

Commentaire

Promouvoir l'équité en santé en vue d'améliorer la santé : le moment d'agir est venu

B. Jackson, Ph. D. (1); P. Huston, M.D., M.P.H (2)

 [Diffuser cet article sur Twitter](#)

Résumé

De plus en plus, les inégalités en santé, soit les disparités évitables en matière de santé entre des groupes de personnes, sont reconnues et prises en compte dans l'objectif d'améliorer la santé publique. L'intérêt du Canada à l'égard des inégalités en santé remonte à plus de 40 ans, lors de la publication historique du rapport Lalonde en 1974. Cet intérêt a été réaffirmé en 2011 par la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, qui énonce un engagement politique mondial à réduire les inégalités en santé par la mise en œuvre d'une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé. Les recherches menées dans ce domaine visent notamment à décrire les inégalités en santé, à suivre leur évolution et à étudier leurs causes multidimensionnelles, de même qu'à élaborer et à évaluer des stratégies permettant de les atténuer. Des inégalités peuvent être observées en ce qui concerne les populations vulnérables aux maladies infectieuses et chroniques, l'incidence des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies, l'évolution des maladies et les résultats des traitements. Un grand nombre de programmes, de politiques et de projets qui pourraient avoir une incidence sur l'équité en santé et les déterminants de la santé ont été mis en œuvre à l'échelle du Canada. Les percées théoriques et méthodologiques récentes dans les domaines de la science de la mise en œuvre et de la recherche interventionnelle en santé des populations ont renforcé notre capacité d'élaborer des interventions efficaces. En lançant ce mois-ci une nouvelle série d'articles sur l'équité en santé, les revues *Relevé des maladies transmissibles au Canada* et *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* vont continuer à rendre compte des analyses sur les déterminants sociaux de la santé et à les encourager ainsi qu'à insister sur les études d'interventions qui promeuvent l'équité en santé.

Le présent commentaire d'introduction a pour objet de rappeler quelques-uns des jalons ayant marqué le travail relatif à l'équité en santé au Canada et dans le reste du monde, de souligner les progrès récents et les mesures recommandées au Canada, ainsi que de montrer que les nouvelles données sur les inégalités et les interventions peuvent ouvrir des perspectives prometteuses pour la collaboration intersectorielle visant à promouvoir l'équité en santé et à améliorer la santé.

Jalons clés

Les débuts

Le rapport Lalonde, publié en 1974 et intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, a affirmé que la quantité, la qualité et l'agencement des systèmes de soins de santé aigus jouaient un rôle limité dans la détermination de l'état de santé d'une population⁴. Les « domaines de la santé » identifiés (biologie, choix individuels, environnement physique et social, soins de santé) dans le rapport constituent l'une des premières expressions de ce que l'on nommera les « déterminants sociaux de la santé ». Le rapport Lalonde, qui a fait date, a rapidement été suivi d'autres documents importants de politiques : la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires de l'OMS en 1978⁵, le rapport canadien Epp (*La santé pour tous*⁶) et la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de l'OMS en 1986⁷. Par la suite, des publications clés, dont *Why are*

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les inégalités en santé comme des injustices évitables en matière de santé, relevées au sein d'un même pays ou entre pays¹. Outre le fait qu'elle figure au rang des préoccupations nationales et internationales, l'équité en santé est un domaine de recherche et de pratique fécond, qui

intéresse plusieurs disciplines, secteurs et sphères de compétence.

Même si la majorité des Canadiens sont en bonne santé, des inégalités subsistent sur le plan de la santé et, dans certains cas, ces inégalités tendent à s'accentuer^{2,3}. Pourtant, un grand nombre de mesures peuvent être prises en vue de remédier à cette situation.

Rattachement des auteurs :

1. Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

2. Bureau du sous-ministre adjoint, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Beth Jackson, Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-302-6791; téléc. : 613-960-0921; courriel : beth.jackson@phac-aspc.gc.ca.

some people healthy and others not? The determinants of health of populations⁸ et Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens en 1994⁹, ont été les jalons d'un recadrage de la santé publique dans une perspective de « santé de la population » qui s'est appuyé sur les déterminants sociaux de la santé.

