

JUIN 2003

*Approches politiques à l'égard
des répercussions de la pauvreté sur la santé*

A P E R Ç U D E L A R E C H E R C H E

David P. Ross

Documents recueillis par l'ISPC sur la pauvreté et la santé

Le recueil comprend les trois documents suivants :

Répercussions de la pauvreté sur la santé document rédigé par Shelley Phipps

Approches politiques à l'égard des répercussions de la pauvreté sur la santé document rédigé par David P. Ross

Pauvreté et santé : Liens vers des mesures concrètes

Procès-verbal de la Table ronde nationale de l'ISPC sur la pauvreté et la santé, le 26 mars 2002

Ces documents sont disponibles séparément en format électronique. Toutefois, sur papier, ils sont publiés ensemble sous le nom de *Documents recueillis par l'ISPC sur la pauvreté et la santé*, juin 2003.

Tous droits réservés.

Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne ou de l'Institut canadien d'information sur la santé. Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris des photocopies, les enregistrements ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

l'Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario)
K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-55392-260-3 (PDF)
ISBN 1-55392-262-X (Documents recueillis)

© 2003. l'Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title of:
Policy Approaches to Address the Impact of Poverty on Health June 2003
ISBN 1-55392-259-X (PDF)

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

La mission de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) comporte deux volets : faire comprendre davantage les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités, et contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens. Pour ce faire, l'ISPC est dirigée par un Conseil de chercheurs de renommée et de décideurs de partout du Canada. L'ISPC collabore avec les chercheurs, les responsables de l'élaboration des politiques, le public et d'autres partenaires clés pour faire comprendre davantage les déterminants de santé, dans le but d'aider les Canadiens à vivre plus longtemps et en bonne santé.

L'ISPC, en tant qu'acteur essentiel dans le domaine de la santé de la population :

- Analyse les éléments de preuve sur la santé de la population à l'échelle canadienne et internationale pour contribuer aux politiques qui améliorent la santé des Canadiens.
- Finance la recherche et crée des partenariats scientifiques pour faire comprendre davantage les résultats de la recherche et promouvoir l'analyse des stratégies qui améliorent la santé de la population.
- Résume les éléments de preuve des expériences politiques, analyse ceux qui portent sur l'efficacité des initiatives politiques et développe les options politiques.
- Travaille à améliorer les connaissances du public et sa vision des déterminants qui influent sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités.
- Travaille au sein de l'Institut canadien d'information sur la santé pour contribuer à l'amélioration du système de santé au Canada et de la santé des Canadiens.

Remerciements

Ce rapport a été préparé en vertu d'un contrat avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne et l'Institut canadien d'information sur la santé en février 2002. L'ISPC souhaite remercier Andrew Jackson, ancien directeur de la recherche du Conseil canadien de développement social, Jean-Pierre Voyer, ancien sous-directeur exécutif de la Société de Recherche Sociale Appliquée et Allen Zeesman, directeur général de la Direction générale de la recherche appliquée de Développement des ressources humaines Canada d'avoir révisé le rapport.

Approches politiques à l'égard des répercussions de la pauvreté sur la santé

Table des matières

Sommaire	i
Introduction	1
1. Aperçu	2
2. Approches stratégiques à l'égard de la pauvreté	4
Intervenir auprès des défavorisés	5
3. Ce que l'on a essayé et ce qui fonctionne : évaluation des interventions	7
Stratégies de soutien du revenu : en aval	7
Programmes stratégiques : en aval	9
4. Orientations des politiques	19
Conclusion.....	20
Notes en fin d'ouvrage	22

Sommaire

De solides preuves démontrent une relation entre la pauvreté et la mauvaise santé. Le présent document relève les stratégies politiques publiques (à juin 2002) conçues pour atténuer les répercussions de la pauvreté sur la santé, en réduisant la pauvreté ou en atténuant ses effets sur la santé. Il examine également les stratégies qui se sont avérées efficaces au moyen des évaluations de programmes. Cet examen sommaire est valable, car il relève les moyens pour aborder les liens entre la pauvreté et la santé, des mesures susceptibles d'améliorer la santé des Canadiens.

Le présent document se penche sur les projets de démonstration et les programmes communautaires d'intervention. Ces initiatives proviennent de deux grandes stratégies : les interventions *en amont*, qui visent à prévenir ou à réduire directement le niveau de pauvreté et d'inégalité, et les interventions *en aval*, qui visent certaines populations et sont conçues pour atténuer les impacts négatifs de la pauvreté sur la santé. Chaque stratégie peut s'appuyer, sur une base ciblée ou universelle, sur des définitions absolues ou relatives de la pauvreté. Nous examinons l'initiative qui a cours actuellement au Royaume-Uni pour aborder les inégalités de santé en tant qu'approche globale réunissant ces deux stratégies.

Les interventions qui ont réussi reposent sur la connaissance des mécanismes qui relient pauvreté et santé. Bien qu'il en reste beaucoup à apprendre dans ce domaine, la situation tend à s'améliorer. Les données recueillies ont permis de mettre sur pied une gamme de programmes et de projets de démonstration, tels que des programmes de soutien du revenu, des programmes de visite à domicile pour les nouvelles mères, des programmes préscolaires, des projets de mobilisation de la collectivité et d'amélioration des services communautaires de quartier, des programmes d'intervention pour les jeunes à risque et des programmes de sensibilisation visant à éliminer les comportements dangereux pour la santé. Cet examen sommaire a constaté qu'un grand accent est mis sur l'élaboration de programmes pour les bébés, les enfants et les mères, et que la majorité des interventions ciblent les gens le plus défavorisés de la société : Les enfants issus de familles monoparentales, les Autochtones, et ceux qui sont exclus en raison de leur race ou de leur appartenance ethnique.

Résultats clés

Coordination des stratégies

- Les éléments de preuve donnent à penser qu'une approche cohérente à multiples facettes, incluant le soutien du revenu et les programmes visant les familles avec de jeunes enfants, offrirait le meilleur moyen pour améliorer la santé des Canadiens à faible revenu.
- Une approche prometteuse intègre les interventions spécifiques qui n'ont ciblé avec succès qu'un risque ou deux dans une stratégie plus globale, à l'instar de l'initiative du Royaume-Uni.

- Nos connaissances des diverses interventions visant à réduire la pauvreté, leur succès relatif et l'effet de la pauvreté sur la santé demeurent fragmentées. La politique canadienne en matière de santé gagnerait par la mise en place de moyens d'identification et de synthèse des connaissances actuelles sur les politiques qui affectent les déterminants de santé et rendent les connaissances plus facilement accessibles aux parties concernées.
- Les projets de démonstration et les programmes d'intervention communautaire que nous avons passés en revue semblent provenir de sources disparates, qui manquent de coordination. Nous avons besoin de stratégies et de mécanismes cohérents pour transformer les initiatives communautaires subventionnées en programmes publics à long terme.

Évaluation des interventions

- Bien que prometteuses, la plupart des interventions ne produisent que de faibles diminutions du niveau de pauvreté et de modestes améliorations de l'état de santé.
- Bien que les évaluations fournissent de plus en plus de données sur l'efficacité des interventions visant à réduire le niveau de pauvreté et à en éviter les impacts négatifs sur la santé, elles examinent rarement la rentabilité des interventions.
- Plusieurs facteurs de risque et leurs interactions rendent les interventions exigeantes et coûteuses. La mesure de l'efficacité peut s'avérer difficile sous pareilles conditions.
- les populations défavorisées sont confrontées à de nombreux risques pour la santé; il ne faut donc pas s'attendre à ce que les interventions visant à diminuer un ou quelques facteurs de risque produisent d'énormes résultats au niveau de la santé.
- Nous avons besoin de plus d'études d'évaluation, particulièrement sur l'effet des interventions d'amont sur la santé.

Politiques et programmes en amont

- Les dépenses globales en programmes du revenu affectent la pauvreté. La réduction de celle-ci dépend des niveaux de dépenses des gouvernements selon les groupes démographiques. Dans une étude de douze pays, la réduction du niveau de pauvreté variait entre 30 % et 80 % selon le niveau de dépenses.
- L'intervention gouvernementale au Canada a coupé de moitié le niveau de la pauvreté parmi les individus (comparativement à ce qui se serait produit en l'absence de programmes anti-pauvreté gouvernementaux). On prévoit que les dépenses gouvernementales n'ont réduit le niveau de pauvreté des enfants que d'un tiers.
- À l'échelle internationale, le Canada s'est classé parmi les premiers pour ce qui est de la réduction du niveau de pauvreté des aînés (réduction de 90 %). Sur 12 pays, le Canada tire de l'arrière : il affiche une performance égale à celle du Royaume-Uni et uniquement meilleure que celle de l'Australie et des États-Unis. Comparativement, la Suède et la Belgique ont réduit le niveau de pauvreté générale de 80 %.

Politiques et programmes en aval

- Les programmes de démonstration visant à améliorer les perspectives d'emploi et de revenus des parents vivant de l'aide sociale ont connu des résultats favorables.
- Les taux de réussite des projets de démonstration de l'emploi et de l'autosuffisance varient dans la réduction des coûts économiques chez les personnes sortant de l'engrenage de la pauvreté, et l'amélioration de la performance scolaire des enfants et adolescents d'une manière rentable.
- Les programmes de soutien des grossesses en santé, le développement du jeune enfant et des enfants d'âge scolaire sont d'une efficacité moyenne à élevée.
- Peu d'évaluations sont disponibles pour les programmes qui adoptent une approche de soutien communautaire dans le but d'améliorer le bien-être des jeunes enfants. Toutefois, les programmes en Norvège et au Royaume-Uni, qui améliorent l'infrastructure pour transformer les quartiers défavorisés, ont démontré des résultats positifs pour la santé. Peu de programmes ont également réussi à réduire les comportements à risque.

Introduction

Le débat public actuel sur la réforme de la santé au Canada vise les soins de santé. Il semble toutefois prêter peu d'attention au rôle des déterminants plus vastes de la santé, tels que l'inégalité du revenu. Cela dit, les preuves de plus en plus évidentes de la santé publique démontrent les incidences négatives de la pauvreté sur la santé. Le présent document examine l'expérience politique pertinente (à juin 2002) pour identifier ce qui a été tenté et ce qui a fonctionné en termes d'interventions qui atténuent les effets de la pauvreté sur la santé.

La première section donne un contexte historique des politiques canadiennes sociales et de santé. Elle aborde également deux nouvelles stratégies mises au point par le Québec et le Royaume-Uni. La section 2 examine les grandes approches pour aborder la pauvreté et la santé. La section 3 fait une analyse du soutien du revenu « en amont » et des stratégies de programmes « en aval », incluant les résultats des évaluations de ces programmes. La section 4 identifie les orientations politiques. Le rapport se termine par un résumé des résultats clés et des stratégies prometteuses.

