

La santé, autrement dit...



Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé



Édition produite par :

*La Direction des communications du ministère
de la Santé et des Services sociaux*

*Ce document a été édité en quantité limitée et n'est
disponible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section Documentation,
rubrique Publications*

*Le genre masculin utilisé dans ce document
désigne aussi bien les femmes que les hommes.*

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

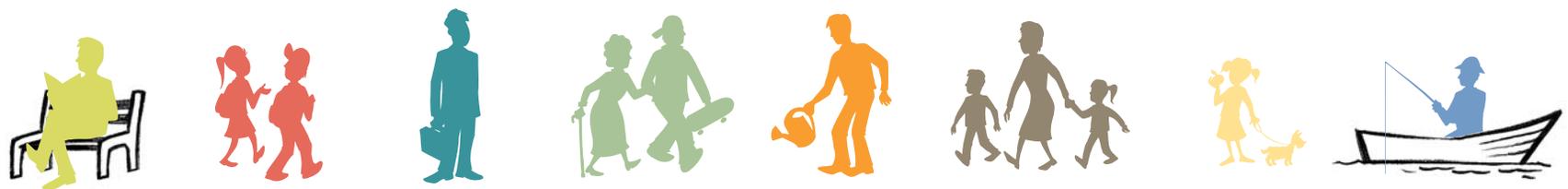
Bibliothèque et Archives Canada, 2007

978-2-550-49220-7 (version imprimée)

978-2-550-49221-4 (version PDF)

*Toute reproduction totale ou partielle
de ce document est autorisée, à condition
que la source soit mentionnée.*

© Gouvernement du Québec, 2007



La santé, autrement dit...

*Pour espérer vivre plus longtemps
et en meilleure santé*

Table des matières

<i>Introduction</i>	3
<i>Les habitudes de vie: collectivement, choisir la santé</i>	4 et 5
<i>L'éducation: le chemin de l'école mène aussi à la santé</i>	6 et 7
<i>Le logement: un logis, un milieu de vie</i>	8 et 9
<i>Le transport: pour notre santé, modérons nos transports</i>	10 et 11
<i>L'aménagement urbain: une ville à vivre</i>	12 et 13
<i>L'environnement physique: refaire l'harmonie avec la planète</i>	14 et 15
<i>L'environnement social: tous pour un, un pour tous</i>	16 et 17
<i>La pauvreté: lutter sur tous les fronts</i>	18 et 19
<i>Pour en savoir davantage</i>	20 et 21

Le présent document a été réalisé par le Service des orientations en santé publique de la Direction du programme de santé publique du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Recherche et rédaction

Geneviève Hamel

Ministère de la Santé et des Services sociaux

David Talbot

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Secrétariat

Hélène Piché

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaboration

François Renaud

Société d'habitation du Québec

Louise Potvin

Université de Montréal

Normand King

Direction de santé publique de Montréal

Marthe Hamel

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Guy Fréchet

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Nicole Lefebvre

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Albert Daveluy

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Michel Crowley

Ministère du Développement durable,
de l'Environnement et des Parcs

Pierre Gosselin

Institut national de santé publique du Québec

Stefan Reyburn

Institut national de santé publique du Québec

Pierre Blais

Ministère des Affaires municipales et des Régions

Robert Poiré

Ministère des Transports

Révision linguistique

Marie-France LeBlanc

Conception graphique

Graphissimo

Introduction

La bonne santé dépend d'une multitude de facteurs. Certains se rapportent à l'individu, alors que d'autres concernent la collectivité. À la base, il y a la biologie dont nous avons hérité de nos parents, nos grands-parents et ceux qui les ont précédés. Puis, les décisions personnelles que l'on prend quotidiennement et le style de vie que l'on adopte exercent une influence déterminante sur l'évolution de notre état de santé. Enfin, l'environnement social et l'environnement physique dans lesquels nous évoluons jouent un rôle que nous avons souvent tendance à sous-estimer. On est portés à croire que les décisions en matière de santé dépendent d'abord et avant tout de l'individu, qui jouit de son libre arbitre. Pourtant, quand on s'y arrête, on se rend bien compte que les choix personnels sont conditionnés par des facteurs comme la scolarité, le revenu, le statut social, le quartier ou le village où l'on habite. La réflexion conduit également à une autre évidence : les décisions des gouvernants, des administrateurs d'institution, des patrons et gestionnaires d'entreprise, bref de tous les décideurs, comptent beaucoup pour la santé des individus et de la population en général. On n'a qu'à penser aux décisions qui affectent la qualité de l'air et de l'eau, à celles qui déterminent la configuration de nos villes ou encore qui conditionnent la place que l'on fait à l'activité physique et aux loisirs dans nos vies.

La bonne santé n'est pas une fin en soi, mais elle constitue certainement la première condition pour mener une vie active et satisfaisante. Elle représente également un indice précieux pour mesurer le degré d'avancement d'une société. Voilà pourquoi nous devons tous contribuer à l'amélioration de la santé, individuellement et collectivement.

Cet outil de sensibilisation sur les déterminants de la santé se situe dans la lignée du premier rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, *Produire la santé*, publié en 2005 par le directeur national de santé publique. Les fiches qui sont regroupées dans le présent outil de sensibilisation font état des connaissances relativement à huit grands déterminants de la santé : les habitudes de vie, l'éducation, le logement, le transport, l'aménagement urbain, l'environnement physique, l'environnement social et la pauvreté. Le but visé est de fournir un outil simple et facile d'utilisation, qui puisse soutenir la réflexion et orienter l'action en faveur de l'amélioration de la santé. Ce document s'adresse particulièrement aux ministères et organismes, aux municipalités ainsi qu'aux organismes communautaires.



Les habitudes de vie

Collectivement, choisir la santé

La montée en Amérique du Nord de ce que l'on appelle maintenant l'épidémie d'obésité rappelle l'importance de travailler simultanément sur un ensemble de facteurs de risque, dont les mauvaises habitudes de vie. Une saine alimentation, la pratique régulière de l'activité physique et le non-usage du tabac jouent un rôle important dans la prévention des maladies chroniques. À l'inverse, une mauvaise alimentation, la sédentarité et le tabagisme sont en cause dans environ 40 % des décès. Plus précisément, ces trois habitudes de vie sont reliées à environ 80 % des décès par maladies cardiovasculaires, 90 % des décès dus au diabète et environ le tiers des décès attribuables aux cancers.

