

Association médicale canadienne
Mémoire sur la motion 315
(Inégalité des revenus)

Présenté au Comité permanent des finances de la Chambre des
communes

Le 25 avril 2013



A healthy population and a vibrant medical profession
Une population en santé et une profession médicale
dynamique

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole national des médecins du Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mission de servir et d'unir les médecins du Canada et de défendre sur la scène nationale, en collaboration avec la population du Canada, les normes les plus élevées de santé et de soins de santé.

Pour le compte de ses 78 000 membres et plus et de la population canadienne, l'AMC s'acquitte d'un vaste éventail de fonctions dont les principales comprennent la représentation en faveur de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures, la promotion de l'accès à des soins de santé de qualité, la facilitation du changement au sein de la profession médicale et l'offre de leadership et de conseils aux médecins pour les aider à orienter les changements de la prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est un organisme professionnel sans but lucratif qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 associations médicales provinciales et territoriales et 51 organisations médicales nationales.



Partie 1 : Introduction

L'Association médicale canadienne est heureuse de présenter son point de vue au sujet de l'inégalité des revenus au Canada devant le Comité permanent des finances de la Chambre des communes.

L'Association médicale canadienne représente plus de 78 000 médecins au Canada. Sa mission consiste à servir et à unir les médecins du Canada et à défendre sur la scène nationale, en partenariat avec la population du Canada, les normes les plus élevées de santé et de soins de santé.

L'inégalité des revenus constitue un problème croissant au Canada. Selon un rapport du Conference Board du Canada, la part du revenu gagné par les Canadiens à revenu élevé a augmenté depuis 1990 tandis que celles des groupes plus pauvres et même de la classe moyenne diminuaient. En 2010, le quintile supérieur gagnait 39,1 % du revenu au Canada tandis que le quintile inférieur n'en gagnait que 7,3 %. Ces chiffres placent le Canada au 12^e rang sur 17 autres pays à revenu élevé en termes d'inégalité des revenus¹. Des recherches de l'Organisation de coopération et de développement économiques confirment en grande partie ces résultats².

Partie 2 : Pourquoi l'inégalité des revenus est importante pour les médecins du Canada

L'enjeu de l'inégalité des revenus est important pour les médecins du Canada. Comme médecins, nous ne sommes pas des experts du logement, du développement de la petite enfance, de l'égalité des revenus et ainsi de suite. Nous sommes toutefois des experts lorsqu'il s'agit de reconnaître l'effet de ces facteurs sur la santé de nos patients.

Des centaines de documents de recherche ont confirmé que les membres des groupes socioéconomiques les plus faibles portent le fardeau de maladie le plus lourd³. En 2001, les habitants des quartiers dont le revenu se situait dans les 20 % les plus élevés vivaient environ trois années de plus que ceux des quartiers dont le revenu se situait dans les 20 % les plus faibles⁴. La santé mentale est touchée aussi. Les taux de suicide sont presque deux fois plus élevés dans les quartiers aux revenus les plus faibles que dans les quartiers les mieux nantis⁵.

Des études indiquent que la conjoncture socioéconomique défavorable au cours de l'enfance peut être un prédicteur plus important de maladie cardiovasculaire et de diabète que les circonstances de la vie et les choix de comportements ultérieurs chez les adultes⁶.

Enfin, les pays qui déclarent le meilleur état de santé de leur population sont ceux où l'égalité des revenus est la plus grande et non ceux dont la richesse est la plus grande⁷.

Ces différences au niveau des résultats sur la santé ont une incidence sur le système de santé. La plupart des maladies importantes comme les maladies cardiovasculaires et les maladies mentales suivent un gradient social : ce sont les membres des groupes socioéconomiques les plus défavorisés qui portent le fardeau de maladie le plus lourd⁸. Les personnes dont la

situation socioéconomique est la plus faible risquent 1,4 fois plus d'avoir une maladie chronique et 1,9 fois plus d'être hospitalisées pour faire soigner cette maladie⁹.

