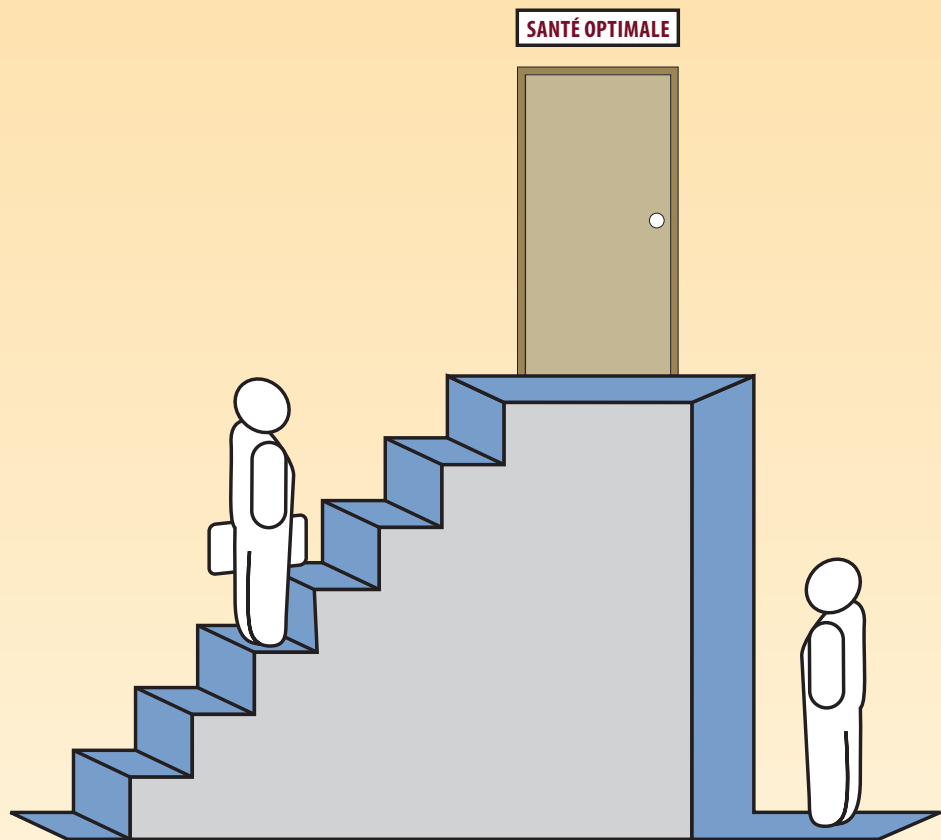


Les iniquités en matière de santé au Nouveau-Brunswick



Rapport du Bureau du médecin-hygiéniste en chef

Ministère de la Santé
Février 2016

Bureau du médecin-hygiéniste en chef
Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Case postale 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Canada

Rédigé par : Hao Wang, Teri Emrich et Maurice Collette
Avec la collaboration de : Mary-Clare White, Bureau du Conseil exécutif, et Kim Blinco et Karen White-Masry,
Bureau du médecin-hygiéniste en chef

Nous désirons remercier D^{re} Cristin Muecke, médecin-hygiéniste - programmes provinciaux, pour ses conseils et ses commentaires.

Février 2016
ISBN 978-1-4605-0981-4 (édition imprimée bilingue)
ISBN 978-1-4605-0983-8 (PDF : édition en français)
Imprimé au Nouveau-Brunswick

Le présent rapport peut être consulté en ligne à l'adresse suivante :
www.gnb.ca/santepublique

À propos de la couverture : L'illustration en couverture montre deux personnes aux perspectives de santé divergentes. La personne dans l'escalier avec un porte-documents représente un individu en bonne santé, disposant de ressources suffisantes (instruction, revenu adéquat, etc.) et ayant facilement accès aux moyens d'atteindre la santé optimale, tandis que la personne qui est face au mur est en moins bonne santé, entre autres parce qu'elle n'a pas le même accès aux moyens d'atteindre la santé optimale.

This document is also available in English on the Office of the Chief Medical Officer of Health's Website (www.gnb.ca/publichealth) under the title "Health Inequities in New Brunswick".

Table des matières

Sommaire.....	1
Introduction.....	3
Méthodologie.....	6
Iniquités en matière de santé au Nouveau-Brunswick.....	7
Iniquités dans l'accès aux ressources et aux possibilités en matière de santé.....	7
Sécurité alimentaire.....	7
Comportements liés à la santé.....	8
Accès aux soins de santé.....	12
Iniquités dans la répartition de certaines maladies chroniques et de certains facteurs de risque.....	14
Iniquités dans l'autoperception de l'état de santé et de la santé mentale.....	20
Iniquités en matière de santé et de déterminants de la santé entre les régions sanitaires.....	23
Discussion.....	25
Politiques à considérer.....	26
Ce que la santé publique peut faire pour lutter contre les iniquités en matière de santé.....	29
Ce que les fournisseurs de soins de santé peuvent faire pour lutter contre les iniquités en matière de santé en milieu clinique.....	30
Ce que les secteurs non liés à la santé peuvent faire pour lutter contre les iniquités en matière de santé.....	30
Conclusion.....	31
Références.....	32

Sommaire

Ce que nous savons au sujet des iniquités en matière de santé

- Les iniquités en matière de santé sont des différences systématiques et injustes de l'état de santé entre des groupes occupant des positions différentes dans la hiérarchie sociale, les groupes les plus socialement défavorisés étant en moins bonne santé.
- Les iniquités en matière de santé affectent les gens de toutes les couches sociales.
- Comme les iniquités en matière de santé sont directement liées aux conditions économiques et sociales, la tâche de les aplanir nécessite la pleine participation de la santé publique, du système de soins de santé, des autres secteurs du gouvernement, du secteur privé, du secteur sans but lucratif et des intervenants de la société civile.

Les principaux résultats de ce rapport

- Les résultats montrent une tendance vers la diminution de l'insécurité alimentaire avec chaque augmentation dans l'échelle des revenus.
- Il existe des iniquités entre les ménages à faible revenu et les ménages à revenu élevé quant au tabagisme, à l'alimentation saine et à la vie active, les ménages à faible revenu étant plus susceptibles d'indiquer qu'ils fument tous les jours et moins susceptibles d'indiquer qu'ils mangent sainement ou sont physiquement actifs. Il existe également des iniquités en matière d'alimentation saine entre les personnes ayant atteint différents niveaux de scolarité, les moins instruites ayant moins tendance à indiquer qu'elles mangent sainement.
- Les services de soins à domicile financés par le gouvernement qui sont offerts au Nouveau-Brunswick sont utilisés principalement par des familles à faible revenu. Cependant, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes montrent que les Canadiens à faible revenu sont plus portés à signaler un sentiment de ne pas avoir reçu les soins de santé nécessaires au cours de la dernière année.
- Les ménages à plus faible revenu du Nouveau-Brunswick sont plus portés à signaler être atteints de cancer, d'une maladie cardiaque, d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, du diabète ou d'hypertension artérielle, et à être considérés comme obèses. Le cancer et le diabète autodéclarés diffèrent aussi selon le niveau de scolarité. Les gens sans diplôme d'études secondaires présentent des taux de cancer et de diabète plus élevés que les diplômés postsecondaires.
- Les Néo-Brunswickois à faible revenu ainsi que ceux à faible niveau de scolarité perçoivent leur état de santé général et leur santé mentale moins bons en général que les ménages les mieux nantis et les gens les plus instruits.
- Des iniquités en matière d'accès aux déterminants sociaux de la santé sont manifestes entre le nord et le sud de la province, l'accès des résidents du nord étant plus limité que l'accès de ceux qui habitent dans le sud.

Ce que nous pouvons faire pour réduire les iniquités en matière de santé au Nouveau-Brunswick

- Le système de santé publique peut orienter ses efforts vers l'amont pour lutter contre les conditions sociales et économiques qui causent les iniquités en matière de santé. La santé publique peut promouvoir l'équité en matière de santé par les moyens suivants :
 - » Évaluer les iniquités en matière de santé et rendre compte de leur existence (et de leur effet) de même que des stratégies visant à les réduire;
 - » Modifier et orienter les interventions et les services de façon à réduire les iniquités;
 - » De concert avec d'autres organismes, diriger et soutenir l'analyse et l'élaboration de politiques ainsi que promouvoir l'amélioration des déterminants de la santé et la réduction des iniquités;
 - » Collaborer avec d'autres organismes gouvernementaux et communautaires pour améliorer l'état de santé des populations marginalisées;
 - » Tenir compte de l'équité dans l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé et les évaluations d'impact sur la santé.
- Les fournisseurs de soins de santé peuvent promouvoir l'équité en matière de santé en dépistant la pauvreté chez leurs patients et en aidant à améliorer leur accès aux services de santé et aux services sociaux.
- Les intervenants de l'extérieur du système de soins de santé, qu'il s'agisse d'autres ministères ou d'organismes du secteur bénévole ou privé, peuvent collaborer avec le secteur de la santé pour créer les conditions qui permettront de réduire les iniquités en matière de santé par l'intermédiaire de politiques, de programmes et du partage de l'information et des ressources.

Introduction

Le Canada est souvent considéré comme ayant un des meilleurs systèmes universels de soins de santé du monde [1] et comme étant un chef de file mondial de la santé de la population. [2] Alors comment se fait-il que l'état de santé de nombreux Canadiens soit encore loin d'être idéal?

Chaque année, le Canada dépense environ 20 p. 100 des 200 milliards de dollars qu'il consacre aux soins de santé pour des problèmes liés aux disparités socioéconomiques. [3] Il est normal d'observer à l'échelle du pays des inégalités ou des disparités en matière de santé qui sont dues à des variations naturelles chez les gens liées aux gènes et à la constitution. Toutefois, les inégalités en matière de santé ne découlent pas toutes de ces variations. Certaines inégalités se manifestent au sein de la population en raison de différences dans l'accès aux ressources et aux possibilités en matière de santé entre les groupes sociaux. [4] Ces différences systématiques et injustes de l'état de santé entre des groupes occupant des positions différentes dans la hiérarchie sociale, le groupe le plus socialement défavorisé étant en moins bonne santé, sont ce qu'on appelle les iniquités en matière de santé. Les collectivités et les groupes défavorisés peuvent se distinguer par leur race ou groupe ethnique, la couleur de leur peau, leur religion, leur langue ou leur nationalité; par leur revenu, leur niveau de scolarité ou leur profession (c.-à-d. leur statut socioéconomique); par leur genre, leur orientation sexuelle ou leur identité de genre; par leur âge, leur emplacement géographique, leur degré d'incapacité, leur santé mentale, leur maladie, leur affiliation politique ou à d'autres groupes; ou par d'autres caractéristiques associées à la discrimination, à la marginalisation ou à l'exclusion face aux possibilités économiques et sociales. [5-11] Les principaux indicateurs d'iniquités en matière de santé au Canada sont le statut socioéconomique, le genre, le statut d'Autochtone et l'emplacement géographique. [12] La réduction des iniquités en matière de santé au Nouveau-Brunswick aiderait les Néo-Brunswickois à atteindre leur état de santé optimal, sans égard à la position sociale ou à d'autres circonstances d'ordre social.

Iniquités en matière de santé : Différences systématiques et injustes de l'état de santé entre des groupes occupant des positions différentes dans la hiérarchie sociale, les groupes les plus socialement défavorisés étant en moins bonne santé. [13]

Inégalités en matière de santé : Différences mesurables de la santé entre des personnes, des groupes ou des collectivités. Ce terme s'emploie parfois de manière interchangeable avec le terme « disparités en matière de santé ». [14]

Déterminants sociaux de la santé : Facteurs interdépendants d'ordre social, politique et économique qui créent les conditions dans lesquelles les personnes vivent, apprennent, travaillent et se divertissent. [14]

Les iniquités en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé

Bon nombre des forces importantes qui contribuent à créer les iniquités ne dépendent aucunement de notre système de soins de santé. Les groupes socialement défavorisés portent le fardeau des iniquités en matière de santé en raison de la répartition injuste des déterminants sociaux de la santé. [15] Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, vivent, grandissent, apprennent, travaillent, se divertissent et vieillissent, de même que les systèmes mis en place pour traiter les malades, façonnés par des forces d'ordre politique, social et économique. [14,16] Les conséquences de la répartition injuste des déterminants sociaux de la santé sont des décès, des maladies, des incapacités, de la détresse et de l'inconfort évitables. [12] Les déterminants sociaux de la santé comprennent le revenu et le statut social; l'emploi et les conditions de travail; l'éducation et la littératie; les environnements social et physique; la culture, l'ethnicité et les valeurs; le soutien social et le sentiment d'appartenance; le genre; les habitudes personnelles en matière de santé et les habiletés d'adaptation; les comportements à risque; le développement de la petite enfance; et l'accès aux soins de santé. [17,18]

Joseph occupait un bon emploi en construction depuis qu'il avait quitté l'école en 12e année. Même s'il vivait seul, il aimait son emploi et était fier de ce qu'il avait accompli, y compris le fait de posséder un camion et une maison. Un jour, au travail, une poutre d'acier lui est tombée sur la jambe, la fracturant sévèrement. Joseph a conservé son emploi, mais il ne prenait plus plaisir à son travail en raison de ses déficiences et de la douleur chronique. Lorsque l'entreprise a cessé ses activités l'année suivante, il a perdu son emploi et n'a pas réussi à trouver du travail à cause de son âge, de son incapacité et de son manque de formation. Âgé de presque 42 ans, il a commencé à prendre de plus en plus de médicaments contre la douleur et à consommer de l'alcool presque tous les jours, car il se sentait seul et déprimé. Très vite, les fractures ont commencé à s'accumuler, et il a dû vendre son camion. La banque a fini par saisir sa maison. Joseph refusait de voir sa famille et ses amis tant qu'il n'aurait pas repris sa vie en main. Vivre dans la rue était très difficile pour lui, et la douleur s'est aggravée. Il avait fumé pendant la plus grande partie de sa vie et devait maintenant voler ou quémander pour se procurer des cigarettes. Il cherchait souvent des mégots mis au rebut pour satisfaire ses besoins de nicotine. Sa santé s'est détériorée en raison de ses piètres conditions de logement, d'une mauvaise alimentation et d'un tabagisme chronique. Par suite de son tabagisme chronique, il a été hospitalisé avec une pneumonie. Étendu dans son lit d'hôpital, il se demandait comment il avait fait pour en arriver là et où il irait lorsqu'il recevrait son congé de l'hôpital.

Pourtant, la situation n'était pas inéluctable. Que se serait-il passé s'il avait bénéficié de conditions favorables et de services de soutien à de nombreux points de son parcours? Que se serait-il passé s'il avait terminé ses études secondaires et avait choisi d'aller au collège pour obtenir une meilleure formation professionnelle? Une meilleure connaissance des pratiques sécuritaires en milieu de travail et une plus grande observation de ces pratiques auraient possiblement permis de prévenir sa blessure. Que se serait-il passé si, après sa blessure, il avait eu accès à une formation d'appoint et s'était lancé dans une autre carrière? Que se serait-il passé s'il avait bénéficié de mesures de soutien qui lui auraient permis de conserver sa maison et son camion en attendant de trouver un moyen de redresser ses finances? Que se serait-il passé s'il n'avait jamais fumé?

Les iniquités en matière de santé n'épargnent personne

Les iniquités en matière de santé sont d'importants générateurs de coûts pour notre système de soins de santé et un obstacle à la pleine participation des citoyens à l'économie. [12] Aujourd'hui, le meilleur état de santé possible est considéré comme celui dont jouissent les groupes les plus favorisés dans la société. [6] Il existe également un gradient social où l'on observe une décroissance linéaire de l'état de santé en lien avec la baisse de la position sociale. [4,12] Comme province, nous devons nous efforcer d'atteindre le meilleur état de santé possible pour tous nos citoyens en réduisant, dans le but de les éliminer, les différences en matière de santé entre les groupes ayant différents niveaux d'avantages sociaux.