Ce que nous savons

L'alimentation

Manger des aliments sains et pauvres en sel, en gras saturés et en gras trans contribue à prévenir plusieurs maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires et certains cancers. Un indicateur est souvent utilisé pour apprécier la qualité générale de l'alimentation : le fait de consommer au moins cinq portions de fruits et légumes par jour. Au Québec, la proportion de la population âgée de 12 ans et plus qui

mange au moins cinq portions de fruits et légumes chaque jour s'établit à 44 % (2003). Le Québec vient ainsi au premier rang parmi les provinces et territoires canadiens. La consommation quotidienne de fruits et légumes varie par contre sensiblement selon le revenu des individus. En 2003, au Québec, 46 % des personnes du groupe des plus riches consommaient au moins cinq portions de fruits et légumes par jour comparativement à 39 % des personnes du groupe des plus pauvres.

L'activité physique

Pour atteindre et conserver un poids santé, il faut aussi considérer l'équilibre entre l'apport et la dépense énergétiques. Faire de l'exercice améliore le métabolisme du glucose, réduit les graisses de l'organisme et abaisse la tension artérielle. L'activité physique peut aussi améliorer l'état de l'appareil musculosquelettique, contribuer à la régulation du poids du corps, assurer une meilleure distribution des graisses corporelles et réduire les symptômes dépressifs. À l'inverse, la sédentarité peut entraîner de graves conséquences. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la sédentarité pourrait bien figurer parmi les dix principales causes de mortalité et d'incapacité dans le monde. La sédentarité

renforce toutes les causes de mortalité. Elle double le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète ou d'obésité et augmente les risques de cancer du côlon, d'hypertension artérielle, d'ostéoporose, de troubles lipidiques, de dépression et d'anxiété.

La proportion de Québécois âgés de 18 ans et plus considérés comme physiquement actifs durant leurs loisirs est passée de 26 % à 37 % entre 1995 et 2003. Le revenu influence également la pratique de l'activité physique. En 2003, 44 % des personnes du groupe ayant le revenu le plus élevé étaient considérées comme actives durant leurs loisirs comparativement à 33 % des personnes appartenant au groupe ayant le plus faible revenu.

Le tabagisme

Les experts s'accordent pour dire qu'une personne qui fume sur deux connaîtra une mort prématurée. En effet, selon une étude britannique, une personne ayant fumé toute sa vie d'adulte verra son espérance de vie réduite en moyenne de dix ans par rapport à celle d'un non-fumeur. Une donnée est toutefois encourageante : cesser de fumer à l'âge de 50 ans réduirait les risques liés au tabagisme de moitié, alors que cesser de fumer à 30 ans permettrait de les annuler.

Au Québec, la prévalence du tabagisme chez les personnes de 15 ans et plus est passée, entre 1987 et 2003, de 40 % à 27 %. Malgré cette diminution, la proportion de fumeurs âgés de 12 et plus est toujours plus élevée au Québec qu'ailleurs au Canada. Le revenu est également associé au tabagisme. On note un écart de plus de 20 % dans la proportion de fumeurs entre le groupe de personnes ayant le revenu le plus élevé et le groupe ayant le revenu le plus faible (23 % comparativement à 47 %).

La lutte au tabagisme : une stratégie gagnante

Le Québec s'est donné une stratégie globale de lutte contre le tabac, qui fait appel à une série de moyens : politiques, législatifs, éducatifs et cliniques. À la base de cette stratégie, le gouvernement entend « dénormaliser » les produits du tabac ainsi que la mise en marché et la consommation de ces produits. Il continue par ailleurs d'offrir de l'information à la population sur les méfaits du tabac ainsi que des services de cessation du tabagisme.

Ce que nous faisons

En octobre 2006, le gouvernement rendait public son Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Ce plan vise à améliorer la qualité de vie de la population québécoise en lui permettant de vivre dans des environnements qui favorisent l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie, un mode de vie physiquement actif et une saine alimentation. Dans le secteur de la santé, avec le Programme national de santé publique 2003-2012, on propose d'intervenir de façon globale pour promouvoir de saines habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques en combinant l'éducation à la santé, la modification des environnements et l'application de politiques publiques favorables à la santé.

Et pour demain...

Plusieurs facteurs sont en cause lorsqu'il est question d'habitudes de vie. Pour favoriser des choix sains, des éléments tels que l'offre d'activités physiques, l'offre de transport public, l'aménagement urbain, la disponibilité des aliments et l'accessibilité aux aliments doivent être considérés. La stratégie de lutte contre le tabagisme constitue certainement un modèle à suivre, un modèle dont on pourrait s'inspirer – en prévoyant les aménagements nécessaires – pour mieux agir sur les habitudes de vie. En effet, les actions menées dans ce domaine ont incité les divers acteurs à se mobiliser. Elles ont surtout permis de modifier les environnements afin de rendre plus facile l'adoption de saines habitudes de vie.





L'éducation

Le chemin de l'école mène aussi à la santé

L'enfance et l'adolescence correspondent aux premières étapes de la scolarisation au cours de laquelle l'enfant acquiert les compétences nécessaires pour intégrer le marché du travail et poursuivre des buts sociaux à l'âge adulte. La recherche a largement démontré que les conditions de travail, le revenu et l'état de santé des individus sont reliés au niveau d'éducation. Pour l'enfant, l'acquisition de compétences au cours de son enfance et de son adolescence et, en particulier, la réussite scolaire auront un effet sur sa santé toute sa vie durant.

Ce que nous savons

L'éducation et l'intégration au marché de l'emploi

Au cours des dernières années, le niveau de scolarité des Québécois s'est grandement amélioré. En 1981, plus de 48 % des personnes de 25 ans et plus ne possédaient aucun diplôme d'études secondaires; la proportion a diminué à près de 32 % en 2001.

Les personnes qui quittent l'école avant même d'avoir obtenu un diplôme d'études secondaires éprouvent davantage de difficultés à intégrer le marché de l'emploi et sont plus susceptibles de

vivre des problèmes liés à la pauvreté. Au Québec, en août 2005, on comptait deux fois plus de personnes sans diplôme d'études secondaires (62,6 %) parmi les prestataires de l'aide sociale que dans l'ensemble de la population de 15 ans et plus.

Le milieu socioéconomique dans lequel grandit l'enfant a une influence sur la réussite et la persévérance scolaires. En effet, les enfants des familles pauvres sont surreprésentés dans les statistiques d'abandon scolaire. Les élèves des milieux les plus défavorisés sont deux fois plus à risque de quitter l'école sans diplôme ni qualification que les élèves issus des milieux les plus favorisés. Outre l'origine sociale, différents facteurs peuvent expliquer les difficultés scolaires, notamment le milieu familial (la qualité des relations parent-enfant, le style éducatif, etc.) et le milieu scolaire (les structures de l'école, les pratiques éducatives, etc.).