Le revenu joue aussi un rôle dans l'accès aux soins de santé appropriés. Les personnes qui vivent dans des quartiers à faible revenu, les jeunes adultes et les hommes sont moins susceptibles d'avoir un médecin de premier recours que leurs homologues¹⁰. Les femmes et les hommes des quartiers à faible revenu sont plus susceptibles de déclarer avoir de la difficulté à obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille pour des problèmes de santé urgents et non émergents. Ils sont aussi plus susceptibles de signaler des besoins non traités en soins de santé¹¹. Les personnes de situation socioéconomique inférieure sont plus susceptibles d'être hospitalisées pour des problèmes traitables en soins ambulatoires et pour des problèmes de santé mentale¹². Des soins primaires appropriés pourraient permettre d'éviter ces admissions¹³.

Les personnes dont la situation socioéconomique est meilleure sont plus susceptibles d'avoir accès aux services de spécialistes et de les utiliser¹⁴. Les services d'imagerie diagnostique sont plus utilisés par les membres des groupes dont la situation socioéconomique est meilleure¹⁵. Les membres des groupes défavorisés¹⁶ ont moins accès aux programmes de prévention et de dépistage comme les tests de Pap et les mammographies.

Ce n'est pas seulement l'accès aux services assurés qui pose un problème. Des chercheurs ont signalé que les membres des groupes aux revenus les plus faibles sont trois fois moins susceptibles de faire remplir leurs ordonnances et 60 % moins capables d'obtenir les examens dont ils ont besoin à cause du coût¹⁷. Souvent, des services comme la physiothérapie et l'ergothérapie, pour n'en nommer que deux, ne sont pas couverts à moins d'être fournis en milieu hospitalier ou dans le cadre de certains programmes d'assurance-invalidité¹⁸. L'accès aux psychologues est en grande partie limité aux personnes qui peuvent payer ces services, que ce soit par une assurance privée ou de leur propre poche¹⁹. Il existe des problèmes semblables pour l'accès aux soins de longue durée, aux soins à domicile et aux soins de fin de vie.

Cette disparité a un coût financier. Selon un rapport de 2011, les habitants à faible revenu de Saskatoon consomment à eux seuls 179 millions de dollars en soins de santé de plus que les personnes à revenu moyen²⁰. Une étude réalisée en 2010 par l'ICIS a révélé que les hospitalisations évitables pour des problèmes traitables en soins ambulatoires coûtaient 89 millions de dollars pour les hommes et 71 millions de dollars pour les femmes et que les hospitalisations excessives pour des raisons de santé mentale gonflaient ces coûts de 248 millions de dollars²¹.

Or, le coût pour la société du mauvais état de santé de la population ne se limite pas aux dépenses de santé : les personnes en meilleure santé perdent moins de jours de travail et contribuent à la productivité globale de l'économie²². Selon les données du Royaume-Uni, les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés ont presque 20 ans de vie sans invalidité de moins que les habitants des quartiers aux revenus les plus élevés. Ces personnes deviendront invalides avant d'avoir droit aux services à la vieillesse, ce qui porte un double

coup à l'économie : elles ne pourront plus contribuer par leur travail productif et leur invalidité englutira beaucoup de services de santé²³.

Cette inégalité de l'accès a de multiples causes, dont des obstacles particuliers aux patients, de même que des défis qui se posent à l'intérieur du système de santé même. L'AMC reconnaît que les médecins doivent chercher à s'attaquer aux obstacles systémiques. Un des plus grands défis pour les patients eux-mêmes demeure toutefois d'ordre économique. Le faible revenu peut entraver l'accès à cause du manque de moyens de transport, de l'incapacité d'obtenir congé du travail et de moyens financiers insuffisants pour payer des services qui ne sont pas couverts par l'assurance publique.

