant la vulnérabilité des individus • Consulter les individus vulnérables pour élaborer des solutions • Développer des stratégies communautaires (travail communautaire et intergénérationnel) • Améliorer les conditions de travail, la formation et la sécurité au travail • Améliorer les conditions de vie et l'environnement des milieux défavorisés • Reconnaître que la santé est un bien collectif

Colin et Moffet (1995) constatent également que les différences dans l'état de santé des individus persistent et qu'il faut avant tout viser une réduction de la pauvreté et des inégalités sociales. Au début des années 1990, avec la mondialisation et les nouvelles technologies, le marché du travail a profondément changé. Il y a eu une hausse de la compétition, et devant l'ampleur de la dette, le gouvernement hésite à intervenir. Il y a effectivement eu une amélioration des conditions de vie, mais certaines personnes sont toujours plus vulnérables face à la pauvreté, au chômage, à la violence, à l'exclusion, au manque de soutien social et aux problèmes d'ordre économique. Les enfants et les personnes âgées appartenant à des milieux pauvres sont aussi plus victimes d'abus. En 1995, 20,7% de la population québécoise vivait sous le seuil du faible revenu. Or, cette précarité engendre un cercle vicieux où le manque d'argent, l'absence d'emploi et le faible niveau de scolarité empêchent l'individu de participer activement à la vie sociale. Cette situation perdure d'une génération à l'autre puisqu'il est quasi impossible pour les parents d'offrir une sécurité matérielle et culturelle à leurs enfants.

La vie des individus vivant en situation de pauvreté est un combat pour la survie, et ils sont souvent aux prises avec des problèmes comme la dépression, la violence, l'alcoolisme et le suicide. Il en résulte qu'ils doivent composer avec de graves problèmes de santé. À Montréal, l'espérance de vie varie de 10 ans entre les quartiers les plus riches et les plus pauvres, et cette différence est même de 14 ans en ce qui concerne l'espérance de

vie en bonne santé. Ces différences prennent racine dès le début de la vie des individus; le faible poids à la naissance et l'environnement précaire facilitent le développement de la maladie et provoquent les accidents. Les individus de milieux pauvres souffrent également plus que le reste de la population de problèmes de santé tels que les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires, les maladies mentales, etc. La présence du gradient socio-économique de la santé au Québec confirme les différences dans l'état de santé entre les individus, et l'écart le plus important se situe entre le groupe vivant le plus dans la précarité et celui qui le suit immédiatement après. D'ailleurs, plus la période de pauvreté est longue, plus l'individu est porté à dire que son état de santé est mauvais. Les facteurs de risque environnementaux et comportementaux sont, selon Colin et Moffet, à l'origine de ces écarts. Les comportements dépendent en grande partie des conditions de vie. Par exemple, le manque de ressources monétaire empêche l'individu de bien se nourrir et la pauvreté d'un quartier réduit souvent le nombre de parcs de jeu, augmentant le risque d'accidents.

Colin et Moffet notent qu'il n'existe pas d'intervention qui peut avoir un effet positif à court terme. Pour diminuer la pauvreté et améliorer les conditions de vie, il faut stimuler la solidarité sociale, l'entraide et les interventions socio-sanitaires. L'intervention communautaire doit pouvoir subvenir aux besoins élémentaires et augmenter l'intégration sociale des membres de la communauté tout en leur donnant des conditions minimales pour renforcer leur autonomie. À titre d'exemple, Colin et Moffet mentionnent le soutien alimentaire, les coopératives de logement, l'alphabétisation et les maisons pour femmes victimes de violence. Par contre, bien que ces programmes soient très positifs, il n'en demeure pas moins qu'ils sont insuffisants. Le système socio-sanitaire ne peut réussir à enrayer les différences entre les individus, mais il détient un rôle essentiel pour aider les individus de milieux pauvres plus vulnérables à la maladie. Or, le système socio-sanitaire a longtemps été de type curatif, favorisant la médicalisation et la prise en charge institutionnelle, ce qui est très dispendieux pour une société. Les réformes des années 1990 ont favorisé une décentralisation et une reconfiguration du système; on pense à des actions qui s'exerceraient sur les déterminants sociaux de la santé. La décentralisation vers les régions est positive au sens où il sera dorénavant possible de répondre plus efficacement aux besoins qui sont propres aux sous-populations et, bien sûr, d'augmenter la participation des citoyens. La reconfiguration du système doit permettre d'augmenter son accessibilité et

son efficacité, tout en diminuant les coûts. Il doit s'ensuivre une volonté à stimuler la promotion et la prévention en santé par une éducation populaire sur des aspects socio-sanitaires, une solidification des réseaux communautaires et une hausse de l'entraide.

Pour diminuer la pauvreté, il faut cibler les groupes défavorisés. Le soutien scolaire est un parfait exemple du type de programmes privilégiés par Colin et Moffet. Il faut également viser l'environnement des individus vivant dans la précarité et augmenter leur participation sociale : « pour les clientèles fragilisées par la situation économique actuelle, particulièrement les enfants, ces investissements socio-sanitaires viennent non seulement atténuer les causes et les effets des inégalités sociales et de la pauvreté mais visent également à en modifier la trajectoire » (Colin & Moffet, 1995, p.181).

Afin de mettre sur pied de bons programmes de prévention, il faut assurer une certaine continuité des services. Offrir un soutien social, stabiliser les équipes et les programmes d'intervention, et développer la précocité et la souplesse des interventions. Ces interventions doivent par ailleurs s'adapter aux conditions de vie des individus vivant dans la précarité. Il faut également augmenter la participation des individus pauvres puisque d'une part cela permet de solidifier leur sentiment de contrôle et d'autre part parce qu'ils sont les premiers à pouvoir définir leurs besoins. On doit donc susciter leur participation, ainsi que celle des familles, des leaders et organismes communautaires. Il doit en résulter une intégration complète, fondée sur la confiance, le consensus et l'égalité entre les parties.

Les individus vivant dans la pauvreté sont victimes de préjugés et de méfiance, alors qu'il faut, pour régler la situation des inégalités sociales, adopter une attitude de respect et de compréhension à leur égard. Pour ce faire, l'intervenant doit accepter l'idée qu'il existe une distance culturelle entre lui et les milieux pauvres. Il ne doit pas tant voir les aspects négatifs qui le différencient des pauvres, mais s'attarder au fait qu'ils sont des être humains comme les autres, cherchant à se sortir de la misère, à aimer leur famille, etc.

Enfin, Colin et Moffet notent qu'il n'est pas efficace de s'attaquer seulement aux comportements des individus pauvres. Les interventions communautaires et le système de soins ont leurs effets positifs, mais ils sont insuffisants. On doit également viser la structure de la pauvreté par des interventions économiques, politiques et sociales (par exemple la

scolarité et l'emploi). Il faut agir sur les déterminants de la santé : l'environnement social et économique; l'environnement physique; les habitudes de vie et les compétences individuelles; les services de santé et les services sociaux; la génétique et la biologie humaine. Afin d'optimiser les interventions, il est primordial de regrouper les différents ministères (santé, éducation, revenu, emploi, etc.) pour faire des interventions communes en santé. Bref, pour diminuer les différences dans l'état de santé, Colin et Moffet proposent d'intégrer les politiques sociales et économiques, d'intégrer socialement les individus des milieux pauvres et d'éliminer les inégalités sociales et la pauvreté.

Tableau 14
Ce qui est retenu de l'étude de Colin et Moffet (1995)

Interprétations
<ul style="list-style-type: none"> • Gradient • La mondialisation et les nouvelles technologies = changements sur le marché du travail, hausse de la compétition et baisse des interventions étatiques • La pauvreté et sa durée, le chômage, la violence, l'exclusion, le faible soutien social, un mauvais environnement social et les problèmes économiques (cercle vicieux de la précarité) ont une influence négative sur l'état de santé • Le faible poids à la naissance a une influence négative sur l'état de santé • Les origines d'un mauvais état de santé sont les facteurs de risques environnementaux et les comportements (qui dépendent des conditions de vie)
Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer la pauvreté (en ciblant les groupes défavorisés) et les inégalités sociales, améliorer les conditions de vie en augmentant la solidarité sociale, l'entraide et les interventions socio-sanitaires • Augmenter les interventions communautaires : répondre aux besoins élémentaires, augmenter l'intégration sociale et l'autonomie. Ex : soutien alimentaire, coopératives de logement, alphabétisation, maisons pour femmes victimes de violence. • Rendre le système socio-sanitaire moins curatif et plus axé sur les déterminants sociaux de la santé • Assurer une continuité des services (soutien social, stabiliser les équipes et les programmes d'intervention, développer la précocité et la souplesse des interventions) • Décentralisation vers les régions pour mieux répondre aux besoins et pour augmenter la participation sociale • Faire une éducation populaire pour augmenter la promotion et la prévention en santé • Diminuer la précarité de l'environnement • Adapter les interventions aux conditions de vie des pauvres • Augmenter l'intégration dans les interventions (individus, familles, leaders, organisations communautaires) • Diminuer la méfiance et les préjugés à l'endroit des pauvres • Viser la structure de la pauvreté (interventions économiques, politiques et sociales) • Agir sur les déterminants de la santé (environnement social et économique, l'environnement physique, habitudes de vie, compétences des individus, services de santé, services sociaux, génétique et biologie humaine) en regroupant les différents ministères pour intégrer leurs politiques afin d'éliminer la pauvreté.

Les articles présentés ci-après proviennent du livre Être ou ne pas être en bonne santé (sous la direction de Evans, Barer & Marmor, 1996). Ces articles ne sont pas spécifiques à la situation canadienne, ils tentent de dresser un bilan général des constats sur l'état de santé dans les pays développés (incluant le Canada). Nous avons donc conservé ces articles puisque d'une part les chercheurs sont canadiens (à l'exception d'un seul, soit Marmor qui fait de la recherche comparative entre le Canada et les États-Unis) et que d'autre part, leurs interprétations s'appliquent à la situation canadienne.

Evans et Stoddart (1996) font remarquer qu'il est important de faire une différence entre la santé et le système de soins. On n'est jamais trop en santé, mais le système de soins peut contenir quelques excès qui peuvent avoir un impact négatif si le système devient trop expansionniste. Premièrement, les traitements peuvent être nocifs et au lieu d'augmenter l'espérance de vie, ils peuvent prolonger l'agonie, sans parler des effets secondaires parfois ravageurs qu'ils entraînent. Deuxièmement, les bénéfices engendrés par les traitements ne sont souvent pas à la hauteur des coûts. D'autres traitements moins coûteux et donnant des résultats semblables peuvent souvent être envisagés. Troisièmement, la multiplication des interventions fait en sorte que l'individu en vient à se représenter son corps comme fragile; cela crée une certaine dépendance de l'individu au système de soins (par exemple, on observe une augmentation des examens de routine). Le système de soins peut effectivement réduire les cas de morbidité, mais cela améliore-t-il l'état de santé en général?

Evans et Stoddart font référence au livre Nouvelle perspective pour la santé des Canadiens (Rapport Lalonde, 1974) qui distingue quatre catégories de facteurs reliés à l'état de santé : le mode de vie, l'environnement, la biologie humaine et l'organisation des soins. Il est important de s'attarder principalement aux trois premières catégories plutôt qu'à l'organisation des soins pour améliorer l'état de santé. Il existe deux interprétations extrêmes de ces facteurs (trois premières catégories). D'un côté, la prise en compte de ces facteurs peut justifier un interventionnisme étatique démesuré; d'un autre côté, Ils peuvent être utilisés pour responsabiliser encore plus l'individu face à son mode de vie et à son état de santé. D'ailleurs, suite à la parution de cet ouvrage, il y a eu une augmentation de la recherche portant sur les facteurs de risque. On a également grandement responsabilisé les victimes, action qui permettait de faire des politiques peu coûteuses (par exemple réglementation sur la publicité de cigarette, campagnes de prévention) et souvent inefficaces. Par contre, le tabagisme montre que l'individu n'est pas totalement responsable de son mode de vie puisqu'il existe un gradient socio-économique du tabagisme. Aussi, des quatre catégories de facteurs, celle à qui on accorde le plus d'attention est toujours l'organisation des soins puisque la santé est toujours définie comme étant une absence de la maladie. Si maladie il y a, il faut l'enrayer; les professionnels de la santé sont les seuls à pouvoir le faire. Or, le système de soins n'a pas d'effet à long terme puisqu'on peut guérir une maladie, mais une autre maladie surviendra. Il faut également faire une distinction entre la maladie « malaise » (relative à la perception de l'individu) et la maladie

« pathologique ». Par exemple, l'hypertension est une pathologie qui provoque souvent peu de malaise (une crise entraîne souvent la mort). Si on diagnostique l'hypertension, suivra une médication entraînant des effets secondaires faisant ainsi de l'hypertension une maladie pathologique et malaise. Cependant, à court terme, il est certain que l'individu est plus malade à cause des effets secondaires, mais à long terme cette médication est positive pour la santé, simplement parce que sans elle, l'individu serait soit mort, soit en très mauvais état.

En dernier lieu, Evans et Stoddart constatent que le système de soins est très dispendieux et qu'il requiert une grande production d'énergie et de compétences qui n'est pas investie ailleurs. Cela est bénéfique si le système de soins améliore le bien-être des individus puisque cela permet une plus grande productivité sur le marché du travail. Par contre, si le système de soins ne produit pas plus de la santé et draine toute la richesse collective, il devient néfaste à la production nationale, il ralentit le progrès économique et ainsi il en vient à détériorer l'état de santé des individus.

Tableau 15

Ce qui est retenu de l'étude de Evans et Stoddart (1996)

Interprétations
<ul style="list-style-type: none"> • 4 déterminants de la santé : mode de vie, l'environnement, la biologie et l'organisation des soins • On mise trop sur le mode de vie. Gradient socio-économique du tabagisme = individu pas totalement responsable de son mode de vie • On mise trop sur le système de soins car définition négative de la santé • Le système de soins draine trop d'argent, d'énergie et de compétences = ralentissement du progrès économique
Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à offrir un bon système de soins car il augmente l'espérance de vie, diminue la douleur et permet une plus grande productivité sur le marché du travail (réhabilitation des travailleurs) • Transférer une partie des ressources du système de soins ailleurs

Hertzman, Frank et Evans (1996) notent qu'il existe des écarts dans l'état de santé (espérance de vie, capacité fonctionnelle, taux d'accidents, prévalence de maladies) entre des individus; des groupes; et des populations, et que ces écarts ne sont pas simplement dus au fait qu'à l'origine il existe des différences individuelles. Ces écarts sont constatés peu importe la variable indépendante retenue et ce, dans tous les pays développés. Hertzman, Frank et Evans mentionnent, avant d'élaborer sur ces constats, qu'il est possible de parler d'inégalités entre les individus si les différences dans l'état de santé varient selon le revenu

ou la classe sociale de l'individu. Autrement, ils jugent plus approprié de faire référence à l'hétérogénéité (des conditions de vie, des cultures, etc.) afin d'apporter une explication des différences de l'état de santé qui réfère à des facteurs plus large que la situation financière des individus.

Au XXe siècle, les inégalités dans l'état de santé entre les classes sociales sont restées plus ou moins stables malgré l'amélioration de l'efficacité des soins, une plus grande accessibilité au système de soins et une baisse de la mortalité. D'ailleurs, cette baisse de la mortalité est sans doute due à une meilleure alimentation, à un contrôle et un espacement des naissances, à des meilleures conditions d'hygiènes et de logement. On peut croire aussi que l'importance accordée aux soins dans l'amélioration de l'état de santé est quelque peu exagérée puisque l'espérance de vie s'est accrue parfois sans qu'il y ait de changement préalable dans les soins. Cependant, il ne faut pas réduire à néant le rôle des soins. Ces derniers ont incontestablement un effet sur la maladie. Par contre, il y a des facteurs autres que les soins qui ont un effet sur la santé. Ces facteurs sont liés au revenu et à la richesse. Il ne faut pas, cependant, considérer que seul l'avoir (ou la privation) monétaire à un impact sur l'état de santé de l'individu : la pauvreté (donc la privation monétaire) a des effets moins néfastes sur la santé que l'écart des revenus. Ainsi, une redistribution des richesses collectives permet de réduire les écarts. Afin d'assurer un bon état de santé aux individus, il est important d'observer l'environnement social des milieux pauvres et d'agir sur celui-ci. Il faut également accorder une place aux femmes et aux enfants dans la culture, l'environnement social et la politique. Si la femme a bénéficié d'une bonne scolarité, elle sera plus portée à espacer les naissances, comportement favorisant la baisse de la mortalité infantile. Il faut aussi miser sur la petite enfance puisque des études montrent que les programmes scolaires enrichis et les programmes de garderie ont un effet positif sur l'état de santé à l'âge adulte.

La médecine fait souvent des liens de causalité simple entre la cause et la maladie (par exemple, la démence relève de la biologie). Selon l'approche des déterminants sociaux de la santé, un grand nombre d'autres facteurs pourraient être pris en compte. Par exemple, la scolarité fait en sorte que le cerveau se développe de telle sorte qu'il peut résister à la démence. Ainsi, la scolarité serait un facteur protecteur non envisagé par la médecine.

Considérer l'hétérogénéité de la scolarité de chacun permet des interventions non médicales dans l'environnement social qui donnent de bons résultats.

Le modèle de l'hétérogénéité développé par Hertzman, Frank et Evans comprend trois axes : les stades de la vie, la répartition en sous-populations et les origines de l'hétérogénéité. Ce modèle n'est pas un modèle général de la santé mais un modèle des mesures de l'état de santé selon le stade de vie des sous-populations. La reproduction graphique du modèle élaborée par les chercheurs se trouve à l'annexe 2. La forme cubique du modèle permet de se représenter, à différents stades de la vie, les causes de mortalité chez les différents groupes de la population selon les facteurs d'hétérogénéité.

Il y a quatre stades du cycle de la vie : 1. la période périnatale : de la naissance jusqu'à 1 an; 2. la période des accidents : de 1 à 44 ans ; 3. la période des maladies chroniques : de 45 à 74 ans; 4. la période de sénescence : 75 ans et plus. Ces stades de la vie reflètent les changements biologiques des individus selon leur âge. Cela permet d'observer les causes et les effets d'un mauvais état de santé selon les étapes de la vie. Ces étapes ont été divisées selon un ensemble de maladies, de situations et de vulnérabilités spécifiques aux catégories d'âges. Ces stades sont représentatifs des problèmes de santé qu'on peut rencontrer selon un âge donné. Cependant, ces stades ne sont pas entièrement étanches les uns par rapport aux autres puisque la vie est un cycle continu et sans rupture. La période périnatale se caractérise par de grands écarts de mortalité entre les individus, situation qui traduit souvent l'état de santé général d'une population. Pendant la période des accidents, les individus sont rarement menacés par des maladies. L'état de santé est plutôt confronté à certaines situations négatives comme des accidents, la violence et le suicide. On y retrouve peu de maladies infectieuses grâce aux politiques en santé publique. On constate cependant davantage des maladies de type congénital puisque d'une part, la majorité des autres maladies a été enrailée et que d'autre part, les traitements médicaux permettent aux individus atteints par ce type de maladies, d'allonger leur espérance de vie. La période des maladies chroniques est caractérisée par des maladies chroniques dégénératives prématurées (problèmes de cœur, cancer, accident cérébro-vasculaire, arthrite, etc.). Ce type de maladies devrait survenir à un âge plus avancé, mais il peut apparaître dès ce stade suite à certains comportements insouciants (par exemple une mauvaise alimentation, le tabagisme, etc.). Le vieillissement comme processus biologique

inéluçtable n'a pas les mêmes effets sur les individus. Selon leurs habitudes de vie –dont les effets néfastes peuvent se manifester à long terme, des individus sont plus ou moins vulnérable face à ce processus. La période de sénescence représente un amalgame des effets de plusieurs maladies dégénératives causant un dysfonctionnement généralisé. À ce stade, la mortalité n'est souvent pas attribuable qu'à un seul facteur.

Hertzman, Frank et Evans indiquent que les individus composant la population peuvent être classés selon cinq critères : 1. la catégorie socio-économique (le revenu, l'occupation et le niveau de scolarité); 2. l'ethnicité et la migration; 3. la situation géographique; 4. le sexe; 5. les populations spécifiques (populations pouvant avoir des caractéristiques disparates, mais ayant un profit de santé relativement similaire, par exemple les autochtones, les végétariens).

Hertzman, Frank et Evans considèrent que les différences dans l'état de santé peuvent s'expliquer de six manières différentes : 1. la causalité inversée; 2. la variation dans la vulnérabilité; 3. le mode de vie individuel; 4. l'environnement physique; 5. l'environnement social; 6. les inégalités d'accès au système de soins. Dans l'hypothèse de la causalité inversée, on voit la maladie comme étant à l'origine de la pauvreté, et non l'inverse : « si une caractéristique X d'une population est corrélée avec une maladie, c'est parce que les personnes malades ont développé la caractéristique X et non pas parce que X est la cause de la maladie » (Hertzman, Frank & Evans, 1996, p.86). On ne fait donc pas référence à des déterminants de la maladie, ce qui implique qu'il n'existe pas de cible sur laquelle les politiques pourraient agir. La vulnérabilité différentielle fait référence au potentiel discriminant de l'individu (niveau de scolarité, occupation, etc.). Les caractéristiques de l'individu influenceraient à la fois son statut socio-économique et son état de santé. Par exemple, en Angleterre, les individus de grande taille jouissent d'une plus grande mobilité sociale et d'un meilleur état de santé que les autres. Cela peut être dû au fait qu'on aime bien les individus de grande taille ce qui facilite les efforts de ces derniers aux plans professionnel, académique, etc., et ceci, par ricochet, fait en sorte que leur état de santé est meilleur. Le mode de vie individuel représente les différences entre les individus selon leurs habitudes de vie et leurs comportements. Cette source d'hétérogénéité peut mener au même résultat que l'hypothèse de la causalité inversée, à savoir qu'il n'y a pas lieu d'adopter des politiques publiques puisque l'individu est libre de choisir son propre

mode de vie et il peut adopter les comportements qu'il préfère, même si ceux-ci sont des facteurs de risque de certaines maladies ou causes mortalité. Par contre, les différences dans les comportements ne se réduisent pas à l'idée que chacun est libre de choisir à sa guise. Les habitudes sont entre autres conditionnées par l'environnement; l'individu adopte un comportement afin de répondre à un stimulus de son environnement. Il est donc important de considérer les habitudes de vie et les comportements non pas des individus, mais des groupes d'individus. L'environnement physique désigne la variété des risques d'exposition d'un individu à des produits néfastes pour la santé. L'environnement social fait référence au soutien social, à l'isolement, aux carences affectives, au stress, à la capacité de réagir, etc., bref à tous les détails de l'organisation sociale qui ont une influence sur l'état de santé de l'individu. Enfin, l'accès différentiel aux soins et l'efficacité différentielle de ces services réfèrent aux différences entre les individus quant à leur accès au système de soins, à la disponibilité des ressources, aux probabilités de survie suite à un traitement, etc.

Par ailleurs, Hertzman, Frank et Evans notent que plus le statut socio-économique augmente, meilleur est l'état de santé de l'individu et ce, peu importe la mesure du statut socio-économique retenue. Mais certaines maladies montrent le contraire telles le cancer du sein dans les pays développés et les maladies coronariennes dans les pays récemment développés. Peut-être que cela est dû à certaines caractéristiques des sous-groupes de la population (telles l'allaitement) qui protège en quelque sorte contre certaines maladies. Ces cas restent exceptionnels, la majorité des maladies s'exprime sous la forme d'un gradient.

Afin d'examiner le lien entre l'environnement, le mode de vie et l'état de santé, Hertzman, Frank et Evans présentent deux approches, soit l'épidémiologie classique (fondée sur les spécificités de chaque maladie) et la thèse de la vulnérabilité généralisée. Selon l'approche de l'épidémiologie classique, les différences dans l'état de santé entre les statuts socio-économiques proviennent des différences dans les comportements et l'environnement qui influencent l'état de santé. Les individus appartenant aux statuts socio-économiques les plus faibles adoptent plus de comportements néfastes et leur environnement est plus nocif que celui des autres individus, ce qui contribue à détériorer leur état de santé. Afin de palier à cette situation, il suffit d'enrayer les comportements pathogènes et d'améliorer l'environnement. Il faut s'attaquer aux maladies où on retrouve des différences selon le statut socio-économique en ciblant les facteurs de risque relatifs à

chacune de ces maladies. Chaque maladie doit avoir son approche spécifique. L'inconvénient est que tout au long du XXe siècle il y a eu des différences dans l'état de santé entre les individus malgré le fait que les causes de morbidité et de mortalité ont changé. De plus, même quand on contrôle les effets des facteurs de risque, on observe toujours des différences dans l'état de santé entre les individus selon leur statut socio-économique. Il existe donc quelque chose dans le statut socio-économique qui ne se manifeste pas dans la relation causale directe entre les facteurs de risque X et la maladie X. Ainsi, si on fait des politiques visant des facteurs de risque d'une maladie particulière (par exemple, l'incidence du tabagisme sur le cancer du poumon) on pourra peut-être enrayer les différences socio-économiques entre les individus concernant le cancer du poumon. Mais les différences dans l'état de santé entre les individus vont simplement continuer d'exister en s'exprimant dans d'autres types de morbidité. L'épidémiologie reprend deux aspects du modèle biomédical : 1. diagnostic sur la présence ou l'absence d'un effet pathologique; 2. identification de facteurs prédictifs. Cela est valide pour certaines pathologies. Par exemple, il est facile de dire pourquoi un individu s'est brisé la hanche. Par contre, pour d'autres maladies, le diagnostic est plus ou moins difficile à établir et les facteurs déterminants de la maladie demeurent obscurs (par exemple le cancer du poumon).

