

Centre de collaboration nationale
sur les **politiques publiques**
et la **santé**

www.ccnpps.ca

PORTRAIT DE LA COUVERTURE MÉDIATIQUE RÉSERVÉE AUX INÉGALITÉS DE SANTÉ AU CANADA, 2008

RAPPORT | NOVEMBRE 2009



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec

Centre de collaboration nationale
sur les **politiques publiques**
et la **santé**

www.ccnpps.ca

PORTRAIT DE LA COUVERTURE MÉDIATIQUE
RÉSERVÉE AUX INÉGALITÉS DE SANTÉ
AU CANADA, 2008

RAPPORT | NOVEMBRE 2009

AUTEUR

Chaire de relations publiques et communication marketing de l'Université du Québec à Montréal

AVANT-PROPOS

Val Morrison

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

MISE EN PAGES

Madalina Burtan

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS).

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca> et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available at www.ncchpp.ca and at www.inspq.qc.ca/english.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2010
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-60517-1 (VERSION IMPRIMÉE ANGLAISE)
ISBN : 978-2-550-60518-8 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-60515-7 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-60516-4 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2010)

À PROPOS DU CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ (CCNPPS)

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des Centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des Centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des centres que de lieu de production conjointe des projets communs.

AVANT-PROPOS

L'année 2008 a été une année importante pour l'étude et les débats sur les inégalités de santé dans les cercles de santé publique au Canada et à l'étranger¹. Alors que le sujet a considérablement retenu l'attention ces dernières années, particulièrement depuis l'adoption de la Charte d'Ottawa en 1986, les rapports de recherche, les ateliers et les conférences sur la question ont atteint un sommet en 2008. Dans l'attente de la publication du rapport final de la Commission de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008), plusieurs réunions régulières de santé publique et publications ont porté sur la question des inégalités de santé. Ce thème s'est aussi retrouvé au cœur de deux conférences canadiennes annuelles d'envergures en santé publique, soit le congrès annuel de l'Association canadienne de santé publique et les Journées annuelles de santé publique. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé a voulu savoir si ces publications et ces événements avaient augmenté l'attention des médias canadiens envers les déterminants sociaux de la santé en général et plus particulièrement, sur les inégalités de santé. De récentes recherches indiquent que les médias ont très peu couvert ces enjeux de santé publique (Hayes et collab., 2007a) et une recherche en analyse des politiques postule que l'intérêt que portent les médias sur certains enjeux joue un rôle important au niveau de l'opinion publique et des changements politiques (True, Jones, et Baumgartner, 2007).

Afin de vérifier si la parution de plusieurs rapports de santé publique et la publicité entourant les différents congrès et événements entraîneraient une couverture de presse accrue, le CCNPPS a demandé au Laboratoire d'analyse de presse Caisse Chartier de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) de dresser un portrait de la couverture médiatique réservée aux inégalités de santé. Le laboratoire a analysé 81 articles sur les inégalités de santé publiés dans les médias canadiens en 2008. L'utilisation de la méthode Morin-Chartier, une méthode en usage depuis une quarantaine d'années, a permis de comparer la couverture médiatique des inégalités de santé à celle de nombreux autres sujets. Cette méthode répartit les articles dans des unités d'information qui sont ensuite analysées en fonction de leur tendance négative, positive ou neutre. On utilise généralement cette méthode pour évaluer l'image de différentes organisations présentées dans les médias et, plus récemment, elle a servi à analyser la tendance de la couverture des sujets (dans notre cas, les inégalités de santé) dans la presse. De plus, la méthode permet aux chercheurs-e-s de catégoriser les unités d'information selon différentes questions et sujets, selon les régions et les médias qui les couvrent. L'étude a révélé plusieurs éléments d'intérêt.

Elle confirme notamment que la couverture médiatique des inégalités de santé au Canada a été limitée en 2008. Cela correspond aux résultats d'une récente recherche canadienne montrant que la couverture médiatique des inégalités de santé, des approches en santé des populations et des déterminants sociaux de la santé était très restreinte au Canada (Hayes

¹ Le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique portant sur l'état de la santé publique au Canada définit les inégalités comme suit : « les différences entre l'état de santé de diverses personnes ou de divers groupes de la société. Elles peuvent être causées par des facteurs génétiques ou biologiques, des choix effectués ou encore, être le fruit du hasard, mais bien souvent, elles résultent d'un accès inégal à des facteurs clés qui influent sur l'état de santé, comme le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi et le soutien social » (Gouvernement du Canada, 2008, p. 5).

et collab., [2007a; 2007b). L'analyse fournie par le Laboratoire indique cependant que les articles écrits à la suite de la publication de documents sur la santé des populations, les communiqués de presse et les congrès traitaient du sujet en profondeur et que la densité de l'information qu'ils contenaient était plus importante que l'information qui se retrouve généralement dans les études examinées par le Laboratoire. Ceci confirme que les rapports publiés ont eu certaines répercussions sur la couverture médiatique. C'est particulièrement le cas du rapport final de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et du rapport de la région sanitaire de Saskatoon *Health Disparities in Saskatoon* [Les disparités en matière de santé à Saskatoon] (Lemstra et Neuedorf, 2008).

Les articles exposaient clairement que les inégalités de santé étaient engendrées par les inégalités sociales et la pauvreté. La diminution des écarts économiques entre les groupes sociaux et les interventions gouvernementales majeures visant à améliorer l'accessibilité aux soins de santé étaient identifiées comme des priorités. Le lieu de résidence occupait une partie relativement importante de la couverture sur les déterminants de la santé. L'espérance de vie différente chez les riches et chez les pauvres, souvent citées, a été reprise par les médias.

Les deux mois au cours desquels il y a eu une couverture record en matière d'inégalités de santé correspondent à la publication de documents par l'OMS et la région sanitaire de Saskatoon. En effet, la couverture des inégalités de santé en Saskatchewan et particulièrement à Saskatoon excède de loin celle de la plupart des autres villes et provinces (pourtant plus grandes). Ceci suggère que les régions sanitaires locales ont un rôle important à jouer au niveau de l'influence de la couverture médiatique des inégalités en matière santé.

Enfin, les articles liés à la publication de plusieurs rapports et de deux importantes conférences sur la santé publique ont tendance à véhiculer une vision négative des inégalités de santé. Si en effet, comme l'ont supposé plusieurs chercheurs-e-s, la couverture médiatique a des répercussions sur l'opinion publique et sur les politiques, les intervenants de santé publique feraient bien d'insister pour diffuser leurs travaux sur les inégalités en matière de santé auprès du public.

Val Morrison

Agente de recherche

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Références

Gouvernement du Canada (2008). *Rapport sur l'état de santé publique au Canada, 2008*. Ottawa : Gouvernement du Canada, ministère de la Santé.

Hayes, M. et collab. (2007a). Telling Stories: News Media, Health Literacy, and Public Policy in Canada. *Social Science and Medicine*. 64 (2007), 1842-1852.

Hayes, M. et collab. (2007b). Spreading the News: Social Determinants of Health Reportage in Canadian Daily Newspapers. *Canadian Journal of Communication*. 32(3&4), 557-574.

Lemstra, M. & Neudorf, C. (2008). *Health disparity in Saskatoon: Analysis to intervention*. Saskatoon: Saskatoon Health Region.

True, J., Jones, D. & Baumgartner, F. (1999). Punctuated Equilibrium Theory: Explaining Stability and Change in American Policy Making. In P. Sabatier (Ed.) *Theories of the Policy Process* (pp. 97-116). USA: Westview Press.

Organisation mondiale de la Santé (2008). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission sur les déterminants de la santé*. Genève : OMS.

FAITS SAILLANTS

- L'intérêt des médias canadiens pour les inégalités de santé est relativement limité. Bien qu'un petit nombre de médias à grand tirage n'aient pu être inclus dans le corpus étudié, seulement 81 articles ou nouvelles ont été recensés pour l'ensemble de l'année 2008, ce qui signifie que l'ensemble de la presse canadienne consacre en moyenne 7 articles par mois au sujet.
- Il en découle que les médias traitent peu des inégalités de santé, mais cette étude montre tout de même que ce thème leur tient à cœur par le volume élevé d'unités d'information par document repérées. La moyenne pour l'année 2008 s'établit à 13,5 d'unités par document, ce qui est largement supérieur à la moyenne de 6,2 constatée par le Laboratoire depuis plus de 25 ans et indique que les médias publient des articles de fond lorsqu'ils traitent des inégalités de santé. En tout, 1 094 unités ont été retracées dans 81 articles.
- L'impact des rapports et conférences traitant des inégalités de santé sur la couverture de presse est majeur. Ainsi, parmi les 10 événements que le Laboratoire avait pour mandat de retracer spécifiquement, sept ont finalement été recensés dans le corpus étudié. Ceux-ci ont généré près de la moitié du contenu (43,8 %). Le rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS marque particulièrement les journaux; il produit à lui seul près du quart (23,9 %) de la couverture.
- Seul le contenu traitant des rapports et des conférences a été évalué. Les médias rapportent leurs conclusions globalement pessimistes, si bien que la tendance qui s'en dégage atteint 40,7 points négatifs².
- Quatre sujets se démarquent et génèrent chacun plus de 10 % du contenu. Il s'agit des **classes sociales**³ (visibilité de 15,7 % et tendance des rapports de 9,3-), du **système de santé** (13,3 % et 3,7-), du **lieu** (11,6 % et -15,3) et des **inégalités de santé en général** (10,7 % et 4,3-).
- Les médias constatent que la principale cause des inégalités de santé est attribuable à la *pauvreté* (10,8 %) et aux *inégalités sociales* (10,3 %), ce qui se répercute sur la *santé générale* de la population (16,9 %) et explique l'importante visibilité du sujet se rattachant aux **classes sociales**. La presse relève également le manque de *ressources* du **système de santé** et son *accès difficile* (5,8 %) pour certains groupes sociaux. Les journaux insistent sur l'importance de *l'intervention de l'État* (11,2 %). Les différences d'*espérance de vie* (3,6 %) selon le **lieu** (quartiers et pays) marquent particulièrement la presse. Il est également question des *femmes* (3,5 %), des *Autochtones* (3,2 %) et des *enfants* (3 %).
- Le *Toronto Star* (13,5 %) et *The StarPhoenix* de Saskatoon (12,2 %) s'intéressent davantage aux inégalités de santé que ne le font les autres journaux du corpus. *The StarPhoenix* porte une attention toute particulière à une étude réalisée par la Direction de la Santé publique de la ville de Saskatoon, ce qui explique le volume d'unités qu'on y retrace. Deux quotidiens francophones occupent les 3^e et 4^e positions par le volume : *Le*

² Sur une échelle allant de 100- à 100+.

³ Pour des fins de visibilité, les sujets sont surlignés en gras, les dossiers en italique.

Devoir (6,7 %) et *La Presse* (6,4 %). Les autres médias produisent chacun moins de 5 % du contenu.

- Regroupés par régions, les médias de l'Ontario (25,5 %) s'intéressent davantage à la question des inégalités de santé. Ils devancent ceux du Québec (22,0 %), de la Saskatchewan (17,1 %) et de la Colombie-Britannique (12,8 %). Les trois-quarts du volume d'unités recensées proviennent de la presse anglophone (74,1 %).
- Quant aux lieux où se situe le contenu abordé, les articles traitent en premier lieu d'actualité internationale (25,2 %), donnant une importante visibilité aux rapports de l'OMS portant sur les inégalités de santé à l'échelle de la planète. Suivent ensuite, les contenus se situant au Canada en général (20,1 %), puis en Ontario (15,4 %) et en Saskatchewan (14,4 %). Les médias de cette dernière province s'avèrent plus volubiles que ceux des autres régions en raison de l'intérêt porté par le *StarPhoenix* de Saskatoon à une étude réalisée par la Direction de la Santé publique de cette ville.
- Le tiers (34,1 %) de la couverture de presse repose sur des citations, ce qui est supérieur à la moyenne de 30 % constatée par le Laboratoire. Monique Bégin, membre de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et ancienne ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, est l'intervenante la plus visible (5,3 %). Elle devance Michael Marmot, président de la Commission sur les déterminants sociaux pour la santé de l'OMS. L'Organisation mondiale de la Santé est particulièrement bien représentée; tous ses intervenants regroupés cumulent 7,5 % du contenu.
- Les mois d'août (28,0 %) et novembre (28,3 %) génèrent plus de la moitié du contenu (56,3 %). La publication en août du rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et celle en novembre sur les disparités de santé à Saskatoon ont davantage suscité d'intérêt dans les médias au cours de ces périodes.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	XI
1 INTRODUCTION	1
2 MÉTHODOLOGIE	3
2.1 Sélection du corpus	3
2.1.1 Constitution du corpus	3
2.1.2 Triage du corpus.....	3
2.2 La méthode d'analyse de presse.....	3
2.2.1 Présentation de la méthode Morin-Chartier.....	3
2.2.2 Les indices.....	4
2.2.3 Les catégories de classification	5
3 LES ÉVÈNEMENTS	9
4 LES SUJETS	11
4.1 Les sujets majeurs.....	11
4.1.1 Les classes sociales	11
4.1.2 Le système de santé.....	12
4.1.3 Le lieu	13
4.1.4 Les inégalités de santé en général	14
4.2 Les sujets mineurs.....	15
4.2.1 Les revenus	15
4.2.2 La petite enfance	16
4.2.3 La cohésion et le capital social.....	16
4.2.4 L'ethnicité et la race.....	17
4.2.5 L'environnement physique.....	17
4.2.6 L'éducation	18
4.2.7 Les autres sujets.....	18
5 LES DOSSIERS	19
6 LES MÉDIAS	21
7 LES INTERVENANTS	23
8 LES RÉGIONS	25
9 ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE	27
10 LES AUTRES CATÉGORIES	29
10.1 La langue.....	29
10.2 Le type de documents	29
11 CONCLUSION.....	31
ANNEXE 1 TABLEAUX INDICIELS.....	33
ANNEXE 2 LISTE DES ÉVÈNEMENTS.....	45
ANNEXE 3 DOCUMENTS ANALYSÉS	49

LISTE DES FIGURES

Figure 1	L'impact des événements sur le discours de presse	9
Figure 2	Visibilité et poids-tendance des sujets majeurs	11
Figure 3	Visibilité et poids-tendance des dossiers les plus abordés	19
Figure 4	Visibilité et poids-tendance des médias les plus volubiles.....	21
Figure 5	Visibilité et poids-tendance des intervenants les plus cités	23
Figure 6	Comparaison entre la région des médias et le lieu du contenu	25
Figure 7	Évolution de la couverture.....	27

1 INTRODUCTION

Présentation

Ce rapport a été préparé par le Laboratoire d'analyse de presse Caisse Chartier de la Chaire de relations publiques et communication marketing de l'UQAM pour le CCNPPS. Il présente l'image globale du traitement médiatique réservé aux inégalités de santé au Canada en 2008.

Objectif

Le but de ce rapport est de mesurer l'impact sur le discours de presse de huit rapports et de deux conférences portant sur les inégalités de santé. La liste détaillée de ces rapports et conférences est présentée à l'annexe 2. Toutes les unités d'information traitant des inégalités de santé ont été codées, mais seules celles référant à ces huit rapports et deux conférences ont été évaluées.