L'équité en santé est de plus en plus reconnue comme un moyen nécessaire pour améliorer l'état de santé global de tous les Canadiens et préserver la viabilité du système de santé public. La lutte contre les inégalités en santé est un thème de l'initiative de l'AMC sur la transformation des soins de santé.

Partie 3 : Garantir un revenu adéquat à tous les Canadiens

« Le taux de pauvreté des familles et des enfants est inacceptable compte tenu du niveau de vie élevé au Canada. »

Rapport de 2010 du Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées

Une des raisons pour lesquelles le revenu joue un rôle si crucial dans la santé personnelle, c'est qu'il est relié de très près à beaucoup d'autres déterminants sociaux de la santé tels que le niveau d'instruction, l'emploi, le développement de la petite enfance, le logement, l'exclusion sociale et l'environnement matériel, notamment.

L'AMC et ses membres craignent que l'on n'accorde pas suffisamment d'attention, durant le processus décisionnel, aux déterminants sociaux et économiques de la santé, à des facteurs comme le revenu et le logement qui ont une incidence majeure sur les résultats en santé.

Des décisions récentes comme la modification de l'âge d'admissibilité à la sécurité de la vieillesse et de nouvelles règles sur l'assurance-emploi, notamment, auront de vastes répercussions sur le revenu des particuliers et spécialement sur les membres des groupes vulnérables. Nous rappelons au gouvernement que toute intervention qui a un effet négatif sur la santé alourdira éventuellement les coûts imposés à la société.

Une façon d'éviter ces répercussions non voulues consiste à tenir compte de l'incidence des décisions sur la santé dans le cadre du processus d'élaboration de politiques et de prise de décision.

L'évaluation des incidences sur la santé (EIS) est un processus systématique appliqué pour poser des jugements factuels au sujet des répercussions d'une politique sur la santé, ainsi que pour déterminer et recommander des stratégies de protection et de promotion de la

santé. Plusieurs pays ont recours à l'EIS, y compris l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et, de plus en plus, les États-Unis.

L'EIS peut faire en sorte que les ministères gouvernementaux tiennent compte des incidences de leurs politiques et de leurs programmes sur la santé en prévoyant des conséquences non voulues possibles et en prenant les mesures correctives appropriées. L'EIS permettra au gouvernement fédéral de faire preuve de leadership en soins de santé au Canada et de rendre compte davantage à tous les Canadiens.

L'AMC recommande que :

1. Le gouvernement fédéral reconnaisse l'importance des déterminants sociaux et économiques de la santé pour la santé des Canadiens et la demande imposée au système de santé;
2. Le gouvernement fédéral exige l'intégration d'une évaluation des incidences sur la santé au processus décisionnel du Cabinet.

Nous entendons des interlocuteurs d'un bout à l'autre du Canada affirmer qu'il faut aborder les questions de pauvreté et de sécurité du revenu des Canadiens. Nous avons organisé une série d'assemblées publiques locales et posé aux Canadiens des questions sur les répercussions de la conjoncture économique et sociale de leur communauté sur leur état de santé. De Winnipeg à Charlottetown en passant par Hamilton, nous avons entendu les participants décrire comment la pauvreté et le faible revenu minent la santé de la population canadienne.

Cette réaction publique n'est pas étonnante. Selon le Conference Board du Canada, plus d'un enfant sur sept vit dans la pauvreté au Canada²⁴. Cette pauvreté limitera considérablement la capacité de ces enfants d'être en bonne santé à l'avenir.

Des obstacles systémiques contribuent à cette pauvreté. Le revenu annuel tiré de l'aide sociale au Canada varie de 3247 \$ pour un célibataire à 21 213 \$ pour un couple ayant deux enfants. Le « meilleur » des programmes canadiens produit un revenu qui se situe à peine à 80 % en deçà du seuil de la pauvreté. Le revenu le plus faible s'élève à peine à 30 % de ce qu'il faut pour « parvenir » à la pauvreté²⁵.