Bon nombre de fournisseurs de soins de santé au Canada voient chaque jour des patients aux prises avec des maladies et des blessures qui auraient pu être prévenues. Le résultat est des coûts sociaux et de soins de santé, de la souffrance humaine et une perte de productivité qui auraient pu être évités. En s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé, il pourrait être possible de réduire ces pressions injustifiées qui s'exercent sur nos systèmes sociaux, économiques et de soins de santé et d'ouvrir la voie à des listes d'attente plus courtes pour les soins médicaux et chirurgicaux, à une productivité accrue, à une croissance de l'économie et de la participation communautaire et à l'amélioration de la santé et du mieux-être de tous, au fur et à mesure qu'un nombre plus élevé de gens s'épanouissent et réalisent leur plein potentiel. Encore mieux, la population dans son ensemble ne serait pas seulement en meilleure santé, mais l'écart serait moins grand entre les expériences de ceux qui jouissent de la meilleure santé et ceux qui sont en moins bonne santé.

En fin de compte, tout le monde profite de la réduction des iniquités en matière de santé, non seulement les groupes socialement défavorisés. C'est parce que les iniquités en matière de santé ont des incidences sur les coûts et la disponibilité des soins de santé de tous, sur la criminalité et le sentiment de sécurité communautaire de tous, sur la prospérité sociale et économique des collectivités, sur le tourisme et notre capacité d'attirer des investissements économiques, réduisant ainsi les fonds disponibles pour de nouveaux programmes et services sociaux, pour d'autres projets de développement social et les priorités du public. [19] Au fond, notre santé et notre bien-être individuel et collectif est en jeu.

Le but du présent rapport

Les indicateurs traditionnels de la santé permettent de mesurer les déterminants de la santé ou l'état de santé au sein de la population, comme les conditions de logement, les niveaux d'emploi ou la prévalence du diabète. Cependant, l'amélioration des déterminants de la santé ou de l'état de santé au sein de la population peut masquer des iniquités grandissantes si, par exemple, la moyenne de l'indicateur s'améliore seulement en raison de changements touchant les membres les plus riches de la société. Par ailleurs, les indicateurs d'iniquités en matière de santé sont utilisés pour faire ressortir la répartition inégale d'un déterminant de la santé ou de l'état de santé au sein de la population. Le signalement réfléchi des indicateurs d'iniquités en matière de santé est reconnu comme étant une pratique prometteuse pour réduire les iniquités sociales en matière de santé. La présentation intentionnelle et publique d'éléments prouvant les iniquités en matière de santé peut être un point de départ pour lutter contre les iniquités en matière de santé en attirant l'attention sur le sujet. [20,21] Le présent rapport vise à susciter l'intérêt individuel et collectif et à faciliter les conversations afin de résoudre ce problème important qui touche d'une façon ou l'autre l'ensemble des Néo-Brunswickois.

Le rapport a été conçu pour illustrer certaines différences relatives aux expériences des Néo-Brunswickois en matière de santé selon le quintile de revenu des ménages, qui indique un lien clair entre la richesse et la santé; selon l'emplacement géographique, sachant que le privilège social varie selon les régions de la province; selon le niveau de scolarité, sachant que les possibilités en matière de santé augmentent avec les études; et selon le sexe, sachant que les femmes et les hommes présentent des tendances différentes en ce qui a trait à la maladie, aux facteurs de risque, aux comportements à risque et aux expériences en matière de santé.

Méthodologie

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2011-2012 a été choisie comme principale source de données du présent rapport, car elle fait état d'une variété de données sur la population du Nouveau-Brunswick qui traitent de l'état de santé, des facteurs de risque et des déterminants sociaux de la santé. L'enquête a été menée par Statistique Canada en suivant un processus bien conçu et contrôlé. [22] Elle comprenait un vaste échantillon de Néo-Brunswickois et a été conçue pour fournir des estimations fiables à l'échelle régionale. À des fins administratives, la province est divisée géographiquement en sept régions sanitaires (voir la figure 23, p. 24).

Les données de l'ESCC à l'échelle du Canada sont recueillies auprès de personnes âgées de 12 ans et plus vivant dans les dix provinces et les trois territoires, à l'exclusion des personnes vivant sur les bases militaires et dans les réserves ou autres peuplements autochtones des provinces, les personnes vivant dans les régions sanitaires québécoises du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, les personnes vivant dans un établissement et les membres à temps plein des Forces armées canadiennes. En tout, ces exclusions représentent moins de trois pour cent de la population ciblée. [22] Pour l'ESCC de 2011-2012, l'échantillon du Nouveau-Brunswick regroupait 4 631 personnes, un nombre représentatif des 643 802 habitants de sa population âgée de 12 ans et plus au moment de l'enquête.

Les données de l'ESCC comportent les mêmes limites que d'autres enquêtes semblables fondées sur l'autodéclaration. Il est possible, par exemple, que les répondants aient fourni des réponses inexactes ou aient choisi de répondre d'une façon socialement acceptable. Pour valider les données de l'ESCC, Statistique Canada les compare à celles d'autres sources externes de données. [23]

Les données de l'ECSS de 2011-2012 ont été utilisées pour calculer les taux de prévalence d'autodéclaration de l'état de santé, de la santé mentale, de certaines maladies chroniques et de certains déterminants sociaux de la santé, selon le quintile de revenu des ménages, le niveau de scolarité, le sexe ou la région sanitaire. Le revenu des ménages est un indicateur autodéclaré, tandis que les quintiles de revenu des ménages sont basés sur les ratios de revenu des ménages ajustés en fonction du seuil de faible revenu correspondant au nombre de personnes dans le ménage et à la taille de la collectivité, obtenus en divisant les ratios initiaux par le ratio le plus élevé pour l'ensemble des répondants. Le seuil de faible revenu est défini comme étant le seuil en deçà duquel une famille va typiquement consacrer une part plus importante de son revenu aux besoins de base comme la nourriture, le logement et l'habillement que la famille moyenne. La population a été divisée en cinq groupes de revenu (ou quintiles de revenu) comprenant chacun environ 20 p. 100 de la population. Par ordre ascendant, le quintile 1 (Q1) représente les ménages les moins riches, et le quintile 5 (Q5), les ménages les plus riches.

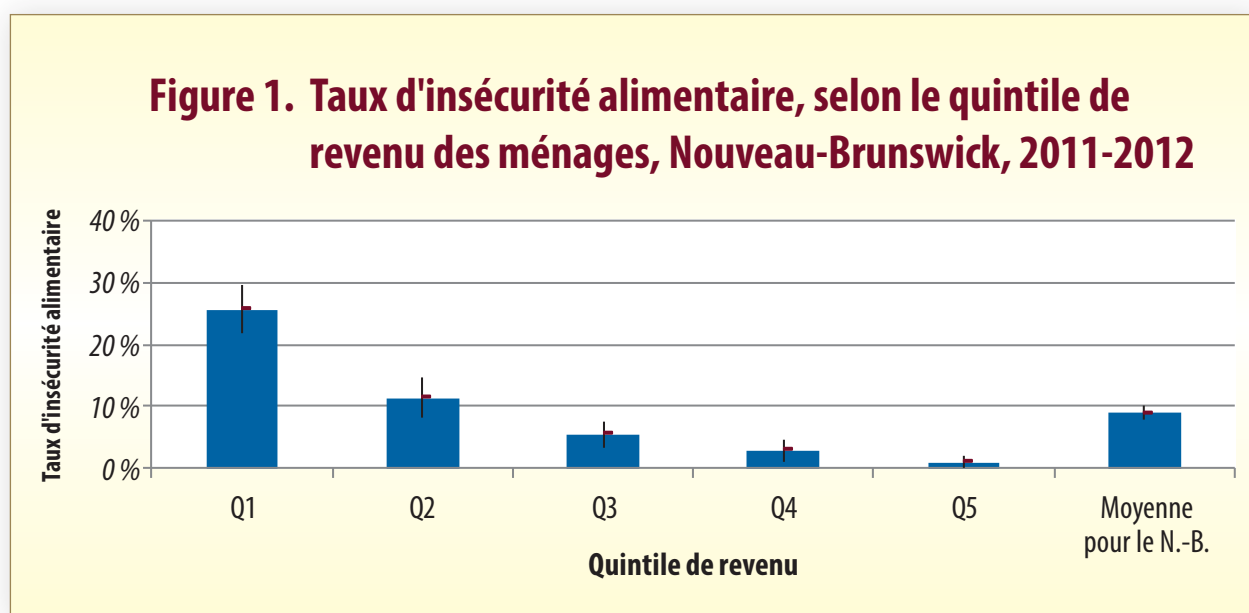
Iniquités en matière de santé au Nouveau-Brunswick

Iniquités dans l'accès aux ressources et aux possibilités en matière de santé

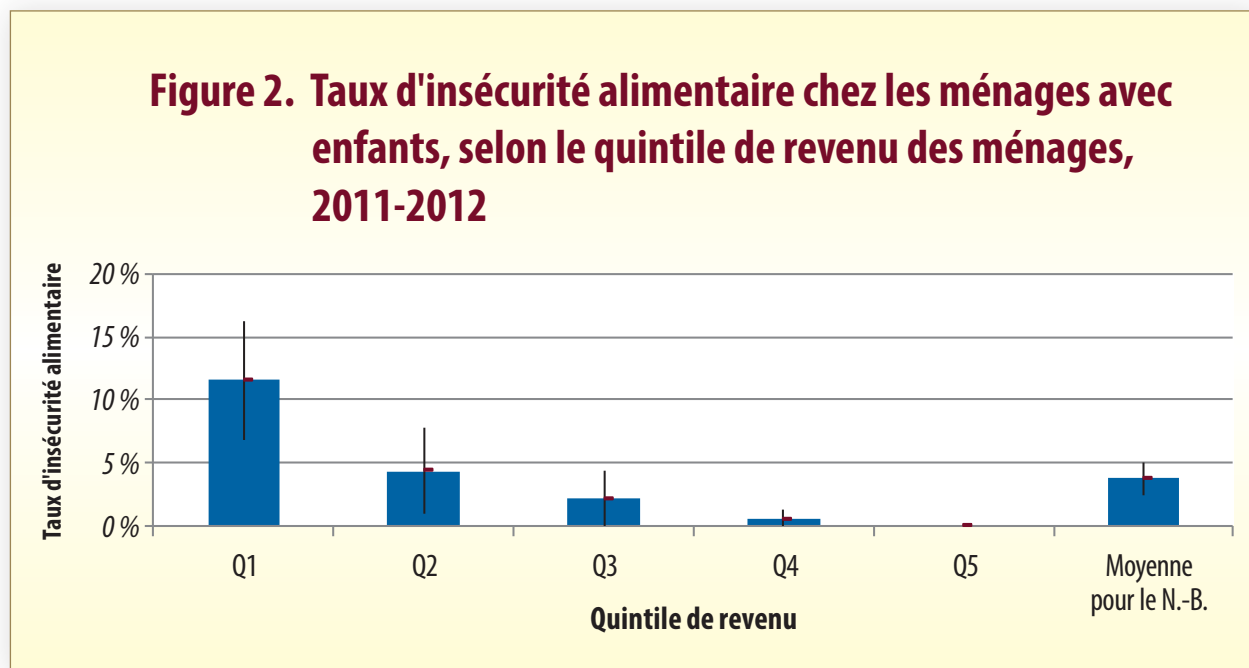
Comme il a été mentionné plus tôt, la santé d'une personne est déterminée par un ensemble complexe de facteurs et de conditions appelés les déterminants de la santé. [17] Il est évident que les déterminants de la santé dans la province ne sont pas répartis en parts égales au sein de la population. Selon le recensement de 2006, 13,8 p. 100 des Néo-Brunswickois, y compris 16,4 p. 100 des enfants âgés de moins de 18 ans, vivaient dans la pauvreté cette année-là. [24] Ce taux grimpe à 45,4 p. 100 chez les mères seules. En mai 2015, 9,6 p. 100 de la main-d'œuvre âgée de 15 ans et plus était au chômage. [25] Seulement 50 p. 100 des Néo-Brunswickois âgés de 16 ans et plus possèdent les capacités de lecture et d'écriture nécessaires pour fonctionner dans la société actuelle. [26] Par ailleurs, 29 p. 100 des Néo-Brunswickois ont un faible ou un très faible sentiment d'appartenance à leur collectivité, et 12 p. 100 ont le sentiment d'être très en danger dans leur collectivité. [26] Les Néo-Brunswickois subissent aussi des iniquités dans l'accès aux ressources et aux possibilités en matière de santé, notamment la sécurité alimentaire, les comportements liés à la santé et les soins de santé, selon l'endroit où ils vivent, leur revenu et leur niveau de scolarité.

Sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire existe « ... lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, accès physiquement et économiquement à des aliments sains et nutritifs en quantité suffisante, leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active ». [27] Les ménages incertains d'avoir ou incapables d'acquérir une quantité suffisante de nourriture permettant de satisfaire aux besoins de leurs membres en raison d'un manque d'argent à un moment quelconque de l'année précédente sont considérés comme souffrant d'insécurité alimentaire. [28] Selon l'ampleur de l'expérience, les ménages sont considérés comme souffrant d'insécurité alimentaire modérée ou grave. Selon Santé Canada, les ménages aux prises avec une insécurité alimentaire modérée font des compromis quant à la qualité ou à la quantité des aliments consommés, alors que les ménages aux prises avec une insécurité alimentaire grave montrent une réduction de l'apport alimentaire et une perturbation des habitudes alimentaires. [28] Au Nouveau-Brunswick, l'insécurité alimentaire touche les Néo-Brunswickois à faible revenu de façon disproportionnée : entre 11,4 p. 100 et 25,6 p. 100 de ces ménages souffrent d'insécurité alimentaire modérée ou grave, comparativement à un pourcentage variant de 1,1 p. 100 à 5,5 p. 100 chez les ménages à revenu plus élevé (figure 1).



De plus, 11,6 p. 100 des ménages avec enfants se trouvant dans le quintile de revenu le plus bas souffrent d'insécurité alimentaire modérée ou grave, comparativement à 0,0 p. 100 dans le quintile de revenu le plus élevé (figure 2).



Dans la province, certaines personnes doivent avoir recours aux programmes d'alimentation d'urgence, notamment les banques alimentaires, les cuisines communautaires et les programmes de petits déjeuners en milieu scolaire, pour subvenir à leurs besoins alimentaires de base. [29] Chaque année, près de 20 000 Néo-Brunswickois se procurent des aliments auprès des banques alimentaires, et une tendance à la hausse a été signalée au cours des dernières années. [30] Les programmes d'alimentation d'urgence représentent toutefois des interventions en aval pour réduire l'insécurité alimentaire. La recherche montre que l'aide qu'ils fournissent ne suffit pas pour modifier l'état d'insécurité alimentaire dans un ménage. [31] Il est évident que pour éliminer l'insécurité alimentaire, nous devons adopter des stratégies en amont et éliminer la pauvreté. [29]

Les interventions ou stratégies en amont visent à améliorer les conditions sociales et économiques afin de diminuer les barrières et d'améliorer les soutiens qui permettent aux individus d'atteindre un état de santé optimal. [14]

Les interventions ou stratégies en aval visent à offrir un accès équitable aux soins et aux services de santé afin d'atténuer l'impact des conditions sociales et économiques sur la santé des plus défavorisés. [14]

Les interventions et stratégies en aval répondent aux besoins immédiats en matière de santé des populations marginalisées, tandis que les interventions en amont s'attaquent aux causes et aux causes profondes de la mauvaise santé dans le but de promouvoir la santé et de prévenir les maladies. [32]

Comportements liés à la santé

Les données probantes révèlent des iniquités entre les ménages à faible revenu et les ménages à revenu élevé sur le plan des comportements liés à la santé. Les Néo-Brunswickois vivant dans un ménage à faible revenu, par exemple, étaient statistiquement plus susceptibles de déclarer qu'ils fument quotidiennement et statistiquement moins susceptibles de déclarer qu'ils consomment des fruits et des légumes cinq fois par jour ou plus ou qu'ils sont modérément actifs ou actifs, comparativement à ceux qui vivent dans un ménage à revenu plus élevé (figures 3 à 5).

