

En 2008, le Groupe d'experts pour la promotion de la santé de la population (GEPSP) du Réseau pancanadien de santé publique (RPSP) a commandé une synthèse des rapports qui suivent relatifs à la santé de la population, qui ont été publiés en 2008.

1. *Comblers le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux* – Organisation mondiale de la Santé, Commission des déterminants sociaux de la santé; publié en août 2008
2. *Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement*, Statistique Canada; août 2008
3. *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*, Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); publié en novembre 2008
4. *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada : premier rapport annuel, administrateur en chef de la santé publique du Canada*, Agence de la santé publique du Canada; publié en juin 2008
5. *Poverty and Chronic Disease*, Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada; publié en avril 2008
6. *Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits*, Conference Board du Canada; publié en décembre 2008

Le but de cette synthèse est de résumer les principaux thèmes et les principales conclusions des auteurs de ces rapports. Le résumé présenté dans le présent rapport et toutes les opinions qui pourraient être avancées par son auteur ne reflètent pas nécessairement l'opinion du RPSP, du GEPSP, des gouvernements provinciaux et territoriaux ou de l'Agence de la santé publique du Canada.

Comblent l'écart sur le plan de la santé : synthèse de rapports importants sur la santé de la population publiés en 2008

Résumé

La prochaine révolution dans le domaine de la santé au Canada est à la portée de la main. Il est possible de réduire de façon importante le nombre de personnes qui se blessent ou qui sont atteintes de maladies chroniques. L'espérance de vie peut être allongée et les décès prématurés retardés. On peut diminuer le taux d'hospitalisation, tout comme le nombre de personnes atteintes de toxicomanie et de maladie mentale. La santé et le bien-être général des Canadiens les moins en santé peuvent être améliorés. Qui plus est, la santé et le bien-être des générations futures peuvent aussi être améliorés, et l'on peut réduire, voire éliminer, le risque que les enfants d'aujourd'hui et les enfants à naître souffrent de maladies chroniques, de blessures, de toxicomanies et d'autres problèmes de santé.

Mais cette amélioration impressionnante de la santé ne viendra pas en dépensant plus d'argent sur nos systèmes de santé actuels, fondés sur des hôpitaux, des médecins, des infirmiers et infirmières, et d'autres services de soins de courte durée qui accaparent déjà la plus grande part des dépenses provinciales et territoriales, lesquelles sont passées de 32,7 % des dépenses de programme en 1993 à 39,2 % en 2007¹. Elle viendra plutôt en agissant sur les déterminants de la santé – les facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui expliquent en grande partie pourquoi certaines personnes et certaines populations sont en santé alors que d'autres ne le sont pas. Les déterminants de la santé incluent le revenu, l'emploi, la scolarité, l'alphabétisme, le logement et le cadre bâti, l'environnement naturel, les expériences de la petite enfance, la sécurité alimentaire, le soutien social, l'accès à des services de santé préventifs, et l'autonomie globale de la personne dans ses choix de vie.

Il ne fait dorénavant plus aucun doute que les populations qui possèdent le plus de ressources – les revenus et la scolarité les plus élevés, le meilleur logement, le meilleur voisinage, les meilleurs emplois, un degré élevé d'autonomie personnelle, etc. – profitent sans équivoque de la meilleure santé et vivent plus longtemps. À l'opposé, ceux qui possèdent le moins de ressources – les plus faibles revenus, le moins de scolarité, des logements inadéquats dans des quartiers peu sûrs, pas d'emplois ou très peu, une enfance peu stimulante, peu d'autonomie, etc., présentent le pire bilan de santé et vivent le moins longtemps. Au Canada, comme ailleurs, il existe un écart important entre les personnes qui jouissent de la meilleure santé et celles dont la santé est la plus précaire. Si cet écart est non seulement prévisible et évitable, mais qu'il est considéré comme injuste, il reflète alors une forme d'iniquité sur le plan de santé. Cette iniquité constitue un problème de santé publique important et un sujet de préoccupation sur le plan sociétal.

La population située entre ces extrêmes se répartit sur une échelle de santé graduée en corrélation directe avec le niveau socio-économique. Les différences observables depuis les échelons du haut jusqu'à ceux du bas se traduisent par un fardeau de morbidité additionnel à mesure qu'on descend. Ce fardeau de morbidité lié aux maladies et aux blessures ne fait pas qu'augmenter les maux de ceux qui en souffrent et de leurs familles; elle crée une pression additionnelle sur le système de soins de santé – augmentant les coûts – et diminue la productivité au travail. Cette gradation très nette est aussi très utile parce qu'il ne fait plus de

¹ Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2008*, p. 47

Groupe d'experts en matière de promotion de la santé de la population : Groupe de travail sur les rapports portant sur la santé de la population
Document de discussion technique

doute que toute action qui hausse d'un cran la position d'une personne sur l'échelle du statut socioéconomique peut se traduire par une amélioration de son état de santé.

En 2008, six rapports clés, l'un international et les cinq autres canadiens, ont ajouté un énorme poids et une urgence à 35 années de recherche et de rapports internationaux et nationaux qui avaient jusque-là examiné l'influence envahissante des déterminants de la santé et tenté de s'y attaquer. Ces rapports sont les suivants :

1. **Comblar le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux** – Organisation mondiale de la Santé, Commission des déterminants sociaux de la santé; publié en août 2008;
2. **Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement**, Statistique Canada; août 2008;
3. **Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada**, Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); publié en novembre 2008;
4. **Rapport sur l'état de la santé publique au Canada : premier rapport annuel, administrateur en chef de la santé publique du Canada**, Agence de la santé publique du Canada; publié en juin 2008;
5. **Poverty and Chronic Disease**, Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada; publié en avril 2008;
6. **Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits**, Conference Board du Canada; publié en décembre 2008.

Ces rapports, qui posent chacun un regard particulier sur le tableau des iniquités sur le plan de la santé, partagent un certain nombre de thèmes clés et de conclusions. Les conclusions et certaines des principales recommandations de ces rapports seront examinées plus avant dans le présent document de synthèse. De plus, chaque rapport donne des exemples convaincants et offre des démonstrations fascinantes des répercussions des divers déterminants sur la santé. Considérés dans leur ensemble, ils tracent un portrait global du vaste éventail de données probantes mettant en évidence les répercussions des déterminants sur la santé, expliquent la compréhension que nous en avons, et s'accordent sur les mesures que nous devons prendre dès maintenant pour améliorer la santé de demain. Tous ces documents ont en commun les éléments qui suivent.

- Ils s'entendent sur ce qui constitue les déterminants majeurs de la santé : le revenu, la scolarité, l'emploi, l'alphabétisme, le logement, le cadre bâti, l'hygiène, la qualité de l'air et de l'eau et l'état général de nos systèmes entretenant la vie, les expériences de la petite enfance, la sécurité alimentaire, les soutiens sociaux, l'accès à des services de santé préventifs, et l'autonomie générale en matière de choix de vie.
- Ils présentent des preuves concordantes et toujours plus solides de la répartition inégale des déterminants de la santé qui mine la santé de millions de Canadiens et qui coûte cher à notre économie, notamment parce qu'elle signifie des taux de mortalité et des taux de maladie chronique beaucoup plus élevés chez les personnes dont le statut socioéconomique est moindre, ce qui entraîne une augmentation de l'utilisation et des coûts des soins de santé, et des pertes de production sur le plan économique.
- Ils partagent l'idée que les groupes les plus affectés au Canada sont ceux dont les revenus annuels sont parmi les 20 % les plus bas, les enfants vivant dans la pauvreté, les familles monoparentales, les nouveaux immigrants et les populations autochtones.
- Ils s'accordent pour dire que, bien que l'écart entre les personnes les plus et les moins en santé soit très préoccupant, la répartition inégale de la santé le long de l'échelle coûte également beaucoup en vies perdues, en santé qui se détériore et en argent, et que la réduction des écarts à chaque échelon est aussi très importante.

Groupe d'experts en matière de promotion de la santé de la population : Groupe de travail sur les rapports portant sur la santé de la population

Document de discussion technique

- Ils partagent la même préoccupation, à savoir que certaines tendances malheureuses vont en s'accroissant, particulièrement le chômage, l'insécurité alimentaire et l'écart entre les 20 % de Canadiens les plus riches et les plus pauvres.
- Ils s'accordent pour dire que le Canada peut faire mieux, particulièrement si nous comparons nos progrès dans ce domaine avec ceux des pays nordiques. Des données probantes recueillies même auprès de pays plus pauvres, comme Cuba, la Chine et le Costa Rica, montrent que les écarts sur le plan de la santé peuvent être réduits par un meilleur soutien au développement de la petite enfance, la scolarisation des enfants et des jeunes, et l'accès égal à des services de santé préventifs.
- Ils s'accordent sur la nécessité pour la population canadienne, les médias, les intervenants de la santé, les personnes politiques et les chefs de file du secteur privé de mieux connaître les déterminants de la santé, de s'y attarder davantage et de comprendre les avantages qu'il y a à s'y attaquer maintenant.
- Ils s'accordent sur le besoin de coordonner la recherche et d'en diffuser les résultats, en s'appuyant sur la recherche de plus en plus pointue qui a été menée ces 30 dernières années, et s'entendent pour dire qu'il faut continuer de soutenir cette recherche, mener des projets pilotes, évaluer les interventions et faire connaître les programmes qui portent fruit.
- Ils s'entendent pour conclure que, bien qu'il y ait encore place pour de la recherche, les données probantes accumulées depuis 30 ans sont suffisamment convaincantes pour passer à l'action dès maintenant. Parmi les interventions possibles, signalons l'augmentation des taux de salaire minimum et des niveaux d'aide sociale, l'augmentation du soutien aux initiatives visant le développement de la petite enfance – notamment celles destinées aux enfants qui vivent dans la pauvreté –, le soutien et l'encouragement nécessaires pour que le milieu des affaires s'attaque aux déterminants de la santé, et la reformulation d'initiatives comme la construction de logements abordables, l'amélioration de l'accès aux études supérieures, l'augmentation de l'alphabétisme, l'encouragement à la formation de réseaux d'entraide sociale au niveau communautaire, et la réduction des effets de la pauvreté chez les enfants.
- Ils s'accordent sur un message clé : les iniquités dans la répartition des déterminants de la santé au sein de la société et des collectivités sont insidieuses et destructrices, mais elles peuvent être contrées au moyen de politiques, de programmes et d'interventions au niveau des communautés.