1. Aperçu

Au cours des années, tous les paliers de gouvernement du Canada ont mis en place une vaste gamme de programmes sociaux, d'éducation, de santé, d'emploi et de revenu pour diminuer le niveau de pauvreté et réduire les inégalités socio-économiques. Cependant, ces programmes n'ont jamais été intégrés dans un plan d'ensemble, et seuls quelques-uns d'entre eux visaient expressément à améliorer l'état de santé de la population. Dans des rapports publiés par Santé Canada en 1974 (Nouvelle perspective de la santé des Canadiens), et en 1986 (La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé), on souligne qu'ils insistent que la santé dépend de plusieurs autres facteurs que les soins de santé. Dans un rapport rédigé en 1999 par le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial à l'intention des sous-ministres de la Santé, on observe que les déterminants de la santé comprennent « le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, le milieu physique, l'environnement social, le patrimoine biogénétique, les habitudes personnelles et la capacité d'adaptation, le développement infantile, les services de santé, le sexe et la culture¹ ».

Toutefois, il peut y avoir des signes encourageants de changement. Au cours des années 1990, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont entrepris de collaborer à la mise en œuvre d'initiatives anti-pauvreté qui reconnaissent l'influence de la pauvreté familiale sur la santé des enfants. Voici un aperçu des progrès en la matière :

- Le déploiement du Programme de la prestation fiscale pour enfants, le transfert de fonds aux provinces pour les programmes destinés aux enfants;
- Le prolongement du congé parental et du congé de maternité;
- Le Programme d'action communautaire pour les enfants et le Programme canadien de nutrition prénatale;
- De nombreuses mesures d'amélioration de l'état de santé des Amérindiens; et
- La création de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants qui sert maintenant à mieux comprendre la santé des enfants. Cette enquête s'ajoute aux questions sur le revenu et la santé de *l'Enquête nationale sur la santé des populations* et *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*.

Les provinces ont également reconnu que le revenu agit sur l'état de santé. Une étude a cité cinq provinces pour leur position à cet égard : Colombie-Britannique, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Île-du-Prince-Édouard². Toutefois, les principes ne sont pas toujours suivis par des actions comme le résume cette déclaration d'un ministre québécois : « ... Lorsqu'on compare les déclarations et les actions ministérielles sur la pauvreté, particulièrement les actions menées de front par plusieurs ministères ou organisations, on comprend qu'il manque une véritable vision intégrée du problème de la pauvreté... Il y a trop peu de recherches évaluatives sur les manières d'adapter les programmes et les services aux besoins des plus défavorisés³ ».

Au Québec et au Royaume-Uni, la pauvreté fait partie des questions de la santé. Néanmoins, divers projets ont forcé Québec à mettre en place une approche plus globale à l'égard de la santé de la population. Ainsi, la politique familiale de 1997 prévoit la prestation d'allocations familiales et de soins de santé universels aux enfants, des congés parentaux et l'amélioration du soutien du revenu familial⁴. Cette initiative est combinée avec les efforts du ministère de la Santé et des Services sociaux et de ses services régionaux dans le but de radier la pauvreté. Commencant par un le forum des intervenants en 1997, le gouvernement a annoncé des plans pour mettre en application la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté en 2002⁵, menée par la ministre d'État à la Solidarité sociale, à la Famille et à l'Enfance, la ministre déléguée à la Lutte contre la pauvreté et l'exclusion et la secrétaire d'état de la situation de la femme. Dans son exposé budgétaire de 2002, le gouvernement a annoncé la prise de mesures pour affranchir plus de contribuables à faible revenu de l'imposition, apporter une plus grande assistance financière aux Québécois défavorisés, promouvoir les mesures d'assistance à l'emploi, orienter plus d'argent au développement local des quartiers défavorisés, et d'injecter plus d'argent dans les services de prévention pour les enfants et les jeunes.

Sur la scène internationale, le Royaume-Uni a choisi de cibler l'amélioration de la santé de toutes les couches de la société. Pour ce faire, il a mis sur pied un ensemble exhaustif d'initiatives qui visent à réduire les inégalités socio-économiques. Il s'écoulera plusieurs années avant que l'on puisse vérifier l'efficacité de ces bonnes intentions, mais il n'en demeure pas moins que le programme est impressionnant⁶. « À l'aube du XXI^e siècle, déclarent les auteurs d'un rapport publié par le ministère de la Santé du Royaume-Uni, les probabilités de jouir d'une bonne santé dépendent du travail que l'on exerce, de la ville où l'on vit, et du revenu de ses parents, ce qui est injuste⁷. » Voici un aperçu des mesures et des projets mis sur pied par l'actuel gouvernement dans le cadre de son vaste programme de lutte contre les problèmes de santé liés à l'inégalité : mesures visant à augmenter le revenu parental pour éliminer la pauvreté infantile, programme *Surestart* pour les enfants d'âge préscolaire, amélioration des services communautaires et du logement, augmentation du taux d'emploi, augmentation du salaire minimum, mesures s'attaquant à l'exclusion sociale, programmes de renforcement pour réduire le tabagisme et l'abus d'alcool et de drogue, huit observatoires de la santé publique (*Public Health Observatories*), soit des centres d'information régionaux qui accumulent les données permettant de déterminer le succès des interventions. Le programme vise à réduire la pauvreté infantile de moitié d'ici 2010⁸.

2. Approches stratégiques à l'égard de la pauvreté

Il existe deux grandes approches stratégiques pour réduire les effets de la pauvreté sur la santé : 1) réduction directe du niveau de pauvreté et d'inégalité socio-économique; 2) intervention au niveau des mécanismes qui lient la pauvreté et la santé⁹. Un des documents à l'origine de l'initiative du Royaume-Uni qualifie ces deux stratégies d'« interventions en amont » et d'« interventions en aval¹⁰ ». Les interventions *en amont* visent « les influences plus générales qui agissent sur les inégalités de santé, telles que la répartition des revenus, l'éducation, la sécurité publique, le logement, le milieu de travail, l'emploi, les réseaux sociaux, le transport et la pollution¹¹ », des facteurs qui touchent la santé de toute la population. Les politiques *en aval* visent des objectifs précis, produisent une gamme moins étendue d'avantages et tendent à cibler les individus qui sont déjà à risque en matière de santé. Bien que cette dichotomie évidente serve à la démonstration, elle ne correspond pas vraiment à la réalité. S'étalant plutôt sur un continuum, les politiques partent loin *en amont*, où elles visent à modifier en profondeur la façon dont la société est gouvernée et le pouvoir est partagé, et se rendent loin *en aval*, où elles visent le traitement clinique des individus, comme par exemple la prescription d'un timbre de nicotine à un patient qui tente d'arrêter de fumer¹².

Les interventions situées plus en aval sont conçues pour agir sur les mécanismes ou liens entre pauvreté et santé. Elles nécessitent la compréhension des mécanismes. Bien qu'on en ait encore beaucoup à apprendre, on commence à accumuler les connaissances en la matière, et il semble qu'on s'entende sur certains principes :

- La pauvreté touche la santé pendant tout le cycle de vie. Les gens défavorisés socialement suivent des trajectoires assez prévisibles en matière de santé, qui commencent avant même leur naissance. L'impact de la pauvreté se fait plus sentir à certains points sensibles ou étapes de développement¹³, par exemple, à la naissance, lors de l'entrée à l'école, à l'adolescence et au début des relations sexuelles, lors du départ de la maison, au premier emploi, lors du mariage, lors de la naissance d'un enfant, à l'apparition d'une maladie chronique et à la retraite¹⁴. Ces étapes constituent des points d'intervention en aval particulièrement efficaces. Il est à noter par ailleurs que les effets de la pauvreté sur la santé s'accumulent et se consolident avec le temps.
- La pauvreté n'influence pas la santé d'une seule manière. Si c'était le cas, on pourrait, « comme par magie » élaborer des mesures préventives, un peu à la manière d'un vaccin pour les maladies infectieuses. La santé est plutôt influencée par de multiples facteurs, notamment, l'indigence et les besoins matériels, les handicaps psychosociaux; l'exclusion sociale, les comportements nuisibles tels que le tabagisme et l'alcoolisme¹⁵.
- Comme les interventions sont complexes et coûteuses en raison du nombre élevé des facteurs de risque en jeu et de leurs interactions¹⁶, il peut être particulièrement difficile de mesurer leur efficacité. On estime que des comportements à risque, tels que le tabagisme, une mauvaise alimentation, l'alcoolisme et le manque d'exercice physique, n'expliquent que 10 % à 20 % du taux de mortalité attribué à l'inégalité¹⁷. Pour réduire de 50 % à 100 % le taux de mortalité induit par l'inégalité, il faudrait éliminer

entre dix et vingt facteurs de risque¹⁸. Conséquemment, pour véritablement réduire les conséquences de l'inégalité sur la santé, il faut agir sur plusieurs fronts. Certaines approches en aval ont néanmoins connu du succès. Il a été démontré que différentes conditions sociales et différents facteurs de risque produisent différents gradients qui lient le taux de mortalité au revenu. Les effets cumulatifs de l'amélioration du milieu social, y compris les services d'éducation et de santé, les mesures de soutien social et les politiques et comportements inclusifs (interventions en aval) semblent atténuer le gradient¹⁹.

- On connaît de mieux en mieux la façon dont certains facteurs de risque, tels que le tabagisme et l'alcoolisme, créent des mécanismes biophysiques qui ont pour conséquence la maladie et la mortalité précoce. Il semble également que les chercheurs s'entendent de plus en plus pour affirmer que si un problème de santé issu de la pauvreté apparaît avant l'âge de trois ans, il peut avoir un effet quasi irréversible sur le développement du cerveau de l'enfant. Puisqu'il est pratiquement impossible ou très difficile de remédier à cette situation a posteriori, les chercheurs sont d'avis que les interventions doivent être mises en place dans les plus brefs délais²⁰.

Intervenir auprès des défavorisés

La pauvreté et la santé constituent le thème du présent document. Les politiques et programmes que nous avons examinés visent principalement les gens défavorisés, mais ils n'excluent pas nécessairement les autres groupes. Certaines interventions, *universelles* ou quasi universelles, aident une vaste gamme de personnes à l'intérieur d'une catégorie démographique ou géographique, tandis que d'autres sont plus ciblées. Le niveau d'accès à un programme dépend de la définition de pauvreté utilisée comme critère d'admissibilité. Si l'admissibilité s'appuie sur un concept de pauvreté absolue, les citoyens doivent répondre à certains critères pour être choisis. Si on utilise un concept de pauvreté relative, qui s'appuie sur la notion d'inégalité, alors des individus représentant un plus grand éventail de revenus seront admissibles.

Les principaux programmes canadiens de sécurité du revenu ne sont ni universels ni ciblés. Ils fournissent tous de l'aide aux défavorisés, mais la majorité des prestations parviennent à des Canadiens qui ne sont pas pauvres.