Figure 3. Pourcentage de Néo-Brunswickois fumant quotidiennement, selon le quintile de revenu des ménages, 2011-2012

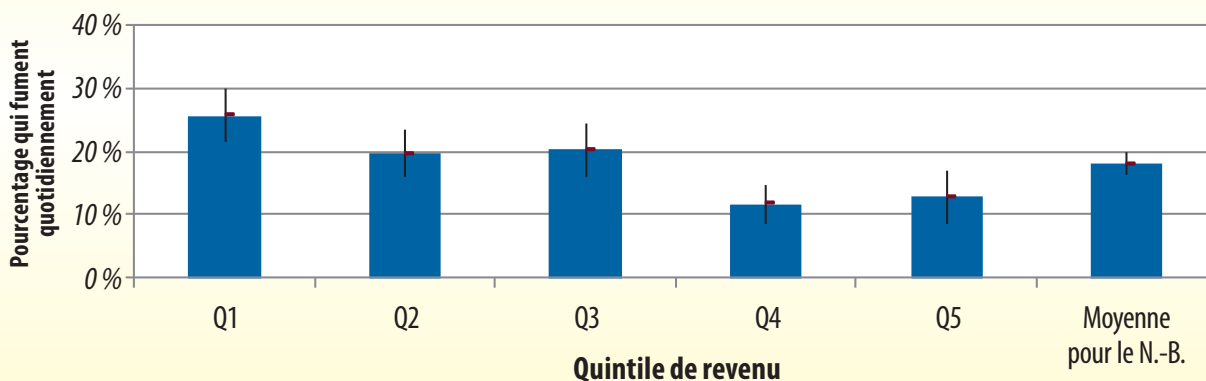


Figure 4. Pourcentage de Néo-Brunswickois consommant des fruits et des légumes cinq fois par jour ou plus, selon le quintile de revenu des ménages, 2011-2012

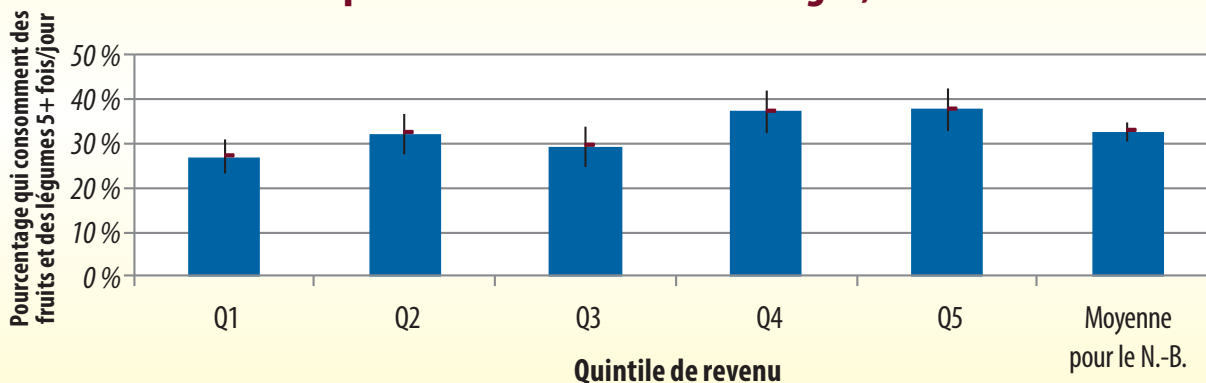
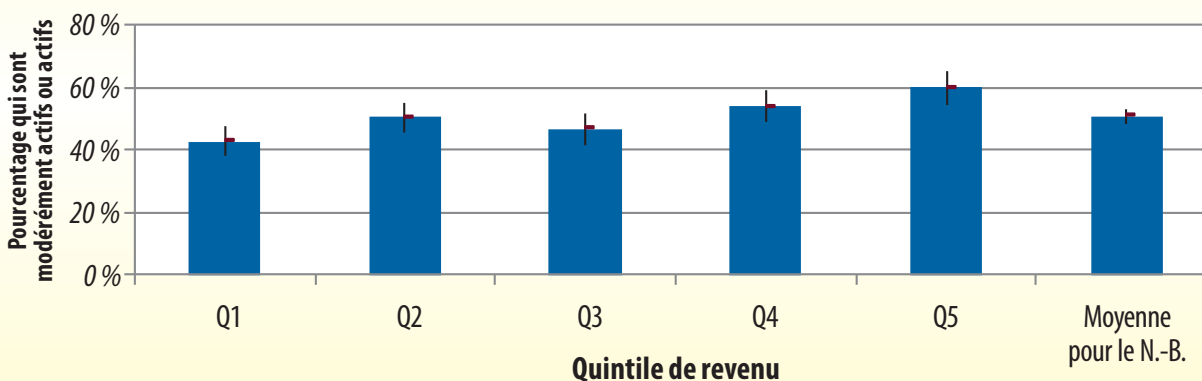


Figure 5. Pourcentage de Néo-Brunswickois modérément actifs ou actifs, selon le quintile de revenu des ménages, 2011-2012



De même, des iniquités en matière d'alimentation saine existent entre les personnes ayant atteint différents niveaux de scolarité. Le pourcentage de Néo-Brunswickois qui ont déclaré qu'ils consomment des fruits et des légumes cinq fois par jour ou plus était statistiquement moins élevé chez les personnes ayant au plus un diplôme d'études secondaires, comparativement aux diplômés d'études postsecondaires (figure 6). Il n'existait cependant aucune différence statistiquement significative en termes d'activité physique et de tabagisme selon le niveau de scolarité (figures 7 et 8).

Figure 6. Pourcentage de Néo-Brunswickois consommant des fruits et des légumes cinq fois par jour ou plus, selon le niveau de scolarité le plus élevé atteint, 2011-2012

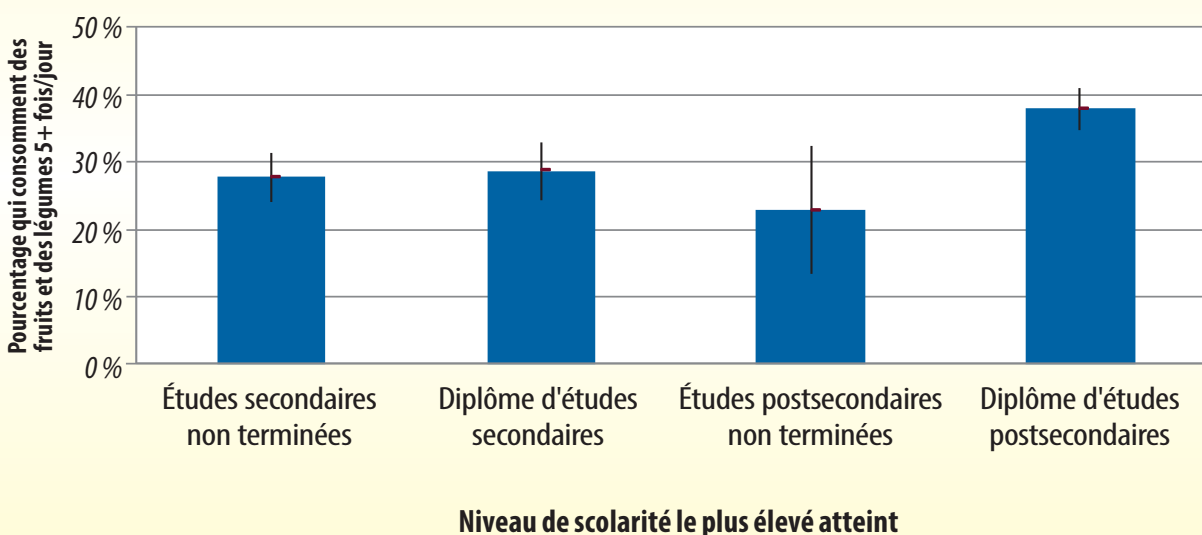


Figure 7. Pourcentage de Néo-Brunswickois modérément actifs ou actifs, selon le niveau de scolarité le plus élevé atteint, 2011-2012

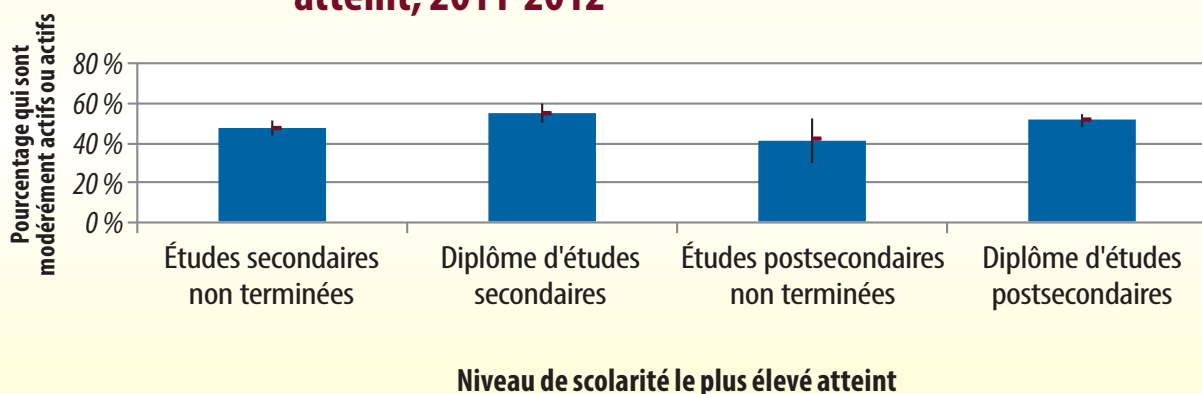
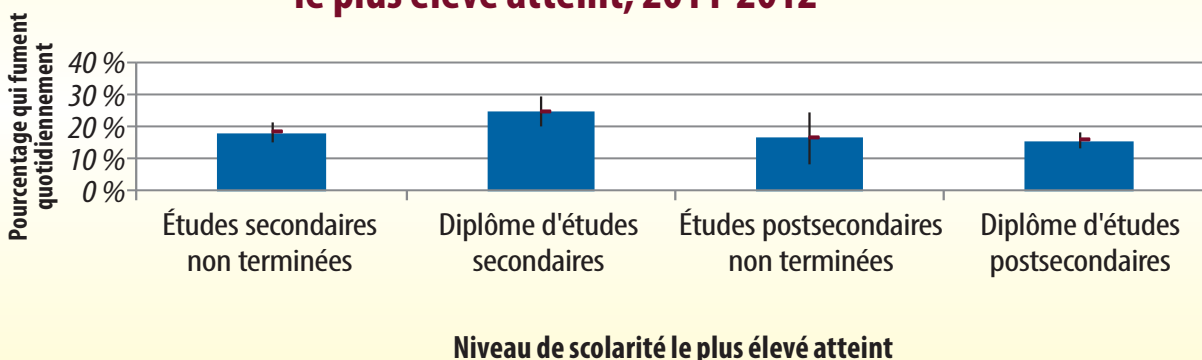


Figure 8. Pourcentage de Néo-Brunswickois fumant quotidiennement, selon le niveau de scolarité le plus élevé atteint, 2011-2012



Aucune différence n'a été remarquée non plus entre les comportements des femmes et des hommes en ce qui a trait au tabagisme et à l'activité physique (tableau 1). Par contre, en ce qui concerne l'alimentation saine autodéclarée, un pourcentage considérablement plus élevé de femmes que d'hommes (41,4 p. 100 par rapport à 23,6 p. 100) ont signalé manger des fruits et des légumes cinq fois par jour ou plus.

Tableau 1. Comparaison des comportements liés à la santé au Nouveau-Brunswick, selon le sexe, 2011-2012

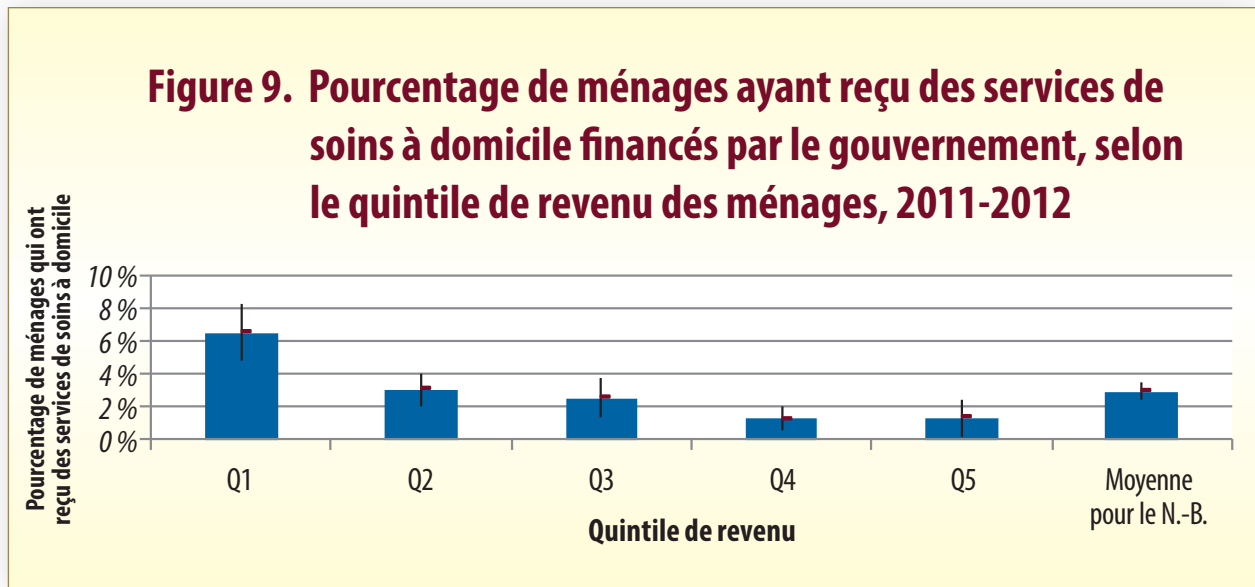
Hommes	%	IC à 95 %
Fumeurs quotidiens	19,1	(16,5-21,7)
Modérément actifs ou actifs	52,0	(48,7-55,4)
Consommation de fruits et de légumes cinq fois par jour ou plus	23,6	(20,8-26,3)
Femmes	%	IC à 95 %
Fumeuses quotidiennes	16,9	(14,5-19,2)
Modérément actives ou actives	49,5	(46,6-52,4)
Consommation de fruits et de légumes cinq fois par jour ou plus	41,4	(38,5-44,3)

Les facteurs de risque liés au comportement, notamment ceux qui sont décrits ci-dessus, sont considérés comme étant modifiables [33] et largement perçus comme une question de choix, donc dépendant de la volonté de la personne. Il reste que les choix individuels sont influencés par l'environnement socioéconomique et d'autres facteurs (les déterminants sociaux de la santé). [18] Bien que le mode de vie et les comportements individuels soient souvent la cible d'interventions préventives, nous devons tenir compte des facteurs structurels des iniquités relatives aux comportements liés à la santé et agir sur ces facteurs si nous voulons véritablement réduire les iniquités en matière de santé dans la province. [34] Pour qu'une personne puisse avoir un régime alimentaire sain, par exemple, les aliments nutritifs doivent être à la fois disponibles et abordables. Nous savons qu'environ 9 p. 100 des ménages du Nouveau-Brunswick vivent dans un état d'insécurité alimentaire modérée ou grave et que l'insécurité alimentaire touche de façon disproportionnée les familles à faible revenu (voir la figure 1). Par conséquent, la plus faible consommation de fruits et de légumes observée chez les Néo-Brunswickois issus d'un ménage à faible revenu reflète peut-être moins un choix individuel que l'incapacité d'acheter des aliments plus nutritifs. En effet, la recherche montre que l'obstacle le plus important à l'alimentation saine dans les ménages souffrant d'insécurité alimentaire est le revenu et que, chez ces populations, l'alimentation saine ne dépend pas de façon importante des connaissances en nutrition ni des compétences en matière d'alimentation. [35] Par conséquent, les interventions destinées à améliorer le revenu pourraient être plus efficaces pour favoriser une alimentation saine chez ces groupes que les interventions qui ciblent directement le comportement lié à l'alimentation saine.

