



Introduction à l'équité en santé

Module 1 : Qu'entend-on par iniquités de santé?



National Collaborating Centre
for Determinants of Health
Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

Public
Health
Ontario

Santé
publique
Ontario

Table des matières

Contents

Bienvenue	2
À propos du cours.....	3
Fonctionnement du cours	4
Objectifs d'apprentissage	5
Contexte	6
Qu'entend-on par santé?	7
Qu'entend-on par iniquités de santé?	8
Différences entre égalité et équité	12
Pourquoi l'équité en santé a-t-elle de l'importance pour la santé publique et la société?.....	16
Testez vos connaissances	18
Iniquités de santé au Canada	19
Expérience vécue.....	22
Gradient social de santé	25
Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada.....	28
Maintenant, à votre tour d'explorer les données.....	29
Expérience vécue	30
Sommaire	34
Testez vos connaissances	35
Ressources, Références bibliographiques et Terminologie	39
Ressources.....	40
Références bibliographiques	41
Terminologie.....	44

Bienvenue



National Collaborating Centre
for Determinants of Health
Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

Public
Health
Ontario

Santé
publique
Ontario

Avis de non-responsabilité

Cet outil peut être utilisé librement, sans autorisation et uniquement à des fins non commerciales, à condition de mentionner la source, c'est-à-dire le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Santé publique Ontario.

Il est formellement interdit d'en modifier le contenu sans l'autorisation écrite explicite du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et de Santé publique Ontario.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) est situé à Mi'kma'ki, le territoire ancestral et non cédé du peuple micmac. Il est financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les points de vue exprimés dans les modules ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Veillez citer l'information contenue dans le présent cours comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Santé publique Ontario. (2019). *Cours d'introduction à l'équité en santé* (en ligne). CCNDS, SPO : Antigonish (N.-É.) et Toronto (Ont.).

À PROPOS DU COURS

Bienvenue au cours d'introduction à l'équité en santé — des modules d'autoapprentissage en ligne produits à l'intention des professionnels de la santé publique par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, ou CCNDS, en partenariat avec Santé publique Ontario.

Le cours porte sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé. Lorsque vous aurez terminé le cours :

- Vous serez en mesure de définir les principaux concepts d'équité en santé; décrire la façon dont se créent et se perpétuent les iniquités de santé; expliquer l'importance de l'équité; recueillir des données sur l'état de la situation et les tendances en matière d'iniquités de santé au Canada.
- Vous saurez en outre expliquer ce que peuvent faire les professionnels de première ligne et les décideurs — de toutes les disciplines, sphères et administrations de santé publique — pour réduire les iniquités de santé à partir d'exemples concrets.
- Vous serez capable de reconnaître l'influence que votre position sociale et votre expérience personnelle exercent sur votre schème de pensée au sujet des iniquités de santé. Vous saurez ce qui, chez vous, vous empêche ou vous incite à passer à l'action. Vous aurez étudié comment accroître votre conscience des effets des conditions de vie quotidienne et des structures sociales sur la santé et l'équité en santé.
- Enfin, vous aurez appris comment les organismes de santé publique peuvent renforcer leur capacité de travailler dans le sens de l'équité en santé, à partir d'exemples concrets tirés de diverses sphères organisationnelles, y compris les autorités de santé régionales, les bureaux de santé, et les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral.

FONCTIONNEMENT DU COURS

Durant ce cours d'environ deux heures et demie, vous explorerez les concepts d'équité en santé à l'aide d'exercices pratiques et interactifs, de vidéos, d'études de cas et de tests de connaissances. Vous aurez aussi le temps de réfléchir au lien entre les concepts, les attitudes ou les compétences étudiés dans chaque module et votre propre contexte de travail. Chaque module se termine sur des ressources, des références bibliographiques et des définitions.

Il faut au moins 2 h 30 pour terminer les 5 modules. Nous vous recommandons de prendre une pause à la fin d'un module, avant de commencer le suivant.

Pour en savoir plus sur le processus d'élaboration du cours, veuillez consulter la section **Contexte et remerciements** à la fin du cours.

Objectifs d'apprentissage

Dans ce premier module, vous étudierez le concept d'iniquité de santé et les données montrant les disparités de santé entre certains groupes de population au Canada.

À la fin du module, vous saurez :

1. définir les principaux concepts d'équité en santé, par exemple :
 - santé,
 - équité en santé et iniquité de santé,
 - gradient social de la santé;
2. interpréter les données sur la situation des iniquités sociales de santé et le gradient social de santé au Canada;
3. expliquer l'importance de l'équité en santé dans le domaine de la santé publique et la société en général.

Il faudra compter environ 20 minutes pour terminer le module.

Contexte

Tout au long du cours, vous suivrez le parcours de Tanis. Tanis est une infirmière en santé publique. Depuis trois ans, elle est responsable de l'équité en santé à son bureau de santé publique. Elle est aussi maintenant à la tête du nouveau groupe de travail créé pour étudier et améliorer l'équité en santé dans sa région. Ce groupe de travail intersectoriel est composé de gens de la santé publique, mais aussi de partenaires de la collectivité. Les membres n'ont pas tous la même compréhension de l'équité en santé ni de la meilleure façon d'y arriver.

Dans chaque module, Tanis cherchera à exposer son groupe de travail à toutes sortes d'idées, de mises en situation et de personnes (p. ex. des spécialistes interviewés en cours de route). Elle veut ainsi bousculer les perceptions de ses membres au sujet de l'équité en santé, aider à bâtir une compréhension commune de la question, et les faire réfléchir aux mesures et responsabilités possibles pour favoriser l'équité en santé dans leur région.

Passez à la première leçon pour en savoir plus.

Qu'entend-on par santé?



« La santé concerne l'état complet de bien-être physique, spirituel, mental, économique, émotionnel, environnemental, social et culturel de l'individu, de la famille et de la collectivité. »

– [Glossaire du CCNDS](#)¹

Dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé², on souligne que la santé est un « concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques ». Bref, la santé est une ressource qui permet aux individus et aux groupes de réaliser leurs ambitions³.

Les personnes vivant au Canada se portent bien dans l'ensemble⁴. Les gens vivent plus longtemps et en meilleure santé que dans la dernière décennie. Toutefois, la santé et le fardeau de la maladie ne sont pas répartis de manière égale. Certains groupes de la population générale sont en moins bonne santé que d'autres, et la situation nuit à tout le monde.



Prenez quelques minutes pour réfléchir à votre conception de la santé.

Qu'entend-on par iniquités de santé?

En sachant qu'ils devront se concentrer sur l'équité en santé au cours des prochains mois, les membres du groupe de travail de Tanis veulent savoir ce que Connie Clement (directrice scientifique émérite du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé) appelle l'équité en santé, et comprendre le lien entre ce concept et la justice sociale.

Lisez ci-dessous ce que Connie avait à dire au groupe dans un vidéobavardage.



Je pense qu'il est important de tenir compte de la justice sociale dans notre réflexion au sujet de l'équité en santé, parce que cela concerne la répartition juste et équitable des possibilités, des privilèges et de la richesse. Ainsi, dans mon esprit, cela établit un lien entre les concepts d'équité, d'impartialité et d'éthique de manière à ce que tout le monde ait de meilleures chances.

Quand nous parlons d'iniquité, trois facteurs ont fait l'objet d'une définition très claire. À ce sujet, tout le crédit va à Margaret Whitehead, une pionnière dans ce domaine. L'iniquité est forcément systématique. Nous pouvons en dégager des généralités. L'iniquité est un produit de la société, notamment de nos politiques ou de nos processus sociaux, et elle est généralement considérée comme injuste. Cette dernière question fait donc allusion à l'éthique et aux valeurs. Par conséquent, tout le monde ne considérera pas nécessairement comme injuste ce que je considère comme injuste. Il y a toutefois toujours une norme sociale.

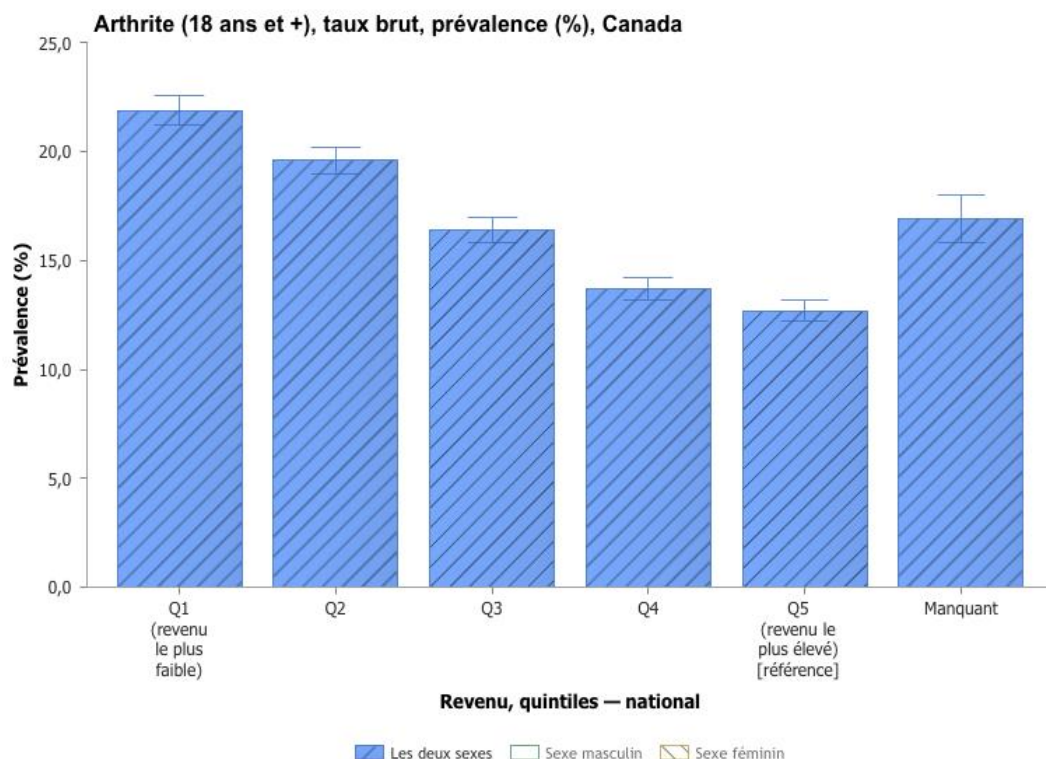
La plupart des gens au Canada pensent qu'il n'est pas juste pour les enfants des familles pauvres de ne pas avoir un bon départ dans la vie, le genre de bon départ auquel ont droit les enfants des familles plus aisées. Ma façon d'envisager l'équité en santé et ce qui se trouve dans notre corridor ici sont des signes importants qui disent : imaginez un Canada ou un monde où tout enfant a les mêmes chances dès sa naissance de vivre sa vie d'adulte en santé, quels que soient son lieu de naissance, les circonstances de sa naissance et ses parents. Nous sommes si loin de faire de ce rêve une réalité au Canada, mais nous devrions tous y aspirer.