- En 1997, la tranche de 20 % des aînés (plus de 65 ans) les plus démunis a reçu 26 % des prestations de Sécurité de vieillesse (programme universel), du Supplément de revenu garanti et de l'Allocation au conjoint²¹, et seulement 14 % des prestations du Régime de pensions du Canada/Régime des rentes du Québec. Or, le total de ces prestations constituait 90 % de leur revenu. C'est dire que ces programmes ont une importance vitale pour leur santé.
- En 1997, la tranche de 20 % des familles les plus démunies a bénéficié de 35 % des dépenses engagées par le Programme de prestation fiscale pour enfants. Ces prestations et transferts, qui totalisent 15 % des revenus des familles, les ont aidées à vivre en meilleure santé, mais pas de façon aussi significative que les prestations versées aux aînés.

- En 1997, la tranche de 20 % des ménages en âge de travailler a reçu 83 % des prestations d'aide sociale provinciale (le programme le plus ciblé), mais seulement 17 % des prestations du Programme d'assurance-emploi. En procurant aux plus défavorisés 36 % de leurs revenus totaux, les programmes d'aide sociale provinciaux et le Programme d'assurance-emploi améliorent donc nettement leur niveau de vie.

Au niveau de la collectivité, les programmes et projets de démonstration visent souvent les mères bénéficiaires de l'aide sociale, ce qui laisse supposer que leur critère d'admissibilité est la pauvreté *absolue*. À Toronto, un de ces programmes profite surtout aux familles d'une collectivité où les revenus sont équivalents à 41 % du revenu moyen torontois et dont la moitié des membres sont au chômage²². Il est cependant offert à tous les membres de la collectivité. En 2001, 45 % des familles participant au Programme d'action communautaire pour les enfants touchaient des revenus inférieurs à 15 000 \$ et 38 % étaient des familles monoparentales²³.

Même si plusieurs de ces programmes scolaires et communautaires aspirent à réduire le niveau de pauvreté *absolue*, ils reposent sur une définition de la pauvreté *relative*, et, tout en visant les quartiers à faible revenu, demeurent ouverts à tous les résidents. Le Programme de prestation fiscale pour enfant et les tarifs dégressifs des garderies au Québec sont d'autres exemples de mesures qui reposent sur une définition de la pauvreté relative. Dans le vaste programme de réduction des inégalités de Santé du Royaume-Uni, certaines initiatives sont universelles mais visent particulièrement les collectivités les plus pauvres ainsi que plusieurs personnes exclues, où les taux de chômage et de pauvreté dépassent souvent 50 %.

En guise de conclusion sur l'opposition des approches ciblées/universelles, soulignons que, dans le cadre d'une étude internationale sur les politiques visant les jeunes enfants, on constate que les pays ayant mis en place des programmes sociaux visant expressément les populations défavorisées sont ceux qui affichent les taux les plus faibles de réduction de la pauvreté²⁴. Cela s'explique en partie par le fait que les stratégies ciblées sont souvent utilisées pour faire des économies et aider uniquement ceux qui sont réellement dans le besoin, alors que les programmes universels sont plus généreux et constituent un prolongement d'une stratégie sociale inclusive, conçue pour aider l'ensemble de la population. De plus, en période de récession, les programmes universels sont moins susceptibles de subir des compressions, car ils sont financés par l'ensemble des contribuables et non seulement par les bénéficiaires qui, souvent, ont moins de pouvoir politique²⁵.

3. Ce que l'on a essayé et ce qui fonctionne : évaluation des interventions

La présente section examine les interventions en amont qui augmentent le revenu et les interventions en aval. Les dernières comprennent les projets de démonstration qui visent à améliorer le revenu et l'autosuffisance, et les programmes dotés de cibles spécifiques à la santé.

Cette étude comprend quelques projets prometteurs qui n'ont pas été complétés mais couvrent une composante d'évaluation de la santé. Dans quelques cas, les évaluations ne se penchent que sur les effets du revenu, de l'emploi et de la pauvreté, et abordent rarement la rentabilité des interventions évaluées. Le manque d'études d'évaluation n'est pas unique au Canada : la conception du vaste programme d'intervention du Royaume-Uni a mis en lumière le manque d'études d'évaluation, particulièrement pour ce qui est des interventions en aval²⁶.

Stratégies de soutien du revenu : en aval

Lorsque nous examinons les interventions en amont conçues pour éliminer ou pour réduire les niveaux de pauvreté et d'inégalité des revenus, nous constatons que la plupart des pays, y compris le Canada, ont élaboré toute une gamme de politiques de sécurité sociale et de sécurité du revenu, et ont mis en place des systèmes d'impôt progressif. Cette forme de soutien ne vise pas que les groupes défavorisés mais toute personne admissible, compte tenu de son revenu et de ses caractéristiques démographiques. Le système de sécurité du revenu du Canada comporte les éléments suivants :

- Programmes et dispositions fiscales qui profitent aux familles avec enfants;
- Prestations pour les aînés;
- Programmes d'aide sociale pour les groupes les plus défavorisés de la société;
- Régimes de pensions, programmes de prestations aux individus souffrant d'incapacités, congés de maternité/parental, régimes d'assurance-maladie/accident et régimes d'assurance-emploi; et
- Lois sur le salaire minimum.

On n'a jamais vérifié si le système de sécurité du revenu du Canada permettait de réduire le niveau de pauvreté. Cela s'explique en partie par le fait qu'il ne s'agit pas d'un programme de démonstration qui rendrait possible la participation de groupes témoins, sans compter que les détails, les montants et les bénéficiaires changent constamment. L'impact direct du système sur la santé n'a pas été évalué non plus. Par conséquent, la seule façon d'évaluer l'efficacité du système pour ce qui est de la réduction du niveau de pauvreté consiste à examiner les tendances en matière de pauvreté²⁷. En utilisant le seuil de faible revenu (avant impôt) établi par Statistique Canada, comme indicateur de pauvreté, on remarque les tendances ci-dessous.

- Le taux de pauvreté familial est passé de 11,3 % en 1981 à 14 % en 1997, soit deux années semblables dans le cycle économique. Il est à noter qu'en 1997, les familles monoparentales (mères) constituaient 28,4 % de toutes les familles pauvres, et que leur taux de pauvreté était de 56,0 %, comparativement à 52,9 % en 1981.
- La situation est plus encourageante pour les personnes âgées de plus de 65 ans dont le taux de pauvreté est passé de 33,8 % en 1981 à 24,8 % en 1997.
- D'autres groupes affichent des taux de pauvreté élevés : les Amérindiens ne vivant pas sur une réserve (43 %); les personnes souffrant d'incapacité (31 %); les membres des minorités visibles (36 %)²⁸. En 1995, ces taux étaient bien au-dessus du taux moyen de pauvreté au Canada, qui était de 20 %.

Malgré ces tendances, il est possible de démontrer qu'en tenant compte de la baisse des revenus relatifs des personnes défavorisées (qui se traduit par la croissance de la « pauvreté de marché²⁹ » de 1981 à 1997), les taux de pauvreté seraient beaucoup plus élevés en l'absence du système fiscal et des programmes gouvernementaux. Une étude de l'impact de la réglementation provinciale en matière de salaire minimum sur la réduction du niveau de pauvreté indique qu'avec le salaire minimum, une mère monoparentale n'ayant qu'un seul enfant se situe à 57 % du seuil de faible revenu si elle vit à Terre-Neuve, mais à 78 % de ce seuil, si elle vit en Colombie-Britannique³⁰.

Les données concernant l'ampleur de la pauvreté sont moins réjouissantes. Sauf pour les ménages d'aînés, l'écart de pauvreté moyen (le montant par lequel une famille se situe en deçà du seuil de la pauvreté) est passé de 7 810 \$ en 1981, à 8 265 \$ en 1997 (dollars indexés). Pour les aînés, la situation est légèrement plus favorable : l'écart de pauvreté est passé de 3 683 \$ en 1981 à 3 169 \$ en 1997³¹.

Une autre façon de mesurer l'efficacité du système de sécurité du revenu du Canada est de comparer sa performance à celle de programmes d'autres économies de marché :

- Selon une étude réalisée au milieu des années 1990 auprès de 12 pays de l'Europe de l'Ouest, des pays de l'Amérique du Nord et de l'Australie, le taux de pauvreté du Canada (établi au moyen d'une mesure type de la pauvreté) était supérieur à celui de huit autres pays. Presque deux fois plus élevé que celui de la plupart des pays européens, il était cependant beaucoup plus bas que celui des États-Unis³². Les données sur les taux de pauvreté infantile sont encore plus éloquentes : au Canada (15 %), il était cinq fois celui de la Suède et de la Finlande (3 %), mais inférieur à celui des États-Unis (25 %). Par ailleurs, compte tenu de la générosité relative de nos programmes de revenu destinés aux aînés, seulement trois pays affichaient un taux de pauvreté moins élevé que le Canada pour ce groupe.
- Si l'on classe les programmes de réduction de la pauvreté selon leur taux d'efficacité, on constate que le système canadien a permis de réduire de moitié le niveau de pauvreté de l'ensemble de la population (comparativement à ce qui se serait produit en son absence). Sur 12 pays, le Canada tire de l'arrière : il affiche une performance égale à celle du Royaume-Uni et uniquement meilleure que celle de l'Australie et des États-Unis. Comparativement, la Suède et la Belgique ont réduit le niveau de pauvreté générale de 80 %.

- Cependant, le Canada se classe parmi les premiers pour ce qui est de la réduction du niveau de pauvreté des aînés (réduction de 90 %). Ses interventions anti-pauvreté infantile ont produit des résultats moins spectaculaires : elles n'ont réduit le niveau de pauvreté des enfants que d'un tiers (comparativement à ce qui se serait produit en l'absence de programmes anti-pauvreté gouvernementaux).

À la lumière de ce qui précède, il est possible de conclure que dans l'ensemble les programmes de revenu ont un impact sur la pauvreté qui varie selon les groupes démographiques et les niveaux de dépenses gouvernementales. À l'échelle internationale, le Canada n'affiche pas une excellente performance en termes de réduction de la pauvreté (sauf chez les aînés) et ce, notamment en raison de son faible niveau de dépenses sociales par rapport à son PIB³³. Avec un ratio de dépenses sociales de 19 % du PIB en 1995, il se classait au dixième rang de 12 pays, loin derrière la Suède dont le ratio était de 33 %. Nous savons que les programmes gouvernementaux de la sécurité du revenu ont un impact sur la pauvreté selon le montant qu'ils dépensent : Dans une étude de douze pays, la réduction du niveau de pauvreté variait entre 30 % et 80 % selon le niveau de dépenses. Cette information donne à penser que l'adoption de programmes qui augmentent le soutien du revenu réduit le niveau de pauvreté.