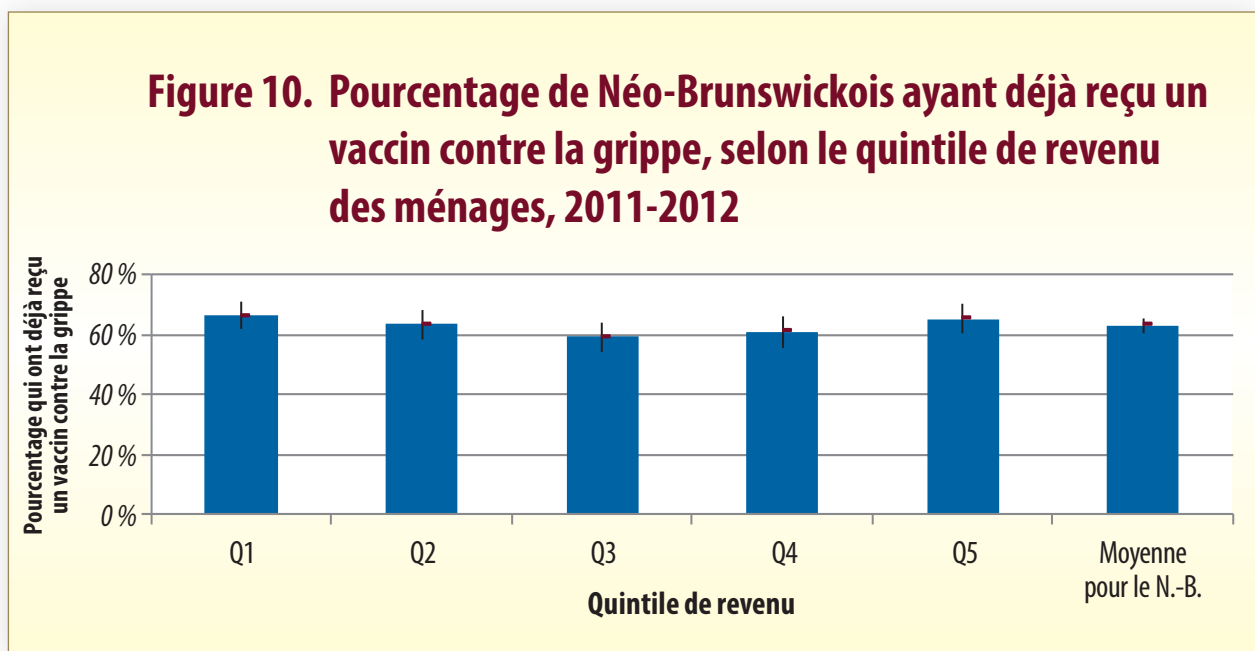
Accès aux soins de santé

Le régime public et universel d'assurance-maladie au Canada, l'Assurance-maladie, garantit que tous les citoyens du pays ont un accès équitable aux services de soins de santé afin de prévenir, de gérer et de traiter les maladies et les troubles médicaux. Néanmoins, certains membres de la collectivité ont de la difficulté à avoir accès aux services de soins de santé en raison d'obstacles liés à l'accès physique, aux enjeux socioculturelles ou au coût de services de santé non assurés, par exemple les soins dentaires. [18] L'heure des rendez-vous avec le médecin peut aussi être un problème pour certaines personnes (p. ex. être incapable de s'absenter du travail pour se rendre à un rendez-vous chez le médecin ou le travail par quarts). Les données probantes indiquent que les familles à faible revenu sont en moins bonne santé et présentent plus de troubles médicaux et de symptômes que celles dont le revenu est plus élevé. [36-38] Par conséquent, les familles à faible revenu ont généralement de plus grands besoins en matière de santé

que les familles ayant un revenu plus élevé. C'est donc dire que la façon de fournir les services liés à la santé joue un rôle déterminant dans les décisions des familles à faible revenu d'utiliser les services. [39] Notre province offre des services de soins à domicile financés par le gouvernement qui sont davantage utilisés par les familles à faible revenu (figure 9). L'analyse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 montre toutefois que les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles que les autres à déclarer qu'ils estiment ne pas avoir reçu les soins de santé nécessaires au cours de la dernière année. [40,41] Il reste que ce résultat pourrait ne pas être rattaché à un problème d'accès, mais plutôt au défaut perçu du système de répondre à leurs besoins individuels. Si c'est le cas du Nouveau-Brunswick, il faut changer la façon dont les services liés à la santé sont fournis aux familles à faible revenu et mieux les adapter à leurs besoins pour qu'elles puissent recevoir des soins de santé adéquats en temps utile.



D'autres données indiquent que les Néo-Brunswickois se font vacciner contre la grippe à un rythme égal, peu importe le revenu (figure 10). Toutefois, un pourcentage statistiquement plus élevé de femmes (66,3 p. 100; IC à 95 % : de 63,5 à 69,1) que d'hommes (59,2 p. 100; IC à 95 % : de 55,8 à 62,5) se font vacciner.



Les services d'assurance-maladie répondent aux besoins immédiats de la population en matière de soins de santé, et, à ce titre, sont souvent décrits comme des interventions en aval. [42] Les données probantes font de plus en plus ressortir le besoin d'adopter des stratégies en amont et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pour réaliser des progrès à réduire des iniquités en matière de santé, par exemple le fardeau inéquitable des maladies chroniques et des facteurs de risque qui sont décrits dans la section suivante. Les stratégies en amont comprennent à la fois les interventions intermédiaires, qui cherchent à améliorer les conditions de vie (p. ex. les conditions de logement, l'emploi et la sécurité alimentaire) ou à réduire les risques en favorisant des comportements sains, et les interventions purement en amont, qui visent à modifier les conditions sociales et économiques responsables de la répartition de la richesse, du pouvoir, des possibilités et des processus décisionnels. Agir davantage en amont présente également un intérêt du point de vue économique. Il a été démontré, par exemple, que des augmentations relativement modestes du revenu peuvent réduire l'insécurité alimentaire chez les familles à faible revenu [32,43,44] et que le taux plus faible d'insécurité alimentaire chez les aînés canadiens est attribuable aux revenus annuels garantis qu'ils reçoivent. [45,46] Les données probantes indiquent également un lien graduel entre la gravité de l'insécurité alimentaire et l'état de santé des adultes. [39,47,48] Les niveaux extrêmes de difficulté matérielle associée à l'insécurité alimentaire des ménages ont été associés à d'importants compromis alimentaires [49-51], à des niveaux plus élevés de stress [39,52] et à la privation dans une large gamme de besoins fondamentaux [52-54], des facteurs qui diminuent tous la capacité d'une personne à gérer ses troubles de santé et qui risquent donc d'augmenter le besoin de soins de santé. [55] Les interventions politiques axées sur la réduction de la pauvreté ou de la prévalence et de la gravité de l'insécurité alimentaire auraient donc un impact direct sur la santé et le mieux-être de ces personnes et réduiraient également le fardeau sur notre système de soins de santé en faisant baisser l'utilisation et les coûts des soins de santé.

Iniquités dans la répartition de certaines maladies chroniques et de certains facteurs de risque

Les maladies chroniques sont habituellement accompagnées de facteurs de risque préexistants, de débuts vagues, de longues périodes de latence et d'affliction prolongée. [56] En tant que groupe, les maladies chroniques représentent le plus important générateur de coûts au sein du système de soins de santé de la province et leur prévention représente un défi redoutable. Le cancer et la maladie cardiaque sont les principales causes de décès et de décès prématurés au Nouveau-Brunswick. [57] Le diabète, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la maladie cardiaque et le cancer ont été choisis pour le présent rapport en raison de leur forte prévalence et du fait qu'ils partagent de nombreux facteurs de risque liés au mode de vie.

Bien que les maladies chroniques soient répandues dans toute la province, il est clair que certains segments de la population portent de façon disproportionnée le fardeau de ces maladies. Le revenu est sans doute le plus important déterminant social de la santé, et les données probantes indiquent que les ménages du Nouveau-Brunswick dont le revenu est le plus faible sont ceux qui sont les plus affligés par les maladies chroniques et les troubles médicaux. En 2011-2012, les taux de prévalence de cancer, de maladie cardiaque et de diabète autodéclarés étaient statistiquement plus élevés chez les ménages des deux quintiles de revenu les plus bas (Q1 et Q2) que chez ceux du quintile le plus élevé (Q5) (figures 11 à 13). La prévalence de la MPOC était aussi statistiquement plus élevée chez les ménages à faible revenu (Q1) que chez les ménages à revenu élevé (Q5) (figure 14).

Figure 11. Pourcentage de Néo-Brunswickois souffrant (ayant souffert) du cancer, selon le quintile de revenu des ménages, 2011-2012

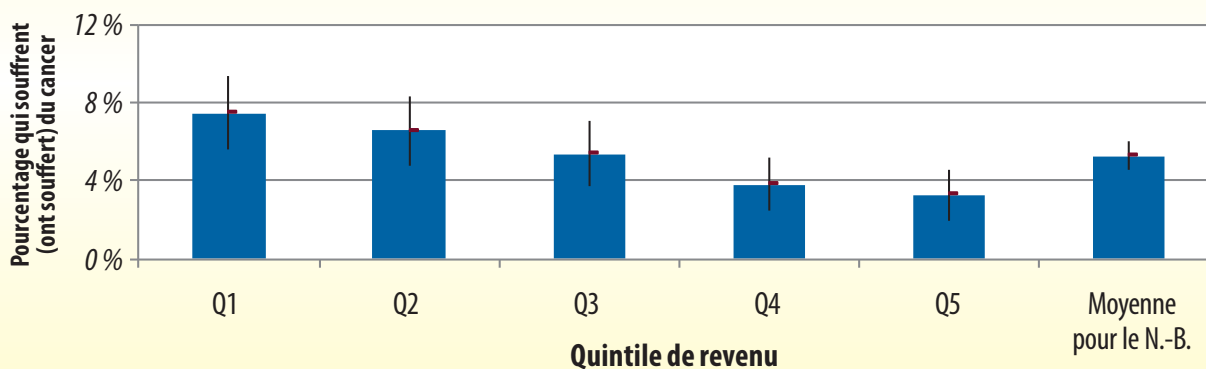


Figure 12. Pourcentage de Néo-Brunswickois souffrant d'une maladie cardiaque, selon le quintile de revenu des ménages, 2011-2012

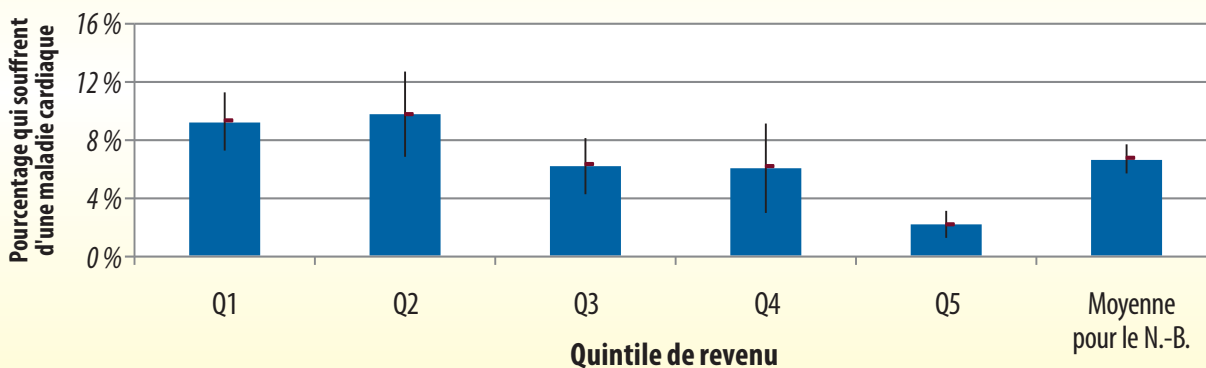


Figure 13. Pourcentage de Néo-Brunswickois diabétiques, selon le quintile de revenu des ménages, 2011-2012

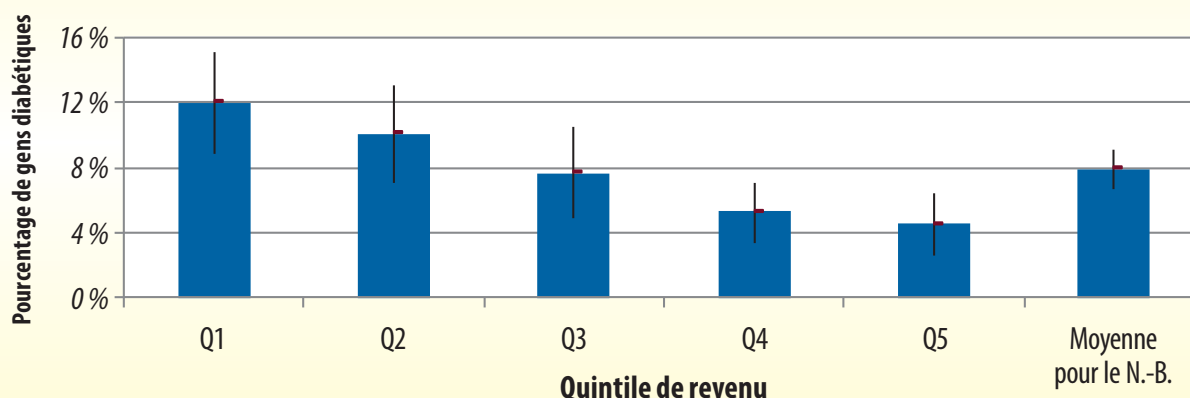
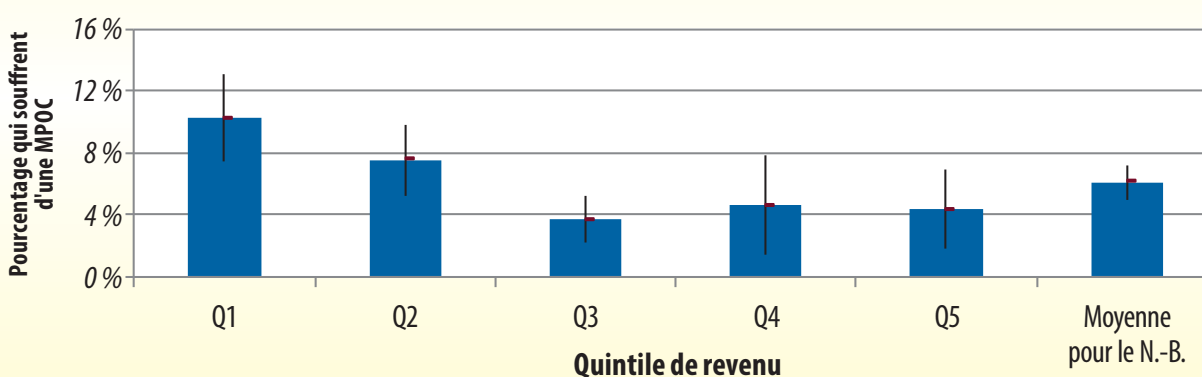


Figure 14. Pourcentage de Néo-Brunswickois souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, selon le quintile de revenu des ménages, 2011-2012



Les différences quant à la prévalence de ces quatre maladies chroniques ne sont pas seulement manifestes entre les ménages se trouvant au bas et en haut de l'échelle des revenus. Les données indiquent une tendance à la baisse des taux de prévalence des maladies chroniques avec chaque augmentation dans l'échelle des revenus. Cela se voit surtout dans la prévalence du cancer et du diabète par quintile de revenu des ménages (voir les figures 11 et 13).

Les taux de prévalence de cancer et de diabète autodéclarés diffèrent aussi selon le niveau de scolarité. Les répondants sans diplôme d'études secondaires connaissaient des taux de cancer et de diabète statistiquement plus élevés que ceux qui étaient titulaires d'un diplôme d'études secondaires ou qui avaient fait des études postsecondaires (figures 15 et 16).