Les documents analysés

Le corpus fourni par le CCNPPS comportait 101 documents parmi lesquels certains provenaient d'agences de presse ou de fils de presse sans porter la signature d'un média tandis que d'autres ne traitaient pas du sujet de cette étude. Ce sont 81 documents qui ont finalement été retenus pour fin d'analyse. Le détail de la constitution du corpus est décrit dans la section 3, celle-ci ayant trait à la méthodologie.

Selon la méthode de recherche propre au Laboratoire, l'analyse détaillée de ce corpus a permis de retracer 1 094 unités d'information se rattachant aux 16 sujets relatifs aux inégalités de santé. Il en résulte une moyenne de 13,5 unités par document alors que la moyenne constatée depuis 25 ans est de 6,2. Par conséquent, la densité de l'information contenue dans les articles analysés est très élevée.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 SÉLECTION DU CORPUS

2.1.1 Constitution du corpus

Deux bases de données recensant les principales publications canadiennes ont été utilisées pour sélectionner l'ensemble des articles traitant des inégalités de santé parus du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008. Il s'agit de Eureka.cc de *CEDROM SNI* et de Canadian Newsstand de *ProQuest*. Pour ce faire, les mots clés suivants ont été utilisés :

- inégalités de santé/*health inequalities/inequities*
- disparités de santé/*health disparities*
- revenu + santé/*income + health*;
- pauvreté + santé/*poverty + health*
- déterminants sociaux de santé/*social determinants of health*

Il est important de noter que ces bases de données n'archivent pas l'ensemble des médias canadiens, notamment ceux de Quebecor et de ses filiales (comme Sun Media et Osprey). Ceux-ci sont archivés dans d'autres bases de données dont l'accessibilité pour consultation est délicate en raison des tarifs exigés et des restrictions de droits d'auteur.

Une recherche semblable a été menée à partir de la base de données *Northern News Services Online* en utilisant les mêmes termes, ce qui a permis de retracer un article de plus. Cependant, nous rappelons que cette base de données ne recense pas tous les journaux du Grand Nord canadien. Bien que ne contenant pas quelques-uns des principaux journaux canadiens comme le *Journal de Montréal* ou le *Toronto Sun*, il ressort que le corpus sélectionné est significatif de l'ensemble des nouvelles publiées quotidiennement au Canada.

2.1.2 Triage du corpus

Le corpus sélectionné contenait 101 documents. Cependant, plusieurs ont été rejetés pour les raisons suivantes : ils ne traitaient pas de l'objet de l'étude, ils provenaient d'agences de presse ou de fils de presse et ne portent pas la signature d'un média. Au final, 81 documents ont été retenus pour fin d'analyse.

2.2 LA MÉTHODE D'ANALYSE DE PRESSE

2.2.1 Présentation de la méthode Morin-Chartier

Pour établir la tendance de cette couverture, le Laboratoire d'analyse de presse utilise une méthode issue de la recherche universitaire éprouvée depuis plus de quarante ans. Celle-ci, nommée Morin-Chartier en mémoire de ses deux plus grands contributeurs, mesdames Violette Naville-Morin et Lise Chartier, repose sur le concept « d'unité d'information », une unité de mesure servant à découper le contenu des nouvelles.

L'unité d'information correspond à une idée provenant d'une source quelconque, mise en forme et acheminée par un média et comprise par des membres de son auditoire. L'ensemble des unités d'information constitue un magma informel dans lequel nous baignons tous. Isolément, la compréhension de chacune des idées extraites des nouvelles peut varier selon l'acteur, le transmetteur ou le récepteur⁴.

Une unité d'information est donc une idée ou un sujet retracé dans un document. Une unité est identifiée dès qu'il est question de l'objet de la recherche, ici les inégalités de santé. Elle prend fin lorsque l'une des informations qui la caractérise évolue. Par exemple, si le ton passe du neutre au négatif, si l'auteur change de sujet ou s'il cite un intervenant.

C'est l'évaluation individuelle de chacune de ces unités en leur posant la question suivante :

Est-ce que ce qui est dit dans cette unité à propos de « sujet de l'unité » est favorable, défavorable ou neutre par rapport aux inégalités de santé?

qui permet d'établir la tendance d'une couverture une fois toutes les unités compilées à la fin de l'étude. Rappelons que dans cette étude, seules les unités faisant référence aux conclusions de huit rapports et de deux conférences, dont la liste peut-être consultée à l'annexe 2, ont été évaluées. Chaque unité est rattachée à différentes catégories comme les sujets, les médias, les dossiers ou encore les intervenants.

Celles-ci sont ensuite codifiées dans le logiciel d'analyse de presse du Laboratoire d'analyse de presse et les résultats sont présentés sous forme de tableaux indiciels dont nous vous présentons l'analyse dans ce rapport. Les tableaux indiciels de résultats peuvent être consultés à l'annexe 1.

2.2.2 Les indices

Voici une définition des différents indices utilisés pour cette analyse :

- La **quantité** précise le nombre d'unités traitant de chaque sujet.
- La **fréquence** transpose ce nombre en pourcentage. On parle également de **visibilité**, qui représente la place d'un sujet dans l'ensemble de la couverture.
- La **partialité** montre par quel pourcentage la presse a pris position sur chacun des sujets. Il s'agit du nombre d'unités orientées (les plus et les moins) sur le total des unités retracées (les autres sont neutres). Cet indice permet de cerner avec quelle ferveur les médias se sont exprimés. La moyenne constatée par le Laboratoire depuis 25 ans se base sur la compilation des résultats de plus de 300 études. Celle-ci s'établit à 40 %, ce qui signifie que si le taux de partialité constaté est supérieur à 40 %, c'est qu'il s'agit alors d'une couverture pour laquelle les médias ont montré beaucoup de passion et que le sujet a été largement débattu. Inversement, un taux de partialité inférieur à 40 % indique que les médias ont rapporté les faits de manière factuelle, sur un ton neutre et qu'ils ont donc montré un intérêt limité. Le taux de partialité ici présenté ne permet donc pas de mesurer le « biais journalistique ».

⁴ Lise Chartier. *Mesurer l'insaisissable*. Presses de l'Université du Québec, 2003, page 70.

- Enfin, l'**orientation** de la couverture est obtenue grâce à l'indice de **tendance-impact**, qui est en quelque sorte un « indice de favorabilité » indiquant si l'image de l'organisation est positive, négative ou neutre. Son échelle va de 100- à 100+, 0 indiquant que la couverture est neutre. De 10- à 10+, la couverture peut être considérée comme neutre ou légèrement favorable ou défavorable; au-delà de 25+ ou 25-, on peut dire qu'une couverture est très favorable ou très négative; au-delà de 40+, la couverture peut être qualifiée d'exceptionnelle. La moyenne des couvertures depuis que le Laboratoire réalise des études est de 9,6+. L'indice de **poids-tendance** indique pour sa part le poids de chaque sujet sur l'ensemble de la couverture.

2.2.3 Les catégories de classification

Pour réaliser cette étude, le Laboratoire d'analyse de presse a déterminé quel genre de traitement médiatique a été accordé à l'ensemble du dossier selon diverses catégories de classification du contenu relevées dans les médias : les sujets, les dossiers, les intervenants, les médias, la région des médias, la région du sujet traité, la langue, les événements, le type de document et les périodes.

Lorsque l'analyste isole une unité d'information il doit ainsi à chaque fois, en plus d'évaluer le contenu, répondre aux questions suivantes : De quel sujet s'agit-il? De quel dossier? De quel média? Un intervenant est-il cité? Etc. Nous présentons ici un descriptif succinct de ces différentes catégories.

Les sujets

Classe sociale

Pauvreté, classe ouvrière, classe moyenne, écart entre riches et pauvres, etc.

Éducation

Le niveau d'éducation, les diplômes, l'alphabétisation, etc.

Travail

Conditions, stress au travail, précarité, syndicalisation, etc.

Revenu

Assisté-e-s sociaux, SFR (seuil de faible revenu), échelles de revenu, etc.

Sexe/genre

Comparaison hommes/femmes, monoparentalité, femmes, hommes, etc.

Ethnicité/race

Statut minoritaire, racisme, Autochtones, groupes linguistiques, communautés ethniques, inégalités ethniques, etc.

Cohésion/capital social

Systèmes d'aides, réseaux sociaux, « empowerment », etc.

Circonstances matérielles

Logements, voisinage, sécurité, sécurité alimentaire, etc.

Lieu

Quartier, pays de résidence, etc.

Environnement physique

Violence, environnement, espaces verts, trafic, pollution, etc.

Comportements/style de vie

Tabagisme, consommation de drogues/alcool, activité physique, habitudes alimentaires, etc.

Facteurs biologiques/génétiques

Descendance, chromosomes, gènes, etc.

Système de santé

Déterminants sociaux de la santé, accès au système de santé, traitements, abordabilité, santé en général, etc.

Événements

Rapports et colloques

Petite enfance/jeunesse

Nutrition, allaitement, garderies, etc.

Les inégalités de santé en général

Tout ce qui n'a pu être codé dans les autres sujets

Les dossiers

Voici la liste de l'ensemble des dossiers retracés dans le corpus :

Accès, délais	Lieu de naissance
Alimentation, nutrition	Logement
Aucun	Monoparentalité
Autochtones	Mortalité en général
Chômage/Plein emploi	Mortalité infantile
Circulation automobile	Parcs, espaces verts, environnement
Conditions de travail	Pauvreté
Déterminants de la santé en général	Personnes âgées
Enfants	Pollution
Espérance de vie	Prévention
Femmes	Quartiers
Généralistes vs spécialistes	Ressources - accessibilité
Habitudes de vie (sport, fumeur, alcoolique, drogué, etc.)	Retombées sociales et économiques
Handicapés	Santé en général
Inégalités sociales	Santé primaire
Intervention de l'État (dépenses, aides, etc.)	Sécurité
Législation	Types de maladies étudiées et technologie
	Voisinage

Région des médias

Cette catégorie permet d'identifier la province ou le centre urbain de publication des médias :

National	Manitoba
Province du Québec	Winnipeg
Ville de Québec	Saskatchewan
Montréal	Regina
Ontario	Saskatoon
Toronto	Alberta
Ottawa	Calgary
Nouveau-Brunswick	Edmonton
Nouvelle-Écosse	Colombie-Britannique
Halifax	Vancouver
Moncton	Victoria
Terre-Neuve/Labrador	Etc.
St. John's	

Région ou centre urbain du sujet traité

Cette catégorie permet d'identifier la région ou le centre urbain dont il est question dans le document analysé :

National	Manitoba
Québec	Winnipeg
Ville de Québec	Saskatchewan
Montréal	Regina
Ontario	Saskatoon
Toronto	Alberta
Ottawa	Calgary
Nouveau-Brunswick	Edmonton
Nouvelle-Écosse	Colombie-Britannique
Halifax	Vancouver
Moncton	Victoria
Terre-Neuve/Labrador	Etc.
St. John's	

Les intervenants

Les auteurs des rapports
Les porte-parole du CCNPPS
Les porte-parole d'autres organismes de santé (INSPQ, DSPM, etc.)
Les directeurs d'hôpitaux
Les médecins et chirurgiens
Les médecins de famille
Les spécialistes
Les ministères de la Santé de chaque province et territoire
Le ministère fédéral de la Santé
Les gouvernements de chaque province et territoire
Le gouvernement fédéral

Les groupes de pression en santé
Spécialistes et chercheurs (universitaires)
Public, citoyens
Autres

La liste complète des intervenants cités se trouve à l'annexe 1.

Les médias

<i>La Presse</i>	<i>The Province (Vancouver)</i>
<i>Le Devoir</i>	Autres journaux quotidiens
<i>Le Soleil</i>	Hebdos régionaux
<i>The Gazette</i>	Sites Internet
<i>The Globe & Mail</i>	Stations ou réseaux de radio-télévision
<i>National Post</i>	Revue et magazines spécialisés (tous identifiés individuellement)
<i>Ottawa Citizen</i>	
<i>Toronto Star</i>	

La liste complète des médias est disponible à l'annexe 1.

Les périodes

Chaque mois de l'année 2008

La langue

Français ou anglais

Évènements

La catégorie évènements permet de déterminer dans quelle mesure la couverture de presse se rattache à la publication de huit rapports et la tenue de deux conférences par comparaison aux contenus issus de l'intérêt particulier porté par les journalistes ou les médias au thème faisant l'objet de cette étude. Cette catégorie de classification comprend deux codes : les évènements (rapports et conférences) et la réactivité journalistique. La liste des évènements se trouve à l'annexe 2.

Le type de document

Lettres de lecteurs
Nouvelles
Chroniques et éditoriaux

3 LES ÉVÈNEMENTS

Le but de cette étude est de mesurer l'impact de huit rapports et de deux conférences sur le discours de presse. L'annexe 2 en présente la liste exhaustive. La figure 1 montre d'abord que 56,2 % du total du corpus étudié provient du dynamisme des journalistes. Par la suite, le tableau identifie, selon leur fréquence d'apparition, les études ciblées par le CCNPPS qui ont particulièrement marqué la presse. Rappelons que seuls les événements ayant un intérêt pour le CCNPPS ont été évalués. La réactivité journalistique ressort donc de façon neutre.

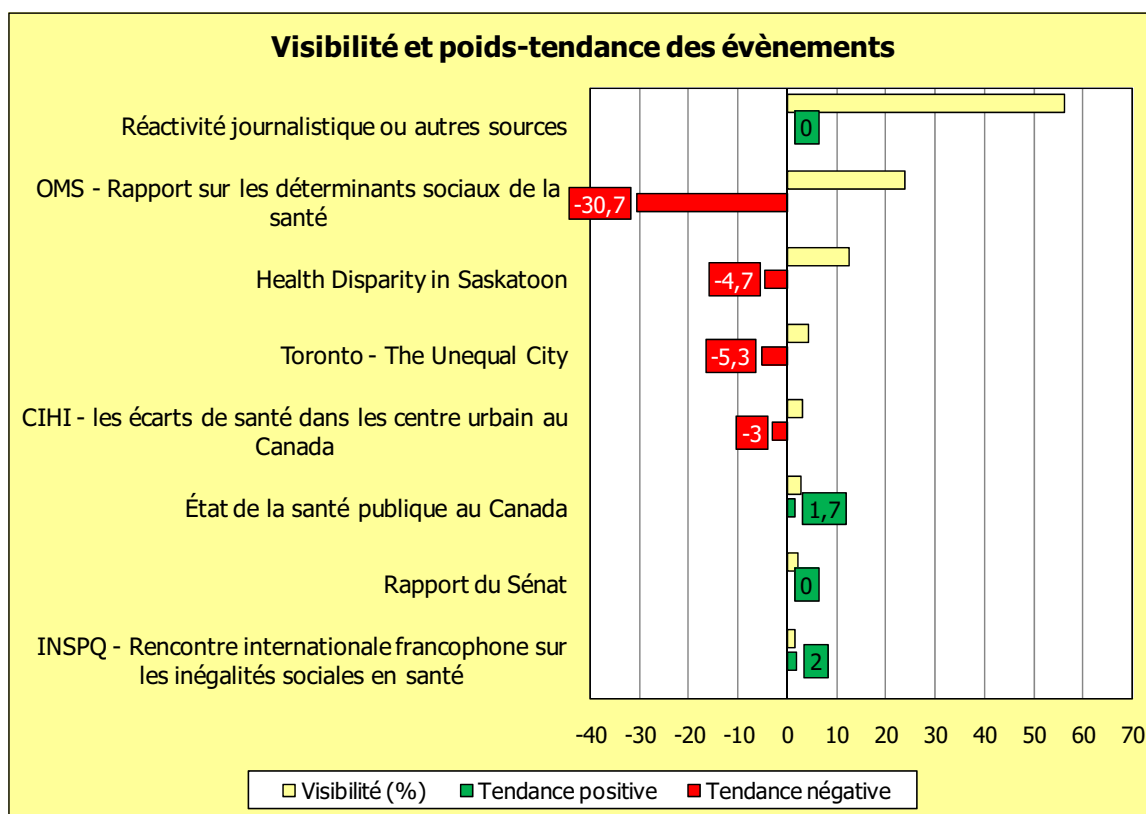


Figure 1 L'impact des événements sur le discours de presse

Deux rapports attirent davantage l'attention sur les problématiques générées par les inégalités de santé en produisant plus du tiers (36,6 %) du contenu :

- le rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS;
- un rapport de la Direction de la Santé de Saskatoon portant sur les disparités en santé dans cette ville.