Quelques études montrent l'efficacité des interventions en amont en matière de pauvreté dans le contexte des résultats de la santé. À la suite de la création d'un programme de sécurité sociale pour les aînés aux États-Unis, et pendant une période de forte inflation qui a permis l'indexation des prestations, les taux de mortalité des personnes âgées ont diminué considérablement, comparativement à ceux d'autres groupes d'âge³⁴. Une étude réalisée au Royaume-Uni présente une estimation des taux de réduction des décès prématurés qui résulteraient de la mise en place de trois interventions en amont : une situation de plein emploi permettrait de réduire le taux de décès prématurés de 2 %, et jusqu'à 17 % dans les secteurs à fort taux de chômage; la répartition de la richesse selon des niveaux antérieurs à 1980 permettrait de réduire le taux de décès prématurés de 7 % à l'échelle nationale, et jusqu'à 37 % dans les secteurs à forte inégalité de revenus; l'élimination de la pauvreté infantile réduirait le taux de décès prématurés chez les enfants de 0 à 14 ans de 21 % et jusqu'à 92 % dans les secteurs les plus défavorisés³⁵.

Programmes stratégiques : en aval

Contrairement aux grandes interventions en amont jamais évaluées et aux programmes d'emploi et de revenu ainsi que les programmes de santé, les interventions en aval sont souvent rigoureusement évaluées en termes d'impact sur la pauvreté et la santé. Plusieurs interventions communautaires et projets de démonstration ciblent les enfants et les familles, et tendent à viser des facteurs de risque précis tels que la pauvreté et l'exclusion. Nous évaluons ci-dessous neuf stratégies, dont une sur l'emploi et l'autosuffisance et le reste sur la santé : soutien à la nutrition prénatale, soutien des enfants d'âge scolaire, mobilisation du soutien à la collectivité, amélioration des quartiers et réduction des comportements à risque.

Emploi et autosuffisance

Les programmes de démonstration visant à améliorer les perspectives d'emploi et de revenus des parents vivant de l'aide sociale ont connu des résultats favorables.

- En Ontario, dans le cadre d'un essai avec répartition aléatoire, on a offert à des familles vivant de prestations d'aide sociale des services proactifs de visite d'une infirmière à domicile, de loisirs, de garde d'enfants et de perfectionnement professionnel. Les résultats de cette intervention ont été examinés à la lumière du comportement d'un groupe témoin qui n'a reçu aucune forme d'assistance proactive. L'expérience s'est avérée rentable dans la mesure où elle a réduit l'utilisation d'autres services et a permis à 15 % de plus de personnes de sortir de l'engrenage de l'aide sociale³⁶.
- Pendant les années 1970, plusieurs études avec groupes témoins ont porté sur les programmes de revenu garanti aux États-Unis et au Manitoba. Leurs résultats montrent que différents niveaux de revenu garanti ont différentes répercussions sur l'emploi : certains augmentent l'effort de travail, tandis que d'autres le diminuent. Cependant, compte tenu de leur générosité, les programmes réussissent à réduire le niveau de pauvreté. Puisque ces études portaient surtout sur les répercussions sur l'emploi, les effets sur la santé n'ont pas été systématiquement vérifiés. Mais dans le cadre de l'expérience menée à Gary, Indiana (où les revenus ont été haussés jusqu'au seuil de la pauvreté), on a fait le suivi du poids des enfants à la naissance et on a constaté que dans les familles recevant un supplément de revenu, les bébés pesaient de 0,3 à 1,2 livre de plus parce que les mères s'alimentaient mieux³⁷.
- Depuis environ 30 ans, les divers paliers de gouvernement américains étudient des façons de réduire le recours des mères monoparentales à l'aide sociale. À cette fin, on a entrepris de les suivre, ainsi que leurs enfants, pendant une période de cinq ans, dans le cadre de onze programmes obligatoires répartis dans six États. Cette évaluation a permis de comparer deux interventions : une approche à court terme visant à aider les sujets à trouver rapidement de l'emploi et une approche visant à améliorer les compétences des sujets par la formation et l'éducation. Dans l'ensemble, les résultats indiquent un faible taux de succès des interventions³⁸. Environ trois-quarts des gens qui vivaient de prestations d'aide sociale, qu'ils fassent ou non partie d'un programme d'intervention, ont trouvé de l'emploi. Cependant, les gens inscrits aux programmes ont travaillé pendant un plus grand nombre de mois et ont touché un salaire légèrement plus élevé, mais dans l'ensemble, leurs revenus totaux n'étaient pas vraiment différents de ceux vivant strictement de l'aide sociale. Dans les faits, les prestations d'aide sociale ont simplement été remplacées par de bas salaires, et le gain minime d'autonomie qui en a découlé n'a pas été accompagné d'une réduction du niveau de pauvreté. Ces programmes ont eu peu de répercussions sur les jeunes enfants, mais ont eu un faible impact défavorable sur le rendement scolaire des adolescents.
- Deux interventions mettant en œuvre des incitatifs financiers, évaluées au Canada et au Minnesota, constituent une approche différente de l'encouragement à l'autonomie³⁹. Au Canada, c'est en Colombie-Britannique et au Nouveau-Brunswick qu'on a mis à l'essai le Projet d'autosuffisance pour vérifier si les suppléments de revenu peuvent

aider les familles monoparentales à sortir de l'engrenage de l'aide sociale. Dans le cadre de ce projet, le parent, qui est un bénéficiaire de longue date du programme d'aide sociale mais désire s'en retirer pour occuper un emploi à temps plein de son choix, reçoit un supplément égal à la moitié de la différence entre son salaire et un montant repère : 30 000 \$ par année au Nouveau-Brunswick et 37 000 \$ par année en Colombie-Britannique (la première année du projet). Après 36 mois, les résultats d'avèrent positifs : 42 % des sujets du groupe expérimental, comparativement à 27 % du groupe témoin, ont travaillé à temps plein et ont vu leur revenu mensuel augmenter de 121 \$. Cette intervention a également permis de réduire la pauvreté : 78 % des gens qui reçoivent le supplément se situent sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada, comparativement 87 % des sujets du groupe témoin.

Dans le cadre de sa réforme des programmes d'aide sociale, le Minnesota a lancé le *Minnesota Family Investment Program*, un programme qui permettait aux bénéficiaires de l'aide sociale de toucher d'autres revenus sans que cela ne réduise le montant de leurs prestations — ce qui n'est pas le cas habituellement. Au même titre que le Projet d'autosuffisance, ce programme a permis d'augmenter le niveau d'emploi, mais de façon différente, car il ne visait pas que le travail à temps plein. Le taux d'emploi à temps partiel du groupe expérimental a augmenté de 12 points de pourcentage, comparativement à celui du groupe témoin, tandis que son taux d'emploi à temps plein a légèrement diminué. Par ailleurs, le programme a permis de réduire le taux de pauvreté de 12 %.

Parallèlement au Projet d'autosuffisance et au *Minnesota Family Investment Program*, on a mis en place des programmes incitatifs hybrides qui comportent des services de recherche d'emploi et de soutien à l'emploi. Leur effet sur les revenus annuels a été considérable dans le cas du *Minnesota Family Investment Program* — 650 \$ —, mais plus modeste dans le cas du Projet d'autosuffisance — 200 \$. Par ailleurs, si ces programmes ont réussi à réduire le niveau de pauvreté et à permettre aux gens de sortir de l'engrenage de l'aide sociale, leurs coûts totaux ont été assez importants : les participants du Projet d'autosuffisance et du *Minnesota Family Investment Program* ont respectivement touché 450 \$ et 1 700 \$ de plus que les sujets du groupe témoin.

Les élèves du primaire ont également bénéficié du Projet d'autosuffisance et du *Minnesota Family Investment Program* : ils affichaient un meilleur comportement et un meilleur rendement scolaire comparativement aux enfants du même âge du groupe témoin. Le Projet d'autosuffisance s'est également penché sur les enfants de trois à cinq ans et de 12 à 18 ans. On ne note aucun résultat quantifiable pour les jeunes enfants, tandis que les adolescents se sont adonnés à un plus grand nombre d'actes de délinquance mineurs, mais n'ont pas modifié leur rendement scolaire. Par ailleurs, les mères qui ont reçu un supplément de revenu ont consacré 15 \$ de plus par mois à la nourriture et avaient moins recours aux banques alimentaires⁴⁰.

Soutien alimentaire prénatal

Parmi les programmes de soutien alimentaire destinés aux mères et aux enfants, il en existe un qui a été commandité par le Dispensaire diététique de Montréal et qui visait à réduire les risques d'insuffisance de poids à la naissance. Dans le cadre de ce programme, on offrait des services de conseil en nutrition, des activités de groupe, ainsi que des visites de suivi et d'évaluation à domicile. Les résultats d'une étude de 522 germains (où le premier enfant faisait partie du groupe témoin, tandis que son frère ou sa sœur faisait partie du groupe expérimental) étalée sur une période de 16 ans indiquent une réduction de 50 % de l'insuffisance du poids à la naissance⁴¹.

Pour sa part, le *Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children*, financé par le gouvernement américain, offre des services d'éducation en nutrition et des bons alimentaires aux familles défavorisées. Les résultats des évaluations de ce programme sont variables, mais ils indiquent une réduction générale de l'insuffisance du poids à la naissance⁴². Cet aspect est important car il a été démontré que l'insuffisance du poids à la naissance est, entre autres facteurs, à l'origine de l'augmentation des probabilités de maladies cardio-vasculaires à l'âge adulte⁴³.

Le Programme canadien de nutrition prénatale aide les collectivités à créer ou à améliorer les services offerts aux femmes enceintes à risque. Il y a actuellement plus de 700 projets en cours, mais aucune évaluation n'est disponible à ce jour⁴⁴.

Visite à domicile et visite d'infirmière

Les programmes de visite à domicile ont pour but d'aider les nouvelles mères à adopter de meilleures habitudes alimentaires, à améliorer leur rôle parental et à briser leur isolement. Les infirmières, sages-femmes ou bénévoles formées qui effectuent les visites proviennent souvent de la même communauté ethnoculturelle que les bénéficiaires. Ces programmes, dont plusieurs ont été évalués, fournissent diverses formes de soutien aux femmes qui vivent dans la pauvreté et font face à d'autres risques.

- Le programme torontois *Meilleur départ* recrute, forme, supervise et rémunère les parents d'une collectivité donnée pour qu'ils effectuent des visites à domicile aux nouveaux parents de la même communauté ethnoculturelle qu'eux, jusqu'à ce que leurs enfants atteignent l'âge de six ans. Selon un rapport d'évaluation intérimaire, les parents qui bénéficient de ce programme sont moins stressés, ont plus de plaisir à s'occuper de leurs jeunes enfants et améliorent leur milieu de vie⁴⁵.
- Dans le cadre du programme *Hawaii Healthy Start*, des bénévoles supervisés par des professionnels visitent, pendant une période pouvant aller jusqu'à trois ans, les familles où les nouveau-nés risquent d'être victimes de mauvais traitements. Les résultats d'évaluation de ce programme sont neutres ou positifs, selon l'organisme chargé de l'administrer⁴⁶.
- Dans le cadre du *Nurse Home Visitation Program* d'Elmira, New York, des infirmières visitent les familles monoparentales défavorisées pendant une période allant de la grossesse de la mère jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant. Ce programme a permis de réduire la fréquence des mauvais traitements infligés aux enfants et le nombre de visites à l'hôpital, et d'augmenter le taux d'emploi des mères, mais n'a eu

aucun effet sur le quotient intellectuel des enfants (mesuré à quatre ans)⁴⁷. Au terme d'un suivi de quinze ans, on a pu constater une diminution des comportements criminels graves chez les enfants et les mères, des troubles de comportement, de la violence et de la négligence, ainsi que du recours à l'aide sociale. Une analyse de rendement a permis de conclure que, grâce à ce programme, une économie générale de 180 \$ par personne a pu être réalisée.