Figure 15. Pourcentage de Néo-Brunswickois souffrant (ayant souffert) du cancer, selon le niveau de scolarité le plus élevé atteint, 2011-2012

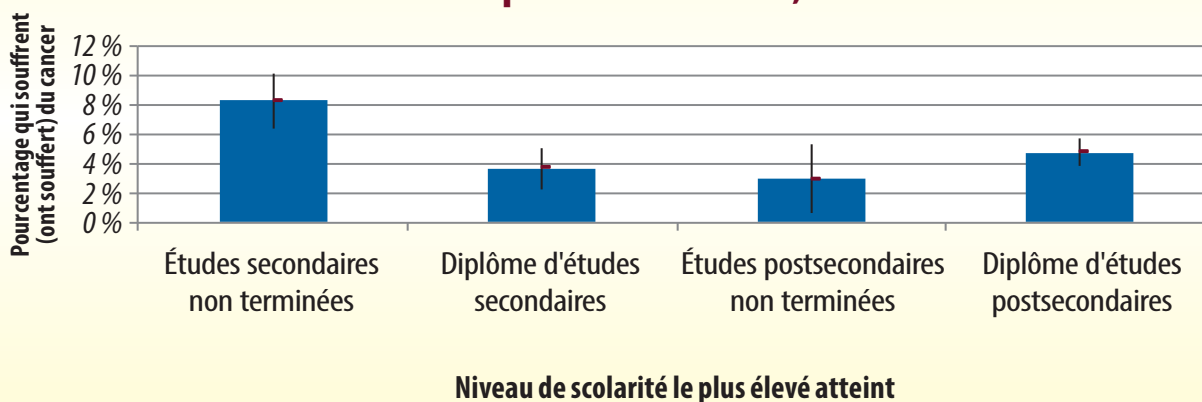
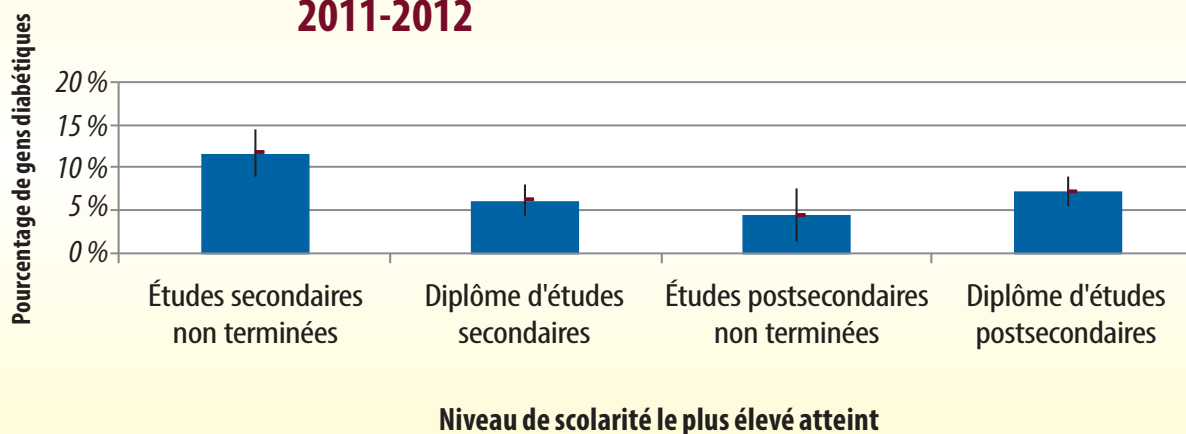


Figure 16. Pourcentage de Néo-Brunswickois diabétiques, selon le niveau de scolarité le plus élevé atteint, 2011-2012



En plus de porter un fardeau plus lourd en ce qui concerne les maladies chroniques, les ménages à plus faible revenu étaient davantage confrontés à des facteurs de risque de maladies chroniques. Le pourcentage de répondants ayant déclaré souffrir d'hypertension artérielle, par exemple, était statistiquement plus élevé dans les deux plus bas quintiles de revenu des ménages que dans les deux quintiles les plus élevés (figure 17). Il y avait aussi des différences quant au pourcentage de Néo-Brunswickois considérés comme ayant un excès de poids ou étant obèses entre les divers quintiles de revenu. Bien que le pourcentage de personnes ayant un excès de poids était statistiquement moins élevé chez les ménages à faible revenu comparativement aux ménages à revenu élevé, un pourcentage statistiquement plus élevé de gens issus de ménages à faible revenu étaient considérés comme obèses, les rendant ainsi plus à risque de développer des problèmes de santé (figure 18).

Figure 17. Pourcentage de Néo-Brunswickois souffrant d'hypertension artérielle, selon le quintile de revenu des ménages, 2011-2012

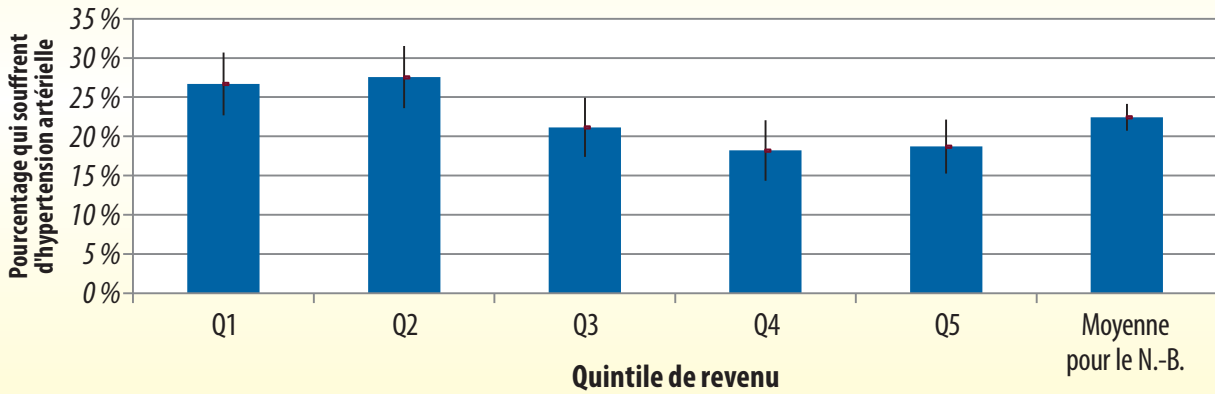
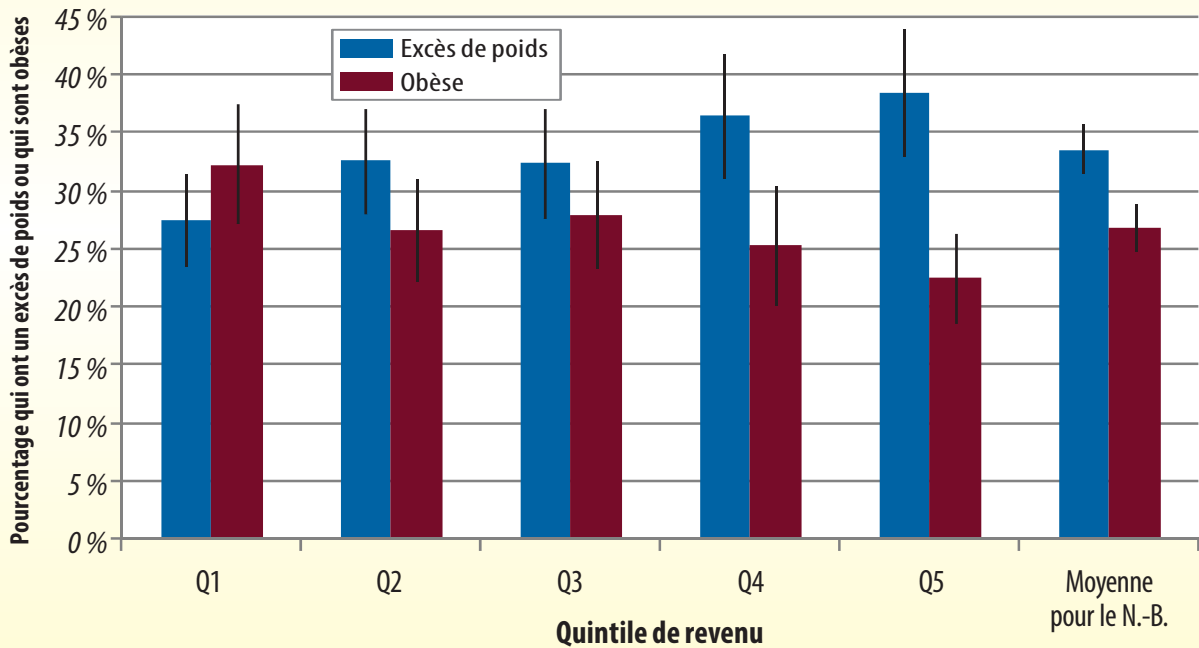


Figure 18. Pourcentage de Néo-Brunswickois ayant un excès de poids ou étant obèses, selon le quintile de revenu des ménages, 2011-2012



Il existe également des différences de taux de prévalence des maladies chroniques et des facteurs de risque selon le sexe au Nouveau-Brunswick. Les analyses de données ont révélé des taux statistiquement plus élevés d'excès de poids ou d'obésité, de diabète et de maladie cardiaque chez les hommes comparativement aux femmes. Par ailleurs, les taux de prévalence de l'hypertension artérielle, de la MPOC et du cancer étaient semblables pour les deux sexes (tableau 2).

Tableau 2. Taux de prévalence de certaines maladies chroniques et de certains facteurs de risque, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, 2011-2012		
Hommes	%	IC à 95 %
Excès de poids ou obèse	66,4	(62,9-69,8)
Diabète	10,0	(8,0-12,1)
Maladie cardiaque	8,8	(6,9-10,8)
Hypertension artérielle	22,1	(19,4-24,7)
Maladie pulmonaire obstructive chronique	5,6	(4,1-7,1)
Cancer (antécédents)	5,1	(4,0-6,2)
Femmes	%	IC à 95 %
Excès de poids ou obèse	54,6	(51,5-57,8)
Diabète	5,9	(4,8-7,0)
Maladie cardiaque	4,7	(3,8-5,5)
Hypertension artérielle	22,8	(20,6-25,0)
Maladie pulmonaire obstructive chronique	6,6	(4,9-8,2)
Cancer (antécédents)	5,5	(4,5-6,4)

Même s'il existe clairement dans la province certaines inégalités en matière de santé entre les femmes et les hommes, les hommes connaissant dans certains cas un taux plus élevé de maladies chroniques, ces différences ne sont pas nécessairement considérées comme des iniquités en matière de santé. Cela est dû au fait que l'un des attributs essentiels des iniquités en matière de santé est que les différences relatives à l'état de santé doivent se manifester entre des groupes présentant des différences sous-jacentes sur le plan du privilège social, de telle sorte que les groupes socialement défavorisés sont en moins bonne santé ou exposés à des risques plus élevés pour la santé. [5-9] Traditionnellement, les hommes ont toujours été plus privilégiés que les femmes sur le plan social et ont toujours occupé une position plus élevée dans la hiérarchie sociale, donc ils ne constituent pas un groupe défavorisé. Par conséquent, bien que les disparités en matière de santé entre les femmes et les hommes observées ici puissent être un important problème de santé publique au Nouveau-Brunswick, elles ne découlent pas nécessairement d'iniquités en matière de santé. Donc, pour adresser et prévenir de façon efficace les problèmes de santé dans cette province, nos démarches pour améliorer la santé doivent également tenir compte des différences entre les femmes, les hommes, les filles et les garçons.

Les différences entre «sexe» et «genre»

Les termes « sexe » et « genre » ne sont pas interchangeables. Le sexe fait allusion aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui distinguent les femmes et les hommes (p. ex. l'anatomie, les hormones et les gènes). Même si ce terme est souvent considéré comme étant binaire (femme/homme), il est reconnu que cette représentation est limitée et ne tient pas compte de la réalité biologique complexe de l'ensemble de la population. Le genre, par ailleurs, désigne les différents rôles sociaux et culturels, les attitudes, les comportements, les attentes, les limites, de même que l'influence et le pouvoir relatifs que la société attribue aux femmes et aux hommes en vertu de leur sexe biologique. Le genre s'exprime sur un continuum (c.-à-d. le degré de féminité ou de masculinité) fondé sur des concepts sociétaux. Tenir compte des différences entre le sexe et le genre fait partie intégrante de la démarche à suivre pour assurer des résultats équitables en matière de santé. [58]

Bien qu'il existe une différence évidente entre le sexe et le genre, les deux sont interreliés, et il est donc quasi impossible de démêler leurs effets sur l'état de santé. Le sexe, par exemple, influence qui sera atteint du cancer du poumon et qui y survivra, mais les facteurs sociaux influencent qui fume et donc plus à risque. Les facteurs liés au genre et à la diversité peuvent également influencer l'exposition aux facteurs de risque, l'adoption de comportements liés à la santé et les soins reçus (p. ex. l'accès aux ressources et aux services, la prévention et la prise en charge, l'expérience de la maladie et son importance sociale, les attitudes à l'égard du maintien de sa propre santé et de celle des membres de la famille, les habitudes relatives à l'utilisation des services et la qualité perçue des soins). [59] Il importe de signaler que les attitudes et les croyances à l'égard du genre sont souvent ancrées dans des lois, des pratiques et des institutions sociales. Elles sont omniprésentes dans les structures organisationnelles, y compris les soins de santé, renforçant ainsi les tendances à la discrimination fondée sur le genre et limitant les possibilités offertes aux femmes et aux hommes. [60]

Les femmes et les hommes sont touchés par différents problèmes de santé et ont souvent des besoins différents en termes de soins de santé. Ils ont, par exemple, des tendances différentes en ce qui a trait à la morbidité et à la mortalité, de même que des expériences différentes avec les soins de santé. Toutefois, l'état de santé différentiel n'est pas seulement dû à la biologie (au sexe), mais à l'ensemble des circonstances et des expériences de vie des femmes et des hommes fondées sur le genre, entre autres facteurs de diversité. Dans le cas des problèmes de santé qui touchent à la fois les femmes et les hommes, l'équité ne se traduit pas nécessairement par un même traitement, mais plutôt par un traitement qui est juste et qui aboutira aux mêmes résultats. Cela dit, les implications du genre sur la santé, dans toutes leurs manifestations, doivent être intégrées à la prestation des soins de santé.

Iniquités dans l'autoperception de l'état de santé et de la santé mentale

En plus d'avoir un moindre accès aux déterminants sociaux de la santé et de présenter un taux plus élevé de maladies chroniques et de facteurs de risque des maladies chroniques, les Néo-Brunswickois ayant un revenu et un niveau de scolarité plus faibles perçoivent également leur santé générale et leur santé mentale comme étant moins bon. En fait, l'autoperception de l'état de santé fait l'objet d'un gradient clair, selon lequel la proportion de répondants déclarant un état de santé très bon ou excellent augmente avec la croissance du quintile de revenu des ménages (figure 19). Un pourcentage statistiquement moins élevé de Néo-Brunswickois dans le quintile de revenu le plus bas (Q1) ont déclaré être en très bonne ou en excellente santé, comparativement aux autres groupes de revenu, alors qu'un pourcentage statistiquement moins élevé de Néo-Brunswickois des Q2 et Q3 ont déclaré avoir une très bonne ou une excellente santé comparativement à ceux des Q4 et Q5. De même, le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir une très bonne ou une excellente santé mentale augmente avec le revenu du ménage (figure 20). Un pourcentage statistiquement plus faible de personnes issues des ménages les moins riches (Q1) ont signalé que leur état de santé mentale était très bon ou excellent, comparativement aux personnes des ménages les plus riches (Q3, Q4 et Q5).