La prochaine révolution dans l'amélioration de la santé est vraiment à la portée des Canadiens. Mais nous devons dès maintenant axer nos investissements et nos actions en amont du système de soins de santé, sur les environnements, les systèmes fondamentaux et la structure de notre société – et là où nous vivons, apprenons, travaillons et jouons – afin de favoriser une plus grande égalité des chances et de réduire les désavantages observés sur le plan sociétal. Un investissement dans les déterminants de la santé est un investissement dans la santé future de notre société.

Feuille d'information des déterminants de la santé

- Les déterminants de la santé incluent : le revenu, la scolarité, l'emploi, l'alphabétisme, le logement et le cadre bâti, l'hygiène, la qualité de l'air et de l'eau et l'état général de nos systèmes entretenant la vie, les expériences de la petite enfance, la sécurité alimentaire, les soutiens sociaux, l'accès à des services de santé préventifs, et l'autonomie générale en matière de choix de vie.
- La répartition inégale des déterminants de la santé instaure des différences de niveaux de santé qui se vérifient à tous coups, d'une nation à l'autre et d'un milieu à l'autre – que ce soit à la maison ou à l'école, dans les lieux de travail ou dans les quartiers.
- Ceux qui possèdent le plus de ressources – des revenus élevés, un haut niveau de scolarité, de bons logements, de bons voisinages, de bons emplois, une grande capacité d'autonomie, etc. – ont toujours la meilleure santé et vivent toujours plus vieux. Ceux qui possèdent le moins de ressources – de faibles revenus, peu de scolarité, de mauvais logements, des voisinages peu sûrs, peu ou pas d'emploi, des emplois à temps partiel ou dangereux, une petite enfance peu stimulante, peu d'autonomie, etc. – affichent la plus mauvaise santé et vivent le moins longtemps. Voilà ce qu'est un « écart sur le plan de la santé ».
- Il y a une gradation évidente dans l'état de santé des populations, et un état de santé distinct correspond à un niveau de statut socioéconomique, si bien qu'on observe même une différence entre le niveau socioéconomique le plus élevé et le suivant. Cette gradation est préoccupante, parce que plus le niveau est bas, plus le fardeau de morbidité est grand, et que l'addition de ces fardeaux finit par constituer un fardeau très important. Dans la mesure où ces différences sont prévisibles et évitables, elles constituent aussi un problème de santé publique considérable et une préoccupation sur le plan sociétal. Cette gradation très nette tient aussi son importance du fait que, comme la recherche l'a démontré, pour chaque action qui permet de hausser le statut socioéconomique, on constate une amélioration de l'état de santé.

Mise en évidence de la répercussion des déterminants de la santé

- Les hommes autochtones canadiens vivent sept ans de moins que les autres Canadiens, et les femmes autochtones canadiennes vivent cinq ans de moins que les autres Canadiennes².
- Alors que le taux de mortalité infantile canadien a baissé de façon continue ces quatre dernières décennies, passant de 27 décès pour 1 000 naissances en 1960 à seulement 5 pour 1 000 en 2004, c'est au Japon et en Norvège que ce taux est le plus bas, à savoir 3 pour 1 000.
- Au Canada, 11,7 % des enfants de moins de 18 ans vivaient dans la pauvreté, moins que le sommet de 18,6 % atteint en 1996, mais encore presque trois fois le taux affiché par les pays nordiques (4 %).
- L'*Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement (1991-2001)*, publiée récemment, conclut qu'au Canada, le taux de mortalité le plus élevé s'observe chez les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires, sont sans emploi ou ne sont plus sur le marché du travail, occupent des emplois non spécialisés ou dont les revenus sont les

² Voir Santé Canada: Le rôle du gouvernement du Canada en matière de santé des Autochtones
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if_02-fra.php

Groupe d'experts en matière de promotion de la santé de la population : Groupe de travail sur les rapports portant sur la santé de la population
Document de discussion technique

plus bas. Le taux de mortalité le plus bas s'observe à l'opposé chez les personnes qui possèdent une scolarité de niveau universitaire, occupent un emploi, occupent des postes de gestion ou ont des professions, ou dont les revenus sont les plus élevés.

- La même étude a montré que seulement 51 % des hommes dont les revenus faisaient partie du quintile le plus faible pouvaient espérer vivre jusqu'à 75 ans, comparé à 72 % de ceux dont les revenus faisaient partie du quintile le plus élevé. Chez les femmes, 72 % de celles qui faisant partie du quintile le plus pauvre pouvaient s'attendre à vivre 75 ans, comparé à 84 % de celles faisant partie du quintile le plus riche.
- Le rapport de l'ICIS, intitulé *Réduction des écarts en matière de santé*, a révélé que plus le statut socioéconomique est bas, plus il est possible d'être hospitalisé pour divers problèmes de santé, dont l'asthme infantile, la maladie mentale, l'abus d'alcool ou d'autres drogues, le diabète, et ainsi de suite. L'étude de l'ICIS a en outre révélé ce qui suit.
 - Le taux d'hospitalisation pour maladie mentale était 2,3 fois plus élevé chez les groupes de statut socioéconomique faible que chez les groupes de statut socioéconomique élevé (596 pour 100 000 comparé à 256 pour 100 000).
 - Le taux d'hospitalisation pour abus d'alcool ou d'autres drogues était 3,4 fois plus élevé chez les groupes de statut socioéconomique faible que chez les groupes de statut socioéconomique élevé.
 - Les groupes de statut socioéconomique faible étaient plus de deux fois plus à risque d'être hospitalisés pour des maladies qui pourraient être traitées avec de bons soins dans la collectivité comme le diabète et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
 - Les enfants des groupes de statut socioéconomique faible affichaient des taux d'hospitalisation pour asthme 56 % plus élevés que les enfants des groupes de statut socioéconomique élevé.
- L'étude du Wellesley Institute, *Poverty is Making Us Sick*, a montré que, comparé aux 20 % des Canadiens les plus riches, les 20 % des Canadiens les plus pauvres :
 - ont plus du double du taux de diabète et de maladies cardiaques;
 - ont près du double du taux d'arthrite ou de rhumatisme;
 - ont plus de trois fois le taux de bronchite;
 - souffrent 60 % plus souvent de deux maladies chroniques ou plus;
 - sont quatre fois plus susceptibles de souffrir d'une incapacité;
 - sont plus de trois fois plus susceptibles de ne pas posséder d'assurances dentaires, d'assurance-médicaments ou d'autre assurance-maladie privée.
- Le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) de 2008, intitulé *Growing Up Unequal*, note que le Canada dépense moins en prestations en espèces, comme les prestations d'assurance-emploi et les allocations familiales, que la plupart des pays de l'OCDE. Il indique qu'en conséquence, les taxes et les transferts ne réduisent pas l'inégalité dans la même mesure que dans d'autres pays. De plus, leur effet sur les inégalités a diminué avec le temps.
- Le soutien à des mesures d'intervention en matière d'inégalité sur le plan de la santé augmente. Pour la première fois, le Conference Board du Canada, porte-parole du milieu des affaires au Canada, incite les employeurs et les chefs de file du monde des affaires à se pencher sur les déterminants de la santé et à collaborer pour s'attaquer à l'iniquité sur le plan de la santé. Le motif est non seulement l'amélioration de la santé des Canadiens, mais aussi l'amélioration du rendement, de la productivité et des profits des entreprises, et la réduction des coûts encourus par le système de soins de santé et par la société.

Groupe d'experts en matière de promotion de la santé de la population : Groupe de travail
sur les rapports portant sur la santé de la population

Document de discussion technique

- Le soutien à des mesures de réduction de l'inégalité sur le plan de la santé augmente également dans le grand public. Un récent sondage mené par la firme Angus Reid en Colombie-Britannique, cité dans le rapport de BC Health Living Alliance report, *Healthy Futures for BC Families*, a révélé que 79 % des Britanno-colombiens soutiennent la mise en œuvre d'un plan d'action provincial, assorti de cibles et de calendriers, dont le but serait d'améliorer la santé des citoyens démunis.
- Les données probantes concernant l'efficacité des interventions s'accroissent, particulièrement dans les pays nordiques. Ces interventions comprennent des programmes de réduction de la pauvreté chez les enfants qui prévoient des mesures pour lutter contre la répartition inéquitable de la richesse en favorisant des politiques de taxation progressive, d'égalité des prestations et des services, de plein emploi, d'équité entre les sexes et de faibles niveaux d'exclusion sociale.

Introduction

La prochaine révolution dans l'amélioration de la santé au Canada est à la portée des gouvernements fédéral, provinciaux et régionaux, ainsi que des chefs de file de la société et du milieu des affaires. En travaillant ensemble, ils sont à même de réduire le nombre de personnes affligées de maladies chroniques et de blessures, d'allonger l'espérance de vie et de diminuer le nombre des décès prématurés. Ils peuvent faire chuter le taux d'hospitalisation, réduire le taux de toxicomanie et de maladie mentale, et améliorer la santé et le bien-être généraux des Canadiens. Qui plus est, ils peuvent améliorer grandement la santé et le bien-être des générations futures, et réduire ou prévenir les maladies chroniques, les blessures, les toxicomanies et les autres problèmes de santé qui menacent les jeunes enfants d'aujourd'hui ou ceux qui ne sont pas encore nés.

Cette révolution est rendue possible parce que depuis les 30 dernières années, on comprend de mieux en mieux pourquoi certaines personnes sont en santé et d'autres pas, et pourquoi il y a de grands écarts dans les niveaux de santé des communautés et des nations. Et de partout dans le monde nous parvenons de plus en plus de démonstrations de ce qu'on peut faire pour régler ce problème.

Cette révolution, cependant, ne se produira pas en accordant encore plus d'attention et de ressources aux hôpitaux, aux médecins, aux infirmiers et aux infirmières, et aux autres facteurs dominants du système de soins de santé que nous connaissons. Elle exige plutôt que nous modifiions nos façons de penser et nos priorités. Elle exige que nous prêtions plus d'attention et de ressources aux facteurs sociaux, économiques et environnementaux, interdépendants, qui contribuent à une personne ou à une population à être en santé ou non.