Appels à une action mondiale

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS

En 2008, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a établi un lien clair entre les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé dans son rapport *Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*¹⁰. Elle a déclaré que « ces inégalités en santé, qui pourraient être évitées, tiennent aux circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi qu'aux systèmes de soins qui leur sont offerts. À leur tour, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent dépendent de forces politiques, sociales et économiques »¹⁰. La Commission a formulé trois recommandations générales autour desquelles ont été articulés des principes d'action :

- améliorer les conditions de vie quotidiennes;
- lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes;
- mesurer l'ampleur des inégalités en santé et évaluer les effets des politiques et des autres mesures appliquées sur l'équité en santé¹⁰.

Ce nouvel appel à une action mondiale a soutenu les démarches canadiennes dans le secteur de la santé publique et sur le plan intersectoriel. Devant l'urgence grandissante de la situation, et à la lumière des connaissances acquises sur les approches axées sur les déterminants sociaux de la santé et sur l'équité en santé, une autre invitation à passer à l'action a été lancée lors de la Conférence mondiale sur les

déterminants sociaux de la santé en 2011, à Rio de Janeiro.

Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé

En mai 2012, le Canada et d'autres États membres des Nations Unies ont adopté la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé¹¹. La Déclaration de Rio est un engagement politique mondial à mettre en œuvre une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé, en vue de réduire les inégalités en santé. Afin d'inciter les différents pays à élaborer des stratégies et des plans d'action nationaux pour lutter contre les inégalités en santé, la Déclaration a proposé cinq axes d'intervention essentiels :

- adopter une meilleure gouvernance pour la santé et le développement;
- promouvoir la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques;
- réorienter davantage le secteur de la santé pour réduire les inégalités en santé;
- renforcer la gouvernance et la collaboration mondiales;
- suivre les progrès et accroître la responsabilisation¹¹.

Collaboration et mesures prises au Canada

Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique

Portant à la fois sur l'équité en santé et les déterminants de la santé, le premier rapport de l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP)² a ciblé plusieurs secteurs d'intervention prioritaires et plusieurs moyens d'aborder les inégalités en santé au Canada :

- investissements sociaux (en particulier pour les familles avec enfants vivant dans la pauvreté et pour le développement des jeunes enfants);
- capacité des collectivités à agir sur les déterminants de la santé et l'équité en santé;
- politiques intégrées et mesures conjointes entre les secteurs et les sphères de compétence;
- infrastructure du savoir permettant d'évaluer la santé des sous-populations

ainsi que l'efficacité, l'adaptabilité et l'extensibilité des interventions;

- leadership au sein et à l'extérieur du secteur de la santé².

Ces secteurs d'intervention prioritaires restent pertinents aujourd'hui, alors que les différents ordres de gouvernement et secteurs s'unissent en vue de réduire les inégalités en santé.

Le Réseau pancanadien de santé publique

Le Réseau pancanadien de santé publique (RSP) est un réseau formé de représentants de nombreux secteurs et ordres de gouvernement qui travaillent ensemble au renforcement de la santé publique au Canada. Le RSP est constitué d'universitaires, de chercheurs, de fonctionnaires, de membres d'organisations non gouvernementales et de professionnels de la santé. Il est dirigé par un conseil composé de représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, en particulier de l'ACSP et de hauts dirigeants responsables de la santé publique de tous les ordres de gouvernement. En 2010, le Conseil du RSP a approuvé un ensemble d'indicateurs des disparités sur le plan de la santé et a recommandé que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada fassent le suivi de ces indicateurs¹². Cette initiative pancanadienne permettra d'obtenir des données de référence sur plus de 50 indicateurs se rapportant aux résultats pour la santé (associés aux maladies chroniques comme aux maladies infectieuses), aux comportements associés à la santé et aux déterminants sociaux des inégalités en santé (par exemple la sécurité alimentaire). Ces données seront stratifiées, dans la mesure du possible, en fonction d'un large éventail de variables liées à l'identité et au profil social (dont le sexe, le statut socio-économique, l'identité autochtone, les antécédents culturels ou ethniques, le statut d'immigrant, la résidence en milieu rural ou urbain et l'orientation sexuelle). Les résultats de cette initiative, qui sont attendus en 2016, fourniront de nouvelles données que la société civile et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pourront utiliser en appui à la prise de décision, à l'établissement de priorités, à l'élaboration

d'interventions efficaces et à la surveillance des inégalités en santé.