Le rapport de l'OMS marque l'ensemble de la presse canadienne. Quasiment tous les médias lui consacrent au moins une nouvelle, si bien qu'il génère à lui seul près du quart (23,9 %) du contenu. Les médias en rapportent les conclusions qui débouchent sur une dénonciation des inégalités sociales, aussi bien entre les pays qu'en leur sein, comme responsable d'importantes inégalités de santé. L'écart croissant entre les **classes sociales**⁵

⁵ Pour fins de clarté, les sujets sont en gras, les dossiers en italique.

et la montée des *inégalités* et de la *pauvreté* sont jugés largement responsables de la hausse des inégalités de santé, ce qui interpelle les médias : « Soaring social inequality makes too many people sick; WHO study confirms health closely linked to unfair distribution of material resources » (titre du *Toronto Star*, 31 août 2008). Les auteurs du rapport mettent l'accent sur les différences *d'espérance de vie* selon le *lieu* de résidence. À ce propos, *The Ottawa Citizen* écrit notamment : « For instance, a boy living in the Glasgow suburb of Calton is expected to live to 54 -- 28 years less than a boy born in nearby affluent Lenzie [and] that same child from Calton will typically have a shorter life than a child born in India, where life expectancy is 62 » (29 août 2008).

Les médias qui se sont le plus intéressés à cette étude sont *Le Devoir* (Montréal), le *Leader-Post* (Regina), Radio-Canada, *La Presse* (Montréal) et Global-TV. Cet intérêt général de la presse pour ce rapport est à comparer à la couverture dont a bénéficié celui publié par la Direction de la Santé publique de Saskatoon (DSPA). Ce dernier génère 12,7 % du contenu, réparti entre le *StarPhoenix* (Saskatoon) (10,5 %), le *Leader-Post* de Regina (2,1 %) et le *Toronto Star* (0,1 %). Cette étude met en relief le « health gap between rich [and] poor » (titre du *StarPhoenix*, 18 novembre 2008) et propose « an analysis of poverty strategies from around the world and 46 recommendations to help diminish that gap ». Cette recherche, particulièrement bien documentée, traite uniquement de Saskatoon. Et parce qu'elle implique un contenu de proximité, elle suscite un intérêt plus grand dans un média local comme le *StarPhoenix*, alors qu'il n'en a pratiquement pas été question en dehors de la Saskatchewan.

Les cinq autres événements recensés occupent 11,8 % du corpus. Ils ont tous trait aux inégalités de santé au Canada. Le rapport sur l'état de la santé publique au Canada publié en juin n'a eu des échos que dans le *Toronto Star* qui exprime sa déception sur sa diffusion plutôt discrète. Le quotidien torontois « was disappointed it was not announced with more fanfare. A press release was posted to the Public Health Agency of Canada website Wednesday but was not sent out to reporters and Butler-Jones [the Chief Public Health] did not announce the report himself » (*Toronto Star*, 20 juin 2008).

Enfin, trois autres événements n'ont pas été abordés par les médias recensés :

- Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits: The Case for Business Action on the Socio-Economic Determinants of Health. Conference Board of Canada. December, 2008.
- Health Inequities in British Columbia. Health Officers Council of B.C.
- Canadian Public Health Association (CPHA). Annual conference. Halifax, June.

4 LES SUJETS

Au total, 16 sujets ont été recensés dans le corpus analysé. La figure 2 illustre la visibilité et le poids de ceux qui ont été le plus souvent traités par les médias. Rappelons que la tendance ne concerne que ce qui touche aux huit rapports et aux deux conférences ciblées par le CCNPPS.

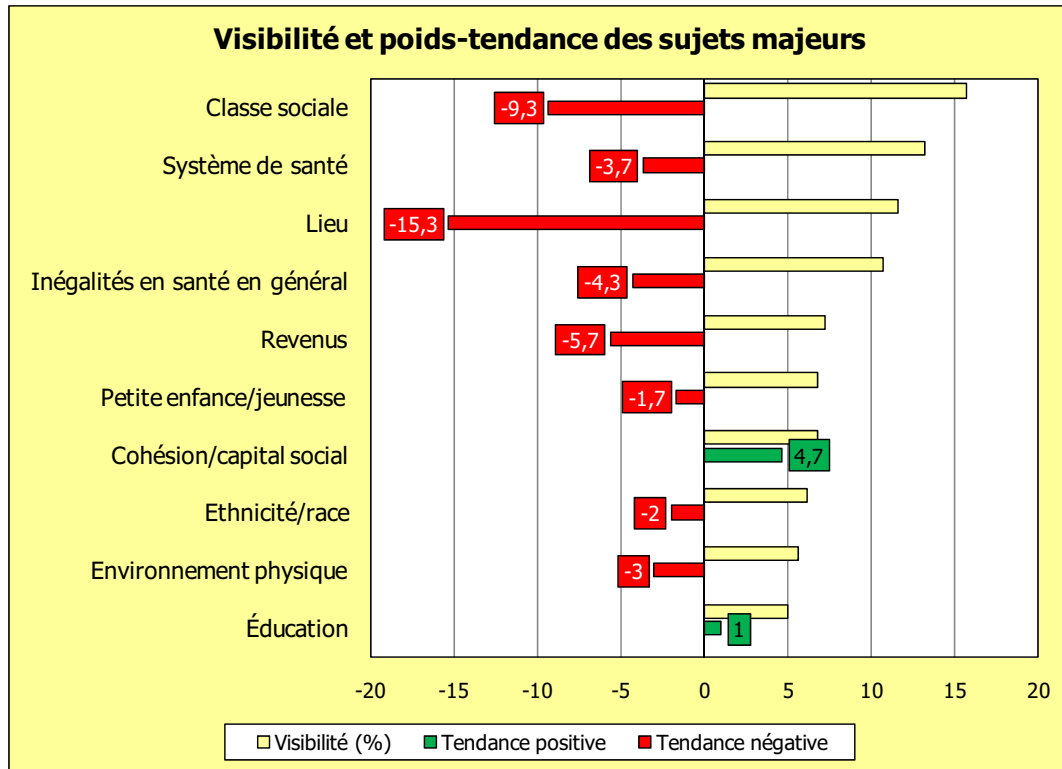


Figure 2 Visibilité et poids-tendance des sujets majeurs

Les sujets ayant trait aux **classes sociales**, au **système de santé**, aux **lieux** (quartiers et pays) et aux **inégalités de santé en général** se démarquent par leur présence puisqu'ils produisent ensemble plus de la moitié du contenu diffusé (51,3 %).

4.1 LES SUJETS MAJEURS

4.1.1 Les classes sociales

Les médias mettent en évidence les inégalités de santé générées par la stratification de la société en **classes sociales**, si bien que ce sujet est le plus visible de la couverture (fréquence de 15,7 %). Le tableau ci-dessous énumère les principaux dossiers qui s'y rattachent :

Dossiers	Fréquence %	Poids/tendance
Santé en général	4,5	3,7-
Inégalités sociales	2,8	4,7-
Pauvreté	1,9	0,3-
Intervention de l'État (dépenses, aides, etc.)	1,4	0,0

Les deux rapports les plus visibles dans cette couverture et que nous avons décrit au point 4 ont un impact majeur sur le sujet puisqu'ils s'y rattachent une fois sur trois (4,8 % sur le total de 15,7 %). Ils incitent les médias à se pencher sur les problématiques générées par l'écart entre les **classes sociales** notamment lorsqu'ils notent que, selon « un rapport de l'Organisation mondiale de la santé, les inégalités sociales tuent à grande échelle » (titre du *Devoir*, Montréal, 29 août 2008). Les conséquences de la *pauvreté* sur la *santé* générale de la population ne laissent aucun doute dans la presse qui déplore que « les inégalités sociales en santé vont en augmentant. Au Québec, comme partout dans le monde » (*La Presse*, Montréal, 18 novembre 2008). Ils renchérissent en déclarant que « the growing financial disparities [...] is costing years of lives lost » (*The Vancouver Sun*, 6 octobre 2008). *Le Devoir* (Montréal) précise ainsi le 30 août 2008 que

non seulement les classes sociales décident de notre longévité, mais elles décident aussi des causes de décès : maladies cardiovasculaires, gastro-intestinales, rénales, ACV, morts violentes ou par suite d'accidents, l'ensemble des cancers y compris les cancers du poumon, de même que les conditions chroniques tels le diabète (30 pour cent des Québécois de 12 ans et plus), l'obésité, l'arthrite ou l'asthme. De bas en haut de l'échelle sociale, une gradation s'établit qui nous concerne tous.

Pour les médias de Saskatchewan, cette conviction est renforcée par les conclusions d'un rapport de la Direction de la Santé publique de Saskatoon portant sur les disparités en santé dans cette ville. La presse régionale rapporte que ce rapport « offers solutions to poverty » et note, entre autres, que « an investment of \$300 million from Saskatchewan taxpayers into the province's poorest citizens could potentially save \$1 billion down the line » (*Leader-Post*, Regina, 14 novembre 2008). Dans ce contexte, les médias estiment *l'intervention de l'État* nécessaire afin de réduire les *inégalités sociales*. Si le constat est pessimiste, la presse souligne tout de même l'optimisme des organismes de santé pour qui il est possible de « s'attaquer à la distribution inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources [un objectif réaliste qui pourrait être atteint] en une génération » (*La Tribune*, Sherbrooke, 30 août 2008).

C'est en novembre et en août que les deux rapports sont publiés, si bien que c'est à cette époque de l'année que les médias traitent le plus de la problématique générée par les écarts entre les **classes sociales**. Le *Toronto Star*, *The StarPhoenix* (Saskatoon) et le *Leader-Post* (Regina), sont les journaux les plus volubiles.

4.1.2 Le système de santé

Le **système de santé** fait l'objet d'une attention particulière des médias. Il s'agit du deuxième sujet le plus visible de la couverture. Le tableau suivant récapitule les principaux dossiers qui s'y rattachent :

Dossiers	Fréquence %	Poids/tendance
Intervention de l'État (dépenses, aides, etc.)	3,2	1,0+
Ressources - accessibilité	2,6	2,3-

Le discours des médias lorsqu'ils traitent de l'inégalité de l'accès aux systèmes de santé pourrait être qualifié de social-démocrate, dans le sens où les journaux déplorent la « commercialisation de la santé » et appellent à une forte *intervention de l'État* pour permettre à tous les citoyens de bénéficier d'une protection universelle. Les rapports de l'OMS, ainsi que les commentaires de professionnels de la santé (des médecins et des chercheurs) jouent un rôle majeur dans cette orientation du discours de presse. Les journaux reprennent d'ailleurs les propos de Michael Marmot, président de la Commission sur les déterminants sociaux pour la santé de l'OMS, pour qui : « the Commission [on the Social Determinants of Health], considers health care a common good, not a market commodity, [and] advocates financing the health-care system through general taxation and/or mandatory universal insurance... [because] the evidence is compellingly in favour of a publicly funded health-care system » (Global-TV, 28 août 2008). Dans ce contexte, les médias tiennent des propos accablants lorsqu'ils traitent de l'approche néolibérale du système de santé et citent l'exemple des États-Unis basé sur un système d'assurance privé où « around 49 million Americans do not have health insurance » (Global-TV).

Mais les médias vont plus loin. Ils estiment en effet que ce ne sont pas les pays qui dépensent le plus dans leurs systèmes de santé qui ont les meilleurs résultats : « The countries with the healthiest populations are not those that spend the most on sickness care, but those with the most carefully woven social safety nets, those that recognize that good (or bad) health is intimately linked to socioeconomic circumstances » (*The Globe & Mail*, 27 novembre 2008). Le rapport sur les disparités de santé à Saskatoon s'inscrit dans cette logique. Les auteurs déclarent notamment que diverses dépenses sociales, comme une meilleure **éducation**, permettraient de réaliser d'importantes économies en santé. Ils constatent également que les professionnels de la santé tendent à éviter les quartiers défavorisés. Ce qui accroît davantage les inégalités d'accès au **système** pour les moins nantis.

Ce sujet est profondément marqué par la publication des rapports de l'OMS et de la Direction de la santé publique de Saskatoon en août et novembre, périodes où il est le plus question du **système de santé**. Michael Marmot et les autres porte-parole de l'OMS sont les intervenants les plus fréquemment cités. *The StarPhoenix* (Saskatoon), le *Leader-Post* (Regina) et *La Presse* (Montréal), sont les journaux les plus volubiles. Ils traitent pour l'essentiel de la situation dans le monde et à Saskatoon.

4.1.3 Le lieu

L'incidence du **lieu** de résidence sur la santé préoccupe les médias, si bien que ce sujet arrive en troisième position au chapitre de la visibilité et génère 11,6 % du contenu en 2008. Les rapports sur les inégalités de santé font état des répercussions du **lieu** de résidence sur la santé des gens et leur constat est accablant; il s'agit du sujet le plus négatif de la couverture (15,3-). Le tableau suivant récapitule les principaux dossiers qui s'y rattachent :

Dossiers	Fréquence %	Poids/tendance
Espérance de vie	2,2	6,0-
Santé en général	2,0	1,3-
Inégalités sociales	1,5	1,7-
Pauvreté	1,3	3,4-

Les médias sont troublés par les constatations du rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de l'OMS faisant état que le **lieu** de résidence a un impact très net sur l'*espérance de vie* et la *santé générale* des citoyens. Ces inégalités se retrouvent aussi bien à l'intérieur des pays qu'entre les pays :

Between countries we have life expectancy differences of more than 40 years. A woman in Botswana can expect to live 43 years, in Japan 86 years [but] huge discrepancies also exist within countries, including Scotland, where a boy born in the deprived Glasgow suburb of Calton can expect to live 28 years less than one born in affluent Lenzie, just 13 km (eight miles) across town (*The Leader-Post*, Regina, 30 août 2008).