L'approche de la vulnérabilité généralisée ne demande pas de poser un diagnostic précis. Elle ne s'attarde qu'à un fait, soit que quelque chose ne va pas. Or, pour arriver à un tel constat, il faut avoir un référent constitué des valeurs, des normes, des perceptions et des pratiques qui caractérisent une société. Les explications de type épidémiologie classique cèdent le pas aux explications fournies par la thèse de la vulnérabilité généralisée. En effet, la population vieillit et ce sont surtout les personnes âgées qui sont aux prises avec des maladies. Or, il s'avère difficile de déceler les causes de mortalité chez les personnes âgées puisque avec le temps, leurs corps deviennent de plus en plus défaillants et, du jour au lendemain, ils peuvent mourir d'une simple grippe. Mais ce n'est pas la grippe comme telle qui est la cause de décès, mais plutôt un état avancé de dégénérescence qui fait que l'organisme ne parvient plus à se défendre. Il s'agit en quelque sorte d'une crise physiologique généralisée. La mort touche de moins en moins d'individus (surtout les personnes âgées puisque cela est inévitable), alors que d'autres problèmes (tels le chômage, la pauvreté, le stress, etc.) touchent beaucoup plus d'individus. Il est donc quelque peu ridicule de concentrer les ressources dans la recherche portant sur les causes de la mortalité

et de maladies médicalement diagnostiquables puisqu'il est quasi impossible de mettre le doigt sur la cause de la mortalité chez les personnes âgées.

Les débats sur la santé dans les années 1990 ont été marqués par une volonté d'augmenter le financement du système de soins afin que les individus profitent des progrès médicaux. Ces débats portent rarement sur les déterminants sociaux de la santé. Accorder la majeure partie des ressources au système de soins fait en sorte que le développement de politiques axées sur les déterminants sociaux de la santé est quelque peu ralenti. En fait, cela fait vingt ans qu'on tente de développer des politiques axées sur les déterminants sociaux de la santé. Cependant, il y a eu peu de progrès en ce sens. D'une part, pour changer les politiques, il faut au préalable modifier les croyances. Les connaissances scientifiques existantes sont insuffisantes pour ébranler les croyances, qui sont déjà très lentes à modifier. D'autre part, le pouvoir médical est très solide et résiste avec succès à cette attaque.

Dans les années 1990, il est devenu ridicule de penser à réduire les coûts du système de soins en responsabilisant les individus face à leurs comportements et leur état de santé. La demande toujours croissante de financement du système de soins et le manque de ressources de l'État font en sorte que ce dernier doit en quelque sorte s'opposer aux nouvelles technologies et aux traitements. Le monde médical, devant le refus de l'État, adopte un discours largement émotif, à savoir la population va faire les frais d'un refus des gouvernements d'investir davantage dans les soins. Or, la recherche montre que le contrôle des dépenses médicales ne fera pas de victimes dans la population. Au contraire, cela permettra d'écarter les technologies et les traitements inefficaces.

Aujourd'hui, on redonne de l'importance aux communautés, ce qui reprend en quelque sorte les programmes des années 1960 : augmentation de la participation de tous à la prise de décisions portant sur les conditions de vie et réorganisation des conditions de vie pour créer, par exemple, un environnement en santé (baisse de la pollution et de la circulation automobile, augmentation d'espaces verts et d'interactions entre les individus pour créer un environnement plus « humain »). Les politiques sont très importantes pour l'état de santé des individus puisqu'on sait que toutes les politiques ont un effet plus ou moins important sur l'état de santé de chacun. Par ailleurs, une grande place est accordée à

la relation entre les coûts et les bénéfices. Hertzman, Frank et Evans concluent que si une politique s'avère rentable pour la santé, elle peut être adoptée. Si cela n'est pas le cas, il est essentiel d'en développer une autre qui offrira un meilleur rapport coûts/bénéfices.

Tableau 16

Ce qui est retenu de l'étude de Hertzman, Frank et Evans (1996)

Interprétations
<ul style="list-style-type: none"> • La richesse collective, le revenu et les écarts entre les revenus (plus que la pauvreté) ont une influence sur l'état de santé • L'âge (stades de la vie), le niveau de scolarité, les comportements insouciantes et les catégories socio-économiques ont une influence sur l'état de santé • Origines des différences dans l'état de santé : causalité inversée, variation dans la vulnérabilité, mode de vie individuel, l'environnement physique, l'environnement social et les inégalités dans l'accès aux services de santé • Le mode de vie est influencé par l'environnement • Le système de soins accapare des ressources, réduisant alors les possibilités de faire des politiques sur les déterminants sociaux de la santé • Les ressources consacrées au système de soins servent peu d'individus, alors que peu de ressources sont accordées à la réduction du taux de chômage, de la pauvreté, du stress, etc., situations qui touchent davantage d'individus
Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Faire seulement des politiques visant des facteurs de risques spécifiques ne donne pas de bons résultats car les différences s'expriment alors dans d'autres maladies • Agir sur l'environnement social • Inclure les femmes et les enfants dans la culture, l'environnement social et les politiques • S'assurer que la femme a un bon niveau de scolarité • Miser sur la petite enfance (programmes scolaires enrichis et garderies) • Modifier les croyances face à la santé • Augmenter la participation communautaire aux décisions concernant les conditions de vie et la création d'un environnement plus sain • Évaluer les politiques visant la santé selon une analyse coûts/bénéfices • Contrôles les dépenses du système de soins pour éliminer ses caractéristiques inefficaces

Renaud (1996) fait un retour à la mythologie grec que pour expliquer le dilemme entre les politiques de soins (Panacée : recherche du remède universel de tous les maux) et les politiques de santé publique (Hygié : la santé s'obtient en respectant l'ordre naturel des choses qui découle de la raison et la modération). Il existe deux grands types de définition de la santé. La définition positive définit la santé comme étant un état complet de bien-être. La définition négative définit la santé comme étant une absence de maladie. Le monde médical et le monde politique se représentent la santé selon la définition négative de la santé, ce qui justifie l'importance accordée aux services curatifs. Renaud déclare, devant les

agissements des ministères de la santé que « s'ils étaient effectivement responsables de la santé, ils s'occuperaient d'abord de l'amélioration des conditions sociales et économiques qui affectent les capacités des individus à prendre, dans leur mode de vie, des décisions favorables à leur santé et à réagir avec calme et pondération aux inévitables problèmes de l'existence » (Renaud, 1996, p.318). Selon Renaud, l'état de santé dépend bien évidemment du système de soins, mais aussi et surtout des politiques relatives aux secteurs autres que celui de la « santé », tels le chômage, la criminalité, la scolarité, la croissance économique, etc.

Par ailleurs, le mode de vie des individus a une incidence sur leur état de santé, et vouloir modifier leurs comportements à risque représente une tâche importante, mais insuffisante. On encourage les individus à adopter de bonnes habitudes de vie et à être plus rigoureux dans leurs comportements par rapport à la santé. Bref, on dit aux individus qu'ils peuvent et doivent contrôler leur état de santé. Mais les comportements à risque et la possibilité de les modifier dépendent du statut socio-économique et du degré de contrôle sur sa vie. Aussi, la modification d'un comportement à risque dépend davantage de l'environnement social de l'individu que des affirmations qu'on peut retrouver dans les programmes d'éducation sanitaire. Renaud propose une Hygié plus moderne; il s'agit de faire attention aux attentes qu'on a face à Panacée, d'assurer une bonne hygiène sociale et d'améliorer la vie en société en la rendant plus conviviale, créatrice et équitable.

Pour avoir un bon état de santé il est nécessaire de faire preuve d'adaptation, de maîtrise et de capacité à faire face aux changements, d'avoir foi en l'avenir, de jouir d'une liberté d'action et de bénéficier de soutien social. Or, ces caractéristiques ne sont pas réparties également dans la population. Il se peut par contre que certains individus appartenant à des milieux pauvres présentent un bon état de santé. Cela n'est pas dû au hasard. Il est probable que ces individus ont bénéficié d'un bon milieu lors de l'enfance, d'une bonne scolarité, etc. Si on veut améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, il faut faire quelques changements. Ces changements sont possibles. Par exemple, l'égalité dans les rapports entre les hommes et les femmes, la désinstitutionnalisation des malades mentaux, l'amélioration des conditions de travail, etc. sont possibles. Il faut aussi continuer à faire des changements en ce qui a trait à la pauvreté, au chômage, à la maladie mentale, à l'injustice, à la solitude et à l'exclusion.

Par ailleurs, il faut trouver des moyens pour améliorer l'environnement social. Renaud appuie fortement l'adoption d'une mesure du déficit social proposée par l'ONU, qui consiste à mesurer l'abandon scolaire, le taux de chômage et d'autres aspects sociaux afin de cerner les problèmes cruciaux et de déterminer l'urgence des interventions. Pour régler le problème du chômage, Renaud propose de faire un partage du temps de travail et de la masse salariale, tout en créant des programmes de formation et de recyclage de la main-d'œuvre. Enfin, Renaud juge important de prévenir la « détérioration du tissu social » et « d'améliorer la qualité de vie » de tous.

Renaud insiste sur le fait qu'il faut réorienter le débat social sur la santé en fonction de ce qui est le plus bénéfique pour la santé de la population. Les politiques sont trop centrées sur le domaine médical et trop peu sur diverses formes de protection sociale. Il est bien sûr important de débattre du financement et de la régulation du système de soins, mais accorder toute l'attention au système de soins donne des résultats incomplets car le système de soins ne représente qu'une partie des facteurs ayant un impact sur l'état de santé des individus :

« (...) la santé n'est pas l'affaire exclusive des professionnels de soins et d'un seul ministère, fût-il nommé le ministère de la « Santé ». À trop vouloir responsabiliser les individus quant à leur mode de vie personnel, on finit par oublier que ces modes de vie sont eux-mêmes largement déterminés par l'environnement social, économique et culturel. (...) [la santé de la population] est affectée au moins autant par la structure des milieux de travail, de la famille, de l'école, des réseaux sociaux et par les politiques conduites sous l'autorité d'un grand nombre de ministères (de l'Économie, de l'Éducation, de l'Emploi, de la Sécurité du revenu, de l'Environnement, etc.) que par le savoir médical et le système de soins » (Renaud, 1996, p.331).

Tableau 17
Ce qui est retenu de l'étude de Renaud (1996)

Interprétations
<ul style="list-style-type: none"> • Le système de soins draine trop de ressources et définition négative de la santé • État de santé dépend du système de soins ET d'autres politiques (chômage, criminalité, scolarité, croissance économique) • Les habitudes de vie sont influencés par le statut socio-économique, le contrôle sur sa vie et l'environnement social, économique et culturel • L'environnement social, le soutien social, la capacité de faire face au changement, la liberté d'action, l'adaptation et la foi en l'avenir ont une influence sur l'état de santé • Les conditions de travail, la famille, l'école, le réseau social ont une influence sur l'état de santé
Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les conditions sociales et économiques, la qualité de vie, et l'hygiène sociale (société conviviale, créatrice et équitable) • Améliorer les comportements et les habitudes de vie • Augmenter l'égalité entre les hommes et les femmes, améliorer les conditions de travail, réduire la pauvreté, l'injustice, la solitude et l'exclusion et prévenir la détérioration du tissu social • Pour réduire le taux de chômage : faire un partage du temps de travail et de la masse salariale, faire des programmes de formation et de recyclage de la main-d'œuvre • Favoriser la désinstitutionnalisation • Utiliser une mesure du déficit social • Débattre du financement et de la régulation du système de soins • Faire des politiques en santé dans d'autres ministères que celui de la santé

Nous quittons maintenant l'ouvrage Être ou ne pas être en bonne santé afin de présenter des articles qui sont parus après 1996.

Renaud, Good, Nadeau, Ritchie, Way-Clark et Connolly du Groupe de travail sur les déterminants de la santé (1997) se penchent également sur l'état de santé de la population canadienne. Leur rapport se divise en sept parties principales. Ils proposent d'abord un tour d'horizon sur les nouvelles connaissances sur l'état de santé des populations, pour ensuite présenter certaines constatations sur les déterminants de la santé, puis sur les politiques de santé, suivies par les constatations sur le contexte socio-économique et celles concernant les groupes à risque. Ils résument ensuite les leçons apprises pour enfin proposer quelques solutions.

En ce qui concerne le tour d'horizon, les chercheurs rapportent quelques constats établis sur la scène internationale. D'abord, depuis la Seconde Guerre mondiale,

l'espérance de vie a augmenté de quinze ans, phénomène qui serait surtout dû au fait que le niveau de vie et l'environnement se sont améliorés. L'augmentation de l'espérance de vie est aussi accompagnée d'une baisse de la criminalité, des accidents et de la consommation d'alcool et de tabac chez les hommes. Malgré tout, l'environnement social et économique continue à représenter parfois un risque pour l'état de santé des individus. On n'a qu'à penser à la pauvreté, au chômage, au sous emploi chez les jeunes, à la retraite involontaire, aux inégalités des revenus, à la désintégration des communautés et aux pressions du marché du travail sur la famille. Cela contribue à ralentir la croissance de l'espérance de vie en augmentant les situations stressantes, les cas de suicide, les maladies mentales et le faible poids à la naissance. Par ailleurs, on connaît de mieux en mieux les déterminants de la santé, mais les gouvernements et les populations restent axés sur les soins et non pas sur la santé. Or, il est essentiel, pour améliorer l'état de santé des individus, d'offrir de bons soins et d'amener ces individus à diminuer leurs mauvaises habitudes de vie. Il faut cependant se pencher sur les facteurs socio-économiques de ces habitudes de vie puisqu'on sait désormais que ces habitudes sont en partie conditionnées par l'environnement social et économique.

Les connaissances sur les déterminants de la santé sont très vastes. Les chercheurs se concentrent sur le gradient socio-économique et l'importance de la petite enfance. La présence du gradient socio-économique de la santé illustre le lien entre les facteurs sociaux et l'état de santé des individus et ce, pour toutes les causes de décès. Plus le statut socio-économique est élevé, plus l'estime de soi, le sentiment de maîtrise sur sa vie et la capacité à faire face à des situations difficiles sont supérieurs. À défaut d'avoir des statuts socio-économiques uniformes, une redistribution équitable des richesses et une société plus égalitaire permettraient également une meilleure estime de soi, un sentiment de contrôle sur sa vie plus fort et une bonne capacité de faire face à des situations difficiles. Concernant l'importance de la petite enfance, les chercheurs notent que les compétences et le pouvoir d'adaptation à l'âge adulte prennent racine dans la petite enfance, période durant laquelle le cerveau est le plus malléable. On constate aussi un lien entre la situation vécue lors de la petite enfance et les maladies chroniques à l'âge adulte.

Concernant les politiques en santé, les chercheurs notent que même si le gouvernement est informé des déterminants de la santé, il continue d'allouer la majorité des

fonds au système de soins, sans doute parce que les investissements dans les soins sont « concrets et utiles » alors que l'investissement dans l'environnement social s'avère plus risqué. De plus, plusieurs groupes sociaux font des pressions en faveur d'une augmentation du financement du système de soins et très peu en font pour augmenter l'investissement dans des politiques visant l'environnement socio-économique. C'est donc le rôle du gouvernement de prendre l'initiative de politiques économiques, environnementales, etc. qui pourraient avoir un impact sur l'état de santé des individus et de mesurer cet impact.

Les chercheurs s'attardent à quatre types de politiques, soit les politiques de transfert du revenu, familiales, d'emploi et d'action communautaire. En ce qui a trait aux politiques de transfert du revenu, les chercheurs notent qu'entre 1984 et 1993, il y a eu peu de changement dans le revenu moyen des familles. On constate cependant une baisse de revenu chez les familles à faible et moyen revenu et une hausse de revenu chez les familles bénéficiant de deux revenus. Il est donc important de développer et de maintenir des programmes de soutien au revenu (assurance chômage, assistance sociale, etc.), de veiller à ce que ces programmes puissent diminuer les écarts de revenu entre les familles -écarts grandissants- et d'assurer une certaine qualité de vie appréciable.

Les politiques familiales doivent viser la pauvreté infantile où il y a eu très peu de progrès entre 1987 et 1997 (un enfant sur cinq vit dans une famille ayant un revenu se situant sous le seuil du faible revenu, et cette proportion monte à trois sur cinq pour les familles monoparentales). Les chercheurs constatent quatre effets négatifs majeurs relatifs à la pauvreté. Premièrement, la pauvreté équivaut à un mauvais environnement et à une carence psychosociale ayant des répercussions négatives à long terme sur l'état de santé. Deuxièmement, la pauvreté représente un environnement peu propice au développement des compétences cognitives, affectives et sociales nécessaire à la réussite scolaire. Troisièmement, la pauvreté est souvent synonyme de faible poids à la naissance pouvant être à l'origine de maladies, de troubles de développement et d'incapacité à l'âge adulte. Quatrièmement, la pauvreté s'accompagne généralement d'un plus haut taux de mortalité infantile, de problèmes chroniques de manque d'affection, de troubles comportementaux, de blessures, de négligence et de violence sexuelle. Il faut se rendre à l'évidence. La santé des enfants est d'intérêt collectif et il est nécessaire de diminuer la pauvreté infantile pour

le bien de tous. Pour y arriver, il ne suffit pas de donner seulement un financement; il faut également mettre sur pied des programmes de soutien aux familles pauvres.

Les politiques d'emploi doivent viser le chômage, l'insécurité financière, l'anxiété et le sentiment de contrôle sur ses finances, déterminants très importants de l'état de santé. Avoir un emploi permet de suivre un horaire, d'avoir des expériences inter-personnelles, de se fixer des objectifs et de développer une identité ainsi qu'un certain sentiment d'appartenance. À l'opposé, le chômage est synonyme de suicide, de mort prématurée, de maladies cardio-vasculaires, de troubles affectifs, de craintes face à l'avenir, de tensions financières, sans compter la stigmatisation et la perte de respect social pour le bénéficiaire de transferts sociaux. Il est évident que la globalisation chambarde le monde de l'emploi et ce, dans tous les pays. Par contre, les programmes mis en place pour y faire face diffèrent. On remarque que les pays où il y a eu des interventions étatiques visant les individus dans le besoin et visant la création et le maintien d'emplois spécialisés et bien rémunérés présentent un meilleur profil concernant l'état de santé de leur population. Selon les chercheurs, « l'emploi est un facteur clé de la santé » et toutes les politiques concernant l'emploi doivent prendre en considération leurs effets potentiels sur l'état de santé des individus. Pour améliorer l'état de santé des individus, les politiques devraient viser le plein emploi, la croissance économique et la baisse du déficit : « les gouvernements devraient faire en sorte que la santé soit perçue comme une priorité sociale, au même titre que le développement économique » (Renaud, Good, Nadeau, Ritchie, Way-Clark, Connolly, 1997, p.13)

Les politiques d'action communautaire peuvent amoindrir les effets néfastes du chômage et de la pauvreté infantile sur l'état de santé. Selon les chercheurs, les communautés sont des « endroits propices aux relations interpersonnelles et à la solidarité ». Ils notent d'ailleurs un meilleur état de santé chez les individus se mobilisant dans leur communauté. Une mobilisation communautaire peut aussi entraîner une baisse de la consommation d'alcool, de la toxicomanie, de la délinquance, du suicide, du décrochage scolaire, de la négligence, du mauvais traitement et de la violence dans le quartier. On peut même en venir à réussir à convaincre les individus d'adopter de meilleures habitudes de vie et à réduire l'isolement des personnes âgées.

Pour exceller dans ces quatre types de politiques, les gouvernements doivent

1. investir dans la petite enfance en donnant des ressources aux familles avec enfants;
2. appuyer les communautés qui se mobilisent;
3. aider les jeunes et les plus vieux à (ré)intégrer le marché du travail;
4. financer la recherche sur les déterminants non-médicaux de la santé;
5. évaluer l'impact des politiques sur la santé.

Les constatations concernant le contexte socio-économique portent sur quatre points, soit 1. l'emploi et l'économie; 2. les communautés; 3. les familles; 4. les écoles. Il est reconnu que la situation économique d'un pays influence l'état de santé de sa population. Or, la mondialisation et l'innovation technique ont engendré une restructuration de l'économie (peu de bons emplois, retraite anticipée non désirée, travail à temps partiel, etc.) qui est souvent accompagnée par une hausse des écarts de revenu entre les individus. Ce sont surtout les jeunes avec peu d'expérience qui sont touchés par les crises économiques, les rendant plus vulnérables au chômage et aux emplois précaires. Pour améliorer l'état de santé, on doit réduire les accidents de travail (en réduisant le stress au travail), diminuer le rythme et la répétition dans le travail, augmenter la participation de tous à la prise de décision pour améliorer leur sentiment de maîtrise et de satisfaction face au travail.

Les communautés représentent un partage d'espace, d'identité, d'intérêts et de préoccupations. Pour stimuler la mobilisation communautaire et développer en quelque sorte un sentiment d'appartenance, il doit y avoir un leader qui motivera la collaboration et la coopération. Cependant, le leader a besoin d'un réseau d'organismes de développement communautaire, de militants, etc. La mobilisation communautaire nécessite aussi le développement d'objectifs communs. Pour ce faire, on ne doit pas prendre une approche négative où on se penche sur les problèmes, mais une approche positive où on s'appuie sur les forces des membres de la communauté. L'importance de la communauté ne doit pas être prise à la légère puisqu'elle peut créer des emplois, améliorer la sécurité et l'environnement, diminuer la criminalité, etc. Pour ce faire, la communauté doit favoriser sa croissance et son développement, stimuler la participation de tous ses membres et mobiliser les ressources internes et externes.

La famille est d'une importance capitale pour ce qui est de l'éducation en santé et des comportements à adopter. Par contre, on voit apparaître la « nouvelle » famille, caractérisée par le divorce, la monoparentalité, l'érosion de la famille élargie, l'abandon des enfants par l'homme lors d'une séparation, etc. Cette nouvelle famille doit composer avec l'augmentation de la responsabilité professionnelle des deux parents, le stress, la double responsabilité des mères sur le marché du travail et au foyer, etc. Cela fait en sorte que la vie familiale est quasi-absente, faisant place, chez les enfants, à une baisse du sentiment d'appartenance, de la sécurité, de la communication et du développement de ses compétences. Pour contrer ces effets négatifs, l'école et les entreprises doivent réorienter leur organisation afin de favoriser la vie familiale en tenant compte de ses besoins et de sa dynamique (par exemple, les entreprises peuvent diminuer le nombre d'heures de travail, réduire les heures supplémentaires, améliorer la rémunération et offrir plusieurs avantages sociaux). Le gouvernement doit également répondre aux problèmes de grossesse chez les adolescentes, de l'abandon du père et de la pauvreté infantile.

Les écoles peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration de l'état de santé des individus. Elles peuvent atténuer les effets néfastes d'un mauvais environnement, aider les jeunes ayant des difficultés scolaires et mieux les préparer à la vie professionnelle. Pour augmenter le rendement scolaire, il doit y avoir des politiques visant la classe et la récréation qui développent de bonnes relations entre les élèves et les professeurs et qui assurent un suivi dans l'encadrement. Les décisions doivent également être prises par toutes les parties concernées (élèves, parents, professeurs, communauté, etc.).

Concernant les constatations portant sur les groupes à risque, les chercheurs présentent leurs constats selon les groupes d'âges, soit les enfants, les jeunes, les adultes et les personnes âgées. Les politiques concernant l'état de santé des enfants doivent viser les femmes enceintes, les nourrissons, la petite enfance et les parents. La petite enfance est d'une importance cruciale pour l'état de santé puisque c'est à ce moment que l'individu développe des compétences cognitives. Le développement du cerveau demande une bonne connexion entre ses différentes cellules; une carence affective ou un mauvais environnement peuvent avoir une incidence négative sur la formation de ces connexions. Même dans un milieu précaire, l'école, la famille et la communauté peuvent stimuler leur développement de ces connexions. Aussi, les liens affectifs très forts peuvent renforcer la

sécurité intérieure de l'enfant, l'aider dans son apprentissage, le rendre moins agressif. Ces liens auront un impact positif dans sa vie adulte; il aura plus de facilité à communiquer et à entrer en relation avec les autres.

Concernant les parents, ils doivent utiliser les ressources qui sont à leur disposition (services de garde, etc.). Il faut, par conséquent, développer des programmes familiaux et veiller à ce que les parents n'éprouvent pas trop de difficultés financières. Des établissements préscolaires doivent aussi être créés pour préparer l'enfant à lire et à écrire, et à développer ses compétences pour une réussite future. La société doit veiller à alléger les tâches parentales, puisque les enfants représentent la relève.

Les politiques portant sur l'état de santé des jeunes doivent viser leurs problèmes, tels la difficulté d'accéder au marché du travail, les problèmes de relations interpersonnelles, le travail à temps partiel, le chômage, le manque de compétence et d'expérience, et le décrochage scolaire. La pauvreté engendre souvent chez les jeunes des problèmes scolaires, une baisse de l'estime de soi, une forte consommation d'alcool et de drogues et une faible ambition professionnelle. À l'opposé, de bons résultats scolaires permettent une sécurité financière plus élevée, un sentiment de maîtrise sur sa vie et de bonnes aptitudes sociales. Les politiques doivent s'attaquer aux facteurs de risque chez les jeunes en améliorant le soutien à l'extérieur de la famille et en stimulant le développement de leurs compétences personnelles.

Les politiques portant sur l'état de santé des adultes devraient viser le monde du travail. Il est reconnu que l'emploi améliore l'estime de soi, la maîtrise sur sa vie et, par conséquent, permet une meilleure santé mentale. À l'opposé, le chômage est synonyme de perte d'identité et de confiance en soi, et il est souvent accompagné de maladies cardiaques et de suicide. Cependant, les effets négatifs du chômage peuvent être amoindris si le chômeur bénéficie d'un soutien social et d'interactions familiales. Le problème de l'analphabétisme touche par ailleurs trop d'adultes, et cela engendre souvent de la pauvreté. Il faut donc remédier à ce problème.

Les politiques visant l'état de santé de personnes âgées doivent composer avec les retraites involontaires pouvant avoir une incidence sur la baisse de l'estime de soi, sans

compter la pauvreté que la perte du revenu entraîne et les écarts de revenus que cela peut engendrer. Une contribution financière versée à ces personnes et la participation aux activités bénévoles peuvent avoir un effet positif sur l'état de santé des personnes âgées. On doit mettre en place des programmes de soutien du revenu, de bons moyens de transport et faire en sorte que les personnes âgées reçoivent un bon soutien social. On doit encourager ces individus à faire des activités physiques, à avoir une bonne alimentation, et à réduire leur consommation d'alcool et de tabac. Enfin, les services offerts doivent diminuer les cas de maladies chroniques chez les personnes âgées et surtout permettre à ces individus de continuer à habiter dans leur domicile.