Les bénéficiaires de l'aide sociale ne sont toutefois pas les seuls à faire face à la pauvreté. Des données de 2008 indiquent qu'un enfant sur trois (33 %) vivant dans la pauvreté a un parent qui a un emploi. Une étude réalisée en 2010 a révélé qu'un travailleur sur dix gagnait toujours moins de 10 \$ de l'heure en 2009 et que 19 % des travailleurs gagnaient moins de 12 \$ de l'heure. La même étude a révélé qu'environ 400 000 travailleurs adultes à temps plein âgés de 25 ans et plus gagnaient moins de 10 \$ de l'heure et touchaient donc un salaire inférieur au seuil de la pauvreté²⁶.

Certains médecins travaillent directement avec les patients pour tenter de s'attaquer à l'insuffisance du revenu qui mine leur santé. Des médecins du groupe Health Providers Against Poverty en Ontario ont créé un outil que les médecins peuvent utiliser pour dépister la pauvreté chez leurs patients et les mettre en contact avec des programmes provinciaux-territoriaux ou fédéraux qui pourraient les aider à atténuer les effets de la pauvreté sur leur état de santé. Ce groupe participe aussi à la formation de fournisseurs de soins de santé qui appuieront ce travail. Ce programme et d'autres mesures semblables offrent une solution de secours immédiat à certaines personnes vivant dans la pauvreté, mais l'AMC est d'avis que les médecins et leurs patients ne devraient pas être placés dans cette situation.

L'AMC encourage le Comité des finances à revoir, dans le contexte de son étude sur l'inégalité des revenus, deux récents rapports de comités parlementaires qui portent sur la même question. Le premier et le plus récent est celui du Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées de la Chambre des communes intitulé *Plan fédéral de réduction de la pauvreté : Travailler en partenariat afin de réduire la pauvreté au Canada*²⁷. Le second est celui du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie intitulé *Pauvreté, logement, itinérance : les trois fronts de la lutte contre l'exclusion*²⁸.

Le Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées a signalé que les efforts déployés par le gouvernement fédéral pour lutter contre la pauvreté chez les personnes âgées du Canada « sont en général reconnus comme une des réalisations les plus dignes de mention du Canada au cours des 30 dernières années ».

Dans son rapport, le Comité sénatorial a présenté de nombreuses observations importantes et il vaut la peine d'en répéter deux :

- « [D]ans les cas où les programmes fonctionnent et où une personne bénéficie de toutes les mesures possibles de soutien social et de soutien du revenu, le revenu dont elle dispose la maintient malgré tout trop souvent dans la pauvreté plutôt que de lui permettre de participer pleinement à la vie économique et sociale de sa collectivité. »
- « [D]ans les pires cas, les politiques et programmes actuels entraînent des gens dans le piège de la pauvreté en ayant l'effet pervers et non voulu de rendre presque impossible pour trop de gens de ne pas compter sur les programmes de sécurité du revenu et même sur les refuges pour sans abri. »

Le débat sur les politiques publiques en matière de lutte contre l'inégalité des revenus au Canada n'est pas nouveau. Dans son rapport de 1971, par exemple, le Comité sénatorial spécial de la pauvreté recommandait d'établir un revenu annuel garanti financé et administré par le gouvernement fédéral. Pour donner suite à cette idée, les gouvernements du Canada et du Manitoba ont financé, de 1974 à 1979, l'essai d'un revenu annuel garanti de base du

Manitoba (appelé « Mincome »). Le projet a été conçu à l'origine comme une étude sur le marché du travail, mais les résultats ont été pertinents aussi du point de vue de la santé. Une récente étude portant sur ces données a conclu que les hospitalisations ont diminué de 8,5 % chez les participants au projet Mincome²⁹.

