

L'inclusion sociale comme facteur déterminant de la santé

Le présent résumé repose principalement sur le rapport et l'exposé de Grace-Edward Galabuzi, chercheure, Centre pour la Justice Sociale, et candidate au doctorat, Département de science politique, Université York, et un exposé de Ronald Labonté, directeur, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, et professeur, Community Health and Epidemiology, Université de Saskatchewan, professeur, Kinésiologie et études sur la santé, Université de Regina. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence Les déterminants sociaux de la santé, qui a eu lieu à Toronto en novembre 2002.

Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteures, et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de Santé Canada.

L'exclusion sociale englobe les structures et les processus dynamiques d'inégalité envers certains groupes de la société. Elle invoque l'incapacité de certains groupes ou personnes à participer activement à la vie canadienne en raison d'inégalités structurelles en ce qui concerne l'accès aux ressources sociales, économiques, politiques et culturelles. Ces inégalités sont issues de l'oppression liée à la race, à la classe, au sexe, à l'incapacité, à l'orientation sexuelle, au statut d'immigrant et à la religion.

Autant les particuliers que les communautés sont l'objet d'exclusion sociale, qui prend de nombreuses formes, souvent cumulatives. Par exemple, les populations qui vivent dans des secteurs à faible revenu sont aussi enclines à subir des injustices relativement à l'accès à l'emploi, ainsi qu'à des logements et services sociaux décents. Ils sont également en proie à la stigmatisation, à l'isolement de la société civile, à des risques accrus inhérents à leur santé et à un bilan de santé peu reluisant. Parmi ces groupes, on dénombre les peuples autochtones, les immigrants et réfugiés, les personnes handicapées, les parents, les enfants, les jeunes hommes et femmes vivant dans des conditions défavorables, les personnes âgées et leurs aides soignants non rémunérés, les homosexuels, les lesbiennes, les bisexuels, les transsexuels et les groupes racisés (selon Galabuzi, 2002).

L'exclusion sociale peut prendre quatre aspects :

- **Exclusion de la société civile** : une rupture découlant de sanctions juridiques, de mécanismes institutionnels ou de discrimination pour des motifs de race, d'appartenance ethnique, de statut social, d'incapacité, d'orientation sexuelle ou de religion.
- **Exclusion des biens sociaux** : le refus de la société de pourvoir aux besoins de groupes particuliers (exemple : logements pour les sans-abri, les services linguistiques pour les immigrants et les mécanismes de sanction pour prévenir la discrimination).
- **Exclusion de la production sociale** : le manque d'occasions de contribuer à la société et d'être un membre actif.
- **Exclusion économique** : l'inégalité d'accès aux ressources habituelles de subsistance ou même l'absence de ces ressources.

Conformément au rapport et à l'exposé de Grace-Edward Galabuzi, le présent résumé s'articule autour de l'expérience de groupes racisés et de nouveaux immigrants. L'emploi du terme « groupe racisé » a pour but de dénoncer les catégories raciales imposées à certains groupes en fonction d'attributs superficiels comme la couleur de peau. Aux fins de collecte de données au niveau fédéral, le terme « minorité visible » se rapproche de la même catégorie.

Situation actuelle

Les membres de groupes racisés, les peuples autochtones et les nouveaux immigrants ont été ciblés comme étant ceux les plus marginalisés de la société canadienne. Cependant, bon nombre d'études canadiennes sur la santé et le système de santé dans l'ensemble échouent lorsque vient

le moment d'évaluer les proportions de l'exclusion sociale à laquelle ces groupes sont confrontés (selon Galabuzi, 2002). Les membres de groupes racisés représentent

aujourd'hui 13,5 % de la population et leur nombre continue à augmenter; les immigrants représentent maintenant 18,4 % de la population et ils composeront 25 % de la population d'ici 2015 selon les prévisions. La plupart des populations minoritaires

visibles vivent dans des grands centres urbains. En 2001, les minorités raciales représentaient 54 % de la population torontoise et plus de 30 % de la population de Vancouver (selon Statistique Canada, 2003). Les groupes racisés sont confrontés à de nombreux éléments mettant en péril leur bien-être, notamment :