Les leçons apprises que présentent les chercheurs concernent les déterminants de la santé. Elles permettent de trouver un plan d'action médical et non-médical. La population souhaite le maintien et le financement du système de soins, sans doute parce que les interventions médicales sont souvent spectaculaires. Elle mise beaucoup sur le système de soins. Par contre, plusieurs politiques, complémentaires à celles du système de soins, peuvent avoir des effets très positifs sur la santé, telles les politiques visant l'équité socio-économique, l'emploi, les réseaux de soutien social, et le soutien durant la petite enfance. Il est important d'agir le plus rapidement possible et d'accorder la même importance à qu'au développement économique. Le gouvernement doit investir dans la santé en général afin de permettre une meilleure qualité de vie pour tous et chacun.

Les chercheurs présentent quatre exemples de réussite. Premièrement, le gouvernement doit investir dans l'enfance en offrant des ressources monétaires aux parents (particulièrement en visant l'équité fiscale des familles monoparentales), des programmes d'aide aux familles, en stimulant l'environnement social des enfants, en offrant des programmes d'éducation préscolaire et de service de garde, dont les coûts peuvent être proportionnels au revenu des parents. Les entreprises et les écoles doivent, pour leur part, adopter des politiques qui tiennent compte des besoins et de l'organisation des nouvelles familles.

Deuxièmement, on doit stimuler la mobilisation communautaire. Toute la communauté doit être touchée par la mobilisation communautaire, tout en apportant des soins particuliers aux individus ayant plus de besoins. L'objectif de cette mobilisation est

de donner des résultats équitables en ce qui concerne le développement économique, l'emploi, le soutien aux familles, l'entraide, etc. Cette mobilisation communautaire permettra d'améliorer la sécurité, le civisme, l'estime de soi et le sentiment d'appartenance de tous. La communauté doit servir également de lieu pour faire un partenariat entre l'école et le milieu de travail (stage d'apprentissage) afin de développer les habiletés sociales et les relations interpersonnelles des jeunes. La communauté peut aussi développer des activités para-scolaires, des emplois communautaires, des activités de prévention contre l'alcool et le tabagisme. Enfin, la communauté doit offrir des programmes de soutien pour les personnes âgées, stimuler et maintenir leur participation à la vie communautaire et créer des programmes intergénérationnels.

Troisièmement, il faut venir en aide aux personnes ayant des problèmes d'emploi. On doit faciliter l'entrée des individus sur le marché du travail et maintenir en emploi ceux qui sont touchés par les retraites involontaires ou par une perte d'emploi.

Quatrièmement, il faut augmenter le financement de la recherche portant sur les déterminants sociaux de la santé puisque les interventions sur ces déterminants sont aussi efficaces que les interventions médicales. On doit parvenir à un équilibre entre les fonds de recherches non-médicaux et médicaux. Cela doit être accompagné d'un plus grand partage des connaissances entre les différents paliers d'intervention en vue d'une meilleure diffusion des connaissances.

Les chercheurs proposent finalement leurs recommandations en guise de solutions aux problèmes rapportés dans leur rapport. Il est essentiel, pour améliorer l'état de santé de tous, que toutes les parties de la société visent les déterminants non-médicaux de la santé : « (...) les gouvernements, les entreprises et les communautés doivent se concentrer sur tous les fronts pour créer des conditions de vie et de travail propices à la santé dans les foyers, les écoles, les milieux de travail et la société en général » (Renaud, Good, Nadeau, Ritchie, Way-Clark, Connolly, 1997, p.44). Le rôle du gouvernement est de faire de la santé une priorité sociale en augmentant les politiques et la planification intersectorielles et évaluer l'impact sur l'état de santé de tous des politiques des ministères autres que celui de la santé. Le gouvernement doit également stimuler et donner du financements aux secteurs public, privé, familial, communautaire et bénévole qui oeuvrent pour la promotion de la santé. Les

entreprises doivent, quant à elles, fournir de bons emplois et adapter leur organisation aux besoins des nouvelles familles. Enfin, les communautés doivent développer le leadership communautaire, les réseaux sociaux et augmenter la force communautaire en cernant et en exploitant les points forts de leurs membres.

En dernier lieu, les chercheurs proposent quatre champs d'intervention pour les politiques, soit l'enfance, la communauté, l'emploi et la recherche. Les investissements faits dans la petite enfance représentent des investissements à long terme puisque cela réduira, dans le futur, les coûts relatifs au système de soins, au système d'éducation et aux services sociaux. On doit aider les familles avec des enfants à charge (surtout celles ayant des enfants âgés de 0 à 6 ans) en améliorant leur environnement et leur revenu (soutien au revenu, prestation familiale et équité fiscale). Les programmes concernant la petite enfance doivent comprendre des visites à domicile, un accès à de bons services de garde et des politiques favorables à la famille. Les visites à domicile de l'enfant âgé de 0 à 18 mois, permettent d'améliorer les compétences de la mère dans l'éducation de ses enfants et dans l'obtention d'un emploi. Ces visites doivent mettre l'accent sur l'alimentation, la prévention en toxicomanie, les compétences parentales, etc. Les services de garde et l'éducation préscolaire doivent être de bonne qualité tout en restant abordables; il s'agit d'optimiser le développement de l'enfant. Les politiques favorables à la famille doivent comprendre des congés pour obligations familiales, des horaires et des congés variables non rémunérés, des congés de maternité prolongés, des congés de paternité, des services de garde et des soins pour les personnes âgées. Le gouvernement doit prendre l'initiative pour que suivent ensuite les entreprises (le gouvernement devra entre autres stimuler les entreprises à suivre son exemple). Il faut également augmenter les transferts vers les familles pauvres avec enfants et favoriser les politiques fiscales des familles à moyen revenu avec des enfants afin de diminuer les différences de revenu entre les familles, de diminuer la pauvreté infantile et d'offrir une option qui se situe entre l'aide sociale et le revenu d'emploi. Par des politiques de soutien au revenu, le gouvernement montera qu'il reconnaît la lourde charge d'avoir des enfants. Les politiques de prestations intégrées en fonction du revenu des parents selon le nombre d'enfants pourraient remplacer les crédits d'impôts ou l'aide sociale. L'avantage est que les parents n'auront plus besoin d'aide sociale pour répondre aux besoins de leurs enfants. Ils pourront intégrer le marché du travail tout en recevant la différence de revenu et pour atteindre ainsi une sorte de revenu

minimum. Les politiques fiscales créant l'équité entre les familles doivent avoir comme objectif la reconnaissance du rôle familial et social de l'éducation des enfants. Comme plusieurs pays, le Canada ne reconnaît pas les coûts énormes qu'engendre la naissance d'un enfant et il offre peu de ressources aux familles ayant des enfants. Il pourrait, par exemple, diminuer les contributions fiscales des familles avec enfants par rapport à celles des familles sans enfants afin d'augmenter l'équité fiscale (par exemple, un régime de d'allocations familiales universelles ou le plafonnement du remboursement des prestations fiscales des familles avec enfants selon leur revenu). Les priorités doivent être : les programmes de prestations pour réduire le plus rapidement possible la pauvreté infantile, l'augmentation et la solidification des programmes communautaires (incluant les visites à domicile), de bons services de garde et d'éducation préscolaire (les coûts chargés seraient en fonction du revenu), des programmes et des politiques favorisant la famille et la réduction de l'impôt payé par les familles avec enfants.

Les interventions concernant la communauté doivent être faites sur des aspects des déterminants non médicaux de la santé, tels l'augmentation de l'intégration et de la participation communautaire. Le financement de projets locaux est nécessaire. Ces projets doivent inclure la création de partenariats, le développement de l'esprit civique des entreprises dans la communauté, la collaboration intersectorielle, la formation de bénévoles et la création de centres d'information concernant les bonnes pratiques pour un meilleur état de santé. Le gouvernement doit offrir une meilleure coordination et une plus grande souplesse dans le financement aux communautés. Le contrôle des finances doit se faire par les sphères régionales ou municipales et non pas par les gouvernements puisque ces derniers sont trop éloignés de la communauté. Enfin, le gouvernement doit tenter de simplifier les structures tout en renforçant les initiatives communautaires. Il doit y avoir la création d'une fondation nationale des communautés afin de renforcer leur autonomie et leur développement. Enfin, le secteur privé doit augmenter ses actions dans la communauté et faire des politiques d'entreprise favorables aux familles.

Les interventions concernant l'emploi doivent viser le passage de l'école au marché du travail, d'un emploi à un autre et du marché du travail à la retraite. Viser le plein emploi peut également avoir des répercussions positives sur l'état de santé des individus. Ainsi, le gouvernement doit stimuler la création et le maintien d'emplois, créer des emplois chez les

jeunes et créer des emplois de transition pour les individus ayant une retraite involontaire. Les emplois à temps partagé, la réduction de la semaine de travail, l'augmentation des congés sans soldes et des retraites progressives (passer du temps plein à du temps partiel) seraient des solutions efficaces. Les priorités de ces interventions sur l'emploi sont : réduire le taux de chômage pour améliorer l'état de santé des individus, accroître l'accès au marché du travail chez les jeunes, analyser les effets sur l'état de santé des individus des politiques économiques et cerner les coûts sociaux et économiques du chômage.

Enfin, les interventions visant la recherche doivent accorder plus de financement à la recherche portant sur les déterminants non médicaux de la santé et augmenter les échanges et la diffusion des connaissances entre les différentes parties. Les priorités sont : un financement équilibré entre la recherche portant sur les déterminants médicaux et non médicaux de la santé et la diffusion de l'information (entre autres, pour faire connaître à la population les résultats des recherches sur les déterminants sociaux de la santé), l'élaboration de politiques et le développement d'indices mieux adaptés sur le développement humain.

Tableau 18

Ce qui est retenu de l'étude de Renaud, Good, Nadeau, Ritchie, Way-Clark et Connolly (1997)

Interprétations
<ul style="list-style-type: none"> • La pauvreté, le chômage, le sous emploi chez les jeunes, les retraites involontaires, les mauvaises conditions lors de la petite enfance, le manque de liens affectifs, la désintégration des communautés, les pressions du marché du travail sur les familles, les mauvaises habitudes de vie et l'augmentation des écarts de revenus entre les familles ont une influence négative sur l'état de santé • Une société non égalitaire et la non équité dans la redistribution des richesses ont une influence négative sur l'état de santé • Il y a trop de ressources accordées au système de soins • La globalisation et l'innovation technologique ont modifié les conditions de travail et réduit les interventions étatiques • Les jeunes sont très affectés par les crises économiques • Le marché du travail ne s'est pas adapté aux nouvelles familles
Recommandations
<p>Politiques en santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrir de bons soins • Diminuer les mauvaises habitudes de vie • Le gouvernement doit : viser les déterminants non médicaux de la santé, faire de la santé une priorité sociale, faire de la planification intersectorielle et évaluer l'impact des politiques sur la santé

- Augmenter le financement de la recherche sur les déterminants non médicaux de la santé et favoriser la diffusion des connaissances
- Viser la santé générale par des politiques d'équité sociale et de soutien social

Politiques familiales

- Reconnaître les coûts d'avoir un enfant, soutien au revenu pour diminuer l'écart entre les familles avec et sans enfants et améliorer les conditions de vie par l'équité fiscale
- Diminuer la pauvreté infantile par des programmes de soutien et d'aide (visites à domicile)
- Améliorer l'environnement social et les conditions sociales des enfants (service de garde et préscolaire –coûts en fonction du revenu-)
- Augmenter le soutien social des jeunes et améliorer leurs relations interpersonnelles; réduire le décrochage
- Réduire la pauvreté des personnes âgées par un soutien financier, des activités bénévoles, de bon moyens de transport, un meilleur soutien social, des activités physiques, une meilleure alimentation, la baisse de la consommation de tabac et d'alcool; leur permettre de continuer d'habiter dans leur domicile en offrant de meilleurs services
- Réduire l'analphabétisme chez les adultes
- Les écoles et les entreprises doivent se réorganiser selon les besoins de la nouvelle famille

Politiques communautaires

- Augmenter la mobilisation, le leadership et les programmes communautaires
- Augmenter les services communautaires aux personnes ayant le plus de besoins
- Augmenter le partenariat école/marché du travail et offrir un plus grand encadrement dans les écoles
- Augmenter les activités para-scolaires, les emplois dans la communauté, la prévention et le soutien aux personnes âgées
- Augmenter les organismes de développement communautaires et mettre le contrôle des finances sous le pouvoir régional
- Stimuler l'initiative communautaire en simplifiant les structures pour permettre une plus grande autonomie
- Augmenter le financement des programmes locaux, la formation de bénévoles et les centres d'information sur la santé

Politiques d'emploi

- Viser le chômage, le travail à temps partiel l'insécurité financière, l'anxiété, le sentiment de contrôle sur ses finances, le plein emploi, la croissance économique et la baisse du déficit
- Intégrer les jeunes sur le marché du travail, y maintenir ceux qui sont touchés par des retraites involontaires et aider à faire les transitions entre l'école, le marché du travail et la retraite
- Réduire les accidents de travail, le rythme et la répétition au travail et augmenter la participation à la prise de décision au travail
- Faire des politiques de congés pour raisons familiales
- Prendre conscience des coûts sociaux du chômage

L'article de Poland, Coburn, Robertson et Eakin (1998) propose une critique des travaux de l'Institut Canadien de Recherche Avancée (ICRA), et plus particulièrement de ceux d'Evans et Stoddart. Ces derniers affirment qu'un système de soins ne garantit pas un meilleur état de santé à la population. L'inconvénient de cette affirmation est que le

gouvernement s'en sert dans ses politiques pour justifier les coupures dans le système de soins afin de réduire son déficit, sans pour autant investir ailleurs, comme dans le soutien communautaire, le développement économique local ou les programmes sociaux.

Ces chercheurs critiquent en premier lieu le cadre conceptuel d'Evans. Ce dernier affirme qu'un trop grand investissement dans le système de soins contribue à augmenter le déficit et que par conséquent, il reste de moins en moins de ressources pour des politiques sociales, ce qui fait en sorte que la population présente un moins bon état de santé. Les chercheurs ne nient pas le fait que les technologies médicales reçoivent trop de financement par rapport aux autres domaines de la santé. Cependant, ils sont en désaccord avec l'idée de produire des connaissances rationnelles non-médicales puisque ce type de connaissances n'est pas des plus objectifs. Ce sont d'abord des productions sociales et historiques, faites dans le but d'orienter les politiques, mais non dépourvues de subjectivité et elles sont sujettes à interprétation.

Par ailleurs, Evans sous-estimerait la contribution du système de soins à l'état de santé. Il est vrai que son apport peut difficilement être cerné, mais cela ne permet pas aux chercheurs de conclure que le système de soins n'a pas une incidence positive sur certaines maladies spécifiques. Les soins n'allongent pas seulement l'espérance de vie des malades; ils peuvent également améliorer leur bien-être. On n'a qu'à penser aux cataractes, aux opérations de la hanche, aux traitements pour les diabétiques, etc. D'ailleurs, le système de soins offre une alternative pour des maladies pour lesquelles il n'existe pas de traitement, le diabète étant un des nombreux exemples. Il est aussi un acteur important de la prévention.

Le système de soins représente aussi une sorte de redistribution de la richesse permettant d'enlever les barrières financières qui bloquent l'accès aux soins. Ce système de soins a été mis en place pour permettre aux pauvres d'avoir un meilleur état de santé. Si on enlève ce système de soins, ces pauvres seront les premiers à en faire les frais, même si ce sont surtout les individus de statut socio-économique moyen qui profitent le plus du système de soins universel. Les chercheurs déplorent le fait que l'ICRA ne s'attarde pas assez à l'utilisation différenciée du système de soins selon le statut socio-économique, ni à la redistribution des ressources à l'intérieur du système de soins.

Par ailleurs, les coupures dans le système de soins s'effectuent souvent dans le bas de l'échelle. Ce sont les petits salariés du système qui sont mis à pied, tels ceux qui travaillent dans la communauté ou les infirmières et plusieurs autres professions majoritairement occupées par des femmes. Ces coupures affectent également les individus ayant des incapacités, les personnes âgées, les malades mentaux. Ces individus sont ensuite pris en charge par la famille et, plus particulièrement, par la femme qui doit parfois réduire ses heures de travail ou simplement cesser son emploi. Le problème n'est donc pas réglé ; il est simplement transféré du public au privé. Ces déplacements des problèmes et la féminisation de la pauvreté ne figurent pas dans les analyses de l'ICRA.

Les chercheurs ne proposent pas de distribuer les ressources ailleurs, mais plutôt de repenser la distribution des ressources à l'intérieur même du système de soins. Une plus grande part des ressources devrait aller aux services communautaires, au détriment des nouvelles technologies médicales. Cela permettrait de réduire les inégalités dans l'accès au système de soins et dans son utilisation. Il est clair que des réformes sont nécessaires.

L'ICRA cite également l'exemple du Japon pour conclure que l'État devrait investir ses ressources dans la croissance économique et non pas dans son système de soins. Mais ces données suggèrent elles-mêmes que l'amélioration de l'état de santé des individus passe davantage par une meilleure équité et une redistribution des richesses que par des politiques visant une plus grande prospérité. Quand l'ICRA dit que la prospérité va améliorer le bien-être d'une population (habitation, alimentation, scolarité, conditions de travail, etc.) il voit cela comme « a consequence or a necessary part of the « invisible hand » » (Poland, Coburn, Robertson & Eakin, 1998, p.788). Or, ces chercheurs ignorent dans leurs analyses, les mouvements qui se mobilisent pour la santé, tels les classes laborieuses, les mouvements féministes, etc.

Il est certain que nous pouvons apprendre beaucoup de l'exemple du Japon. Mais il faut faire attention aux interprétations qui en découlent. On n'arrive pas à cerner, au Japon, où le système public se termine et où le système privé (ou domestique) commence. Les femmes s'occupent beaucoup des aspects relatifs à la santé alors que dans d'autres pays, ces aspects sont pris en charge par le public. Au Japon, ce type de soins offerts par les

femmes dans leur foyer n'est pas inclus dans les statistiques nationales. Le système japonais repose plus sur le travail invisible des femmes qu'au Canada. Enfin, l'exemple spectaculaire du Japon n'est peut-être pas tant associé à sa prospérité, mais davantage au peu d'écart entre les statuts socio-économiques et à la sécurité d'emploi.

L'ICRA prend l'exemple de la Whitehall Study de Marmot qui a montré la présence d'un gradient socio-économique de la santé. L'ICRA utilise les résultats sur l'exercice d'un contrôle sur sa vie comme un déterminant important de l'état de santé. Les chercheurs suggèrent cependant que ce contrôle sur sa vie prend ses origines dans des forces sociales plus larges que le milieu de travail (participation et satisfaction au travail), telles la discrimination raciale ou sexuelle, ou les relations de productions engendrées par le capitalisme. Les chercheurs trouvent cependant très intéressant que les résultats de Marmot aillent dans le même sens que leur affirmation voulant que ce soit l'équité et non la richesse qui est à l'origine d'un bon état de santé. L'inconvénient est que l'ICRA utilise ces résultats surtout pour montrer les effets néfastes de certains facteurs sur la biologie humaine. Les chercheurs déplorent le fait que ces analyses prêtent peu d'attention aux politiques et aux forces sociales et économiques qui causent et maintiennent les inégalités. L'augmentation du pouvoir des entreprises nationales et internationales affaiblit celui de l'État et des classes laborieuses. L'ICRA élabore peu sur les caractéristiques sociales que ce capitalisme engendre dans ses analyses.

L'ICRA affirme également que l'argent, mal dépensé dans le système de soins, serait plus profitable à la santé si on l'utilisait pour stimuler la prospérité du pays. L'ICRA n'explique cependant pas comment la prospérité va améliorer l'état de santé de tous, ni comment on fait le passage de la richesse à santé. L'ICRA suppose simplement que la richesse profitera à tous. Mais le capitalisme néo-libéral ne répartit pas également ses profits. Il est certain que la prospérité d'un pays est importante, mais elle est certainement moins déterminante pour l'état de santé que l'écart entre les riches et les pauvres. Il faut donc viser l'équité entre tous les individus. Les écarts entre les statuts socio-économiques causent des problèmes sociaux (criminalité, etc.). L'équité n'est pas seulement une question morale; elle est souhaitable pour maintenir une bonne économie nationale.

L'ICRA soutient que le gouvernement accorde trop de ressources au système de soins, mais il n'explique pas comment on en est venu à cette situation. L'ICRA affirme que le financement sert les intérêts des individus dans le système de soins et que ces derniers cherchent simplement à tirer profit de la situation. Par contre, ici comme ailleurs, l'implantation du système de soins s'est réalisée grâce à la classe ouvrière et à ses représentants qui ont dû faire face à une vive opposition de la part du monde médical. L'approche du système de soins de l'ICRA laisse à désirer puisque le système de soins existe dans un cadre politique et historique. Lors de l'implantation du système de soins, il y avait de grands mouvements sociaux en faveur d'un État providence.

Par ailleurs, les récessions, la montée de la droite et la baisse de l'autonomie de l'État au profit du capital international ont eu un impact retentissant sur les politiques sociales. De plus, le conservatisme américain et la création de la Banque Mondiale ont propagé l'idée de l'économie de marché. Le Canada cherche à se définir par rapport aux États-Unis, mais ses traités réduisent le rôle du fédéral sur le marché et le filet social est dorénavant pris en charge par le secteur privé. Il en résulte que le problème du déficit et celui de la dette sont portés au premier plan dans les politiques économiques. Les coûts de l'État providence ont pris le pas sur la montée du chômage, affaiblissant la gauche et les syndicats pour renforcer la montée de l'idéologie de marché et la réduction des dépenses gouvernementales. On s'attaque à l'État providence et on présente les faits comme si l'idéologie de marché était la seule solution efficace pour faire mater les groupes d'opposition. On a également tenté de rationaliser le système de soins ; apparaissent alors les technocrates, les économistes et les planificateurs en santé qui cherchent à diminuer l'expertise des médecins, tout en prenant le contrôle de l'organisation des soins et des traitements. Le marché est devenu l'endroit par excellence pour la circulation efficace des biens et services incluant les soins. Mais le marché est source d'inégalités. Au même moment où on tente de limiter le système de soins, on vit une hausse du taux de chômage, des inégalités dans le revenu, dans l'emploi et dans l'état de santé. Les politiques néo-conservatrices contribuent à augmenter les inégalités et détruisent les dispositions visant la diminution de ces inégalités. En 1982, l'ICRA a été créé afin de voir pourquoi le Canada traîne de la patte au niveau économique. Les travaux d'Evans et de Stoddart, établissant un lien entre la santé et la prospérité, suivent les néo-conservateurs en concluant qu'il faut réduire les dépenses excessives du système de soins. Ces mêmes conclusions suggèrent peu de propositions concernant les

politiques sociales, laissant ainsi le champ libre à l'idéologie de marché. L'ICRA recommande fortement la réduction des dépenses allouées au système de soins, sans donner d'alternatives pour la réaffectation des ressources. L'ICRA insiste sur l'importance de l'effet de la prospérité sur l'état de santé des individus, mais il omet de dénoncer sérieusement les inégalités produites au sein même du marché.

En conclusion, Poland, Coburn, Robertson et Eakin affirment que l'augmentation des inégalités sociales et la diminution des programmes sociaux font parties d'un même mouvement. Il est vrai que l'investissement démesuré dans le système de soins, l'augmentation des revenus des médecins et les profits énormes faits par les entreprises pharmaceutiques n'aident pas à l'amélioration de l'état de santé de la population. Les chercheurs proposent trois solutions. Premièrement, il faut réorganiser les dépenses du système de soins en améliorant les programmes de prévention en santé publique au lieu de les supprimer simplement. Deuxièmement, il faut analyser qui sont les bénéficiaires et les victimes des coupures étatiques. Enfin, le gouvernement doit mettre sur pied un programme de marché (par exemple des politiques de plein emploi) et de réformes sociales plus larges au lieu de miser simplement sur une plus « grande prospérité » afin d'améliorer considérablement l'état de santé des individus.