L'équité en santé renvoie aux différences dans l'état de santé de divers groupes de population en raison d'une répartition injuste des ressources sociales et économiques nécessaire pour vivre en santé⁵. Par exemple, les ressources sociales peuvent prendre la forme du soutien émotionnel offert par la famille et les amis ou de l'aide et des services offerts dans la collectivité. Le niveau de scolarité, l'emploi et le revenu sont des formes de ressources économiques.

Nous appelons « iniquités de santé » les différences dans l'état de santé si elles présentent les caractéristiques ci-dessous⁵.

Systematiques

Les iniquités de santé se manifestent constamment de la même dans la population, car les individus et les groupes qui sont dans une position sociale plus élevée ont une meilleure santé que les personnes qui sont dans une position sociale inférieure⁵. La position sociale d'une personne ou d'un groupe fait référence à la place que ces personnes occupent dans la hiérarchie sociale en général. Les facteurs qui déterminent cette place sont, par exemple, l'accès aux ressources, le pouvoir politique, le prestige et la discrimination. Ces facteurs sont tous influencés à leur tour par d'autres facteurs, comme le revenu, le sexe, l'identité de genre et l'expression de genre, l'orientation sexuelle, la race, les croyances religieuses et les capacités⁶. Comme le montre le graphique ci-dessous, au Canada, les maladies chroniques sont plus fréquentes chez les groupes de population à faible revenu que chez celles au revenu élevé⁷.



Source : Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada, édition 2017 [Internet]. Une collaboration entre l'Agence de la santé publique du Canada, le Réseau pancanadien de santé publique, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé.

Évitables

Les iniquités de santé sont le fruit d'une répartition inégale des ressources et des possibilités dans notre société. Il serait possible de les éviter si les individus, les organismes, les entreprises et le gouvernement unissaient leurs forces pour répartir ces ressources différemment⁵. Par exemple, les personnes à faible revenu ont en général un accès moins facile et moins adéquat aux aliments. On parlera donc d'insécurité alimentaire, une situation qu'il serait possible d'atténuer grâce à des stratégies comme la hausse des prestations d'aide sociale, le logement abordable et l'augmentation des tranches du revenu imposable, ce qui améliore la situation des groupes de population marginalisés⁸.

Inéquitables et injustes

Les iniquités de santé se rapportent aux différences de santé qui sont injustes du point de vue de la justice sociale et des droits de la personne⁵. La justice sociale appelle une société où les individus et les groupes ont les mêmes droits fondamentaux, sont traités de manière juste et reçoivent une part équitable des avantages de la société⁹. Dans le contexte de la santé, la justice sociale concerne en outre l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population, ainsi que le traitement équitable des personnes marginalisées¹⁰. Par exemple, l'accès à l'eau potable propre est un droit fondamental¹¹. Un grand nombre de personnes des Premières Nations du Canada

qui vivent dans une réserve n'ont pourtant pas accès à de l'eau potable propre et salubre, une ressource que la plupart des non-autochtones du Canada tiennent pour acquise¹². Cette injustice résulte de facteurs contributifs — comme la colonisation (période durant laquelle les peuples autochtones ont été installés sur des territoires réservés de piètre qualité), de la discrimination environnementale et de l'assimilation imposée avec le système scolaire résidentiel — qui ont mené à l'effritement du capital humain et de l'expertise dans les réserves¹².



Remarque au sujet de la terminologie

Les expressions « iniquités de santé », « inégalités de santé » et « disparités de santé » s'utilisent parfois de manière interchangeable. Ces expressions font référence à des différences mesurables dans l'état de santé de personnes ou de groupes de population⁵. Dans votre travail, vous pouvez vous attendre à rencontrer les trois expressions. Bien des gens les considèrent comme des synonymes¹³.

Aux fins du présent cours, nous avons choisi d'utiliser l'expression « iniquités de santé » pour parler des différences qui sont spécifiques à l'état de santé et socialement construites, et que les valeurs et l'éthique dans le domaine de la santé publique poussent à corriger⁸. Par exemple, le faible taux d'immunisation des enfants dans les ménages monoparentaux par comparaison aux ménages formés d'un couple parle d'une différence d'état de santé socialement construite et injuste que les acteurs de la santé publique ont le devoir moral de corriger¹⁴. En revanche, le fait que les skieurs subissent plus souvent des blessures liées au ski comparativement aux non-skieurs n'a rien à voir avec des iniquités sociales fondamentales.

Maintenant, étudions ces concepts de plus près.

Différences entre égalité et équité

Vidéo : différences entre égalité et équité

Adaptation : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). (2017). Cours sur l'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) [Internet]. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario ET Community View Collaboration. (2015). Saskatoon Health Region advancing health equity. Saskatoon (Sask.).

Au Canada, tout le monde, sans exception, devrait avoir la chance d'atteindre tout son potentiel sur le plan de la santé, quelle que soit sa position sociale. Nous pouvons atteindre l'équité en santé en répartissant équitablement les ressources, les chances et le soutien nécessaires pour que la population puisse vivre en bonne santé. Il s'agit de les répartir en fonction des besoins.

Considérez le scénario suivant.

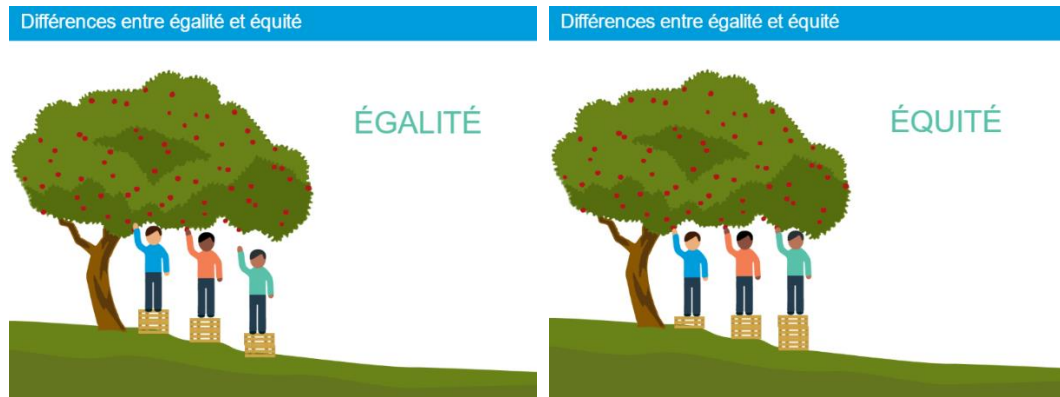
Différences entre égalité et équité



Trois enfants sont dans un verger à essayer de cueillir des pommes. Malheureusement, le pommier se trouve sur la pente d'une colline. Impossible pour les trois enfants de cueillir les pommes à cause de leur position sur la pente. Le premier enfant est le seul à y arriver... presque.

S'ils utilisaient des boîtes, ils auraient de meilleures chances.

Selon vous, comment les enfants pourraient-ils répartir les boîtes?



S'ils se donnaient le **même nombre** de boîtes chacun, chaque enfant aurait deux boîtes. Appliqué au contexte de la santé, le principe reviendrait à offrir à tout le monde la même quantité de ressources.

Toutefois, si les enfants répartissaient les boîtes **équitablement** en fonction de leurs besoins respectifs, chacun recevrait alors le nombre de boîtes approprié à son besoin. Autrement dit, il y aurait une juste répartition des ressources, un accès équitable aux chances et une aide offerte équitablement à chaque personne.

L'enfant le plus haut sur la colline reçoit donc une boîte, parce qu'il est celui le plus proche des fruits. L'enfant du milieu reçoit deux boîtes, et l'enfant le plus bas sur la colline en reçoit trois. Il n'y a maintenant plus aucune différence dans la chance ou la capacité de chaque enfant d'atteindre les pommes dans l'arbre.

Différences entre égalité et équité



Quel lien peut-on établir entre ce concept d'équité et la santé? Supposons que les pommes des enfants représentent un bon état de santé et que les boîtes représentent les programmes et politiques visant à promouvoir la santé.

L'équité en santé surviendra lorsqu'il n'y aura plus aucune différence produite socialement dans la chance de chaque enfant d'atteindre les pommes à cause de leur position sur la pente. Dans notre récit, les différentes positions sur la pente constituent le facteur qui empêche certains enfants d'accéder aux pommes et, donc, d'arriver à vivre en bonne santé. Dans la réalité, les différences entre les individus et les groupes sont souvent le résultat de nos conditions de vie : sociales, économiques et environnementales. Par exemple, l'enfant le plus haut sur la pente peut être plus avantageux en raison de sa classe sociale, de sa race ou de son genre que les enfants plus bas sur la pente. Il est donc plus facile pour lui de vivre en santé. Nous reviendrons sur ce point dans le module 2.



Équité en santé

Équité sont la définition même de la répartition équitable des ressources et des possibilités de vivre en santé et de l'équité en matière de santé.

Dans notre récit, nous avons défini l'équité comme étant une répartition équitable des ressources et des chances de vivre en santé, et parlé de l'équité des résultats de santé. La répartition équitable pourrait tout aussi bien se définir comme étant l'accès équitable aux programmes et aux services, la capacité de vivre en santé ou les résultats ou l'état de santé.

POURQUOI L'ÉQUITÉ EN SANTÉ A-T-ELLE DE L'IMPORTANCE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA SOCIÉTÉ?

L'exemple des enfants sur la colline a permis au groupe de travail de Tanis de mieux comprendre la différence entre égalité et équité. Tanis est impatiente de communiquer aux membres les raisons pour lesquelles l'équité en santé est si importante dans le contexte de la santé publique. En effectuant des recherches, elle tombe sur la vidéo ci-dessous dans laquelle l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, la Dre Theresa Tam, explique l'importance de l'équité, à son avis, tant pour la santé publique que pour la société en général.



À mon avis, l'atténuation des iniquités de santé doit d'abord se faire au nom de la justice ou en raison de l'absence de justice. Dans ce cas-ci, atteindre l'équité en santé pourrait donc se traduire par l'élimination de tout désavantage attribuable à des facteurs échappant au pouvoir de la personne. La santé dépasse ainsi la question du choix personnel, et les décisions prises par les gens au sujet de leur santé subissent l'influence du milieu dans lequel ils ont été conçus, où ils sont nés, où ils ont été élevés et où ils ont vécu.