Le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé

Le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé (CCDSS) est un groupe multisectoriel d'intervenants qui a été mis sur pied par l'ASPC en 2005 (sous le nom de Groupe de référence canadien) pour soutenir la contribution du Canada à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Depuis sa création, le rôle du groupe a évolué, en considération de l'importance d'une mobilisation intersectorielle élargie dans l'adoption de mesures efficaces de réduction des inégalités en santé. Actuellement, le CCDSS a un double mandat : conseiller l'ASPC relativement à l'application de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé¹¹ et faciliter et optimiser les mesures prises au sujet des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé au Canada. Le CCDSS compte des représentants de tous les ordres de gouvernement, de la société civile, du secteur des affaires, des milieux de travail et du milieu universitaire ainsi que des peuples autochtones, ayant tous été sélectionnés pour leur expertise et leur expérience dans les interventions relatives aux déterminants sociaux de la santé. Le CCDSS est coprésidé par un représentant de l'ASPC nommé par l'administrateur en chef de la santé publique.

De la connaissance à l'action

Bien que des progrès substantiels aient été réalisés dans le suivi des inégalités en santé, ces connaissances à elles seules n'améliorent pas la santé. La promotion de l'équité en santé doit s'accompagner d'interventions complémentaires à plusieurs niveaux (comportemental, organisationnel et sociétal/systémique), auprès de différentes populations et dans différents contextes¹³.

Progrès récents

Au cours des cinq dernières années, une gamme de programmes, de politiques et de projets concernant l'équité en santé et les

déterminants de la santé ont été mis en œuvre à l'échelle du Canada par les différents ordres de gouvernement. Certaines de ces démarches sont décrites dans le document *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé : Aperçu des mesures canadiennes de 2015*¹⁴.

En novembre 2015, l'Institut canadien d'information sur la santé a lancé un ensemble de produits dans le cadre de son projet « Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada »³. Ces produits – en particulier un rapport technique et un outil interactif en ligne – portent sur l'évolution des inégalités en santé liées au revenu au cours des 10 dernières années. Pour 11 des 16 indicateurs étudiés (dont les déterminants sociaux et les résultats pour la santé), l'écart de santé n'a pas varié entre le groupe dont le revenu est le plus élevé et celui dont le revenu est le plus faible. L'écart s'est creusé pour trois indicateurs (tabagisme, hospitalisations liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique chez les adultes et autoévaluation de la santé mentale comme étant passable ou mauvaise). En outre, même si les inégalités se sont atténuées pour les deux indicateurs restants, la réduction est principalement attribuable à un nivellement « par le bas » : la santé des groupes dont le revenu est le plus élevé s'est détériorée, alors qu'elle n'a pas varié dans les groupes dont le revenu est le plus bas. Cette analyse des tendances liées au revenu est une contribution importante aux données probantes canadiennes sur les inégalités en santé.

Orientations futures

Dans notre série sur l'équité, nous aimions attirer l'attention sur deux percées majeures en recherche appliquée : la science de la mise en œuvre et la recherche interventionnelle en santé des populations.

Science de la mise en œuvre

La science de la mise en œuvre est l'étude des méthodes qui favorisent l'intégration des conclusions et des données probantes issues de la recherche aux politiques et aux pratiques relatives aux soins de santé¹⁵. Cette discipline s'intéresse aux défis que posent la mise en œuvre des

interventions, l'application de leurs progrès à d'autres secteurs et leur transposition à grande échelle. La science de la mise en œuvre se fonde sur un ensemble de disciplines de recherche et de pratique et met à profit la recherche opérationnelle, la recherche participative, la science de la gestion, l'amélioration de la qualité et l'évaluation des effets.

La science de la mise en œuvre a servi à améliorer l'équité en santé au Canada et à l'étranger. Selon les participants aux réunions consultatives organisées récemment par l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé de l'OMS, l'Agence américaine pour le développement international et le Groupe de la Banque mondiale, la science de la mise en œuvre devrait promouvoir une culture d'apprentissage fondé sur des données probantes, mobiliser les intervenants et améliorer les décisions concernant les politiques et les programmes pour atteindre de meilleurs résultats sur le plan de la santé¹⁶.

Un excellent exemple qui illustre l'amélioration de l'état de santé par la science de la mise en œuvre concerne le logement et le VIH. Des données probantes montrent que l'absence de logement adéquat entrave le traitement et le suivi de l'infection par le VIH et est associée à un risque accru de transmission¹⁷. Le fait d'offrir une aide au logement à des personnes infectées par le VIH qui étaient sans domicile fixe ou qui n'avaient pas de logement adéquat a permis d'améliorer leur état de santé¹⁷. En fait, un logement adéquat est associé à un meilleur état de santé chez les patients atteints de différentes affections¹⁸.