Tableau 19

Ce qui est retenu de l'étude de Poland, Coburn, Robertson et Eakin (1998)

Interprétations
<ul style="list-style-type: none"> • Dire que le système de soins n'est pas déterminant fait que les gouvernements ont coupé le financement accordé au système de soins, sans le réinvestir ailleurs • Les technologies médicales reçoivent trop de ressources • Le système de soins prolonge et améliore la vie. Il offre des alternatives pour les aux maladies non guérissables. Mais les ressources sont mal distribuées au sein du système de soins • Les coupures effectuées dans le système de soins affectent les pauvres (leur accès au système de soins est plus difficile) et féminisent la pauvreté • On mise sur la prospérité pour améliorer l'état de santé, alors que c'est l'équité et la baisse des écarts des statuts socio-économiques entre les individus qui permettent d'améliorer l'état de santé • Le sentiment de contrôle sur sa vie (influencé par le marché du travail ET par des forces sociales plus larges) a une influence sur l'état de santé • L'augmentation du pouvoir des corporations a diminué celui de l'État et des classes travaillantes • Le capitalisme, les récessions, la montée de la droite et du secteur privé ont contribué à la diminution des politiques sociales, à l'affaiblissement de la gauche, à l'augmentation du chômage et de l'économie de marché • On en est venu à produire des soins, au sens capitalisme du terme • Le marché cause les inégalités sociales entre les individus • L'augmentation des inégalités sociale va de pair avec la diminution des programmes sociaux
Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Viser l'équité • Repenser la distribution des ressources dans les services de santé (augmentation des services communautaires pour faciliter l'accès aux services en santé, diminuer les ressources accordées aux technologies) • Réorganiser les dépenses dans le système de soins en augmentant les programmes de prévention en santé publique • Établir quels sont les bénéficiaires et les victimes des coupures dans les services de santé • Faire des programmes de marché et de réformes sociales plus larges (plein emploi) au lieu de miser sur la prospérité

Lewis, Saulnier et Renaud (2000) notent que les politiques en santé de la première moitié du XXe siècle sont motivées par plusieurs facteurs dont le progrès médical, le désir d'améliorer les standards de vie et la sécurité sociale. L'augmentation des dépenses en santé en fait un des secteurs prioritaires dans les finances de l'État. Lewis, Saulnier et Renaud dressent six points caractérisant le développement des politiques en santé durant les années 1980 et 1990. Premièrement, le système de soins tente de s'élargir. Il y a une augmentation des dépenses dans le système de soins, entre autres parce que les professionnels de la santé ont le monopole sur les connaissances de la santé et que l'opinion publique est en faveur des investissements dans le système de soins car tous veulent être soignés si jamais ils deviennent malades. Deuxièmement, l'augmentation du financement

dans le système de soins ne produit pas nécessairement un meilleur état de santé. Il est certain que le système de soins nécessite un investissement de base, mais au-delà d'un certain seuil, ces investissements peuvent être nuisibles à la santé des individus. Dans certains pays où on investit peu dans le système de soins, on constate un meilleur état de santé chez la population que chez celle d'autres pays où les investissements sont plus importants. Troisièmement, un accès universel au système de soins n'équivaut pas à un bon état de santé pour tous, car malgré l'universalité des soins, on constate toujours des écarts dans l'état de santé des individus selon leur revenu et leur niveau de scolarité. D'ailleurs, les individus vont à l'hôpital quand leur état de santé est déjà en souffrance, donc les écarts dans l'état de santé entre les individus se produisent avant d'avoir recours au système de soins. Quatrièmement, l'augmentation des connaissances du public sur les facteurs de risque permet de faire des politiques *upstream* en ciblant des comportements à risque. Le système de soins est, selon Lewis, Saulnier et Renaud, une politique *downstream* puisqu'il y est peu question de prévention. Cinquièmement, le système de soins se voit accordé la grande part des ressources comparativement aux autres programmes étatiques. Malgré le fait que le public connaît les facteurs de risque, il s'oppose toujours à accorder des ressources à des politiques en santé si ces dernières enlèvent les ressources au système de soins. Ainsi, on n'a pas investi plus de ressources dans l'environnement social ou dans les politiques de prévention et de promotion de la santé. La grande part des ressources reste dans le système de soins. Les politiques de préventions demandent de compter les coûts de façon différente puisque ses bénéfiques ne sont pas immédiats ; ils ressortiront dans le futur. La prévention demande aussi de brimer les plaisirs afin d'assurer un meilleur état de santé. À l'opposé, les investissements dans le système de soins offrent des effets à court terme et ne briment nullement les plaisirs. Sixièmement, on se rend compte que faire des politiques *upstream* pour améliorer l'état de santé s'avère très difficile. Les programmes de prévention n'ont pas donné beaucoup de succès. Ces campagnes ont donné de meilleurs résultats chez les individus de statuts socio-économiques élevés que chez ceux ayant un faible statut socio-économique. Cela a contribué à augmenter les écarts entre les individus de statuts socio-économiques différents. Les comportements face à la santé sont surtout influencés par l'environnement social et économique des individus. Il est évident qu'il faut indiquer quels types de comportements sont meilleurs que les autres, mais on doit aussi fournir les ressources nécessaires à l'adoption de comportements plus « sains ».

L'environnement des individus appartenant aux faibles statuts socio-économiques n'est pas propice à l'adoption des comportements proposés dans les campagnes de prévention.

Plusieurs études ont montré une corrélation entre l'état de santé des individus et leur statut socio-économique, concluant même parfois à un gradient socio-économique de la santé. Il existe également des effets du social (conditions durant l'enfance, stratégies et habilités de l'individu, soutien familial et social, occupation, niveau de scolarité, etc.) sur la biologie humaine. Par exemple, la nutrition, de la naissance à l'âge de six ans, est déterminante sur développement du cerveau. Ainsi, agir sur les conditions durant l'enfance produit des résultats positifs sur le développement futur des stratégies et des habilités nécessaires pour faire face aux conditions de vie lors de la vie adulte. L'environnement communautaire est aussi très important, tels le taux de chômage, le taux de criminalité, la présence de liens sociaux, la présence d'organisations volontaires, etc. Le fait d'avoir peu d'inégalités dans un pays produit de bons effets sur l'état de santé de la population et s'il existe des inégalités importantes, une bonne redistribution nationale peut veiller à amoindrir les effets négatifs de celles-ci sur l'état de santé.

Il est difficile de dire de ne pas investir pour des résultats immédiats mais pour des résultats futurs et plus bénéfiques. Le gouvernement investit souvent pour le futur (parcs nationaux, système scolaire), mais par rapport à la santé, les individus veulent des résultats pendant qu'ils sont vivants, et la santé des générations à venir passe au deuxième plan. Or, dans une démocratie, les politiques doivent être approuvées par les citoyens. D'autre part, les connaissances sur les effets des politiques sociales sont moins solides que les connaissances cliniques et médicales. De plus, ces connaissances sont souvent théoriques et on y retrouve peu d'expérimentations. Or, on demande aux sciences sociales d'avoir la même rigueur méthodologique que celle des sciences naturelles, et de présenter des preuves des connaissances qu'elles avancent.

Lewis, Saulnier et Renaud se questionnent à savoir si la richesse, le statut, le pouvoir et leur distribution déterminent la distribution de la santé ; les politiques en santé peuvent créer des effets indépendants des politiques économiques et politiques ? Des réformes sociales seraient peut-être plus indiquées que de simples politiques en santé pour améliorer l'état de santé des individus ?

La redistribution des richesses pose également un dilemme. Le pouvoir des professionnels de la santé est fort. Si on opte pour une baisse du financement du système de soins au profit des interventions sociales, ces professionnels seront perdants. Ils feront alors une farouche opposition à ce changement, prédisant sans doute un scénario apocalyptique afin d'attirer la sympathie et le soutien du public.

Lewis, Saulnier et Renaud dressent quatre moyens pour réduire les écarts entre les statuts socio-économiques : augmenter davantage le statut des statuts socio-économiques faibles que celui des statuts socio-économiques élevés ; augmenter le statut des statuts socio-économiques faibles et maintenir celui des statuts socio-économiques élevés ; maintenir le statut des statuts socio-économiques faibles et réduire celui des statuts socio-économiques élevés ; et réduire davantage le statut des statuts socio-économiques élevés que celui des statuts socio-économiques faibles. Lewis, Saulnier et Renaud éliminent d'emblée les deux derniers moyens. Ils notent également que le premier moyen est sans doute le meilleur puisque tous les individus peuvent y gagner. L'inconvénient est que les différents statuts socio-économiques demandent des interventions différentes afin d'améliorer l'état de santé des individus qui s'y rattachent. Dans les statuts socio-économiques élevés, l'amélioration de l'état de santé se fait par les technologies et l'innovation médicale puisqu'ils présentent déjà de bonnes caractéristiques en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé. Dans les statuts socio-économiques faibles, les technologies médicales sont certes bienvenues, mais il faut surtout améliorer les conditions d'existence des individus qui s'y rattachent.

Les croyances des individus par rapport à ce qu'ils jugent bon ou mauvais pour leur état de santé influencent davantage les politiques que toutes les études scientifiques. Ces croyances sont fondamentales mais peuvent évoluer et changer. Les politiques sociales doivent être en accord avec le système de valeurs de la population et ce système de valeurs est difficilement influençable par des statistiques. La population est fascinée par la technologie médicale et non par les interventions au plan social, puisque ses effets sont moins spectaculaires. Les individus optent donc pour soigner les individus atteints de maladies graves, telles le sida (ce qui représente une faible proportion de la population) au lieu de soigner les individus pouvant être malades sur une base quotidienne, et ce pour des

raisons diverses, telles la malnutrition. Même si on sait que les déterminants sociaux de la santé peuvent offrir une panoplie de solutions, la majeure partie des ressources va au système de soins. Dans ce contexte, repenser les politiques sociales devient en quelque sorte révolutionnaire. Non seulement il faut préalablement sensibiliser et persuader la population que les politiques sociales peuvent donner de meilleurs résultats que le système de soins, il faut également préparer de bonnes répliques à la critique intellectuelle qui suivra. Même si la population est plus ou moins sensibilisée aux déterminants sociaux de la santé, elle ne privilégiera pas les politiques sociales si ces dernières menacent leur accès au système de soins. Si la santé de la population vient faire ombre ou menace la santé individuelle, alors les deux types de santé entre en compétition et la population ira de l'avant pour préserver la santé individuelle.

L'amélioration de l'état de santé de la population est désirable et même souhaitée par celle-ci. Pour y arriver, il est nécessaire de mettre en place de bonnes politiques sociales. Le gouvernement doit faire des interventions directes, des redistributions des ressources, etc. Le gouvernement doit avoir quatre objectifs principaux. Premièrement il doit définir ses objectifs en santé, ce qui sera la pierre angulaire des politiques sociales. Deuxièmement, il doit souhaiter la réduction des inégalités. Troisièmement, il doit élaborer des politiques sociales et user de son autorité pour les développer plus en profondeur. Quatrièmement, il doit respecter les principes de la démocratie et chercher à avoir l'appui de la population car les politiques sont faites pour les citoyens. D'ailleurs, pour améliorer les politiques sociales, le gouvernement doit recevoir le support de la population entre autres en augmentant ses connaissances sur la santé et ses déterminants. Le succès de cette entreprise va dépendre de plusieurs facteurs, dont les conditions économiques, culturelles, politiques et également de la chance.

Le développement des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé requiert une grande stimulation. L'inconvénient de ces connaissances est qu'elles font piètre figure aux côtés des connaissances de laboratoires (le clonage, les satellites, etc.). La solution est de faire preuve d'un certain sens du marketing et de bien présenter les connaissances sur les déterminants sociaux de la santé. Par exemple, pour éduquer la population sur les déterminants sociaux de la santé, on pourrait inclure ces connaissances dans la littérature de type « best seller », dans les journaux populaires, dans les médias, etc.

Il est primordial de viser un grand auditoire tout azimut. Le message véhiculé est très important. La santé doit être présentée comme dépendante de l'organisation sociale et des valeurs sociales. La population doit voir le lien entre la santé et la redistribution des ressources, tout comme elle fait le lien entre la pollution et un mauvais environnement.

On doit stimuler chez la population l'envie de réduire les écarts dans l'état de santé et le revenu entre les individus. Les idées de la gauche s'opposent fortement à ces écarts, mais ses objections sont basées sur des principes moraux. Une promotion morale fait preuve de pleine de bonne intention, mais n'est pas très efficace. Il faut au contraire penser autrement. Par exemple, on peut ressortir les aspects économiques de la santé. Il est certain qu'un bon état de santé permet une pleine participation dans le secteur économique. Mettre de l'avant les coûts des écarts dans l'état de santé entre les individus en fonction des pertes de production, de la baisse de la consommation et de l'accroissement de la criminalité fait appel aux intérêts personnels des individus. Il faut mettre l'emphase sur les conséquences d'un mauvais état de santé sur l'économie afin de sensibiliser les individus et ainsi favoriser une réorganisation de l'économie.

Il y a trois auditoires qui doivent être ciblés par les messages sur la santé : le public, les politiciens et le lieu de travail et les entreprises. Les intérêts économiques sont très puissants : un travailleur en santé travaille mieux et davantage, il est moins souvent absent et risque moins de se blesser. Le lieu de travail a un impact important sur l'état de santé, et ses effets peuvent être permanents ou même survenir à la retraite. La population ne veut peut-être pas investir dans les effets à long terme, mais les entreprises voient l'employé comme un investissement et elles ont besoin de lui pour soutenir la compétition. Il est donc très important pour les entreprises d'investir à long terme, et faire des politiques de santé dans le lieu de travail peut s'avérer très lucratif pour elles. Elles seront aussi gagnantes avec des politiques en santé à l'extérieur du lieu de travail. Par exemple, elles ont besoin d'enfants en bonne santé puisqu'ils représentent les travailleurs de demain. Aussi, il est essentiel que les travailleurs vivent dans un bon environnement parce que sinon, les entreprises devront avoir un système parallèle afin de maintenir leurs employés en bonne santé. Bref, il faut faire comprendre à tous que les politiques en santé servent davantage leurs intérêts que si elles n'existaient pas.

Concernant l'allocation des ressources, il est clair que le système de soins bénéficie de la majeure partie du financement accordé à la santé. Le gouvernement investit peu dans les autres secteurs de la santé soit parce qu'il ne sait pas quels objectifs il doit suivre, soit parce qu'il ne pense pas pouvoir réduire les inégalités ou soit parce qu'il est forcé de dépenser sur le système de soins. Quoi qu'il en soit, le gouvernement doit se fixer des objectifs basés sur les valeurs de la population, et ces objectifs doivent viser tous les secteurs relatifs à la santé. Il doit également trouver des moyens d'évaluer l'efficacité des politiques et des excuses pour ne plus surinvestir dans le système de soins qui donne peu de bénéfices par rapports aux financements qu'il reçoit.

En fait, on sait que le système de soins ne donne pas les résultats escomptés et qu'il exige toujours plus de ressources, grugeant ainsi les fonds publics. On croit fortement qu'en augmentant ses ressources, on améliorera son rendement, ce qui n'est pas le cas. Si, par contre, on arrive à cerner les caractéristiques inefficaces du système de soins, on pourra cesser certaines activités, en retirer l'argent et l'investir dans d'autres politiques en santé. La population croit présentement qu'il est plus efficace de donner les ressources au système de soins pour améliorer la santé et cela est le principal obstacle au développement de politiques publiques. On doit donc opérer un changement dans les représentations de la santé chez la population afin d'avoir une plus grande marge de manœuvre dans les politiques publiques. La population doit appuyer l'accroissement des ressources dans les autres secteurs de la santé et se rendre à l'évidence que le système de soins n'est pas la seule solution pour améliorer l'état de santé de tous.

Il est possible de changer les politiques sociales, mais cela va s'avérer être difficile. Il faut en premier lieu abandonner l'idée qu'il y aura un consensus social en faveur d'actions sur les déterminants sociaux de la santé, et que la résistance risque d'être farouche. La population doit également comprendre les mécanismes par lesquels les politiques publiques peuvent atteindre les objectifs visés en santé afin d'obtenir le maximum d'appui. Étant donné le contexte démocratique, le public doit supporter les politiques sociales. On doit donc mettre en place des stratégies pour favoriser son soutien. Pour ce faire, le gouvernement aura besoin des médias afin de créer une opinion publique favorable aux politiques sociales. Ces médias devront décrire la situation de la santé à la population et lui soumettre les solutions qui sont envisageables. Il faut enfin cibler les

petites interventions qui donnent de très bons résultats. En racontant des « success stories », cela créera une certaine ambiance favorable à des interventions plus larges.

Il existe bien sûr le dilemme entre faire des politiques visant les écarts dans l'état de santé entre les individus ou faire des politiques dans un cadre plus large (c'est-à-dire la santé produite par les politiques économiques et sociales). Il n'y a pas de solution miracle, mais si on tient à changer l'opinion publique, il serait peut-être préférable d'envisager des politiques dans une vision plus globale et restructurer les secteurs économiques et sociaux. La population semble avoir perdue toute confiance dans le gouvernement, ce qui est favorable à l'idéologie de marché et au renforcement de l'individualisme. Mais cela a également comme résultat d'affaiblir le sentiment communautaire et d'accroître les écarts socio-économiques et les différences dans l'état de santé entre les individus. Dans ce contexte, il est primordial que la réorganisation des politiques en santé prenne appui sur la participation démocratique de l'ensemble de la population.

Tableau 20
Ce qui est retenu de l'étude de Lewis, Saulnier et Renaud (2000)

Interprétations
<ul style="list-style-type: none"> • Le système de soins draine les ressources car il y a une définition négative de la maladie • Le système de soins ne fait pas de prévention • Les programmes de préventions ne produisent pas les effets escomptés (peu appropriés pour les faibles statuts socio-économiques car on ne tient pas compte de leur environnement) • Les comportements face à la santé sont influencés par l'environnement social et économique • Il y a un effet du social sur la biologie humaine (conditions durant l'enfance, stratégies et habilités de l'individu, soutien familial et social, occupation, niveau de scolarité, nutrition, etc.) • L'environnement communautaire (taux de chômage, criminalité, liens sociaux, organisation volontaires, etc.) ont une influence sur l'état de santé • Le public est fasciné par les technologies • Les inégalités sociales et la redistribution des richesses ont une influence sur l'état de santé
Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir les bons comportements face à la santé et donner les ressources nécessaires à l'adoption de ces nouveaux comportements • Sensibiliser la population aux déterminants de la santé (best seller, journaux, médias), la convaincre qu'il faut réduire les inégalités, et obtenir son soutien pour faire des réformes sociales et réorganiser les politiques en santé • Améliorer davantage le statut des faibles statuts socio-économiques que celui des statuts socio-économiques élevés • Faire des interventions différentes selon les statuts socio-économiques • Faire des nouvelles politiques sociales (définir les objectifs en santé, souhaiter réduire les inégalités, élaborer des politiques sociales, respecter la démocratie) • Augmenter le développement des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé • Les préventions et leurs messages doivent cibler le public, les politiciens et les entreprises • Évaluer les politiques et réduire les ressources accordées au système de soins (supprimer les caractéristiques inefficaces du système de soins pour réinvestir dans les politiques sociales) • Créer une ambiance favorable aux réformes sociales (success stories)

Ce chapitre nous a permis de dresser un portrait des études proposant des recommandations faites au Canada. Ce sont ces recommandations qui sont reprises au chapitre suivant afin de développer notre analyse.

Chapitre 5

5 Analyse et discussion

« (...) the real question for policy makers may be,
how to choose what to safely ignore ? »

Sandra Carlisle

Le présent chapitre se divise en trois parties, soit la classification des recommandations, la présentation des résultats et leur analyse.

5.1 Le corpus des recommandations : description et explication de la classification

Plusieurs recommandations sont faites les chercheurs. Certaines de ces recommandations sont très similaires, et pour cette raison, nous les regroupons. Ce regroupement s'effectue sur la base des termes utilisés et de l'idée qui s'en dégage (nous regroupons toutes les recommandations où il est question, par exemple, d'amélioration de l'environnement social). La liste des recommandations ainsi regroupées se trouve à l'annexe 3. Chaque recommandation est numérotée.

L'ensemble des recommandations vise un objectif commun, soit l'amélioration de l'état de santé. Cependant, les stratégies retenues pour atteindre cet objectif sont différentes selon les recommandations. Il est possible de dresser quatre stratégies auxquelles réfèrent les recommandations. La première est **la réduction des inégalités sociales**. Cette stratégie englobe l'ensemble des inégalités sociales entre les individus et non pas entre certains groupes ciblés. Elle vise une amélioration de l'ensemble des conditions sociales de toute la population. La deuxième stratégie est **la réduction de la pauvreté**. Cette stratégie vise l'amélioration de l'ensemble des conditions sociales des groupes les plus pauvres de la population. La troisième stratégie est **l'amélioration de la qualité de vie**. Cette amélioration peut être encouragée par des interventions visant une meilleure qualité de vie matérielle et non matérielle (tel un plus grand soutien social). La quatrième stratégie est **l'amélioration des services de santé**, stratégie qui englobe les interventions agissant sur le système de soins, les programmes de prévention et les interventions socio-sanitaires.

Les recommandations suggèrent différentes interventions pouvant être réalisées afin d'exécuter ces stratégies. Ces interventions peuvent être classées selon trois axes, soit le levier, la cible et la sorte d'intervention. Les recommandations font référence à quatre leviers d'intervention, soit **le levier étatique** (sa structure, ses institutions, son organisation, ses politiques, son personnel) ; **le levier communautaire** (sa structure, ses institutions, son organisation, son personnel) ; **le levier économique** (sa structure, son organisation, le marché, les entreprises, les acteurs) ; et **le levier scientifique** (les chercheurs du domaine des déterminants sociaux de la santé, les vulgarisateurs des connaissances produites sur les déterminants sociaux de la santé, le financement accordé aux recherches portant sur les déterminants sociaux de la santé). Cette typologie des leviers est suffisamment abstraite et globale pour qu'il soit possible d'y classer *tous* les leviers d'intervention mentionnés par les chercheurs. Il est cependant important de noter que parfois le levier d'intervention n'est pas spécifié dans la recommandation. Lorsque cela est le cas, nous classons simplement ces recommandations sous le levier le plus approprié. Par exemple, lorsqu'il est question de faire une réforme sociale, on peut logiquement penser que c'est l'État qui est désigné comme levier d'intervention.

Les recommandations désignent huit cibles, soit **l'État, le marché, la communauté, tous les individus, les travailleurs, les chercheurs** (du domaine des déterminants sociaux de la santé), **la famille et les parents**, et **d'autres groupes spécifiques** (les pauvres, les individus vulnérables, les personnes âgées, les femmes, les jeunes et les enfants). Cette dernière cible (autres groupes spécifiques) regroupe plusieurs sous-catégories de la population qui n'ont pas nécessairement de ressemblances entre elles. Cependant, lorsqu'elles sont mentionnées par les recommandations, il y a toujours une certaine référence à la précarité de leur situation. Par exemple, la recommandation 66 demande à ce que la femme ait un bon niveau de scolarité. Bien évidemment, ce ne sont pas toutes les femmes qui sont sous-scolarisées. Cette recommandation cible donc un sous-groupe de femmes plus à risque de connaître une certaine précarité. Il en est de même lorsqu'il est question du décrochage scolaire chez les jeunes ou de l'isolement chez les personnes âgées. En raison de cette idée de précarité sous-jacente, nous regroupons ces six sous-catégories de population sous la même appellation, soit autre groupe spécifique.

Enfin, les recommandations font référence à sept sortes d'intervention. La première est d'**agir sur les déterminants de la santé** (a.). Cette sorte englobe toutes les références à des interventions ou réformes économiques, politiques ou sociales afin d'agir sur les déterminants de la santé (médicaux ou non), et à la recherche sur les déterminants de la santé. Cette première sorte est d'ordre assez général. Cependant, certaines recommandations sont plus spécifiques quant au déterminant sur lequel on doit agir. Aussi désignons-nous quatre sous-catégories. La première est d'**agir sur les conditions de vie** (a.1.), telles l'environnement social et physique, et les conditions sociales. La deuxième est d'**agir sur les habitudes de vie** (a.2.), qui regroupent essentiellement les comportements et la vulnérabilité des individus. Il est à noter que chaque fois qu'il est question de prévention par diffusion des connaissances, de services de garde, de programmes préscolaires et de programmes scolaires enrichis, nous affirmons que les recommandations font référence aux habitudes de vie puisqu'il y a une certaine volonté d'offrir un encadrement et des informations sur de bonnes habitudes de vie à prendre. Par exemple, offrir des services de garde et toute une gamme de programmes scolaires ne vise pas tant à aider les parents, mais à sortir les enfants de la précarité de leur situation. Il s'agit donc en quelque sorte de sortir les enfants de leur milieu pour quelques heures afin de leur inculquer de bons comportements à adopter et des compétences nécessaires à une certaine « réussite » sociale. La troisième est d'**agir sur les services de santé** (a.3.). Les interventions peuvent être soit positives (améliorer les services socio-sanitaires et le système de soins, faire une promotion et une éducation sanitaire, développer des centres d'information sur la santé, augmenter la prévention en santé publique, etc.), soit négatives (réduire les ressources accordées au système de soins et aux technologies médicales, procéder à une désinstitutionnalisation, augmenter la concurrence dans le système de soins, etc.). La quatrième est d'**agir sur les conditions de travail** (a.4.), qui regroupe les interventions concernant les conditions de travail, la sécurité et la prévention au travail, la participation à la prise de décision au travail, etc.

La deuxième sorte d'interventions est de **procéder à une meilleure redistribution des ressources monétaires** (b.). On y retrouve toutes les recommandations qui font référence au revenu des individus (soutien, stabilité, insécurité), à la fiscalité et à la masse salariale.

La troisième sorte est de **favoriser le plein emploi** (c.). Cela fait référence à la création d'emplois, la réduction du taux de chômage et à l'intégration des individus sur le marché du travail.

La quatrième sorte est d'**adapter les interventions aux clientèles** (d.) afin de mieux répondre aux besoins en augmentant la participation de tous et en considérant le profil de la clientèle.

La cinquième sorte est de **favoriser l'action communautaire** (e.) en procédant à une décentralisation des programmes et du contrôle des finances et en stimulant le développement communautaire.

La sixième sorte est d'**augmenter la productivité** (f.). Cette sorte est d'ordre strictement économique et consiste globalement à favoriser le développement économique.

La septième sorte est d'**accroître la solidarité** (g.) en favorisant les échanges, l'entraide, l'intégration sociale, etc.

Cette classification à trois axes tient le plus fidèlement compte de l'ensemble des recommandations. Nous présentons donc toutes les possibilités de leviers, de cibles et de sorte d'intervention (à l'exception de quelques-unes pour ce qui est des sortes) retenues dans les recommandations. Cette classification à trois axes avec leurs catégories propres crée un espace dans lequel il est possible de situer chacune des recommandations concrètes. La même recommandation peut aussi se situer à plus d'un endroit dans cet espace lorsqu'elle contient des éléments différents permettant de la localiser à plus d'un endroit. Le fait qu'une même recommandation se retrouve à plus d'un endroit indique aussi que notre classification n'est pas parfaite.

Le résultat n'est pas une répartition à peu près équivalente des recommandations dans toutes les catégories de cet espace. En effet, il y a concentration des recommandations dans certaines catégories, ce qui est déjà en soi un constat intéressant.

5.2 Présentation des résultats

La présentation des recommandations selon la classification que nous venons de décrire se fait sous forme de tableaux. Nous présentons quatre tableaux, chacun se rapportant à une des quatre stratégies décrites en début de chapitre, soit réduire les inégalités, réduire la pauvreté, accroître la prospérité économique, améliorer la qualité de vie et améliorer les services de santé. Les tableaux sont constitués de deux axes, soit les leviers et les cibles. À l'intérieur de chaque tableau se retrouvent donc deux types d'information : la sorte d'intervention et le numéro de la recommandation qui réfère à cette sorte d'intervention. Les sortes d'interventions sont désignées par des lettres et des chiffres en caractères gras. Les chiffres en caractères simples désignent les recommandations telles que numérotées à l'annexe 3.