Je crois en outre, surtout en considérant qu'il s'agit d'un moment historique pour le Canada avec les recommandations de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, que nous reconnaissons que la colonisation et le racisme ont des effets sur nos peuples autochtones, des

Premières Nations et métis qui dépassent de loin leur pouvoir d'agir et qui nuisent énormément à leur santé.

La plupart des inégalités de santé sont en principe évitables et contournables. Et la santé publique concerne fondamentalement les conventions et la promotion de la santé. Si vous l'abordiez sous un autre angle, vous verriez alors qu'il y a beaucoup d'occasions d'approcher encore plus de l'équité en santé. Il serait par exemple possible d'investir dans le capital humain et dans les politiques de redistribution comme l'aide à la famille. Le fait de fournir un accès systématique aux soins de santé contribuerait grandement à la réduction des inégalités et à la santé.

En dernier lieu, mais non le moindre, je suis d'avis que les inégalités de santé ont une influence sur tout le monde, c'est-à-dire tout le monde dans la société, non pas seulement les groupes de population défavorisés. D'ailleurs, en y réfléchissant, nous comprenons qu'une société qui tolère un gradient socioéconomique à pente raide par rapport aux résultats de santé verra un ralentissement et un recul dans la hausse de notre espérance de vie en général et qu'elle devra payer les coûts occasionnés par un trop grand usage des services de soins de santé par un groupe de personnes relativement petit. En fin de compte, c'est logique d'un point de vue économique. En sachant qu'un petit nombre de personnes font le plus grand usage des services de santé, nous pouvons réduire le fardeau excédentaire de ces groupes de populations, ce qui aura aussi un effet sur le système de santé. Si nous aidons les personnes les plus défavorisées, nous aidons en fait l'ensemble de la population du Canada à réussir.



Remarque au sujet de la Commission de vérité et réconciliation du Canada

La Commission de vérité et réconciliation mentionnée par la Dre Theresa Tam a été mise sur pied en 2008 pour documenter l'histoire et les séquelles du système des pensionnats indiens au Canada¹⁵. Elle a recueilli le témoignage de survivants, de membres des diverses collectivités et d'autres personnes ayant subi des séquelles du système des pensionnats indiens, puis a fait état de ses conclusions dans un rapport. La Commission a accompagné son rapport d'un sommaire comportant 94 appels à l'action adressés aux acteurs de la santé et d'autres secteurs pour favoriser la réconciliation et bâtir et maintenir des relations respectueuses entre les peuples autochtones et non autochtones. Pour en savoir plus sur le sujet, consultez le site Web du [Centre national pour la vérité et la réconciliation](#).

Testez vos connaissances

Faisons un essai à l'aide de l'expression **iniquité de santé**. Parmi les exemples ci-dessous, lequel fait référence à des iniquités de santé? Sélectionnez tous les exemples qui s'appliquent.

- ☐ Différences dans le taux de mortalité selon les classes sociales.
- ☐ Différence entre les personnes les moins scolarisées et les personnes les plus scolarisées en termes d'invalidités de longue durée.
- ☐ Différences entre les jeunes et les aînés en termes de mobilité.

Mauvaise réponse :

- ☒ Différences entre les jeunes et les aînés en termes de mobilité.

Les différences observées dans le taux de mortalité selon la classe sociale et dans la prévalence des maladies de longue durée en fonction du niveau de scolarité sont toutes les DEUX des différences mesurables dans l'état de santé des personnes de divers groupes qui sont systématiques, évitables et socialement produites. En revanche, les différences de mobilité en fonction de l'âge sont le fruit de variations biologiques et ne sont pas socialement produites. Essayez de nouveau!

Bonnes réponses :

- ☒ Différences dans le taux de mortalité selon les classes sociales.
- ☒ Différence entre les personnes les moins scolarisées et les personnes les plus scolarisées en termes d'invalidités de longue durée.

Les iniquités de santé font référence aux différences qui sont mesurables dans l'état de santé de divers groupes de population et qui sont systématiques, évitables et produites socialement. Ces différences sont systématiquement observées dans les populations et peuvent être atténuées en prenant les mesures nécessaires, notamment en santé publique.

Iniquités de santé au Canada

Quelle est la situation des iniquités de santé au Canada? En 2018, l'[Agence de la santé publique du Canada](#) (ASPC) et le [Réseau pancanadien de santé publique](#) ont documenté la persistance et l'accentuation des iniquités de santé au Canada dans leur rapport intitulé [Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national](#).

Tanis le sait bien, l'accès équitable à un bon état de santé n'est pas universel. Elle veut étudier plus à fond ces iniquités de santé dans le contexte canadien afin d'en comprendre les effets sur la population. Elle a l'occasion de poser des questions à Malgorzata Miszkurka, Ph. D., gestionnaire de l'analyse en matière d'équité en santé et de la recherche stratégique à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), pour en savoir plus sur l'équité en santé au Canada et les principales constatations formulées dans le rapport. [Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national](#). Lisez la suite pour en savoir plus.

Video: Malgorzata Miszkurka

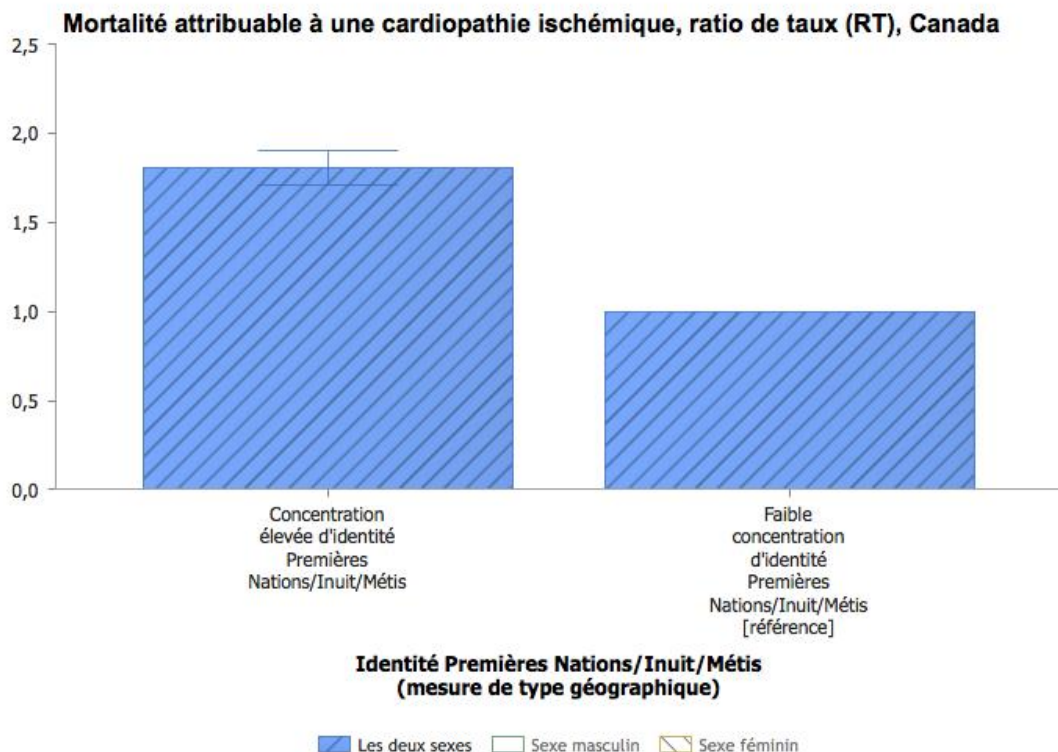


Ce rapport constitue une référence sur les inégalités en santé au Canada, et il nous aide à mettre ensemble tous les morceaux du casse-tête pour mieux comprendre où se trouvent ces inégalités-là et ce qui les influence. Donc l'ensemble de ces renseignements nous permet d'améliorer les politiques, les programmes et les décisions de planification et de nous assurer de l'efficacité des mesures adoptées pour réduire les inégalités en santé. En ce qui concerne les principaux constats, il y en a plusieurs. D'abord, il existe une importante inégalité chez certains groupes de la population comme les personnes vivant au Canada ayant un faible statut socioéconomique. D'importantes inégalités de santé sont aussi observées systématiquement pour les peuples

autochtones. Par contre, le rapport va plus loin, il démontre par exemple que les inégalités se vivent différemment chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Plusieurs groupes minoritaires font aussi face aux inégalités de santé, ce qui se retrouve dans le rapport bien décrit, notamment les minorités sexuelles. Par exemple, le rapport nous montre la relation entre l'insécurité alimentaire et l'orientation sexuelle. Donc le rapport offre un portrait exhaustif des inégalités en santé et je vous invite tout le monde à consulter cet ensemble d'évidences.

Tanis demande au groupe de travail de trouver un exemple à étudier. Voyons ce que lui proposent les membres.

Le graphique ci-dessous montre que le taux de mortalité attribuable à la cardiopathie ischémique est 1,8 fois plus élevé dans les régions à forte concentration d'Autochtones, comparativement aux régions à faible concentration au Canada. Le taux de mortalité attribuable à divers états de santé, y compris les maladies cérébrovasculaires, les maladies de l'appareil circulatoire, le cancer du poumon et les blessures non intentionnelles, est plus élevé dans la population autochtone que dans la population non autochtone⁷. Il importe d'étudier les raisons de ces iniquités systématiques.



Source : Agence de la santé publique du Canada, Réseau pancanadien de santé publique, Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé. Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada, édition 2017 [Internet]. [Dernière mise à jour le 9 mars 2018, cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de-donnees/>

Les iniquités de santé que vivent les peuples autochtones du Canada sont issues de l'histoire coloniale, y compris des pensionnats autochtones et du génocide culturel¹⁷. La colonisation et le racisme historiques et persistants d'avoir des répercussions sur la santé des Autochtones. Analyser l'état de santé des populations autochtones veut dire de prendre en compte les effets des contextes social, historique et politique qui façonnent l'état de santé des peuples autochtones d'aujourd'hui^{18,19,20,21}. Voir la section **Ressources, références bibliographiques et terminologie** du présent module pour obtenir plus d'information sur le sujet.