Mustard et McCain ont conclu que les programmes de visite à domicile ne semblent pas avoir beaucoup d'effets sur le développement des jeunes enfants, à moins que ces derniers ne bénéficient en même temps d'un programme conçu à cette fin dans un centre⁴⁸. Par ailleurs, dans un commentaire sur l'efficacité générale des programmes d'intervention auprès des jeunes enfants, deux chercheurs américains constatent que pour atteindre leurs objectifs, les programmes de soutien des enfants et des familles, particulièrement des familles à faible revenu, doivent être appuyés de services multidimensionnels⁴⁹.

Soutien des jeunes enfants

En Ontario, un essai à répartition aléatoire réalisé auprès d'un échantillon de mères monoparentales vivant de l'aide sociale a permis d'examiner les répercussions de services subventionnés de garde d'enfants et de loisirs auprès d'enfants de zéro à deux ans. D'après les résultats de cette étude, ces enfants ont eu moins souvent besoins des soins de médecins spécialistes et des services de travailleurs sociaux, et les enfants souffrant d'un trouble du comportement ont vu leurs compétences s'améliorer de façon très significative. Les parents, quant à eux, ont moins souffert d'anxiété et de troubles du système nerveux, et ont pris moins de somnifères⁵⁰.

Le *Growing Together Program* a été mis sur pied pour améliorer les soins de santé préventifs dans une collectivité (St. Jamestown, Toronto) où les taux d'insuffisance de poids à la naissance et d'admissions à l'hôpital sont les plus élevés en Ontario. Cette initiative comporte un programme d'évaluation et de dépistage précoce des nouveau-nés, des services de garde d'enfants pour permettre aux mères de participer à des groupes de soutien, des services spéciaux destinés aux enfants affichant des retards de développement, des programmes de visite à domicile et des services de thérapie et de consultation. C'est parce que cette collectivité affiche un taux de chômage de 50 % et un haut niveau de pauvreté qu'on y a implanté ces services, mais ceux-ci sont universels et offerts à tous les membres. Dès la naissance d'un enfant, toute famille reçoit un appel téléphonique et se voit proposer une visite. En peu de temps, les mères ont amélioré leur état psychologique et ont moins souffert de dépression, et les enfants ont été moins exposés aux risques de retard de développement⁵¹.

Hertzman et Weins ont examiné une douzaine de projets de démonstration américains qui visaient principalement à stimuler les jeunes enfants à haut risque et à sensibiliser les parents, et qui ont réussi à améliorer le niveau de développement infantile⁵². Les programmes ayant connu du succès avaient un certain nombre de caractéristiques communes — participation volontaire des parents, renforcement actif du rôle parental, promotion de modèles positifs, fréquence des contacts avec le personnel du programme — et mettaient l'accent sur les facteurs émotionnels, cognitifs et sociaux. *L'Infant Health and*

Development Program s'étalait sur 36 mois et ciblait les bébés issus de mères défavorisées et ayant un poids insuffisant à la naissance. Après un an de visites à domicile hebdomadaires, un à trois ans de soins éducatifs dans un centre et trois ans de soutien aux parents dans le cadre de rencontres en groupe, il s'est avéré que le quotient intellectuel des enfants du groupe expérimental était supérieur de 13,2 points à ceux des enfants du groupe témoin⁵³. Dans le cadre du *Family Rehabilitation Program*, un programme d'intervention ciblant les jeunes mères présentant des troubles de développement et leurs enfants, les premières bénéficiaient de huit années de scolarité et de services d'orientation et de consultation intensifs, tandis que les seconds suivaient des programmes d'éducation dès l'âge de trois à six mois, jusqu'à l'âge de six ans. Lorsque les enfants ayant participé à cette expérience ont atteint l'âge de dix ans, leur quotient intellectuel était plus élevé que ceux des enfants du groupe témoin⁵⁴.

Soutien préscolaire

Les programmes préscolaires destinés aux enfants provenant de familles défavorisées sont des initiatives communautaires populaires. Au Canada, le programme *Grandir ensemble – Inuit et Premières nations*, aide les collectivités visées à mettre sur pied des programmes de santé communautaires destinés aux enfants de zéro à six ans et à leurs familles. Ce programme fonctionne dans 667 collectivités. Le programme *Bon départ* destiné aux membres des Premières nations vise à répondre aux besoins uniques des enfants de zéro à six ans et de leurs familles qui vivent sur les réserves. Il est actuellement mis en œuvre dans 307 collectivités. Le programme *Bon départ* destiné aux Autochtones, qui comporte actuellement 114 projets destinés aux enfants de trois à cinq ans, vise à répondre aux besoins d'éducation préscolaire des enfants des Premières nations, Inuits et Métis vivant en ville et dans les collectivités du nord du pays⁵⁵. Les évaluations de ces interventions sont en cours. Le succès d'interventions semblables menées ailleurs est de bon augure pour ces programmes.

Aux États-Unis, il existe deux projets de démonstration préscolaires réputés, le *Carolina Abecedarian*⁵⁶ et le *Ypsilanti/High Scope*, mieux connu sous le nom de *Perry Preschool Project*⁵⁷, ainsi qu'une initiative subventionnée par le gouvernement fédéral, le programme *Head Start*⁵⁸, dont plusieurs centres sont actuellement examinés. D'après les résultats d'évaluation, les bénéficiaires de ces programmes connaissent un meilleur développement cognitif et socio-économique que les enfants des groupes témoins. Ainsi, les enfants ayant participé au projet *Abecedarian* (qui ont été suivis jusqu'à l'âge de 15 ans) ont de meilleures notes en lecture et en mathématiques. Même les mères de ces enfants sont devenues plus scolarisées et moins susceptibles de se retrouver au chômage que celles du groupe témoin. Rendus à l'âge de 27 ans, les sujets du groupe expérimental du *Perry Project* affichent de meilleures compétences que celles du groupe témoin. Les évaluations du programme *Head Start* dans quatre pays indiquent que, comparativement aux sujets du groupe témoin, les sujets du groupe expérimental ont plus de chances d'avoir bénéficié de services de santé de base, sont en meilleure santé, affichent un meilleur développement moteur et une meilleure coordination motrice, et s'alimentent mieux. Les projets *Abecedarian*, *Perry Project* *Head Start* ont duré respectivement huit ans, trois ans et un an.

Soutien aux enfants d'âge scolaire

Hertzman et Weins ont examiné quatre programmes d'intervention visant les enfants d'âge scolaire et les préadolescents, dont les résultats sont encourageants⁵⁹. Le *Yale Child Study Center* a tenté de modifier le milieu social de toute une population scolaire au sein d'une collectivité socialement et économiquement défavorisée⁶⁰ en améliorant la confiance, la communication, ainsi que la compréhension et le respect mutuels. Comparativement au groupe témoin, les élèves de septième année qui ont fréquenté le centre entre la première et la quatrième année scolaires font preuve d'un niveau de compétence considérablement supérieur en matière de langage, de travail/d'étude, et de mathématiques.

Les trois autres projets ciblaient le comportement agressif. Le *Oregon Social Learning Center* a mené une expérience auprès de parents d'enfants socialement agressifs, âgés de trois à 12 ans⁶¹. On a offert aux parents des services de formation et de soutien pour qu'ils puissent composer avec ces types de comportements; résultat, les taux de comportement agressif des enfants ont diminué, comparativement à ceux du groupe témoin. Ce modèle a également été appliqué à différents secteurs défavorisés de Montréal pour prévenir les comportements perturbateurs chez les garçons⁶². Les participants à cette étude ont été sélectionnés dès la garderie, mais l'intervention, d'une durée de deux ans n'a eu lieu que lorsqu'ils ont atteint l'âge de sept à neuf ans. À l'âge de 12 ans, 65 % des garçons du groupe expérimental étaient rendus à une année d'étude appropriée, comparativement à seulement 45 % des sujets du groupe témoin. Le *Ottawa Project* consistait en un programme de loisirs et de développement des compétences destiné à tous les enfants de cinq à 15 ans habitant dans un grand ensemble de logements sociaux⁶³. Les comportements antisociaux de cette collectivité ont diminué, comparativement à ceux de la collectivité témoin à laquelle on n'avait offert qu'un programme de loisirs traditionnel.

Programme de mobilisation du soutien communautaire

Ce type de programme vise la mobilisation des collectivités et la mise sur pied de coalitions communautaires. Ces interventions sont d'abord motivées par le désir d'améliorer le milieu de vie des enfants et de mieux comprendre les conditions nécessaires pour les maintenir en santé. Leur but n'est pas seulement de favoriser le développement précoce des enfants. Elles doivent plutôt être envisagées dans un contexte plus global, où l'on cherche à tisser des liens communautaires qui profiteront à tous et réduiront le niveau d'exclusion sociale.

Entrepris en 1990, le vaste projet de démonstration ontarien *Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur* est l'un des projets de prévention contrôlés les plus complets et complexes jamais mis en place pour les enfants d'âge scolaire et préscolaire. Il se poursuivra pendant 25 ans. Réparti sur huit emplacements, il met l'accent sur la nature écologique du développement de l'enfant et comporte un ensemble complet d'activités qui visent à favoriser le fonctionnement de l'enfant, de la famille et de la collectivité. Les résidents de chaque emplacement ont participé à toutes les étapes de l'élaboration du projet, y compris la planification de l'évaluation. Deux modèles ont été conçus : dans le premier, les programmes de développement destinés aux enfants de zéro à quatre ans sont liés à des programmes destinés aux enfants d'âge préscolaire; le second, destiné aux enfants de quatre à huit ans, intègre des programmes destinés aux enfants d'âge préscolaire et

des programmes destinés aux enfants du primaire. Les programmes destinés aux enfants plus jeunes (de zéro à quatre ans) sont établis dans cinq emplacements et les programmes destinés aux enfants plus âgés (quatre à huit ans), dans trois emplacements. Les collectivités ciblées par ce programme sont défavorisées : au début du projet, 83 % des familles ayant les enfants les plus jeunes vivaient sous le seuil de la pauvreté, tandis que c'était le cas de 64 % des familles ayant les enfants plus âgés. Les services particuliers fournis varient selon les emplacements. Un rapport d'évaluation intérimaire indique que les enfants ont amélioré leur fonctionnement émotionnel, comportemental et social. Au niveau familial, on constate une réduction de la violence familiale et du tabagisme, et une augmentation du taux de satisfaction conjugale. Au niveau de la collectivité, on note une augmentation de la sécurité, du taux de satisfaction par rapport au logement, et de l'utilisation des installations de loisirs, ainsi qu'une diminution du nombre d'élèves ayant besoin de services d'éducation spéciale⁶⁴.