Les médias sont conscients que les inégalités de santé associées au **lieu** de résidence sont la conséquence d'importantes inégalités sociales, qui contraignent les plus pauvres à vivre dans des quartiers plus dangereux (en raison de multiples facteurs comme la violence, la circulation automobile, etc.) où ils disposent de services de moindre qualité (pénurie de médecins, nourriture de moins bonne qualité, pollution atmosphérique, etc.).

La présence de ce sujet dans les médias résulte du dynamisme de l'OMS et des conclusions du rapport sur les déterminants de la santé publié en août. Par conséquent, c'est au cours de cette période que la presse s'intéresse davantage à la problématique du **lieu** de résidence. Michael Marmot est de nouveau l'intervenant le plus cité alors que *Le Devoir* se penche plus amplement sur ce sujet. L'exemple de l'Écosse a beaucoup retenu l'attention, si bien que les informations à caractère internationale sont évoquées plus fréquemment en lien avec le **lieu**.

4.1.4 Les inégalités de santé en général

Le sujet des **inégalités de santé en général** est le quatrième plus visible de la couverture; il génère 10,7 % du contenu. Le tableau suivant récapitule les principaux dossiers qui s'y rattachent :

Dossiers	Fréquence %	Poids/tendance
Intervention de l'État (dépenses, aides, etc.)	2,0	0,3-
Inégalités sociales	1,7	1,3-
Santé en général	1,3	2,0-
Pauvreté	1,2	0,3+

Influencés par l'OMS, les médias déplorent la recrudescence des **inégalités de santé** qui, disent-ils, coïncide avec la croissance de l'écart entre les riches et les pauvres. Ils citent de nombreux exemples où ils observent cette situation. *The Globe & Mail* rapporte le fait que « poor women in Ontario are four times as likely to develop diabetes as high-income women.

They also are more likely to suffer from high blood pressure, heart disease and depression » (27 novembre 2007). *The Times Colonist* (Victoria) affirme que « nations with higher levels of income inequality had higher levels of morbidity and mortality from heart disease and of particular risk factors, including obesity » (*The Times Colonist*, 20 avril 2008).

Les médias analysés notent que « les systèmes de santé ne tendent pas naturellement vers l'équité » (*Le Devoir*, 29 août 2008) et en concluent que *l'intervention de l'État* est nécessaire. Investir dans des programmes sociaux, selon la presse, est plus rentable économiquement et au niveau de la santé générale de la population à long terme que de laisser les citoyens agir à leur guide en fonction de leurs moyens. Les médias évoquent une étude d'une équipe d'économistes, de banquiers et de directeurs de banques alimentaires selon laquelle « the cost of poverty showing that poverty taxes both the health of those in its grasp and the wallets of all of us in society. The study found that Canadians could save \$7.6 billion per year in health-care expenditures by elevating the health status of the bottom 20 per cent to that of the next-to-bottom 20 per cent on the income ladder » (*Toronto Star*, 2 décembre 2008).

Les journaux de Saskatchewan surenchérissent avec les conclusions du rapport sur les disparités de santé à Saskatoon et affirment que : « the additional cost to the health system from people living in poverty at \$640 million a year across the country [and] an investment of \$300 million from Saskatchewan taxpayers into the province's poorest citizens could potentially save \$1 billion down the line » (*Leader-Post*, Regina, 14 novembre 2008). Mais ailleurs, la presse constate que le Canada ne prend pas la bonne direction en la matière : « Canada is failing to live up to a World Health Organization recommendation to address inequitable distribution of power, money and resources » (*The Vancouver Sun*, 6 octobre 2008).

C'est une nouvelle fois en août, toujours en raison de la publication du rapport de l'OMS, que les médias traitent le plus des **inégalités de santé en général**. Monique Bégin, l'ancienne ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et actuelle membre de la Commission sur les déterminants de la Santé, est l'intervenante la plus fréquemment citée, grâce à la publication dans *La Presse* (Montréal) et *La Tribune* (Sherbrooke) d'une lettre qu'elle a personnellement rédigée et dans laquelle elle dénonce l'accroissement des inégalités au santé au Canada et dans le monde. C'est le *Toronto Star* qui a le plus traité de ce sujet. Le Canada est le lieu dont il a le plus été question.

4.2 LES SUJETS MINEURS

4.2.1 Les revenus

La question du **revenu** interpelle les médias qui mettent en évidence une corrélation entre le niveau des **revenus** de la population et son état de *santé* global. Ceux-ci rapportent que : « within Metro Vancouver, it [the study: Reducing the Gaps in Health, 2008] found low income groups have at least double the rates of hospitalization as those in high-income areas for diabetes, heart or lung disease and mental health disorders » (*The Abbotsford News*, Colombie-Britannique, 1^{er} décembre 2008). CBC affirme pour sa part qu'à Toronto « poorest die earlier [and] suffer more health problems » (CBC, Thunder Bay,

22 octobre 2008). Cependant, les médias notent que de nombreuses personnes sont prêtes à sacrifier leur santé pour un meilleur **revenu** : « choice could very well be socio-economic, i.e. working in a mine pays better than other jobs the individual might be qualified for » (*Medicine Hat News*, Alberta, 11 mars 2008).

4.2.2 La petite enfance

Les médias déplorent que de nombreux enfants vivent dans la pauvreté, ce qui nuit à leur santé : « Poor economic conditions do make children sick » affirme *The Ottawa Citizen* (16 mai 2008). Ils estiment qu'un effort pour les aider à vivre dans de meilleures conditions portera des fruits à long terme et citent à ce propos le Docteur David Butler-Jones, chef de la Santé publiques du Canada. Ce dernier constate, dans un rapport portant sur l'état de la santé publique au Canada, que : « every dollar spent in ensuring a healthy start in the early years will reduce the long term costs associated with health care, addictions, crime, unemployment and welfare » (*The Vancouver Sun*, 6 octobre 2008). *La Presse* (Montréal) affirme pour sa part que « des bonnes garderies en milieu défavorisé réduisent à zéro la différence de performance entre les enfants pauvres et les enfants riches » (18 novembre 2008).

Sortir les enfants de la pauvreté est une préoccupation des médias ontariens qui avancent que : « poverty makes Ontario sick [because] economic inequality translates into limited access to health-care for province's poor » (*Toronto Star*, 5 août 2008). *Le Star* estime cependant qu'il est possible d'améliorer les conditions de vie des jeunes et prend exemple sur les pays nordiques et le Québec : « In 2002, when Québec introduced its poverty action plan, its childhood poverty rate was 18 per cent higher than Ontario's. Just three years later, the Québec rate was 24 per cent lower » (5 août 2008).

4.2.3 La cohésion et le capital social

Les médias de l'Ontario et de Saskatchewan, principalement, prennent conscience que les inégalités de santé sont une menace pour la **cohésion sociale** du pays et sont d'avis que les *gouvernements fédéral et provinciaux doivent agir* en investissant davantage dans des programmes sociaux, ce qui permettra à la population d'être en meilleure santé et réduira du même coup les lourds frais médicaux actuellement pris en charge par le **système de santé**. Ils déplorent que : « Canada's inequality and poverty rates are among the highest in the developed world » (*Toronto Star*, 2 décembre 2008). Le sénateur Hugh Segal, membre du sous-comité du Sénat sur la santé des populations, déclare à cet effet que :

The financial impact of unaddressed poverty drastically increases healthcare costs, illiteracy costs and helps fill our prisons and hospitals and courts and policing bills every day. So while the annual number for non-health and non-education income support costs annually is near two hundred billion, the real cost in terms of the wild overrepresentation of the poor in our jails, hospitals and among drop-outs and the unemployed costs us all billions more every year (*The Kingston Whig-Standard*, Ontario, 26 août 2008).

4.2.4 L'ethnicité et la race

La question de l'**ethnicité** fait l'objet de quelques articles spécifiques. Certains documents se penchent sur la question des noirs. CBC rapporte une étude selon laquelle « a community of black Nova Scotians have higher rates of illness from heart disease and stroke, Type 2 diabetes and psychiatric disorders compared with the general population and poverty, immigration and language don't seem to account for the difference » (CBC, 22 septembre 2008), Cette nouvelle est confirmée par *The Gazette* qui reprend un article du *Los Angeles Times* affirmant que : « Doctors subconsciously favour whites » (*The Gazette*, Montréal, 19 octobre 2008). L'accessibilité aux soins de santé des immigrants installés depuis une longue période de temps est également jugée problématique par CBC (9 octobre 2008) et le *Toronto Star* (8 septembre 2008) notamment.

Cependant, c'est la situation des *Autochtones* qui retient le plus l'attention. La presse déplore que ces populations soient moins en santé que la moyenne des Canadiens. Ainsi, *The Globe & Mail* révèle que « life expectancy in Nunavut is 10 years less than the national average. Infant mortality is four times the Canadian average. More than anything, this is a testament to Canada's shameful neglect of aboriginal peoples » (27 novembre 2008). *Northern News Services* ajoute que « Inuit in Canada have a rate of tuberculosis (TB) 90 times higher than the national average » (17 novembre 2008). Cette visibilité de la *question autochtone* découle largement des études publiées par la Direction de la Santé publique de Saskatoon et rapportées par le *StarPhoenix* (Saskatoon). Ce journal conclut que : « the researchers found it is the disproportionate number of aboriginals living in poverty that creates the impression aboriginal people have worse health than non-aboriginals » (20 novembre 2008).

4.2.5 L'environnement physique

Les médias reconnaissent que l'**environnement physique** joue un rôle important sur la santé. Ainsi, le « logement, [...] les systèmes d'aide et de soutien de voisinage, l'environnement, ou la sécurité sont autant de facteurs qui façonnent le degré de santé et la qualité de vie des membres de toute société » (*La Tribune*, Sherbrooke, 30 août 2008). Ils notent que les inégalités sont criantes à ce sujet; les quartiers défavorisés sont plus pollués, la qualité de vie est perturbée par les autoroutes qui les traversent ou le petit nombre de parcs que l'on y trouve. Le *Toronto Star* déplore que : « low-income families, many already facing diminished health from stress, bad nutrition, diabetes and poor dental care, are placed at further risk because they breathe air contaminated with pollutants suspected of causing cancer and reproductive disorders ». Pour sa part, *La Presse* (Montréal) met le « transport au banc des accusés » lorsqu'elle remarque que « dans les quartiers défavorisés, la circulation plus dense et les autoroutes plus nombreuses augmentent les problèmes de santé : plus de gens souffrent de problèmes respiratoires, et quatre à six fois plus de piétons sont blessés et se retrouvent à l'hôpital » (18 novembre 2008).

Néanmoins, les médias se veulent optimistes et énumèrent des solutions pour réduire ces inégalités « en créant des espaces verts, en améliorant le système de garderie, en réduisant la vitesse dans les quartiers pauvres ». En effet, « l'accès à des espaces verts, à des rues éclairées inciteront les citoyens des quartiers pauvres à marcher davantage. Et réduiront les

accidents » (*La Presse*, Montréal, 18 novembre 2008). CBC renchérit en affirmant que « parks help narrow health gap between rich, poor » (7 novembre 2008). De même, *The Vancouver Sun* constate les bienfaits des espaces verts et titre : « More trees on streets means less asthma for children » (titre du *Vancouver Sun*, 10 mai 2008).

4.2.6 L'éducation

L'**éducation** est considérée par la presse comme un important déterminant de la santé, même s'il arrive loin derrière les *inégalités sociales*. Les médias estiment qu'une bonne **éducation** permet aux *jeunes* d'obtenir de meilleurs emplois, mieux rémunérés, ce qui diminuera à long terme les *inégalités sociales* et donc les inégalités de santé. Ils constatent en outre qu'une population ayant un bon niveau d'éducation peut faire réaliser de substantielles économies à la nation toute entière dans de nombreux domaines. Le *Telegraph Journal* (Nouveau-Brunswick, 8 mars 2008) donne l'exemple suivant lorsqu'il constate que :

The prevalence of diabetes declines as health literacy increases. By 2016, the number of Canadians with diabetes is expected to rise to 2.4 million, costing our health-care system more than \$8 billion annually. While genetics is a key factor among others, diabetes is a disease that is highly influenced by individual behaviour. The ability of people to self-manage their diabetes treatment can influence their quality of life, longevity and the risk of complications. Improved health literacy can contribute to the prevention and management of diabetes as it plays a role in modifying behaviour and communicating core knowledge.

Selon les médias, il s'agit donc d'un très bon investissement.

4.2.7 Les autres sujets

Il a été à peine question des six autres sujets, qui, ensemble, représentent 11,2 % du corpus. Il s'agit des **événements** (2,6 %), du **travail** (2,3 %), des **circonstances matérielles** (2 %), du **style de vie** (1,9 %), du **sexe** (1,7 %) et des **facteurs biologiques** (0,6 %).

5 LES DOSSIERS

La figure 3 donne un aperçu de la présence et de la tendance des principaux dossiers se rattachant aux inégalités de santé :

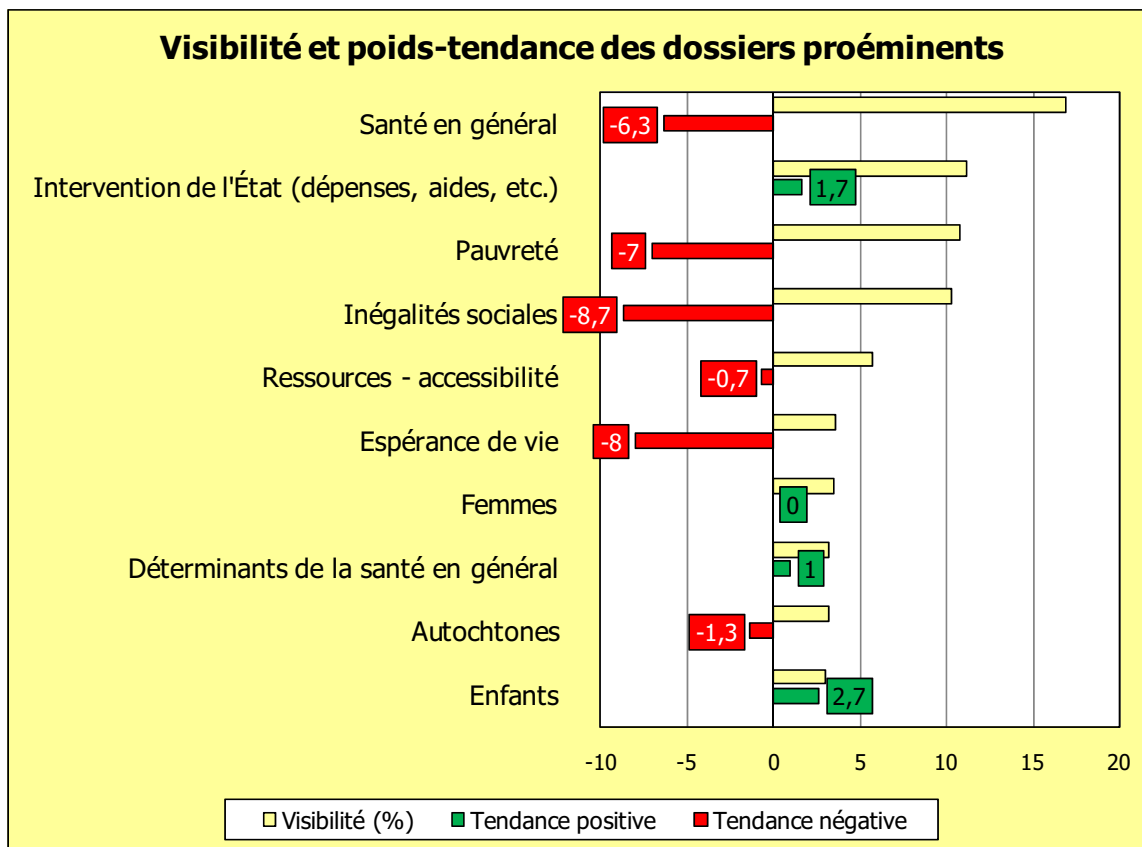


Figure 3 Visibilité et poids-tendance des dossiers les plus abordés

Les médias s'accordent pour déclarer que les *inégalités sociales* et la *pauvreté* ont un impact majeur sur les inégalités de santé. Ils estiment que *l'État doit intervenir* davantage afin d'assurer des soins de qualité à l'ensemble de la population. Les conclusions du rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de l'OMS selon lequel il existe de très importantes différences d'*espérance de vie* entre les pays, ainsi qu'en leur sein, les intéressent plus particulièrement.