L'AMC recommande que :

3. Le gouvernement fédéral accorde une priorité de premier plan à l'élaboration de stratégies visant à réduire au minimum la pauvreté au Canada.

Partie 4 : Lutte contre les obstacles à l'accès dans le secteur de la santé

L'accès aux services non couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie demeure un obstacle important pour la population canadienne. Les personnes à faible revenu sont moins susceptibles de pouvoir avoir accès aux médicaments et aux services nécessaires à cause de cet obstacle. Un Canadien sur 10 n'a pas les moyens de payer les médicaments qui lui sont prescrits³⁰. Ce problème exacerbe encore davantage l'inégalité des revenus qui existe. Nous exhortons certes le gouvernement fédéral à intervenir pour réduire la pauvreté chez les Canadiens, mais il faut au moins intervenir pour assurer un accès universel aux soins médicaux nécessaires.

L'AMC recommande que :

4. Les gouvernements, en consultation avec l'industrie de l'assurance-vie et de l'assurance-maladie, ainsi qu'avec le public, établissent un programme de couverture complète des médicaments d'ordonnance qui sera administré sous forme de remboursements aux régimes provinciaux-territoriaux et privés d'assurance-médicaments d'ordonnance afin d'assurer que tous les Canadiens ont accès à des pharmacothérapies médicalement nécessaires.
5. Les gouvernements étudient des moyens d'assurer que les Canadiens à faible revenu ont davantage accès aux interventions médicales nécessaires comme les services de réadaptation, les services de santé mentale, les soins à domicile et les soins en fin de vie.
6. Les gouvernements explorent des façons possibles de fournir à tous les Canadiens un financement ciblé pour les services des centres de soins de longue durée. Ce financement pourrait inclure des régimes d'assurance publique ou des régimes enregistrés d'épargne, permettant ainsi aux Canadiens d'économiser pour répondre à leurs besoins futurs en soins de longue durée.

Enfin, il faut reconnaître l'effet sur le revenu de la prestation de soins aux membres de la famille qui sont malades. Beaucoup de Canadiens prennent congé pour s'occuper de leurs enfants ou de leurs parents. Sans ressources suffisantes pour les soins de longue durée et les moyens d'appui pour les soins à domicile, ces personnes peuvent être forcées de se retirer de la population active pour prodiguer ces soins non rémunérés. Des recherches indiquent que

plus du tiers des parents (38,4 %) qui s'occupent d'enfants handicapés doivent réduire le nombre de leurs heures de travail pour s'occuper de leurs enfants³¹. Le budget fédéral de 2011 a certes prévu un peu d'aide sous la forme d'un crédit d'impôt pouvant atteindre 300 \$ pour les aidants naturels, mais cela ne suffit pas. Au cours d'une étude canadienne réalisée en 2004, on a calculé que la valeur du temps d'un aidant naturel aux tarifs du marché variait de 5 221 \$ à 13 374 \$ selon le lieu de résidence³². Il s'agit d'un volume important de travail non rémunéré qui peut alourdir encore davantage les inégalités des revenus. L'augmentation du crédit d'impôt mis à la disposition de ces personnes aiderait, mais il faut appuyer davantage les aidants naturels.

L'AMC recommande que :

7. Le gouvernement fédéral élargisse les programmes d'allégement pour les aidants naturels afin d'offrir un accès garanti aux soins de relève pour les gens en situation d'urgence, et qu'il augmente le crédit d'impôt pour aidant naturel afin qu'il reflète mieux le coût annuel du temps d'un aidant naturel aux tarifs du marché.

Partie 5 : Conclusion

Une fois de plus, nous félicitons le Comité permanent des finances d'avoir consenti à étudier cet enjeu important. Les médecins du Canada sont témoins tous les jours dans leur cabinet des répercussions de l'inégalité des revenus. La lutte contre ce problème social important contribuera non seulement à alléger le fardeau de la maladie au Canada, mais aussi à fournir aux Canadiens les ressources financières dont ils ont besoin pour parvenir à une bonne santé.