- **Un écart de revenu à deux chiffres** aussi élevé que 30 % en 1998, qui n'a pas rétréci malgré l'essor de l'économie des dernières années. En 1998, le taux de pauvreté des nouveaux immigrants s'élevait à 27 %, soit plus du double que le taux de 13 % recensé auprès du reste de la population canadienne. Leurs salaires annuels étaient un tiers inférieur à ceux des autres Canadiens. En ce qui concerne les familles, le taux de pauvreté des groupes racisés était de 19 %, comparativement à 10,4 % pour les autres familles canadiennes. En 1995, le pourcentage d'enfants de moins de six ans vivant dans des familles à faible revenu se situait à 45 %, soit presque le double (26 %) des autres enfants canadiens dans cette même situation (selon Jackson, 2001).
- **Des taux de chômage** deux à trois fois plus élevé que la moyenne, jumelés à des actes discriminatoires auprès des employés en milieu de travail. La disparité des revenus à l'égard des travailleurs des minorités visibles (incluant les immigrants et les personnes natives du Canada), la disparité salariale fondée sur le sexe à l'endroit des immigrantes, les rémunérations inéquitables et la sous-utilisation des compétences des nouveaux immigrants sont tous des facteurs importants (selon Abella, 1985; Henry et Ginsburg, 1995; Reitz, 2001).
- **Un seuil de pauvreté qui s'enlise davantage.** Par rapport aux autres Canadiens, les peuples autochtones et les membres des groupes racisés sont deux fois plus prédisposés à vivre dans la pauvreté. Des études révèlent que le seuil de pauvreté de l'ensemble des immigrants a augmenté de 1991 à 1996 et que les immigrants des minorités visibles sont beaucoup plus susceptibles de vivre une longue période de pauvreté (c'est-à-dire 35 ans) que les immigrants qui ne font pas partie des minorités visibles (selon Harvey et Siu, 2001).

- **Un différentiel d'accès au logement menant à une ségrégation entre les quartiers.** Dans les régions urbaines du Canada, la concentration spatiale de pauvreté et la ségrégation entre quartiers parmi des membres des groupes racisés s'intensifient (selon Galabuzi, 2002).
- **Un contact disproportionné avec le système de justice pénale.** En 1995, la Commission sur le racisme systémique dans le système de justice pénale de l'Ontario annonçait que la hausse du taux d'incarcération des hommes de race noire était de plus de 200 % de 1986 à 1993, comparativement à 23 % pour les hommes de race blanche. Ces résultats reflètent ceux sur le traitement des peuples autochtones provenant des rapports de la Nouvelle-Écosse (1989), du Manitoba (1991) et de l'Alberta (1991).
- **Des risques accrus pour la santé.** Veuillez consulter la section « Incidence de l'exclusion sociale sur la santé » qui suit.

Facteurs sous-jacents

La pauvreté est la principale cause et résultante de l'exclusion sociale. Ses incidences sur l'état de santé sont clairement établies (Wilkins et coll., 1989; Wilkinson, 1996; Wilkinson et Marmotte, 1998; Kawachi, Wilkinson et Kennedy, 1999; 2000; Raphael, 1999; 2001). Les disparités raciales relativement à l'état de santé sous-tendent des disparités au niveau des conditions sociales et économiques (selon Wilkinson, 1996).

Cependant, Galabuzi suggère qu'une approche sociale des facteurs déterminants de la santé se situe au-delà des disparités à l'égard des classes, et qu'elle englobe les incidences sur la santé découlant de l'exclusion des systèmes sociaux, économiques, politiques et culturels qui déterminent l'accès aux ressources de la société et, par extension, l'état de santé. Ce qui retient surtout notre attention, c'est comment les processus de marginalisation telles les disparités raciales ou fondées sur le sexe et la xénophobie sont tributaires de la pauvreté, de l'inégalité des revenus, du chômage, du choix du voisinage et de l'utilisation des services de santé, et ont des

incidences variables sur la santé des groupes touchés.