L'une des conséquences directes d'un abandon prématuré de l'école est l'analphabétisme. Au Québec, près de 5 % des personnes de 16 à 44 ans ont moins de 9 ans de scolarité. Par conséquent, ces personnes présentent plus de risques d'être analphabètes

fonctionnelles. Or, on sait que le taux d'emploi et les revenus des individus sont influencés par leur capacité à comprendre et à utiliser l'information écrite. En somme, les personnes ayant un faible niveau d'instruction ont moins de chances d'occuper un emploi stable, intéressant et bien rémunéré.

L'éducation et la santé

Les individus qui ont un faible niveau de scolarité risquent davantage de souffrir des principales maladies chroniques à l'exception des cancers (par exemple, l'hypertension, les maladies du cœur et le diabète). Le niveau de scolarité influence également l'adoption de modes de vie sains. En effet, le tabagisme, une alimentation inadéquate et la sédentarité sont des comportements que l'on observe plus fréquemment chez les personnes ayant une faible scolarité. À l'opposé, les personnes ayant un meilleur niveau d'instruction ont davantage de relations sociales, adoptent de meilleures habitudes de vie et ont l'impression de pouvoir influencer et maîtriser leur vie.

Ce que nous faisons

Au Québec, de nombreux efforts ont été faits au cours des dernières années pour élever le taux de réussite scolaire, et ce, tout particulièrement chez les jeunes de milieux défavorisés. En 2004-2005, le taux d'obtention d'un diplôme du secondaire chez les jeunes de moins de 20 ans se situait à 70,2 %. L'objectif du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport est d'atteindre 85 %.

Afin de rendre possible la réussite scolaire de tous les élèves et de faciliter leur intégration sociale et professionnelle à l'âge adulte, le gouvernement du Québec a adopté en 2001 un nouveau programme de formation de l'école québécoise pour l'éducation préscolaire et l'enseignement primaire. Ce programme axé sur le développement des compétences donne à l'école une mission articulée autour de trois grands axes : instruire, socialiser et qualifier. L'école doit ainsi prendre en considération les caractéristiques particulières des élèves et tenir compte du principe de l'égalité des chances pour tous.

Aussi, au printemps 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ont signé une entente de complémentarité de services. Cette entente prévoit, entre autres, une intervention globale en promotion de la santé et en prévention à l'école. Avec cette intervention, appelée École en santé, on réaffirme l'importance pour l'élève de grandir dans un environnement scolaire favorisant l'acquisition de compétences et de comportements axés sur la santé et le bien-être.

Le soutien aux élèves de milieux défavorisés : l'exemple de l'école montréalaise

Le programme de soutien à l'école montréalaise a été créé en 1997. Ce programme vise à soutenir la réussite personnelle et la réussite des apprentissages chez l'ensemble des élèves issus de milieux défavorisés, selon leurs besoins et leurs caractéristiques.

Pour avoir des effets significatifs sur le cheminement, les apprentissages et la motivation des élèves, sept moyens reconnus sont privilégiés : le soutien aux élèves à risque, le développement de la compétence à lire, l'approche orientante, le développement professionnel de la direction et de l'équipe-école, l'accès aux ressources culturelles, la collaboration avec la famille ainsi que la création d'un réseau de partenaires. Quelque 43 000 élèves répartis dans une centaine d'écoles sont ciblés.

Et pour demain...

À l'échelle collective, un nouvel engouement pour l'éducation, un peu à l'image de celui qui a marqué le Québec de la Révolution tranquille, servirait très certainement le Québec et le préparerait aux défis de demain. Pour favoriser la réussite et la persévérance scolaires, les différents partenaires du milieu doivent entre autres mener des actions concertées. Les gouvernants, les institutions, les leaders sociaux et les patrons d'entreprise devraient tous unir leurs efforts pour la promotion de l'éducation.





Le logement

Un logis, un milieu de vie

Maladies infectieuses, maladies chroniques, accidents, problèmes de santé mentale : la recherche a clairement établi des liens entre le logement et divers problèmes de santé. Déjà en 1939, l'Association américaine de santé publique publiait un document soulignant 30 principes de base pour un logement sain. Plus près de nous, en 1986, avec la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé qu'elle a adoptée, l'Organisation mondiale de la santé a reconnu le logement comme un facteur déterminant de l'état de santé d'une population.

Ce que nous savons

La salubrité

Le manque de ressources financières peut contraindre un individu à vivre dans un logement insalubre. Les logements insalubres ont souvent des problèmes d'humidité et de moisissures qui contribuent au développement de maladies respiratoires comme l'asthme. On sait que la prévalence de cette affection a augmenté dans les pays développés à la fin du XX^e siècle. Dans la région de Montréal, une recherche a révélé que le nombre d'enfants de trois à sept ans asthmatiques s'était accru de 72 % au cours de la décennie 1980.

Un des facteurs pointés pour expliquer une telle augmentation est justement la présence d'humidité et de moisissures combinée au fait que les enfants passent de plus en plus de temps à l'intérieur (jeux vidéo, ordinateurs, etc.). Les conditions insalubres peuvent également entraîner d'autres symptômes tels que des maux de tête récurrents, de la fièvre, des nausées et des maux de gorge. Les logements insalubres se trouvent généralement dans les quartiers défavorisés, où l'environnement physique et le milieu social peuvent aussi affecter la santé des individus.

La sécurité

Un logement mal adapté aux limitations physiques ou fonctionnelles des occupants (par exemple, l'absence de rampes) ou encore mal entretenu (par exemple, des escaliers endommagés) augmente les risques de blessures et d'accidents. Au Québec, on compte chaque année plus de 22 000 hospitalisations reliées aux chutes. La majorité des cas affectent les personnes âgées et surviennent au domicile. En 2003, plus de 60 % des accidents avec blessures chez les personnes âgées de 65 ans et plus ont eu lieu au domicile.

Le manque de ressources financières

Lorsqu'un individu éprouve des difficultés à se loger adéquatement, son état de santé physique et mental peut en être affecté. Ainsi, un locataire incapable de payer son loyer et de subvenir à ses besoins de base est exposé à un stress continu qui peut être dommageable à long terme. En effet, les systèmes cardiovasculaire et immunitaire sont affectés par les longues périodes de tension, ce qui se traduit à long terme par une plus grande vulnérabilité à une série de problèmes de santé : dépression, infection, diabète, hypertension, crise cardiaque, etc.

Globalement, à l'échelle collective, le manque de logements abordables et adéquats peut contraindre les locataires à faible revenu à consacrer une très grande partie de leurs ressources financières au logement. Quand un ménage dépense 30 % ou plus de son revenu brut pour se loger, il est probable qu'il manque d'argent pour combler d'autres besoins essentiels comme la nourriture et l'habillement. Au Québec, plus d'un locataire sur trois dépense 30 % ou plus de son revenu pour se loger.