Résumé des recommandations

Recommandation 1

Le gouvernement fédéral reconnaisse l'importance des déterminants sociaux et économiques de la santé pour la santé des Canadiens et la demande imposée au système de santé.

Recommandation 2

Le gouvernement fédéral exige l'intégration d'une évaluation des incidences sur la santé au processus décisionnel du Cabinet.

Recommandation 3

Le gouvernement fédéral accorde une priorité de premier plan à l'élaboration de stratégies visant à réduire au minimum la pauvreté au Canada.

Recommandation 4

Les gouvernements, en consultation avec l'industrie de l'assurance-vie et de l'assurance-maladie, ainsi qu'avec le public, établissent un programme de couverture complète des médicaments d'ordonnance qui sera administré sous forme de remboursements aux régimes provinciaux-territoriaux et privés d'assurance-médicaments d'ordonnance afin d'assurer que tous les Canadiens ont accès à des pharmacothérapies médicalement nécessaires.

Recommandation 5

Les gouvernements étudient des moyens d'assurer que les Canadiens à faible revenu ont davantage accès aux interventions médicales nécessaires comme les services de réadaptation, les services de santé mentale, les soins à domicile et les soins en fin de vie.

Recommandation 6

Les gouvernements explorent des façons possibles de fournir à tous les Canadiens un financement ciblé pour les services des centres de soins de longue durée. Ce financement pourrait inclure des régimes d'assurance publique ou des régimes enregistrés d'épargne, permettant ainsi aux Canadiens d'économiser pour répondre à leurs besoins futurs en soins de longue durée.

Recommandation 7

Le gouvernement fédéral élargisse les programmes d'allégement pour les aidants naturels afin d'offrir un accès garanti aux soins de relève pour les gens en situation d'urgence, et qu'il augmente le crédit d'impôt pour aidant naturel afin qu'il reflète mieux le coût annuel du temps d'un aidant naturel aux tarifs du marché.