Au sein des sociétés capitalistes industrialisées, l'exclusion sociale est en grande partie un effet secondaire de l'importance de la productivité, de la richesse et de la consommation qui valide et renforce les inégalités. Selon les idéologies politiques tributaires du marché, la marginalisation est perçue comme un échec personnel où la victime est incapable de saisir les occasions qui s'offrent à elle sur le marché. De plus, certaines normes ethnoculturelles sont établies dans les sociétés, lesquelles sont assorties d'un privilège d'ordres économique, politique et social. Traditionnellement au Canada, la culture eurostratégique a marginalisé les premières cultures autochtones et, plus tard, d'autres cultures. Comme l'état délaisse son pouvoir de réglementation et que le marché gagne de l'importance sur le plan de la réglementation sociale, le fossé des privilèges et de la discrimination se creuse davantage. L'écart entre les riches et les pauvres et la « racisation » de cet écart font foi de cette inégalité (selon Kunz et coll., 2001; Galabuzi, 2001; Lee, 2000).

Les processus d'exclusion sociale ont pris de l'ampleur à la fin du vingtième siècle. Cela est sans doute attribuable à la restructuration des économies mondiales et nationales ponctuée par une déréglementation des marchés, le déclin de l'État providence, la banalisation des biens publics, une hausse de la migration à l'échelle mondiale et des changements en milieux de travail dont une souplesse à l'égard des mutations, une prolongation de la durée du travail, la fragmentation des tâches, des emplois multiples et un travail non conforme. Ces événements ont aggravé l'exploitation dans les lieux de travail et ont entraîné un plus grand isolement en zone urbaine, notamment à l'égard des disparités raciales et entre sexes dans certains quartiers (selon Galabuzi, 2002).

L'économie canadienne et le marché du travail sont de plus en plus disposés en couches raciales. Les membres des groupes racisés sont surreprésentés dans les industries dominées par des formes non conformes d'emploi comme l'industrie textile, du vêtement, du tourisme et du détail, ainsi que dans les emplois mal rémunérés et de bas niveau. D'autre part, ils sont insuffisamment représentés dans des secteurs à revenu élevé comme ceux de la

fonction publique, de la fabrication d'automobiles et du travail des métaux (selon de Wolff, 2000; Galabuzi, 2001).

La plupart des travailleurs des groupes racisés exercent une profession de spécialisation réduite, peu rémunérée, assortie de conditions de travail souvent périlleuses. Selon une récente étude menée à Toronto, plus de 1,2 million de personnes travaillant dans la région et la ville de Toronto étaient des travailleurs occasionnels, dont la plupart étaient des femmes racisées. Environ 69 % de ces travailleurs gagnent moins de 1 500 \$ par mois (ou 18 000 \$ annuellement). Il est manifeste que les incidences d'une économie en constante évolution n'ont pas été également distribués et que bon nombre de disparités raciales et entre sexes sont devenues structurelles (selon de Wolff, 2000).

Le rejet de l'omniprésence des disparités raciales par les principaux courants de pensée et par ceux au pouvoir met des bâtons dans les roues aux membres des groupes racisés qui veulent s'en sortir. Les employeurs qui tirent parti des travailleurs immigrants les paralysent et les privent d'une voix.