Ce que nous faisons

La Société d'habitation du Québec est l'organisme gouvernemental responsable de l'habitation sur le territoire québécois. Elle intervient particulièrement dans les domaines de l'habitation sociale et de l'amélioration de l'habitat. Avec l'aide de ses partenaires, entre autres les municipalités et le milieu communautaire, elle conçoit et finance une série de mesures pour aider les ménages à faible revenu et les personnes en difficulté à se loger dans des lieux sécuritaires et abordables. L'une de ces mesures, le programme AccèsLogis Québec, a pour objectif d'augmenter le nombre de logements sociaux et communautaires sur l'ensemble du territoire, pour les ménages à revenu faible et modéré. Ce programme mise sur les partenariats entre le public, le privé et le milieu communautaire.

Pour les locataires qui habitent dans des logements insalubres, il existe une série de mesures, notamment la possibilité de faire une plainte à leur arrondissement pour obtenir les services d'un inspecteur. Ces locataires peuvent aussi s'adresser à leur centre de santé et de services sociaux ou à leur service Info-Santé pour en savoir plus sur les effets des mauvaises conditions de logement sur la santé. Enfin, un locataire a également la possibilité de demander à la Régie du logement d'ordonner à son propriétaire de corriger les conditions de logement qui font défaut.

Montréal: 5 000 raisons d'être fier!

En 2002, la Ville de Montréal a décidé de mettre en œuvre l'opération Solidarité 5 000. Par cette initiative, menée en partenariat avec la Société d'habitation du Québec et la Société canadienne d'hypothèques et de logement, on vise à construire 5 000 nouveaux logements sociaux et communautaires à l'intention des ménages à revenu faible et modéré. Ces nouvelles habitations contribueront également au dynamisme, à l'embellissement et à la sécurité des quartiers.

Et pour demain...

Pour mieux agir sur les problèmes de santé liés aux conditions de logement, l'expérience nous enseigne qu'il faut sensibiliser et continuer à mobiliser autour d'actions concertées tous les intervenants visés – les municipalités, les offices d'habitation, les organismes à but non lucratif, les organismes communautaires, le réseau de santé publique, etc. La population de toutes les régions du Québec devrait avoir accès à des services de soutien pour améliorer les conditions de logement. Pour ce faire, il faudra parfois adapter la réglementation municipale, accroître les ressources, promouvoir et appuyer les projets locaux qui visent l'amélioration de l'accès à des logements salubres et sécuritaires, à prix abordable. La mise en commun de tous les efforts est absolument essentielle pour relever ce défi.





Le transport

Pour notre santé, modérons nos transports

Nos modes de déplacement ont connu un profond bouleversement au cours du XX^e siècle. Le développement de l'industrie automobile, la hausse du revenu des ménages et une nouvelle conception de l'aménagement urbain y ont contribué. La nouvelle façon de bâtir privilégie des quartiers à usage unique (quartier résidentiel, quartier commercial, quartier de bureaux) assez éloignés les uns des autres. Ce nouveau modèle urbain a amené les gens à utiliser l'automobile de façon plus régulière plutôt que le transport en commun, la marche ou le vélo. Ainsi, depuis les années 1970, le nombre de véhicules routiers en circulation a presque triplé, et le nombre de kilomètres parcourus a augmenté de façon plus marquée encore.

Ce que nous savons

La pollution de l'air et les gaz à effet de serre

Depuis les années 1970, l'adoption de normes antipollution et le resserrement graduel de ces normes ont entraîné une réduction considérable des émissions

de gaz à effet de serre (GES) par véhicule. Malgré ces efforts, le transport demeure une importante source de pollution atmosphérique et la principale cause de smog. La pollution atmosphérique est associée à des hospitalisations et à des décès prématurés chez les personnes souffrant de maladies cardiovasculaires et respiratoires. On a également constaté une légère augmentation des cancers du poumon chez les résidents des villes les plus polluées.

Le transport routier produit près du tiers des émissions de GES au Québec (2003). Ces émissions sont en grande partie responsables du réchauffement de la planète et des changements climatiques qui en découlent. Selon la grande majorité des scientifiques, les effets sur la santé seront importants dans les années à venir. Entre autres, on prévoit une augmentation des journées de fortes chaleurs estivales dans le sud du Québec, ce qui entraînera une hausse des admissions dans les hôpitaux et des décès prématurés, particulièrement chez les individus les plus vulnérables.

Les traumatismes routiers : un bilan à améliorer

Le bilan routier au Québec a connu une amélioration notable au chapitre des décès au cours des dernières décennies. Toutefois, encore de 600 à 700 personnes meurent chaque année sur la route, et on compte plus de 50 000 blessés de la route annuellement. Cela correspond à la population d'une ville de la taille de Saint-Hyacinthe. Les collisions routières sont encore aujourd'hui la première cause de décès chez les moins de 25 ans. Enfin, malgré une diminution importante du nombre de décès et d'hospitalisations pour tous les usagers de la route vers la fin des années 1980, on remarque une hausse récente du nombre de blessés de la route au Québec.

Les déplacements motorisés et le manque d'activité physique

Nous consacrons beaucoup plus de temps qu'auparavant aux déplacements motorisés, de la résidence à la garderie, au lieu de travail, au centre commercial, etc. Résultat : nous avons moins de temps pour l'activité physique. Un moyen éprouvé d'atteindre le niveau d'exercice

recommandé est l'adoption de modes de déplacement actifs (où l'énergie est fournie par l'être humain), par exemple la marche et le vélo ou une combinaison de ces derniers avec le transport en commun.

Actuellement, seulement 11 % de la population québécoise recourt à la marche et au vélo comme moyens de transport. Quant au transport en commun, il a connu une constante baisse de 1991 à 2006 : seulement 16 % de la population l'utilise aujourd'hui par rapport à 20 % au début des années 1990. Rappelons que la sédentarité est liée au surpoids et à l'obésité, qui sont, eux, associés aux maladies cardiovasculaires, au diabète, à certains cancers ainsi qu'à des troubles dépressifs.

Ce que nous faisons

Plusieurs initiatives ont été lancées pour trouver une solution à l'accroissement du transport routier. Plusieurs municipalités, conscientes du problème, se disent prêtes à prendre des moyens pour en diminuer les effets. Ainsi, la Ville de Montréal a récemment annoncé son intention de diminuer la dépendance des citoyens à l'automobile en augmentant le transport actif et collectif.

Pour soutenir les municipalités dans leurs actions, le gouvernement du Québec a récemment adopté la politique québécoise du transport collectif : Pour offrir de meilleurs choix aux citoyens. Les investissements et les actions annoncés visent à augmenter l'achalandage du transport en commun de 8 % d'ici 2012, soit à augmenter de 40 millions chaque année les déplacements. Actuellement, ce sont 501 millions de déplacements qui sont effectués chaque année.