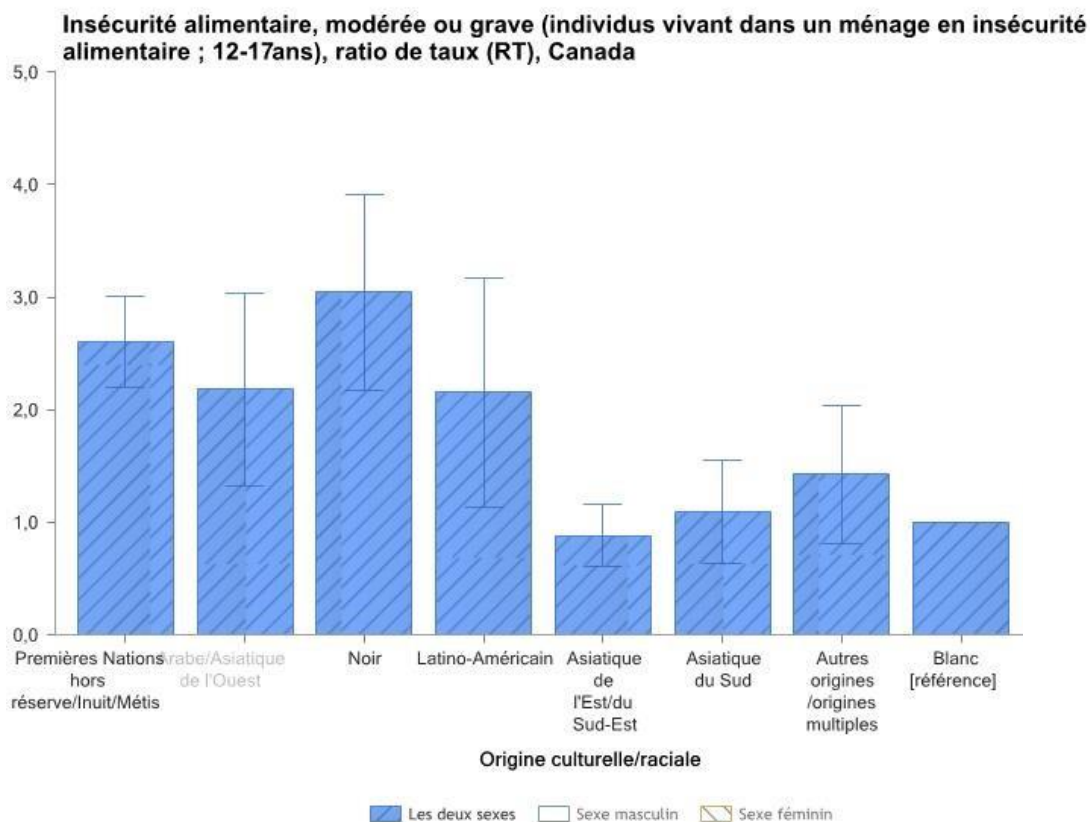
EXPÉRIENCE VÉCUE

Eliza Beardy est Oji-Crie de la Première Nation Wasagamack, une collectivité située à 600 kilomètres au nord de Winnipeg (Manitoba) et accessible en avion seulement. Elle vit aujourd'hui à Winnipeg. Écoutez-la décrire, en tant que survivante d'un pensionnat autochtone, le déchirement des parents et des enfants devant cette séparation imposée.



Ce récit fait partie de la [série « mite achimowin » \(parler du fond du cœur\)](#) que vous pouvez visionner dans le site du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. L'étude *mite achimowin (parler du fond du cœur) : La parole des femmes des Premières Nations au sujet de la santé cardiaque* a bénéficié d'un apport financier des IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada, via l'Institut de la santé des Autochtones), ainsi que du CRSH (Conseil de recherches en sciences humaines) par l'entremise du Réseau de connaissances des Autochtones en milieu urbain en partenariat avec le Nanaandawewigamig.

Enfin, le graphique ci-dessous montre le taux d'insécurité alimentaire dans les ménages en raison d'un accès inadéquat ou précaire aux aliments en raison de contraintes financières. En général, les Autochtones et les personnes racialisées (ou racisées) du Canada sont beaucoup plus susceptibles de vivre en situation d'insécurité alimentaire que les Blancs du pays. Les Autochtones et les Noirs du Canada en situation d'**insécurité alimentaire modérée ou grave** présentent des taux de 2,5 à 3 fois plus élevés que les Blancs du Canada.



Données du graphique :

Premières Nations hors réserve/Inuit/Métis
Ratio de taux (RT) : 2,60
IC 95 % : 2,19–3,01

Arabe/Asiatique de l'Ouest
Ratio de taux (RT) : 2,18
IC 95 % : 1,32–3,03

Noir
Ratio de taux (RT) : 3,04
IC 95 % : 2,17–3,91

Latino-Américain
Ratio de taux (RT) : 2,15
IC 95 % : 1,13–3,17

Asiatique de l'Est/du Sud-Est
Ratio de taux (RT) : 0,88
IC 95 % : 0,60–1,16

Asiatique du Sud
Ratio de taux (RT) : 1,09
IC 95 % : 0,63–1,55

Autres origines/origines multiples
Ratio de taux (RT) : 1,42
IC 95 % : 0,80–2,04

Blanc [référence]
Ratio de taux (RT) : 1,00
IC 95 % : –

Source : Agence de la santé publique du Canada, Réseau pancanadien de la santé publique, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé. (2017). Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada, édition 2017 [Internet]. [Dernière mise à jour le 9 mars 2018; cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de-donnees/>



Remarque au sujet de la terminologie

L'expression « personnes racialisées (ou racisées) » fait référence aux personnes traitées de manière inappropriée en raison de leur race. Il est utilisé pour montrer que la race est une construction sociale et que le processus de racialisation (ou de racisation) fait en sorte de qualifier des groupes comme différents et d'en faire la cible du racisme²².

L'insécurité alimentaire a des effets sur l'apport nutritionnel, ce qui peut nuire au maintien d'une bonne santé²³. Comme le montre le graphique pour le Canada, les personnes racialisées présentent des taux d'insécurité alimentaire plus élevés en raison des désavantages sociaux et économiques attribuables à la discrimination et au racisme structurel²⁴.

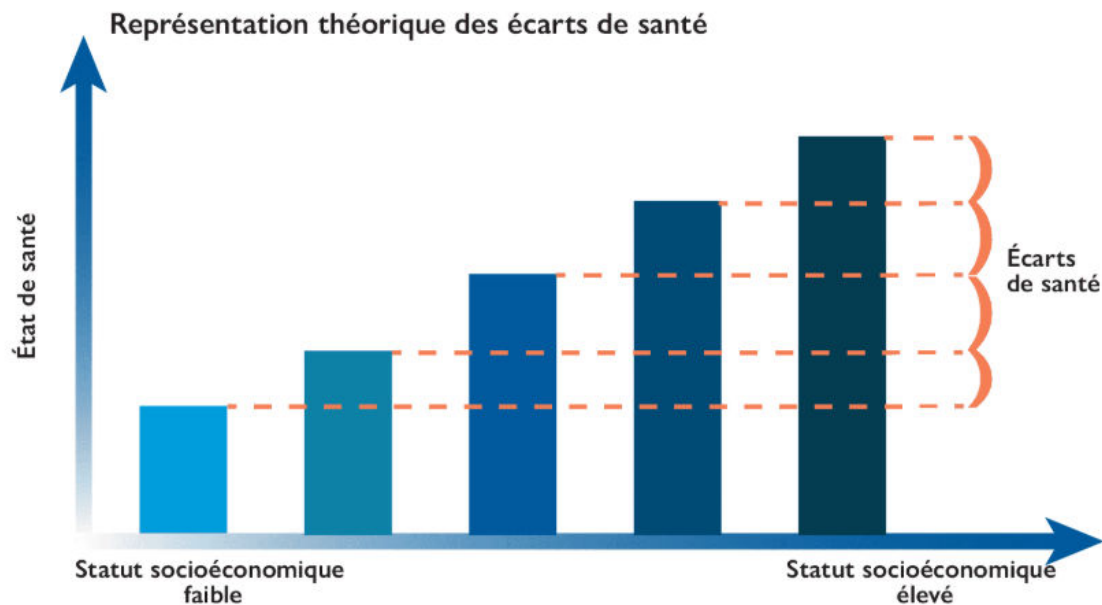


En considérant les individus, groupes et collectivités sous votre responsabilité, est-ce que des iniquités de santé vous viennent à l'esprit? Le cas échéant, lesquels?

Pour en savoir plus sur l'insécurité alimentaire au Canada, allez à la section **Ressources, références bibliographiques et terminologie**.

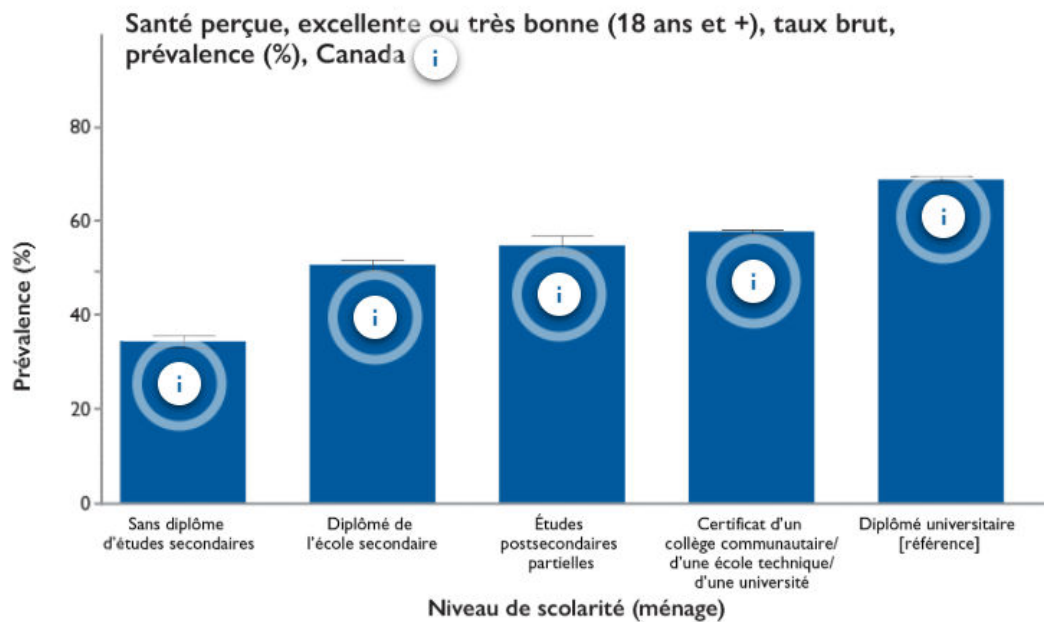
Gradient social de santé

Les différences que nous venons d'étudier relativement à l'état de santé sont toutes des exemples des iniquités de santé observées entre les personnes ayant une position sociale élevée et ceux ayant une position sociale inférieure⁵.