Figure 19. Pourcentage de Néo-Brunswickois se considérant en très bonne ou en excellente santé, selon le quintile de revenu des ménages, 2011-2012

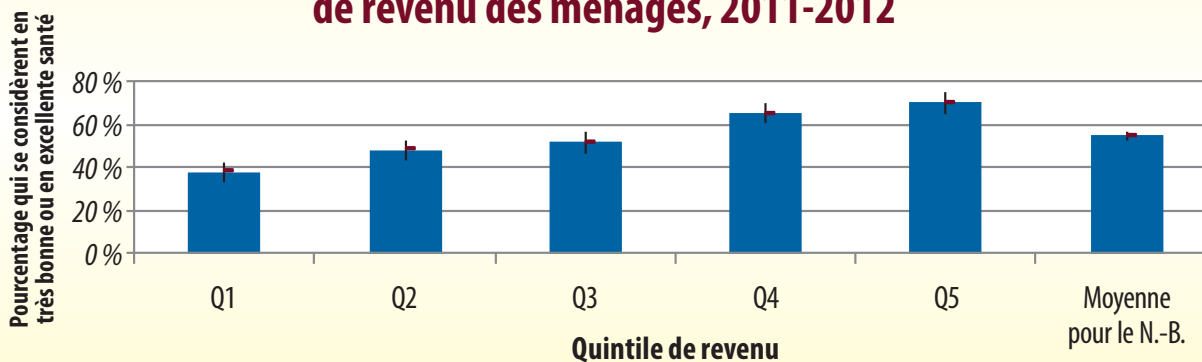
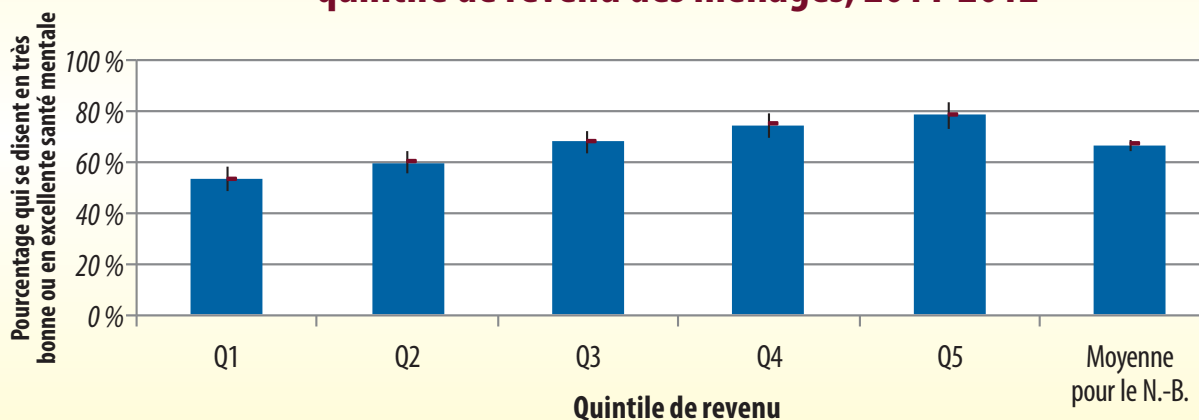


Figure 20. Pourcentage de Néo-Brunswickois se disant en très bonne ou en excellente santé mentale, selon le quintile de revenu des ménages, 2011-2012



Il existe également des iniquités dans l'autoperception de l'état de santé et de la santé mentale fondées sur le niveau de scolarité. Un pourcentage statistiquement moins élevé de Néo-Brunswickois sans diplôme d'études secondaires ont déclaré que leur état de santé était très bon ou excellent, comparativement à ceux qui avaient terminé leurs études secondaires ou qui avaient fait des études postsecondaires (figure 21). Dans le même ordre d'idées, le pourcentage de gens qui ont signalé que leur santé mentale était très bonne ou excellente était statistiquement plus faible chez les personnes sans diplôme d'études secondaires que chez celles ayant terminé leurs études secondaires ou ayant obtenu un diplôme d'études postsecondaires (figure 22).

Figure 21. Pourcentage de Néo-Brunswickois se considérant en très bonne ou en excellente santé, selon le niveau de scolarité le plus élevé atteint, 2011-2012

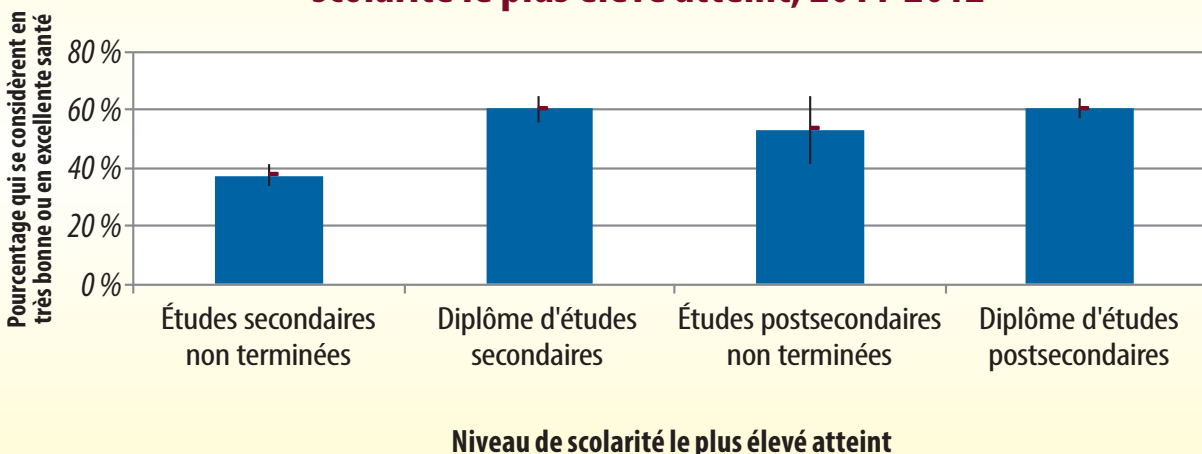
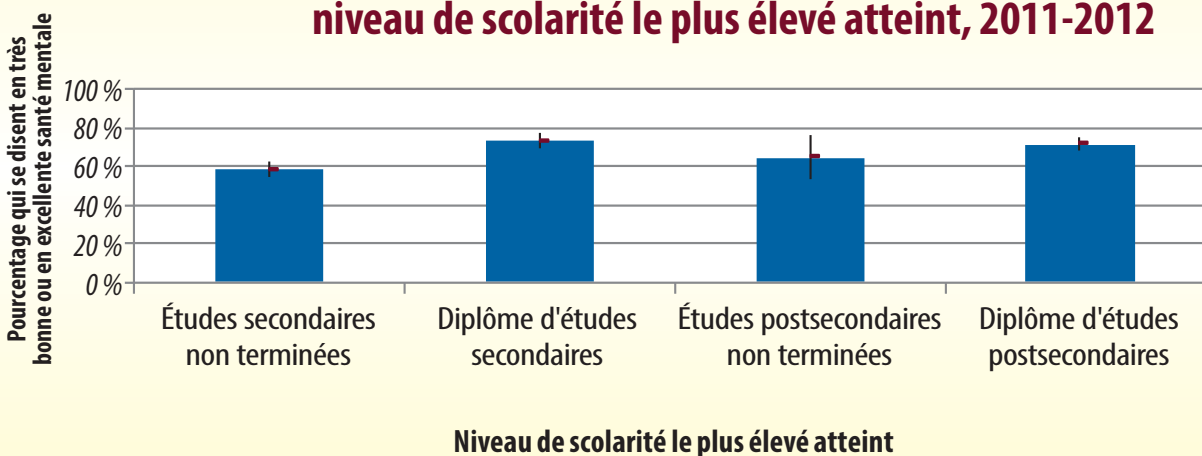


Figure 22. Pourcentage de Néo-Brunswickois se disant en très bonne ou en excellente santé mentale, selon le niveau de scolarité le plus élevé atteint, 2011-2012



Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée quant à l'autoperception de la santé et de la santé mentale entre les hommes et les femmes (tableau 3).

Tableau 3. Pourcentage de Néo-Brunswickois qui évaluent leur santé générale et leur santé mentale comme étant très bonne ou excellente, selon le sexe, 2011-2012

Hommes	%	IC à 95 %
Santé générale considérée comme étant très bonne ou excellente	42,8	(39,5-46,1)
Santé mentale considérée comme étant très bonne ou excellente	68,6	(65,3-71,9)
Femmes	%	IC à 95 %
Santé générale considérée comme étant très bonne ou excellente	41,0	(38,2-43,8)
Santé mentale considérée comme étant très bonne ou excellente	68,3	(65,6-71,1)

Iniquités en matière de santé et de déterminants de la santé entre les régions sanitaires

Au Nouveau-Brunswick, les iniquités en matière d'accès aux déterminants sociaux de la santé sont manifestes entre le nord et le sud de la province, l'accès des résidents du nord étant plus limité que chez ceux qui habitent dans le sud (figure 23).

Durant la période de 2011 à 2012, le revenu médian des ménages dans le sud (régions 1, 2 et 3) était de 54 874 \$ ou plus, tandis que le revenu médian des ménages dans le nord (régions 4, 5, 6 et 7) était de 49 250 \$ ou moins. La différence entre le revenu médian des ménages de la région où le revenu est le plus faible et celle où le revenu est le plus élevé (régions 5 et 2 respectivement) s'élevait à plus de 17 000 \$.

Par ailleurs, le pourcentage de Néo-Brunswickois ayant terminé leurs études secondaires ou ayant atteint un niveau de scolarité plus élevé différait entre le nord et le sud, des taux légèrement plus élevés ayant été observés dans les régions sanitaires du sud. Encore une fois, la différence la plus importante a été constatée entre la région 5 et la région 2 (12 p. 100). Un niveau de scolarité plus faible correspond à un risque plus élevé de chômage ou à des emplois mal rémunérés, ce qui contribue à perpétuer le cycle de la pauvreté et des iniquités en matière de santé.

Les trois régions sanitaires présentant le revenu médian des ménages le plus faible (régions 4, 5 et 7) ont signalé les taux les plus élevés d'excès de poids et d'obésité. Le taux le plus élevé d'insécurité alimentaire a aussi été constaté dans la région de la province où le revenu est le plus faible (région 5).

Le pourcentage de personnes ayant déclaré que leur santé générale était très bonne ou excellente était le plus élevé dans les deux régions sanitaires présentant le plus haut revenu médian des ménages (régions 2 et 3) et le plus faible dans les trois régions sanitaires ayant le revenu médian des ménages le plus bas (régions 5, 4 et 7 respectivement).

Même si on présume que le coût de la vie est plus faible dans le nord du Nouveau-Brunswick, les gens qui y vivent font face à un salaire plus bas, à une plus grande insécurité alimentaire et se considèrent en moins bonne santé. Le coût de la vie plus bas ne semble donc pas les protéger contre les iniquités en matière de santé.

Figure 23. Répartition de certains indicateurs de la santé au Nouveau-Brunswick, selon la région sanitaire, 2011-2012

Région 4:

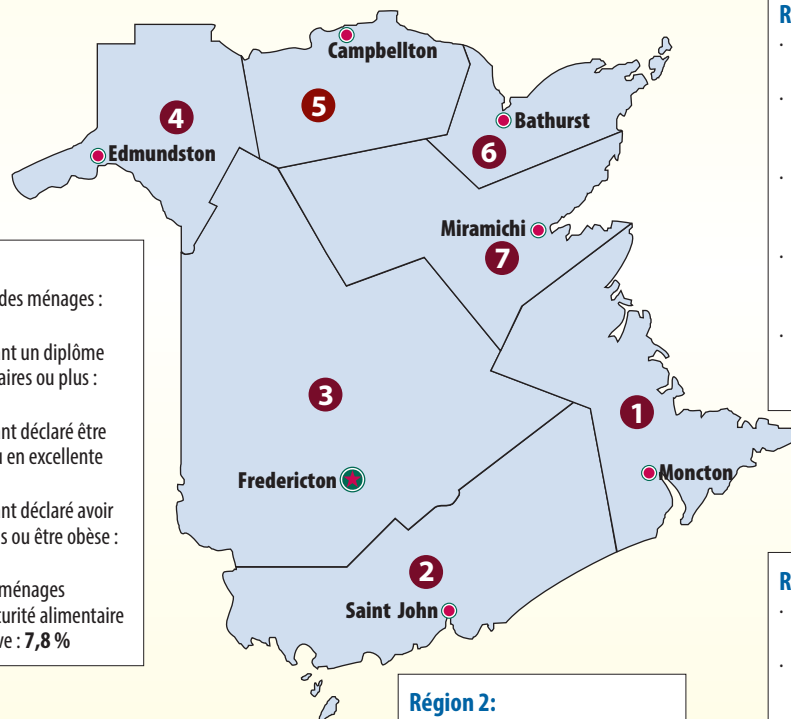
- Revenu médian des ménages : **44 816 \$**
- Pourcentage ayant un diplôme d'études secondaires ou plus : **85,5 %**
- Pourcentage ayant déclaré être en très bonne ou en excellente santé : **50,3 %**
- Pourcentage ayant déclaré avoir un excès de poids ou être obèse : **64,5 %**
- Pourcentage de ménages souffrant d'insécurité alimentaire modérée ou grave : **8,9 %**

Région 5:

- Revenu médian des ménages : **42 722 \$**
- Pourcentage ayant un diplôme d'études secondaires ou plus : **81,8 %**
- Pourcentage ayant déclaré être en très bonne ou en excellente santé : **47,6 %**
- Pourcentage ayant déclaré avoir un excès de poids ou être obèse : **63,8 %**
- Pourcentage de ménages souffrant d'insécurité alimentaire modérée ou grave : **12,1 %**

Région 6:

- Revenu médian des ménages : **49 250 \$**
- Pourcentage ayant un diplôme d'études secondaires ou plus : **85,9 %**
- Pourcentage ayant déclaré être en très bonne ou en excellente santé : **52,3 %**
- Pourcentage ayant déclaré avoir un excès de poids ou être obèse : **59,2 %**
- Pourcentage de ménages souffrant d'insécurité alimentaire modérée ou grave : **8,8 %**



Région 3:

- Revenu médian des ménages : **55 767 \$**
- Pourcentage ayant un diplôme d'études secondaires ou plus : **91,8 %**
- Pourcentage ayant déclaré être en très bonne ou en excellente santé : **59,1 %**
- Pourcentage ayant déclaré avoir un excès de poids ou être obèse : **58,3 %**
- Pourcentage de ménages souffrant d'insécurité alimentaire modérée ou grave : **7,8 %**

Région 7:

- Revenu médian des ménages : **49 102 \$**
- Pourcentage ayant un diplôme d'études secondaires ou plus : **87,3 %**
- Pourcentage ayant déclaré être en très bonne ou en excellente santé : **51,1 %**
- Pourcentage ayant déclaré avoir un excès de poids ou être obèse : **71,4 %**
- Pourcentage de ménages souffrant d'insécurité alimentaire modérée ou grave : **7,8 %**



Région 2:

- Revenu médian des ménages : **59 647 \$**
- Pourcentage ayant un diplôme d'études secondaires ou plus : **94,1 %**
- Pourcentage ayant déclaré être en très bonne ou en excellente santé : **58,0 %**
- Pourcentage ayant déclaré avoir un excès de poids ou être obèse : **62,3 %**
- Pourcentage de ménages souffrant d'insécurité alimentaire modérée ou grave : **7,1 %**

Région 1:

- Revenu médian des ménages : **54 874 \$**
- Pourcentage ayant un diplôme d'études secondaires ou plus : **91,8 %**
- Pourcentage ayant déclaré être en très bonne ou en excellente santé : **52,1 %**
- Pourcentage ayant déclaré avoir un excès de poids ou être obèse : **57,2 %**
- Pourcentage de ménages souffrant d'insécurité alimentaire modérée ou grave : **11,6 %**

Discussion

L'équité en matière de santé est devenue un sujet de dialogue partout dans le monde. Il est maintenant largement reconnu qu'il n'est pas possible d'améliorer la santé uniquement grâce à une augmentation des soins de santé ou à la croissance économique. On sait aussi que des écarts importants sur le plan des conditions sociales entraînent des écarts importants en matière de santé entre les groupes les plus privilégiés et les moins privilégiés.

La répartition en ce qui concerne la santé et les ressources et possibilités en matière de santé suivait la tendance anticipée dans la province, c'est-à-dire que nos citoyens les plus défavorisés étaient en moins bonne santé. Les Néo-Brunswickois ayant le revenu le plus faible ou le plus bas niveau de scolarité connaissaient une plus grande insécurité alimentaire et avaient des comportements liés à la santé plus nuisibles que leurs concitoyens ayant un revenu et un niveau de scolarité plus élevés. En outre, ces groupes vulnérables faisaient face à un plus grand nombre de maladies chroniques et de facteurs de risque des maladies chroniques que leurs homologues plus privilégiés. Il n'est pas étonnant que ces groupes vulnérables considéraient également leur santé générale et leur santé mentale comme étant moins bon. De telles différences sont injustes et inéquitables. Si nous voulons réaliser l'équité en matière de santé dans la province, des mesures sont nécessaires pour réduire ces disparités en matière de santé.