Une des principales causes de la ségrégation résidentielle est la migration des familles de classe moyenne, de descendance européenne, des quartiers urbains traditionnellement défavorisés vers des quartiers plus recherchés, jumelé à l'arrivée de membres de groupes racisés. De plus en plus souvent, ces secteurs géographiques représentent des enclaves d'habitants à faible revenu soumis à une détresse découlant de l'offre de logements insalubres, souvent hors de prix. Bien que la ségrégation résidentielle puisse s'expliquer en partie par les nouveaux immigrants cherchant volontairement des environnements qui leur sont familiers, la discrimination chronique à l'égard du logement est sans conteste. Par exemple, une étude menée dans les années 1980 par l'Association canadienne des libertés civiles a révélé qu'à Montréal, la race était un des principaux facteurs déterminants dans la quête d'un logement dans certains quartiers de cette ville (Henry et coll., 2000). Ce phénomène est toujours présent dans le marché de location des centres urbains du Canada (selon Rees, 1991; Mwarigha, 2000; CCLA, 1990).

L'établissement de profils axés sur la race, par les services de polices ciblés, peut

entraîner une criminalisation et une incarcération disproportionnées de groupes racisés, particulièrement de jeunes hommes de race noire ou de descendance autochtone. L'effet de l'incarcération sur la santé est surtout négatif. Lorsque les gens sont libérés de prison, leur chance de vivre une vie normale est plutôt restreinte, ce qui crée une situation de vulnérabilité à l'égard du crime, ce qui a pour effet de confirmer les craintes prophétisées.

Incidence de l'exclusion sociale sur la santé

En plus des effets négatifs de la privation relative sur la santé, le fait de vivre de l'inégalité et de subir le stress associé à l'exclusion est enclin à générer des effets psychologiques marqués et des incidences néfastes sur l'état de la santé (Wilkinson, 1996; Kawachi et Kennedy, 2002).

La « racisation de la pauvreté » aggrave les inégalités à l'égard des conditions de vie et de l'état de santé. Les disparités présentes sur le marché du travail, les taux élevés de chômage, la crise du logement, le fait de vivre sans toit ou dans des logements insalubres situés dans des quartiers dangereux ou affligés, le fait de travailler sur des sites potentiellement dangereux, la prolongation des heures de travail et/ou la pluralité des emplois, ainsi que le fait de vivre quotidiennement avec différentes formes de racisme, ont entraîné un usage inégal des soins de santé et un état de santé qui diffère d'une communauté à l'autre.

Les enfants dont la santé est la plus précaire ont tendance à vivre dans des familles à faible revenu, des familles monoparentales, ou parmi des populations de groupes racisés, notamment dans des familles d'immigrants et de réfugiés et des familles autochtones. Parmi les jeunes, le stress psychosocial découlant de la discrimination contribue à des problèmes de santé tels l'hypertension, les troubles de santé mentale et la toxicomanie (selon Galabuzi, 2002).

De plus en plus, la recherche confirme les liens entre le statut minoritaire des collectivités ethniques, des immigrants et des groupes racisés et leur état de santé déficient (selon Adams, 1995; Anderson, 2000; Bolaria et Bolaria, 1994; Wilkinson, 1996; Hyman, 2001; Shaw et coll., 1999; Wilkinson et Marmot, 1998). Même les derniers

immigrants dont l'état de santé était, par le passé, plus reluisant en raison d'un processus rigoureux de sélection en matière de santé, semblent perdre du terrain au fil du temps dans des conditions d'exclusion sociale (selon Hyman, 2001; Noh et coll., 1999). Une étude récente révèle également que le fait de vivre du racisme et de la discrimination rend les membres des groupes racisés et les immigrants plus susceptibles d'éprouver des problèmes de santé mentale (selon Beiser, 1988; OACW, 1990; Dossa, 1999; Noh et coll., 1999). Cette situation peut être renforcée par les longues périodes d'éloignement du foyer qui érodent le réseau de soutien social. Une étude sur la santé de la femme révèle des incidences comparables découlant des disparités entre sexes (selon Agnew, 2002; Adams, 1995).