La différence dans l'état de santé d'une personne d'une position sociale inférieure et une personne ayant une position sociale plus élevée est visible depuis le statut socioéconomique le plus faible jusqu'au plus élevé⁵. Le statut socioéconomique fait référence à la situation financière, à l'accès aux connaissances, aux ressources et aux possibilités offertes tout au long du parcours de vie²⁵ (il est question plus en détail du statut socioéconomique et de la position dans la hiérarchie sociale dans le module 2). On appelle cette tendance systématique le **gradient social de santé**.

Le graphique ci-dessous montre le gradient social de santé en fonction du plus haut niveau de scolarité atteint par une personne dans un ménage.



Données du graphique :

Sans diplôme d'études secondaires

Taux brut : 34,8

IC 95 % : 33,7–35,9

Diplômé de l'école secondaire

Taux brut : 50,9

IC 95 % : 49,8–52,1

Études postsecondaires partielles

Taux brut : 55,0

IC 95 % : 53,2–56,9

Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université

Taux brut : 58,0

IC 95 % : 57,4–58,6

Diplômé universitaire [référence]

Taux brut : 68,9

IC 95 % : 68,2–69,6

Source : Agence de la santé publique du Canada, Réseau pancanadien de santé publique, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé. (2017). Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada, édition 2017 [Internet]. [Dernière mise à jour le 9 mars 2018; cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de-donnees/>

Comme vous pouvez le constater, plus le niveau de scolarité est élevé plus le pourcentage de personnes ayant la perception d'avoir un excellent ou un très bon état de santé grimpe aussi. Seulement 35 % des gens vivant dans un ménage où le plus haut niveau de scolarité atteint par une personne est moins qu'un diplôme d'études secondaires déclarent se sentir en excellente ou en très bonne santé, comparativement à 69 % des gens vivant dans un ménage où le plus haut niveau de scolarité atteint par une personne est un diplôme d'études universitaires.

Pour comprendre le concept de gradient social et, plus particulièrement, de gradient social dans le contexte canadien, Tanis demande à un membre de son groupe de travail de converser avec la gestionnaire de l'analyse de l'équité et de la recherche stratégique de l'Agence de la santé publique du Canada, Malgorzata Miszkurka, Ph. D.

Video: Malgorzata Miszkurka

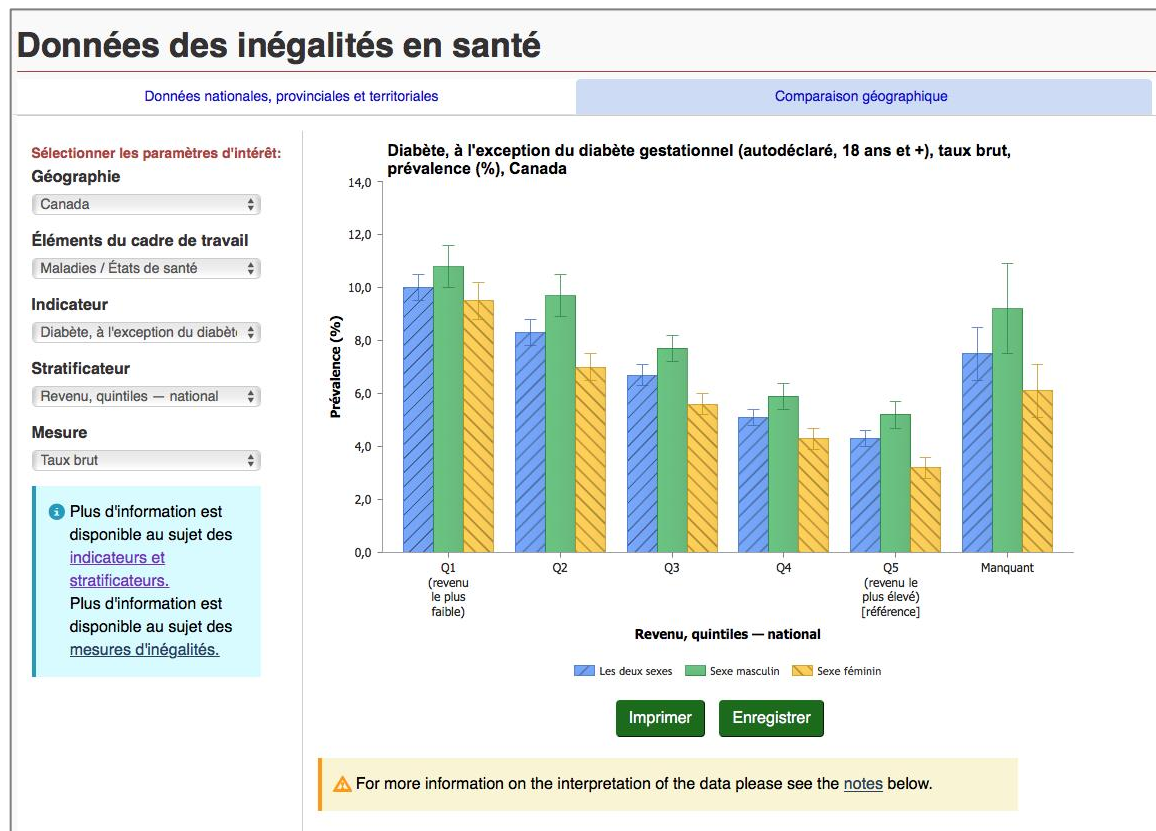


Le gradient social de santé — comme l'indique l'ensemble des données cumulées dans la littérature — montre que, de manière générale, plus la situation socioéconomique d'une personne est faible, plus sa santé ou ses résultats de santé sont mauvais. Par conséquent, les iniquités sociales de santé sur le gradient social de santé qui sont fondées le statut socioéconomique ou le revenu, le niveau de scolarité ou la profession peuvent en effet être observées dans de nombreux indicateurs. Dans le rapport sur les inégalités en santé, ce gradient social existe pour des indicateurs comme l'espérance de vie ou l'espérance de vivre en santé où on observe une baisse constante du nombre d'années à vivre à mesure que le statut socioéconomique diminue. Des tendances semblables ont été également observées parmi les indicateurs de santé mentale au Canada.

Il y a d'autres exemples de gradients socioéconomiques dans le rapport, notamment celui qui concerne les déterminants de santé, tels que l'insécurité alimentaire ou le fait de vivre dans un logement de faible qualité, donc selon un logement non conforme aux normes, ce qui fait que certaines populations au Canada vivent dans des conditions qui les mettent à plus grand risque d'avoir des problèmes de santé.

OUTIL DE DONNÉES SUR LES INÉGALITÉS EN SANTÉ À L'ÉCHELLE DU CANADA

Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada



Jusqu'à maintenant, tous nos exemples sur les iniquités sociales de santé au Canada sont tirés de l'Outil de données sur les inégalités en santé du gouvernement du Canada. Cette base de données interactive donne accès à des données sur les indicateurs de l'état de santé et les déterminants de la santé stratifiées en fonction de diverses variables socioéconomiques. L'outil peut servir à voir les inégalités en santé et le gradient social lié à la santé, à l'échelle du Canada ou de votre province ou territoire.

L'outil permet de préciser votre recherche en sélectionnant certains paramètres dans les cinq catégories suivantes :

- géographie;
- éléments du cadre de travail, répartis selon leur lien avec l'état de santé ou les déterminants de la santé;

- indicateur;
- stratificateur;
- mesure.

Par exemple, si vous voulez étudier les données nationales sur le taux de diabète chez les adultes en fonction du statut socioéconomique, vous choisiriez « Canada » sous « Géographie »; « Maladies/États de santé » sous « Éléments du cadre de travail »; « Diabète, à l'exception du diabète gestationnel (autodéclaré, 18 ans et +) » sous « Indicateur »; « Revenu, quintiles — national » sous « Stratificateur »; et « Taux brut » sous « Mesure ».

L'outil génère un graphique et un tableau sommaire accompagnés de notes que vous pouvez télécharger.

L'onglet « Comparaison géographique » vous permet de préciser encore plus votre recherche à l'aide de trois autres paramètres.

Maintenant, à votre tour d'explorer les données

Comme l'a découvert le groupe de travail lors de ses recherches, les Canadiens qui n'ont pas accès aux ressources matérielles et sociales nécessaires quotidiennement pour s'épanouir (p. ex. revenu et soutien social suffisants) présentent un taux de mortalité plus de deux fois plus élevé que les Canadiens dont l'accès à ces ressources est optimal⁷. Ces formes de défavorisation matérielle et sociale sont associées à un moins bon état de santé tout le long du gradient social.

Qu'entend-on par défavorisation matérielle?

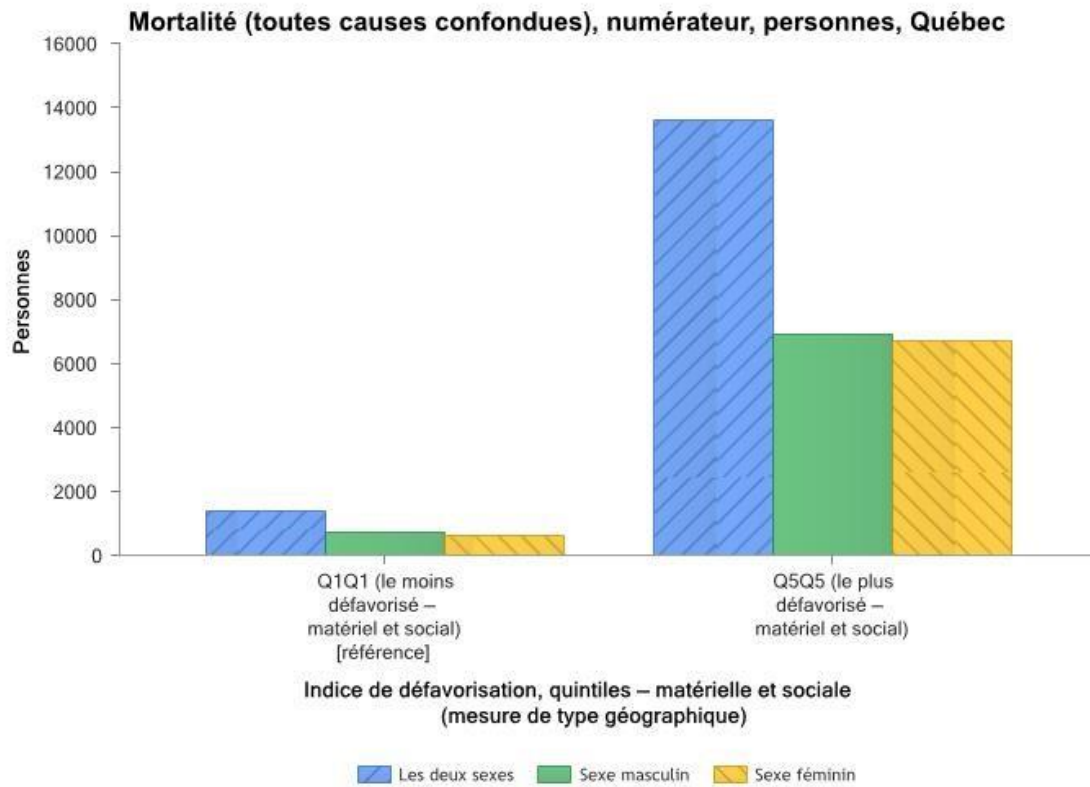
La défavorisation matérielle renvoie à « la privation de biens et de commodités de la vie courante^{21(s.p.)} ». Les indicateurs de défavorisation matérielle sont, par exemple, le niveau de scolarité, l'emploi et le revenu¹.