Appelés les « déterminants de la santé », ces facteurs incluent le revenu, l'emploi, la scolarité, l'alphabétisme, le logement et le cadre bâti, l'environnement naturel, les expériences de la petite enfance, la sécurité alimentaire, les soutiens sociaux, l'accès à des services de santé préventifs, et une autonomie globale à l'égard des choix de vie.

Au cours des 30 dernières années, un volume de plus en plus important de recherches menées au pays et à l'étranger n'a cessé de révéler la puissance de ces déterminants. Ensemble, ces facteurs sociaux, économiques et environnementaux instaurent des différences de niveaux de santé repérables à tous coups, tant entre les nations que dans les différents lieux – à la maison, à l'école, dans le milieu de travail ou dans le quartier – où les gens vivent, apprennent, travaillent et jouent.

Il est dorénavant tout à fait clair que les populations qui possèdent le plus de ressources – les revenus et la scolarité les plus élevés, le meilleur logement, le meilleur voisinage, les meilleurs emplois, un degré élevé d'autonomie personnelle, etc. – affichent constamment une meilleure santé et vivent plus longtemps. Les personnes qui possèdent le moins de ressources – les plus faibles revenus, le moins de scolarité, des logements inadéquats dans des quartiers peu sûrs, pas d'emplois ou très peu, une enfance peu stimulante, peu d'autonomie, etc. présentent le pire bilan de santé et vivent le moins longtemps. « L'écart de santé » entre les personnes dont la santé est la meilleure et celles dont elle est la moins bonne est important au Canada, comme ailleurs, et cet écart augmente. Là où cet écart est non seulement prévisible et évitable, mais considéré comme injuste, il devient alors une question d'inégalité sur le plan de santé. Cette inégalité est un problème de santé publique important, et un sujet de préoccupation sur le plan

Groupe d'experts en matière de promotion de la santé de la population : Groupe de travail
sur les rapports portant sur la santé de la population
Document de discussion technique

sociétal³. Comme l'a noté un commentateur, on peut observer des inégalités, mais contre les iniquités, il faut agir⁴.

Qui plus est, on observe une gradation très nette dans l'état de santé des populations. Comme dans les marches d'un escalier, à mesure qu'on s'élève dans l'échelle du statut socioéconomique, l'état de santé s'améliore. Ces différences observables à tous les échelons, de bas en haut, constituent un écart sur le plan de la santé, lequel se traduit par un fardeau de morbidité additionnel pour ceux qui sont au bas de l'échelle. Ce fardeau de morbidité lié aux maladies et aux blessures ne fait pas qu'augmenter les maux de ceux qui la supportent et de leurs familles; elle crée une pression additionnelle sur le système des soins de santé – augmentant ainsi les coûts – et diminue la productivité des secteurs privé et public en raison des journées de travail perdues, des incapacités chroniques et des décès prématurés. Cette gradation très nette est aussi très utile parce qu'il ne fait plus de doute que toute action qui hausse d'un cran la position d'une personne sur l'échelle du statut socioéconomique peut se traduire par une amélioration de son état de santé.

L'un des messages clés de tous ces rapports est qu'on peut s'attaquer aux déterminants de la santé par des politiques et des programmes d'intervention.

En 2008, six rapports clés, l'un international et les cinq autres canadiens, ont été publiés et sont venus s'ajouter au corpus documentaire toujours plus étoffé qui met en évidence l'importance de reconnaître les déterminants de la santé et de s'y attaquer⁵. Ces six rapports sont loin d'être les seuls à avoir été publiés en 2008 sur les déterminants de la santé – en fait, des douzaines de rapports traitant de l'un ou l'autre aspect du sujet ont été publiés par des provinces, des organisations non gouvernementales nationales et provinciales, et des organismes et des pays du monde entier. Ces six rapports sont toutefois particulièrement importants à cause de leur sérieux et de leur qualité, et parce que, considérés dans leur ensemble, ils fournissent des statistiques, des exemples, des données probantes et des explications convaincants de la combinaison complexe de facteurs qui est à l'origine de ces écarts sur le plan de la santé.

Voici le titre de ces rapports importants, ainsi que la date de leur publication.

1. ***Comblar le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*** – Organisation mondiale de la Santé, Commission des déterminants sociaux de la santé, publié en août 2008
2. ***Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement***, Statistique Canada, publiée en août 2008
3. ***Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada***, Initiative sur la santé de la population

³ Il y a une différence importante entre l'inégalité sur le plan de la santé et l'iniquité sur le plan de la santé. L'inégalité sur le plan de la santé est une expression générique qui désigne les différences, les variations, et les disparités dans l'état de santé et les facteurs de risques des personnes, dont notamment la génétique, l'âge et les modes de vies. L'iniquité sur le plan de la santé, quant à elle, renvoie aux inégalités sur le plan de la santé qui sont jugées injustes ou provenant d'une forme d'injustice. Tiré de : Kawachi, I., S. V. Subramanian et N. Almeida-Filho. *A glossary for health inequalities*. Journal of Epidemiology and Community Health, 2002. 56:647-52.

⁴ D'Arcy, Carl (1988) Reducing Inequalities in Health. Article non publié, Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada

⁵ Les six rapports ont un langage légèrement différent pour décrire les facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui pèsent lourdement sur la santé. L'OMS les appelle les « déterminants sociaux de la santé ». L'Agence de la santé publique du Canada parle de « l'influence sociale et économique ». L'Institut canadien d'information sur la santé les appelle « statut socio-économique ». Le Conference Board du Canada les appelle les « déterminants socioéconomiques de la santé ». Par souci de simplicité et de cohérence, le présent document utilise le terme général de « déterminants de la santé » pour englober la multitude des facteurs qui influencent la santé, dont le revenu, la scolarité, le niveau d'emploi, le logement, l'environnement physique, les expériences de la petite enfance, l'alphabétisme, etc.

- canadienne (ISPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), publié en novembre 2008
4. **Rapport sur l'état de la santé publique au Canada : premier rapport annuel, administrateur en chef de la santé publique du Canada**, Agence de la santé publique du Canada, publié en juin 2008
 5. **Poverty and Chronic Disease**, Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, publié en avril 2008
 6. **Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits**, Conference Board du Canada, publié en décembre 2008

Ces rapports tracent le portrait de l'iniquité sur le plan de la santé d'un point de vue particulier, mais ils partagent un certain nombre de thèmes clés et de conclusions. Notamment, les trois rapports liant état de santé et statut social ou revenu, combinés, présentent une image plus complète de la situation qui prévaut au Canada en offrant trois différentes perspectives sur l'iniquité sur le plan de la santé : revenu et mortalité (Statistique Canada), statut socioéconomique et hospitalisation (ICIS), et revenu et santé auto-déclarés (Wellesley Institute). Ensemble, ces rapports démontrent hors de tout doute que la prochaine étape dans l'amélioration de la santé de la population canadienne passe par des politiques et des programmes qui s'attaquent aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé et réduisent l'iniquité sur le plan de la santé. L'un des messages clés de ces rapports est qu'il est grand temps d'agir sur les déterminants de la santé par des politiques et des interventions diverses. Les données probantes sont là, il nous reste à agir.

1. Comblent l'écart en une génération : obtenir l'équité sur le plan de la santé en agissant sur les déterminants de la santé

Rapport final de l'Organisation mondiale de la Santé, Commission des déterminants sociaux de la santé, publié en août 2008.

Depuis sa fondation en 1946, l'Organisation mondiale de la Santé attire l'attention du monde et axe ses efforts sur l'amélioration de la santé de la population mondiale, en axant les mesures sur les éléments fondamentaux d'une bonne santé : une eau propre, des aliments sains, une saine nutrition, l'immunisation, la prévention et le contrôle des maladies endémiques, des services de santé de base et une éducation en matière de santé. Aujourd'hui, pour poursuivre l'amélioration de la santé tant dans les pays riches que les pays pauvres, l'OMS se tourne vers les déterminants de la santé et, au-delà des causes immédiates de la maladie, s'attache aux structures sociales, politiques et économiques qui font que la maladie prend racine et afflige certaines populations.

Ce rapport est le point culminant d'une enquête de trois ans menée par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, qui comptait parmi ses membres d'anciens chefs d'État et ministres de la Santé, ainsi que des universitaires et des chercheurs de premier plan. La Commission est présidée par Sir Michael Marmot, de Grande-Bretagne, l'un des chercheurs les plus éminents dans le domaine des déterminants de la santé et le chercheur principal des renommées « Whitehall Studies », qui suivent l'évolution de la santé de larges cohortes de

« De mauvaises politiques, ainsi que de mauvaises conditions économiques et politiques sont responsables du fait que la majorité des gens dans le monde ne jouissent pas de l'état de santé pour lequel ils sont biologiquement préparés... L'injustice sociale tue les gens sur une

fonctionnaires britanniques depuis 1967⁶. L'un des commissaires responsables du rapport de l'OMS est la canadienne Monique Bégin, qui a été ministre fédérale de la Santé et du Bien-être pendant deux termes à la fin des années 1970 et au début des années 1980, au moment où a été adoptée la *Loi canadienne sur la santé*.

À partir d'exemples tirés de la plupart des pays du monde, le rapport de l'OMS présente les théories et les données probantes des répercussions des déterminants, et fournit un cadre conceptuel complexe sur la façon dont les divers déterminants interagissent. Essentiellement, y note-t-on, tout repose sur la capacité des personnes et des populations à être autonomes devant les choix qui se présentent à eux et, ultimement, face à leur destinée, ce qui signifie qu'il leur faut avoir accès aux facteurs essentiels de cette autonomie à tous les carrefours importants de la vie.