Recherche interventionnelle en santé des populations

La recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) et la science de la mise en œuvre ont comme point commun de s'intéresser aux politiques et aux programmes (souvent à l'extérieur du système de la santé) qui pourraient favoriser l'équité en santé et la santé à l'échelle de la population¹⁹. Cependant, l'objectif de la RISP est plus large : il s'agit de produire des connaissances sur l'efficacité et les modes d'action d'interventions

précises, ainsi que sur les personnes et les circonstances pour lesquelles ces interventions sont efficaces. Ce type de recherche porte également sur la manière dont les classes et les programmes d'intervention influencent la santé et l'équité en santé au sein des populations. La RISP a pour objet principal les interventions en santé des populations : elle reconnaît les caractéristiques propres à ces interventions, de même que la combinaison spécifique d'outils qu'exige leur étude. Grâce à ces connaissances, nous sommes plus à même de concevoir des interventions qui peuvent être efficaces auprès de différentes populations, dans différents contextes et lieux, et nous sommes mieux placés pour faire progresser l'équité en santé.

Ce type de recherche amène cependant des défis de taille pour plusieurs raisons [traduction] : « mise à contribution d'acteurs de différents secteurs; multiplicité des éléments interdépendants; caractéristiques propres à la santé publique comme système de prestation essentiel; nécessité de tenir compte de l'incidence du contexte tant sur la mise en œuvre de l'intervention que sur ses mécanismes; questions éthiques particulières que posent les interventions en santé des populations »²⁰.

Un excellent exemple d'intervention en amont qui a eu des effets considérables sur la santé de la population est l'expérience sociale MINCOME, qui visait à réduire la pauvreté en fournissant aux résidents de Dauphin, au Manitoba, un revenu annuel garanti (RAG). Bien que l'objectif principal de l'étude originale (menée de 1974 à 1979) ait été d'évaluer l'incidence d'un RAG sur le marché du travail, les recherches interventionnelles récentes se sont intéressées aux effets du RAG sur la santé de la population. Ces recherches ont révélé que les hospitalisations attribuables à des accidents, à des blessures et à des problèmes de santé mentale, ainsi que la consultation d'un médecin pour des motifs de santé mentale, ont diminué au cours de l'expérience par rapport à un groupe de référence apparié. De plus, davantage d'adolescents prenant part à l'expérience ont terminé leurs études secondaires, ce qui comporte beaucoup d'autres avantages sur le plan de la santé

et le plan social, et qui aura une incidence considérable tout au long de leur vie²¹.

Conclusion

Le travail relatif à l'équité en santé et aux déterminants de la santé vise à améliorer la santé de la population et à garantir que les conditions qui favorisent la santé soient réparties équitablement. Le Canada a réalisé des progrès importants dans la mesure et la surveillance des inégalités en santé, dans le renforcement de l'infrastructure de données, dans la création de systèmes d'information ouverts, dans la réalisation d'analyses pointues des inégalités en santé ainsi que dans la mise en œuvre et l'évaluation de l'efficacité des interventions. De telles démarches accroissent la capacité du secteur de la santé publique et des autres secteurs à s'attaquer aux inégalités en santé.

En lançant ce mois-ci une nouvelle série d'articles sur l'équité en santé, les revues *Relevé des maladies transmissibles au Canada* (RMTC) et *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* (PSPMC) souhaitent présenter des rapports sur des recherches appliquées qui évaluent des stratégies d'atténuation des inégalités et d'amélioration des résultats sur le plan de la santé, tout en continuant de publier des rapports sur le suivi, la surveillance et l'analyse des inégalités en santé. L'objectif est d'accroître les connaissances, de renforcer la capacité d'agir sur les déterminants, ainsi que d'évaluer rigoureusement nos efforts en vue de promouvoir l'équité et d'améliorer la santé.

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui travaillent dans le domaine de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé.