Qu'entend-on par défavorisation sociale?

La défavorisation sociale reflète « la fragilité du réseau social, de la famille à la communauté^{21(s.p.)} ». Les indicateurs de défavorisation sociale sont l'état matrimonial, les ménages comportant une seule personne et les familles monoparentales²³.

Maintenant, imaginez que vous participez aux recherches de Tanis et de son groupe de travail qui veulent découvrir l'incidence de la défavorisation matérielle et sociale sur les taux bruts de mortalité au Québec, plus particulièrement. Servez-vous de l'[Outil de données sur les inégalités en santé](#) pour recueillir les données pertinentes.

Vérifiez vos données en les comparant au graphique ci-dessous.



À quoi pourrait vous servir l’Outil de données sur les inégalités en santé dans votre contexte de travail? Quelles autres sources de données pourraient aussi vous être utiles?

Expérience vécue

Lisez la lettre ci-dessous qu’a rédigée une mère québécoise vivant dans la pauvreté. Cette femme décrit comment elle compose avec la défavorisation matérielle et sociale et en explique les effets sur elle-même et ses enfants.

Lettre anonyme d’une mère*

Je vais m’en sortir, vous savez, ça fait des années que cette situation nous assaille. C’est ce qui arrive quand on a été forcée de quitter les bancs d’école avant même d’avoir eu la chance de terminer son secondaire... (Non, dans mon cas, ce n’était malheureusement pas un choix, mais plutôt une question de survie et voilà que je dois toujours en faire les frais aujourd’hui.)

Depuis mon retour à l'école (donc pauvreté volontaire pour pouvoir — éventuellement — s'en sortir!), on a des hauts et des bas et honnêtement, depuis un peu plus d'un an, il n'y a pas vraiment eu de hauts. La vie est de plus en plus dure, entre autres, à cause des nombreuses augmentations de tarifs (transport, vêtement, nourriture, hydro, etc.) et des coupes excessives partout et dans tout, de l'appauvrissement des ressources communautaires et de l'intensification de l'affluence des personnes dans le besoin pour des services avec des places limitées. Je parle pour moi, mais je suis persuadée que je ne suis pas la seule qui doit subir cela.

Sur la question alimentaire, pour mes deux enfants (11 et 12 ans) et moi, la situation est devenue un épuisant et incessant problème qui préoccupe l'esprit en tout temps. En fait, tout tourne autour de ça : « Qu'est-ce que je vais leur donner à manger? » et « Quel sera l'impact sur leur santé et leur développement? ». Je me lève à tous les matins avec comme but ultime que mes enfants aient avalé trois repas soutenant et qu'au coucher, leur faim ait été comblée. Le végétarisme s'est imposé de lui-même à cause du prix inaccessible de la viande. Tout est rationné : le lait, le pain, les céréales, même le papier de toilette! Le jus? Chez nous, on n'en boit pas! Les fruits? Quand il y a de vraies réductions. Mes enfants n'ont pas le droit de fouiller librement dans le garde-manger ou dans le frigo; s'ils ont faim (ils ont tout le temps faim!), ils doivent me demander la permission... ils se butent malheureusement la plupart du temps à de déchirants refus de ma part, car tout est calculé et croyez-moi, dans notre situation, les collations sont des luxes!

La planification des repas se fait en fonction des denrées reçues au magasin-partage où je n'ai guère le choix d'aller depuis beaucoup trop longtemps. Bien souvent, ce ne sont pas des ingrédients qui seraient approuvés par des spécialistes en nutrition ou en diététique. Puis, les quantités ne conviennent pas nécessairement à une famille où il y a deux jeunes estomacs sans fond. Alors il arrive bien souvent (et mes enfants ne le savent pas) que je me prive de manger ou que j'encaisse ce qui est moins santé pour qu'ils aient le meilleur et qu'ils mangent à leur faim. Résultat, je suis souvent très fatiguée et mon corps accumule des graisses malsaines là où il n'y en avait pas avant. Mais je suis reconnaissante de chacun des aliments reçus et absolument rien n'est gaspillé, pas même les légumes mous et/ou fripés. Je peux même me vanter d'être capable de faire des miracles culinaires avec bien peu!

Malheureusement, depuis deux ans, je n'ai malheureusement plus les moyens de m'offrir le service de garde de l'école, alors cela restreint énormément mes possibilités de travailler (tout en étant aux études), ce qui m'apporterait un petit revenu d'appoint. Puis, dans mon cas, cela s'ajoute au fait que l'un de mes enfants a des besoins particuliers (trouble dans le spectre de l'autisme), ce qui fait en sorte que ma vie doit être organisée en fonction de cette réalité. C'est-à-dire que je dois assurer une surveillance constante, que je dois gérer les crises lorsqu'il y en a et

que la question du gardiennage est assez complexe. Vous comprendrez que cela représente un défi considérable de réussir à me présenter à tous mes cours (argent pour le déplacement, gardiennage et tout), à faire mes lectures et exercices et à remettre tous mes travaux à temps!

Des fois, d'autres parents me demandent à quel genre d'activités mes enfants participent... il y a quelque temps, j'arrivais encore à les inscrire à un truc ou deux dans l'année, mais là, je n'y pense même pas. Le plus déprimant là-dedans? Ils ont jeté les prospectus d'activités parascolaires avant même de me les montrer. Quand je m'en suis rendu compte, ils m'ont dit que de toute façon, ils savaient que je n'aurais pas les moyens de les inscrire.

Et ça continue... on oublie les activités; les enfants n'ont pas de vélo, ils n'ont pas de patins, ils n'ont rien pour glisser, ils n'ont même pas de pantalons de neige, etc. On oublie les sorties scolaires payantes pour les enfants. On oublie aussi la vie sociale, du moins, on la restreint au maximum. Dans mon cas, j'ai la chance de m'être liée d'amitié avec des voisines, je ne sais pas si je survivrais mentalement sans mes petits-tours-entre-deux-tâches chez elles. J'ai connu l'isolement que peut créer la pauvreté et je sais combien cela est lourd et dommageable pour la santé mentale. Ces amitiés de proximité me procurent des regains d'énergie qui me permettent de continuer mon combat!

Aussi, des fois, la pauvreté est niaiseuse. Niaiseuse parce qu'on a un « lousse » de dix dollars et qu'on se sent soudainement riche [je me trouve presque drôle avec mon utilisation du mot « lousse »]. Là, on se paie un café (un latté, ouhhh!). Devinez ce qui se passe deux ou trois semaines plus tard, quand on compte nos cennes pour s'offrir le transport pour notre cours ou une pinte de lait ou un pain? C'est qui la niaiseuse qui a savouré un café comme-si-de-rien-était? Aïe, aïe, aïe... pas facile de se pardonner dans ces temps-là. Une fois, j'ai même acheté une bouteille de vin pour un souper de filles où j'étais invitée (pour ma fête!). Nounoune, ouais, je sais... Une autre fois, j'ai eu pendant plus de deux semaines un « gros » 40 \$ dans mon compte. Il y avait tant de dépenses urgentes que je paniquais à l'idée de le dépenser pour la mauvaise urgence prioritaire. Genre, c'est quoi le plus urgent entre les cahiers pour la rentrée scolaire des enfants, la brocheuse et l'encre d'imprimante que j'ai besoin pour mes travaux d'école, des boîtes de bouffe pour les temps durs qui durent, des bas et des culottes pour remplacer ceux et celles des enfants qui sont troué(e)s ou qui ont été volé(e)s par les lutins ou bien les souliers qui disent coucou par la bouche parce que les orteils de ma fille ont réussi à se frayer un chemin au travers d'eux?

Mais bon, mis à part ça, on a quand même nos moments de joie. Je pense que mes enfants réussissent tout de même à être heureux. Tout ça fait qu'on est reconnaissante de toutes les petites douceurs de la vie et que lorsqu'on a accès à un luxe, comme manger un repas plus coûteux ou faire une sortie, c'est notre

moment à nous et nous en profitons au maximum. Je m'efforce d'être une bonne mère et de faire en sorte qu'ils ne manquent de rien et surtout, qu'ils n'en subissent pas de séquelles psychologiques plus tard. C'est pourquoi je dialogue beaucoup avec eux et je les encourage à parler de ce que nous vivons. Ils savent que j'ai fait le choix de retourner à l'école pour améliorer nos conditions de vie et je pense que c'est la meilleure chose que je puisse faire pour leur transmettre l'importance de croire en soi et en ses rêves.

Si une personne se questionne sur le bien-être de mes enfants ou la qualité de vie que je leur offre, je réponds tout simplement que je fais mon possible. Ce texte se veut une façon de démystifier (un tout petit peu) la pauvreté d'ici et, qui sait, pourquoi cela n'aiderait pas au moins un tantinet à la cause?

* Lettre initialement publiée sur le groupe Facebook : Parents de Rosemont et des environs (2 déc. 2014).

Sommaire

Maintenant que vous avez terminé le module, vous devriez mieux comprendre ce qu'est l'équité en santé, certains des principaux concepts qui s'y rattachent et son lien avec le contexte canadien. Vous devriez aussi vous être capable d'utiliser l'Outil de données sur les inégalités en santé et recueillir des données pour montrer la situation des iniquités sociales de santé et le gradient social de la santé au Canada.

Le module 2 portera sur ce qui mène aux iniquités sociales de santé, l'intersectionnalité et l'importance de l'équité en santé dans le domaine de la santé publique.

Avant de commencer, prenez le temps de réfléchir à ce que vous comprenez de l'équité en santé. Avez-vous changé votre point de vue à la lumière des exemples, des données et des cas vécus que nous avons explorés?

Testez vos connaissances

Passons en revue les concepts étudiés dans le module 1.

Q01/04

Parmi les affirmations suivantes, laquelle définit le mieux l'équité?