La question des femmes, des enfants et des Autochtones retient également leur attention. La presse se montre plus optimiste aux sujets de ces groupes et observe que la situation des femmes et des enfants tend globalement à s'améliorer et que certains programmes pour y arriver ont prouvé leur efficacité. Le constat est cependant plus pessimiste à propos des Autochtones qui, selon les médias, forme un groupe de population moins en santé que la moyenne des Canadiens.

6 LES MÉDIAS

Les médias les plus volubiles sont présentés dans la figure 4.

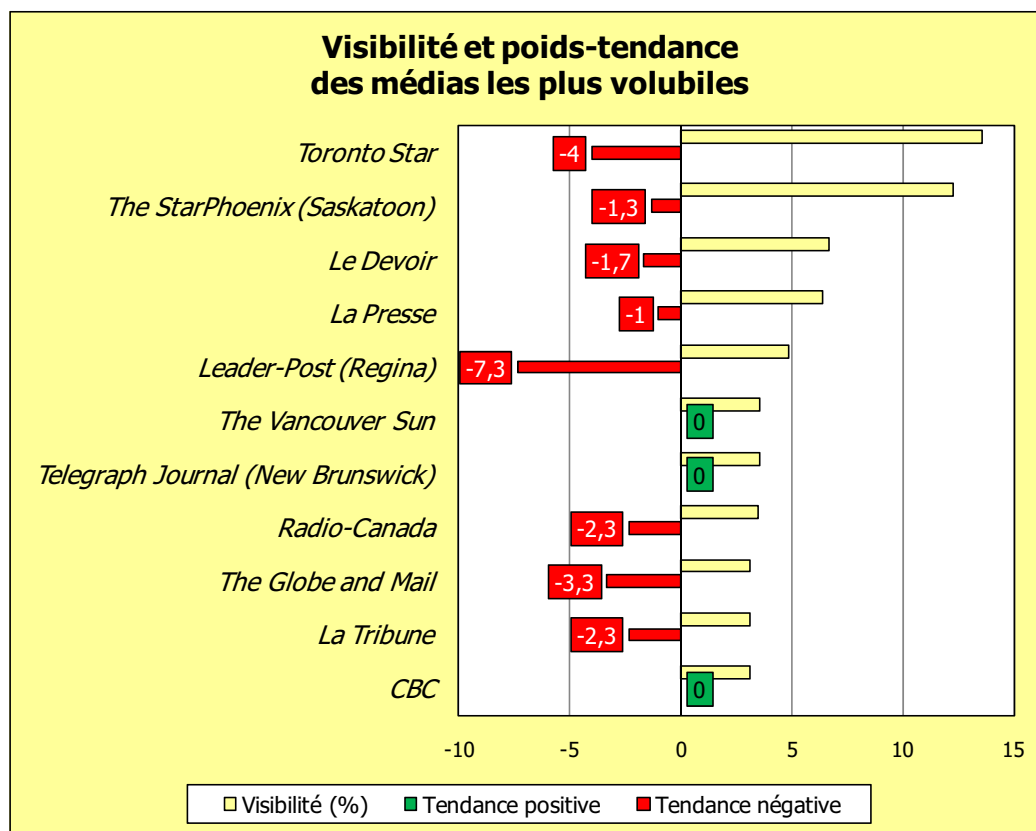


Figure 4 Visibilité et poids-tendance des médias les plus volubiles

Le *Toronto Star* et *The StarPhoenix* (Saskatoon) sont les deux journaux qui affichent le plus d'intérêt aux inégalités de santé en 2008. Le *Toronto Star* se préoccupe davantage de la situation qui prévaut dans la région de *Toronto*, si bien qu'il accorde une importante couverture au rapport consacré à *The Unequal City: Income and Health Inequalities in Toronto*. Il publie également un article approfondi sur le rapport consacré à l'état de la santé publique au Canada.

The StarPhoenix (Saskatoon) écrit longuement sur l'étude portant sur les disparités de santé à Saskatoon; il en fait son thème dominant et ne traite d'aucun des rapports de l'OMS. Toujours en Saskatchewan, le *Leader-Post* de Regina se montre plus disert et aborde avec un très grand intérêt les inégalités de santé; il traite à la fois du rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et du rapport traitant de la situation à Saskatoon.

Les médias québécois, notamment *La Presse* (Montréal) et *Le Devoir* (Montréal), sont marqués par le rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux et publient des articles détaillés à ce sujet.

7 LES INTERVENANTS

Le tiers (34,1 %) de la couverture de presse consacrée aux inégalités de santé en 2008 repose sur des citations, ce qui est supérieur à la moyenne de 30 % constatée par le Laboratoire. En tout, près de 150 personnes ou groupes d'intervenants ont vu leurs propos rapportés par la presse. La figure 5 identifie les principaux intervenants de la couverture.

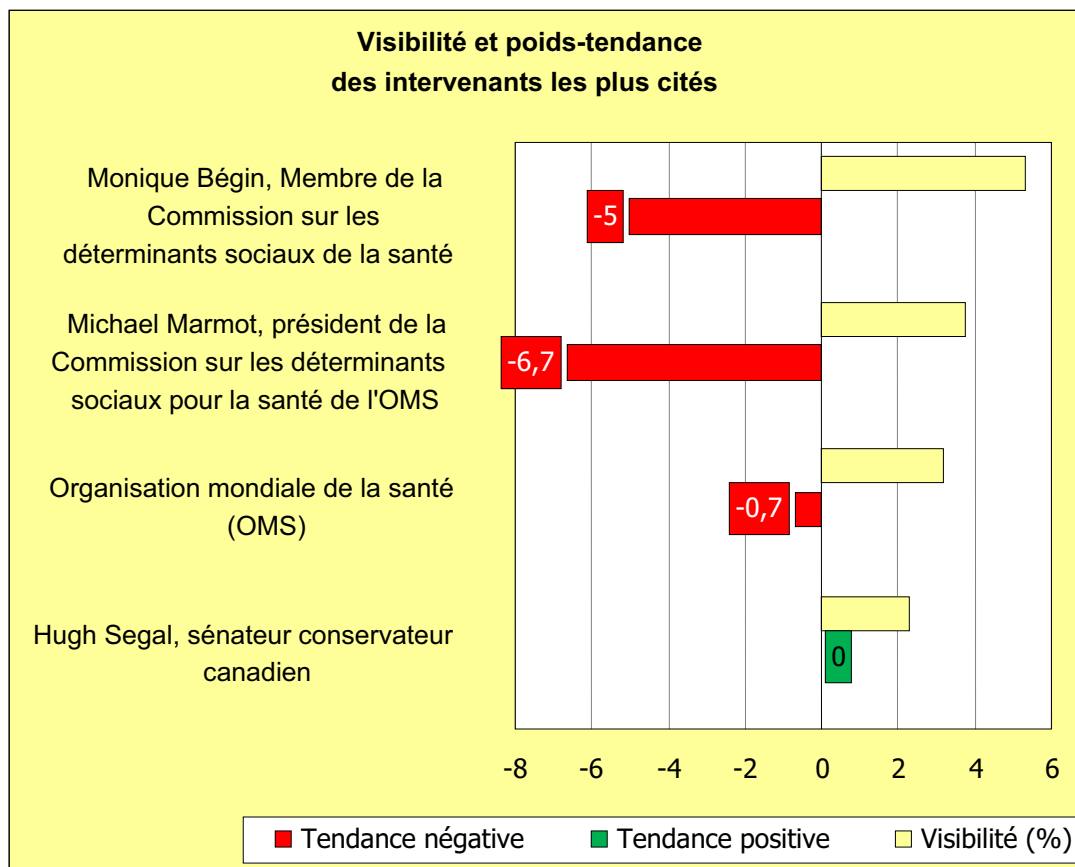


Figure 5 **Visibilité et poids-tendance des intervenants les plus cités**

Grâce à la publication d'une longue lettre dans *La Presse* (Montréal) et *La Tribune* (Sherbrooke), Monique Bégin, membre de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et ancienne ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, est l'intervenante dont les propos sont les plus longuement rapportés par la presse. Elle réagit vivement à la publication du rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et ne cache pas son indignation quant à l'accroissement des inégalités sociales, aussi bien au Canada que dans le reste du monde. Elle écrit :

Sommes-nous fiers de lire le Rapporteur spécial des Nations unies sur le logement convenable au Canada qui a écrit, il n'y a pas un an : « Partout où je suis allé au Canada, j'ai rencontré des gens qui vivaient dans la rue ou dans des logements insalubres et non sécuritaires. » Au printemps dernier, le FRAPRU (le Front d'action populaire en réaménagement urbain demandait au Québec un plan de cinq ans permettant la réalisation de 50 000 nouveaux logements sociaux. Et ces situations se retrouvent à un

degré ou à un autre dans toutes les villes canadiennes. Tout ça dans le pays classé premier par les Nations unies pendant sept années d'affilée comme le « meilleur pays du monde ». Nous nous en sommes bien vantés! D'ailleurs, même si nous sommes tombés au 4^e rang, nous continuons de nous vanter. Et pourtant... La vérité est que notre immense richesse - car nous sommes un pays riche, très riche - réussit à masquer la réalité et à rendre la pauvreté invisible.

Les porte-parole de l'OMS, grâce à la visibilité générée par leurs rapports, forment le groupe d'intervenants dont les propos sont le plus fréquemment cités. Michael Marmot, président de la Commission sur les déterminants sociaux pour la santé de l'OMS, y dénonce avec force l'accroissement des inégalités de santé; Margaret Chan, directrice de l'OMS, y trouve également une tribune importante.

Hugh Segal, sénateur conservateur du Canada, membre du sous-comité du Sénat sur la santé des populations, arrive en quatrième position des intervenants au chapitre de la visibilité grâce à la transcription d'une conférence qu'il a donnée : *The New Poverty Agenda: Reshaping Policies in the 21st century*, et publiée par le seul *Kingston Whig-Standard* (Ontario). Les autres intervenants sont à peine visibles.

8 LES RÉGIONS

La figure 6 présente une comparaison entre les régions d'où viennent les médias et le lieu du contenu des articles diffusés ou publiés à propos des inégalités de santé. Les régions sont identifiées en tant que provinces ou territoires.

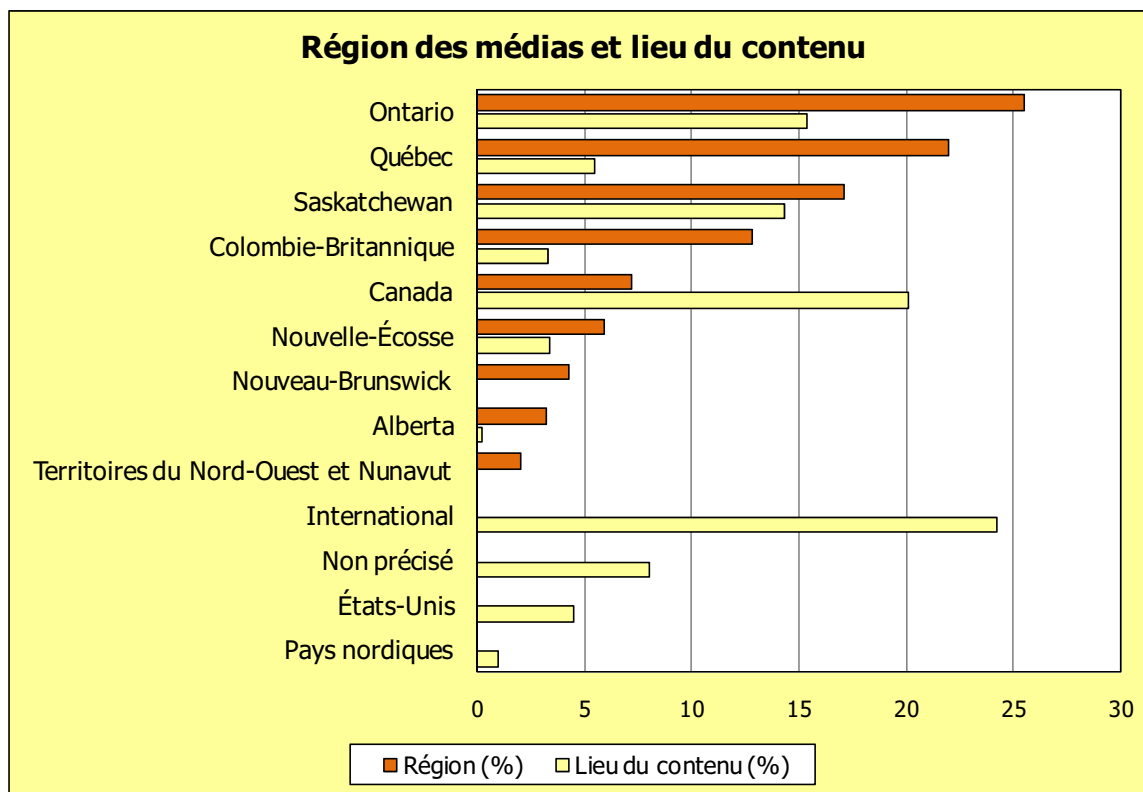


Figure 6 Comparaison entre la région des médias et le lieu du contenu

Les médias de l'Ontario sont les plus volubiles de la couverture, notamment grâce au *Toronto Star*. Le grand intérêt de *La Presse* (Montréal) et du *Devoir* (Montréal) pour les inégalités de santé place le Québec en deuxième position. Une surprise vient de la Saskatchewan, où l'étude portant sur les inégalités à Saskatoon a suscité un vif intérêt dans le journal local *The StarPhoenix*. Les médias de Colombie-Britannique, notamment *The Vancouver Sun*, permettent à cette province de se classer au quatrième rang.