Le projet *1,2,3 Go!*, mis en place dans cinq quartiers à faible revenu et à haut risque de Montréal, ainsi que dans une collectivité rurale à haut risque, reconnaît le rôle des collectivités dans la promotion du bien-être des enfants. Il cherche à mobiliser le soutien communautaire pour fournir un milieu sain aux enfants de zéro à trois ans. Son efficacité à cet égard sera bientôt évaluée⁶⁵.

Le *Programme d'action communautaire pour les enfants* est un programme national qui subventionne actuellement 464 coalitions communautaires et leur permet ainsi de créer des services qui répondent aux besoins de développement des enfants de moins de six ans vivant dans des conditions risquées⁶⁶. Un rapport d'évaluation sera bientôt publié. Le projet *Understanding the Early Years*, programme d'intervention communautaire basé sur l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants, fait participer des parents, des enseignants, des tuteurs, des organismes communautaires et du gouvernement fédéral. En mettant l'accent sur la petite enfance, il vise à augmenter le bassin de connaissances sur le développement de l'enfant, et particulièrement à comprendre le rôle que peut jouer la collectivité. Cette compréhension est notamment facilitée par une étude cartographique de la répartition et de la gamme des programmes et services disponibles au sein de 13 collectivités⁶⁷.

À partir du très important rapport publié en 1999 par McCain et Mustard, la province de l'Ontario a créé cinq projets de démonstration *Early Years* dans différentes régions afin de vérifier et d'évaluer différentes approches communautaires à l'égard du développement des jeunes enfants et du rôle parental⁶⁸. Un rapport d'évaluation sera publié sous peu. Le gouvernement a toutefois pris de l'avance en annonçant la création de 41 centres *Early Years* conçus comme des guichets uniques qui fourniront des réponses aux parents qui se questionnent sur leurs enfants (zéro à six ans) et leur recommanderont divers services pour les aider à assumer leur rôle. Ces centres visent à offrir des services de soutien universels, qui prendront la forme de programmes d'alphabétisation, de programmes de nutrition et de ressources pour les parents, ainsi que des services ciblés tels que des programmes destinés aux enfants ayant des besoins spéciaux.

Amélioration des services communautaires

On retrouve en Norvège et au Royaume-Uni des programmes d'intervention qui visent aussi le soutien social en améliorant les services communautaires. La construction d'une nouvelle école, d'un terrain de jeu, d'un aréna et d'un parc, l'installation d'organismes sportifs, ainsi que l'ouverture de restaurants et d'un cinéma ont permis de transformer un quartier norvégien en décrépitude⁶⁹. Un suivi de dix ans indique une amélioration de la santé mentale des résidants. En Angleterre, dans le cadre d'un projet d'amélioration des services communautaires d'une durée de deux ans, on a entrepris de rénover les logements, d'améliorer la circulation et l'éclairage, d'aménager des jardins clos et de faire de l'aménagement paysager avec la participation des résidants de la collectivité. Au bout d'un an, on a pu constater que leur milieu social et leur santé mentale s'étaient améliorés⁷⁰.

Plusieurs études documentent l'importance des services communautaires pour la santé de la population. Les études réalisées en Suède démontrent les répercussions sociales de la ségrégation résidentielle⁷¹. Une étude statistique menée aux États-Unis établit un lien entre le fait de vivre dans un milieu défavorisé et l'augmentation des maladies du cœur⁷². Au Canada, une étude basée sur les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants montre le lien entre la cohésion sociale et la sécurité du milieu et des aspects comportementaux et cognitifs chez les enfants d'âge préscolaire⁷³.

Réduction des comportements à risque

Il existe enfin des interventions visant à réduire l'impact des comportements dangereux pour la santé. Les gens de toutes les tranches de revenu peuvent adopter des comportements à risque tels que l'alcoolisme, le tabagisme, la consommation de drogues, de mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité, mais ces comportements sont nettement plus fréquents parmi les groupes défavorisés socio-économiquement. L'évolution du tabagisme montre clairement l'existence d'un schéma : on a constaté que l'usage du tabac variait de plus en plus selon la situation socio-économique et ce, principalement en raison du succès des programmes anti-tabagisme auprès des groupes à revenu moyen et élevé⁷⁴.

En 1974, la publication de *Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens* (le rapport Lalonde) a marqué le début d'une nouvelle ère pour les politiques canadiennes en matière de santé. Pour la première fois en effet, le gouvernement reconnaissait que d'importants facteurs, autres que le système de soins de santé, agissaient sur l'état de santé⁷⁵. Au cours des 25 années qui ont suivi, la *promotion de la santé* est devenue l'une des principales stratégies fédérales/provinciales/ territoriales pour améliorer la santé des Canadiens et réduire les comportements à risque au sein de la population, particulièrement parmi les groupes défavorisés. La question a été approfondie dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986)*, et dans *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé (1986)*. Ces deux documents ont contribué à faire de la promotion de la santé la promotion de quelque chose de plus qu'un *style de vie*, et ont reconnu que le style de vie n'est pas toujours une question de choix personnel. Les conditions associées à une situation socio-économique défavorable, telles que la pauvreté, le chômage, l'insalubrité de logement, le manque de soutien social et d'autres *facteurs déterminants de la santé*, ont un impact contraignant sur le comportement⁷⁶. Pour réduire les comportements à risque,

on a élaboré des approches de promotion de la santé intégrées qui nécessitent la participation de nombreux intervenants et des mesures intersectorielles. Les campagnes de marketing social, les projets communautaires, les stratégies visant les principaux milieux de vie — maison, lieu de travail, école — et la promotion grandissante des facteurs déterminants de la santé sont parmi les approches qui ont été utilisées pour agir sur les conditions qui façonnent les comportements dangereux pour la santé.

L'*Initiative canadienne en santé vasculaire* est un exemple de stratégie pancanadienne solide et à multiples niveaux pour la prévention de la maladie cardiovasculaire. Elle permet un contrôle intégré de nombreux facteurs de risque, car elle nécessite la participation de plusieurs réseaux et coalitions : ministères de la santé provinciaux, Fondation des maladies du cœur du Canada et plus de 1 000 organismes des secteurs public, privé et bénévole. Le programme national *ParticipAction* est un autre exemple d'initiative impliquant la participation des secteurs public, privé et bénévole. Il allie mobilisation communautaire et marketing social pour encourager les Canadiens à être plus en forme. Parmi les autres projets de promotion de la santé nationaux, on note la collaboration de nombreux partenaires qui a permis l'émergence d'un consensus sur les politiques, programmes et messages sur la nutrition, et la révision en profondeur du *Guide alimentaire canadien*; et la Stratégie nationale sur le SIDA, qui fait appel à de nombreux secteurs et aspects pour endiguer l'épidémie de SIDA/VIH⁷⁷.

Les politiques de tarification, la réglementation, l'éducation et les services de traitement des toxicomanes ont également permis de réduire certains comportements à risque au niveau de la population⁷⁸. La diminution constante du nombre de fumeurs, telle que démontrée dans une récente étude conjointe de Santé Canada et de Statistique Canada, est grandement attribuable aux règlements restrictifs et aux mesures d'éducation de la population⁷⁹.

4. Orientations des politiques

- On reconnaît que de nombreux risques interreliés rattachent la pauvreté et la santé, mais que la plupart des programmes et projets de démonstration ne s'attaquent qu'à quelques risques. Comme les études le montrent, ces initiatives réduisent l'incidence positive des programmes visant à atténuer les effets négatifs de la pauvreté sur la santé. Par conséquent, bien qu'il soit nécessaire de traiter différents facteurs de risque, il faut aussi acquérir un ensemble de connaissances systématiques pour prévoir les coûts et les mesures d'efficacité d'un programme exhaustif ou multidimensionnel. Combien faut-il d'interventions et comment s'adapteront-elles les unes aux autres? Comment doit-on répartir les interventions en aval et en amont? De qui relèveront ces programmes? Comment les connaissances accumulées peuvent-elles se traduire en programmes? Les projets de démonstration ont tendance à être modestes et isolés géographiquement. Comment pourrait-on les étoffer de manière à les appliquer à des populations entières? Quelle sorte d'équilibre faut-il atteindre entre interventions ciblées et interventions universelles?
- Les évaluations permettent d'établir un bassin de connaissances de plus en plus vaste sur l'efficacité des interventions qui visent à réduire le niveau de pauvreté et à limiter ses répercussions sur la santé; cependant, ces évaluations portent rarement sur la rentabilité des interventions.
- La connaissance des interventions qui *fonctionnent* demeure fragmentée. Au Royaume-Uni, on tente de remédier à cette situation en mettant sur pied huit observatoires régionaux qui accumulent et diffusent de l'information sur une vaste gamme de sujets de santé et insistent sur les solutions. Des projets semblables ont été entrepris en Ontario et au Québec. Les responsables de l'élaboration des politiques canadiennes en matière de santé peuvent en tirer profit pour déterminer leurs propres façons d'accumuler *les connaissances* et de les rendre accessibles aux intéressés.
- Nous devons en savoir davantage sur les relations entre interventions *en amont* et interventions *en aval*. S'il est vrai que les politiques d'emploi et de revenu en amont ont permis de réduire considérablement le niveau de pauvreté et d'inégalité, dans quelle mesure cela joue-t-il sur le besoin et le type d'interventions en aval conçues pour aider les gens défavorisés?
- Au Royaume-Uni, on a procédé à une analyse détaillée pour estimer l'impact que des programmes de lutte contre l'inégalité, le chômage et la pauvreté infantile auraient sur les taux de mortalité. De telles évaluations quantitatives, si elles couvraient plusieurs options politiques, seraient très utiles pour les responsables de l'élaboration des politiques au Canada.

Conclusion

Le Canada qui a enregistré des améliorations notables dans la réduction du niveau de pauvreté chez les personnes âgées, ne se trouve pas parmi les pays au sommet de la liste si on juge ses efforts de prévention de la pauvreté au sein des autres groupes et de la population dans l'ensemble. Ce résultat s'explique en partie par le fait que le Canada dépense moins (certaines exceptions faites) pour réduire le niveau de pauvreté et les inégalités du revenu par rapport aux pays qui ont connu plus de succès en ce sens. Les leçons tirées du programme ambitieux et global adopté par le Royaume-Uni mériteront une attention particulière de notre part, puisque celui-ci vise entre autres à éradiquer la pauvreté infantile et réduire les inégalités.