- ☐ Les gens reçoivent une aide proportionnelle à leurs besoins.
- ☐ Tout le monde reçoit une aide identique.
- ☐ Les gens reçoivent une aide proportionnelle à ce qu'ils ont les moyens de se payer.

Mauvaises réponses :

- ☒ Tout le monde reçoit une aide identique.
- ☒ Les gens reçoivent une aide proportionnelle à ce qu'ils ont les moyens de se payer.

L'équité suppose une aide proportionnelle aux besoins des gens, en veillant à répartir les ressources équitablement, à donner un accès aux chances de manière juste et en fournissant une aide équitable.

Bonne réponse :

- ☒ Les gens reçoivent une aide proportionnelle à leurs besoins.

Vous avez choisi la bonne réponse. L'équité suppose d'offrir une aide proportionnelle aux besoins des gens, en veillant à répartir les ressources équitablement, à donner un accès aux chances de manière juste et en fournissant une aide équitable.

Q02/04

Parmi les affirmations suivantes au sujet des iniquités de santé, laquelle est vraie?

- ☐ Les iniquités de santé sont inévitables. Elles surviennent systématiquement dans les populations où les individus et les groupes de personnes ayant une position sociale plus élevée ont une meilleure santé que les personnes ayant une position sociale inférieure.
- ☐ Les iniquités de santé sont des constructions sociales et renvoient aux différences mesurables entre les individus ou les groupes de population relativement à leur état de santé.
- ☐ Les iniquités de santé font référence à toutes les différences mesurables par rapport à l'état de santé.

Mauvaises réponses :

- ☒ Les iniquités de santé sont inévitables. Elles surviennent systématiquement dans les populations où les individus et les groupes de personnes ayant une position sociale plus élevée ont une meilleure santé que les personnes ayant une position sociale inférieure.

Les iniquités de santé sont évitables, particulièrement si la répartition des ressources est plus équitable. Elles surviennent systématiquement dans les populations où les personnes ayant une position sociale plus élevée ont une meilleure santé que les personnes ayant une position sociale inférieure.

- ☒ Les iniquités de santé font référence à toutes les différences mesurables par rapport à l'état de santé.

Les iniquités de santé renvoient uniquement aux différences évitables et injustes par rapport à l'état de santé.

Bonne réponse :

- ☒ Les iniquités de santé sont des constructions sociales et renvoient aux différences mesurables entre les individus ou les groupes de population relativement à leur état de santé.

L'accès égal à une bonne santé n'est pas universel. Les études montrent que les individus et les groupes ayant une position sociale plus élevée ont une meilleure santé que ceux ayant une position sociale inférieure.

Q03/04

Parmi les affirmations suivantes au sujet du gradient social de santé, lesquelles sont vraies?
Sélectionnez TOUTES celles qui s'appliquent.

- ☐ Le gradient social de santé est une réalité inévitable.
- ☐ Il y a un lien entre les inégalités par rapport à l'état de santé des populations et les inégalités par rapport à la position sociale.
- ☐ Le lien entre l'état de santé et le statut socioéconomique est gradué. Les personnes ayant un statut socioéconomique plus élevé ont une meilleure santé que les personnes ayant un statut socioéconomique juste en dessous, et ce, jusqu'au plus faible statut socioéconomique.

Mauvaise réponse :

- ☒ Le gradient social de santé est une réalité inévitable.

Il y a un lien entre les inégalités de santé et la position sociale, et ce lien est gradué. Le gradient social de santé découle d'une mauvaise répartition des ressources et des possibilités offertes dans notre société. Il serait évitable si les ressources étaient réparties différemment.

Bonnes réponses :

- ☒ Il y a un lien entre les inégalités par rapport à l'état de santé des populations et les inégalités par rapport à la position sociale.
- ☒ Le lien entre l'état de santé et le statut socioéconomique est gradué. Les personnes ayant un statut socioéconomique plus élevé ont une meilleure santé que les personnes ayant un statut socioéconomique juste en dessous, et ce, jusqu'au plus faible statut socioéconomique.

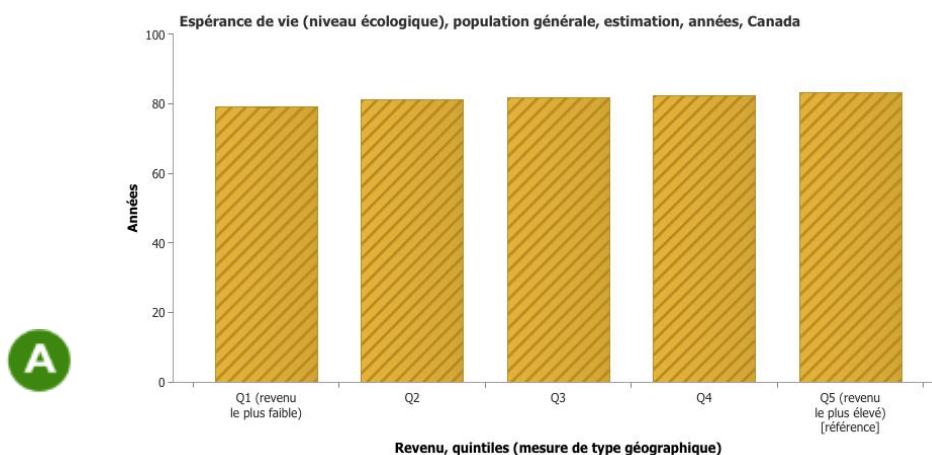
Le gradient social de santé va du plus faible statut socioéconomique au plus élevé.

Habituellement, plus le statut socioéconomique d'une personne est faible, moins bonne est sa santé.

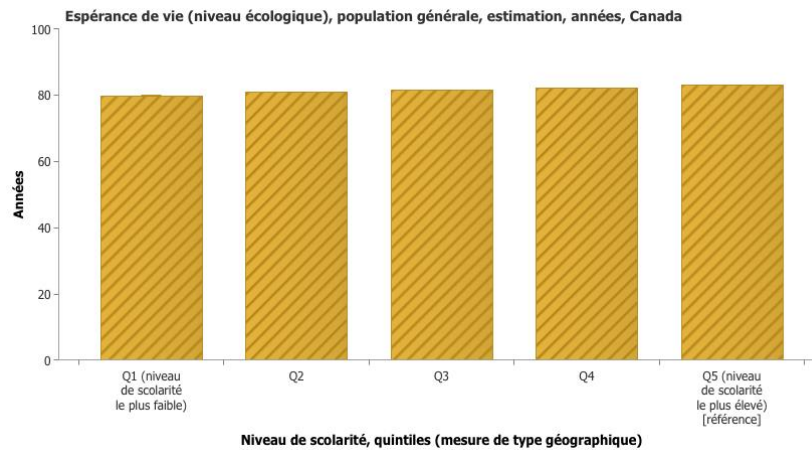
Q04/04

Parmi les graphiques ci-dessous, lequel est un exemple du gradient social de santé? Sélectionnez **TOUS** ceux qui s'appliquent.

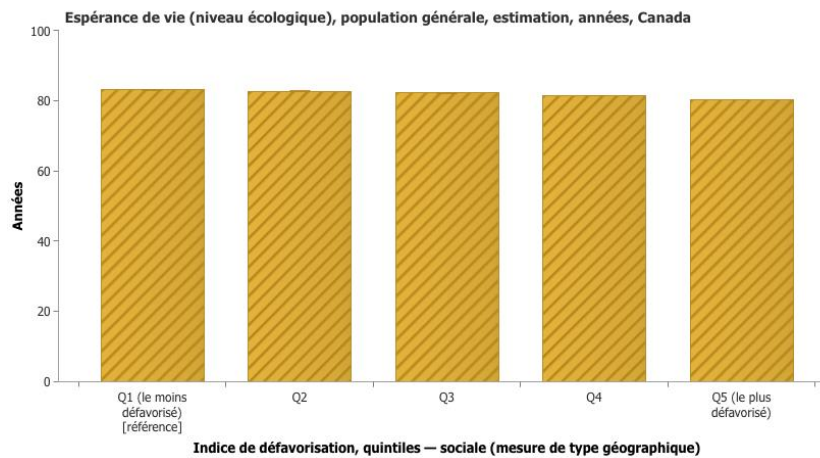
- ☐ Graphique A
- ☐ Graphique B
- ☐ Graphique C



B



C



Bonnes réponses :

- ☒ Graphique A
- ☒ Graphique B
- ☒ Graphique C

En fait, TOUS les graphiques reflètent le gradient social de santé.

Ressources, Références bibliographiques et Terminologie

RESSOURCES

- [Peuples autochtones et traumatisme historique : Les processus de transmission intergénérationnelle](#), rapport (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone)
- [Glossaire de termes relatifs aux identités et aux expériences des personnes des communautés LGBTQ](#) (Fonds Egale Canada pour les droits de la personne)
- [The impact of colonization and western assimilation on health and wellbeing of Canadian aboriginal people](#), *International Journal of Regional and Local History*, texte en anglais
- [Le racisme anti-autochtone au canada](#), page Web (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone)
- [Glossaire des principaux termes sur l'équité en santé](#) (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé)
- [Outil de données sur les inégalités de santé à l'échelle du Canada, édition 2017](#) (Agence de la santé publique du Canada, Réseau pancanadien de santé publique, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé)
- [PROOF Food Insecurity Policy Research](#) site Web en anglais (PROOF, Université de Toronto)
- [Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national](#), rapport (Agence de la santé publique du Canada; Réseau pancanadien de santé publique)
- [Centre national pour la vérité et la réconciliation](#), site Web
- [Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones](#), rapport (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Réseau francophone international pour la promotion de la santé et Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2022). Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé. Montreal (QC) : RÉFIPS; Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/glossary/>
2. Organisation mondiale de la Santé. (21 nov. 1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* [Internet]. Genève : OMS (Suisse), [citée le 16 mars 2018]. Récupérée de https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
3. Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé* [Internet]. New York, Organisation mondiale de la Santé (É.-U.), (cité le 9 avril 2018). Récupéré de <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>
<https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
4. Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Quel est l'état de santé des Canadiens? Analyse des tendances relatives à la santé des Canadiens du point de vue des modes de vie sains et des maladies chroniques* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC (Canada), [cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/how-healthy-canadians/pub1-fra.pdf>
5. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *L'équité en santé : Parlons-en* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier (Canada) [cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/health-equity>
6. Braveman, P., et S. Gruskin. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 57, no 4, p. 254-258.
7. Agence de la santé publique du Canada, Réseau pancanadien de santé publique, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé. (2017). Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada, édition 2017 [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada [cité le 23 juillet 2019]. Récupéré de <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de-donnees/>
8. PROOF. Public policy and food insecurity [Internet]. Toronto (Ont.) : Université de Toronto (Canada), [cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de <http://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2016/06/public-policy-factsheet.pdf> (en anglais)
9. Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Compétences essentielles en santé publique au Canada : Version 1.0* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC (Canada), [cité le 12