Le rapport note qu'il y a d'énormes différences en matière de santé entre les pays riches et les pays pauvres, si bien que l'espérance de vie de pays comme le Japon, la Suède et le Canada est de plus de 80 ans, alors que les habitants de l'Afrique vivent moins de 50 ans. Mais qu'ils soient riches ou pauvres, l'iniquité sur le plan de la santé est un enjeu pour tous les pays. Par exemple, dans un pays comme l'Australie, les hommes autochtones ont une espérance de vie de 17 ans inférieure à celle des autres hommes (au Canada, les hommes autochtones vivent 7 ans de moins que les autres Canadiens et les femmes autochtones vivent 5 ans de moins que les autres Canadiennes⁷.)

La Commission note que, dans une large mesure, les iniquités en matière de santé reposent sur une répartition inégale du pouvoir, du revenu, de l'accès aux biens et aux services, et des possibilités. Cependant, certains pays à très faible revenu, comme Cuba, le Costa Rica, la Chine et le Sri Lanka, sont parvenus à assurer une bonne santé à leurs populations en s'attachant à assurer un accès égal à l'éducation pour les filles et les garçons, le soutien au développement des jeunes enfants, et un accès égal à des programmes de santé préventifs. Les riches pays nordiques ont agi sur l'iniquité sur le plan de la santé en s'attaquant principalement à la répartition inégale de la richesse au moyen de politiques encourageant la taxation progressive, l'égalité des prestations et des services, le plein emploi, l'équité entre les sexes et de faibles niveaux d'exclusion sociale.

« Tous les pays doivent s'attacher à créer un monde plus juste, où les chances que vous avez dans la vie ne seront plus soumises à des accidents comme l'endroit où vous êtes né, votre sexe, la couleur de votre peau, ou le manque de possibilités qui s'offrent à vous ou à vos parents. »

Les recommandations de l'OMS

Le rapport de l'OMS fait trois recommandations générales.

1. **Améliorer les conditions de vie quotidiennes** – Tous les pays devraient mettre en œuvre des politiques et des programmes qui donnent accès à de l'eau propre, à un logement sécuritaire, à du soutien pour les jeunes enfants, à des chances égales pour les filles et les garçons en matière d'instruction, à la scolarité des femmes, à des emplois décents pour tous et à un accès universel aux soins de santé en insistant sur les soins de santé primaires. En particulier :
 - a. L'un des meilleurs moyens de réduire les iniquités sur le plan de la santé est l'investissement dans le développement des jeunes enfants. Tous les pays

⁶ L'une des principales conclusions de la série d'études Whitehall est que plus le statut des personnes dans la hiérarchie de la fonction publique est faible, plus leur santé est compromise et plus leur taux de mortalité, toutes causes confondues, est élevé. Voir www.macses.ucsf.edu/Network/michael.htm

⁷ Voir Santé Canada : Le rôle du gouvernement du Canada en matière de santé des Autochtones. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if_02-fra.php

Groupe d'experts en matière de promotion de la santé de la population : Groupe de travail
sur les rapports portant sur la santé de la population
Document de discussion technique

- devraient fournir des services à la petite enfance qui soient coordonnés, qui incluent non seulement le soutien physique, mais aussi le développement social, émotionnel, langagier et cognitif.
- b. La scolarisation des femmes est un investissement qui vaut plusieurs fois son pesant d'or.
 - c. Faire du plein emploi et de la création d'emplois équitables, décents et moins dangereux le but central de toute politique économique et sociale tant sur le plan national qu'international.
 - d. Placer la santé et l'équité en santé au cœur de la gouvernance et de la planification des villes, notamment en répondant aux besoins du milliard de personnes qui vivent en ce moment dans des taudis urbains et en leur assurant un logement abordable, de l'eau propre, des systèmes d'hygiène publique et de l'électricité.
2. **Lutter contre les iniquités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources**
– Tous les pays devraient instaurer et maintenir des structures politiques et sociétales qui combattent les problèmes d'iniquité entre les sexes, les ethnies et les races, et créer un système de gouvernance efficace, soutenir la société civile et maintenir un secteur public et privé responsable. Ils devraient aussi instaurer des systèmes de gouvernance qui favorisent l'équité et la justice par des mesures comme la taxation progressive, la redistribution du revenu, des régimes de retraite et de prestations, et l'égalité des sexes, qui peuvent réduire considérablement les écarts sur le plan de la santé. Le rapport recommande notamment ce qui suit.
- a. Faire de l'amélioration et de l'équité en matière de santé le point central de toute politique pangouvernementale cohérente, et l'indicateur du rendement des actions du gouvernement.
 - b. Évaluer les répercussions de toutes les politiques et de tous les programmes, ainsi que des conditions du marché, sur la santé et sur l'équité sur le plan de la santé.
 - c. Faire des répercussions sur l'équité sur le plan de la santé la considération première de toute entente économique.
 - d. Fournir un financement public juste à toute intervention sur les déterminants de la santé.
 - e. Éliminer le sexisme dans les structures de la société, que ce soit sur le plan des lois, des traditions culturelles, du comportement organisationnel ou de l'accès au financement et aux services de santé appropriés, pour faire en sorte que les femmes et les filles jouissent des mêmes droits et des mêmes possibilités que les hommes et les garçons.
3. **Mesurer et comprendre le problème, et évaluer les répercussions des mesures prises**
– Même si la nécessité d'agir dès maintenant sur les déterminants de la santé n'est plus à démontrer, il faut mettre au point des systèmes nationaux et mondiaux de surveillance et de suivi de l'équité sur le plan de la santé, des programmes de recherche et des infrastructures de formation, de façon à pouvoir évaluer les actions menées et à investir dans les mesures qui ont fait leurs preuves.
- a. Mettre au point, à l'échelle nationale et internationale, des systèmes locaux de surveillance en règle qui incluent l'enregistrement de tous les enfants à la naissance, et qui recueillent régulièrement des données sur tous les déterminants de la santé et sur la santé elle-même.
 - b. Élaborer des systèmes de mise en commun des conclusions et de communication de l'efficacité des mesures prises pour réduire l'iniquité sur le plan de la santé.
 - c. Fournir aux décideurs, aux travailleurs de la santé et aux autres personnes susceptibles d'insuffler des changements, une meilleure formation sur les répercussions des déterminants socioéconomiques.

Il est certes impossible de résumer brièvement l'exhaustivité de ce rapport, mais on peut le ramener à un seul concept : que l'iniquité sur le plan de la santé tue les gens à grande échelle partout dans le monde, mais que les gouvernements et les organisations peuvent mettre en place des politiques et des interventions qui réduiront énormément les écarts sur le plan de la santé et élimineront l'injustice qui est à la base de la mauvaise santé.

2. Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001

Statistique Canada, publiée en août 2008

Les conclusions que tire l'OMS sur l'iniquité sur le plan de la santé en termes de thèmes et de données à l'échelle mondiale, les rapports de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) les confirment par l'étude des nouvelles données incontestables tirées du recensement canadien et portant sur les répercussions des déterminants de la santé sur la population canadienne. Ces deux rapports seront examinés conjointement, car ils utilisent tous les deux les données du recensement canadien pour démontrer de façon convaincante l'incidence des déterminants de la santé sur les citoyens canadiens, et leur lien direct avec les taux de mortalité et d'hospitalisation au Canada. Un troisième rapport, complémentaire, intitulé *Poverty is Making Us Sick*, établi par le Wellesley Institute de Toronto, s'est également servi des données de Statistique Canada pour mettre en évidence que les taux de maladie chronique et d'incapacité sont les plus élevés parmi ceux qui sont au bas de l'échelle du statut socioéconomique.

Le taux de mortalité est élevé chez les personnes de statut socioéconomique faible, que celui-ci soit déterminé par la scolarité, l'occupation, ou le revenu.

L'*Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement* est la première au Canada à examiner la mortalité sous l'angle du statut socioéconomique de l'ensemble de la population, en croisant les données du recensement et les données sur la mortalité, produisant ainsi des données directes (par opposition à « indirectes » ou « estimées ») sur la relation entre le revenu et cet aspect important de l'état de santé. L'étude a examiné les données sur la mortalité du 4 juin 1991 au 31 décembre 2001, sur un échantillon de 15 % de la population adulte (environ 2,7 millions de personnes) ayant rempli le questionnaire détaillé du recensement. Pensant cette période, plus de 260 000 décès ont été répertoriés dans l'échantillon.

Elle conclut que, comparé aux personnes de statut socioéconomique plus élevé, le taux de mortalité chez les personnes de statut socioéconomique faible est élevé, qu'il ait pour cause la scolarité, l'occupation ou le revenu. L'étude révèle encore une fois une gradation par échelons, les échelons qui présentent l'écart le plus prononcé se trouvant au bas de l'échelle socioéconomique.

Le taux de mortalité le plus élevé se retrouvait chez les personnes qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires, qui étaient sans emploi ou ne faisaient pas partie de la main d'œuvre, qui occupaient des emplois non spécialisés, et dont les revenus faisaient partie des fourchettes les plus faibles. Le taux de mortalité le plus faible se retrouvait chez ceux qui possédaient un niveau de scolarité élevé, qui occupaient un emploi, qui occupaient des postes de gestion ou étaient des professionnels, et dont les revenus faisaient partie des fourchettes les plus élevées.

Seulement 51 % des hommes dont les revenus faisaient partie du quintile le plus faible de la répartition des revenus pouvaient espérer vivre jusqu'à 75 ans, comparé à 72 % de ceux

dont les revenus faisaient partie du quintile le plus élevé. Chez les femmes, 72 % de celles qui faisaient partie du quintile le plus pauvre pouvaient s'attendre à vivre 75 ans, comparé à 84 % de celles qui faisaient partie du quintile le plus riche.

Chez les deux sexes, et pour tous à l'exception de ceux qui étaient âgés de plus de 85 ans, le taux de mortalité était le plus élevé chez ceux qui avaient le moins de scolarité, et il diminuait au fur et à mesure que la scolarité augmentait.

Bien que l'étude sur la mortalité selon le recensement ne fait que présenter des données et ne fait pas de recommandations stratégiques, elle note que le but de la politique canadienne en matière de santé, tel qu'énoncé dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, est de réduire ou d'éliminer les iniquités socioéconomiques dans le domaine de la santé. Ces données montrent sans l'ombre d'un doute que l'iniquité sur le plan de la santé est un fait au Canada, et qu'il faut y prêter attention. Elle note que l'étude fournit des données de base détaillées sur la nature et l'étendue des iniquités sur le plan de la mortalité, et peut fournir des éléments probants pour étayer des décisions en matière de politiques, de même qu'un étalon pour mesurer les progrès envisagés.

3. Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada

Rapport de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), publié en novembre 2008

L'étude de l'ICIS, *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*, constitue un excellent complément de l'étude sur le recensement. L'ICIS est un organisme indépendant à but non lucratif créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour recueillir et analyser la profusion de renseignements relatifs à la santé au Canada. L'étude croise les données sur les admissions dans les hôpitaux avec l'information fournie par le recensement par quartier dans les principales zones urbaines du pays. Ses conclusions mettent également en évidence de façon convaincante que le statut socioéconomique est directement lié à des taux précis d'hospitalisation au Canada. Le statut socioéconomique est une mesure de la situation matérielle et sociale, fondée sur le revenu, la scolarité, l'emploi et la structure familiale.

L'étude démontre que dans 15 zones urbaines majeures du pays, plus votre statut socioéconomique est faible, plus vous êtes susceptible d'être hospitalisé pour de nombreux problèmes de santé, dont l'asthme infantile, la maladie mentale, l'abus d'alcool ou d'autres drogues, le diabète, et plus encore. Le rapport est le plus important du genre à examiner les différences de l'état de santé auto-déclaré et les différences d'utilisation du système de soins de santé chez les groupes de statut socioéconomique élevé, moyen et faible, puis à comparer cette information en fonction de la géographie de ces zones urbaines.

Le rapport examine les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour 12 maladies aiguës et chroniques en utilisant la base de

Le statut socioéconomique est directement lié à des taux précis d'hospitalisation. Plus le statut est faible, plus le taux d'hospitalisation est élevé quelles qu'en soient les causes.

Groupe d'experts en matière de promotion de la santé de la population : Groupe de travail sur les rapports portant sur la santé de la population
Document de discussion technique

données sur les congés des patients de l'ICIS et le registre national des traumatismes⁸. Un sous-ensemble de huit indicateurs de santé auto-déclarés, normalisés selon l'âge, a aussi été recueilli par Statistique Canada lors de son Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)⁹.

Toutes ces données ont été comparées aux données du recensement national relativement à 15 zones urbaines majeures du Canada. En utilisant un index de privation conçu par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), des quartiers de ces 15 zones urbaines ont été étiquetés d'un statut socioéconomique faible, moyen ou élevé. Les zones urbaines examinées étaient : Victoria, Vancouver, Calgary, Edmonton, Saskatoon, Régina, Winnipeg, London, Hamilton, Toronto, Ottawa-Gatineau, Montréal, Québec, Halifax et St. John's. Le rapport fait remarquer que l'examen de ces 15 zones urbaines fournit des renseignements complexes sur le statut socioéconomique et l'hospitalisation de 66 % de la population urbaine du Canada.

Les résultats montrent des différences frappantes entre le taux d'hospitalisation des groupes de statut socioéconomique élevé et faible. Voici quelques-unes des conclusions.

- Le taux d'hospitalisation pour maladie mentale était 2,3 fois plus élevé chez le groupe de statut socioéconomique faible que chez le groupe de statut socioéconomique élevé (596 pour 100 000 contre 256 pour 100 000).
- L'hospitalisation pour abus d'alcool ou d'autres drogues était 3,4 fois plus élevée chez les groupes de statut socioéconomique faible que chez les groupes de statut socioéconomique élevé.
- Les groupes de statut socioéconomique faible étaient deux fois plus susceptibles d'être hospitalisés pour des maladies qui pouvaient être traitées par de bons soins dans la collectivité, comme le diabète et la MCOP.
- Les enfants des groupes de statut socioéconomique faible affichaient des taux d'hospitalisation 56 % plus élevés pour asthme que les enfants des groupes de statut socioéconomique élevé.
- Plus le groupe est de statut socioéconomique élevé, plus l'état de santé auto-déclaré est bon, quoique les écarts étaient petits entre les taux d'immunisation contre la grippe, de consommation abusive d'alcool et d'obésité.

Les différentes zones urbaines affichaient des disparités différentes. Les différences les plus grandes entre les taux d'hospitalisation selon les groupes socioéconomiques se retrouvaient à Régina et à Winnipeg, alors que les différences les plus faibles se retrouvaient à Ottawa-Gatineau et Toronto. Pour ce qui est de l'état de santé auto-déclaré, la différence la plus faible entre les groupes selon le statut socioéconomique se retrouvait à Halifax et à St. John's, alors que la plus grande différence entre les groupes selon le statut socioéconomique se retrouvait à Victoria et à London. La dernière section du rapport est consacrée à un examen détaillé de chaque zone urbaine et fournit une mine de renseignements pour les organisations locales.

⁸ Les 12 indicateurs étaient les suivants : conditions propices au traitement ambulatoire (moins de 75 ans); diabète (tous âges); maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (âgés de 20 ans ou plus); asthme infantile (moins de 20 ans); blessures (adultes et enfants); accidents de transport terrestre (tous âges); chutes non intentionnelles (tous âges); santé mentale (tous âges); trouble anxieux (tous âges); trouble affectif (tous âges); troubles liés à l'usage de substance (tous âges).

⁹ Les huit indicateurs de santé auto-déclarés étaient les suivants : santé auto-évaluée (âgés de 12 ans ou plus); sédentarité (âgés de 12 ans ou plus); tabagisme (âgés de 12 ans ou plus); consommation d'alcool (consommation abusive d'alcool) (âgés de 12 ans ou plus); surpoids ou obésité (âgés de 18 ans ou plus); facteurs de risque (sédentarité auto-déclarée, indice de masse corporelle, tabagisme ou consommation d'alcool) (âgés de 18 ans ou plus); immunisation contre la grippe (âgés de 65 ans ou plus); limitation d'activité et de participation (âgés de 65 ans ou plus).

Groupe d'experts en matière de promotion de la santé de la population : Groupe de travail sur les rapports portant sur la santé de la population
Document de discussion technique

Comme l'étude de Statistique Canada, le rapport de l'ICIS note en conclusion que le fait de cerner des écarts particuliers et l'endroit où ils se retrouvent permettrait des interventions à l'échelle nationale ou provinciale taillées sur mesure pour les besoins des groupes de statut socioéconomique faible. Là où les écarts entre les groupes étaient les plus faibles, des approches plus universelles englobant l'ensemble de la population pourraient être indiquées. Au niveau des villes et des quartiers, les caractéristiques précises de chaque région peuvent fournir une information utile pour l'élaboration de politiques et de programmes ciblés. Les résultats des programmes pourraient par la suite être évalués par rapport à l'information de base, ce qui approfondirait beaucoup notre connaissance de ce qui porte fruit dans la réduction des écarts sur le plan de la santé.

Un troisième rapport connexe, *Poverty is Making us Sick*, a été publié en décembre 2008 par le Wellesley Institute, centre d'études et de recherches de Toronto qui se consacre surtout aux questions entourant les déterminants de la santé et la santé dans les villes. Lui aussi a utilisé l'Enquête sur la santé dans les collectivités de 2005 de Statistique Canada, et a examiné un échantillon de 92 000 personnes partout au Canada en s'attachant à la relation entre le revenu et les résultats de l'état de santé auto-déclaré, de même qu'un échantillon de 28 000 personnes en Ontario, dans le but d'évaluer la couverture étendue en matière d'assurance-maladie privée. En comparant les 20 % de Canadiens les plus riches avec les 20 % les plus pauvres, l'étude conclut que les pauvres :

- souffrent plus de deux fois plus de diabète et de maladies cardiaques;
- souffrent près de deux fois plus d'arthrite et de rhumatisme;
- souffrent plus de trois fois plus de bronchite;
- ont 60 % plus de risque de souffrir de deux maladies chroniques ou plus;
- sont presque quatre fois plus susceptibles de souffrir d'une incapacité;
- sont beaucoup plus susceptibles de ne pas avoir d'assurance dentaire, d'assurance-médicaments ou d'autres polices d'assurance-maladie privées (selon l'échantillon ontarien).

Les conclusions de ces trois rapports combinés montrent de façon flagrante que l'iniquité sur le plan de la santé est très répandue au Canada et qu'elle augmente les taux de mortalité, de morbidité et d'hospitalisation chez les membres les plus pauvres de notre société. Ces rapports constituent une ligne de départ précieuse et une excellente raison de prendre des mesures pour corriger ces écarts frappants en matière de santé.

4. Rapport sur l'état de la santé publique au Canada

Premier rapport annuel, administrateur en chef de la santé publique du Canada, Agence de la santé publique, publié le 18 juin 2008.

L'inégalité sur le plan de la santé au Canada était l'objet de ce premier rapport annuel présenté au public canadien depuis la création de l'Agence de la santé publique du Canada en 2006. Le D^r David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique du Canada, note dans l'introduction du rapport que, bien que la santé de la majorité des 31,6 millions de résidents soit qualifiée de bonne à excellente, il y a, dans tous les coins du pays, des Canadiens qui souffrent d'un taux plus élevé que les autres de blessures, de maladies chroniques, toxicomanies et de décès prématurés.

Le rapport note qu'en général, en ce qui a trait aux indicateurs normaux de l'état de santé, le Canada s'en tire plutôt bien. L'espérance de vie à la naissance est actuellement de 80 ans, soit l'une des plus élevées au monde. Mais malgré l'augmentation observée à cet égard au cours des 25 dernières

« Les actions qui visent à influencer sur les choix individuels relatifs à la santé doivent tenir compte des conditions sociales et environnementales qui sous-tendent ces choix ».