Bon nombre de nouveaux immigrants travaillent dans des conditions dangereuses. Les femmes racisées sont particulièrement surreprésentées dans des tâches parcellaires non réglementées. Le racisme à l'égard du sexe et la restructuration néo-libérale ont produit ce que certains ont appelé les ateliers de misère du Canada, particulièrement dans l'industrie du vêtement (Yanz et coll., 1999). Ce type d'emploi implique de longues heures de travail peu rémunératrices, souvent à la maison. Il impose un stress physique et mental à des femmes démunies (beaucoup d'entre elles sont des chefs de famille monoparentale) qui continuent à endurer un volume disproportionné de tâches domestiques.

La plupart des travailleurs issus des groupes racisés ne profitent d'aucun bénéfice représentatif de la société, comme des congés de maladie, de l'assurance-invalidité, un régime de retraite ou un congé de maternité. De nombreuses agences qui embauchent ces travailleurs leur extorquent une prime aux fins d'adéquation de l'offre et de la demande d'emploi, certains prélevant parfois jusqu'à la moitié du salaire versé par l'employeur pour leurs soi-disant « services administratifs ».

Les membres des groupes minoritaires sont souvent confrontés au racisme institutionnalisé dans le système des soins de santé, qui est caractérisé par des barrières linguistiques, des perceptions stéréotypées qu'entretiennent certains professionnels de la santé, le manque de sensibilisation aux différentes cultures, l'absence de compétences sur le plan culturel, les obstacles à l'accès et à l'usage des services et le financement inadéquat à l'égard des

services de santé communautaires (selon Galabuzi, 2002).

Des rapports suggèrent que la discrimination à l'égard des personnes séropositives ou sidatiques aggrave leur statut racial (selon ASAP, 1999). De plus, les groupes racisés, particulièrement les Noirs et les Autochtones, sont représentés d'une façon disproportionnelle dans les prisons où les taux d'infection excèdent de loin ceux de la population carcérale générale.

Politiques, pratiques et recherche

Pour réparer les injustices de notre société moderne, il est impératif d'élaborer des politiques misant sur un **cadre d'inclusion sociale** qui tient compte de la réaffirmation de droits sociaux reposant sur le concept de protection sociale comme étant la responsabilité de la société et non de l'individu. Un cadre qui détourne l'attention sur les inégalités structurelles qui déterminent l'ampleur et la portée de la marginalisation en société (selon Galabuzi, 2002). Nous ne devrions pas nous attarder sur les groupes exclus ou leurs conditions de vie, mais plutôt sur les règles socio-économiques et les puissances politiques qui *créent* ces groupes exclus et leurs conditions de vie, ainsi que les groupes sociaux qui en bénéficient (selon Labonté, 2002). Le secteur de la santé a un rôle concret à jouer :

- que les services de santé appropriés soient plus accessibles aux immigrants et aux groupes racisés et que ces services intègrent des services adaptés à la réalité culturelle et à la langue peu importe les besoins en matière de santé, y compris des mesures de protection de la santé mentale.
- que le racisme présent dans les politiques et les pratiques soit questionné et que des restrictions légales en matière de racisme soient mises en place.
- que des travailleurs dans le domaine de la santé soient formés pour qu'ils développent une approche adaptée à la réalité culturelle et que d'autres activités soient tenues pour contrer le processus d'exclusion sociale et ses incidences.

- que des travailleurs issus des minorités visibles soient embauchés pour œuvrer dans le domaine de la santé.
- que les communautés minoritaires obtiennent de l'aide pour qu'elles puissent ériger des réseaux de soutien.
- que les travailleurs racisés et les nouveaux immigrants soient à l'abri des milieux de travail discriminatoires et peu sûrs.
- qu'une étude soit menée auprès d'un groupe cible afin de mesurer les incidences des multiples facettes de l'exclusion sociale sur l'état de santé de ce groupe.
- que des groupes racisés soient habilités à participer à l'élaboration de politiques et de programmes visant les multiples facettes de l'exclusion sociale.

En collaboration avec d'autres décideurs, le secteur de la santé peut aussi agir comme source de connaissances et porte-parole dans des secteurs comme le logement, le transport et la planification urbaine.