Les régions dont il est le plus question dans le contenu des articles sont : l'international, en raison de l'impact du rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux qui dresse l'état de la situation à l'échelle de la planète, et le Canada dans sa globalité. Au chapitre des provinces, l'Ontario devance de justesse la Saskatchewan. Les États-Unis suscitent un réel intérêt lorsqu'il est question des inégalités de santé. Si bien que les médias en parlent quasiment autant que du Québec et de la Colombie-Britannique. Les médias québécois traitent d'avantage de problèmes à l'échelle internationale que les médias ontariens, beaucoup plus centrés sur l'Ontario et le Canada. Cet intérêt des médias québécois s'explique par le fait qu'ils accordent une large couverture aux rapports de l'OMS. Par contre, le contenu des médias de Nouvelle-Écosse penche davantage pour les problématiques locales.

Au chapitre de la tendance, les médias dressent un constat pessimiste de la situation dans l'ensemble des régions qu'ils abordent, à l'exception du Québec et des pays nordiques (Suède, Finlande et Norvège). A propos du Québec, *La Presse* (Montréal) cite madame Raynaud, directrice du Centre Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal, qui affirme que « le Québec est la province la moins inégale, à cause de son système de garderie, d'assurance médicaments et de crédit d'impôt pour les garderies privées » (18 novembre 2008).

9 ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE

L'intérêt des médias pour les inégalités de santé est relativement limité durant la première moitié de l'année 2008 comme le montre la figure 10.

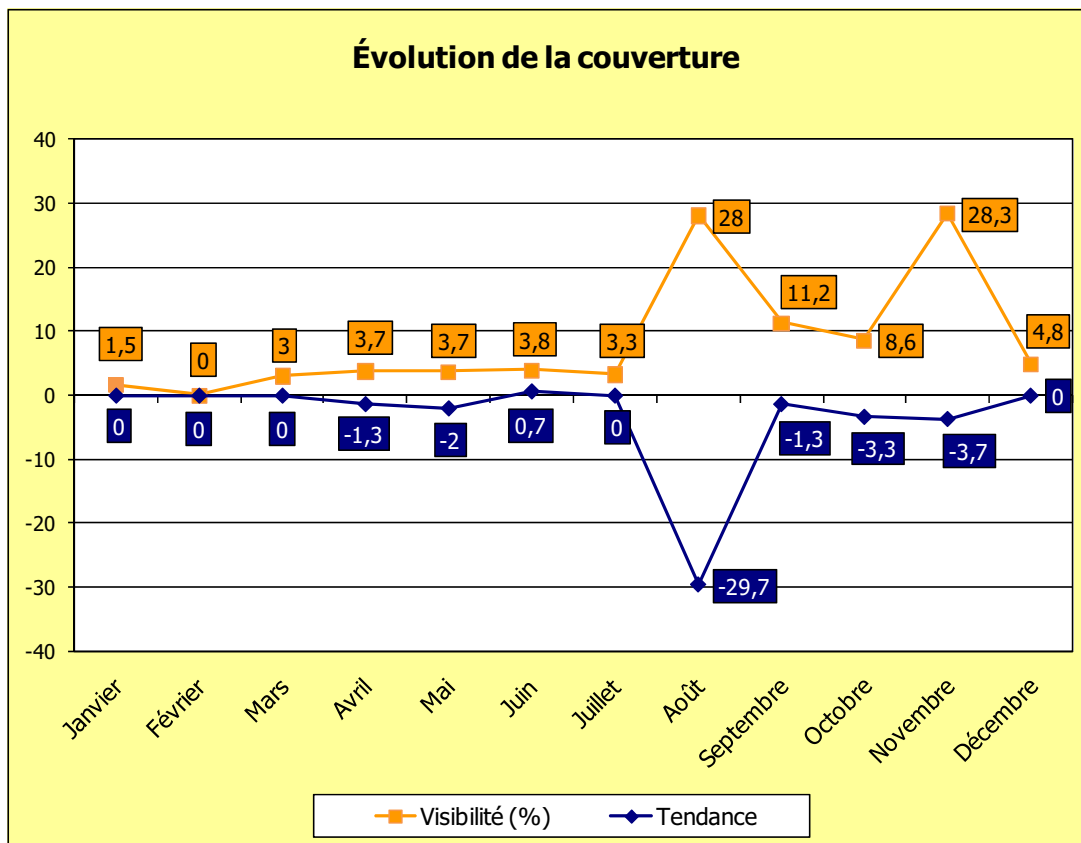


Figure 7 Évolution de la couverture

La situation change totalement à partir du mois d'août lorsque l'OMS publie son rapport sur les déterminants sociaux de la santé. Michael Marmot, président de la Commission sur les déterminants sociaux pour la santé de l'OMS, et Margaret Chan, directrice de l'OMS, suscitent beaucoup d'intérêt dans les médias qui prennent conscience des inégalités de santé dans le monde, ainsi qu'à l'intérieur du pays. Le rapport publié à la fin du mois d'août génère encore des articles en septembre, ce qui explique la courbe prononcée pour cette période.

En octobre, un autre rapport de l'OMS traitant de la santé dans le monde marque également les médias. Le 17 novembre, la Direction de la Santé de Saskatoon dévoile les résultats de son enquête sur les disparités sociales touchant cette ville. Cet événement retient surtout l'attention d'un journal, *The StarPhoenix*. A un point tel que novembre est le mois de l'année au cours duquel il est le plus question des inégalités de santé.

10 LES AUTRES CATÉGORIES

10.1 LA LANGUE

Le tableau ci-dessous compare le contenu diffusé par les médias de langues anglaise et française :

Langues	Volume (%)	Tendance
Anglais	74,1	30,0-
Français	25,9	10,7-

Les médias francophones produisent le quart de la couverture. Ils portent un intérêt marqué aux publications de l'OMS. La presse anglophone traite moins des rapports ciblés par le CCNPPS. L'étude sur les disparités sociales à Saskatoon devance celles de l'OMS.

10.2 LE TYPE DE DOCUMENTS

Le tableau ci-dessous compare le volume de contenu par type de documents sur l'ensemble de la couverture :

Types de documents	Volume (%)	Tendance
Nouvelles et reportages	88,1	41,3-
Lettres	8,0	1,7+
Éditoriaux et chroniques	3,8	1,0-

Cette couverture comporte essentiellement des nouvelles.

11 CONCLUSION

Une couverture de presse réduite

Les médias canadiens affichent un intérêt relativement limité aux inégalités de santé puisque seulement 81 articles de presse ont été recensés en 2008. Cependant, ceux-ci sont très denses, la presse traitant en profondeur de cette problématique. L'analyse des articles de fond recensés dans le corpus a ainsi permis d'isoler 1 094 unités d'information, soit 13,5 en moyenne par document, ce qui est largement supérieur à la normale (6,2).

Impact élevé des rapports ciblés par le CCNPPS

Il ressort de cette étude que la publication de rapports faisant l'état de la situation des inégalités de santé peut avoir un impact réel sur le discours de presse. L'OMS se démarque particulièrement à ce sujet grâce à son rapport sur les déterminants sociaux de la santé. La Direction de la Santé publique de Saskatoon fait bien également dans sa région où elle profite du grand intérêt suscité par son rapport dans le quotidien *StarPhoenix*. Une remarque formulée par le *Toronto Star* à l'effet que les recherches scientifiques sont dévoilées sans « fanfare » soulève des interrogations sur la façon dont les intervenants du milieu planifient leurs stratégies de communication.

Les sujets et dossiers

Les médias n'expriment aucun doute sur le fait que les inégalités de santé découlent des *inégalités sociales* et de la *pauvreté*. La réduction de l'écart entre les **classes sociales** s'impose pour eux comme une priorité. Dans cette optique, ils recommandent une *intervention majeure de l'État* afin d'améliorer l'*accessibilité* au **système de santé**. La question du **lieu** de résidence les interpelle également. Ils estiment que ces « dépenses sociales » permettront au final de réaliser de substantielles économies. Les exemples de l'OMS dénonçant l'*écart d'espérance* de vie selon les quartiers de résidence marquants et largement diffusés par les journaux.

Les médias

Les médias francophones sont plus sensibles aux études de l'OMS que ceux de langue anglaise, si bien qu'ils traitent davantage d'actualité internationale. Les études plus locales, comme celle menée par la Direction de la Santé publique de Saskatoon, marquent davantage la presse anglophone. Dans l'ensemble, le *Toronto Star* est le média le plus volubile de la couverture. Il devance *The StarPhoenix* (Saskatoon) et deux journaux québécois : *Le Devoir* et *La Presse*, de Montréal.

Pour conclure

Les médias font un bilan plutôt sombre de la situation, estimant que les inégalités de santé s'accroissent. Ils se veulent cependant optimistes en proposant de nombreuses solutions identifiées par les organismes de santé. Nous laissons ainsi le soin à Monique Bégin, ancienne ministre de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada et membre de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de conclure : « Il faut penser globalement et agir localement. Nombreuses sont les avenues d'action. C'est un défi sérieux,

pas une tâche pour les timorés. Mais c'est aussi un objectif réaliste, que nous pourrions atteindre en une génération » (*La Presse*, Montréal, 28 août 2008).

ANNEXE 1

TABLEAUX INDICIELS

TABLEAUX INDICIELS

Projet(s) : Inégalités de santé				
Sujet	Rapport de décodage			Total
	Positif	Négatif	Neutre	
Classe sociale	12	40	120	172
Système de santé	11	22	112	145
Lieu	11	57	59	127
Inégalités de santé en général	13	26	78	117
Revenus	6	23	50	79
Cohésion/capital social	16	2	56	74
Petite enfance/jeunesse	2	7	65	74
Ethnicité/race	3	9	55	67
Environnement physique	2	11	49	62
Éducation	4	1	50	55
Événements	4	2	22	28
Travail	2	2	21	25
Circonstances matérielles	1	5	16	22
Comportements/Style de vie	0	3	18	21
Sexe/genre	2	1	16	19
Facteurs biologiques/génétiques	0	0	7	7
Total	89	211	794	1094
	8,1 %	19,3 %	72,6 %	100 %

Rapport unités par Sujet					
Sujet	Quantité	Fréquence %	Partialité %	Orientation %	Poids Tendance
Classe sociale	172	15,7	30,2	-16,3	-9,3
Système de santé	145	13,3	22,8	-7,6	-3,7
Lieu	127	11,6	53,5	-36,2	-15,3
Inégalités de santé en général	117	10,7	33,3	-11,1	-4,3
Revenus	79	7,2	36,7	-21,5	-5,7
Cohésion/capital social	74	6,8	24,3	18,9	4,7
Petite enfance/jeunesse	74	6,8	12,2	-6,8	-1,7
Ethnicité/race	67	6,1	17,9	-9,0	-2,0
Environnement physique	62	5,7	21,0	-14,5	-3,0
Éducation	55	5,0	9,1	5,5	1,0
Événements	28	2,6	21,4	7,1	0,7
Travail	25	2,3	16,0	0,0	0,0
Circonstances matérielles	22	2,0	27,3	-18,2	-1,3
Comportements/Style de vie	21	1,9	14,3	-14,3	-1,0
Sexe/genre	19	1,7	15,8	5,3	0,3
Facteurs biologiques/génétiques	7	0,6	0,0	0,0	0,0
Total	1094	100,0			
Indices généraux			27,4	-11,2	-40,7

Dossier	Rapport unités par Dossier				
	Quantité	Fréquence %	Partialité %	Orientation %	Poids Tendance
Santé en général	185	16,9	21,1	-10,3	-6,3
Intervention de l'État (dépenses, aides, etc.)	122	11,2	22,1	4,1	1,7
Pauvreté	118	10,8	29,7	-17,8	-7,0
Inégalités sociales	113	10,3	44,2	-23,0	-8,7
Ressources - accessibilité	63	5,8	44,4	-3,2	-0,7
Aucun	51	4,7	25,5	-9,8	-1,7
Espérance de vie	39	3,6	61,5	-61,5	-8,0
Femmes	38	3,5	10,5	0,0	0,0
Autochtones	35	3,2	22,9	-11,4	-1,3
Déterminants de la santé en général	35	3,2	8,6	8,6	1,0
Enfants	33	3,0	30,3	24,2	2,7
Pollution	30	2,7	10,0	-10,0	-1,0
Prévention	23	2,1	8,7	0,0	0,0
Parcs, espaces verts, environnement	22	2,0	0,0	0,0	0,0
Alimentation, nutrition	21	1,9	38,1	-38,1	-2,7
Logement	21	1,9	19,0	-19,0	-1,3
Retombées sociales et économiques	19	1,7	68,4	-15,8	-1,0
Personnes âgées	15	1,4	0,0	0,0	0,0
Législation	12	1,1	8,3	-8,3	-0,3
Santé primaire	11	1,0	0,0	0,0	0,0
Accès, délais	10	0,9	50,0	-50,0	-1,7
Lieu de naissance	10	0,9	70,0	-70,0	-2,3
Habitudes de vie (sport, fumeur, alcoolique, drogué, etc.)	9	0,8	33,3	-33,3	-1,0
Mortalité infantile	9	0,8	44,4	-22,2	-0,7
Quartiers	8	0,7	12,5	12,5	0,3
Sécurité	7	0,6	57,1	-57,1	-1,3
Circulation automobile	6	0,5	16,7	16,7	0,3
Généralistes vs spécialistes	6	0,5	16,7	16,7	0,3
Types de maladies étudiées et technologie	6	0,5	0,0	0,0	0,0
Conditions de travail	5	0,5	0,0	0,0	0,0
Monoparentalité	4	0,4	25,0	-25,0	-0,3
Chômage/Plein emploi	2	0,2	50,0	50,0	0,3
Handicapés	2	0,2	0,0	0,0	0,0
Mortalité en général	2	0,2	0,0	0,0	0,0
Écart entre les riches et les pauvres	1	0,1	0,0	0,0	0,0
Voisinage	1	0,1	0,0	0,0	0,0
Total	1094	100,0			
Indices généraux			27,4	-11,2	-40,7

Intervenant	Rapport unités par Intervenant					Poids Tendance
	Quantité	Fréquence %	Partialité %	Orientation %		
Aucun	721	65,9	27,9	-11,8	-28,3	
Monique Bégin, professeure à l'Université d'Ottawa	58	5,3	29,3	-25,9	-5,0	
Michael Marmot, président de la Commission sur les déterminants sociaux pour la santé de l'OMS	41	3,7	58,5	-48,8	-6,7	
Organisation mondiale de la Santé (OMS)	35	3,2	57,1	-5,7	-0,7	
Hugh Segal, sénateur conservateur du Canada	25	2,3	0,0	0,0	0,0	
Canadian Centre for Policy Alternatives	19	1,7	0,0	0,0	0,0	
Oxfam Canada	18	1,6	0,0	0,0	0,0	
Spécialistes, chercheurs, universitaires	18	1,6	22,2	11,1	0,7	
Public, citoyens	15	1,4	13,3	0,0	0,0	
Michel Bilodeau, PDG de l'Hôpital pour enfant de l'Est de l'Ontario	10	0,9	0,0	0,0	0,0	
Lisa Wetmore, coordinatrice du projet « Dodging Diabetes »	9	0,8	0,0	0,0	0,0	
Marie-France Raynaud, directrice du Centre Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal	8	0,7	37,5	12,5	0,3	
Mark Lemstra, coauteur du rapport : <i>Health disparities in Saskatoon</i>	7	0,6	42,9	-14,3	-0,3	
Anne Doucette, présidente de la Saskatoon community clinic	6	0,5	66,7	0,0	0,0	
Dr. David Butler-Jones, premier administrateur en chef de la santé publique du Canada	6	0,5	33,3	33,3	0,7	
Dr. Margaret Chan, directrice générale de l'OMS	6	0,5	16,7	-16,7	-0,3	
Dr. Patrick Morency, médecin en santé publique à la Direction de santé publique de Montréal (DSPM)	5	0,5	0,0	0,0	0,0	
Dr. Richard Shabas, médecin-chef en santé publique de l'Ontario	5	0,5	0,0	0,0	0,0	
Mandana Vahabi, professeur à la faculté des Services communautaires de l'Université Ryerson (Toronto)	5	0,5	20,0	-20,0	-0,3	
Mary Russel, directrice de la santé communautaire, Capital Health	5	0,5	0,0	0,0	0,0	
Dr. Cordell Neudorf, président du conseil de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) et médecin-conseil en chef de la région sanitaire de Saskatoon	4	0,4	25,0	25,0	0,3	