La Stratégie énergétique du Québec 2006-2015 et le Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques ont également été rendus publics au printemps 2006 et visent une réduction de la consommation de produits pétroliers et des émissions de GES dans plusieurs sphères d'activité, dont les transports.

Et pour demain...

Pour diminuer les problèmes de santé et favoriser le développement durable associé au transport actif, tous les intervenants doivent travailler ensemble. Ils doivent unir leurs efforts pour favoriser un aménagement urbain mixte plus dense et une meilleure offre de transport collectif. Travailler dans ce sens permettrait de freiner la croissance du parc automobile et de laisser plus de place aux déplacements actifs sécuritaires et au transport collectif.

Mon école à pied, à vélo !

Vélo Québec a lancé en octobre 2005 le projet Mon école à pied, à vélo ! L'objectif visé est de contribuer à renverser la tendance à l'inactivité chez les jeunes Québécois et réduire l'utilisation de la navette entre le domicile et l'école, assurée par les parents.

Au départ, 8 écoles de la région montréalaise, qui regroupent 3 700 élèves, ont participé au projet. En 2007, c'est 30 écoles réparties dans 6 régions du Québec qui se sont associées à Vélo Québec. Plus de 12 000 enfants seront ainsi fortement incités à se rendre à pied ou à vélo à l'école.





L'aménagement urbain

Une ville à vivre

Le visage des villes a considérablement changé au fil des ans, au Québec comme partout en Amérique du Nord. Depuis le début des années 1990, de plus en plus de chercheurs s'intéressent aux modes d'urbanisation et à leurs effets sur les terres agricoles, sur l'accroissement du coût des infrastructures ou encore sur la qualité de l'environnement. Plus récemment, des chercheurs en urbanisme et en santé publique ont commencé à se pencher plus précisément sur les liens entre l'étalement urbain et la santé.

Ce que nous savons

L'étalement urbain présente quatre grandes caractéristiques :

1. Une population dispersée sur un territoire faiblement occupé;
2. Une séparation rigide entre les milieux résidentiels, les commerces, les services et les lieux de travail;
3. Une absence de grands pôles d'activité;
4. Un milieu urbain constitué de bâtiments de faible hauteur, éloignés des voies de circulation et entourés de vastes parcs de stationnement.

L'isolement social ainsi que certains facteurs de risque, notamment la sédentarité, l'exposition à la pollution de l'air et à de l'eau contaminée, sont associés à ce type de développement.

La sédentarité

Selon plusieurs études, le transport actif (à pied ou à vélo) et la pratique d'activités physiques à des fins de loisirs sont favorisés par le fait d'habiter des quartiers qui sont plus densément peuplés et où le transport collectif est assuré. Ces quartiers se distinguent par la mixité des usages : on y habite, on y travaille, on y commerce, on s'y divertit, etc. Ces quartiers offrent des voies publiques pour les piétons et cyclistes. En revanche, les résidents des zones presque exclusivement résidentielles de faible densité dépendent davantage de la voiture pour se déplacer.

Le manque d'activité physique contribue à l'embonpoint et à l'obésité. Ce problème est associé aux maladies chroniques comme le diabète de type II, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, l'hypercholestérolémie et certains cancers.

La pollution de l'air et de l'eau

Le développement des banlieues résidentielles de faible densité s'est accompagné de l'expansion de réseaux routiers, aujourd'hui réservés presque exclusivement à l'automobile. Cette expansion n'a pas suffi pour régler la congestion routière. De plus, elle contribue à l'augmentation de la pollution atmosphérique. Or, on sait que la pollution de l'air est associée à une hausse des hospitalisations et des décès prématurés chez les personnes souffrant de maladies respiratoires et de maladies cardiovasculaires. Mentionnons aussi que les niveaux de polluants sont parfois plus élevés dans les habitacles des voitures que dans l'air extérieur. Par ailleurs, il faut aussi savoir que les grandes surfaces pavées entraînent un accroissement du ruissellement qui pollue les eaux de pluie et, conséquemment, les cours d'eau.

L'isolement social

Les liens sociaux et communautaires qui se tissent au sein des milieux de vie sont un gage important de santé et de bien-être. Or, il y a un lien évident entre l'environnement bâti et le soutien social. On constate en effet que l'intégration sociale est plus aisée dans les milieux densément peuplés qui encouragent la mixité des usages. La vie sociale y est plus active, plus dynamique, les espaces publics offrant de nombreuses possibilités d'interactions et d'animation. Quand les activités se font à pied, les contacts avec le voisinage sont également plus fréquents.

Ce que nous faisons

Le gouvernement du Québec a élaboré divers outils pour guider les villes, les municipalités régionales de comté (MRC) et les municipalités dans l'aménagement du territoire et l'urbanisme. Citons le Guide de bonnes pratiques : la réduction des émissions de gaz à effet de serre et l'aménagement du territoire. Ce dernier fait état des initiatives mises en place par des municipalités du Québec pour aménager des ensembles urbains qui favorisent des déplacements plus actifs et moins polluants.

Par ailleurs, on peut constater que plusieurs municipalités et MRC déploient des efforts considérables pour concilier le mode de vie associé aux quartiers périphériques des villes et la nécessité d'agir pour limiter les effets négatifs de l'étalement urbain sur la santé.

Réinventer la ville

La revitalisation du quartier Saint-Roch, le centre des affaires de la Basse-Ville de Québec, a permis de recréer un véritable milieu de vie. On y trouve une grande mixité des fonctions urbaines, et les déplacements peuvent y être réduits au minimum. Le quartier est devenu un centre d'activité très accessible au cœur de l'agglomération.

D'autres exemples sont fournis par le faubourg Laudance, à Québec, et le pôle multifonctionnel de Gatineau. Dans les deux cas, on a créé des ensembles urbains diversifiés à la fois « marchables » et très accessibles par divers modes de transport.

Deux autres projets d'urbanisation sont axés sur le transport collectif : le quartier de la gare intermodale à Sainte-Thérèse et le quartier de la gare à Mont-Saint-Hilaire. Ces deux exemples d'aménagement visent à créer un arrondissement urbain compact autour d'un pôle d'activité, le transport collectif.

Et pour demain...

Bien que plusieurs reconnaissent maintenant l'existence des problèmes liés à l'étalement urbain, il n'existe pas encore de consensus sur ce qui doit être fait. Il serait utile d'engager une discussion publique sur l'aménagement du territoire pour en arriver à des décisions concertées entre les divers paliers de gouvernement, les promoteurs et les citoyens. Si, individuellement, toute personne a le droit de choisir l'endroit où elle veut vivre, il faut reconnaître que les décisions de chacun ont des répercussions sur l'environnement et, conséquemment, sur l'état de santé de la population.