Références

- ¹ Conference Board du Canada. How Canada Performs : Income Inequality. Ottawa (Ont.); 2013. Consultable ici : <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/society/income-inequality.aspx> (consulté le 11 avril 2013).
- ² Organisation de coopération et de développement économiques. Toujours plus d'inégalité : pourquoi les écarts de revenus se creusent. Tour d'horizon des inégalités croissantes de revenus dans les pays de l'OCDE : principaux constats. Paris (France); 2011. Consultable ici : <http://www.oecd.org/fr/social/soc/49177707.pdf> (consulté le 11 avril 2013).
- ³ Dunn JR. The Health Determinants Partnership Making Connections Project: Are Widening Income Inequalities Making Canada Less Healthy? Toronto (Ont.); 2002. Consultable ici : http://www.opha.on.ca/our_voice/collaborations/makeconnxn/HDP-proj-full.pdf (consulté le 15 mars 2011)
- ⁴ Wilkins R, Berthelot JM and Ng E. Trends in Mortality by Neighbourhood Income in Urban Canada from 1971 to 1996. Statistics Canada, Ottawa (Ont.); 2002. Health Reports 13 [Supplément] : pp. 45–71
- ⁵ Marmot, M. Fair Society Healthy Lives: The Marmot Review: Executive Summary. Londres (R.-U.) : 2010. Consultable ici : <http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLivesExecSummary.pdf> (consulté le 2011 Jan 25); Mikkonen J, Raphael D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Toronto (Ont.); 2010. Consultable ici : http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf (consulté le 14 janvier 2011).
- ⁶ Raphael D. Addressing The Social Determinants of Health In Canada: Bridging The Gap Between Research Findings and Public Policy. *Policy Options*. March 2003 pp.35-40.
- ⁷ Hofrichter R ed. Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: A Handbook for Action. The National Association of County and City Health Officials & The Ingham County Health Department. Lansing (É.-U.); 2006. Consultable ici : http://www.acphd.org/axbycz/admin/datareports/ood_naccho_handbook.pdf (consulté le 16 mars 2012).
- ⁸ Dunn, James R. (2002) *The Health Determinants Partnership...*
- ⁹ Initiative sur la santé de la population canadienne. Disparités sur le plan de l'expérience en matière de soins de santé primaires vécue par les Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires. Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa (Ont.); 2012. Consultable ici : https://secure.cihi.ca/free_products/PHC_Expériences_AiB2012_F.pdf (consulté le 25 janvier 2012).
- ¹⁰ Bierman AS, Angus J, Ahmad F, et al. Ontario Women's Health Equity Report: Access to Health Care Services: Chapter 7. Toronto (Ont.) Project for and Ontario Women's Health Evidence-Based Report; 2010. Consultable ici : <http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapter7-AccessstoHealthCareServices.pdf> (consulté le 20 décembre 2012).
- ¹¹ Bierman AS, Johns A, Hyndman B, et al. Ontario Women's Health Equity Report: Social Determinants of Health & Populations at Risk: Chapter 12. Toronto (Ont.) Project for and Ontario Women's Health Evidence-Based Report; 2010. Consultable ici : <http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapter12-SDOHandPopsatRisk.pdf> (consulté le 10 décembre 2012); Williamson DL, Stewart MJ, Hayward K. Low-income Canadians' experiences with health-related services: Implications for health care reform. *Health Policy* 2006; 76:106-121.
- ¹² Institut canadien d'information sur la santé. Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les hommes et les femmes. Ottawa (Ont.); 2010. Consultable ici : https://secure.cihi.ca/free_products/disparities_in_hospitalization_by_sex2010_f.pdf (consulté le 6 février 2013).
- ¹³ Institut canadien d'information sur la santé. Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les hommes et les femmes...; Roos LL, Walld R, Uhanova J, et al. Physician Visits, Hospitalizations, and Socioeconomic Status: Ambulatory Care Sensitive Conditions in a Canadian Setting. *HSR* 2005; 40(4): 1167-1185.
- ¹⁴ Allin S. Does Equity in Healthcare Use Vary across Canadian Provinces? *Healthc Policy* 2008; 3(4): 83-99; Frolich N, Fransoo R, Roos N. Health Service Use in the Winnipeg Regional Health Authority: Variations Across Areas in Relation to Health and Socioeconomic status. Winnipeg (Man.) Manitoba Centre for Health Policy. Consultable ici : http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/teaching/pdfs/hcm_forum_nf.pdf (consulté le 6 février