Rapport unités par Intervenant (suite)						
Intervenant	Quantité	Fréquence %	Partialité %	Orientation %	Poids Tendance	
John Stapleton, expert en politiques sociales	4	0,4	0,0	0,0	0,0	
Judith MacBride-King, conseillère en ressources humaines au Conference Board du Canada	4	0,4	25,0	-25,0	-0,3	
Louise Greenberg, associée du ministre de la santé en Saskatchewan	4	0,4	100,0	50,0	0,7	
Pat Lorie, maire de la ville de Saskatoon	4	0,4	75,0	75,0	1,0	
Cheryl Case, Département de santé et de services sociaux	3	0,3	0,0	0,0	0,0	
Fe de Leon, chercheur au Canadian Environmental Association	3	0,3	0,0	0,0	0,0	
Gail Turner, directrice de la santé publique du Nunavut	3	0,3	0,0	0,0	0,0	
Richard Mitchell, professeur à l'Université de Glasgow	3	0,3	0,0	0,0	0,0	
Sharon Manson Singer, présidente Canadian Policy Research Networks	3	0,3	33,3	-33,3	-0,3	
Craig Gundersen, Université de l'Illinois	2	0,2	0,0	0,0	0,0	
Dr. David McKeown, Toronto's chief medical officer of health	2	0,2	100,0	-100,0	-0,7	
Dr. Gina S. Lovasi, Université Colombia	2	0,2	0,0	0,0	0,0	
Dr. Terry Hartig, Institut de recherche sur l'habitation et l'Urbanisation de l'Université d'Uppsala en Suède	2	0,2	0,0	0,0	0,0	
Frederick Hertzberg, psychologue	2	0,2	0,0	0,0	0,0	
Jennifer Foulds, coauteur du PollutionWatch report	2	0,2	0,0	0,0	0,0	
Lynne Raskin, directrice exécutive au South Riverdale Community Health Center	2	0,2	0,0	0,0	0,0	
Raven Sinclair, assistant directeur, Indigenous People's Health Research Centre	2	0,2	50,0	-50,0	-0,3	
Shan Landry, vice-président des services de santé sociale de Saskatchewan	2	0,2	0,0	0,0	0,0	
Adam Spence, directeur exécutif Ontario Association of Food Banks	1	0,1	100,0	100,0	0,3	
Ayesha Adhami, centre de santé des femmes immigrantes de Toronto	1	0,1	100,0	-100,0	-0,3	
Bill Solberg, director of community services for Columbia St. Mary's Hospital in Milwaukee	1	0,1	0,0	0,0	0,0	
Carolyn Benett, critique libérale en matière de santé	1	0,1	100,0	-100,0	-0,3	

Rapport unités par Intervenant (suite)						
Intervenant	Quantité	Fréquence %	Partialité %	Orientation %	Poids Tendance	
Charles MacCormack, président de l'organisme Save the Children	1	0,1	0,0	0,0	0,0	
Daniel Kim, chercheur	1	0,1	0,0	0,0	0,0	
Don Drummond, vice-président de la Banque TD	1	0,1	100,0	-100,0	-0,3	
Dr. Hazel Stewart, chef du programme dentaire de la santé publique de Toronto	1	0,1	0,0	0,0	0,0	
Dr. Jim Sanders du Medical College au Wisconsin	1	0,1	0,0	0,0	0,0	
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	1	0,1	0,0	0,0	0,0	
Janice Sabin, Université de Washington à Seattle	1	0,1	0,0	0,0	0,0	
Ka Tat Tsang, professeur à l'Université de Toronto	1	0,1	0,0	0,0	0,0	
Larry Levin, president of the Ontario Dental Association	1	0,1	0,0	0,0	0,0	
Leona Aglukkaq, ministre de la Santé du Canada	1	0,1	0,0	0,0	0,0	
Paul Hachey, citoyen de Toronto	1	0,1	0,0	0,0	0,0	
Rapporteur spécial des Nations unies sur le logement convenable au Canada	1	0,1	100,0	-100,0	-0,3	
Ronald Labonté, professeur à la faculté de médecine à l'Université d'Ottawa et chercheur à la Chaire canadienne sur la globalisation et les inégalités de santé	1	0,1	0,0	0,0	0,0	
Shirley Isbister, présidente du Centre Urbain de la fédération Métis	1	0,1	0,0	0,0	0,0	
Susan Rooks, porte-parole de l'organisme Save the Children Canada	1	0,1	0,0	0,0	0,0	
Total	1094	100,0				
Indices généraux			27,4	-11,2	-40,7	

Rapport unités par Langue						
Langue	Quantité	Fréquence %	Partialité %	Orientation %	Poids Tendance	
Anglais	811	74,1	26,4	-11,1	-30,0	
Français	283	25,9	30,4	-11,3	-10,7	
Total	1094	100,0				
Indices généraux			27,4	-11,2	-40,7	

Rapport unités par Lieu où se situe le contenu					
Lieu où se situe le contenu	Quantité	Fréquence %	Partialité %	Orientation %	Poids Tendance
International	265	24,2	37,0	-27,9	-24,7
Canada	220	20,1	20,0	-3,6	-2,7
Saskatoon	157	14,4	47,8	-9,6	-5,0
Toronto	98	9,0	35,7	-21,4	-7,0
Aucun	88	8,0	0,0	0,0	0,0
Ontario	62	5,7	3,2	0,0	0,0
États-Unis	49	4,5	12,2	-12,2	-2,0
Nouvelle-Écosse	36	3,3	0,0	0,0	0,0
Québec	31	2,8	0,0	0,0	0,0
Vancouver	25	2,3	44,0	-44,0	-3,7
Québec (province)	21	1,9	47,6	28,6	2,0
Colombie-Britannique	11	1,0	63,6	9,1	0,3
Pays nordiques	11	1,0	81,8	81,8	3,0
Ottawa	9	0,8	0,0	0,0	0,0
Montréal	8	0,7	25,0	-25,0	-0,7
Edmonton	2	0,2	0,0	0,0	0,0
Halifax	1	0,1	100,0	-100,0	-0,3
Total	1094	100,0			
Indices généraux			27,4	-11,2	-40,7

Rapport unités par Média					
Média	Quantité	Fréquence %	Partialité %	Orientation %	Poids Tendance
Toronto Star	148	13,5	24,3	-8,1	-4,0
The StarPhoenix (Saskatoon)	134	12,2	49,3	-3,0	-1,3
Le Devoir	73	6,7	42,5	-6,8	-1,7
La Presse	70	6,4	27,1	-4,3	-1,0
Leader-Post (Regina)	53	4,8	45,3	-41,5	-7,3
Telegraph Journal (New Brunswick)	39	3,6	0,0	0,0	0,0
The Vancouver Sun	39	3,6	30,8	0,0	0,0
Radio-Canada	38	3,5	44,7	-18,4	-2,3
CBC	34	3,1	0,0	0,0	0,0
La Tribune	34	3,1	20,6	-20,6	-2,3
The Globe and Mail	34	3,1	35,3	-29,4	-3,3
Cape Breton Post (Nova Scotia)	32	2,9	0,0	0,0	0,0
The Chronicle Herald (Halifax)	32	2,9	0,0	0,0	0,0
The Kingston Whig-Standard (Ontario)	32	2,9	0,0	0,0	0,0
Edmonton Journal	24	2,2	33,3	-25,0	-2,0
Le Soleil	23	2,1	13,0	-13,0	-1,0
Global TV	22	2,0	50,0	-50,0	-3,7
Ottawa Citizen	22	2,0	27,3	-27,3	-2,0
The Vancouver Province	21	1,9	66,7	-66,7	-4,7
The Fredericton Daily Gleaner (Nouveau-Brunswick)	19	1,7	0,0	0,0	0,0

Rapport unités par Média (suite)						
Média	Quantité	Fréquence %	Partialité %	Orientation %	Poids Tendance	
CKPR-TV (CBC, Thunder Bay, Ontario)	17	1,6	82,4	-58,8		-3,3
The Richmond Review (Colombie-Britannique)	16	1,5	0,0	0,0		0,0
CBCS-FM (CBC, Sudbury - Ontario)	14	1,3	0,0	0,0		0,0
Northern News Services Online	14	1,3	0,0	0,0		0,0
South Delta Leader (Colombie-Britannique)	12	1,1	41,7	-25,0		-1,0
Medicine Hat News (Alberta)	11	1,0	0,0	0,0		0,0
The Abbotsford News (Colombie-Britannique)	11	1,0	45,5	-27,3		-1,0
The News Leader (Burnaby, Vancouver)	11	1,0	36,4	-18,2		-0,7
The Intelligencer (Belleville, Ontario)	10	0,9	0,0	0,0		0,0
The Peterborough Examiner (Ontario)	10	0,9	0,0	0,0		0,0
Le Droit	9	0,8	0,0	0,0		0,0
The Moncton Times & Transcript	9	0,8	0,0	0,0		0,0
The Sun Times (Owen Sound, Ontario)	8	0,7	50,0	50,0		1,3
The Windsor Star	6	0,5	0,0	0,0		0,0
Times Colonist (Victoria)	5	0,5	0,0	0,0		0,0
The Edmonton Journal	3	0,3	0,0	0,0		0,0
The Gazette	3	0,3	0,0	0,0		0,0
The Telegram (Saint-Jean, Terre-Neuve)	2	0,2	100,0	100,0		0,7
Total	1094	100,0				
Indices généraux			27,4	-11,2		-40,7

Rapport unités par Période						
Période	Quantité	Fréquence %	Partialité %	Orientation %	Poids Tendance	
Novembre 2008	310	28,3	28,1	-3,5		-3,7
Août 2008	306	28,0	40,8	-29,1		-29,7
Septembre 2008	123	11,2	19,5	-3,3		-1,3
Octobre 2008	94	8,6	27,7	-10,6		-3,3
Décembre 2008	53	4,8	30,2	0,0		0,0
Juin 2008	42	3,8	14,3	4,8		0,7
Avril 2008	41	3,7	14,6	-9,8		-1,3
Mai 2008	40	3,7	25,0	-15,0		-2,0
Juillet 2008	36	3,3	0,0	0,0		0,0
Mars 2008	33	3,0	0,0	0,0		0,0
Janvier 2008	16	1,5	0,0	0,0		0,0
Total	1094	100,0				
Indices généraux			27,4	-11,2		-40,7

Rapport unités par Région					
Région	Quantité	Fréquence %	Partialité %	Orientation %	Poids Tendance
Saskatchewan	164	15,0	49,4	-10,4	-5,7
Toronto	154	14,1	23,4	-7,8	-4,0
Montréal	104	9,5	24,0	-12,5	-4,3
Québec (province)	84	7,7	50,0	-2,4	-0,7
Canada	79	7,2	20,3	-7,6	-2,0
Ontario	76	6,9	18,4	-13,2	-3,3
Vancouver	74	6,8	40,5	-21,6	-5,3
Nouvelle-Écosse	64	5,9	0,0	0,0	0,0
Colombie-Britannique	62	5,7	33,9	-27,4	-5,7
Nouveau-Brunswick	47	4,3	4,3	4,3	0,7
Ottawa	43	3,9	14,0	-14,0	-2,0
Sherbrooke	34	3,1	20,6	-20,6	-2,3
Edmonton	24	2,2	33,3	-25,0	-2,0
Régina	23	2,1	39,1	-39,1	-3,0
Québec	19	1,7	15,8	-15,8	-1,0
Territoires du Nord-Ouest et Nunavut	14	1,3	0,0	0,0	0,0
Alberta	11	1,0	0,0	0,0	0,0
Thunder Bay	8	0,7	0,0	0,0	0,0
Windsor	6	0,5	0,0	0,0	0,0
Victoria	4	0,4	0,0	0,0	0,0
Total	1094	100,0			
Indices généraux			27,4	-11,2	-40,7

Rapport unités par Source						
Source	Quantité	Fréquence %	Partialité %	Orientation %	Poids Tendance	
Réactivité journalistique ou autres sources	540	56,2	0,0	0,0	0,0	
WHO Final Report of the Commission on the Social Determinants of Health, August 28, 2008	261	23,9	55,9	-35,2	-30,7	
Health Disparity in Saskatoon: Analysis to Intervention. Saskatoon Health Region, 2008 (Lemstra et Neudorf)	139	12,7	54,7	-10,1	-4,7	
The Unequal City: Income and Health Inequalities in Toronto. October, 2008	46	4,2	69,6	-34,8	-5,3	
Reducing the Gaps in Health: A Focus on Socio-economic Status in Urban Canada. Canadian Population Health Initiative. November, 2008.	35	3,2	42,9	-25,7	-3,0	
Chief Public Health Officer's Report of the State of Public Health In Canada. June, 2008.	32	2,9	59,4	15,6	1,7	
Reports of the Senate Subcommittee on Population Health	25	2,3	0,0	0,0	0,0	
Rencontre internationale francophone sur les inégalités sociales en santé à Québec	16	1,5	62,5	37,5	2,0	
Total	1094	100,0				
Indices généraux			27,4	-11,2	-40,7	

Rapport unités par Type de document						
Type de document	Quantité	Fréquence %	Partialité %	Orientation %	Poids Tendance	
Nouvelles et reportages	964	88,1	29,0	-12,9	-41,3	
Lettres de lecteurs	88	8,0	19,3	5,7	1,7	
Chroniques et éditoriaux	42	3,8	7,1	-7,1	-1,0	
Total	1094	100,0				
Indices généraux			27,4	-11,2	-40,7	

ANNEXE 2
LISTE DES ÉVÉNEMENTS

LISTE DES ÉVÈNEMENTS

Le Laboratoire d'analyse de presse avait pour mandat de mesurer l'impact sur le discours de presse de la publication de huit rapports et de deux colloques se rapportant aux inégalités de santé. En voici la liste :

Rapports

1 – Organisation mondiale de la Santé : *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la commission des Déterminants sociaux de la Santé, novembre, 2008. **(OMS)**

2 – Conference Board of Canada : *Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits: The Case for Business Action on the Socio-Economic Determinants of Health*, décembre, 2008. **(Conference Board)**

3 – Toronto Public Health : *The Unequal City: Income and Health Inequalities in Toronto, 2008*, octobre, 2008. **(Toronto)**

4 – Institut canadien d'information sur la santé/Initiative sur la santé de la population canadienne : *Réduction des écarts en matière de santé. Un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada, 2008*. **(ICIS)**

5 – Gouvernement du Canada: *Rapport de l'Administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008*, juin, 2008. **(Canada)**

6 – Health Officers Council of B.C. : *Health Inequities in British Columbia*, décembre, 2008. **(C-B)**

7 – Gouvernement du Canada : *Rapport du sous-comité sénatorial sur la santé des populations, 2008*. **(Rapport Sénat)**

8 – Lemstra, M. et C. Neudorf. *Health Disparity in Saskatoon: Analysis to Intervention*. Saskatoon Health Region, Novembre, 2008. **(Saskatoon)**

Colloques

9 – Institut national de santé publique du Québec. *Journées annuelles de santé publique : Rencontre internationale francophone sur les inégalités sociales en santé*. Québec, novembre, 2008. **(INSPQ)**

10 - Association canadienne de santé publique. Conférence annuelle : La santé publique au Canada : vers une réduction des inégalités en santé par la recherche et l'action, Halifax, juin, 2008. **(ACSP)**

ANNEXE 3
DOCUMENTS ANALYSÉS

DOCUMENTS ANALYSÉS

Abbotsford News, The

Nagel, Jeff, 2008, "Rich-poor health gaps flagged: Study", *The Abbotsford News* (Abbotsford), 1^{er} décembre.