Sans études d'évaluations, nous sommes limités aux spéculations sur les effets que la sécurité et la répartition des revenus et les politiques d'emploi au Canada (toutes les interventions stratégiques en amont destinées à réduire le niveau de pauvreté et d'inégalité dans le revenu) ont sur la santé des Canadiens défavorisés. En termes de politiques, il serait idéal de pouvoir mesurer les effets de ces politiques et programmes par rapport à leurs résultats de la santé sur le système de soins de santé et le fardeau économique sur notre société. Pour aller de l'avant, il est important de continuer à essayer d'évaluer l'efficacité des efforts de réduction du niveau de pauvreté.

Il est bon de noter que le Canada a fait des débuts prometteurs en matière d'élaboration d'approches politiques fondées sur les résultats pour réduire le niveau de pauvreté. Deux projets pilotes menés par la Société de Recherche Sociale Appliquée, destinés à réduire le niveau de pauvreté et à accroître l'autonomie des chefs de famille monoparentale qui vivent de l'aide sociale, montrent des résultats préliminaires qui donnent à penser que ces projets pourraient bien fournir de nettes incidences pour la politique d'appui du revenu au fil du temps.

Également, cette étude se penche sur de nombreuses interventions programmatiques *en aval* qui visent à aider les populations à faible revenu à mieux faire front aux effets de la pauvreté. La base des éléments probants d'une telle politique et programmation présente des anomalies. Bien qu'il existe un grand nombre d'interventions, peu d'entre elles ont été rigoureusement évaluées et encore moins ont été soumises à une analyse de rentabilité. Parmi les interventions conçues pour l'amélioration de la santé des groupes à faible revenu, il y est mis plus d'accent et de dépenses sur celles qui visent les bébés, les enfants et les mères, ce qui nous porte à croire que les gouvernements et les collectivités jugent l'intervention précoce stratégie très efficace. Plusieurs de ces projets visent les plus défavorisés, à savoir les mères monoparentales, les Autochtones et les groupes exclus en raison de leur race ou appartenance ethnique. Il y a de forts éléments probants pour recommander de telles stratégies⁸⁰. Néanmoins, l'efficacité de la plupart des programmes et projets spécifiques reste à démontrer.

La plupart des interventions qui ont été évaluées démontrent de faibles diminutions du niveau de pauvreté et de modestes améliorations de l'état de santé. Pourtant, il n'y a pas lieu d'être déçu. Comme le montre ce rapport, les populations défavorisées sont confrontées à de nombreux risques pour la santé dont les effets s'accumulent sur toute la durée de la vie; il ne faut donc pas s'attendre à ce que les interventions visant à diminuer

un ou quelques facteurs de risque produisent d'énormes résultats au niveau de la santé. En effet, il semblerait qu'il n'existe pas de « projectile magique », plutôt un nombre d'interventions limitées mais prometteuses.

Une approche prometteuse comprend l'incorporation d'interventions spécifiques qui visent efficacement un ou deux risques seulement en une stratégie plus globale à l'instar de l'initiative du Royaume-Uni. Cette approche commence à faire son apparition au Canada, notamment dans les initiatives fédérales, provinciales et territoriales à l'intention des enfants, soit le « *Early Childhood Development Agreement* » et « *La politique familiale* ». La conclusion des deux réviseurs américains ayant étudié les programmes de l'enfance et de la famille résume bien ces résultats : « Les parents ont besoin de soutien à plusieurs niveaux. Des programmes de qualité peuvent faire la différence dans la santé et le bien-être des familles. Enfin, il n'existe pas de solution miracle, les familles nécessitent des services intensifs d'une durée substantielle pour récolter d'importants bénéfices⁸¹ ».

Les nombreux programmes et les projets de démonstration que nous avons passés en revue semblent provenir de sources disparates, qui manquent de coordination. Peu d'entre eux paraissent en effet être intégrés à un programme global qui prévoit faire le suivi des interventions réussies. Il n'existe pas vraiment de stratégies et de mécanismes cohérents pour transformer les initiatives communautaires subventionnées en programmes publics. Cette situation est peut-être attribuable à la fragmentation des secteurs de compétence. Les politiques en matière de revenu, d'emploi, de fiscalité et de répartition du revenu relèvent principalement du gouvernement fédéral. L'administration des services sociaux, de la scolarité et de la santé relève principalement des provinces et des territoires, tandis que l'amélioration du logement et des services communautaires de quartier relève principalement des municipalités et des groupes communautaires.

En 1997, Le Forum national sur la santé a clairement reconnu le manque d'intégration et a donc appelé au « ... développement de l'enfant et l'aide au revenu familial, notamment : un programme intégré de prestations pour enfants... la collaboration entre le gouvernement fédéral, le secteur privé et les fondations existantes pour renforcer l'action communautaire... la reconnaissance expresse des conséquences qu'ont les politiques économiques sur la santé et le tissu social du pays, et de l'aide pour les personnes qui cherchent à s'intégrer au marché du travail⁸². »

L'absence de coordination et de suivi peut également être attribuée au fait que l'on ne reconnaisse pas le lien entre pauvreté/inégalité et santé, ce qui fait que les politiques en matière d'économie et de santé sont irréconciliables. L'approche préconisée au Royaume-Uni fournit un bon exemple de reconnaissance des liens entre inégalité et santé.

Ce document a expressément réuni un éventail d'efforts sur les politiques et programmes qui ont été testés et ceux qui ont fonctionné. Ainsi, nous souhaitons susciter une plus grande sensibilisation et donner un meilleur aperçu des liens entre la pauvreté et la santé pour développer les solutions qui amélioreront la santé des Canadiens.

Notes en fin d'ouvrage

- ¹ SANTÉ CANADA. « Taking Action on Population Health: A Position Paper for Health Promotion and Programs Branch Staff », 1999, p. 1, cité dans Raphael, D. « Inequality Is Bad for Our Hearts: Why Low Income and Social Exclusion Are Major Causes of Heart Disease in Canada », Toronto, North York Heart Health Network, 2001, 61. Voir également Lalonde, Marc. « A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document », Ottawa, Santé et Bien-être Canada, 1974. « Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion », Ottawa, Santé et Bien-être Canada, 1986. « Statistical Report on the Health of Canadians », Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999, Ottawa, Santé Canada, Statistique Canada, ICIS.
- ² RAPHAEL, 2001, p. 62-63.
- ³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. « Pour réduire les inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté », septembre 2000, p. 15-16.
- ⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Montréal-centre. « Rapport annuel: Réduire les inégalités sociales de la santé », 1998 et « Rapport annuel : Impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé », 2000, direction de la santé publique de Montréal. Wilson, K., M. Jerrett et J. Eyles. « Testing relationships among determinants of health, health policy, and self-assessed health status in Quebec », *International Journal of Health Services*, 2001, vol. 31, n° 1, p. 67-89. Le Conference Board of Canada. « Performance and Potential » 2001-2002, Ottawa, Le Conference Board, p. 124. Ce document fait référence au leadership du Québec dans la politique familiale.
- ⁵ QUÉBEC, 2002. « La volonté d'agir, la force de réussir », énoncé de politique, stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.
- ⁶ UK DEPARTMENT OF HEALTH. « From Vision to Reality », Londres, UK Department of Health, 2001. Smith, R. « Eradicating Child Poverty: A serious aim of the British Government that doctors must support », *British Medical Journal*, juillet 1999, 319, p. 203-204.
- ⁷ UK DEPARTMENT OF HEALTH. « *From Vision to Reality* », 2001.
- ⁸ Id., *Ibid.*, chapitre 4.
- ⁹ HOUSE, J. et D. Williams. « Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health », 2000. Dans Smedley, B. et L. Syme (éditeurs). « Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioural Research », Washington, National Academy Press, p. 82.
- ¹⁰ ACHESON, D. « Independent Inquiry into Inequalities in Health », Londres, The Stationary Office, 1998. Cité dans Doyle, N. « The Effectiveness of Policy in Health Promotion », 2001, une présentation faite lors du deuxième symposium international sur l'efficacité de la promotion de la santé, Toronto, le 28 mai 2001, p. 8.
- ¹¹ DOYLE, N., *Ibid.*, 2001, p. 3.
- ¹² Deux articles récents portent sur le cas d'une politique changée : Vincente Navarro. « Neoliberalism, globalization, unemployment, inequalities, and the welfare state », 2002. Dans Navarro, Vincente (éditeur). « The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of life », Amityville, New York, Bayview Publishing Company, chapitre 2. Coburn, D. « Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of

- neo-liberalism », *Social Science and Medicine*, 2000, 51, p.135-146. Un bon recueil d'interventions se trouve dans Marmot, M. et R. Wilkinson (éditeurs). « *Social Determinants of Health* », Oxford, University Press, 1999. Pour des discussions sur la manière avec laquelle les structures sociétales de base et la cohérence affectent la santé, voir Wilkinson, R. « *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality* », Londres, Routledge, 1996.
- ¹³ HERTZMAN, C. et M. Wiens. « Child development and long-term outcomes: A population health perspective and summary of successful interventions », *Social Science Medicine*, 1996, vol. 43, n° 7, p. 1088. Raphael, 2001, p. 23. Graham, Hilary. « From science to policy: Options for reducing health inequalities », 2001. Dans Leon, D. et G. Walt (éditeurs). « *Poverty, Inequality and Health* », Oxford, University Press, chapitre 15. Marmot, M. et R. Wilkinson (éditeurs). « *Social Determinants of Health* », Oxford, University Press, 1999, différents chapitres.
- ¹⁴ RAPHAEL, 2001, p. 21.
- ¹⁵ Id., *Ibid.*, p. 23-31.
- ¹⁶ HOUSE et Williams, 2000, p. 96.
- ¹⁷ LANTZ, P., J. House, J. Lepkowski, et.al. « Socioeconomic factors, health behaviours and mortality », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279, 1703, 1708. Cité dans House, 2000, p. 92.
- ¹⁸ MARMOT, M., G. Davey-Smith, S. Stansfeld, et.al. « Health inequalities among British civil servants: The Whitehall H Study », *Lancet*, 1991, p. 337. Lynch, J., G. Kaplan, R. Cohen, et. al. « Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all cause mortality, cardiovascular mortality, and acute myocardial infarction? », *American Journal of Epidemiology*, 1996, 144, p. 934-942. Cité dans House, 2000, p. 93.
- ¹⁹ EVANS, R. « Introduction », 1994. Dans Evans, R., M. Barer et T. Marmor (éditeurs). « *Why are Some People Healthy and Other's Not?* », New York, Aldine De Gruyer, 18. Osler, M., E. Prescott, M. Gronbaek, et.al. « Income inequality, individual income, and mortality in Danish adults: Analysis of pooled data from two cohort studies », *British Medical Journal*, 2002, 324, p. 23-25. Ross, N., M. Wolfson, J. Dunn, et.al. « Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: Cross sectional assessment using census data and vital statistics », *British Medical Journal*, 2000, 320, p. 898-902.
- ²⁰ HERTZMAN, C. « Population health and human development », 1999. Dans Keating, D. et C. Hertzman (éditeurs). « *Developmental Health and the Wealth of Nations* », New York, The Guilford Press, chapitre 2. Wadsworth, M. « Early life », 1999. Dans Marmot, M. et R. Wilkinson (éditeurs). « *Social Determinants of Health* », Oxford, University Press, chapitre 3.
- ²¹ ROSS, D. et.al., 2000, chapitre 8.
- ²² LANDY, S., J. Radford et Kwok Kwan Tam. « *A Short-Term Impact Evaluation of the Growing Together Program* », Toronto, Invest in Kids Foundation, 1998.
- ²³ SANTÉ CANADA, Développement des ressources humaines Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada. « *Accord fédéral, provincial, territorial sur le développement de la petite enfance : Rapport sur les activités et dépenses du gouvernement 2000-2001* », Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001.
- ²⁴ PHIPPS, S. « *International Perspectives on Income Support for Families With Children. Luxembourg Income Study* », document de travail, n° 44, Maxwell School of Citizenship and Public Affairs, Syracuse University, New York, 1993.