Conflit d'intérêts

Aucun

Références

1. Commission des déterminants sociaux de la santé. Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2005. [Consultation le 2 décembre 2015]. Consultable en ligne à la page: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/
2. Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : s'attaquer aux inégalités en santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2008 [Consultation le 30 novembre 2015]. Numéro de rapport : HP2-10/2008F. Consultable en ligne à la page : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphcrespacsp/2008/fr-rc/index-fra.php>
3. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : rapport sommaire [Internet]. Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2015 [Consultation le 30 novembre 2015]. Numéro de rapport : 978-1-77109-404-7. PDF téléchargeable à partir du lien : https://www.cihi.ca/en/summary_report_inequalities_2015_fr.pdf
4. Lalonde M. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail [Internet]. Ottawa (Ont.) : Ministre des Approvisionnements et Services Canada; 1974 [Consultation le 30 novembre 2015]. Numéro de rapport : H31-1374. PDF téléchargeable à partir du lien : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>
5. Organisation mondiale de la santé. Conférence internationale sur les soins de santé primaires; 6-12 septembre 1978; Alma-Ata, URSS [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé et Fond des Nations Unies pour l'Enfance; 1978 [Consultation le 30 novembre 2015]. PDF téléchargeable à partir du lien : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21370fr/s21370fr.pdf>
6. Epp J. La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé et Bien-être social Canada; 1986 [Consultation le 30 novembre 2015]. Consultable en ligne à la page : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan-promotion/index-fra.php>

7. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Une Conférence internationale pour la promotion de la santé; 17-21 novembre 1986 [Internet]. Ottawa (Ont.); 1986 [Consultation le 30 novembre 2015]. PDF téléchargeable à partir du lien : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-pdf/charter.pdf>
8. Evans RG, Barer ML, Marmor TR (dir.). *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal; 1996. p. 37-73.
9. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens. Halifax (N.-É.) : Ministre des Approvisionnements et Services Canada; 1994 [Consultation le 30 novembre 2015]. Numéro de rapport : H39-316/1994F. PDF téléchargeable à partir du lien : http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/other/strat_f.pdf
10. Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS). *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé; 2008 [Consultation le 30 novembre 2015]. Numéro de rapport : 978 92 4 256370 2. PDF téléchargeable à partir du lien : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf
11. Organisation mondiale de la santé. Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé [Internet]. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé; 19-21 octobre 2011; Rio de Janeiro, Brésil. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé; 2011 [Consultation le 30 novembre 2015]. PDF téléchargeable à partir du lien : http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf
12. Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population. Indicateurs des disparités sur le plan de la santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : Réseau pancanadien de santé publique; 2010 [Consultation le 30 novembre 2015]. Publication conjointe du Groupe des modes de vie sains et du Réseau pancanadien de santé publique. PDF téléchargeable à partir du lien : <http://www.phn-rsp.ca/pubs/ihidps/pdf/Indicators-of-Health-Inequalities-Report-PHPEG-Feb-2010-FR.pdf>
13. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review: a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*. 2005; 10 Suppl 1:21-34.
14. Agence de la santé publique du Canada. Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé : aperçu des mesures canadiennes de 2015 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2015 [Consultation le 30 novembre 2015]. Consultable en ligne à la page : http://www.canadiensante.gc.ca/publications/science-research-sciences-recherches/rio/index-fra.php?_ga=1.52021737.1527737122.1449062598
15. Fogarty International Center. Implementation science information and resources [Internet]. Bethesda (MD) : National Institutes of Health; [Consultation le 30 novembre 2015]. Consultable en ligne à la page : <http://www.fic.nih.gov/researchtopics/pages/implementationscience.aspx>
16. Alliance for Health Policy and Systems Research. Implementation research and delivery science mini-conference series [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé; 2014 [Consultation le 30 novembre 2015]. Consultable en ligne à la page : http://www.who.int/alliance-hpsr/news/2014/irds_series/en/
17. Aidala AA, Wilson MG, Shubert V et collab. Housing status, medical care, and health outcomes among people living with HIV/AIDS: a systematic review. *Am J Public Health*. 2016;106(1):e1-e23. DOI: 10.2105/AJPH.2015.302905.
18. Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb 28; 2: CD008657. DOI : 10.1002/14651858.CD008657.pub2.
19. Hawe P, Di Ruggiero E, Cohen E. Frequently asked questions about population health intervention research [Internet]. *Canadian J Public Health*. 2012 [Consultation le 30 novembre 2015];103(5):e468-71. Consultable en ligne à la page : <http://journal.cph.ca/index.php/cjph/article/viewFile/3376/2723>
20. Riley B, Harvey J, Di Ruggiero E, Potvin L. Building the field of population health intervention research: the development and use of an initial set of competencies. *Preventive Medicine Reports* [Internet]. 2015 [Consultation le 30 novembre 2015]; 2 : [4 p.]. Consultable en ligne à la page : <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.09.017>
21. Forget EL. The town with no poverty: the health effects of a Canadian guaranteed annual income field experiment [Internet]. *Can Public Policy*. 2011;37(3):283. Consultable en ligne à la page : <https://dx.doi.org/10.3138/cpp.37.3.283>