5.2.1 Stratégie de réduction des inégalités

Tableau 21

Réduire les inégalités sociales comme stratégie pour améliorer l'état de santé

		Levier des interventions			
		Étatique	Communautaire	Économique	Scientifique
Cible des interventions	État	a. 1, 4, 13, 16, 20, 70 a.3. 35, 37, 44, 49 f. 5, 23, 35	a.2. 75 a.3. 76, 79 c. 75, 76		
	Marché	a.4. 23, 29 c. 20, 22, 23, 31, 32 f. 19, 23	c. 75, 76	a.4. 25, 26, 29 b. 24 c. 24	
	Communauté	c. 71 e. 77, 78, 79 g. 71			
	Individu	a. 8, 12, 59 a.1. 68 a.2. 9, 51, 54 b. 14, 15, 22 g. 16, 58, 84	d. 80 e. 73		
	Travailleurs				
	Chercheurs	a. 4			a. 4
	Famille et parents	b. 17			
	Autres groupes spécifiques	a.2. 83 c. 31 d. 65 f. 21 g. 65, 83	g. 76, 80		

Légende

Nature des interventions

- a. Agir sur les déterminants de la santé
 - a.1. Agir sur les conditions de vie
 - a.2. Agir sur les habitudes de vie
 - a.3. Agir sur les services de santé
 - a.4. Agir sur les conditions de travail
- b. Procéder à une meilleure redistribution des ressources monétaires
- c. Favoriser le plein emploi
- d. Adapter les interventions aux clientèles
- e. Favoriser l'action communautaire
- f. Augmenter la productivité
- g. Accroître la solidarité

Les chiffres en caractères non gras renvoient aux numéros des recommandations

La lecture du tableau 21 permet de constater que les recommandations pour améliorer l'état de santé en réduisant les inégalités sociales désignent en majorité l'État comme levier des interventions. Leurs cibles sont multiples. En tant que levier, l'État doit se cibler lui-même afin d'agir sur les déterminants de la santé (a.). Il doit dans un premier temps reconnaître l'effet du social sur l'état de santé (recommandation 1) et augmenter le financement des recherches qui vont dans ce sens (recommandation 4). Dans un deuxième temps, l'État doit élaborer de nouvelles politiques et réformes sociales (recommandations 13 et 20) et développer des politiques fondées sur l'équité sociale (recommandation 16). Dans un troisième temps, l'État doit adopter une mesure du déficit social (recommandation 70). L'État doit également agir sur les déterminants de la santé en agissant sur les services de santé (a.3.) en évaluant le rendement des services offerts afin d'éliminer ceux qui sont inefficaces et réinvestir les ressources dans d'autres secteurs (recommandation 35), en rendant le système socio-sanitaire moins curatif et plus axé sur les déterminants sociaux de la santé (recommandation 37), en offrant de bons soins (recommandation 44) et en établissant qui sont les bénéficiaires et les victimes des coupures dans les services de santé (recommandation 49). Enfin, le levier étatique doit cibler l'État afin d'augmenter la productivité (f.) en prenant conscience du lien entre l'économie et la santé (recommandation 5), en diminuant le déficit national (recommandation 23) et en diminuant les ressources accordées au système de soins pour garantir une plus grande prospérité (recommandation 35).

L'État doit également prendre le marché comme cible d'intervention. L'État doit dans un premier temps agir sur les conditions de travail (a.4.), en visant le travail à temps partiel (recommandation 23) et en améliorant les conditions de travail, la formation et la sécurité au travail (recommandation 29). Le marché est également la cible de l'État pour favoriser le plein emploi (c.) en développant des programmes de marché (par exemple le plein emploi) (recommandation 20), en réduisant le taux de chômage (recommandations 22 et 23), en visant le plein emploi (recommandation 23), en facilitant la transition entre l'école, le marché du travail et la retraite (recommandation 31), et en stimulant la création et le maintien des emplois (recommandation 32). Le marché doit aussi être ciblé pour augmenter la productivité (f.) en stimulant la productivité pour augmenter la prospérité (recommandation 19) et en renforçant la croissance économique (recommandation 23).

La communauté est également la cible de l'État. Dans un premier temps, l'État cible la communauté afin de favoriser le plein emploi (c.) en augmentant le travail communautaire (recommandation 71). Dans un deuxième temps, l'État doit favoriser l'action communautaire (e.) en augmentant le nombre d'organismes de développement communautaire et en confiant le contrôle des finances aux régions (recommandation 77), en stimulant l'initiative et l'autonomie communautaire (recommandation 78) et en augmentant le financement des programmes locaux et la formation de bénévoles (recommandation 79). Enfin, l'État doit cibler la communauté pour accroître la solidarité (g.) en augmentant le travail communautaire intergénérationnel (recommandation 71).

L'État prend également l'individu comme cible d'intervention, pour, premièrement, agir sur les déterminants de la santé (a.) en faisant des politiques visant tous les individus selon leur statut socio-économique (recommandations 8 et 59) et en sensibilisant les individus à l'effet des déterminants sociaux sur l'état de santé (recommandation 12). Deuxièmement, l'individu est la cible des interventions de l'État afin d'agir sur les conditions de vie (a.1.) en améliorant les conditions sociales et économiques et en améliorant les conditions de vie de tous (recommandation 68). Troisièmement, les interventions de l'État doivent viser les habitudes de vie des individus (a.2) en agissant sur les motivations internes de chaque individu (recommandation 9), en diminuant les mauvaises habitudes de vie et les comportements à risque (recommandation 51) et en faisant la promotion des comportements à adopter pour avoir un bon état de santé tout en fournissant les ressources nécessaires à l'adoption de ces comportements (recommandation 54). Quatrièmement, l'État doit procéder à une meilleure redistribution des ressources monétaires (b.) entre tous les individus en faisant une redistribution des richesses visant particulièrement les pauvres et les individus à la limite de la pauvreté (recommandation 14), en faisant une distribution plus équitable des richesses (recommandation 15), et en améliorant la stabilité du revenu (recommandation 22). Cinquièmement, l'État doit cibler les individus pour accroître la solidarité en développant des politiques de soutien social (recommandation 16), en augmentant l'égalité entre les hommes et les femmes (recommandation 58) et en réduisant l'injustice, l'exclusion et la détérioration du tissu social (recommandation 84).

On propose également que l'État prenne les chercheurs comme cible de ses interventions afin d'agir sur les déterminants de la santé (a.) en les invitant à augmenter les connaissances sur les déterminants sociaux de la santé (recommandation 4).

L'État doit également cibler la famille et les parents afin de procéder à une meilleure redistribution des ressources monétaires (b.) en reconnaissant les coûts d'avoir des enfants et en offrant diverses politiques de soutien au revenu des familles avec enfants (recommandation 17).

Enfin, on propose que l'État prennent différents groupes spécifiques comme cible. D'abord pour agir sur les habitudes de vie (a.2.), l'État doit cibler les jeunes en réduisant le décrochage scolaire (recommandation 83). L'État doit également favoriser le plein emploi (c.) en ciblant les jeunes et les individus touchés par la perte d'un emploi ou par une retraite involontaire par des politiques d'intégration au marché du travail et de maintien en emploi (recommandation 31). L'État doit également adapter ses interventions aux clientèles (d.) en incluant les femmes et les enfants dans ses politiques (recommandation 65). Afin d'augmenter la productivité (f.), le levier étatique doit cibler les jeunes et les personnes productives en leur retournant une partie des ressources qui sont accordées au système de soins (recommandation 21). Enfin, l'État doit accroître la solidarité (g.) en incluant les femmes et les enfants dans la culture et l'environnement social (recommandation 65) afin de faciliter leur intégration sociale, et en augmentant le soutien social et les relations interpersonnelles chez les jeunes (recommandation 83).

La communauté est également proposée comme levier d'intervention. On propose qu'elle cible l'État afin d'agir sur les habitudes de vie (a.2.) en offrant un plus grand encadrement dans les écoles (recommandation 75). On propose aussi que la communauté cible l'État en agissant sur les services de santé (a.3.) en augmentant la prévention (recommandation 76) et les centres d'information sur la santé (recommandation 79). La communauté doit enfin cibler l'État et le marché afin de favoriser le plein emploi (c.) en solidifiant le partenariat école/marché (recommandation 75) et en augmentant les emplois dans la communauté (recommandation 76).

Les individus sont également proposés comme cible des interventions de la communauté pour adapter les interventions aux clientèles (d.) puisqu'elle est invitée à consulter les individus dans la prise de décision concernant les conditions de vie et l'environnement (recommandation 80). La communauté doit également favoriser l'action communautaire (e.) en stimulant la mobilisation et le leadership chez les individus (recommandation 73).

Enfin, la communauté doit cibler des groupes spécifiques afin d'accroître la solidarité (g.). On propose d'abord qu'elle cible les jeunes en augmentant les activités parascolaires, et les personnes âgées par des programmes de soutien (recommandation 76). On propose également qu'elle vise les individus, les familles, les leaders et les organisations communautaires afin d'intégrer ces différents paliers dans les interventions communautaires (recommandation 80).

Les recommandations désignent également des leviers économiques ciblant le marché afin d'agir sur les conditions de travail (a.4.). Dans un premier temps, le patronat et les syndicats doivent diminuer les inégalités entre les travailleurs (recommandation 25). Dans un deuxième temps, le levier économique doit viser les inégalités dans l'accès aux programmes de prévention et de promotion de la santé au travail (recommandation 26). Dans un troisième temps, le levier économique doit améliorer la formation et la sécurité au travail, réduire les accidents de travail, le rythme et la répétition des tâches (recommandation 29). Le levier économique doit également cibler le marché pour procéder à une meilleure redistribution des ressources monétaires (b.) en faisant un partage de la masse salariale (recommandation 24). Le levier économique doit enfin cibler le marché pour favoriser le plein emploi (c.) en faisant un partage du temps de travail et en développant des programmes de formation et de recyclage de la main-d'œuvre (recommandation 24).

Enfin, le levier scientifique doit cibler les chercheurs afin d'agir sur les déterminants de la santé (a.) en développant des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé et en augmentant la diffusion de ces connaissances.

Penchons-nous sur quelques faits saillants du tableau 21. D'abord, plusieurs cases sont vides. Il peut parfois s'agir d'impossibilités logiques. Par exemple, le levier scientifique ne peut cibler le travailleur dans le but de procéder à une meilleure redistribution des ressources monétaires. Par ailleurs, certaines combinaisons de leviers et de cibles sont possibles, mais moins habituelles, c'est à dire non proposées ici par les chercheurs. Par exemple, le levier scientifique pourrait cibler l'État afin d'agir sur les déterminants de la santé en élaborant des programmes de formation des fonctionnaires afin de les sensibiliser aux nouvelles connaissances sur les déterminants sociaux de la santé. Certains leviers ou cibles sont aussi sous exploités.

Également, on retrouve certaines concentrations. Le levier étatique est le plus souvent mentionné dans les recommandations, et il vise la quasi-totalité des cibles retenues. Le levier scientifique est, pour sa part, le moins souvent retenu dans les recommandations. L'État, le marché et l'individu sont les cibles privilégiées dans les recommandations. L'individu est par ailleurs la cible de la plus grande variété d'intervention. L'intervention la plus souvent suggérée est celle favorisant le plein emploi (c.). Il est intéressant de noter que les leviers utilisés pour ce genre d'intervention sont étatique et communautaire. Seulement une recommandation relative à cette intervention s'inscrit sous le levier économique. Ce serait donc des agents non économiques qui doivent agir sur le marché du travail. L'intervention la moins souvent retenue dans les recommandations est l'adaptation des interventions aux clientèles (d.).

Enfin, plusieurs recommandations se répètent, parfois même dans une même case, mais sous une sorte d'intervention différente. En effet, une même recommandation peut contenir plusieurs aspects qui, selon le découpage des sortes d'intervention que nous avons fait, permettent de la classer sous différentes sortes d'intervention. Par exemple, la recommandation 75 prévoit d'une part d'agir sur les habitudes de vie en offrant un plus grand encadrement dans les écoles et d'autre part de favoriser le plein emploi en solidifiant le partenariat école/marché. Ces répétitions permettent de constater les différentes possibilités d'action qu'offrent les recommandations.

5.2.2 Stratégie de réduction de la pauvreté

Tableau 22

Réduire la pauvreté comme stratégie pour améliorer l'état de santé

		Lever des interventions			
		Étatique	Communautaire	Économique	Scientifique
Cible des interventions	État	a. 3, 62, 70			
	Marché	c. 21, 32			
	Communauté				
	Individu	g. 82			
	Travailleurs				
	Chercheurs				
	Famille et parents				
	Autres groupes spécifiques	a.1. 21, 64, 67, 81 a.2. 52, 53, 55, 63, 64, 66, 69 a.3. 69, 81 a.4. 21 b. 69 d. 56, 57 g. 61, 69, 81, 85	e. 72, 74 g. 72		a.2. 60

Légende

Nature des interventions

- a. Agir sur les déterminants de la santé
 - a.1. Agir sur les conditions de vie
 - a.2. Agir sur les habitudes de vie
 - a.3. Agir sur les services de santé
 - a.4. Agir sur les conditions de travail
- b. Procéder à une meilleure redistribution des ressources monétaires
- c. Favoriser le plein emploi
- d. Adapter les interventions aux clientèles
- e. Favoriser l'action communautaire
- g. Accroître la solidarité

Les chiffres en caractères non gras renvoient aux numéros des recommandations

La lecture du tableau 22 permet de constater que les recommandations pour améliorer l'état de santé en réduisant la pauvreté désignent en majorité l'État comme levier des interventions. Ce levier étatique doit d'abord cibler l'État pour agir sur les déterminants de la santé (a.) en intégrant différents ministères afin d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé (recommandation 3), en visant la structure de la pauvreté par des interventions politiques, économiques et sociales (recommandation 62) et en utilisant une mesure du déficit social (recommandation 70).

Pour favoriser le plein emploi (c.), le levier étatique doit aussi transférer une partie des ressources du système de soins au bénéfice des jeunes et des personnes productives dans le but de réduire le taux de chômage (recommandation 21), et stimuler la création et le maintien d'emplois (recommandation 32).

Les individus doivent être ciblés par le levier étatique afin d'accroître la solidarité (g.) en diminuant la méfiance et les préjugés qu'ils entretiennent à l'endroit des pauvres (recommandation 82).

Par ailleurs, le levier étatique cible différents autres groupes spécifiques. Pour agir sur les conditions de vie (a.1.), le levier étatique cible : les jeunes et les personnes productives en transférant une partie des ressources accordées au système de soins vers l'amélioration de leur environnement social (recommandation 21), et les enfants en réduisant la pauvreté infantile par une amélioration de leur environnement et de leurs conditions sociales (recommandation 64). Le levier étatique doit également cibler les pauvres en améliorant les conditions de vie et l'environnement des milieux défavorisés (recommandations 67 et 81). Afin d'agir sur les habitudes de vie (a.2.), le levier étatique doit cibler les adultes en réduisant l'analphabétisme (recommandation 52). Le personnel de la santé doit également encourager les pauvres à adopter de meilleurs comportements (recommandation 53). Le levier étatique doit par ailleurs augmenter la « capacité générale de résistance à la maladie » des individus vulnérables (recommandation 55), offrir des programmes préscolaires, des services de garde et des programmes scolaires enrichis dans les milieux pauvres (recommandations 63 et 64), offrir des programmes de soutien et d'aide pour améliorer les comportements des pauvres face à la santé (recommandation 64), s'assurer que la femme ait un bon niveau de scolarité (recommandation 66) et faire en sorte que les personnes âgées aient de meilleures habitudes de vie (recommandation 69). Afin d'agir sur les services de santé (a.3.), le levier étatique doit cibler les personnes âgées en leur offrant des soins leur permettant de continuer d'habiter dans leur domicile (recommandation 69) et les pauvres en général en améliorant les interventions socio-sanitaires (recommandation 81). Le levier étatique doit par ailleurs cibler les jeunes et les personnes productives pour agir sur les conditions de travail (a.4.) en transférant une partie des ressources accordées au système de soins vers l'amélioration de leurs conditions de

travail (recommandation 21). Pour procéder à une meilleure redistribution des ressources monétaires (b.), le levier étatique doit apporter un soutien financier aux personnes âgées (recommandation 69). Le levier étatique doit aussi adapter les interventions aux clientèles (d.) en consultant les individus vulnérables pour élaborer des solutions (recommandation 56) et faire de la prévention, de la vulgarisation et des interventions, et offrir des services de santé qui tiennent compte des particularités de la culture populaire (recommandation 57). Enfin, pour accroître la solidarité (g.), le levier étatique doit cibler les groupes les plus vulnérables pour diminuer leur isolement (recommandation 61), les personnes âgées en les incitant à participer à des activités bénévoles, en leur fournissant de bons moyens de transport et un meilleur soutien social (recommandation 69), et les pauvres en augmentant l'entraide (recommandation 81) et en les intégrant socialement (recommandation 85).

Le levier communautaire est également retenu par les recommandations. On suggère, afin de favoriser l'action communautaire (e.), qu'il cible les individus dans le besoin en répondant à leurs besoins élémentaires (recommandation 72) et en augmentant les services communautaires qui leur sont destinés (recommandation 74). Afin d'accroître la solidarité (g.), on propose également que le levier communautaire cible les personnes dans le besoin pour augmenter leur intégration et leur autonomie (recommandation 72).

Enfin, le levier scientifique doit cibler les pauvres afin d'agir habitudes de vie (a.2.) en augmentant les connaissances des pauvres sur la santé pour réduire leur dépendance face à la médecine (recommandation 60).

Une fois encore, on retrouve plusieurs cases vides dans le tableau 22, pour les mêmes raisons que celles présentées pour le tableau précédent. Il est évident que les recommandations se concentrent sur l'État comme levier. Par ailleurs, le fait que les autres groupes spécifiques soient les plus souvent retenus comme cible des interventions relève de la logique puisqu'on tente ici de réduire la pauvreté. La pauvreté, contrairement aux inégalités sociales, ne touche pas tous les individus, mais cible des groupes bien spécifiques. Il est certain que certaines recommandations qui visent tous les individus permettent de réduire la pauvreté. Par exemple lorsqu'on recommande de faire une meilleure redistribution des richesses et viser particulièrement les pauvres et ceux à la limite de la pauvreté pour réduire les écarts entre les statuts socio-économiques

(recommandation 14), il va de soit que la réduction de la pauvreté est souhaitée. Cependant, la stratégie visée par cette recommandation est la réduction des inégalités sociales. Notre classification permet de distinguer la stratégie « réduction des inégalités sociales » et la stratégie « réduction de la pauvreté ». Cette distinction est capitale puisque d'un côté on tente d'uniformiser les statuts socio-économiques, et de l'autre, on cherche à améliorer la situation précaire de certains individus.

L'intervention la plus souvent suggérée est celle demandant d'agir sur les habitudes de vie (a.2.), suivie de très près par la volonté d'accroître la solidarité (g.). Les deux sortes d'intervention les moins retenues sont : agir sur les conditions de travail (a.4.) et procéder à une meilleure redistribution des ressources monétaires (b.). Encore une fois cela semble logique car l'amélioration des conditions de travail touche tous les travailleurs, et non pas seulement les travailleurs pauvres. Il en est de même pour la redistribution des ressources monétaires puisque cette redistribution se fait à l'échelle nationale et ne se concentre pas exclusivement sur certains sous-groupes de la population plus défavorisés. Cela serait au contraire une solution logiquement acceptable mais politiquement insoutenable : enlever à ceux qui ont plus pour donner exclusivement à ceux qui ont moins. Enfin, l'intervention non retenue est l'augmentation de la productivité (f.). Certaines recommandations se retrouvent à plusieurs endroits parce qu'elles contiennent des éléments qui permettent de les classer sous différentes sortes d'interventions.

5.2.3 Stratégie d'amélioration de la qualité de vie

Tableau 23

Améliorer la qualité de vie comme stratégie pour améliorer l'état de santé

		Levier des interventions			
		Étatique	Communautaire	Économique	Scientifique
Cible des interventions	État	a. 3, 43, 44			
	Marché				
	Communauté	d. 39			
	Individu	a.1. 67, 68, 70 b. 18, 23 g. 82, 84	e. 72, 73, 80		
	Travailleurs	a.4. 29		a.4. 30	
	Chercheurs				
	Famille et parents	a.4. 27, 33		a.4. 33	
	Autres groupes spécifiques	a.1. 67 a.3. 41 g. 58, 61, 83, 85	e. 71, 74 g. 76		

Légende

Nature des interventions

(a. Agir sur les déterminants de la santé)

a.1. Agir sur les conditions de vie

a.3. Agir sur les services de santé

a.4. Agir sur les conditions de travail

b. Procéder à une meilleure redistribution des ressources monétaires

d. Adapter les interventions aux clientèles

e. Favoriser l'action communautaire

g. Accroître la solidarité

Les chiffres en caractères non gras renvoient aux numéros des recommandations

La lecture du tableau 23 permet de constater que les recommandations pour améliorer l'état de santé par l'amélioration de la qualité de vie désignent en majorité l'État comme levier d'intervention. Le levier étatique cible l'État afin d'agir sur les services de santé (a.3.) en augmentant la prévention (recommandation 43) et en offrant un bon système de soins (recommandation 44).

Le levier étatique cible également la communauté afin d'adapter les interventions aux clientèles (d.) en décentralisant une partie des services offerts aux régions pour mieux répondre aux besoins et augmenter la participation à la prise de décisions (recommandation 39).

Le levier étatique doit aussi cibler les individus afin d'agir sur les conditions de vie (a.1.) en diminuant la précarité de l'environnement (recommandation 67), en améliorant l'environnement social, les conditions de vie, les conditions sociales et économiques, et l'hygiène sociale (société conviviale, créatrice et équitable) (recommandation 68), et en utilisant une mesure du déficit social (recommandation 70). Le levier étatique cible l'individu en procédant à une redistribution plus équitable des ressources monétaires (b.) en procédant à une équité fiscale pour améliorer les conditions de vie (recommandation 18) et en réduisant l'insécurité financière et en augmentant le sentiment de contrôle sur ses finances (recommandation 23). Le levier étatique vise l'individu afin d'accroître la solidarité (g.) en diminuant la méfiance et les préjugés à l'endroit des pauvres (recommandation 82) et en réduisant l'injustice, la solitude et l'exclusion et en prévenant la détérioration du tissu social (recommandation 84).

Le levier étatique doit par ailleurs cibler les travailleurs afin d'agir sur les conditions de travail (a.4.) en améliorant les conditions de travail, la formation et la sécurité au travail, en réduisant les accidents, le rythme et la répétition au travail (recommandation 29).

Le levier étatique vise la famille et les parents en agissant sur les conditions de travail (a.4.) en faisant des politiques de congés pour des raisons familiales (recommandation 27) et en réorganisant l'école en fonction des besoins de la nouvelle famille (recommandation 33)

Enfin, le levier étatique cible d'autres groupes spécifiques. Afin d'agir sur les conditions de vie (a.1.), l'État cible les pauvres pour améliorer leurs conditions de vie et leur environnement (recommandation 67). Pour agir sur les services de santé (a.3.), le levier étatique cible les pauvres en remplaçant un plaisir proscrit en prévention par un autre (recommandation 41). En dernier lieu, pour accroître la solidarité (g.), le levier étatique cible les femmes en augmentant l'égalité entre les hommes et les femmes (recommandation 58). Il cible aussi les individus vulnérables pour diminuer leur isolement (recommandation 61). L'État vise par ailleurs les jeunes en améliorant leur soutien social et leurs relations interpersonnelles (recommandation 83) et il cible les pauvres en tentant de mieux les intégrer socialement (recommandation 85).

Le levier communautaire est mentionné. Il cible l'individu en favorisant l'action communautaire (e.) en augmentant son intégration sociale et son autonomie (recommandation 72), en augmentant la mobilisation, le leadership et les programmes communautaires (recommandation 73) et en augmentant la participation communautaire aux décisions concernant les conditions de vie et la création d'un environnement plus sain (recommandation 80).

Le levier communautaire doit également cibler d'autres groupes spécifiques, tels les pauvres pour favoriser l'action communautaire (e.) en offrant des services communautaires destinés aux individus ayant le plus de besoins (recommandation 74). Il doit aussi cibler les personnes âgées en favorisant le travail intergénérationnel (recommandation 71) et en augmentant le soutien qui leur est offert (recommandation 76) afin d'accroître la solidarité (g.).

Le levier économique cible les travailleurs pour agir sur les conditions de travail (a.4.) en reconnaissant aux travailleurs le droit de participer aux prises de décisions, d'utiliser ses compétences, et en augmentant l'autonomie des travailleurs (recommandation 30).

En dernier lieu, le levier économique cible aussi les parents et la famille pour agir sur les conditions de travail (a.4.) en réorganisant les entreprises en fonction des besoins de la nouvelle famille (recommandation 33).

Plusieurs cases demeurent vides dans le tableau 23, tout comme c'est le cas pour les premiers tableaux présentés. Encore une fois, c'est l'État qui est le plus souvent mentionné comme levier. Les groupes spécifiques autres sont également la cible privilégiée des recommandations. L'intervention la plus souvent retenue est d'accroître la solidarité (g.), suivie de près par la nécessité d'agir sur les conditions de vie (a.1.). Les deux interventions les moins retenues sont : procéder à une meilleure redistribution des ressources monétaires (b.) et adapter les interventions aux clientèles (d.). Les interventions non retenues sont : agir sur les habitudes de vie (a.2.) comme déterminant de la santé, favoriser le plein emploi (c.) et augmenter la productivité (f.). Plusieurs recommandations sont retenues dans ce tableau.

Deux seulement se répètent, soit « les entreprises et les écoles doivent se réorganiser selon les besoins de la famille » (recommandation 33) parce que cette recommandation désigne deux leviers d'intervention, et « améliorer les conditions de vie et l'environnement des milieux défavorisés et réduire la précarité de l'environnement (recommandation 67) pour la même raison.