Liée au concept d'iniquité en matière de santé, la littératie en matière de santé est également associée aux principaux déterminants sociaux de la santé et à l'état de santé. [61] La littératie en matière de santé est essentielle à la capacité des Néo-Brunswickois de gérer leur santé de façon appropriée. Elle fait référence aux aptitudes des gens, de même qu'aux systèmes de santé et aux gens au sein de ces systèmes qui fournissent l'information. [62] Les gens qui jouissent d'un haut niveau de littératie en matière de santé peuvent avoir accès à l'information requise pour gérer leur santé au jour le jour et comprendre cette information. Au Canada, environ 55 p. 100 des adultes en âge de travailler et 88 p. 100 des gens âgés de 65 ans et plus n'ont pas la capacité de prendre seuls des décisions appropriées en matière de santé ni les aptitudes requises pour obtenir des renseignements sur la santé et des services de santé, les comprendre et y donner suite. [63] Les gens pour qui le faible niveau de littératie en matière de santé cause le plus de problèmes sont les personnes âgées, les individus ayant un faible niveau de scolarité ou une faible compétence en français ou en anglais, les nouveaux immigrants, les membres de la population autochtone et les personnes qui dépendent de l'aide sociale. [62] En plus d'avoir un effet négatif sur la santé et la qualité de vie, le faible niveau de littératie en matière de santé au Canada a aussi un impact considérable sur les coûts liés aux soins de santé. Les chercheurs estiment que le niveau limité de littératie en matière de santé représente de 3 p. 100 à 5 p. 100 du total des coûts liés aux soins de santé [64], soit au moins 6,5 milliards de dollars sur le total du budget consacré aux soins de santé au Canada. Étant donné que seulement un Canadien âgé de 65 ans et plus sur huit environ jouit d'un haut niveau de littératie en matière de santé et que la population vieillit rapidement, ce fait prend de plus en plus d'importance, car les aînés souffrent plus de maladies chroniques et prennent plus de médicaments que tout autre groupe d'âge. [65] Selon un récent document de travail de la National Academy of Medicine, la littératie en matière de santé est intrinsèquement liée au contexte socioéconomique individuel et collectif et est un puissant médiateur des déterminants sociaux de la santé. [61] Les auteurs proposent des interventions qui agissent sur la littératie en matière de santé en tant qu'option viable pour s'attaquer aux conditions sociales défavorables et aux déterminants environnementaux de la santé dans le but de réduire les disparités en matière de santé, favorisant ainsi l'équité en matière de santé et la justice sociale.

Des mesures doivent donc être prises, de toute urgence, au Nouveau-Brunswick et dans l'ensemble du Canada pour mieux comprendre et aborder les liens entre les environnements social, physique et économique, d'une part, et les comportements liés à la santé, d'autre part, en accordant la priorité aux interventions en amont.

Politiques à considérer

Les interventions en aval, les interventions intermédiaires et les interventions en amont destinées à réduire les iniquités en matière de santé englobent toute une gamme d'activités possibles, et la santé publique peut agir sur l'ensemble de ces activités pour accroître l'équité en matière de santé dans la province. Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé offre des exemples d'interventions à divers paliers pour remédier aux iniquités en matière de santé fondées sur le revenu. [42] Assurer la disponibilité de programmes de prévention des maladies chroniques et l'accès de ces programmes aux familles à faible revenu est un exemple d'intervention en aval. Établir des liens entre les clients et les programmes de bien-être, d'aide sociale ou de retour sur le marché de travail sont des exemples d'intervention intermédiaire. Plaider en faveur de politiques relatives au salaire de subsistance, au plafonnement des salaires ou à la taxation progressive sont des exemples d'intervention en amont.

Voici des exemples d'interventions en aval, intermédiaire et en amont du Bureau du médecin-hygiéniste en chef (BMHC) concernant l'équité en matière de santé :

En aval : Centres de santé sexuelle et évaluation du trottineur en matière de santé;

Intermédiaire : Immunisation, éducation sanitaire, programme Apprenants en santé à l'école, inspections de la santé publique et politiques publiques favorables à la santé, notamment l'interdiction de fumer et de vapoter dans de nombreux endroits à l'extérieur;

En amont : Évaluation des impacts sur la santé du point de vue de l'équité en matière de santé (p. ex. les impacts sociaux et communautaires de l'exploitation du gaz de schiste au Nouveau-Brunswick).

Selon le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, deux vastes approches pour agir sur les iniquités en matière de santé se sont révélées les plus efficaces :

- Créer des programmes de soutien du revenu; et
- Réduire l'exposition aux conditions et aux comportements nuisibles à la santé. [66]

Des exemples de programmes de soutien du revenu comprennent les allocations, les programmes d'aide au revenu et l'accroissement des niveaux d'instruction dans le but de réduire la pauvreté en augmentant le niveau de scolarité, en réduisant le chômage et en augmentant le revenu de ceux qui se trouvent dans les plus bas échelons de la hiérarchie sociale. La deuxième approche met l'accent sur les déterminants de la santé pour réduire les inégalités, notamment les environnements physique et social, la sécurité alimentaire et le développement de la petite enfance, ainsi que les comportements liés à la santé, comme le tabagisme, l'inactivité physique et la mauvaise alimentation. En nous concentrant sur des interventions en amont pour apporter des solutions, nous augmenterions grandement nos chances de réduire les iniquités en matière de santé dans la province.

Le rôle de la santé publique pour réduire les iniquités en matière de santé

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé a identifié quatre rôles que la santé publique peut jouer pour promouvoir l'équité en matière de santé :

- Évaluer les iniquités en matière de santé et rendre compte de leur existence (et de leur impact), comme nous l'avons fait dans le présent rapport, de même qu'évaluer et rendre compte des stratégies efficaces pour réduire ces iniquités;
- Modifier et orienter les interventions et les services de façon à réduire les iniquités, en tenant compte des besoins uniques des populations marginalisées;
- De concert avec d'autres organismes, diriger, soutenir et participer à l'analyse et l'élaboration de politiques, ainsi que de promouvoir l'amélioration des déterminants de la santé et la réduction des iniquités;
- Collaborer avec d'autres organismes gouvernementaux et communautaires pour identifier des façons d'améliorer l'état de santé des populations marginalisées. [67]

Le Service de santé publique de Sudbury et du district en Ontario a défini dix pratiques prometteuses pour réduire les iniquités sociales en matière de santé. [21] Elles comprennent ce qui suit :

- ciblage dans un cadre d'universalité
- divulgation volontaire
- marketing social
- établissement de cibles pour l'équité en matière de santé
- évaluation d'impact sur la santé axée sur l'équité
- compétences et normes organisationnelles
- apport à la base de données probantes
- développement de la petite enfance
- engagement communautaire
- action intersectorielle

Le BMHC au Nouveau-Brunswick a déjà adopté certaines de ces pratiques prometteuses, alors qu'il cherche à s'acquitter de son mandat visant à protéger, à promouvoir et à améliorer la santé des gens du Nouveau-Brunswick en collaboration avec les régies régionales de la santé. Certains exemples sont illustrés dans le tableau 4.

Tableau 4. Pratiques prometteuses du Bureau du médecin-hygiéniste en chef pour réduire les iniquités sociales en matière de santé

<p>Développement de la petite enfance et ciblage dans un cadre d'universalité</p>	<p>Le programme Familles en santé, bébés en santé offre des services prénataux qui favorisent la grossesse en santé et des services postnatals qui contribuent au développement sain des enfants de la naissance à l'âge de deux ans. Des exemples de services comprennent le dépistage, les visites à domicile, la distribution de suppléments alimentaires et l'aiguillage. Ce programme cible aussi les familles prioritaires pour leur offrir un soutien et des services supplémentaires – les femmes enceintes admissibles reçoivent des séances individualisées selon leurs besoins et axées sur une grossesse saine, un mode de vie sain et des choix sains; les services postnatals visent à favoriser une croissance et un développement sains, à améliorer les compétences parentales, à encourager la résilience de la famille et à renforcer la capacité communautaire.</p> <p>L'évaluation du trottoeur en santé (18 mois) est un programme universel qui donne aux parents ou aux tuteurs la possibilité de discuter des étapes de croissance et de développement de l'enfant avec une infirmière en santé publique et d'obtenir des renseignements sur les choix sains pour les jeunes enfants.</p>
<p>Divulgaration volontaire</p>	<p>Le présent rapport, <i>Iniquités en matière de santé au Nouveau-Brunswick, divulgue dans un but précis la relation qui existe entre les iniquités sociales et en matière de santé dans la province.</i></p>
<p>Évaluation d'impact sur la santé axée sur l'équité</p>	<p>Les impacts sociaux et communautaires de l'exploitation du gaz de schiste au Nouveau-Brunswick du point de vue de l'équité en matière de santé.</p>
<p>Compétences et normes organisationnelles</p>	<p>Le renforcement des capacités du BMHC en matière de connaissances, d'éducation et de plaidoyer est une priorité du plan stratégique de 2012-2015, et prendre connaissance des iniquités en matière de santé est un objectif stratégique. Une analyse conceptuelle a été entreprise dans le but d'établir une interprétation commune du concept et de faciliter la communication entre les membres du personnel relativement aux iniquités en matière de santé. En perfectionnant leurs connaissances sur les iniquités en matière de santé, les employés sont mieux en mesure d'identifier les différences injustes de l'état de santé qui existent au sein de la population, de les comprendre et d'y donner suite.</p>

À l'avenir, le BMHC et ses partenaires de la santé publique des régies régionales de santé devront continuer à intégrer un plus grand nombre de ces pratiques prometteuses dans leur travail, alors que nous cherchons à réduire les iniquités en matière de santé dans cette province.

Ce que la santé publique peut faire pour lutter contre les iniquités en matière de santé

- Définir des stratégies réalistes pour réduire les iniquités en matière de santé.
- Plaider en faveur d'une approche intersectorielle pour lutter contre les iniquités en matière de santé et faciliter une telle approche.
- Collaborer de façon stratégique avec d'autres organismes gouvernementaux et communautaires pour trouver des moyens d'améliorer l'état de santé des populations marginalisées. Cela comprend la détermination des besoins particuliers des populations marginalisées et la modification en conséquence des interventions et des services afin de réduire les iniquités.
- Tenir compte de l'équité dans l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé et les évaluations d'impact sur la santé.
- Participer avec d'autres ministères et organismes à la révision et à l'élaboration de nouvelles politiques et plaider en faveur de l'amélioration des déterminants de la santé et la réduction des iniquités en matière de santé.

Le rôle des fournisseurs de soins de santé pour réduire les iniquités en matière de santé

Les fournisseurs de soins de santé peuvent également contribuer à réduire les iniquités sociales en matière de santé dans leur propre pratique en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. En mars 2015, le président de l'Association médicale canadienne (AMC), D' Chris Simpson, a publié un blogue sur l'importance pour les médecins d'agir sur les déterminants sociaux de la santé de leurs patients, faisant part également des progrès réalisés par l'AMC à cet égard. [68] Dans le même ordre d'idées, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada fournit des ressources en ligne et établit la responsabilité des infirmières de promouvoir l'équité en matière de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. [69] Par ailleurs, les recherches démontrent que la santé de la population est déterminée à 50 p. 100 par l'environnement social et économique et à 25 p. 100 seulement par le système de soins de santé. [70]

Le Comité sur la pauvreté du Collège des médecins de famille de l'Ontario a mis au point un outil d'intervention en matière de pauvreté (<http://ocfp.on.ca/cpd/povertytool>) qui pose une question simple pour cerner les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté : « Avez-vous parfois de la difficulté à joindre les deux bouts à la fin du mois? ». Les auteurs soulignent que la pauvreté constitue un risque pour la santé qui équivaut à l'hypertension artérielle, à un taux de cholestérol élevé et au tabagisme. Des travaux sont en cours pour adapter cet outil pour le Nouveau-Brunswick. [71]

Le Collège des médecins de famille du Canada a récemment publié un guide sur les déterminants sociaux de la santé, qui propose des mesures concrètes pour évaluer et améliorer les déterminants sociaux de la santé des patients, notamment des suggestions d'intervention en milieu clinique, dans la collectivité et à l'échelle de la population. [72]

Ce que les fournisseurs de soins de santé peuvent faire pour lutter contre les iniquités en matière de santé en milieu clinique :

- Procéder au dépistage régulier de la pauvreté chez les patients et intervenir au besoin.
- S'assurer que le cabinet soit accessible à tous les patients, plus particulièrement aux populations marginalisées.
- Offrir un accès amélioré dans la planification des rendez-vous et offrir des rendez-vous le jour même.
- Constituer une équipe anti-pauvreté modelée sur les besoins de la collectivité.
- Comprendre et distribuer les formulaires des programmes provinciaux et territoriaux d'aide sociale. [72]
- Offrir un meilleur soutien aux gens ayant un faible niveau de littératie et de littératie en matière de santé, par exemple grâce à des communications claires, à l'établissement de relations fondées sur la confiance et à la prise de conscience des ressources communautaires.

Le rôle des secteurs non liés à la santé pour réduire les iniquités en matière de santé

Il a été démontré que la planification et les partenariats intersectoriels avec les secteurs non liés à la santé sont des moyens efficaces de s'attaquer aux déterminants de la santé dans les régions régionales de la santé du Canada. [73] Les administrations de tous les échelons (municipalités, gouvernement provincial et gouvernement fédéral), le secteur privé et le secteur bénévole dont les travaux s'alignent sur les déterminants sociaux de la santé (p. ex. planification et aménagement urbain, logement, revenu, transports, insécurité alimentaire) ont tous des contributions à apporter. [12,74-77] Le Nouveau-Brunswick a déjà démontré sa capacité à entreprendre des mesures intersectorielles qui traitent des questions sociales importantes. Le plan de réduction de la pauvreté de la Société d'inclusion économique et sociale, *Ensemble pour vaincre la pauvreté*, a été élaboré et est surveillé, coordonné et mis en œuvre par un conseil d'administration composé de représentants du gouvernement, du secteur privé et d'organismes sans but lucratif, de même que d'une personne ayant connu la pauvreté. Le processus d'élaboration a fait appel à plus de 750 membres du public et 50 organismes communautaires. Le plan décrit ce qui peut être fait collectivement pour réduire la pauvreté au Nouveau-Brunswick. [29] Nous devons continuer à accomplir des progrès sur la base du succès connu par des projets comme *Ensemble pour vaincre la pauvreté*, afin de réunir le secteur public, le secteur privé, le secteur sans but lucratif et les citoyens du Nouveau-Brunswick pour prendre des mesures collectives en vue de réduire les iniquités en matière de santé dans la province.

Ce que les secteurs non liés à la santé peuvent faire pour lutter contre les iniquités en matière de santé [12]

- Collaborer avec le secteur de la santé afin d'aménager des structures et mettre au point les mécanismes les plus susceptibles de créer les conditions favorables à la réduction des iniquités en matière de santé dans les domaines de l'élaboration des politiques; l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes; et le partage de l'information et des ressources.
- Mettre en place le leadership et les mécanismes intersectoriels nécessaires pour accroître la capacité de lutter contre les iniquités en matière de santé à l'échelle provinciale, régionale et communautaire.
- Soutenir les investissements dans des projets clés alignés sur les groupes défavorisés prioritaires et les déterminants de la santé, lorsque leur efficacité pour réduire les iniquités en matière de santé a été démontrée.

Conclusion

Il existe des iniquités en matière de santé au Nouveau-Brunswick qui touchent non seulement nos citoyens les plus vulnérables, mais aussi les Néo-Brunswickois issus de toutes les couches sociales. Comme province, nous ne pouvons pas fermer l'œil sur ces iniquités, en raison du fardeau qu'elles représentent pour notre système de soins de santé, et aussi à cause de la menace qu'elles représentent pour notre prospérité sociale et économique. Comme les iniquités en matière de santé sont liées aux conditions économiques et sociales, la tâche de les aplanir ne peut relever uniquement de la santé publique et du système de soins de santé. Cette tâche nécessitera aussi la participation des secteurs gouvernementaux non liés à la santé, du secteur privé, du secteur sans but lucratif et des intervenants de la société civile.