Les lacunes laissées par les études englobent notre compréhension des éléments suivants :

- La santé mentale des immigrants
- Les rapports entre les races, les cultures, ainsi que celui entre le statut socio-économique et l'état de santé
- L'écart constant en matière d'utilisation de services de soins de santé entre les immigrants et les Canadiens de naissance.

Les études dans ces secteurs peuvent être bénéfiques en autant que l'on fasse appel à un cadre qui reconnaît l'incidence du racisme et du statut d'immigrant sur l'exclusion sociale comme facteurs sociaux déterminants de la santé (selon Beiser et coll., 1993).

Références

- ABELLA R.S. *Égalité en matière d'emploi : rapport d'une commission royale*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1984.
- ADAMS D. *Health Issues of Women of Colour, A Cultural Diversity Perspective*, Londres, Sage Books, 1995.
- ANDERSON J.M. *Gender, race, poverty, health and discourses of health reform in the context of globalization: A post-colonial feminist perspective in policy research*, Nursing Inquiry, 2000, vol. 7, n° 4, p. 220-229.
- AGNEW V. *Femmes, migration et citoyenneté – projet de bibliographie : Partie II : Recension d'écrits et bibliographie sur la santé*, Toronto, Centre de recherches féministes, Université York, 2002.
- ALLIANCE FOR SOUTH ASIAN AIDS PREVENTION (ASAP) *Discrimination and HIV/AIDS in South Asian Communities: Legal, Ethical and Human Rights Challenges, An Ethnocultural Perspective.*, Toronto, ASAP/Santé Canada, 1999.
- BEISER M. *Puis la porte s'est ouverte : problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada. Rapport du Groupe canadien chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1988.
- BEISER M., GILL K. et G. EDWARDS. Mental health care in Canada: Is it accessible and equal?, *Canada's Mental Health = L'Hygiène mentale au Canada*, n° 3, été 1993.
- BOLARIA B. et R. BOLARIA. Immigrant status and health status: Women and racial minority immigrant workers in BS, Bolaria et R. Bolaria (dir.), *Racial Minorities, Medicine and Health*, Halifax, Fernwood Press, 1994.
- CANADIAN CIVIL LIBERTIES ASSOCIATION. *Survey of Employment Agencies*, Toronto, CCLA, 1991.
- COMMISSION ONTARIENNE SUR LE RACISME SYSTÉMIQUE DANS LE SYSTÈME DE JUSTICE CRIMINELLE. *Rapport de la Commission ontarienne sur le racisme systémique dans le système de justice criminelle*, Toronto, L'Imprimeur de la Reine, 1995.
- CONSEIL CONSULTATIF DE L'ONTARIO SUR LA CONDITION FÉMININE (OACW). *La santé mentale des femmes en Ontario : recueil de recommandations présentées au gouvernement de l'Ontario, Femmes immigrantes et des femmes appartenant à une minorité visible*, Toronto, Santé Canada, 1990.
- de WOLFF A. *Breaking the Myth of Flexible Work*, Toronto, Contingent Workers Project, 2000.
- DOSSA P. *The Narrative Representation of Mental Health: Iranian Women in Canada*, Vancouver, RIIM, 1999.
- GALABUZI G. *Canada's Creeping Economic Apartheid: The Economic Segregation and Social Marginization of Racialized Groups*, Toronto, CJS Foundation for Research & Education, 2001.
- GALABUZI G. *Social Exclusion*, document présenté lors de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, tenue à Toronto en novembre 2002.
- HARVEY E.B. et B. SIU. Immigrants' socioeconomic situation compared, 1991-1996, Ottawa, INSCAN, automne 2001, vol. 15, n° 2.
- HENRY F. et E. GINSBERG. *Who Gets the Work? A Test of Racial Discrimination in Employment*, Toronto, The Urban Alliance on Race Relations and The Social Planning Council of Metropolitan Toronto, 1995.
- HENRY et coll. *The Colour of Democracy: Racism in Canadian Society*, Toronto, Harcourt Brace, 2000.
- HYMAN. *Immigration et santé*, Document de travail 01-05, Ottawa, Santé Canada, Série de documents de travail sur les politiques de santé, septembre 2001.
- JACKSON A. Poverty and immigration, *Perception*, printemps 2001, vol. 24, n° 4.
- KAWACHI I., WILKINSON R., et B. KENNEDY. « Introduction, » dans I. Kawachi, B. Kunz JL, Milan A. et S. Schetagne (2001), *Inégalité d'accès : profil des différences entre les groupes ethnoculturels canadiens dans les domaines de l'emploi, du revenu et de l'éducation*, Toronto, Fondation canadienne des relations raciales, 1999.
- KENNEDY B. et R. WILKINSON R. (dir.) Income inequality and health, *The Society and Population Health Reader, I.*, New York, The New Press.
- LABONTE R. *Social Inclusion/Exclusion: Dancing the Dialectic*, exposé présenté lors de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, tenue à Toronto en novembre 2002.
- LEE Y. Social cohesion in Canada: The role of the immigrant service sector, *OCASI Newsletter 73*, été / automne 1999.
- MWARIGHA. Extrait de E. Carey « High-rise ghettos in Toronto, visible minorities are pushed into 'pockets of poverty' », Toronto Star, 16 février 2000.
- NOH S., BEISER M., KASPAR V., HOU F. et J. RUMMENS. « Perceived racial discrimination, discrimination, and coping: A study of South East Asian refugees in Canada », *Journal of Health and Social Behaviour*, 1999, n° 40, p. 193-207