L'environnement physique

Refaire l'harmonie avec la planète

La pollution de l'air, la détérioration des sols et la pollution de l'eau affectent la santé. Le phénomène est connu depuis longtemps. Il est devenu encore plus préoccupant depuis que l'on a constaté que la planète se dégradait; les changements climatiques en font foi. Les activités humaines expliquent en grande partie la dégradation de l'environnement. L'espèce humaine consomme 50 % des ressources de la planète. Pour leur part, les Nord-Américains sont les plus grands consommateurs de ressources naturelles et les plus grands producteurs de gaz à effet de serre (GES). Autre donnée préoccupante: si tous les habitants de la Terre consommaient autant de ressources que les Canadiens, il faudrait 27 milliards d'hectares de sols cultivables. La planète entière n'en compte que neuf.

Ce que nous savons

La pollution de l'air

Les principales causes de la pollution atmosphérique sont les activités industrielles et commerciales ainsi que l'augmentation constante du chauffage au bois et de la consommation de pétrole, consommation due aux activités de

transport. Cette pollution atmosphérique a des effets négatifs importants sur la qualité de l'environnement (smog, pluies acides) et, conséquemment, sur la santé des individus. L'augmentation de la pollution de l'air se traduit par un accroissement des maladies cardiovasculaires et des maladies respiratoires. Bien que le tabagisme demeure la cause principale du cancer du poumon, la pollution atmosphérique joue un rôle de plus en plus important dans le développement de cette maladie.

Les rayons ultraviolets

L'amincissement de la couche d'ozone diminue notre protection contre les rayons ultraviolets et contribue ainsi à la progression des cancers de la peau. De tous les cas de cancers de la peau, 90 % sont attribuables à une exposition prolongée aux rayons ultraviolets, d'origine naturelle ou artificielle.

La pollution de l'eau

Les sources de contamination de l'eau de consommation et de baignade sont diverses. La pollution de l'eau provient des activités agricoles intensives et des activités municipales et industrielles. Les petits réseaux de distribution de

l'eau potable présentent généralement plus de risques de contamination. L'ingestion d'eau contaminée ou le contact avec une eau contaminée peuvent causer des gastro-entérites, des otites, des dermatites ou des intoxications aiguës.

L'eau destinée à la consommation doit souvent être désinfectée. Le traitement par le chlore est une opération essentielle, mais il peut parfois entraîner la formation de sous-produits qui peuvent avoir des effets néfastes sur la santé. La présence de ces sous-produits augmente les risques de cancer de la vessie.

La pollution des sols

La contamination des sols est principalement le résultat des rejets industriels, mais aussi d'une gestion inadéquate de certaines activités agricoles de même que des déchets et des pesticides. L'exposition humaine à la pollution des sols se fait principalement par les voies cutanée, respiratoire et orale (chez les enfants, notamment). La contamination des sols peut causer des cancers ainsi que des problèmes rénaux et vasculaires, associés à certains polluants chimiques et organiques. Elle peut aussi contribuer à la contamination des sources d'eau potable.

Ce que nous faisons

Au cours des dernières décennies, plusieurs actions ont été menées aux niveaux local, régional et national dans le but de favoriser une meilleure gestion des ressources. À titre d'exemple, le gouvernement du Québec a adopté une politique nationale de l'eau, voté une loi sur le développement durable et mis en place un plan d'action pour lutter contre les changements climatiques. Plusieurs villes ont également pris diverses mesures afin de réduire la pollution dans leur milieu. Par exemple, certaines ont adopté un cadre légal pour interdire les pesticides.

La récupération de pneus

Au Québec, toute personne qui achète un pneu doit payer un « droit environnemental » de 3 \$. Cette mesure a eu des effets spectaculaires. En 2003, 6,3 millions de pneus usagés ont été récupérés, soit 88 % du total. Le reste est allé à l'exportation. L'objectif du programme de récupération, fixé à 85 %, a donc été atteint. Plus des trois quarts des pneus usagés sont recyclés en produits de toutes sortes, comme des pneus pour bacs, des garde-boue, des tapis antidérapants, des sous-tapis, des panneaux d'insonorisation, etc. Autre effet du programme : on a pu fermer 4 des 12 sites majeurs d'entreposage en exploitation. Il s'agit d'autant de risques d'incendie et de sites de reproduction des moustiques (potentiellement porteurs de virus) qui ont été ainsi éliminés.

Et pour demain...

Si l'on veut diminuer, au maximum, les impacts négatifs de l'environnement sur la santé, il faut agir sur deux plans : individuellement, en changeant nos habitudes de vie, et collectivement, en gérant de façon durable l'environnement. La sauvegarde des écosystèmes essentiels à la vie humaine demeure une condition nécessaire à notre bien-être actuel et futur. Ces écosystèmes sont la base de notre économie et de notre confort. Des actions immédiates et concertées sont nécessaires, en particulier pour limiter les émissions de GES, pour réduire les rejets de sources polluantes dans nos lacs et nos rivières et pour diminuer notre consommation d'eau et d'énergie. C'est un devoir qui incombe non seulement au gouvernement, mais également aux institutions, aux entreprises ainsi qu'à l'ensemble des citoyens.



L'environnement social

Tous pour un, un pour tous

L'environnement social, c'est-à-dire le milieu dans lequel on évolue et les relations que l'on entretient avec les autres, joue un rôle déterminant pour la santé. Certains facteurs sociaux, comme les relations qu'un individu entretient avec ses proches et son sentiment d'appartenance envers sa communauté, ont un impact certain sur les problèmes de santé physique et mental. Ainsi, les personnes isolées socialement ou celles qui ont un réseau social pauvre sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé et de décéder prématurément. Pour comprendre l'influence de l'environnement social sur l'état de santé, on peut s'appuyer sur deux concepts : le soutien social, qui est le produit des relations qu'un individu entretient avec ses proches, et la cohésion sociale, qui fait référence à la volonté des membres d'une collectivité de coopérer au mieux-être de tous.

Ce que nous savons

Le soutien social

Au Québec, près de 15 % de la population déclare ne pas disposer d'un niveau élevé de soutien social. Cette proportion augmente avec l'âge, si bien que près de 1 personne sur 4 de plus de 65 ans

se retrouve dans cette catégorie.

L'appartenance à un réseau de soutien social joue un rôle protecteur sur la santé, et ce, notamment lors de périodes difficiles, par exemple dans les situations de maladie ou bien lors de la perte d'un être cher.