Résumé de documents clés de 2008 portant sur la santé de la po

Groupe d'experts en matière de promotion de la santé de la population : Groupe de travail sur les rapports portant sur la santé de la population
Document de discussion technique

années, cet indicateur n'augmente pas au même rythme que dans d'autres pays qui se classent au haut de l'échelle, comme le Japon (82 ans) et l'Australie (80,5 ans). Notre taux de mortalité infantile a baissé de façon régulière ces quatre dernières décennies, passant de 27 décès pour 1 000 naissances en 1960 à seulement 5 pour 1 000 en 2004, ce qui est nettement mieux que les 7 pour 1 000 observés aux États-Unis. Cependant, le Japon et la Norvège affichent le meilleur taux, à 3 pour 1 000. Six Canadiens sur 10 meurent actuellement soit de maladies du système circulatoire, soit du cancer, ce qui est en grande partie évitable. Bien que le taux de décès prématurés ait diminué régulièrement ces 50 dernières années, en 2005, 42 % des Canadiens âgés de plus de 11 ans, selon les statistiques, souffraient d'une forme de maladie chronique comme l'asthme ou d'autres problèmes respiratoires, l'hypertension artérielle, l'arthrite, le diabète, les maladies du cœur, les maladies mentales, et le cancer. L'obésité présente en ce moment un défi de santé important, 24 % des adultes étant obèses et 35 % ayant une surcharge pondérale en 2005. Le taux d'obésité des hommes est parmi les plus élevés du monde, et tant chez les hommes que les femmes, ceux qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont plus susceptibles d'être obèses, de même que les Autochtones.

Le rapport fait état d'un certain nombre de tendances au chapitre des iniquités sur le plan de la santé au Canada.

- L'écart entre les revenus les plus élevés et les plus faibles continue de s'agrandir, la disparité économique entre les nantis et les non-nantis atteignant de nouveaux extrêmes. En 2005, les 20 % des Canadiens qui gagnaient le plus affichaient des revenus de 160 000 dollars par année, alors que les 20 % qui gagnaient le moins affichaient des revenus de 20 000 dollars.
- Bien que le taux global de pauvreté s'élève à 11 %, les taux de pauvreté relatifs à des secteurs précis de la société sont plus élevés que dans l'ensemble de la population : les familles monoparentales (26 %), les immigrants récents (19 %) et les Autochtones (17 %).
- En 2005, 11,7 % des enfants de moins de 18 ans vivaient dans la pauvreté, en baisse par rapport à un sommet de 18,6 % atteint en 1996. Pourtant, bien que le nombre d'enfants canadiens vivant dans des familles à faible revenu soit proportionnellement moins élevé que le taux observé aux États-Unis de 22 % (après les transferts fiscaux), il demeure presque trois fois plus élevé que celui des pays nordiques (4 %).
- Bien qu'en 2006, le Canada ait affiché son taux de chômage le plus bas en 30 ans, soit 6,9 %, cette réussite n'était pas partagée également par tous les citoyens. Les immigrants récents affichaient un taux de chômage de 11,5 % malgré qu'ils étaient plus susceptibles que les Canadiens de naissance de posséder un diplôme universitaire.
- Le niveau de pauvreté des personnes âgées a diminué grâce à la mise sur pied de nombreux régimes de retraite universels au cours des 50 dernières années, et le Canada est ainsi passé d'une proportion de personnes âgées à faible revenu parmi les plus élevées au monde, à l'une des plus faibles au monde. On voit donc que des programmes nationaux peuvent rééquilibrer les revenus et protéger les personnes vulnérables.
- La sécurité alimentaire est une source de préoccupation, 9 % des ménages canadiens faisant état d'insécurité alimentaire en 2004. Dans le quintile des revenus les plus faibles, cette proportion augmentait à 48,3 %.
- Le logement pose également problème, puisque 13,7 % des Canadiens ont indiqué qu'ils étaient incapables de trouver un logement acceptable. Les chiffres les plus récents indiquent que quelque 150 000 personnes sont sans abri au Canada, un chiffre perçu comme conservateur.

Les régimes de retraite universels instaurés au cours des 50 dernières années ont permis au Canada d'avoir un des taux de personnes âgées à bas revenu les plus bas, ce qui montre que politiques et programmes peuvent rééquilibrer les revenus et protéger les personnes vulnérables.

Groupe d'experts en matière de promotion de la santé de la population : Groupe de travail sur les rapports portant sur la santé de la population
Document de discussion technique

- Le Canada se classe bien quant aux indicateurs de scolarisation et se situe parmi les cinq pays industrialisés qui affichent le meilleur taux d'achèvement des études secondaires. Le nombre de diplômés universitaires continue d'augmenter, mais le taux de diplomation des femmes augmente plus vite que celui des hommes, et six diplômés universitaires sur dix sont maintenant des femmes, ce qui fait craindre l'apparition éventuelle d'un écart sur le plan de la santé lié au niveau de scolarisation.
- Le niveau d'alphabétisme est préoccupant, car 42 % des personnes âgées de 16 à 65 ans affichent un niveau d'alphabétisme inférieur à ce qui est considéré comme un minimum pour réussir dans l'économie et la société actuelles.
- Certains comportements influant sur la santé s'améliorent. Moins de Canadiens que jamais sont fumeurs, plus de femmes allaitent et les décès causés par l'alcoolisme diminuent. Par contre, seuls 41,2 % des Canadiens de 12 ans et plus mangent assez de fruits et de légumes, et si 62 % des Canadiens à revenus élevés indiquent être physiquement actifs, seulement 44 % des Canadiens aux revenus les plus faibles le sont.

Le rapport définit des domaines d'action prioritaires, comme l'investissement social, la sensibilisation des collectivités et le renforcement de leur capacité d'action, le renforcement de l'infrastructure éducationnelle favorisant la recherche, la surveillance et l'évaluation des problèmes d'iniquité sur le plan de la santé, et un plus grand engagement dans la lutte contre les écarts en matière de santé par les chefs de file de tous les ordres de gouvernement.

Recommandations de l'ASPC

L'ASPC soutient entre autres trois actions qu'elle juge les plus urgentes.

- **Susciter la volonté collective et le leadership** : la lutte contre les écarts sur le plan de la santé doit devenir une priorité pour tous les Canadiens; il faut sensibiliser la société aux problèmes et mieux les faire connaître, recueillir les données nécessaires pour mesurer et suivre les progrès accomplis, et faire en sorte que des chefs de file et des promoteurs de la cause de la réduction de l'iniquité sur le plan de la santé se manifestent dans tous les secteurs de la société.
- **Réduire la pauvreté chez les enfants** : il faut investir davantage pour que tous les enfants canadiens partent dans la vie du bon pied, et tirer les leçons d'autres gouvernements qui ont réussi à réduire le taux de pauvreté de leurs enfants; nous devons examiner certains programmes de redistribution du revenu, mener des interventions visant le soutien des enfants vivant dans des familles à faible revenu, et favoriser, entre autres initiatives, celles qui soutiennent le logement et la sécurité alimentaire, ainsi que la poursuite des études.
- **Renforcer les collectivités** : le rapport fait remarquer que les personnes qui vivent le plus près des problèmes sont souvent, aussi, celles qui sont le plus près des solutions. Par conséquent, les collectivités concernées doivent être reconnues et encouragées à élaborer leurs propres interventions aux problèmes, à prendre appui sur les connaissances et l'expérience qu'elles ont acquises sur le terrain, et à tirer profit de l'énergie qu'elles possèdent.

Le rapport fourmille d'exemples de programmes et de politiques novateurs, dont bon nombre au niveau provincial ou régional, qui se sont attachés à certains aspects des déterminants de la santé dans le passé, ou qui s'y attachent en ce moment. Parmi les exemples mentionnés, notons le programme Act Now de la Colombie-Britannique, qui fait la promotion de modes de vie sains, le programme Eskasoni Primary Health Care de l'île du Cap-Breton, programme communautaire multisectoriel qui a permis de construire un nouveau centre de santé réunissant sous un même toit des services de santé et des services communautaires, ce qui a amélioré le rendement et réduit les coûts. Parmi d'autres projets dignes de mention, notons une unité mobile de soins de santé installée à Toronto et qui a permis d'offrir des services de santé aux femmes immigrantes, et le Programme canadien de nutrition prénatale, qui fournit du counseling en matière de

nutrition, des suppléments nutritifs, des vitamines et des programmes de santé comme du soutien contre le tabagisme à environ 50 000 femmes enceintes annuellement, réparties dans plus de 2 000 collectivités.

Comme l'a indiqué le D^r David Butler-Jones lors de la publication du rapport, l'un de ses buts premiers est de susciter une discussion chez les Canadiens concernant les iniquités sur le plan de la santé, de mieux faire saisir et comprendre comment le fait d'agir sur les facteurs liés à la santé hors du système lui-même peut améliorer la santé des Canadiens, et d'explorer comment, en prenant appui sur les bons résultats obtenus à ce jour, on peut faire encore mieux pour réduire les inégalités sur le plan de la santé.

5. Poverty and Chronic Disease: Recommendations for Action

Rapport de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada; publié en avril 2008

L'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC) est une coalition nationale d'organismes de soins de santé qui partagent la même vision de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques au pays. Les organismes fondateurs sont notamment la Fondation des maladies du cœur, la Société canadienne du cancer, l'Association canadienne du diabète, l'Association canadienne de santé publique et Les diététistes du Canada.

L'importance du dernier rapport de l'Alliance sur la pauvreté et les maladies chroniques réside dans le fait que, comme l'indique son titre, il se consacre entièrement à des recommandations de mesures à prendre. Le document note que l'une des principales raisons de la nécessité d'agir maintenant sur les écarts sur le plan de la santé est de s'attaquer à une injustice sociale et de corriger des iniquités qui vont à l'encontre des valeurs canadiennes. Une autre raison éloquente mise de l'avant est que les maladies chroniques coûtent au Canada des milliards de dollars chaque année. En s'attaquant aux iniquités sur le plan de la santé, on pourrait faire épargner d'importantes sommes au système des soins de santé et augmenter la productivité de l'économie.

L'Alliance fait trois principales recommandations d'initiatives, soit fédérales soit provinciales, lesquelles comportent chacune un sous-ensemble de recommandations. Nombre de ces recommandations ont déjà été formulées par l'Alliance dans des documents précédents et sont reprises dans ce dernier rapport.