NOVA SCOTIA ROYAL COMMISSION. Report of the Province of Nova Scotia Royal Commission on the Donald Marshall, Jr. Prosecution, Halifax, The Commission, 1989.

PROVINCE DU MANITOBA. Rapport d'enquête publique sur l'administration de la justice et les Autochtones de la province du Manitoba, Winnipeg, province du Manitoba, 1991.

PROVINCE OF ALBERTA. Province of Alberta Task force on the Criminal Justice System and its impacts on the Indian and Métis peoples of Alberta, Edmonton, Province of Alberta, 1991.

RAPHAEL D. Health effects on economic inequality: Overview and purpose, *Canadian Review of Social Policy = Revue canadienne de politique sociale*, 1999, n° 44.

RAPHAEL D. From increasing poverty to societal disintegration: How economic inequality affects the health of individuals and communities, dans H. ARMSTRONG, P. ARMSTRONG ET D. COBURN (dir.), *Unhealthy Times: The Political Economy of Health and Care in Canada*, Toronto, Oxford University Press, 2001.

REITZ J.G. Utilisation des compétences des immigrants sur le marché du travail au Canada : répercussions sur la recherche et sur le capital humain, *Revue de l'intégration et de la migration internationale*, été 2001, vol. 2, n° 3.

REES. Racial discrimination and employment agencies, *Currents: Readings in Race Relations*, 1991, vol. 7, n° 2, p. 16-19.

SHAW M., DORLING D. et G.D. SMITH. Poverty, social exclusion, and minorities, dans MARMOT, M. et R. WILKINSON (dir.), *Social Determinants of Health*, Oxford, Oxford University Press, 1999.

STATISTIQUE CANADA. Recensement de la population, 2001, Ottawa, Statistique Canada, 2003.

WILKINS R. ET COLL. Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986, *Rapports sur la santé de Statistique Canada*, 1989, vol. 1, n° 2.

WILKINSON R. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, New York, Routledge, 1996.

WILKINSON R. et M. MARMOT. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, Copenhague, organisation mondiale de la santé (www.who.dk/healthy-cities) 1998.

YANZ L., JEFFCOAT B., LADD D. et J. ATLIN. *Options politiques pour améliorer les normes applicables aux travailleuses du vêtement au Canada et à l'étranger*, Toronto, Maquila Solidarity Network/Condition féminine Canada, 1999.