-
- 2013); McGrail K. Income-related inequities: Cross-sectional analyses of the use of medicare services in British Columbia in 1992 and 2002. *Open Medicine* 2008; 2(4): E3-10; Van Doorslaer E, Masseria C. Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. Paris (FR) OECD; 2004. Consultable ici : <http://www.oecd.org/els/health-systems/31743034.pdf> (consulté le 6 février 2013.); Veugelers PJ, Yip AM. Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health? *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:424-428.
- ¹⁵ Bierman AS, Angus J, Ahmad F, et al. Ontario Women's Health Equity Report: Access to Health Care Services... Demeter S, Reed M, Lix L, et al. Socioeconomic status and the utilization of diagnostic imaging in an urban setting. *CMAJ* 2005; 173(10): 1173-1177.
- ¹⁶ Bierman AS, Johns A, Hyndman B, et al. Ontario Women's Health Equity Report: Social Determinants of Health & Populations at Risk: Chapter 12...; Frolich N, Fransoo R, Roos N. Health Service Use in the Winnipeg... Wang L, Nie JX, Ross EG. Determining use of preventive health care in Ontario. *Can Fam Physician* 2009; 55: 178-179.e1-5; Williamson DL, Stewart MJ, Hayward K. Low-income Canadians' experiences with health-related services...
- ¹⁷ Mikkonen J, Raphael D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts...
- ¹⁸ Barnes S, Dolan LA, Gardner B, et al. Equitable Access to Rehabilitation: Realizing Potential, Promising Practices, and Policy Directions. Toronto (Ont.) Wellesley Institute; 2012. Consultable ici : <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/06/Equitable-Access-to-Rehabilitation-Discussion-Paper1.pdf> (consulté le 6 février 2013).
- ¹⁹ Kirby M, Goldbloom D, Bradley L. Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Ottawa (Ont.) : Commission de la santé mentale du Canada; 2012. Consultable ici : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/MHStrategy_StrategyText_FRE.pdf (consulté le 12 mars 2013).
- ²⁰ Saskatoon Poverty Reduction Partnership. From poverty to possibility...and prosperity: A Preview to the Saskatoon Community Action Plan to Reduce Poverty. Saskatoon (SK): Saskatoon Poverty Reduction Partnership; 2011. Consultable ici : http://www.saskatoonpoverty2possibility.ca/pdf/SPRP%20Possibilities%20Doc_Nov%202011.pdf (consulté le 13 mars 2012).
- ²¹ Institut canadien d'information sur la santé. Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les hommes et les femmes...
- ²² Munro D. Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits: The Case for Business Action on the Socio-Economic Determinants of Health. The Conference Board of Canada, Ottawa (Ont.); 2008. Consultable ici : http://www.conferenceboard.ca/Libraries/NETWORK_PUBLIC/dec2008_report_healthypeople.sflb (consulté le 26 mars 2012).
- ²³ Marmot Sir M. Achieving Improvements in Health in a Changing Environment. Presentation to the World Medical Association, Vancouver (C.-B.); 2010.
- ²⁴ Conference Board du Canada. How Canada Performs: Child Poverty. Ottawa (Ont.); 2013. Consultable ici : <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/society/child-poverty.aspx> (consulté le 11 avril 2013).
- ²⁵ Conseil national du bien-être social. Poverty Trends in Canada: Solving Poverty Information Kit. Her Majesty the Queen in the Right of Canada. Ottawa (Ont.); 2007. Consultable ici : <http://www.ncw.gc.ca/l.3bd.2t.1ils@-eng.jsp?lid=140> (consulté le 25 janvier 2012).
- ²⁶ Campaign 2000. 2010 Report Card on Child and Family Poverty in Canada: 1989 – 2010. Toronto (Ont.); 2010. Consultable ici : <http://www.campaign2000.ca/reportCards/national/2010EnglishC2000NationalReportCard.pdf> (consulté le 11 avril 2013).
- ²⁷ Hoepfner C, Chair. Federal Poverty Reduction Plan: Working in Partnership Towards Reducing Poverty in Canada. House of Commons Canada. Ottawa (Ont.); 2010. Consultable ici : <http://www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HUMA/Reports/RP4770921/humarp07/humarp07-e.pdf> (consulté le 17 avril 2013).
-

-
- ²⁸ Eggleton A, Segal H. Pauvreté, logement, Itinérance: les trois fronts de la lutte contre l'exclusion. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Ottawa (Ont.); 2009. Consultable ici : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/citi/rep/rep02dec09-f.pdf> (consulté le 17 avril 2013).
- ²⁹ Forget, Evelyn L. *The town with no poverty: the health effects of a Canadian Guaranteed Annual Income Field Experiment*. University of Toronto Press. Canadian Public Policy 37(3), 283-305.
- ³⁰ Law MR, Cheng L, Dhala IA et al. The effect of cost adherence to prescription medications in Canada. CMAJ February 21, 2012 vol. 184 no.3.
- ³¹ Campaign 2000. 2010 Report Card on Child and Family Poverty...
- ³² Chappell NL, Dlitt BH, Hollander JA et al. Comparative Costs of Home Care and Residential Care. The Gerontologist 44(3): 389-400.