Références

1. Le Conference Board du Canada, « Why does Canada get a “B” when its health care system is one of the best in the world? », site Web du Conference Board du Canada, 2015. Sur Internet : <URL : <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/health.aspx>>.
2. Vancouver Coastal Health, *Towards a Population Health Promotion Approach: A Framework and Recommendations for Action*, Vancouver (Colombie-Britannique), 2006. Sur Internet : <URL : https://www.vch.ca/media/Toward_A_Population_Health_Approach.pdf>.
3. Association médicale canadienne, « Être plus pauvre, mourir plus jeune : il est temps de mettre fin à cette «honte nationale», affirme l'AMC », 5 février 2013. Sur Internet : <URL : <https://www.cma.ca/fr/Pages/Being-poorer-dying-faster-time-to-end-Canada-national-disgrace-CMA-says.aspx> >.
4. M. Whitehead et G. Dahlgren, *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 2006.
5. P.A. Braveman et S. Gruskin, « Defining Equity in Health », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57 (2003), p. 254-258, 2003.
6. P.A. Braveman, « Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement », *Annual Review of Public Health*, vol. 27 (2006), p. 167-194.
7. P.A. Braveman, S. Kumanyika, J. Fielding, T. Laveist, L.N. Borrell, R. Manderscheid et A. Troutman, « Health Disparities and Health Equity: The Issue is Justice », *American Journal of Public Health*, vol. 101, S1 (2011), p. S149S155.
8. P.A. Braveman, « What is Health Equity: And How Does a Life-Course Approach Take Us Further Toward It? », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 18 (2014), p. 366-372.
9. P.A. Braveman, « What Are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear », *Public Health Reports*, vol. 129, supplément 2 (2014), p. 5-8.
10. C.P. Jones, « Systems of Power, Axes of Inequity: Parallels, Intersections, Braiding the Strands », *Medical Care*, vol. 52, no 10, supplément 3 (2014), p. S71-S75.
11. P.A. Braveman, *Equity in health and health care : A WHO/SIDA Initiative*, Organisation mondiale de la Santé (ARA/96.1), Genève, 1996.
12. Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : Document de travail*, Agence de la santé publique du Canada, 2004.
13. Bureau du médecin-hygiéniste en chef, *Health Inequity : A Concept Analysis*, Fredericton (Nouveau-Brunswick), 2015.
14. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *Glossaire français des principaux termes sur l'équité en matière de santé*, Université St. Francis Xavier, Antigonish (Nouvelle-Écosse), 2015.
15. I. Kawachi, S. Subramanian et N. Almeida-Filho, « A glossary for health inequalities », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56 (2002), p. 647-652.
16. Commission des déterminants sociaux de la santé, *Comblé le fossé en une génération : Instaurer l'équité en matière de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2008.
17. Agence de la santé publique du Canada, *Qu'est-ce qui détermine la santé?* (en ligne), 21 octobre 2011. Sur Internet : <URL : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>>[consulté le 11 juin 2015].
18. Agence de la santé publique du Canada, *L'Administrateur en chef de la santé publique : Rapport sur l'état de la santé publique au Canada*, Ottawa, 2008.

19. Région sanitaire de Winnipeg, *Health for All - Building Winnipeg's Health Equity Action Plan*, 2013. Sur Internet : <URL : <http://www.wrha.mb.ca/about/healthequity/HealthEquityActionPlan.php>>.
20. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *La santé publique a la parole : Divulgence volontaire en faveur de l'équité en matière de santé* (vidéo), Université St. Francis Xavier, Antigonish (Nouvelle-Écosse), 2013.
21. Service de santé publique de Sudbury et du district, *10 pratiques prometteuses pour réduire les iniquités sociales en matière de santé dans les cadres locaux de santé publique : document d'information technique*, Sudbury (Ontario), 2011.
22. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle : Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées 2012 et 2011-2012*, juin 2013.
23. Vincent Dale, *Validation in Statistics Canada Health Surveys*, juin 2007.
24. Société d'inclusion économique et sociale, *Données sur la pauvreté au Nouveau-Brunswick* (en ligne). Sur Internet : <URL : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sies/presentation/content/donnees_surlapauvreteauNouveauBrunswick.html>.
25. Statistique Canada, *Caractéristiques de la population active, données désaisonnalisées, par province* (en ligne), 5 juin 2015. Sur Internet : <URL : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/lfss01a-fra.htm>> [consulté le 11 juin 2015].
26. Société d'inclusion économique et sociale, *Un portrait du Nouveau-Brunswick* (en ligne). Sur Internet : <URL : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sies/presentation/content/un_portraitdeNouveauBrunswick.html> [consulté le 11 juin 2015].
27. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, *Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale*, Rome, Italie, 1996.
28. Santé Canada, *Évaluation de la situation de sécurité alimentaire* (en ligne), 25 juillet 2012. Sur Internet : <URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/insecurit/status-situation-eng.php>> [consulté le 2 juin 2015].
29. Société d'inclusion économique et sociale, *Ensemble pour vaincre la pauvreté : Le Plan d'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick 2014-2019*, Province du Nouveau-Brunswick, Fredericton, 2014. Sur Internet : <URL : <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/esic/pdf/PlanDinclusionEconomiqueSocialeNB2014-2019.pdf>>.
30. Banques alimentaires Canada, *Bilan-Faim 2013*, Toronto, Banques alimentaires Canada, 2013. Sur Internet : <URL : <http://foodbanksCanada.ca/FoodBanks/MediaLibrary/HungerCount/Bilan-Faim2013.pdf>>.
31. V. Tarasuk, N. Dachner et R. Loopstra, « Food banks, welfare, and food insecurity in Canada », *British Food Journal*, vol. 116, no 9 (2014), p. 1405-1417, 2014.
32. R. Loopstra et V. Tarasuk, « Severity of Household Food Insecurity Is Sensitive to Change in Household Income and Employment Status among Low-Income Families », *Journal of Nutrition*, vol. 143 (2013), p. 1316-1323.
33. Agence de la santé publique du Canada, *Facteurs de risque des maladies chroniques* (en ligne), 9 avril 2015. Sur Internet : <URL : http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/facteurs_risque-risk_factors-fra.php> [consulté le 1er juin 2015].
34. Commission des déterminants sociaux de la santé, *Achieving Health Equity : from root causes to fair outcomes*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007. Déclaration provisoire.
35. E. Power, « Determinants of Healthy Eating Among Low-income Canadians », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, supplément 3 (2005), p. S37-S42.
36. J.S. Feinstein, « The Relationship between Socioeconomic Status and Health: A Review of the Literature », *The Milbank Quarterly*, vol. 71 (1993), p. 279-322.
37. C. Mustard, S. Derkson, J.-M. Berthelot, M. Wolfson, L.L. Roos, K.C. Carrière et A. Zierler, *Socioeconomic Gradients in Mortality and the Use of Health Care Services at Different Stages in the Life Course*, Winnipeg, Manitoba Centre for Health Policy, 1995.

38. L. Reutter, « Socioeconomic determinants of health », sous la direction de M.J. Stewart, *Community Nursing: Promoting Canadians' Health*, 2e éd., Toronto, W.B. Saunders, 2000.
39. D.L. Williamson, M.J. Stewart, K. Hayward, N. Letourneau, E. Makwarimba, J. Masudab, K. Raine, L. Reutter, I. Rootman et D. Wilson, « Low-income Canadians' experiences with health-related services: Implications for health care reform », *Health Policy*, vol. 76 (2006), p. 106-121.
40. N.M. Kasman et E.J. Badley, « Beyond Access: Who Reports That Health Care Is Not Being Received When Needed in a Publicly-funded Health Care System? », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 95 (2004), p. 304-308.
41. K. Wilson et M.W. Rosenberg, « Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities », *Health Policy*, vol. 67 (2004), p. 137-148.
42. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *Se diriger vers l'amont... Parlons-en*, Université St. Francis Xavier, Antigonish (Nouvelle-Écosse), 2014.
43. L. McIntyre, « Food security: More than a determinant of health », *Policy Options*, vol. 24 (2003), p. 46-51.
44. R. Ionescu-Ittu, M. Glymour et J. Kaufman, « A difference-in-differences approach to estimate the effect of income-supplementation on food insecurity », *Preventive Medicine*, vol. 70 (2015), p. 108-116.
45. J.C. Herbert Emery, V.C. Fleisch et L. McIntyre, « How a Guaranteed Annual Income Could Put Food Banks Out of Business », *SPP Research Papers*, University of Calgary's School of Public Policy, vol. 6 (décembre 2013), p. 1-20.
46. J.C. Herbert Emery, V.C. Fleisch et L. McIntyre, « Legislated changes to federal pension income in Canada will adversely affect low-income seniors' health », *Preventive Medicine*, vol. 57 (2013), p. 963-966.
47. V. Tarasuk, A. Mitchell, L. McLaren et L. McIntyre, « Chronic Physical and Mental Health Conditions among Adults May Increase Vulnerability to Household Food Insecurity », *Journal of Nutrition*, vol. 143 (2013), p. 1785-1793.
48. R.C. Whitaker, S.M. Phillips et S.M. Orzol, « Food Insecurity and the Risks of Depression and Anxiety in Mothers and Behavior Problems in their Preschool-Aged Children », *Pediatrics*, vol. 118 (2006), p. 859-868.
49. V. Tarasuk, L. McIntyre et J. Li, « Low-income women's dietary intakes are sensitive to the depletion of household resources in one month », *Journal of Nutrition*, vol. 137 (2007), p. 1980-1987.
50. S.I. Kirkpatrick et V. Tarasuk, « Food Insecurity Is Associated with Nutrient Inadequacies among Canadian Adults and Adolescents », *Journal of Nutrition*, vol. 138 (2008), p. 604-612.
51. L.B. Dixon, M.A. Winkleby et K.L. Radimer, « Dietary intakes and serum nutrients differ between adults from food-insufficient and food-sufficient families: Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994 », *Journal of Nutrition*, vol. 131 (2001), p. 1232-1246.
52. A.M. Hamelin, M. Beaudry et J.P. Habicht, « Characterization of household food insecurity in Québec: food and feelings », *Social Science & Medecine*, vol. 54 (2002), p. 119-132.
53. R. Loopstra et V. Tarasuk, « What Does Increasing Severity of Food Insecurity Indicate for Food Insecure Families? Relationships Between Severity of Food Insecurity and Indicators of Material Hardship and Constrained Food Purchasing », *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, vol. 8 (2013), p. 337-349.
54. M.B. Kushel, R. Gupta, L. Gee et J.S. Haas, « Housing Instability and Food Insecurity as Barriers to Health Care Among Low-Income Americans », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21 (2006), p. 7177.
55. V. Tarasuk, J. Cheng, C. de Oliveira, N. Dachner, C. Gundersen et P. Kurdyak, « Association between household food insecurity and annual health care costs » (en ligne), *CMAJ*, 10 août 2015. Sur Internet : <URL : <http://www.cmaj.ca/content/early/2015/08/10/cmaj.150234>> [consulté le 12 août 2015].

56. Unité des soins de santé primaires du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, *Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques pour le Nouveau-Brunswick*, Fredericton, 2010. Sur Internet : <URL : <http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/6960f-final.pdf>>.
57. Service Nouveau-Brunswick, *Statistiques annuelles 2013 – Statistiques de l'état civil*, Fredericton (Nouveau-Brunswick), 2015. Sur Internet : <URL : <http://www.snb.ca/f/1000/1000-01/f/annual-f.asp>>.
58. B. Clow, A. Pederson, M. Haworth-Brockman et J. Bernier, *Rising to the Challenge : Sex-and gender-based analysis for health planning, policy and research in Canada*, Atlantic Centre of Excellence for Women's Health, Halifax (Nouvelle-Écosse), 2009.
59. Hôpital St. Michaels, *Mesure des inégalités en matière de santé entre les Canadiennes : Établissement d'un bassin d'indicateurs*, Université de Toronto, 2007. Sur Internet : <URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/2007-bierman-fra.php#sthash.SffdUm1t.dpuf>>.
60. P. Östlin, *Transforming Health Systems and Services for Women and Girls*, Karolinska Institutet, Suède, 2009. Sur Internet : <URL : http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/impact_bdpfa/EP5%20-%20Ostlin_final.pdf>.
61. R.A. Logan, W.F. Wong, M. Villaire, G. Daus, T.A. Parnell, E. Willis et M.K. Paasche-Orlow, *Health Literacy : A Necessary Element for Achieving Health Equity*, National Academy of Medicine, 2015. Sur Internet : <URL : <http://nam.edu/wp-content/uploads/2015/07/NecessaryElement.pdf>>.
62. Public Health Association of British Columbia, *An Inter-sectoral Approach for Improving Health Literacy for Canadians - A Discussion Paper*, Victoria (Colombie-Britannique), 2012.
63. Canadian Literacy and Learning Network, *Literacy Statistics*, 2015. Sur Internet : <URL : <http://www.literacy.ca/literacy/literacy-sub/>>.
64. K. Eichler, S. Wieser et U. Bruegger, « The costs of limited health literacy: a systematic review », *International Journal of Public Health*, vol. 54, no 5 (2009), p. 313-324. Sur Internet : <URL : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3785182/pdf/38_2009_Article_58.pdf>.
65. I. Rootman et D. Gordon-El-Bihbety, « Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé », *Association canadienne de santé publique*, 2008. Sur Internet : <URL : http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_e.pdf>.
66. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, *Treize interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé au Canada*, Québec, 2010.
67. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en matière de santé : Parlons-en*, Université St. Francis Xavier, Antigonish (Nouvelle-Écosse), 2013. Sur Internet : <URL : http://nccdh.ca/images/uploads/PHR_FR_Final.pdf>.
68. C. Simpson, *Physician Leadership in the "Social Determinants of Health" Sphere – Upstream Thinking*, 27 mars 2015. Sur Internet : <URL : <https://www.cma.ca/En/Pages/president-blog.aspx>>.
69. Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Énoncé de position : Les déterminants sociaux de la santé*, novembre 2013. Sur Internet : <URL : http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/ps124_social_determinants_of_health_f.%20pdf?la=fr>.
70. Association médicale canadienne, « L'équité en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé : Un rôle pour la profession médicale », *Politique de l'AMC*, 2013. Sur Internet : <URL : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/PD13-03-f.pdf>>.
71. R. Boyle, Prévention et gestion des maladies chroniques, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Communication personnelle, août 2015.
72. Collège des médecins de famille du Canada, *Conseil pratique sur les déterminants sociaux de la santé*, mars 2015. Sur Internet : <URL : http://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BA_SocialID_FRE_WEB_Links.pdf>.
73. B. Gardner, *Health Equity Discussion Paper*, Toronto, RLISS du Centre-Toronto, 2008.
74. Health Officers Council of British Columbia, *Health Inequities in British Columbia: Discussion Paper*, Public Health Association of British Columbia, 2008. Sur Internet : <URL : http://www.phabc.org/files/HOC_Inequities_Report.pdf>.

75. C. Muntaner, E. Ng et H. Chung, *Better Health: An analysis of public policy and programming focusing on the determinants of health and health outcomes that are effective in achieving the healthiest populations*, Ottawa, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2012. Sur Internet : <URL : <http://www.chnc.ca/documents/BetterHealth.pdf>>.
76. Service de santé publique de Sudbury et du district, *10 pratiques prometteuses pour réduire les iniquités sociales en matière de santé : que nous révèlent les données probantes?*, Sudbury (Ontario), 2012. Sur Internet : <URL : <https://www.sdhu.com/fr/?s=10+pratiques+prometteuses+pour+r%C3%A9duire+les+iniquit%C3%A9s+sociales+en+mati%C3%A8re+de+sant%C3%A9+%3A+que+nous+r%C3%A9v%C3%A8lent+les+donn%C3%A9es+probantes%3F>>.
77. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *Aviver l'intérêt : Appliquer les connaissances pour faire avancer l'équité en matière de santé*, Université St. Francis Xavier, Antigonish (Nouvelle-Écosse), 2014. Sur Internet : <URL : http://nccdh.ca/images/uploads/Full_Analyse_du_contexte_2014.pdf>.