Belleville Intelligencer, The

Ellesworth, Barry, 2008, "Poverty a killer: physicians' report", *The Belleville Intelligencer* (Belleville), 30 juillet.

Burnaby NewsLeader, The

Nagel, Jeff, 2008, "Health closely tied to income: study", *Burnaby NewsLeader* (Burnaby), 26 novembre.

Canada NewsWire

2008, « Il n'existe aucun remède miracle : les spécialistes en matière de maladies chroniques et de prévention requièrent l'adoption d'une approche agressive pour réduire les inégalités », *Canada NewsWire*, 24 novembre.

2008, "No Magic Pill - Chronic disease and prevention experts call for aggressive approach to reduce inequities", *Canada NewsWire*, 24 novembre.

2008, « Inégalités socioéconomiques et état de santé - Mieux comprendre les liens pour réduire les écarts », *Canada NewsWire*, 24 novembre.

2008, « Un grand rendez-vous à Québec : la programmation de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé est maintenant en ligne », *Canada NewsWire*, 1^{er} octobre.

2008, "Media advisory - Chronic Disease Experts Gather to Tackle Socio-Economic Issues", *Canada NewsWire*, 19 novembre.

2008, "Medical Officers of Health Call for Closing the Health Gap in Canada's Large Cities", *Canada NewsWire*, 24 novembre.

2008, « Il n'existe aucun remède miracle : les spécialistes en matière de maladies chroniques et de prévention requièrent l'adoption d'une approche agressive pour réduire les inégalités », *Canada NewsWire*, 24 novembre.

2008, « Les médecins hygiénistes réclament la réduction des écarts en matière de santé dans les plus grandes villes du Canada », *Canada NewsWire*, 24 novembre.

Bégin, Monique, 2008, « À quoi bon soigner les gens pour les renvoyer ensuite dans les conditions qui les rendent malades? », *Canada NewsWire*, août.

Edgeworth, Karen, 2008, "Connecting health-care dots", *Canada NewsWire*, 28 juin.

Canadian Press, The

2008, "Report details challenges facing black women despite successes of Rice and Winfrey", 5 mars.

2008, "Saskatoon health region to examine options after report notes health disparities", 15 novembre.

Cape Breton Post, The

2008, "Better job good for your health", *Cape Breton Post* (Cape Breton), 3 septembre.

Edwards, John Hughes, 2008, "Conservative policy ignores social side of health", *Cape Breton Post* (Cape Breton), 27 septembre.

CBC

2008, "Illness levels higher among black Nova Scotians: study", *CBC* (Thunder Bay), 22 septembre.

2008, "Older immigrants not getting support they need", *CBC* (Toronto), 9 octobre.

2008, "The best and worst places to be a mother or child: survey", *CBC*, 6 mai.

2008, "Toronto's poorest die earlier, suffer more health problems: report", *CBC* (Thunder Bay), 22 octobre.

2008, "Parks help narrow health gap between rich, poor: study", *CBC* (Sudbury), 7 novembre.

Chronicle-Herald, The

2008, "AFN national chief calls for urgent government action in light of recent WHO report", *The Chronicle Herald* (Halifax), 29 août.

Cyberpresse

2008, « Pour les sortir de la pauvreté », *Cyberpresse* (Montréal), 13 avril.

Lemieux, Louise, 2008, « Les inégalités en santé drainent 800 spécialistes à Québec », *Cyberpresse* (Montréal), 18 novembre.

Devoir, Le

2008, « Les Canadiens des groupes de statut socioéconomique faible sont plus susceptibles d'être hospitalisés pour une maladie mentale ainsi que pour l'asthme pédiatrique », *Le Devoir* (Montréal), 24 novembre.

2008, « Un rapport de l'Organisation mondiale de la santé; Les inégalités sociales tuent à grande échelle », *Le Devoir* (Montréal), 29 août.

2008, « Accès aux soins de santé : des inégalités pires qu'il y a 30 ans », *Le Devoir* (Montréal), 15 octobre.

Desrosiers, Éric, 2008, « L'inégalité tue », *Le Devoir* (Montréal), 8 septembre.

Gervais, Lisa-Marie, 2008, « Étude de l'Institut canadien d'information sur la santé. En ville aussi, pauvreté rime avec santé précaire », *Le Devoir* (Montréal), 25 novembre.

Droit, Le

Orfali, Philippe, 2008, « La Fondation communautaire d'Ottawa dévoile son bilan de santé annuel de la ville "Ottawa fait bien, mais pas assez bien" », *Le Droit* (Ottawa), 8 septembre.

Edmonton Journal, The

Sinnema, Jodie, 2008, "New director to study link between aboriginal living conditions and health", *The Edmonton Journal* (Edmonton), 19 novembre.

Fredericton Daily Gleaner, The

French, William, 2008, "Poverty killing on a grand scale: WHO", *Fredericton Daily Gleaner* (Fredericton), 28 août.

Gazette, The

2008, "Doctors subconsciously favour whites: study", *The Gazette* (Montréal), 29 octobre.

Globe and Mail, The

Picard, André, 2008, "What we can all learn from Nunavut", *The Globe and Mail* (Toronto), 27 novembre.

Picard, André, "Social injustice can kill, global panel claims", *The Globe and Mail* (Toronto), 28 août.

Guelph Mercury, The

2008, "Saskatoon health region to examine options after report notes health disparities", *Guelph Mercury* (Guelph), 15 novembre.

Kingston Whig-Standard, The

2008, "Improving quality of life for seniors", *Kingston Whig-Standard* (Kingston), 7 juin.

Segal, Hugh, 2008, "Make poverty a core issue", *Kingston Whig-Standard* (Kingston), 26 août.

Leader Post, The

2008, "Widespread inequities a concern to the WHO", *The Leader Post* (Regina), 30 août.

French, Janet, 2008, "Report offers solutions to poverty, health gap", *The Leader Post* (Regina), 14 novembre.

Moncton Times

Neergaard, Laurant, 2008, "Food pantries care for hunger and disease", *Moncton Times* (Moncton), 2 janvier.

Medicine Hat News

Szuch, Zoe, 2008, "Be thankful for what you have", *Medecine Hat News* (Medicine Hat), 11 mars.

Ottawa Citizen, The

Bilodeau, Michel, 2008, "Poverty tops list of serious effects on a child's health", *The Ottawa Citizen* (Ottawa), 16 mai.

Rose, David, 2008, "Social factors trump genetics for healthy life, report finds; Policy, injustice 'killing people on grand scale'", *The Ottawa Citizen* (Ottawa), 29 août.

Owen Sound Sun Times, The

2008, "Poverty finally getting serious attention it deserves", *The Owen Sound Sun times* (Owen Sound), 18 décembre.

Peterborough Examiner, The

2008, "Home and haven", *The Peterborough Examiner* (Peterborough), 25 novembre.

2008, "Housing, food keys to good health", *The Peterborough Examiner* (Peterborough), 10 janvier.

Presse, La

2008, « Un sérieux défi pour le Canada », *La Presse* (Montréal), 28 août.

Presse Canadienne, La

2008, « L'inégalité cause des ennuis de santé même quand les besoins minimaux sont comblés », *La Presse Canadienne*, 29 août.

2008, « L'inégalité, cause d'ennuis de santé », *La Presse Canadienne*, 30 août.

2008, « Les Canadiens comprennent encore trop peu certains déterminants de la santé », *La Presse Canadienne*, 3 avril.

Province, The

2008, "Aboriginal Peoples Survey: Inuit health and social conditions", *The Province* (Vancouver), 29 août.

2008, "Health care shouldn't just be for the rich, says influential panel", *The Province* (Vancouver), 29 août.

Radio-Canada

2008, « Le fossé se creuse », *Radio-Canada* (Montréal), 14 octobre.

2008, « Mieux vaut être riche... », *Radio-Canada* (Montréal), 28 août.

Reuters.com

2008, "WHO urges universal health care everywhere. Report highlights huge gaps in life expectancy", *Reuters.com*, 29 août.

2008, "Widespread inequities a concern to the WHO", *Reuters.com*, 30 août.

Richmond Review, The

2008, "Aboriginal Peoples Survey: Inuit health and social conditions", *The Richmond Review* (Richmond), 3 décembre.

StarPhoenix, The

2008, "Report shows health gap between rich, poor", *The StarPhoenix* (Saskatoon), 18 novembre.

2008, "Clinics in poor areas won't solve problem alone", *The StarPhoenix* (Saskatoon), 20 novembre.

Burton, Randy, 2008, "Health report laudable, yet grandiose", *The StarPhoenix* (Saskatoon), 18 novembre.

Doucette, Anne, 2008, "Supporting Community Clinic can reduce health disparities", *The StarPhoenix* (Saskatoon), 27 novembre.

French, Janet, 2008, "Report tackles poverty; Health region study to propose solutions to reduce rich, poor gap", *The StarPhoenix* (Saskatoon), 14 novembre.

French, Janet, 2008, "Depression in aboriginals linked to poverty; Parent's level of education major risk factor, research finds", *The StarPhoenix* (Saskatoon), 31 mai.

French, Janet, 2008, "Health region seeks more aboriginal input; Aboriginal health coordinators to study system, offer advice", *The StarPhoenix* (Saskatoon), 25 avril.

French, Janet, 2008, "Clinics in poor areas won't solve problem alone; Sixth in a six-part series", *The StarPhoenix* (Saskatoon), 20 novembre.

Dr Helliari, Stephen, 2008, "First hopeful sign of help for inner city poor dashed", *The StarPhoenix* (Saskatoon), 3 avril.

Kish, Audra, 2008, "Support community effort to improve resident's lives", *The StarPhoenix* (Saskatoon), 7 avril.

Klein, Gerry, 2008, "Time to rethink poor moves", *The StarPhoenix* (Saskatoon), 3 avril.

Walls, Jim, 2008, "Health status report offers path to long-term solutions", *The StarPhoenix* (Saskatoon), 6 décembre.

Soleil, Le

2008, « La pauvreté montrée du doigt », *Le Soleil* (Québec), 9 avril.

2008, « Les Canadiens des groupes de statut socioéconomique faible sont plus susceptibles d'être hospitalisés pour une maladie mentale ainsi que pour l'asthme pédiatrique », *Le Soleil* (Québec), 24 novembre.

Lemieux, Louise, 2008, « Santé publique : le transport au banc des accusés », *Le Soleil* (Québec), 18 novembre.

South Delta Leader

Nagel, Jeff, "Health Gaps", *South Delta Leader* (South Delta), 27 novembre.

Telegram, The

Payne, Lana, 2008, "What Stephen Harper isn't telling you", *The Telegram* (St-John), 27 septembre.

Telegraph-Journal, The

2008, "Improving health of all Nova Scotians", *The Telegraph Journal* (New-Brunswick), 2008.

Davis, Sandra, 2008, "Group honoured for efforts to dodge diabetes", *The Telegraph Journal* (New-Brunswick), 3 juillet.

Times

2008, "Quote/Unquote", *Times* (Victoria), 10 novembre.

2008, "Poverty hard on heart", *Times* (Victoria), 20 avril.

Toronto Star

2008, "Poverty advice ignored", *Toronto Star* (Toronto), 23 juin.

2008, "Smiles that say poverty", *Toronto Star* (Toronto), 27 décembre.

D^r Bloch, Gary, Rachis, Michael, D^r Tamari, Itamar, 2008, "Poverty makes Ontario sick; Economic inequality translates into limited access to health-care for province's poor", *Toronto Star* (Toronto), 5 août.

Ciarula Taylor, Lesley, 2008, "Rescuing immigrant babies; Toronto advocates seek funding to investigate low birth weights, high mortality", *Toronto Star* (Toronto), 8 septembre.

Labonté, Ronald, 2008, "Soaring social inequality makes too many people sick; WHO study confirms health closely linked to unfair distribution of material resources", *Toronto Star* (Toronto), 31 août.

Monsebraaten, Laurie, 2008, "Everyone pays the province's \$38 billion cost; Toll of health care, crime, social assistance \$2,900 per household, economic analysis finds", *Toronto Star* (Toronto), 20 novembre.

Romanow, Roy, 2008, "Fight poverty to improve economic and social health; Canada's inequality and poverty rates are among the highest in the developed world", *Toronto Star* (Toronto), 2 décembre.

Romanow, Roy, 2008, "Reading your way to better health", *Toronto Star* (Toronto), 8 mars.

Smith, Joanna, "Reducing child poverty urged as health priority", *Toronto Star* (Toronto), 20 juin.

Welsh, Moira, 2008, "Poorest areas also most polluted, report shows". (Web site ref.) *Toronto Star* (Toronto), 27 novembre.

Torontosun.com

2008, "Poverty leads to poor health", *Torontosun.com* (Toronto), 23 octobre.

Tribune, La

2008, « Instaurer l'équité en santé en une génération », *La Tribune* (Sherbrooke), 30 août.

Dufresne, Denis, 2008, « Obésité et inégalités », *La Tribune* (Sherbrooke), 30 octobre.

Vancouver Sun, The

2008, "Poverty fight a key to better national health", *The Vancouver Sun* (Vancouver), 6 octobre.

Harding, Anne, 2008, "More trees on streets means less asthma for children", *The Vancouver Sun*. (Vancouver), 10 mai.

Windsor Star, The

Conlon, Michael, 2008, "If mom is stressed, children overweight", *The Windsor Star* (Windsor), 4 septembre.

Rose, David, 2008, "Social factors trump genetics for healthy life, report finds; Policy, injustice 'killing people on grand scale", *The Ottawa Citizen* (Ottawa), 29 août.