L'interaction entre deux personnes dans le but que l'une apporte à l'autre diverses formes d'appréciation ou de reconnaissance, de l'aide concrète, de l'information ou encore de l'accompagnement contribue à fournir à l'individu les ressources nécessaires pour faire face à l'adversité. Des études ont démontré que les taux de mortalité de plusieurs maladies sont plus élevés chez les personnes qui ont un réseau social pauvre, que le soutien social exerce un rôle de régulation de la tension artérielle, qu'il influence le taux de certaines hormones de même que la qualité de la réponse immunitaire et qu'il existe une corrélation entre le manque de soutien social et différents aspects de la santé mentale, notamment la dépression.

La cohésion sociale

Au Québec, environ 11 % de la population déclare avoir un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté, et cette proportion atteint près de 18 % chez les 20-24 ans. Selon les données d'une étude pancanadienne, les gens qui déclarent avoir un très faible sentiment d'appartenance à leur communauté perçoivent dans une proportion moindre leur état général de santé comme excellent ou très bon.

La cohésion sociale, tout comme le soutien social, exerce une influence positive sur la santé des individus. En effet, il est prouvé qu'il existe un lien entre la confiance qui lie les membres d'une communauté et divers indicateurs de santé, et ce, pour la mortalité générale, la mortalité infantile, la mortalité associée à certaines maladies comme les maladies cardiovasculaires et les cancers. De plus, dans les communautés où la coopération existe, les enfants risquent moins de naître avec un poids insuffisant. La cohésion sociale est aussi associée à un certain nombre d'autres effets positifs, notamment sur le développement économique.

Ce que nous faisons

Deux leviers essentiels existent pour faire en sorte que l'environnement social soit plus soutenant : la participation des citoyens au mieux-être collectif et les politiques publiques favorables au bien-être.

La participation des citoyens peut prendre la forme du bénévolat, de l'engagement dans un organisme communautaire ou encore de la participation à toute initiative dans la communauté. Le Québec compte beaucoup de citoyens engagés dans leur milieu. On estime à environ 1,1 million le nombre de personnes qui consacrent bénévolement du temps à une organisation, ce qui correspond à environ un cinquième de la population des personnes âgées de 15 ans et plus.

Relativement aux politiques publiques favorables à la cohésion sociale et à la participation civique, le gouvernement du Québec a entre autres créé, en vertu de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, le Fonds québécois d'initiatives sociales. Ce fonds permet de soutenir des projets issus du milieu, et l'ensemble des ministères et organismes publics sont invités à contribuer à la mise en place et au suivi de ces projets. À cet égard, de nouveaux partenariats entre le public, le privé et le milieu communautaire sont favorisés, dont la mise en commun des ressources.

Des villes et villages en santé

Depuis sa création en 1988, le Réseau québécois de Villes et Villages en santé a mobilisé une multitude d'acteurs du monde municipal et du secteur de la santé autour d'une cause commune : promouvoir, élaborer et implanter des politiques municipales saines. Le Réseau favorise les échanges entre les décideurs. À l'heure actuelle, plus de 140 municipalités, qui regroupent plus de la moitié de la population du Québec, font partie du Réseau.

Et pour demain...

Compte tenu de l'influence des relations sociales sur l'état de santé de la population, la participation des individus à la vie de la communauté est certainement une voie à privilégier. Il importe de préserver et développer davantage l'espace nécessaire pour engager les citoyens dans la prise de décisions publiques. Différents moyens peuvent être mis de l'avant afin de favoriser la participation civique selon les champs d'activité. On peut penser, par exemple, à des conseils de quartier dans les villes ou des forums de citoyens.

Par ailleurs, l'intégration sociale des groupes les plus vulnérables et le partage équitable des ressources devraient être des préoccupations constantes des décideurs. Pour maximiser les effets positifs de l'environnement social sur la santé, il s'agit de s'inscrire dans une démarche de développement des communautés.





La pauvreté

Lutter sur tous les fronts

L'influence de la pauvreté sur l'état de santé est bien démontrée et unanimement reconnue. Les personnes qui vivent dans la pauvreté risquent davantage de souffrir de différentes maladies, d'en être atteints plus jeunes et de mourir plus tôt que les personnes plus fortunées. Au Québec, les hommes et les femmes des milieux défavorisés peuvent s'attendre à vivre en santé respectivement en moyenne dix et sept années de moins que ceux et celles des milieux favorisés.

Ce que nous savons

Les multiples visages de la pauvreté

Être pauvre, c'est, à la base, manquer de ressources et avoir un accès très limité aux biens et services essentiels, comme le logement, la nourriture et le transport. Mais la pauvreté ne se limite pas à l'insuffisance de ressources matérielles. Elle revêt plusieurs autres dimensions, chacune étant susceptible d'entraîner des effets néfastes sur la santé.

La pauvreté revêt une dimension culturelle qui se traduit par un accès limité à l'éducation et à la culture. Une faible scolarité mène très souvent à la précarité de l'emploi, au chômage et au faible revenu.

Un accès limité à l'éducation, à l'information et à la culture peut compromettre la capacité des individus à faire des choix éclairés, notamment au regard des habitudes de vie. En effet, le tabagisme, la mauvaise alimentation et la sédentarité sont des comportements que l'on observe plus fréquemment au sein des groupes socioéconomiquement défavorisés.

La pauvreté présente également une dimension sociale. Être pauvre, c'est la plupart du temps être exclu du mode de vie qui domine dans notre société de consommation. C'est également voir sa participation civique et son intégration sociale réduites. Cette dévalorisation peut contribuer au sentiment de rejet et d'inutilité qu'éprouvent plus souvent les personnes pauvres.

Enfin, la pauvreté revêt une dimension environnementale. Les personnes défavorisées risquent davantage d'être exposées à des risques environnementaux, parce qu'elles vivent notamment dans des quartiers qui sont plus délabrés, qui sont moins sécuritaires et où la pollution est plus importante.

Des pauvres malades

Les exemples abondent pour illustrer l'association entre les caractéristiques socioéconomiques et divers problèmes de santé comme l'infection par le VIH et le sida, les principales maladies chroniques, certains types de traumatismes, les problèmes de développement chez les jeunes enfants et les problèmes de santé mentale. Ainsi, les personnes pauvres ont au moins deux fois plus de risque d'être atteintes d'une maladie grave ou de mourir prématurément que les personnes les plus favorisées. Les femmes enceintes, les enfants et les personnes âgées sont particulièrement sensibles aux pressions engendrées par la pauvreté.

Par ailleurs, le temps joue contre les personnes pauvres : plus un individu vit longtemps dans la pauvreté et la privation, plus les dommages à sa santé risquent d'être importants. Par exemple, un enfant qui évolue en milieu défavorisé durant toute la période préscolaire arrivera souvent à l'école mal préparé et, ultérieurement, il pourra vivre des échecs qui le conduiront à abandonner l'école. Devenu adulte, il risque alors d'occuper un emploi moins valorisant et moins bien rémunéré, ce qui se répercutera sur sa qualité de vie (logement, alimentation, loisirs).