- octobre 2018]. Récupéré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf>
10. Gostin, L.O., et M. Powers. (2006). What does social justice require for the public's health? Public health ethics and policy imperatives. *Health Affairs* (Millwood). Vol. 25, no 4, p. 1053-1060.
 11. Assemblée générale des Nations Unies. (28 juillet 2010). *Résolution 64/292 adoptée par l'Assemblée générale, A/RES/64/292* [Internet]. New York (NY) : ONU (cité le 13 nov. 2018). Récupéré de <https://www.un.org/fr/ga/64/resolutions.shtml>
 12. White, J.P., L. Murphy, et N. Spence. (2012). Water and Indigenous Peoples: Canada's Paradox [Internet]. *The International Indigenous Policy Journal* [cité le 12 octobre 2018]. Vol. 3, no 3, 25 p. doi: 10.18584/iipj.2012.3.3.3
 13. Whitehead, M., et G. Dahlgren. (2006). *Concepts and principles in tackling social inequities in health: Levelling up part 1* [Internet]. Genève : OMS (Suisse), [cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf (en anglais)
 14. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Apprendre par la pratique : l'équité dans la prévention de la grippe à Saskatoon* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier (Canada), [cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/learning-from-practice-equity-in-influenza-prevention-in-saskatoon>
 15. Centre national pour la vérité et la réconciliation [Internet]. Winnipeg (Man.), Université du Manitoba [cité le 24 février 2019]. Récupéré de <https://nctr.ca/?lang=fr>
 16. Institut canadien d'information sur la santé. (2018). À la recherche de l'équité en santé : définition des facteurs de stratification servant à mesurer l'inégalité – Regard sur l'âge, le sexe, le genre, le revenu, la scolarité et l'emplacement géographique [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS (Canada), [cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de https://secure.cihi.ca/free_products/Defining-stratifiers-measuring-health-inequalities-2018-fr-web.pdf
 17. Kates, J., U. Ranji, A. Beamesderfer, A. Salganicoff, et L. Dawson, L. (2015). Health and Access to Care and Coverage for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals in the U.S. Issue Brief [Internet]. Menlo Park (CA) : The Henry J. Kaiser Family Foundation (É.-U.) [cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de <http://files.kff.org/attachment/issue-brief-health-and-access-to-care-and-coverage-for-lesbian-gay-bisexual-and-transgender-individuals-in-the-u-s-2>
 18. PROOF. Household Food Insecurity in Canada [Internet]. 2018 [mise à jour le 22 février 2018; cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de <http://proof.utoronto.ca/food-insecurity/> (en anglais)

19. Odoms-Young, A., et B. Marino. (2018). Examining the impact of structural racism on food insecurity: Implications for addressing racial/ethnic disparities [Internet]. Family and Community Health. Vol. 41, suppl., p. S3-S6. Récupéré de doi:10.1097/FCH0000000000000183
20. Solar, O., et A. Irwin. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice) [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé [cité le 12 octobre 2018]. 75 p. Récupéré de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (en anglais)
21. Institut national de santé publique du Québec. (2018). Indice de défavorisation [Internet]. [Cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/defavorisation/indice-de-defavorisation-materielle-et-sociale>
22. Commission ontarienne des droits de la personne. Discrimination raciale, race et racisme (fiche d'information) [Internet]. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario [cité le 4 février 2019]. Récupéré de <http://www.ohrc.on.ca/fr/discrimination-raciale-race-et-racisme-fiche>
23. Gamache, P., D. Hamel, et R. Pampalon. L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref [Internet]. Québec (Québec) : Institut national de santé publique du Québec (Canada), [cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/santescope/indice-defavorisation/guidemethodologiquefr.pdf>
24. Centres for Disease Control and Prevention. (2012). Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition: An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics. Atlanta (Georgie) : CDC (É.-U.).
25. Crimmins, E.M., M.D. Hayward, et T.E. Seeman. (2004). Race/Ethnicity, Socioeconomic Status, and Health. Dans : Anderson NB, Bulatao RA, Cohen B, eds. National Research Council (É.-U.) Panel on Race, Ethnicity, and Health in Later Life. Washington (DC) : National Academies Press (É.-U.).
26. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2013). *Aperçu de la santé des Autochtones au Canada* [Internet]. Prince George (C.-B.) : CCNSA, Université de Northern British Columbia (Canada), [cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.ccnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=101>
27. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Le racisme et l'équité en santé : Parlons-en* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier (Canada) [cité le 16 octobre 2018]. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-racism-and-health-equity>

TERMINOLOGIE

Terme	Définition
Autochtone	« L'expression 'peuples autochtones' renvoie collectivement aux premiers habitants du Canada et à leurs descendants, y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis ¹⁷ . »
Défavorisation matérielle	« [...] la privation de biens et de commodités de la vie courante [...] ^{21(s.p.)} »
Défavorisation sociale	« la fragilité du réseau social, de la famille à la communauté ^{21(s.p.)} . »
Équité en santé	« L'équité en santé signifie que tout le monde (individus, groupes de population et collectivités) a des possibilités équitables d'atteindre un état de santé optimal sans être défavorisé par les conditions sociales, économiques, environnementales et culturelles en raison de facteurs socialement construits, comme la race, le genre, l'orientation sexuelle, les croyances religieuses, le rang social et autres. ¹ »
Gradient social de santé	« Cette association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé. En d'autres mots, les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que ceux qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis ²⁰ . »
Inégalité de santé	« Les inégalités de santé désignent les différences, c'est-à-dire les variations dans la mesure des résultats de santé des individus et des collectivités. Autrement dit, le concept « inégalités de santé » se veut descriptif des différences de santé sans jugement moral. ¹ »
Iniquités de santé	« Les iniquités de santé ou inégalités sociales de santé font référence à des écarts associés à des avantages ou à des désavantages sociaux (p. ex. revenu, niveau de scolarité, inclusion sociale). Ces écarts sont injustes et évitables, et il est possible de les atténuer. ¹ »
Insécurité alimentaire	<p>Insécurité alimentaire modérée : Compromettre la qualité ou la quantité des aliments, faute d'argent pour acheter de la nourriture ^{18(s.p.)}.</p> <p>Insécurité alimentaire grave : Sauter des repas, réduire les portions et, dans les pires situations, se priver de nourriture durant des jours ^{18(s.p.)}.</p>
Inuit	« Les Inuits sont les premiers habitants des régions arctiques de ce qu'on appelle le Canada ^{17(p.2)} . La majorité des [...] Inuits vivent dans leurs territoires traditionnels situés dans quatre régions collectivement appelées Inuit Nunangat [...]. Il s'agit du Nunatsiavut (Labrador), du Nunavik (Nord québécois), du Nunavut et de la région désignée des Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest [...] ¹⁷ . »

Métis	Les Métis sont « les personnes qui s'identifient comme telles, qui sont d'origine métisse (d'ascendance européenne et des Premières Nations, descendant principalement des marchands de fourrures du 18 ^e siècle et des Premières Nations dans la région appelée territoire des Métis) et qui sont reconnues par la Nation métisse ^{17(p.2)} [...] ».
Position sociale	La position sociale d'une personne ou d'un groupe renvoie à la place que ces personnes occupent dans la hiérarchie sociale en général, ce qui se détermine par des facteurs comme l'accès aux ressources, le pouvoir politique, le prestige et la discrimination ²⁰ .
Premières Nations	« Les Premières Nations sont les premiers habitants du territoire désormais appelé Canada. Cette population comprend de nombreux groupes culturels ou nations distincts, notamment 630 communautés différentes [...] qui parlent environ 60 langues [...] ^{25(p.2)} . »
Prévalence	On entend par prévalence le nombre de personnes malades, de cas d'une maladie ou d'un événement recensé dans une population déterminée ^{24(p.504)} . [Traduction libre]
Race	« La race est une idée adoptée par les sociétés pour créer et classer les différences observées entre les groupes humains en fonction de caractéristiques physiques comme la couleur de la peau et la texture des cheveux et parfois même la culture et les croyances religieuses [...]. La race sert à créer et à perpétuer une hiérarchie sociale où la valeur de l'être humain se mesure d'après sa ressemblance avec la blancheur ^{1(p.2)} ».
Racialisée (ou racisée)	L'expression « personnes racialisées (ou racisées) » désigne les personnes qui sont traitées inégalement en raison de leur race. Il sert à montrer que la race est une construction sociale et que c'est par l'entremise du processus de racialisation (racisation) que les groupes sont étiquetés comme différents et sujets au racisme ²⁶ .
Racisme	« On entend par racisme un système culturel et structurel par lequel la valeur se mesure ou les chances et les privilèges sont accordés en fonction de la race. Le racisme se manifeste dans toutes les sphères de la société, y compris historiques, culturelles, politiques, économiques, institutionnelles et des systèmes sociaux ²⁶ . »

Ratio de taux	<p>Le ratio de taux (RT) quantifie l'ampleur de l'inégalité d'un résultat (c.-à-d. un indicateur de santé) entre un groupe de population étudié et le groupe de population de référence par rapport à un stratificateur social⁷.</p> <p>Le RT montre combien de fois le taux d'un résultat est supérieur ou inférieur dans le groupe de population étudié comparativement au groupe de population de référence.</p> <p>RT = 1 signifie que le taux mesuré par rapport au groupe de population étudié est égal à celui du groupe de population de référence.</p> <p>RT1 (valeur positive) signifie que le taux mesuré par rapport au groupe de population étudié est supérieur à celui du groupe de population de référence.</p> <p>RT1 (valeur négative) signifie que le taux mesuré par rapport au groupe de population étudié est inférieur à celui du groupe de population de référence.</p>
Santé	<p>« On associe la santé à l'état de bien-être physique, spirituel, mental, émotionnel, environnemental, social, culturel et financier de l'individu, de la famille et de la population. La santé va au-delà de l'absence de maladie. Chaque individu et chaque groupe en donnera une définition différente en fonction de son système de valeurs, de sa culture, de son vécu et de sa vision du monde.¹»</p>
Taux brute	<p>Un taux global ou sommaire non ajusté lié à une population^{23(p.5)}.</p>
Sexe	<p>Le sexe réfère au sexe assigné à la naissance en fonction de son système reproducteur et d'autres caractéristiques physiques. Les catégories sont le sexe féminin, le sexe masculin et intersexualité¹⁶.</p>