1. **Revenu** : Augmenter et indexer les transferts de revenu vers les groupes à risque, et augmenter les revenus en général en adoptant les mesures qui suivent.
 - a. **Augmenter la Prestation fiscale canadienne pour enfants (fédéral)** : Cette recommandation a été formulée par nombre d'organismes canadiens ces dernières années, la recommandation moyenne consistant en une augmentation de 5 100 dollars par année. Cette allocation ne doit pas être récupérée par les provinces, et les niveaux d'aide sociale ne doivent pas être abaissés en conséquence.
 - b. **Améliorer l'assurance-emploi (fédéral)** : Réévaluer et réformer l'assurance-emploi pour rendre réalistes et raisonnables les exigences d'admissibilité du programme, et pour que les prestations reflètent un salaire minimum acceptable, qui s'ajuste par ailleurs à l'augmentation du coût de la vie.
 - c. **Augmenter et indexer le salaire minimum (provincial)** : Toutes les provinces devraient augmenter leur taux à 10 dollars l'heure.
 - d. **Augmenter les niveaux d'aide sociale (provincial)** : Indexer tous les niveaux d'aide sociale dans toutes les provinces et augmenter ce taux chaque année de façon à garder de l'avance sur l'inflation et l'augmentation du coût de la vie.

2. **Logement** : Assurer l'accès à un logement adéquat partout au Canada en adoptant les mesures qui suivent.
 - a. **Réinstaurer le programme de logement social fédéral et augmenter le financement de l'Initiative en matière de logement abordable** : Les personnes dont le revenu gagné est faible et celles qui vivent de l'aide sociale doivent avoir accès à des logements sûrs et abordables.
3. **Populations prioritaires** : S'assurer que les gens qui en ont le plus besoin soient les premiers à bénéficier de ces mesures. Les enfants qui vivent dans la pauvreté, les familles monoparentales, les immigrants récents et les Autochtones devraient tous être au cœur des nouvelles politiques de réduction de la pauvreté.

Le rapport de l'APMCC, établi au niveau national, cadre bien avec les conclusions et recommandations d'un rapport de 2008¹⁰ produit par la BC Healthy Living Alliance (BCHLA), coalition d'organismes similaires à ceux qui composent l'APMCC, cette fois au niveau provincial. Le rapport de la BCHLA, intitulé *Health Futures for BC Families*, présente à peu près le même message, à savoir qu'il faut appliquer des politiques qui s'attaqueront aux facteurs qui peuvent soit entraver, soit améliorer la santé d'une société, dont l'accès à un logement abordable, la prestation de soins aux jeunes enfants et l'aide à leur développement, la sécurité du revenu et de l'alimentation, et des milieux de vie positifs. Le document de la BCHLA comporte par ailleurs des données importantes, tirées d'enquêtes d'opinion qu'elle a menées à l'échelle de la province, et qui indiquent un fort appui de la population pour des mesures touchant ces déterminants clés. Il note ainsi que 79 % des Britanno-colombiens soutiennent la mise en œuvre d'un plan d'action provincial qui comporterait des cibles et des calendriers et viserait l'amélioration de la santé des citoyens défavorisés¹¹.

6. *Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits*

Rapport du Conference Board du Canada, publié le 8 décembre 2008

Le Conference Board du Canada, organisme centré sur le milieu des affaires, apporte un point de vue neuf et rafraîchissant sur la question des déterminants de la santé en lançant un défi au milieu des affaires du Canada pour qu'il contribue à réduire les écarts sur le plan de la santé. Si les quatre documents précédents exposaient le bien-fondé de l'investissement et de l'action du gouvernement au nom de la justice sociale, de la bonne gouvernance et de l'amélioration de la santé, ce rapport expose éloquemment les raisons pour lesquelles les employeurs et les entreprises devraient se préoccuper de cette question et intervenir, non seulement dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, mais d'améliorer le rendement, la productivité et les profits des sociétés, de réduire les coûts du système de soins de santé et de réduire les coûts pour la société. Ce rapport représente un important tournant, car c'est la première fois que le milieu des affaires canadien se range derrière les données probantes accumulées et contribue à intervenir sur les déterminants de la santé¹².

« Les employeurs qui agissent sur les déterminants socioéconomiques de la santé de leurs employés peuvent s'attendre à de meilleurs rendements et profits que ceux qui ne font rien. »

¹⁰ Voir *Healthy Futures for BC Families: A BCHLA Policy Discussion Paper*, publié en septembre 2008 et disponible sur le site Web : www.bchealthyliving.ca

¹¹ Angus Reid Strategies : *Attitudes and Barriers to Healthy Living*, 2008 (BCHLA Public Opinion Research), cité dans *Health Futures for BC Families*.

¹² Bien que ce ne soit pas explicite dans le document du Conference Board, ces trente dernières années, les appels lancés pour qu'on agisse sur les déterminants de la santé ont souvent soulevé, particulièrement dans la communauté des affaires canadienne, la crainte qu'une augmentation des impôts et une approche hostile aux affaires ne viennent décourager, voire pénaliser selon les chefs d'entreprise, la libre entreprise.

Groupe d'experts en matière de promotion de la santé de la population : Groupe de travail sur les rapports portant sur la santé de la population
Document de discussion technique

Le Conference Board démontre que l'investissement dans la réduction des écarts sur le plan de la santé rapporte aussi bien sur le plan individuel qu'au niveau de l'entreprise. Cette nouvelle argumentation en faveur de la réduction des écarts sur le plan de la santé est peut-être la plus importante à voir le jour dans l'économie de marché canadienne actuelle. Essentiellement, le Conference Board insiste sur le fait que la réduction de l'iniquité sur le plan de la santé est avantageuse pour les résultats nets des sociétés canadiennes et pour le milieu des affaires, tout autant que pour la société canadienne dans son ensemble. C'est la première fois que le milieu des affaires reconnaît les répercussions des déterminants de la santé et recommande que les entreprises participent à la solution du problème.

Le rapport souligne que les employeurs et les entreprises ont beaucoup à gagner à prendre la direction de la réduction des écarts sur le plan de la santé dans leur milieu de travail, en faisant en sorte que les employés soient plus en santé, plus satisfaits, moins tendus, plus productifs, et donc moins susceptibles de démissionner ou d'afficher des taux élevés d'absentéisme et plus attachés à la culture de l'entreprise. Bref, moins il y a de stress et de maladie au travail, plus il y a de productivité et de profits. L'un des nombreux exemples donnés dans le rapport décrit comment, en installant une garderie d'urgence et de remplacement sur place, la CIBC a non seulement réduit le stress de ses employés, mais économisé 2 500 journées d'absence dès la première année et 1,5 million de dollars en productivité perdue.

Le rapport s'appuie sur la recherche et les statistiques du rapport annuel de 2008 de l'ASPC, décrit plus haut dans le présent document, de même que sur d'autres rapports concluants produits durant la dernière décennie, pour mettre en évidence les répercussions des déterminants de la santé. La dernière moitié du document décrit les diverses actions que peuvent entreprendre les entreprises pour améliorer la santé de leurs employés, et comment déterminer quelles mesures sont susceptibles d'avoir la meilleure incidence sur le milieu de travail.

Le rapport note qu'il y a en général deux approches fondamentales qui sont adoptées pour réduire les écarts sur le plan de la santé.

1. **La création de politiques et de programmes portant sur un déterminant clé qui touche les employés dans le milieu de travail** : Le document donne de nombreux exemples, comme des garderies d'urgence sur place ou des programmes de garde d'enfants quotidienne, de l'aide et du soutien au logement, des programmes de mieux-être et de conditionnement physique y compris des gymnases sur place, du counseling ou des subventions au conditionnement physique, et une alimentation saine à la cafétéria, des politiques de salaire équitables, de bons congés de maternité ou de paternité et d'autres incitatifs liés au revenu, des heures de travail flexibles, des subventions de l'aide au transport, des programmes de perfectionnement et de formation, des régimes d'avantages sociaux, comme des assurances dentaires ou des programmes de lutte contre le tabagisme. Ces types de programmes, s'ils ont des coûts de mise en œuvre, augmentent néanmoins les profits, le maintien en poste, la santé et le moral des employés, et réduisent le taux d'absentéisme.
2. **Création d'un produit ou d'un service qui agit sur un déterminant clé** : Le rapport note que plusieurs entreprises tiennent déjà compte des déterminants sociaux sans même le savoir – les développeurs immobiliers, les entreprises de transport, les éducateurs. D'autres entreprises pourraient créer de nouvelles gammes de produits ou de services qui amélioreraient l'état de santé de leurs clients. Une entreprise qui crée un produit ou un service doit d'abord faire fi de deux préjugés.
 - o *Les pauvres n'ont pas assez de pouvoir d'achat pour rendre un service profitable.* En fait, de forts volumes, des besoins et des pouvoirs d'achat

combinés peuvent engendrer de la profitabilité. On en trouve un bon exemple dans la façon dont les téléphones cellulaires ont créé de la prospérité économique dans les villages africains, ou dont certaines entreprises ont repositionné des produits chers (ordinateurs, téléphones cellulaires) en en faisant des services abordables grâce au principe du paiement à l'utilisation.

- o *La personne qui profite le plus d'un service doit le payer.* En fait, beaucoup de tierces parties accepteront de payer pour des services qui amélioreront leurs opérations. Au Royaume-Uni, un service de traduction par téléphone a relié des traducteurs travaillant de la maison à des clients non anglophones qui devaient utiliser une vaste gamme de services gouvernementaux et communautaires et de services d'organismes à but non lucratif. Le fournisseur de service payait les frais de traduction parce qu'il pouvait ainsi mieux servir ses clients.

Le document énonce dix mesures de base à prendre, qui guident les compagnies à travers les étapes à franchir pour agir efficacement sur les déterminants de la santé, dont les plus importantes sont de sensibiliser les employés au niveau de chaque lieu de travail, de les consulter et de communiquer avec eux constamment pour s'assurer qu'on répond le mieux possible à leurs besoins, qu'on n'en fait pas trop, qu'on évalue bien les programmes et que l'ensemble de la culture d'entreprise est bien imprégné de cette initiative.