- ²⁵ PHIPPS, S. « An International Comparison of Policies and Outcomes for Young Children », étude RCRPP n° F05, Ottawa, Canadian Policy Research Networks, 1999, 123.
- ²⁶ DOYLE, N., 2001, p. 5.
- ²⁷ Les statistiques de la pauvreté proviennent des chapitres 4 et 6 de Ross, D. et.al., 2000.
- ²⁸ ROSS, D. et.al., 2000, p. 75-76.
- ²⁹ La pauvreté du marché est le taux de la pauvreté qui prédominerait si les personnes n'ont de gains que pour se satisfaire sans prestations du gouvernement.
- ³⁰ ROSS, D. et.al., 2000, p. 93.
- ³¹ Id., *Ibid.*, p. 104.
- ³² SMEEDING, T. « Financial Poverty in Developed Countries: The Evidence from LIS », Luxembourg Income Study Working Paper, avril 1997, p. 155.
- ³³ ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. « Health Data », 8^e édition, microdonnées, 1999.
- ³⁴ HOUSE et Williams, 2000, p. 113-114.
- ³⁵ MITCHELL, R., D. Dorling et M. Shaw. « Inequalities in Life and Death: What if Britain were more equal? », Bristol, The Policy Press, septembre 2000, p. 10-13.
- ³⁶ BROWNE, G., C. Byrne, J. Roberts, et.al. « When The Bough Breaks: Provider-Initiated Comprehensive Care is More Effective and Less Expensive for Sole Support Parents on Social Assistance », Health and Social Service Utilization Working Paper Series, McMaster University, 1998.
- ³⁷ KEHRER, B. et C. Wohkin. « Impact of income maintenance on low birth weight: Evidence from the Gary Experiment », *Journal of Human Resources*, 1979, vol. 14, n° 4, p. 434-462, cité dans « A Call to Action: Advancing Health for all Through Social and Economic Change », avril 2001, St. Paul, Minnesota Health Improvement Partnership, p. 27.
- ³⁸ HAMILTON, G., S. Freedman et C. Michalopoulos, et. al. « How Effective are Welfare-to Work Approaches? Executive Summary », Manpower Demonstration Research Corporation, novembre 2001. Ces travaux sont parrainés par la National Evaluation of Welfare to Work Strategies.
- ³⁹ BLOOM, D. et C. Michalopoulos. « How Welfare and Work Policies Affect Employment and Income: A Synthesis Of Research », Manpower Demonstration Research Corporation, mai 2001.
- ⁴⁰ MORRIS, P. et C. Michalopoulos. « The Self Sufficiency Project at 36 Months—Executive Summary », Ottawa, SRSA, juin 2000. Il existe également un rapport de suivi de 48 mois, toutefois l'emploi et les revenus sont virtuellement stables et aucune évaluation des enfants n'a été signalée.
- ⁴¹ HIGGINS, A., J. Moxley, P. Pencharz, D. Mikolainis et S. Dubois. « Impact of the Higgins nutrition intervention program on birth weight », *Journal of American Dietetic Association*, 1989, vol. 89, n° 8, p. 1098-1103.
- ⁴² DEVANEY, B. « Very low birth weight among Medicaid newborns in five states », *The effects of prenatal WIC participation*, vol. 2, Washington, États-Unis, Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, 1992. Hughes, D. et L. Simpson. « The role of social change in preventing low birth weight », *The Future of Children*, 1995, vol. 5, n° 1.
- ⁴³ RAPHAEL, 2001, p. 24.

- 44 SANTÉ CANADA, Développement des ressources humaines Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada, 2001.
- 45 GUY, K. « Our Promise to Children », Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1997.
- 46 DUGGAN, A., E. McFarlane, A. Windham, et al. « Evaluation of Hawaii's healthy start program », *The Future of Children*, 1999, vol. 9, n° 1.
- 47 OLDS, D., C. Henderson, R. Cole, J. Eckenrode, et al. « Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior », *Journal of American Medical Association*, 1998, vol. 260, n° 14, p. 1238-1244. Olds, D., C. Henderson, H. Kitzman, J. Eckenrode, et al. « Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings », *The Future of Children*, 1999, vol. 9, n° 1.
- 48 McCAIN, M. et J. Mustard. « Early Years Study Final Report », Toronto, Publications Ontario, 1999.
- 49 FULIGNI, A. et J. Brooks-Gunn. « The healthy development of young children: SES disparities, prevention strategies, and policy opportunities », 2000. Dans Smedley, B. et L. Syme (éditeurs). « Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioural Research », Washington, National Academy Press, p. 206-207.
- 50 BROWNE, G., C. Byrne, J. Roberts, et al. « Benefiting all the beneficiaries of social assistance: The 2-year effects and expense of subsidized versus non-subsidized quality childcare and recreation », *National Academies of Practice Forum: Issues in Interdisciplinary*, 1999, vol. 1, n° 2, p. 131-142.
- 51 LANDY, S., et al., 1998.
- 52 HERTZMAN, C., et M. Wiens, 1996.
- 53 McCORMICK, M., C. McCarton, J. Tonascia et J. Brooks-Gunn. « Early educational intervention for very low birth weight infants: Results from the Infant Health and Development Program », *Journal of Pediatrics*, 1993, p. 123.
- 54 GARBER, H. et R. Heber. « The efficacy of early intervention with family rehabilitation », 1981. Dans Begab, M., R. Haywood et H. Garber (éditeurs). « Strategies for Improving Competence », Baltimore, University Park Press.
- 55 SANTÉ CANADA, Développement des ressources humaines Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada, 2001.
- 56 CAMPBELL, F. et C. Ramey. « Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: A follow-up study of children from low-income families », *Child Development*, 1994, 65, p. 684-698. Wasek, B., C. Ramey, D. Bryant, et al. « A longitudinal study of two early intervention strategies: Project CARE », *Child Development*, 1990, 61, p. 1682-1696.
- 57 SCHWEINHART, L., H. Barnes et D. Eikart. « Significant benefits: The High/Scope Perry preschool study through age 27 », *Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation*, Ypsilanti, Michigan, The High/Scope Press, 1993.
- 58 DEVANEY, B., M. Ellwood et J. Love. « Programs that mitigate the effects of poverty on children », *The Future of Children*, 1997, vol. 7, n° 2.
- 59 HERTZMAN, C. et M. Wiens, 1996, p. 1091-1092.
- 60 CAUCE, A., J. Comer et D. Schwartz. « Long term effects of a systems-oriented school prevention program », *American Journal of Orthopsychiatry*, 1987, 57, p. 127.

- ⁶¹ WALTER, H. et S. Gilmore. « Placebo versus social learning effects on parental training procedures designed to alter the behaviour of aggressive boys », *Behaviour Therapy*, 1973, 4, p. 311. Patterson, G., P. Chamberlain et J. Reid. « A comparative evaluation of a parent training program », *Behaviour Therapy*, 1982, 13, p. 638.
- ⁶² McCORD, J. et R. Tremblay. « Preventing Antisocial Behaviour », New York, The Guildford Press, 1992.
- ⁶³ OFFORD, D. et M. Jones. « Skill Development: A community intervention program for the prevention of antisocial behaviour », 1983. Dans Guse, S., J. Earls et J. Barrett (éditeurs). « Child Psychopathology and Development », New York, Raven Press.
- ⁶⁴ PETERS, R., R. Arnold, K. Petrunka, et al. « Developing Capacity and Competence in the Better Beginnings, Better Futures Communities: Short-Term Findings Report », Kingston, Ontario, Better Beginnings, Better Futures Research Coordination unit Technical Report, 2000.
- ⁶⁵ BOUCHARD, C. « The Community as a participative learning environment: The Case of Centraide of Greater Montreal 1,2,3 Go! Project », 1999. Dans Keating, D. et C. Hertzman (éditeurs). « Developmental Health and the Wealth of Nations », New York, The Guilford Press, chapitre 16.
- ⁶⁶ SANTÉ CANADA, Développement des ressources humaines Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada, 2001.
- ⁶⁷ DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA. « Comprendre les relations entre les enfants et leurs collectivités », *La recherche appliquée — Bulletin*, printemps-hiver 2001, vol. 7, n° 1, p. 1-4.
- ⁶⁸ McCAIN, M. et J. Mustard, 1999.
- ⁶⁹ DALGARD, O. et K. Tambs. « Urban environment and mental health: A longitudinal study », *British Journal of Psychiatry*, 1997, 171, p. 530-536.
- ⁷⁰ HALPEREN, D. « Mental Health and Built Environment », Londres, Taylor and Francis, 1995.
- ⁷¹ GOUVERNEMENT SUÉDOIS. « Social Report 2001 », Stockholm, Suède, 2001, p. 2 du sommaire anglais.
- ⁷² RIOUX, A., S. Merkin, D. Arnett, et al. « Neighbourhood of residence and incidence of coronary heart disease », *New England Journal of Medicine*, 2001, vol. 345, n° 2, p. 99-106.
- ⁷³ KOHEN, D., C. Hertzman et J. Brooks-Gunn, 1998.
- ⁷⁴ HOUSE et Williams, 2000, p. 93-94. Wilkinson, R. et M. Marmot (éditeurs). « Social Determinants of Health: The Solid Facts », Copenhague, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998, p. 22-23.
- ⁷⁵ Lalonde, M., 1974.
- ⁷⁶ SANTÉ CANADA. « Health Promotion in Canada. A Case Study », 1997.
- ⁷⁷ Id., *Ibid.*
- ⁷⁸ WILKINSON et Marmot, 1998, p. 23.
- ⁷⁹ Selon Kim Honey du *Globe and Mail*, le 22 janvier 2002, p. A1.
- ⁸⁰ HERTZMAN, C., 1999. Wadsworth, M., 1999.

- ⁸¹ FULIGNI, A. et J. Brooks-Gunn. « The healthy development of young children: SES disparities, prevention strategies, and policy opportunities », 2000. Dans Smedley, B. et L. Syme (éditeurs). « Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioural Research », Washington, National Academy Press, p. 206-207.
- ⁸² FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ. « La santé au Canada : un héritage à faire fructifier — Rapport final du Forum national sur la santé », 1997.