5.2.4 Stratégie d'amélioration des services de santé

Tableau 24

Améliorer le système de santé comme stratégie pour améliorer l'état de santé

		Lever des interventions			
		Étatique	Communautaire	Économique	Scientifique
Cible des interventions	État	a. 6 a.3. 34, 35, 36, 37, 38, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50			
	Marché	a.3. 50			
	Communauté	d. 39, 48	a.3. 79		
	Individu	a.3. 40, 50			
	Travailleurs				
	Chercheurs				a. 7
	Famille et parents				
	Autres groupes spécifiques	a.3. 41 d. 57			

Légende

Nature des interventions

- a. Agir sur les déterminants de la santé
 - a.3.** Agir sur les services de santé
- d. Adapter les interventions aux clientèles

Les chiffres en caractères non gras renvoient aux numéros des recommandations

La lecture du tableau 24 permet de constater que les recommandations pour améliorer l'état de santé en améliorant les services de santé désignent dans une quasi-exclusivité l'État comme levier d'intervention. La cible principale du levier étatique est l'État. Afin d'agir sur les déterminants de la santé (a.), le levier étatique cible l'État en élargissant ses politiques en santé à tous les déterminants sociaux de la santé et non pas seulement au système de soins (recommandation 6). La seconde intervention est d'agir sur les services de santé (a.3.). Pour ce faire, le levier étatique cible l'État en réduisant le

financement accordé au système de soins pour augmenter celui accordé aux programmes de prévention en santé publique (recommandation 34), en augmentant la prévention (recommandation 43), en ciblant les politiciens par la prévention et les messages préventifs (recommandation 50), en assurant une certaine continuité des services (recommandation 38), en offrant un bon système de soins (recommandation 44), et en favorisant la désinstitutionnalisation (recommandation 46). Toujours en agissant sur les services de santé, le levier étatique cible l'État en augmentant les services offerts par des nonprofessionnels de la santé (recommandation 42) et en rendant le système socio-sanitaire moins curatif et plus axé sur les déterminants sociaux de la santé (recommandation 37). Le levier étatique vise l'État pour agir sur les services de santé également en transférant une partie des ressources non rentables du système de soins ailleurs (recommandation 35), en augmentant la concurrence au sein du système de soins et en élaborant un système d'évaluation du rendement et de l'efficacité (recommandation 36), en observant le rapport entre les coûts et les bénéfices des politiques visant la santé (recommandation 45), en débattant du financement et de la régulation du système de soins (recommandation 47), et en repensant la distribution des ressources dans les services de santé pour diminuer les ressources accordées aux technologies (recommandation 48).

Le marché est également ciblé par le levier étatique en agissant sur les services de santé (a.3.) par la prévention et les messages préventifs destinés aux entreprises (recommandation 50).

La communauté est mentionnée comme cible du levier étatique. Pour adapter les interventions aux clientèles (d.), on recommande une décentralisation de certains services vers les régions afin de mieux répondre aux besoins et augmenter la participation à la prise de décisions (recommandation 39) et on recommande d'augmenter les services communautaires pour faciliter l'accès aux services en santé (recommandation 48).

L'individu est ciblé par le levier étatique afin d'agir sur les services de santé (a.3.) en faisant une éducation populaire en santé pour augmenter la promotion et la prévention en santé (recommandation 40) et en ciblant le public par la prévention et les messages préventifs (recommandation 50).

Enfin d'autres groupes spécifiques sont ciblés par le levier étatique afin d'agir sur les services de santé (a.3.), tels les pauvres, en remplaçant un plaisir proscrit en prévention par un autre (recommandation 41). On recommande aussi de cibler les pauvres pour adapter les interventions aux clientèles (d.) en incorporant les caractéristiques et les valeurs de la culture populaire dans l'organisation des services de santé, en faisant une vulgarisation qui tient compte des expériences des individus appartenant à cette culture et en adaptant les interventions à leurs conditions de vie (recommandation 57).

Le levier communautaire doit cibler la communauté afin d'agir sur les services de santé (a.3.) en augmentant les centres d'information sur la santé (recommandation 79).

Enfin, le levier scientifique cible les chercheurs afin d'agir sur les déterminants de la santé (a.) en les invitant à cerner les morbidités les plus affectées par le statut socio-économique (recommandation 7).

Un très grand nombre de cases reste vide suite à notre classification, et ce pour les mêmes raisons énoncées auparavant. L'État est le levier le plus souvent désigné par les recommandations. La cible privilégiée est l'État. L'intervention la plus souvent retenue est d'agir sur les services de santé (a.3.), situation qui peut paraître logique puisqu'on tente d'améliorer les services de santé. Les deux autres interventions, soit agir sur les déterminants de la santé (a.) et adapter les interventions aux clientèles (d.) sont très peu souvent mentionnées. Les sortes d'interventions non retenues sont : agir sur les conditions de vie (a.1.), agir sur les habitudes de vie (a.2.), agir sur les conditions de travail (a.4.), procéder à une meilleure redistribution des ressources monétaires (b.), favoriser le plein emploi (c.), favoriser l'action communautaire (e.), augmenter la productivité (f.), et accroître la solidarité (g.).

Ces quatre stratégies sous lesquelles nous avons classé les recommandations regroupent la majorité des recommandations. Seules quatre recommandations n'ont pu être classées, soit : reconnaître que la santé est un bien collectif (recommandation 2), définir la santé en tenant compte des aspects du bien-être mental, physique et social (recommandation 10), faire des politiques d'amélioration de la santé (recommandation 11),

et prendre conscience des coûts sociaux du chômage (recommandation 28). Nous reviendrons sur ce point en conclusion.

5.3 Analyse des idéologies dominantes sous-jacentes aux recommandations telles que classées sous les quatre stratégies

Nous présentons, dans cette partie, les recommandations selon le courant idéologique auquel elles se rattachent, en fonction du levier, de la cible et de la sorte d'intervention qui est suggérée. Il s'avère parfois difficile de faire cet exercice puisque le levier, la cible et la sorte d'intervention d'une même recommandation peuvent mener à des rattachements différents. Nous devons alors débattre de l'importance de chacun de ces aspects et extraire l'essence de la recommandation pour l'associer ensuite à une idéologie. Cette analyse se fait en quatre parties, référant chacune à une des quatre stratégies.

5.3.1 Stratégie de réduction des inégalités sociales

L'amélioration de l'état de santé par la stratégie de réduction des inégalités sociales semble, d'un point de vue global, se rapporter à l'idéologie social-démocrate car elle vise la réduction des écarts entre les individus par une amélioration des conditions de vie. Le fait de cibler principalement l'État pour améliorer l'état de santé relève d'idéologie social-démocrate puisque cela sous-entend que l'État doit assurer le bien-être de la population et que l'individu n'est pas le seul responsable de sa condition. Plus encore, les sortes d'interventions recommandées emploient des termes comme « effet du social sur la santé », « élaborer des politiques et des réformes sociales », « prendre une mesure du déficit social », « réinvestir les ressources », « offrir de bons soins » et « victimes des coupures ». Il y a donc une certaine volonté d'agir sur tous les aspects sociaux et médicaux afin d'améliorer les conditions de vie de tous, sans exception. La référence aux soins sous-entend également l'universalité du système de soins, caractéristique encore une fois social-démocrate. On recommande par ailleurs de développer des politiques fondées sur l'« équité sociale », ce qui est typiquement conservateur. En effet, cela sous-entend que tous n'ont pas la même valeur sociale et qu'on doit en tenir compte dans l'élaboration des politiques. Le maintien du statu quo constitue alors un enjeu. Enfin, les interventions, du levier étatique sur l'État, visant l'augmentation de la productivité (lien entre l'économie et la santé et réduire les ressources du système de soins pour stimuler la prospérité) sont de type libéral puisqu'il y est sous-entendu que la réduction des inégalités sociales doit se faire par le biais

du libre marché qui redistribuera de façon juste le dû à chacun. Également, l'idée de réduire le déficit national peut mener à l'idée que l'État doit cesser d'investir dans des politiques sociales. Il ne faut pas penser ici que les idéologies conservatrice et social-démocrate rejettent l'idée d'un certain succès économique national. Par contre, le fait de penser que ce succès est la clé d'une juste redistribution est typiquement libérale.

On recommande par ailleurs que l'État agisse sur le marché afin de réduire les inégalités qui y sont générées. Les interventions visent l'amélioration des conditions de travail et le plein emploi. Étant donné ces caractéristiques, nous jugeons qu'il s'agit ici d'idéologie social-démocrate. Deux recommandations semblent avoir quelques affinités avec l'idéologie libérale, soit stimuler la production pour augmenter la prospérité et renforcer la croissance économique. Encore une fois il ne s'agit pas de dire que les autres idéologies n'aspirent pas à la croissance économique. Cependant, présenter cette réussite économique comme garante d'une juste redistribution est typiquement libéral.

On recommande également que l'État agisse sur la communauté afin de favoriser le plein emploi, l'action communautaire et la solidarité. Les recommandations visent une décentralisation du pouvoir étatique au profit de la communauté et une plus grande autonomie locale. Cela requiert donc un désengagement de l'État afin que la communauté puisse veiller au bien-être des individus. Pour cette raison, ces interventions recommandées sont de type conservateur.

Les interventions de l'État sur l'individu sont multiples et réfèrent aux trois idéologies. On demande d'une part d'informer les individus des effets des déterminants sociaux sur la santé, des habitudes de vie et des comportements. Cela sous-entend qu'on diffuse l'information sur les bonnes habitudes de vie à prendre et les mauvais comportements à éviter, tout en laissant l'individu libre de décider de ses choix. Bien entendu, certains comportements à risque peuvent être réduits par le biais d'actions étatiques (par exemple le port de la ceinture obligatoire en voiture). Cependant, ce genre d'action étatique est très peu mentionné dans les recommandations. Tout porte à croire que le rôle de l'État pour diminuer les mauvaises habitudes de vie est strictement informatif et que le choix final appartient à l'individu. Pour cette raison, nous voyons ici des traces d'idéologie libérale.

On recommande par ailleurs une distribution plus équitable des richesses entre tous les individus. L'État est donc chargé d'assurer le bien-être de tous les individus. Cependant, il est question d'une redistribution *équitable*. Cette redistribution se fait donc en fonction d'une certaine reconnaissance de la valeur sociale de chacun. Pour cette raison, nous jugeons qu'il s'agit ici d'idéologie conservatrice. À l'opposé, on recommande de faire une redistribution à tous les niveaux socio-économiques et d'offrir un meilleur soutien financier à tous. Cette redistribution universelle vise à rendre semblables et meilleures les conditions de vie en réduisant les écarts de revenu et, en quelque sorte, à réduire les inégalités salariales générées par le marché. Il s'agit alors d'idéologie social-démocrate.

Enfin, on propose que l'État fasse une redistribution et des politiques en fonction du statut socio-économique des individus, ce qui implique que tous les statuts doivent être visés par l'État afin de réduire les inégalités générées par le marché. Il est également question de l'amélioration des conditions sociales et économiques, des conditions de vie, et d'un meilleur soutien social. Il y a donc une volonté d'améliorer les conditions de vie de tous et de créer une certaine harmonie sociale. Pour toutes ces raisons, nous considérons qu'il s'agit ici d'idéologie social-démocrate.

Le fait que l'État vise les chercheurs dans le but de produire plus de connaissances sur les déterminants sociaux de la santé ne relève pas spécifiquement d'une idéologie. Nous considérons que la volonté d'avoir plus de connaissances sur un domaine, peu importe lequel, caractérise les trois idéologies, même s'il n'en est pas question dans notre grille d'analyse.

Par ailleurs, le fait de procéder à une redistribution des ressources monétaires en tenant compte des besoins des familles avec enfants relève d'idéologie social-démocrate puisque l'État se positionne en reconnaissant les coûts que peut engendrer la venue d'un enfant.

Enfin, l'État vise différents groupes. Il cible d'une part les individus qui ont perdu leur emploi par des politiques d'insertion au marché du travail et de maintien en emploi. La position de l'État face à l'emploi, d'après certaines recommandations, est que celui-ci est

un droit. Pour cette raison, nous considérons qu'il s'agit ici d'idéologie social-démocrate. L'État cible d'autre part les femmes, les jeunes et les enfants afin d'améliorer leurs conditions de vie, caractéristique qui relève encore une fois de la sociale-démocratie. Enfin, l'État vise à réduire le décrochage scolaire. Nous croyons ici qu'il s'agit d'idéologie libérale, qui considère l'école est considérée comme une institution mandatée pour développer les capacités des jeunes afin qu'ils s'orientent dans la société.

Par ailleurs, la communauté est également retenue comme cible d'intervention. Le fait d'accorder autant de pouvoir à la communauté est typiquement conservateur, d'autant plus que la cible de la communauté est l'État. Les interventions que la communauté doit opérer sont soit libérales, soit sociales-démocrates. Elle doit en effet augmenter l'encadrement dans les écoles, pour développer les capacités des étudiants afin qu'ils s'orientent dans la société. Elle doit également augmenter la prévention et les centres d'information sur la santé dans la communauté. Il s'agit là de prévention axée sur la diffusion de l'information afin d'éclairer les choix des individus. Les sortes d'intervention sont donc libérales. Par ailleurs, que la communauté soit mandatée pour solidifier le partenariat école/marché et pour créer plus d'emplois dans la communauté traduit l'idée que l'emploi est un droit puisqu'il y a une volonté de créer de l'emploi et de faciliter l'accès au marché du travail. Les sortes d'intervention sont donc sociales-démocrates.

La communauté est aussi appelée à cibler les individus afin d'adapter les interventions aux clientèles en consultant les individus sur les décisions concernant les conditions de vie et l'environnement. Le fait de vouloir adapter les services aux clientèles relève en soi des trois idéologies au sens où il s'agit davantage d'efficacité d'intervention que d'orientation. Cependant, les interventions à adapter visent de meilleures conditions de vie et un environnement plus sain, caractéristiques typiquement sociales-démocrates. D'autre part, la communauté est invitée à stimuler le leadership et la mobilisation des individus. Cette volonté de favoriser l'action communautaire est de type conservateur.

Enfin, la communauté doit cibler quelques groupes spécifiques afin d'accroître la solidarité. L'idée de solidarité est typiquement social-démocrate au sens où prendre conscience de l'autre et ressentir de l'empathie pour sa situation permet de créer une ambiance où la volonté d'améliorer les conditions de vie des individus est présente.

Par ailleurs, le levier économique est retenu afin qu'il agisse sur le marché. Le fait de proposer le levier économique comme moteur pour réduire les inégalités sociales relève d'idéologie libérale, où le libre marché est perçu comme pouvant diminuer les écarts entre les individus. Cependant, le type d'intervention qu'on recommande n'est nullement libéral, mais social-démocrate. En effet, on recommande que les conditions de travail soient améliorées, qu'il y ait un partage de la masse salariale et qu'il y ait des programmes favorisant le plein emploi. Cette volonté d'améliorer les conditions de travail, de procéder à une meilleure distribution des ressources monétaires et de favoriser le plein emploi est typiquement social-démocrate.

Le fait de retenir le levier scientifique dans le but de produire plus de connaissances sur les déterminants sociaux de la santé et d'augmenter la diffusion de celles-ci ne relève pas spécifiquement d'une idéologie. Encore une fois, nous considérons que la volonté d'avoir plus de connaissances sur un domaine, peu importe lequel, caractérise les trois idéologies, même s'il n'en est pas question dans notre grille d'analyse.

Un regard global sur l'analyse de la stratégie de réduction des inégalités sociales permet de faire quelques constats. D'abord, l'énoncé de la stratégie est de type social-démocrate. Deuxièmement, on aurait pu qualifier les recommandations en fonction du levier d'intervention retenu. Par exemple, affirmer que toute intervention qui désigne l'État comme levier est social-démocrate ; toute intervention qui désigne la communauté comme levier est conservatrice ; et toute intervention qui désigne l'économie comme levier est libérale. On constate que cela n'est pas le cas. Premièrement, les interventions désignant l'État proposent parfois le retrait de celui-ci, ce qui va à l'encontre d'idéologie social-démocrate. Quant à la communauté, elle doit souvent faire des interventions de type social-démocrate. Bien que l'institution chargée d'assurer le bien-être des individus ne soit alors pas l'État mais la communauté, les interventions qu'on tente d'effectuer sont sociales-démocrates. Également, et contre toute attente, le levier économique, symbole libéral, doit effectuer des réalisations typiquement sociales-démocrates.

Par ailleurs, une même recommandation, mais ayant des leviers d'intervention différents, peut traduire différentes idéologies. Par exemple, on propose que l'État favorise

l'emploi dans la communauté. Du côté du levier étatique, il est alors question de renforcer le pouvoir communautaire en faisant de la communauté un agent social important. Cela est de type conservateur. Du côté du levier communautaire, favoriser le plein emploi consiste à dire que tous ont droit à l'emploi, ce qui est de type social-démocrate. Ainsi, on devrait s'attendre à ce que l'intervention ayant l'État comme levier soit de type social-démocrate et que l'intervention ayant la communauté comme levier soit de type conservateur. Or, nous sommes en présence d'une situation contraire à ce que notre cadre conceptuel permettait de prévoir.

5.3.2 Stratégie de réduction de la pauvreté

L'amélioration de l'état de santé par la stratégie de réduction de la pauvreté peut se rapporter, à prime abord, aux trois idéologies. La distinction peut se faire en fonction de ce qu'on entend par « pauvreté ». La cible des interventions est déterminante, à savoir si on vise tous les individus vivant en situation de pauvreté (social-démocrate) ou si on vise les individus en situation d'extrême pauvreté (libéral et conservateur). Par contre, très peu de recommandations désignent exclusivement les individus vivant dans une extrême précarité : la majorité cible les « pauvres » en général. Également, dans la majorité des cas, c'est l'État qui doit aller de l'avant pour améliorer la situation des pauvres, et non ces derniers qui doivent prendre les devants en faisant la démonstration de leurs besoins. Pour ces raisons, nous jugeons qu'à première vue, cette stratégie est globalement de type social-démocrate, de par le type de recommandation qu'on y retrouve.

Le levier étatique est désigné afin de favoriser le plein emploi. Pour ce faire, il doit retirer une partie des ressources accordées au système de soins pour l'investir dans le domaine de l'emploi afin de favoriser les jeunes et les personnes productives. D'un côté, il y a là une menace à l'universalité du système de soins puisqu'on y retire une partie de ses ressources au profit des acteurs économiquement productifs. Cela comporte une certaine saveur libérale. Toutefois, il ne s'agit pas de coupures étatiques pouvant conduire à un désengagement de l'État, mais de réinvestissement. Ces réinvestissements sont pensés de la façon suivante : il faut enlever certaines ressources au système de soins afin de les réinvestir dans le plein emploi. Le plein emploi peut garantir un meilleur état de santé, et dès lors, il y aura moins de recours au système de soins. Il est évident que dans le meilleur des mondes, il serait possible de maintenir les ressources du système de soins tout en

assurant plus de ressources pour le plein emploi. Cependant, certaines considérations économiques empêchent l'application concrète de cette vision. Ainsi, nous considérons qu'il s'agit d'idéologie social-démocrate, au sens où l'État ne doit pas se désengager, mais doit repenser ses investissements et ses interventions. On recommande également qu'une partie des ressources accordées au système de soins soit transférée vers les jeunes et les personnes productives afin d'améliorer l'environnement social et les conditions de travail. Pour les mêmes raisons que nous venons d'énoncer, nous considérons qu'il s'agit là d'idéologie social-démocrate.

On suggère également que l'État vise les individus afin de réduire la méfiance et les préjugés qu'ils entretiennent envers les pauvres. Les pauvres et les individus vulnérables sont aussi ciblés pour réduire leur isolement, améliorer leur soutien social, augmenter l'entraide et l'intégration sociale. Il est question ici d'une certaine solidarité où on tente de développer une empathie face à ceux vivant en situation de pauvreté. Bien que la question de la solidarité ne fasse pas partie de notre grille d'analyse, nous jugeons qu'il s'agit ici d'idéologie social-démocrate. Premièrement, la solidarité est une conséquence de politiques sociales-démocrates, tel que présenté dans notre cadre conceptuel. Deuxièmement, la solidarité permet de développer une certaine ambiance propice à des réalisations visant l'amélioration des conditions de vie de tous.

Par ailleurs, on recommande à l'État d'améliorer l'environnement et les conditions sociales des enfants vivant en situation de pauvreté, et de tous les pauvres. Encore une fois, il s'agit ici d'idéologie sociale démocrate puisqu'il revient à l'État d'assurer le bien-être de cette partie de la population. On suggère également que l'État améliore les interventions socio-sanitaires et le soutien financier destinés aux personnes âgées. Ici encore, l'État est désigné comme institution chargée d'assurer le bien-être des individus en améliorant leurs conditions de vie et leur situation financière. On recommande également que l'État adapte les services de santé à la culture populaire. Le but de cette recommandation est d'accroître l'accès aux services de santé chez les individus de culture populaire. Il s'agit donc d'idéologie social-démocrate.

La recommandation voulant que l'État offre des soins permettant aux personnes âgées de continuer à habiter dans leur domicile, peut référer à deux idéologies. D'un côté, il

peut être question de l'amélioration des conditions de vie en permettant aux personnes âgées d'habiter dans un milieu familial et, selon la croyance populaire, plus agréable qu'un centre d'hébergement. Il s'agit alors d'idéologie social-démocrate. Cependant, si ces soins sont organisés de façon à ce que la famille de la personne âgée prenne en charge une partie des soins (comme c'est souvent le cas) cela serait de type conservateur.

On propose par ailleurs que le levier communautaire favorise l'action communautaire en répondant aux besoins élémentaires des individus en situation de pauvreté et en augmentant leur intégration et leur autonomie. Il s'agit ici d'idéologie conservatrice puisque la communauté est ici responsable d'assurer le bien-être des individus en cas de nécessité. Toutefois, les types d'intervention sont à saveur social-démocrate.

La modification des habitudes de vie prend une place importante dans cette stratégie. Il s'agit en quelque sorte de réduire les habitudes de vie des pauvres pour les remplacer par des habitudes de vie plus saines. On demande, dans la majorité des cas, à ce que l'État améliore les habitudes de vie. Cela relève typiquement d'idéologie libérale, où l'État fait de la prévention (adaptée ou non aux milieux pauvres) axée sur la diffusion de l'information permettant à l'individu de faire un choix éclairé et non imposé.

On propose aussi d'augmenter les programmes pré-scolaires, les programmes scolaires enrichis, et les services de garde. Ces recommandations visent le plus souvent les milieux pauvres et non l'ensemble de la population. On peut donc croire que ces programmes servent à donner aux enfants pauvres des moyens et un encadrement qu'ils ne retrouvent pas dans leur milieu. Pour cette raison, nous jugeons qu'il s'agit d'une volonté de développer les capacités des individus les plus à risques afin qu'ils s'orientent mieux (et seuls) dans la société. Il s'agit donc d'idéologie libérale.

Enfin, le levier scientifique doit diffuser des connaissances sur la santé dans les milieux pauvres. Il s'agit là d'une prévention axée sur la diffusion de l'information permettant à l'individu de faire un libre choix éclairé. Cela réfère à l'idéologie libérale.

Un regard global sur l'analyse de la stratégie de réduction de la pauvreté permet de constater quelques points. D'abord, l'État est presque exclusivement désigné comme levier d'intervention, ce qui est typiquement social-démocrate. Cependant, et comme c'était le cas pour la stratégie de réduction des inégalités sociales, les sortes d'interventions ne sont pas nécessairement de type social-démocrate. Deuxièmement, les pauvres sont la cible privilégiée des interventions. Nous avons déjà expliqué que cela était dû à la nature de la stratégie, soit la réduction de la pauvreté (et non des inégalités sociales). Il est toutefois intéressant de noter que la sorte d'intervention la plus souvent retenue est l'amélioration des habitudes de vie. Cela sous-entend que les habitudes de vie des pauvres seraient à l'origine de leur situation défavorable, ce qui est typiquement libéral. En pointant ainsi leur style de vie, on risque d'aggraver la stigmatisation dont les pauvres sont déjà victimes. On a qu'à se rappeler comment le slogan de Lyndon Johnson, ancien président des États-Unis, « war on poverty » a été transformé par ses critiques en « war on the poors ». Par ailleurs, un aspect important de la pauvreté est le manque de ressources financières. Or, la redistribution des richesses est très peu souvent retenue comme type d'intervention. De plus, l'amélioration des conditions de travail, qui sont une source de stress (surtout dans les emplois précaires), est très peu suggérée. Il en résulte donc qu'on demande aux pauvres d'adopter les habitudes de vie « saines » des statuts socio-économiques élevés, sans pour autant leur donner les ressources nécessaires pour le faire.

5.3.3 Stratégie d'amélioration de la qualité de vie

L'amélioration de l'état de santé par une amélioration de la qualité de vie comporte davantage d'affinités avec l'idéologie social-démocrate puisqu'il y a là une volonté d'améliorer les conditions de vie de tous les individus. L'État est encore une fois le levier le plus souvent retenu. Il est donc l'institution chargée d'assurer le bien-être des individus. Le levier étatique doit entre autres cibler l'État afin d'agir sur les services de santé en augmentant la prévention. La prévention, comme il a déjà été mentionné, consiste, dans la majorité des cas, non pas en une prévention de type médical (examen de routine, dépistage, etc.) mais en une prévention axée sur la diffusion de l'information dans l'objectif d'éclairer le libre choix des individus. Pour cette raison, nous jugeons qu'il s'agit ici d'idéologie libérale.

L'État doit par ailleurs continuer à offrir un bon système de soins. Cela sous-entend entre autres que le système de soins demeure universel et que l'État veille à ce qu'il soit accessible à tous. Il est donc question d'idéologie social-démocrate.

L'État doit également adapter ses interventions aux clientèles en décentralisant une partie de ses services vers les régions afin de mieux répondre aux besoins. Il n'est pas erroné de penser que cela est proposé dans le but d'améliorer l'accessibilité de tous aux services de santé (social-démocrate). Cependant, ce qu'il y a d'important est le retrait de l'État au profit d'un plus grand pouvoir au niveau des régions. L'État se met donc dans une position où il servira de dernier recours en cas de nécessité. Pour cette raison, nous jugeons qu'il s'agit ici d'idéologie conservatrice.

L'État peut agir sur les conditions de vie de tous en améliorant celles-ci par une équité fiscale. Or, cette intervention, fondée sur l'équité, tente de reproduire le statu quo. L'amélioration de la qualité de vie est donc effectuée en fonction du revenu de l'individu. Pour cette raison, nous jugeons qu'il s'agit d'idéologie conservatrice.