« Le gouvernement doit comprendre que l'altruisme ne peut pas et ne doit pas être le moteur des investissements du secteur privé... L'ANALYSE DE RENTABILITÉ essentielle repose sur le rendement et les profits que peuvent entraîner les interventions sur les déterminants socioéconomiques de la santé. »

Recommandations du Conference Board

Le Conference Board note que les divers ordres de gouvernement jouent un rôle de motivateurs, d'animateurs et de facilitateurs dans le cadre des mesures prises par le secteur privé pour réduire les écarts sur le plan de la santé. Le gouvernement peut aider de diverses façons :

- en diffusant l'information sur les mesures qui portent fruit;
- en fournissant des fonds de démarrage et en favorisant des modèles prometteurs ou en finançant la recherche;
- en fournissant un environnement réglementaire et législatif qui appuie les mesures prises;
- en fournissant des incitatifs additionnels à la prise de mesures comme des abattements d'impôt, des subventions ou une admissibilité à des fonds publics;
- en créant des conditions favorables, comme en « égalisant les chances » de façon à ce qu'un employeur qui adopte des mesures ne soit pas défavorisé par rapport à ses concurrents.

La conclusion du rapport du Conference Board comporte quatre points principaux.

- Comme employeurs, les entreprises qui s'attaquent aux déterminants socioéconomiques de la santé peuvent améliorer leur productivité et leur rendement organisationnel et augmenter leurs profits.
- Comme producteurs de biens et de services, les entreprises peuvent améliorer les résultats sur le plan de la santé tout en créant des occasions d'affaires et en s'assurant d'obtenir un rendement sur le capital investi;
- Comme parties prenantes de l'économie, les entreprises peuvent encourager les gouvernements à lutter contre les écarts sur le plan de la santé pour le bénéfice à long

- terme de l'ensemble de l'économie et de la productivité de la main-d'œuvre, et pour assurer la disponibilité future d'une main-d'œuvre en santé.
- Comme membres respectés de la société, les entreprises peuvent aider à répandre dans tout le Canada le message que les mesures prises concernant les déterminants socioéconomiques de la santé sont bénéfiques pour les Canadiens, et elles peuvent collaborer entre elles ainsi qu'avec d'autres secteurs de la société pour assurer les progrès de la lutte contre les écarts en matière de santé.

Conclusion

Depuis 35 ans maintenant, la preuve ne cesse de s'accumuler à savoir que les déterminants de la santé sont des facteurs essentiels de l'état de santé des Canadiens. En fait, c'est en 1974 que le célèbre rapport Lalonde produit par le gouvernement fédéral a, pour la première fois dans le monde, avancé ce qui suit :

« [...] l'équation traditionnelle entre le niveau de santé et le nombre de médecins et d'hôpitaux ne tient pas compte de la réalité. [...] il ne fait guère de doute que l'action future visant à améliorer l'état de santé des Canadiens devra s'orienter davantage vers l'assainissement du milieu, la réduction des risques auxquels l'individu s'expose délibérément et la connaissance plus approfondie de la biologie humaine¹³. »

Le rapport Lalonde a eu des répercussions internationales, a aidé à donner naissance au domaine de la promotion de la santé des populations, et a suscité énormément de recherches sur les répercussions et l'importance des déterminants de la santé partout dans le monde.

Plus près de nous, en 2008, une nouvelle série d'importants rapports viennent ajouter une nouvelle urgence à la question des déterminants de la santé, dans la mesure où ils manifestent un ensemble de points de vue sur les problèmes qui se posent et fournissent une meilleure base aux fins de la sensibilisation. Considérés dans leur ensemble, ces rapports montrent clairement que la question se polarise autour d'un certain nombre de points communs, dont les suivants.

- **Une compréhension commune de ce qui constitue les déterminants de la santé majeurs** : Le revenu, la scolarité, l'emploi, l'alphabétisme, le logement et le cadre bâti, l'environnement naturel, les expériences de la petite enfance, la sécurité alimentaire, les soutiens sociaux, l'accès à des services de santé préventifs, et l'autonomie globale de la personne dans ses choix de vie.
- **Un ensemble de données probantes, partagées et de plus en plus solides, montrant l'incidence des déterminants de la santé sur la vie des Canadiens et sur notre économie** : L'iniquité sur le plan de la santé au Canada s'accompagne de taux de mortalité considérablement plus élevés, de taux d'hospitalisation plus élevés et de taux de maladies chroniques plus élevés chez ceux dont le statut socioéconomique est faible. L'iniquité sur le plan de la santé transparaît également dans le manque d'accès à des assurances dentaires, à des assurances-médicaments et à des prestations complémentaires. Cette disparité dans l'état de santé coûte cher au système de soins de santé, réduit la productivité de notre économie et, surtout, a des conséquences néfastes sur la vie de millions de Canadiens.
- **Une compréhension commune des groupes de population les plus affectés** : Au Canada, les personnes les plus vulnérables aux effets des déterminants de la santé sont celles qui font partie des 20 % dont le revenu annuel est le plus faible, les enfants qui vivent dans la pauvreté, les familles monoparentales, les nouveaux immigrants et les populations autochtones.

¹³ Rapport Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, 1974, page 19

- **Une préoccupation commune à l'égard de certaines tendances qui empirent :** Le chômage s'accroît et devrait s'accroître encore dans le climat économique actuel; le fossé entre les 20 % de Canadiens les plus riches et les 20 % les plus pauvres n'a pas cessé de s'agrandir au cours de la dernière décennie; l'insécurité alimentaire et le recours aux banques alimentaires ont augmenté au cours des dernières décennies, alors que 48,3 % des personnes faisant partie des 20 % les plus pauvres indiquaient ressentir une insécurité alimentaire en 2004.
- **Une compréhension commune que le Canada peut faire mieux :** L'expérience des pays nordiques prouve qu'un taux de pauvreté chez les enfants de 4 % est possible, alors que le Canada affiche un taux de 11 %, et que les écarts sur le plan de la santé peuvent être réduits au moyen de programmes ciblés, comme l'éducation à la petite enfance, un accès égal aux études supérieures et des transferts de revenu ciblés. L'expérience d'autres pays, comme le Japon et l'Australie, prouve que nous pouvons allonger l'espérance de vie, en particulier parmi les populations défavorisées. L'expérience même de pays pauvres, comme Cuba, la Chine et le Costa Rica, prouve qu'en axant ses interventions sur le soutien au développement de la petite enfance, la scolarisation des garçons et des filles et l'accès à des services de santé préventifs, on peut réduire les écarts sur le plan de la santé.
- **Une attention unanime portée sur la nécessité que le public canadien, les médias, les promoteurs de la santé, les politiciens et les chefs de file du milieu des affaires comprennent la puissance des déterminants de la santé :** Il faut détourner le discours public sur l'amélioration de la santé de l'idée de toujours verser plus d'argent dans le système de soins de santé actuel. Les dépenses des gouvernements dans le système de soins de santé actuel atteignant environ 39,2 % des budgets des gouvernements provinciaux. Il faut reconnaître que d'augmenter encore cette part n'augmenterait pas la santé et qu'au contraire, cela pourrait bien menacer l'amélioration de la santé des populations. Comme le sénateur canadien Wilbert Keon, chirurgien-chef pendant la plus grande partie de sa carrière et fondateur de l'Institut de cardiologie d'Ottawa, l'a souligné dans un récent éditorial : [traduction] « L'augmentation des dépenses de soins de santé a vraisemblablement une incidence négative sur la santé générale de notre population dans la mesure où elle restreint l'investissement dans d'autres domaines comme l'éducation (notamment l'éducation à la petite enfance), le logement public, la sécurité du revenu et d'autres services publics »¹⁴. Tous les documents insistaient sur un leadership accru pour effectuer une sensibilisation et devenir les champions en ce qui concerne les déterminants de la santé.
- **Un appel commun à coordonner la recherche et la diffusion des conclusions :** Comme l'ont tous fait valoir l'OMS, le Conference Board, l'Agence de la santé publique du Canada, l'ICIS et Statistique Canada dans leur rapport, nous devons stimuler une culture de la recherche relativement aux déterminants de la santé, instaurer des systèmes de surveillance adéquats, dresser le bilan régulier des progrès réalisés et évaluer les efforts déployés. Les documents de l'ICIS et de Statistique Canada fournissent d'excellentes données fondamentales à partir desquelles nous pouvons évaluer nos progrès à venir. Il est essentiel de partager avec les autres nations et entre les régions les mesures qui portent fruit. Certaines recherches doivent comporter un volet qui permette d'établir quelles interventions, ou quelles combinaisons d'interventions sont le plus à même de réduire les écarts sur le plan de la santé dans le contexte canadien; quels sont les coûts financiers des interventions possibles comparés au coût d'une absence d'interventions?
- **Une conclusion commune à savoir que les données probantes accumulées sont suffisantes et qu'il est maintenant temps de passer à l'action :** Trente ans de recherches et de discussions sont amplement suffisants – il est maintenant temps d'agir.

¹⁴ Sénateur Wilbert Keon, "Health for all: questions from the past, lessons for the future." The Hill Times, le lundi 21 janvier 2008.

Groupe d'experts en matière de promotion de la santé de la population : Groupe de travail
sur les rapports portant sur la santé de la population
Document de discussion technique

Bien qu'il y ait encore place pour de la recherche sur l'efficacité des diverses mesures, il y a suffisamment d'éléments probants pour concevoir des programmes pilotes mesurables, élaborer des interventions ciblées à l'intention des populations à risque et négocier des changements de politiques comme des augmentations de salaire minimum et de taux d'aide sociale, et mieux soutenir les initiatives visant le développement de la petite enfance. Les gouvernements, notamment, peuvent financer des modèles d'affaires prometteurs ou soutenir des recherches ciblées au sein de communautés identifiées par l'étude de l'ICIS comme présentant le taux le plus élevé d'hospitalisation et les plus grands besoins. Parmi les autres recommandations communes à tous les rapports, mentionnons la création de logements abordables, une garantie d'accès égal à l'éducation, l'augmentation de l'alphabétisation et un souci particulier pour le développement de la petite enfance.

Il ne fait plus de doute que la prochaine révolution dans l'amélioration de la santé est à la portée des Canadiens. Mais nous devons commencer dès maintenant à axer nos investissements et nos interventions en amont du système de soins de santé, sur les environnements, les systèmes fondamentaux et la structure de notre société – et là où nous vivons, apprenons, travaillons et jouons – afin de favoriser une plus grande égalité des chances et de réduire les désavantages observés sur le plan sociétal. Un investissement dans les déterminants de la santé est un investissement dans la santé future de notre société.