Ce que nous faisons

Depuis de nombreuses années, plusieurs initiatives ont vu le jour au Québec dans le but de réduire la pauvreté et l'exclusion sociale ou pour en diminuer les conséquences. En 2002, le gouvernement a élaboré une stratégie de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Avec cette stratégie, le Québec entend se placer parmi les nations industrialisées comptant le moins de personnes pauvres d'ici 2012. La stratégie prévoit des actions pour intervenir sur toutes les dimensions de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Il est clair qu'une amélioration de la situation économique et sociale des personnes vivant dans la pauvreté permettrait de réduire les inégalités en matière de santé.

Mieux soutenir les enfants et les familles

Une nouvelle mesure de soutien aux enfants est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005, dans la foulée du Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Le Soutien aux enfants est une aide financière versée à toutes les familles qui ont un enfant de moins de 18 ans à leur charge. Le montant versé varie d'une famille à l'autre. Il est calculé en fonction du revenu familial, du nombre d'enfants de moins de 18 ans et du type de famille. Les familles à faible revenu sont particulièrement avantagées par cette mesure.

Et pour demain...

Au cours des prochaines années, la collectivité doit redoubler d'efforts, d'une part, pour s'attaquer aux causes de la pauvreté – notamment, en mettant de l'avant des moyens pour réduire encore les écarts de revenu entre les plus riches et les plus pauvres de la société – et, d'autre part, pour atténuer les effets négatifs de la pauvreté – par exemple, en facilitant l'accès aux biens et services aux personnes les plus démunies de la société. Pour lutter de manière efficace et durable contre la pauvreté, les inégalités sociales et les inégalités en matière de santé, il faut également faciliter l'accès aux études, la réussite scolaire ainsi que l'intégration et la participation au marché du travail.



Pour en savoir davantage

Les habitudes de vie

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé, Québec, gouvernement du Québec, 2005, 120 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Québec, gouvernement du Québec, 2006, 49 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Rapport sur la santé dans le monde 2002 : réduire les risques et promouvoir une vie saine, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, 21 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, [En ligne]. [www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_general.pdf].

L'éducation

- LOW, David, et autres. "Can education policy be health policy? Implication of research on the social determinants of health", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, no 6, 2005, p. 1131-1162.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. Programme d'intervention pour favoriser la réussite scolaire dans les milieux défavorisés, Québec, gouvernement du Québec, 2003, 35 p.
- MIROWSKY, John, et Catherine E. ROSS. *Education Social Status and Health*, New York, Aldine de Gruyter, 2003, 242 p.
- MURRAY, Nancy, et autres. "Appendix E: Education and Health: A Review and Assessment", *Code Red: The Critical Condition of Health in Texas*, [En ligne], 2005, Houston, Institute for Health Policy, The University of Texas Health Science Center. [www.coderedtxas.org/files/Appendix_E.pdf].

Le logement

- DUNN, James R., et autres. Évaluation des besoins, des lacunes et des occasions de recherche : le logement, déterminant socio-économique de la santé, 2003, 36 p.
- KING, Norman. Impact des conditions de logement sur la santé publique : recension des écrits et proposition d'une approche de santé publique, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, 2000, 74 p.
- KRIGER, James, et Donna L. HIGGINS. "Housing and health: Time again for public health action", *Public Health Matters*, vol. 92, no 5, 2002, p. 758-768.
- SHAW, Mary. "Housing and public health", *Annual Review of Public Health*, vol. 25, 2004, p. 397-418.

Le transport

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé, Québec, gouvernement du Québec, 2005, 120 p.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. Rapport annuel 2006 sur la santé de la population montréalaise : le transport urbain, une question de santé, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2006, 133 p.
- MINISTÈRE DES TRANSPORTS. Politique de sécurité dans les transports 2001-2005 : volet routier, Québec, gouvernement du Québec, 2001, 112 p.
- MINISTÈRE DES TRANSPORTS. Le transport des personnes au Québec : pour offrir de meilleurs choix aux citoyens – La politique québécoise du transport collectif, Québec, gouvernement du Québec, 2006, 78 p.

L'aménagement urbain

- FRANK, Lawrence D., Martin A. ANDRESEN et Thomas L. SCHMID. "Obesity Relationships with Community Design, Physical Activity, and Time Spent in Cars", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 27, no 2, 2004, p. 87-96.
- FRUMKIN, Frank L. H., et Richard JACKSON. *Urban Sprawl and Public Health: Designing, Planning, and Building for Healthy Communities*, Washington, Island Press, 2004, 334 p.
- HANDY, Susan L., et autres. "How the Built Environment Affects Physical Activity: Views from Urban Planning", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 23, no 2S, p. 64-73.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES, DU SPORT ET DU LOISIR. *Guide de bonnes pratiques : la réduction des émissions de gaz à effet de serre et l'aménagement du territoire*, Québec, gouvernement du Québec, 2004, 70 p.

L'environnement physique

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé*, Québec, gouvernement du Québec, 2005, 120 p.
- CLAPP, R. "Environment and Health: 4. Cancer", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 163, no 8, 2000, p. 1009-1012.
- GUÉRIN, Michel, et autres. *Environnement et santé publique: fondements et pratiques*, Paris, Éditions Tec & Doc, 2003, 1023 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Transport, Environment and Health*, Copenhague, 2004, 93 p.

L'environnement social

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé*, Québec, gouvernement du Québec, 2005, 120 p.
- STANSFELD, Stephen A. "Social support and social cohesion", dans MARMOT, M., et R. WILKINSON (sous la dir. de). *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, 2006, p. 148-171.
- STATISTIQUE CANADA. « Stress, santé et bienfaits du soutien social », *Rapports sur la santé*, vol. 15, no 1, janvier 2004, p. 9-41.
- STATISTIQUE CANADA. *Appartenance à la communauté et perception de l'état de santé : premiers résultats de l'ESCC (janvier à juin 2005)*, Ottawa, 23 p.

La pauvreté

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé*, Québec, gouvernement du Québec, 2005, 120 p.
- FRÉCHET, G., et Pierre LANCTÔT. « Pauvreté, inégalités et exclusion sociale au Québec », *Santé, Société et Solidarité*, no 1, 2003, p. 21-34.
- PAMPALON, R. *Espérance de vie et défavorisation au Québec, 1996-1998*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 11 p.
- PHIPPS, S. *Répercussions de la pauvreté sur la santé : aperçu de la recherche*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2003, 32 p.





**Santé
et Services sociaux**

Québec



www.msss.gouv.qc.ca