L'État doit aussi améliorer l'environnement, les conditions de vie, les conditions sociales et économiques, l'hygiène sociale, et utiliser une mesure du déficit social. Il y a là une volonté que l'État améliore les conditions de vie de tous. Nous sommes donc en présence d'idéologie social-démocrate.

On propose également que l'État procède à une meilleure redistribution des ressources monétaires pour réduire l'insécurité financière et augmenter le sentiment de contrôle sur ses finances. Il y a une volonté d'améliorer la qualité de vie de tous en réduisant l'incertitude financière de tous. Il est donc question d'idéologie social-démocrate.

L'État doit encore une fois accroître la solidarité en réduisant la méfiance et les préjugés à l'endroit des pauvres, en diminuant l'injustice, la solitude, l'exclusion sociale, et en prévenant la détérioration du tissu social. Comme il est déjà expliqué, cette idée de solidarité est typiquement social-démocrate.

L'État est également mandaté pour améliorer les conditions de travail, la formation et la sécurité au travail, et à réduire les accidents, le rythme et la répétition au travail. Il y a d'une part une volonté d'améliorer les conditions de vie des travailleurs en améliorant leurs conditions de travail. D'autre part, il y a aussi un effort de réduire les inégalités générées par le marché. En effet, les accidents, le rythme effréné et la répétition au travail sont des caractéristiques qui se retrouvent souvent dans les emplois précaires. Il y a donc une volonté d'améliorer les conditions de travail d'une main-d'œuvre moins favorisée par le marché du travail. Pour ces raisons, nous jugeons qu'il s'agit d'idéologie social-démocrate.

Par ailleurs, l'État doit cibler les parents et la famille en faisant une politique de congé pour des raisons familiales. Il n'est pas incongru de penser que si on met en place des congés pour des raisons familiales, il est sous-entendu que la femme, avec des enfants, n'est pas dans l'obligation de sacrifier son emploi pour se consacrer à sa famille. Au contraire, on met en place des ressources afin qu'elle puisse combiner famille et emploi. De plus, cela ne concerne pas seulement la mère ; le père est également visé par cette intervention. Nous concluons donc qu'il s'agit d'idéologie social-démocrate. D'une part, parce que cela sous-entend que l'emploi est un droit pour tous. D'autre part parce que cette intervention traduit, par ricochet, une volonté de prendre collectivement en charge une partie des coûts familiaux. En effet, un parent qui s'absente de son emploi pour des raisons familiales peut faire face à une diminution de salaire, voire à une perte d'emploi. Or, en officialisant les congés pour raisons familiales, le parent peut d'une part recevoir une partie de son salaire, et d'autre part, ne pas craindre une mise à pied. On assume ainsi une partie des coûts familiaux puisqu'on assure le maintien d'un salaire. Pour ces raisons, nous sommes en présence d'idéologie social-démocrate.

L'État doit également réorganiser l'école en fonction des besoins de la nouvelle famille. Cette nouvelle famille, contrairement à la famille traditionnelle, est, entre autres, caractérisée par l'accès des deux parents au marché du travail. Ainsi, on ne tente pas d'enlever le droit à l'emploi des parents, mais de réorganiser le déroulement de la journée des enfants en fonction du fait que les deux parents occupent un emploi. Il est donc question d'idéologie social-démocrate. Une logique semblable s'applique lorsqu'on demande au levier économique de réorganiser l'entreprise en fonction des besoins de la

nouvelle famille. On tente alors de faciliter la combinaison emploi et famille en réorganisant l'emploi (qui est un droit).

Par ailleurs, l'État doit améliorer les conditions de vie et l'environnement des pauvres, ce qui représente une réalisation typiquement social-démocrate. Quoi qu'il ne soit pas question d'égalité entre les pauvres et le reste de la population, il y a tout de même un effort à réduire les écarts entre les individus en améliorant les conditions de vie.

L'État doit également agir sur les services de santé en remplaçant un plaisir proscrit, dans les messages préventifs destinés aux pauvres, par un autre. Il est évident que le pauvre restera maître de la décision finale, au sens où on l'informe que son plaisir peut être néfaste pour son état de santé, sans l'obliger à l'abandonner. Cependant, cette recommandation va plus loin. On demande au pauvre d'abandonner son plaisir tout en lui fournissant un autre plaisir. Cette intervention traduit une volonté d'améliorer la qualité de vie des pauvres puisqu'elle leur assure la possibilité de s'adonner à d'autres plaisirs. Il s'agit donc d'idéologie social-démocrate.

En dernier lieu, l'État doit encore une fois accroître la solidarité, ce qui est de type social-démocrate.

La communauté, en tant que levier d'intervention, doit favoriser l'action communautaire en ciblant les individus. Les interventions visent principalement une plus grande participation communautaire. Il y a une volonté de développer un sentiment d'appartenance à la communauté. La communauté doit aussi développer des programmes communautaires. Cela peut mener à une situation où la communauté prend à sa charge des domaines jusque là réservés à l'État. Il s'agirait donc d'idéologie conservatrice, au sens où il y a un retrait de l'État pour renforcer la présence de la communauté.

La communauté doit également offrir des services aux individus qui en ont le plus besoin. Le fait que la communauté soit responsable de satisfaire, en dernier recours, ces besoins nous incitent à affirmer qu'il s'agit d'idéologie conservatrice.

La communauté doit par ailleurs accroître la solidarité en visant les personnes âgées. Le fait que la communauté soit responsable d'assurer le bien-être des personnes âgées fait que cette intervention est de type conservateur. Par contre, comme nous l'avons maintes fois spécifié, la sorte d'intervention, soit accroître la solidarité, est typiquement social-démocrate. Une fois encore, nous sommes en présence d'un levier de type conservateur et d'une sorte d'intervention de type social-démocrate.

Par ailleurs, le levier économique doit cibler les travailleurs en leur reconnaissant le droit de participer aux prises de décisions et d'utiliser ses compétences. On doit aussi augmenter leur autonomie. Agir ainsi sur les conditions de travail traduit une volonté d'améliorer les conditions de vie des travailleurs. On peut penser également qu'il y a un effort pour réduire les inégalités générées par le marché en affaiblissant la hiérarchie lors de la prise de décisions puisqu'on considère l'opinion de chacun au lieu d'imposer aux travailleurs des décisions venant « d'en haut ».

Un regard global sur la stratégie d'amélioration de la qualité de vie permet de constater quelques points. D'abord cette stratégie est, aux premiers abords, de type social-démocrate puisqu'elle traduit une volonté d'améliorer les conditions de vie de tous. Deuxièmement, l'État est, dans la majorité des cas, désigné comme levier d'intervention, caractéristique social-démocrate. Troisièmement, les sortes d'interventions les plus souvent retenues sont « accroître la solidarité » et « améliorer les conditions de vie », deux caractéristiques typiquement sociales-démocrates. Quatrièmement, l'amélioration de la qualité de vie ne passe pas, à en croire le peu de fois où on y fait appel, par une meilleure redistribution des ressources monétaires.

5.3.4 Stratégie d'amélioration des services de santé

L'amélioration de l'état de santé par l'amélioration des services de santé peut sembler avoir plus d'affinités avec l'idéologie social-démocrate puisque le domaine de la santé au Canada englobe bien souvent un type d'intervention universelle et accessible à tous. Regardons de plus près.

L'État est le levier le plus souvent retenu par cette stratégie. On suggère d'abord qu'il élargisse ses politiques en santé à tous les déterminants de la santé. Il y a ici une

volonté d'étendre les interventions étatiques à plusieurs domaines, et pour cette raison, nous jugeons qu'il s'agit ici d'idéologie social-démocrate.

On recommande également que l'État transfère une partie du financement accordé au système de soins vers des programmes de prévention en santé publique. On tente donc de modifier le rôle interventionniste de l'État en un rôle de diffuseur d'information afin d'éclairer les choix des individus, qui doivent prendre la décision finale. Il s'agit donc d'idéologie libérale. On recommande également plusieurs coupures dans le système de soins et l'élaboration de programmes d'évaluation de l'efficacité et du rendement du système de soins. La désinstitutionnalisation est aussi mentionnée, ainsi que l'augmentation de la concurrence au sein du système de soins. Ces recommandations (telle la désinstitutionnalisation) peuvent mener à une meilleure qualité de vie. Toutefois, ces recommandations sont présentées avec l'objectif de réduire les coûts du système de soins mis en place par l'État. Cela a comme effet le retrait de l'État et peut même menacer l'universalité et l'accessibilité du système de soins. L'aspect de la concurrence peut également mener à une idéologie du jeu du libre marché au sein du système de soins. Pour ces raisons, nous jugeons qu'il s'agit ici d'idéologie libérale.

D'un autre côté, on recommande que l'État continue à offrir un bon système de soins et une certaine continuité des services tout en augmentant les services offerts par des non professionnels de la santé et en rendant les services de santé plus axés sur les déterminants sociaux de la santé. Il y a donc une volonté de conserver l'universalité des soins, d'améliorer leur accessibilité et d'agir sur les conditions de vie des individus. Pour ces raisons, nous jugeons qu'il s'agit ici d'idéologie social-démocrate.

On recommande également que l'État fasse la prévention destinée aux politiciens et aux entreprises. Cela traduit un effort pour reconnaître que l'individu n'est pas le seul responsable de son état de santé, et que ses conditions de vie sont entre autres déterminées par les actions des politiciens et des entreprises. En sensibilisant ceux-ci à cette réalité, on tente de modifier leurs actes pour qu'ils améliorent les conditions de vie de tous. Cela peut donc ressembler à certaines caractéristiques sociales-démocrates. Cependant, les politiciens et les entreprises demeurent libres d'orienter leurs actes en ce sens. Pour cette raison, nous jugeons qu'il s'agit ici d'idéologie libérale. Il en est de même lorsqu'on vise les individus

par des messages préventifs (tenant compte ou non de la culture populaire) ; lorsqu'on augmente l'éducation populaire en santé ; et lorsqu'on augmente les centres d'information sur la santé dans les communautés. On présente alors les meilleures habitudes de vie à prendre, sans pour autant les imposer. Il s'agit alors d'idéologie libérale.

Par ailleurs, on recommande une décentralisation de certains services vers les régions pour mieux répondre aux besoins et une augmentation des services communautaires pour faciliter l'accès aux services de santé. On tente alors d'améliorer l'accessibilité des individus aux services de santé (social-démocrate). Par contre, l'institution chargée de le faire est la communauté (ou la région) (conservateur).

On suggère également de remplacer un plaisir proscrit, dans les messages préventifs destinés aux pauvres, par un autre. Comme il a déjà été mentionné, cela vise de meilleures conditions de vie où le pauvre retire d'autres plaisirs. Nous concluons encore une fois qu'il s'agit d'idéologie social-démocrate. On recommande aussi que l'organisation des services de santé tienne compte des caractéristiques, des valeurs et des conditions de vie de la culture populaire. Il y a là une volonté d'améliorer l'accessibilité des services de santé où on tente de mieux les adapter à la clientèle. Pour cette raison, nous jugeons qu'il s'agit d'idéologie social-démocrate.

En dernier lieu, on recommande que les scientifiques augmentent les connaissances sur les déterminants sociaux de la santé en cernant les morbidités les plus affectées par le statut socio-économique. Il y a là une reconnaissance que l'individu n'est pas entièrement responsable de son état de santé et que des caractéristiques de la société peuvent avoir une incidence sur son état de santé. Nous jugeons que ces connaissances sont faites avec l'objectif d'améliorer ultérieurement les conditions sociales des individus à tous les niveaux socio-économiques. Pour cette raison, nous jugeons qu'il s'agit d'idéologie social-démocrate.

Un regard global sur l'analyse de la stratégie d'amélioration des services de santé permet de constater quelques points. Premièrement, cette amélioration oscille principalement entre l'idéologie social-démocrate et l'idéologie libérale. Le levier étatique est très souvent retenu, mais les interventions qu'il doit effectuer sont parfois

contradictoires. D'un côté, on recommande un désengagement de l'État par une diminution des ressources accordées aux services de santé. De l'autre, on demande à ce que les services de santé restent universels et qu'on en améliore l'accessibilité. Deuxièmement, les services de santé ne sont pas restreints au système de soins. Une part importante est accordée à la prévention de type informatif. Cela est sans doute dû à l'effervescence entourant la « découverte » de l'influence des habitudes de vie sur l'état de santé.

5.4 Conclusion

Les leviers d'intervention sont au nombre de quatre, soit étatique, communautaire, économique et scientifique. Le levier étatique est de loin le plus souvent retenu par les recommandations. Il figure dans toutes les stratégies. Le second levier le plus souvent retenu est le levier communautaire. Son importance est moindre que celle du levier étatique. Il figure également dans toutes les stratégies, mais son rôle le plus important est dans la stratégie de réduction des inégalités sociales, et on le considère très peu dans les autres stratégies. Le levier économique ne figure que dans les stratégies de réduction des inégalités sociales et d'amélioration de la qualité de vie, et son rôle est minime. Enfin, le levier scientifique figure dans toutes les stratégies, mais son importance est superficielle.

Les cibles d'intervention sont plus nombreuses. L'État est encore une fois une cible privilégiée par les recommandations et ce, dans toutes les stratégies. Le marché est une cible de moindre importance, et on ne considère pas qu'il devrait être la cible des interventions visant à améliorer la qualité de vie. Il est cependant visé comme cible dans les interventions visant à réduire les inégalités sociales. La communauté est également surtout ciblée afin de réduire les inégalités sociales. On ne recommande pas de la cibler afin de réduire la pauvreté. L'individu est ciblé dans toutes les stratégies, mais son rôle le plus important est dans la stratégie de réduction des inégalités sociales, suivie par la stratégie d'amélioration de la qualité de vie. Les travailleurs sont peu présents, et on ne les cible qu'une seule fois et ce, dans le but d'améliorer la qualité de vie. Les chercheurs sont également très peu ciblés. La famille et les parents ne sont visés que dans les stratégies de réduction des inégalités sociales et d'amélioration de la qualité de vie. Enfin, les autres groupes spécifiques (et particulièrement les pauvres) sont très souvent retenus comme cible, surtout afin de réduire la pauvreté.

La majorité des sortes d'interventions se retrouvent dans au moins trois stratégies. Agir sur les services de santé est la sorte d'intervention la plus souvent retenue, surtout à cause de son importance dans la stratégie d'amélioration des services de santé. La recommandation d'accroître la solidarité est la seconde sorte de d'intervention la plus souvent retenue. Agir sur les déterminants de la santé, favoriser le plein emploi, agir sur les habitudes de vie, agir sur les conditions de travail et favoriser l'action communautaire sont des sortes d'intervention qui reviennent grosso modo à la même fréquence. Enfin, les sortes d'interventions les moins souvent retenues sont : procéder à une meilleure redistribution des ressources monétaires, adapter les interventions aux clientèles et augmenter la productivité.

Les cibles d'intervention désignées par les recommandations traduisent certes une affiliation idéologique, mais elles sont insuffisantes pour conclure à un type d'idéologie auquel peut se rattacher une recommandation. Par exemple, les individus sont très souvent ciblés. Or les trois idéologies peuvent cibler l'individu, soit pour le responsabiliser, soit pour le viser par des recommandations de type universel. De même, l'État peut être ciblé soit pour réduire son pouvoir, soit pour renforcer celui-ci.

Les leviers d'intervention sont un peu plus révélateurs, sans pour autant permettre de classer sans ambiguïté une recommandation sous un type d'idéologie. Nous avons vu que l'état est souvent retenu comme levier d'intervention. Toutefois, le rôle qu'on veut lui faire jouer peut parfois être de type libéral (par exemple, augmenter les messages préventifs), ou de type conservateur (par exemple, augmenter la décentralisation vers les régions). Il en est de même pour le levier communautaire. Le plus étonnant est que le levier économique est souvent désigné dans des interventions dont la nature est plutôt de type social-démocrate.

Enfin les sortes d'interventions sont également révélatrices. Le fait d'agir sur les conditions de vie est souvent de type social-démocrate puisqu'il y a, dans la majorité des cas, une volonté d'améliorer les conditions de vie de tous.

Le fait d'agir sur les habitudes de vie est souvent associé au libéralisme puisque cela sous-entend que l'amélioration de l'état de santé est la responsabilité de l'individu. Comme le mentionne Carlisle (2001), cela demanderait une adaptation individuelle sans nécessiter un changement social. Cette sorte d'intervention, où on blâme souvent les victimes, pourrait parfois mener à la marginalisation des pauvres. Il est intéressant de noter ici qu'on cible davantage les habitudes de vie néfastes des pauvres. Certaines habitudes de vie typiquement bourgeoises et pouvant être fort dangereuses pour la santé (telles le cigare, le ski alpin ou acrobatique, l'escalade, le foie gras, le fromage sur pain baguette, etc.) ne semblent pas faire l'objet d'une critique dans les études retenues.

Deux types d'idéologie se dégagent lorsqu'on recommande d'agir sur les services de santé. D'un côté, on propose de renforcer les services de santé (social-démocrate) et de l'autre, on suggère de réduire les ressources qui leur sont accordés ou de faire une prévention de type informatif (libéral).

Les recommandations concernant les conditions de travail ont le plus souvent des affinités avec l'idéologie social-démocrate. La majorité des recommandations voient l'amélioration des conditions de travail comme un moyen d'améliorer les conditions de vie (ce qui est certes plausible), comme s'il s'agissait en quelque sorte d'un acte « humanitaire ». L'amélioration des conditions de travail est rarement perçue comme une stratégie économique ; un travailleur satisfait peut en effet augmenter sa production, réduire ses absences, etc.

Le fait de procéder à une meilleure redistribution des ressources monétaires relève parfois de l'idéologie conservatrice, au sens où on souhaite une redistribution plus équitable. Par ailleurs, sans jamais explicitement mentionner les termes « redistribution égalitaire », il arrive parfois qu'on recommande de procéder à une meilleure redistribution entre tous les individus, ce qui est de type social-démocrate. Carlisle (2001) nuance les effets que peut amener une meilleure redistribution. Certes, les pauvres pourraient voir leur situation financière s'améliorer, mais, selon Carlisle, on ne doit pas espérer qu'ils changeront alors leurs habitudes de vie. Carlisle rappelle la notion d'*habitus*⁵ de Bourdieu,

⁵ [le concept d'*habitus*] est défini par Bourdieu comme l'ensemble des

qui impliquerait que les habitudes de vie ne relèvent pas uniquement de facteurs financiers. Elles doivent être comprises dans un « physical, social, economics and cultural context within which they occur » (Carlisle, 2001, p.272).

Le fait de favoriser le plein emploi relève de l'idéologie social-démocrate ; l'emploi y est considéré comme un droit et, par extension, tous devraient en avoir un.

Le fait d'adapter les interventions aux clientèles peut relever des trois idéologies au sens où chacune de ces idéologies tient à ce que ces interventions soient les plus efficaces possible. Cependant, lorsqu'on tient à adapter les interventions aux clientèles dans le but d'améliorer leur accessibilité, cela relève de l'idéologie social-démocrate.

Favoriser l'action communautaire est typiquement conservateur puisqu'on donne alors plus de pouvoir aux communautés, au détriment de l'État.

L'augmentation de la productivité est de type libéral. On laisse alors entendre que le marché est le meilleur moteur pour améliorer l'état de santé de tous. Comme le font remarquer Poland et al. (1998), le fait d'insinuer que le marché est la clé de l'amélioration de la santé et d'une juste redistribution réduirait à néant le travail de plusieurs mouvements sociaux qui défendent les droits des individus les moins avantagés par le jeu du libre marché.

Enfin, le fait d'accroître la solidarité est, à notre avis, typiquement social-démocrate puisque cela est à la fois une conséquence et un pré-requis de politiques sociales-démocrates. Il faut cependant noter que la solidarité ne change pas nécessairement la situation financière qui joue un grand rôle dans les inégalités en santé. Elle permet par contre de créer une ambiance favorable à l'élaboration de politiques sociales. Ainsi, comme le résume Carlisle, la solidarité est une recommandation très populaire puisqu'elle est peu coûteuse et qu'elle permet effectivement d'améliorer l'état de santé des individus.

dispositions inculquées, intériorisées par l'individu et telles qu'ils tendent à les reproduire en les adaptant aux conditions dans lesquelles ils sont engagés. » Ansart, Pierre (1999). Dictionnaire de sociologie, Paris, Le Robert/Seuil, p.251.

Cependant, pour que cela soit pleinement efficace, plusieurs politiques sociales doivent également être mises en place.

Il apparaît donc difficile de classer de façon définitive les recommandations sous les idéologies retenues. Cela dépend surtout de l'approche que l'on prend, à savoir si on accorde plus d'importance au levier, à la cible ou à la sorte d'intervention. S'adonner à cet exercice demande de sacrifier certaines particularités pour se concentrer sur l'idée générale qui se dégage d'une recommandation. Comme vous avez pu le constater, nous avons souvent donné préséance à la nature de l'intervention recommandée puisque nous jugeons qu'il est possible d'y déceler l'essence idéologique de l'intervention. Nous sommes néanmoins consciente que nous écartons alors en quelque sorte deux caractéristiques de notre classification, soit la cible et le levier des interventions recommandées. Toutefois, cela nous a permis de dégager le type d'égalité qui sous-tend chaque idéologie. Il est clair que l'idéologie social-démocrate vise une égalité des conditions de vie entre tous. L'idéologie conservatrice vise, quant à elle, une égalité à l'intérieur des strates sociales, tout en maintenant le statu quo qui différencie les strates. Enfin, l'idéologie libérale défend l'idée d'une égalité des chances de départ ; le plus travaillant serait certain de connaître un certain succès.

Selon Carlisle (2001), on retrouverait deux types de recherche sur les inégalités dans l'état de santé des individus. Le premier type désignerait l'individu, par ses comportements et son mode de vie, comme responsable de son état de santé. Le second type présenterait les inégalités dans l'état de santé comme « a mirror for wider social inequalities and injustice » (Carlisle, 2001, p.268). Cette division se retrouve également dans les recommandations que nous avons analysées. Plus encore, même si les gouvernements reconnaissent que les inégalités socio-économiques ont un effet sur l'état de santé de la population, les politiques sont souvent orientées vers la responsabilisation de l'individu face à son état de santé puisque renvoyer la balle à l'individu est beaucoup moins dispendieux que l'élaboration d'un filet de protection sociale. L'inconvénient dans tout cela est qu'il a été établi que les sociétés où le filet social est faible présente plus d'inégalités économiques, déterminant important de l'état de santé (Raphael, 2000). Il est reconnu que l'idéologie libérale menace l'État providence, et donc le filet social.

Selon Raphael, au Canada, même si les gouvernements ont reconnu qu'une meilleure redistribution des richesses et la diminution de la pauvreté améliorent l'état de santé de tous, peu de provinces auraient élaboré des stratégies pour procéder à ces changements. Il y aurait peu d'initiatives pour réduire la pauvreté. Plus alarmant encore, d'après Raphael, aucun gouvernement n'aurait élaboré de stratégies d'ensemble pour agir sur les conditions menant à la pauvreté (salaire minimum, création d'emplois, etc.). On tenterait donc de palier aux conditions dans lesquelles vivent les pauvres, mais on ne chercherait pas à changer les circonstances qui conduisent à la pauvreté (Raphael, 2000).

Conclusion

Cet essai d'analyse des recommandations faites par des chercheurs canadiens suite à leurs constats concernant les différences dans l'état de santé entre les individus, - différences ayant comme origine des facteurs relatifs au statut socio-économique-, a permis de discerner les affinités de ces recommandations avec les idéologies libérale, conservatrice et social-démocrate. Nous tenons à rappeler que l'objet de ce mémoire n'est nullement de classer les chercheurs, mais bien les recommandations. Étant donné que nous avons isolé les recommandations, des auteurs, nous ne pouvons conclure sur le type d'idéologie auquel la pensée des auteurs peut se rattacher. Ce mémoire ne peut pas conclure non plus sur les liens entre les résultats de recherche et le type de recommandations. En effet, nous avons pu constater que, devant un même résultat de recherche, les chercheurs font des recommandations de diverses sortes. Ceci nous a amenée à examiner séparément les recommandations. Nous aurions cependant dû faire la démonstration de l'indépendance des recommandations vis-à-vis les résultats.

Notre objectif est partiellement atteint. Cependant, nous devons nous rendre à l'évidence que certaines limites nous empêchent d'atteindre pleinement cet objectif.

La première limite est que notre grille d'analyse s'appuie sur une typologie des idéologies. Ces types d'idéologie ne se retrouvent pas à leur état pur dans quelques positions concrètes que ce soit. Cette typologie retenue comme outil d'analyse ne rend pas compte des contraintes du réel que les chercheurs peuvent considérer lorsqu'ils font des recommandations. Par exemple, presque aucune recommandation ne suggère explicitement la création d'allocations universelles, soit parce qu'on ne voit pas là une solution pour améliorer l'état de santé, soit parce que d'emblée on a éliminé cette possibilité parce qu'on est conscient des coûts et donc du manque de popularité d'une telle recommandation auprès des gouvernements. Ainsi, il nous est possible de conclure sur ce qui est désiré lorsqu'on suggère une recommandation, mais il nous est impossible de conclure quoi que ce soit si une recommandation donnée n'est pas faite. En effet, dans le cas d'allocation universelle par exemple, on ne peut pas affirmer que les chercheurs pensent qu'elle est une solution inefficace pour réduire les écarts dans l'état de santé entre les individus. Nous pouvons

simplement conclure que cette solution n'a pas été retenue et que nous ignorons les raisons de cette exclusion.

La deuxième limite est que notre classification des recommandations ne nous permet pas de classer les recommandations sans qu'elles ne se chevauchent. Les mêmes recommandations se retrouvent parfois dans plusieurs cases. En fait, ces recommandations désignent parfois plusieurs leviers, cibles et sortes d'interventions. Notre classification ne peut pas en rendre compte.

La troisième limite est la concentration des recommandations dans certaines cases. Notre classification ne nous permet pas de répartir les recommandations entre plusieurs possibilités. Il est possible que ceci reflète la situation du corpus examiné. Notre classification fait état des possibilités de recommandations, selon le levier, la cible et la sorte d'intervention suggérée. Or, les cases vides permettent de mettre en évidence des possibilités qui ne sont pas retenues.

Enfin, plusieurs recommandations font référence à la solidarité. Or, ce point ne figure pas dans notre grille d'analyse. Nous avons néanmoins émis quelques commentaires sur cette sorte de recommandation, ce qui nous a permis de rattacher la « solidarité » à l'idéologie social-démocrate. Il est certain que la « solidarité » devrait être conceptualisée dans une typologie des idéologies. Plusieurs types d'analyse se penchent sur cette question. D'ailleurs, Carlisle (2001) propose une autre classification des discours portant sur les différences dans l'état de santé entre les individus. Selon l'auteur, il existerait trois discours. Le premier serait le « redistributionist discourse » qui ressemble sensiblement à notre définition de l'idéologie social-démocrate. Le deuxième serait le « moral underclass discourse » qui peut prendre deux orientations, soit la responsabilisation de l'individu par une prévention de type informatif (que nous avons rattachée à l'idéologie libérale), soit le maintien du statu quo (que nous avons rattaché à l'idéologie conservatrice). Selon Carlisle, ces deux orientations pourraient mener à la stigmatisation des individus qui, socialement et économiquement, n'ont pas « réussi ». Le troisième serait le « social integration discourse ». Ce discours répondrait à l'exclusion comme origine des différences dans l'état de santé entre les individus. On y ferait la promotion de la cohésion sociale, dont le pilier doit être la communauté. Ce discours, selon Carlisle, tend à enrichir une vision romantique

de la communauté, au sens où l'on pense qu'une plus grande solidarité au sein des communautés, -sans corollaires concrets quant au soutien matériel ou aux réformes sociales-, peut réduire à néant les différences dans l'état de santé entre les individus.

Cette classification proposée par Carlisle nous aurait permis de traiter de la solidarité et de la communauté autrement. Nous avons plutôt pris comme position que tout ce qui fait référence à la communauté comme levier ou cible d'intervention est de type conservateur. Cependant, comme nous l'avons précisé dans notre cadre conceptuel, la communauté, selon l'idéologie conservatrice, n'est pas la première à être désignée pour venir en aide aux individus. C'est d'abord la famille, *puis* la communauté. Ainsi, pour être typiquement conservatrices, les recommandations auraient dû désigner la famille avant la communauté. La classification de Carlisle nous aurait évité ici quelques ambiguïtés. Il serait fort intéressant de comparer notre analyse avec l'analyse des recommandations telle qu'elle pourrait se faire avec la classification de Carlisle.

Par ailleurs, ce mémoire a permis de regrouper dans un même ouvrage les résultats et les interprétations de grandes études internationales et canadiennes. Nous avons également réussi à analyser la quasi-totalité des recommandations selon les trois idéologies retenues. De plus, ce mémoire nous a permis d'élaborer une classification des recommandations selon les leviers, les cibles et les sortes d'interventions. Nous avons aussi pu regrouper sous quatre stratégies les différentes orientations que prennent les recommandations. Il serait maintenant intéressant d'explorer l'écho qu'ont eu ces recommandations, d'établir laquelle des stratégies est adoptée par les gouvernements canadien et québécois et, finalement, d'identifier la coloration idéologique qui légitime l'adoption de telle ou telle stratégie.

Bibliographie

- Aday, L.A. (2000) *An Expanded Framework of Equity : Implications for Assessing Health Policy* dans Albrecht, G.L.; Fitzpatrick, R. & Scrimshaw, S.C. (eds) Handbook of Social Studies in Health and Medicine, London, Sage, pp. 481-492.
- Antonovsky, A. (1989) *Social inequalities in health : A complementary perspective* dans John Fox (ed.) Health Inequalities in European Countries, Brookfield, Gower.
- Bourdin, A. (1999) *Politiques publiques* dans Akon, A.; Ansart, P. (eds) Dictionnaire de sociologie, Paris, Le Robert/Seuil.
- Cairney, J.; Arnold, R (1998) *Socioeconomic position : Lifestyle and health among Canadians aged 18-64 : A multi-condition approach*, dans Canadian Journal of Public Health, 89 : 3, pp. 208-212.
- Carlisle, S. (2001) *Inequalities in health : Contested explanations, shifting discourses and ambiguous policies* dans Critical Public Health, 11: 3, pp. 267-281.
- Coburn, D. (2000) *Income inequality, social cohesion and the health status of population : The role of neo-liberalism* dans Social Science and Medicine, 51 : 1, pp. 135-146.
- Colin, C. (1989) *Pauvreté et santé : des liens étroits* dans Les inégalités socio-économiques et la santé : comment agir?; Actes du Forum, Ministère de la santé et des services sociaux et Association pour la santé publique du Québec, Québec, Gouvernement du Québec, pp.45-52.
- Colin, C.; Moffet, S. (1995) *Les inégalités socio-économiques et la santé : aperçu de la perspective québécoise* dans Prévenir, 28, pp. 175-187.
- Esping-Andersen, G. (1999) *Les trois mondes de l'État providence, essai sur le capitalisme moderne*, PUF, Paris. (éd. originale 1990)
- Evans, R.G.; Stoddart, G.L. (1996) *Produire de la santé, consommer des soins* dans Marmor, T.; Barer, M.L. & Evans, R.G. (eds) Être ou ne pas être en bonne santé, Paris; Montréal, John Libbey Eurotext; PUM, pp. 37-73.
- Feinstein, J.S. (1993) *The relationship between socioeconomic status and health : A review of the literature* dans The Milbank Quarterly, 71: 2, pp. 279-322.
- Ferland, M.; Paquet G. (1995) *Liens entre le statut socioéconomique et la santé* dans Santé Québec; Lavallée C, Bellerose C, Camirand J, Caris P (sous la dir.) Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, Vol 2, Montréal, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec, pp. 119-156.
- Ferland, M.; Paquet, G. (1994) *L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien-être* dans Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. & Bélanger, C. (sous la dir. de) Le

- système de santé au Québec : organisation, acteur et enjeux, Ste-Foy, Les Presses de l'Université Laval, pp. 53-72.
- Groulx, L.H. (1990) *Où va le modèle suédois?* Paris; Montréal, L'Harmattan; PUM (coll. Politique et économie).
- Haroche, C. (1999) *Sociologie de la santé, de la maladie et de la médecine* dans Akon, A.; Ansart, P. (eds.) Dictionnaire de sociologie, Paris, Le Robert/Seuil, pp.469-471.
- Hertzman, J.; Frank, J. & Evans, R.G. (1996) *L'hétérogénéité de l'état de santé et les déterminants de la santé des populations* dans Marmor, T.; Barer, M.L. & Evans, R.G. (eds) Être ou ne pas être en bonne santé, Paris; Montréal, John Libbey Eurotext; PUM, pp. 77-101.
- House, J.S.; Lepkowski, J.M.; Kinney, A.M.; Mero, R.P.; Kessler, R.C. & Herzog, A.R. (1994) *The social stratification of aging and health* dans Journal of Health and Social Behavior, 35 : 3, pp. 213-234.
- Institut canadien de recherche avancée (1991) Les déterminants de la santé (Publication n°5), Toronto, ICRA, pp. 1-36.
- Latour, B. (1995) *Le Métier de chercheur, regard d'un anthropologue*, Paris, Édition INRA.
- Lavallée, C.; Caris, P. (1994) *Conclusions générales* dans Santé Québec; Lavallée C, Bellerose C, Camirand J, Caris P (sous la dir.) Aspects sociaux reliés à la santé. Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, Vol 2, Montréal, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, pp.169-175.
- Lewis, S.; Saulnier, M. & Renaud, M. (2000) *Reconfiguring Health Policy : Simple Truths, Complex Solutions* dans Albrecht, G.L.; Fritzpatrick, R. & Scrimshaw, S.C. (eds) Handbook of Social Studies in Health and Medicine, London, Sage, pp. 509-523.
- Lindbladh, E.; Lyttken, C.H.; Hanson, B.S. & Östergren, P.O. (1998) *Equity is out of fashion? An essay on autonomy and health policy in the individualized society* dans Social Science and Medicine, 46: 8, pp. 1017-1025.
- Manga, P. (1993) *Les inégalités socio-économiques* dans Stephen T, Fowler G.D. (sous la dir. de) Enquête Promotion de la Santé Canada 1990 : Rapport technique, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, pp. 285-295.
- Marmot, M.G. & al. (1998) *Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health* dans The Milbank Quarterly, 76 : 3, pp. 403-448.
- Marmot, M.G.; Ryff, C.D.; Bumpass, L.L.; Shipley, M. & Marks, N.F. (1997) *Social inequalities in health : Next questions and converging evidence* dans Social Science and Medicine, 44 : 6, pp. 901-910.
- Muller, P. (2000) *Les politiques publiques* (4^e éd), Paris, PUF, coll. Que sais-je.

- Paquet, G. (1989) Santé et inégalités sociales, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture (doc. de recherche 21).
- Peron, Y.; Strohmenger, C. (1985) Indices démographiques et indicateurs de santé des populations : présentation et interprétation, Ottawa, Statistiques Canada, Division de la santé, Section de la recherche et de l'analyse.
- Poland, B.; Coburn, D.; Robertson, A.; Eakin, J. & al. (1998) *Wealth, Equity and Health Care : A Critique of a «Population Health» Perspective on the Determinants of Health* dans Social Science and Medicine, 46 : 7, pp. 785-798.
- Raphael, D. (2000) *Health inequalities in Canada : Current discourses and implications for public health action* dans Critical Public Health, 10 : 2, pp. 193-216.
- Renaud, M. (1996) *L'Avenir : Hygiène ou Panacée?* dans Marmor, T.; Barer, M.L. & Evans, R.G. (eds) Être ou ne pas être en bonne santé, Paris; Montréal, John Libbey Eurotext; PUM, pp. 317-332.
- Renaud, M.; Good, D.L.; Nadeau, L.; Ritchie, J.A. & Way-Clark, R (1997) *Rapport de synthèse du groupe de travail sur les déterminants de la santé* dans Forum national sur la santé. La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, 2, pp. 1-64.
- Renaud, M.; Bouchard, L. (1994) *Expliquer l'inexplicable : l'environnement social comme facteur clé de la santé* dans Interface, 15 : 2, pp. 14-25.
- Rose, N. (1993) *Government, authority and expertise in advanced liberalism* dans Economy and Society, 22 : 3, pp.283-299.
- Robert, S.A.; House, J.S. (2000) *Social inequalities in health : Integrating individual-, community-, and societal- level theory and research* dans Albrecht, G.L.; Fritzpatrick, R. & Scrimshaw, S.C. (eds) Handbook of Social Studies in Health and Medicine, London, Sage, pp. 115-135.
- Siegrist, J. (2000) *The social causation of health and illness* dans Albrecht, G.L.; Fritzpatrick, R. & Scrimshaw, S.C. (eds) Handbook of Social Studies in Health and Medicine, London, Sage, pp. 100-114.
- Syme, S.L. (1998) *Social and economic disparities in health : Thoughts about Intervention* dans The Milbank Quarterly, 76 : 3, pp. 493-505.
- Weber, M. (1965) *Essai sur le sens de la « neutralité axiologique » dans les sciences sociologiques et économiques* dans Essais sur la théorie de la science, Paris, Plon, pp. 400-501. (éd. originale 1922)

ANNEXE 1
Liste des définitions

Causalité inversée :

« (...) les différences de la mortalité (...) seraient dues au fait que les malades deviennent pauvres et non pas au fait que les pauvres tombent malades » (Carr-Hill, cité dans Hertzman, 1996)

Causalité sociale :

« La position sociale détermine l'état de santé » (Marmot et al., 1997; notre traduction).

Différence dans l'état de santé :

Écarts de l'état de santé entre les individus, s'ordonnant « selon une échelle naturelle allant du meilleur (la santé parfaite) au pire (l'état de moribond) » (Peron & Strohmenger, 1985).

État de santé :

Niveau de la «capacité de fonctionner, combinée à l'absence de maladie cliniquement définie» (Evans et al., 1996, 14).

Relation positive :

Influence positive de la variable indépendante sur la variable dépendante entraînant une variation des deux variables dans le même sens. Exemple fictif : chaque tranche de 1000\$ ajoutée au revenu d'un individu (variable indépendante), augmente l'espérance de vie de celui-ci d'une année (variable dépendante).

Relation négative :

Influence négative de la variable indépendante sur la variable dépendante entraînant une variation des deux variables dans des sens opposés. Exemple fictif : chaque tranche de 1000\$ ajoutée au revenu d'un individu (variable indépendante), diminue l'espérance de vie de celui-ci d'une année (variable dépendante).

Sélection indirecte :

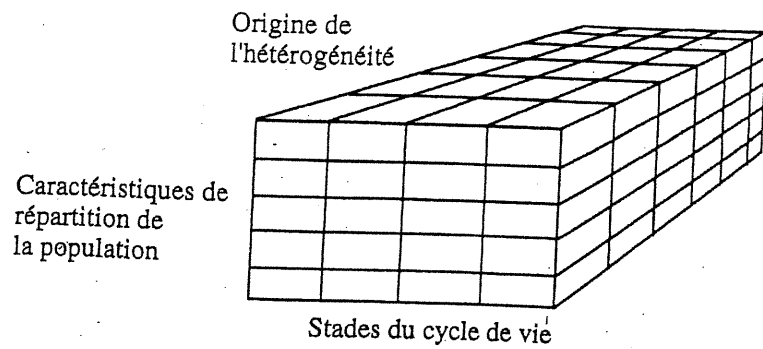
Les facteurs opérants au début de la vie de l'individu déterminent son statut socio-économique et son état de santé.

Statut socio-économique ou position sociale:

« (...) division de la population (...) en utilisant ou en combinant le revenu, la catégorie professionnelle, ou le niveau d'éducation » (Hertzman, 1996).

ANNEXE 2

**Modèle de l'hétérogénéité
développé par Hertzman, Frank et Evans**



<i>Stades du cycle de vie</i>	<i>Caractéristiques de répartition</i>	<i>Origine de l'hétérogénéité</i>
1. Période périnatale : avant la naissance et jusqu'à 1 an	1. Catégorie socio-économique	1. Causalité inversée
2. Période des accidents : 1-44 ans	2. Ethnicité et migrations	2. Variations dans la vulnérabilité
3. Maladies chroniques : 45-74 ans	3. Géographiques	3. Mode de vie individuel
4. Sénescence : 75 ans et plus.	4. Sexe	4. Environnement physique
	5. Populations spécifiques	5. Environnement social
		6. Inégalité d'accès aux services de santé

Figure 3.1. Modèle de classement de l'hétérogénéité de l'état de santé des populations.

ANNEXE 3
Liste des recommandations

1. Il faut reconnaître les effets du social sur l'état de santé au lieu de miser seulement sur les facteurs de risque. On doit accepter l'idée que les facteurs environnementaux, sociaux et culturels ont une influence sur l'état de santé. Aussi faire seulement des politiques visant des facteurs de risque spécifiques ne donne pas de bons résultats car les différences peuvent s'exprimer alors dans d'autres maladies.
2. Il faut reconnaître que la santé est un bien collectif.
3. Il faut agir sur les déterminants de la santé (l'environnement social et économique, l'environnement physique, les habitudes de vie, les compétences individuelles, les services de santé, les services sociaux, la génétique et la biologie humaine) en regroupant les différents ministères pour intégrer leurs politiques afin d'éliminer la pauvreté. L'État doit faire des interventions multisectorielles pour s'attaquer au problème dans son ensemble : faire des politiques en santé dans d'autres ministères que celui de la santé et intégrer la dimension santé dans les politiques sociales et économiques.
4. Il faut augmenter la recherche sur les déterminants sociaux de la santé pour avoir plus de connaissances sur le lien entre le social et l'état de santé et cerner l'effet des inégalités sur l'état de santé. On doit également augmenter le financement de la recherche sur les déterminants non médicaux de la santé et accroître la diffusion des connaissances.
5. Il faut prendre conscience du lien entre l'économie et la santé.
6. Le gouvernement doit viser les déterminants non médicaux de la santé, faire de la santé une priorité sociale, faire des planifications intersectorielles et évaluer l'impact des politiques sur la santé. Les politiques doivent s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé, pas seulement au système de soins.
7. Il faut identifier les types de morbidité les plus affectés par le statut socio-économique.
8. Il faut faire des politiques pour réduire les inégalités socio-économiques. Il faut donc évaluer l'impact des politiques sur le mode de vie et les conditions socio-économiques et faire des politiques visant différentes facettes des déterminants sociaux de la santé. Les interventions doivent être différentes selon le statut socio-économique des personnes visées.

9. Il faut agir sur les facteurs internes (motivation, volonté) et externes (intégration sociale) des individus.
10. Il faut définir la santé en tenant compte des aspects du bien-être mental, physique et social.
11. Il faut faire des politiques d'amélioration de la santé.
12. Il faut sensibiliser la population aux déterminants sociaux de la santé (bestsellers, journaux, médias), la convaincre de la nécessité de réduire les inégalités sociales, obtenir son soutien pour faire des réformes sociales et une réorganisation des politiques en santé. Il faut également modifier les croyances face à la santé et créer une ambiance favorable aux réformes sociales (success stories).
13. Il faut faire de nouvelles politiques sociales (définir les objectifs en santé, souhaiter réduire les inégalités, élaborer des politiques sociales, respecter la démocratie).
14. Il faut faire une meilleure redistribution des richesses et viser particulièrement les pauvres et ceux à la limite de la pauvreté pour réduire les écarts entre les statuts socio-économiques.
15. Il faut faire une distribution plus équitable des richesses.
16. Il faut viser la santé en général par des politiques d'équité sociale et de soutien social.
17. Il faut reconnaître les coûts d'avoir un enfant en offrant un soutien au revenu afin de diminuer l'écart entre les familles avec et sans enfants, de meilleurs programmes de prestations, et une réduction d'impôts pour les familles avec des enfants.
18. Il faut améliorer les conditions de vie par une équité fiscale.
19. Il faut stimuler la productivité pour augmenter la prospérité.
20. Il faut faire des programmes de marché (plein emploi) et des réformes sociales plus larges au lieu de miser sur la prospérité.
21. Il faut transférer une partie des ressources du système de soins au bénéfice des jeunes et des personnes productives (investir dans l'environnement social, la baisse du taux de chômage, la diminution de la pauvreté et l'amélioration des conditions de travail).
22. Il faut réduire les inégalités entre les individus en réduisant le taux de chômage et en améliorant la stabilité du revenu.

23. Il faut viser le chômage, le travail à temps partiel, l'insécurité financière, l'anxiété, le sentiment de contrôle sur ses finances, le plein emploi, la croissance économique et la baisse du déficit.
24. Pour réduire le taux de chômage : faire un partage du temps de travail et de la masse salariale, faire des programmes de formation et de recyclage de la main-d'œuvre.
25. Le patronat et les syndicats doivent diminuer les inégalités entre les travailleurs.
26. Il faut cibler les inégalités dans l'accès aux programmes de prévention et de promotion de la santé au travail.
27. Il faut faire des politiques de congés pour des raisons familiales.
28. Il faut prendre conscience des coûts sociaux du chômage.
29. Il faut améliorer les conditions de travail, la formation et la sécurité au travail, et réduire les accidents de travail, le rythme et la répétition au travail.
30. Il faut augmenter la participation à la prise de décisions, l'utilisation des compétences et l'autonomie des travailleurs.
31. Il faut intégrer les jeunes sur le marché du travail, y maintenir ceux qui sont touchés par des retraites involontaires et faciliter la transition entre l'école, le marché du travail et la retraite.
32. Le gouvernement doit stimuler la création et le maintien des emplois.
33. Les entreprises et les écoles doivent se réorganiser selon les besoins de la nouvelle famille.
34. L'État doit réduire le financement accordé au système de soins pour augmenter celui des programmes de prévention, et il doit réorganiser les dépenses dans le système de soins en augmentant les programmes de prévention en santé publique.
35. Il faut transférer une partie des ressources du système de soins ailleurs. Il est donc nécessaire de contrôler les dépenses du système de soins pour éliminer ses caractéristiques inefficaces, d'évaluer les politiques et de réduire les ressources accordées au système de soins (supprimer les caractéristiques inefficaces du système de soins pour réinvestir les ressources dans les politiques sociales).
36. Il faut augmenter la concurrence dans le système de soins et mettre sur pied un système d'évaluation du rendement et de l'efficacité. Il faut examiner les coûts et les bénéfices du système de soins.
37. Il faut rendre le système socio-sanitaire moins curatif et plus axé sur les déterminants sociaux de la santé.

38. Il faut assurer une continuité des services (stabiliser les équipes et les programmes d'intervention, développer la précocité et la souplesse des interventions).
39. Il faut effectuer une décentralisation vers les régions pour mieux répondre aux besoins et augmenter la participation sociale.
40. Il faut faire une éducation populaire pour augmenter la promotion de la santé et la prévention.
41. Il faut remplacer un plaisir par un autre.
42. Il faut augmenter les services offerts par des non professionnels de la santé.
43. Il faut augmenter la prévention.
44. Il faut continuer à offrir un bon système de soins et de bons soins car ils augmentent l'espérance de vie, diminuent la douleur et permettent une plus grande productivité sur le marché du travail (réadaptation des travailleurs)
45. Il faut voir les coûts et les bénéfices des politiques visant la santé.
46. Il faut favoriser la désinstitutionnalisation.
47. Il faut débattre du financement et de la régulation du système de soins.
48. Il faut repenser la distribution des ressources dans les services de santé (augmenter les services communautaires afin de faciliter l'accès aux services en santé, diminuer les ressources accordées aux technologies).
49. Il faut établir quels sont les bénéficiaires et les victimes des coupures dans les services de santé.
50. La prévention et les messages doivent cibler le public, les politiciens et les entreprises.
51. Il faut diminuer les mauvaises habitudes de vie en incitant les individus à adopter de meilleures habitudes de vie et des comportements non à risque.
52. Il faut réduire l'analphabétisme chez les adultes.
53. Le personnel de la santé doit encourager les pauvres à adopter de meilleurs comportements.
54. Il faut promouvoir les bons comportements face à la santé et donner les ressources nécessaires à l'adoption de ces comportements.
55. Il faut augmenter la « capacité générale de résistance à la maladie » des individus en diminuant leur vulnérabilité.
56. Il faut consulter les individus vulnérables pour élaborer des solutions.

57. Il faut développer des connaissances sur la culture populaire pour faire de la prévention, de la vulgarisation et des interventions qui tiennent compte de ses conceptions et de ses conditions de vie. Il faut également utiliser les caractéristiques et les valeurs de la culture populaire dans l'organisation des services de santé.
58. Il faut augmenter l'égalité entre les hommes et les femmes.
59. Il faut cibler particulièrement les enfants de familles monoparentales, les jeunes avec des emplois précaires, les assistés sociaux, les réfugiés et les sans-abri. La présence du gradient socio-économique implique que toute la population doit être visée par les politiques. Il faut donc faire des politiques ciblées *et* universelles. Les politiques sociales et économiques doivent permettre de réduire les inégalités sociales et les écarts dans le gradient socio-économique de la santé.
60. Il faut augmenter les connaissances sur la santé en milieu populaire pour réduire sa dépendance vis-à-vis la médecine.
61. Cibler les groupes les plus vulnérables pour diminuer la pauvreté et l'isolement.
62. Il faut viser la structure de la pauvreté (interventions politiques, économiques et sociales).
63. Il faut réduire les cas de faible poids à la naissance et faire des programmes préscolaires (surtout dans les milieux pauvres).
64. Il faut diminuer la pauvreté infantile, améliorer l'environnement et les conditions sociales des enfants par des programmes de soutien et d'aide (visite à domicile pour améliorer les comportements face à la santé, service de garde, des programmes préscolaires, des programmes scolaires enrichis).
65. Il faut inclure les femmes et les enfants dans la culture et les politiques.
66. Il faut s'assurer que la femme a un bon niveau de scolarité.
67. Il faut améliorer les conditions de vie et l'environnement des milieux défavorisés. Il faut également diminuer la précarité de l'environnement.
68. Il faut améliorer les conditions sociales et économiques, les conditions de vie, l'environnement social, et l'hygiène sociale (société conviviale, créatrice et équitable).
69. Il faut réduire la pauvreté chez les personnes âgées par un soutien financier, des activités bénévoles, de bons moyens de transport, un meilleur soutien social, de meilleures habitudes de vie et de bons services leur permettant de continuer d'habiter dans leur domicile.

70. Il faut utiliser une mesure du déficit social.
71. Le gouvernement doit développer des stratégies communautaires (travail communautaire et intergénérationnel).
72. Il faut augmenter les interventions communautaires : répondre aux besoins élémentaires, augmenter l'intégration sociale et l'autonomie (exemples : soutien alimentaire, coopératives de logement, alphabétisation, maisons pour femmes victimes de violence).
73. Il faut augmenter la mobilisation, le leadership et les programmes communautaires.
74. Il faut augmenter les services communautaires offerts aux personnes ayant le plus de besoins.
75. Il faut solidifier le partenariat école/marché du travail dans la communauté et offrir un plus grand encadrement dans les écoles.
76. Il faut augmenter les activités para-scolaires, les emplois dans la communauté, la prévention et le soutien aux personnes âgées.
77. Il faut augmenter les organismes de développement communautaire et mettre le contrôle des finances sous le pouvoir régional.
78. Il faut stimuler l'initiative communautaire en simplifiant les structures pour permettre une plus grande autonomie.
79. Il faut augmenter le financement des programmes locaux, la formation de bénévoles et les centres d'information sur la santé.
80. Il faut augmenter la participation communautaire aux décisions concernant les conditions de vie et la création d'un environnement plus sain et augmenter l'intégration dans les interventions communautaires (individus, familles, leaders, organisation communautaire).
81. Il faut diminuer la pauvreté (en ciblant les groupes défavorisés), les inégalités sociales et améliorer les conditions de vie en augmentant la solidarité sociale, l'entraide et les interventions socio-sanitaires.
82. Il faut diminuer la méfiance et les préjugés à l'endroit des pauvres.
83. Il faut augmenter le soutien social des jeunes et leurs relations interpersonnelles, et réduire le décrochage scolaire.
84. Il faut réduire l'injustice, la solitude et l'exclusion et prévenir la détérioration du tissu social.
85. Il faut intégrer socialement les individus de milieux pauvres.