

INÉGAUX DEVANT LA SANTÉ: LES CONSÉQUENCES DE CHOIX DE SOCIÉTÉ



LOUISE POTVIN, PhD

**Chaire de recherche du Canada: Approches
communautaires et inégalités de santé
Institut de recherche en santé publique**

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

LES BELLES SOIRÉES

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, LE 17 OCTOBRE 2013

PLAN

2

1. Les inégalités sociales de santé: trois constats troublants
2. Pourquoi faut-il chercher à réduire les inégalités sociales de santé?
3. Deux approches de réduction de réduction des inégalités sociales de santé
4. Le potentiel innovant des approches par milieux de vie

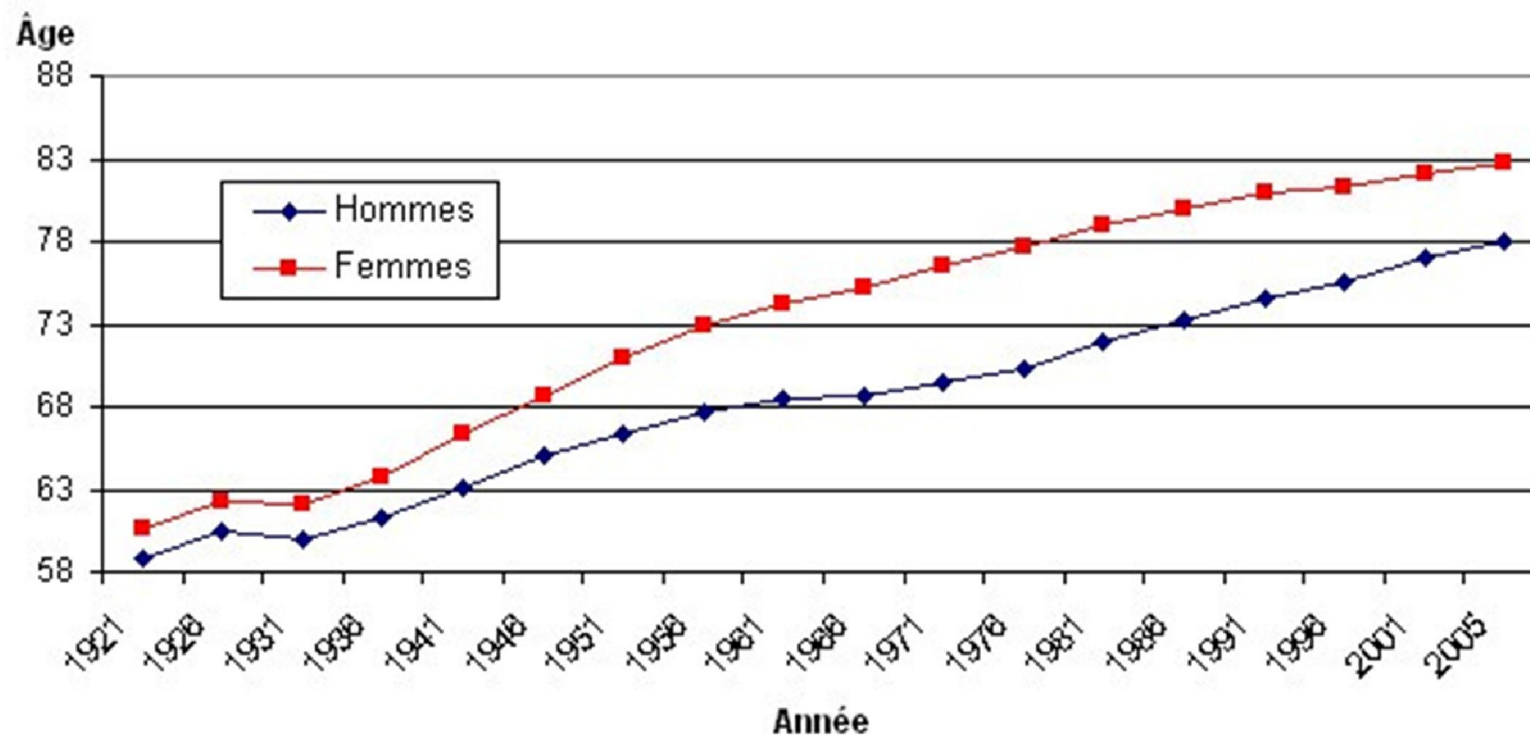
Les inégalités sociales de santé: trois constats troublants

3

**PREMIER CONSTAT :
COLLECTIVEMENT NOTRE
SANTÉ S'AMÉLIORE**

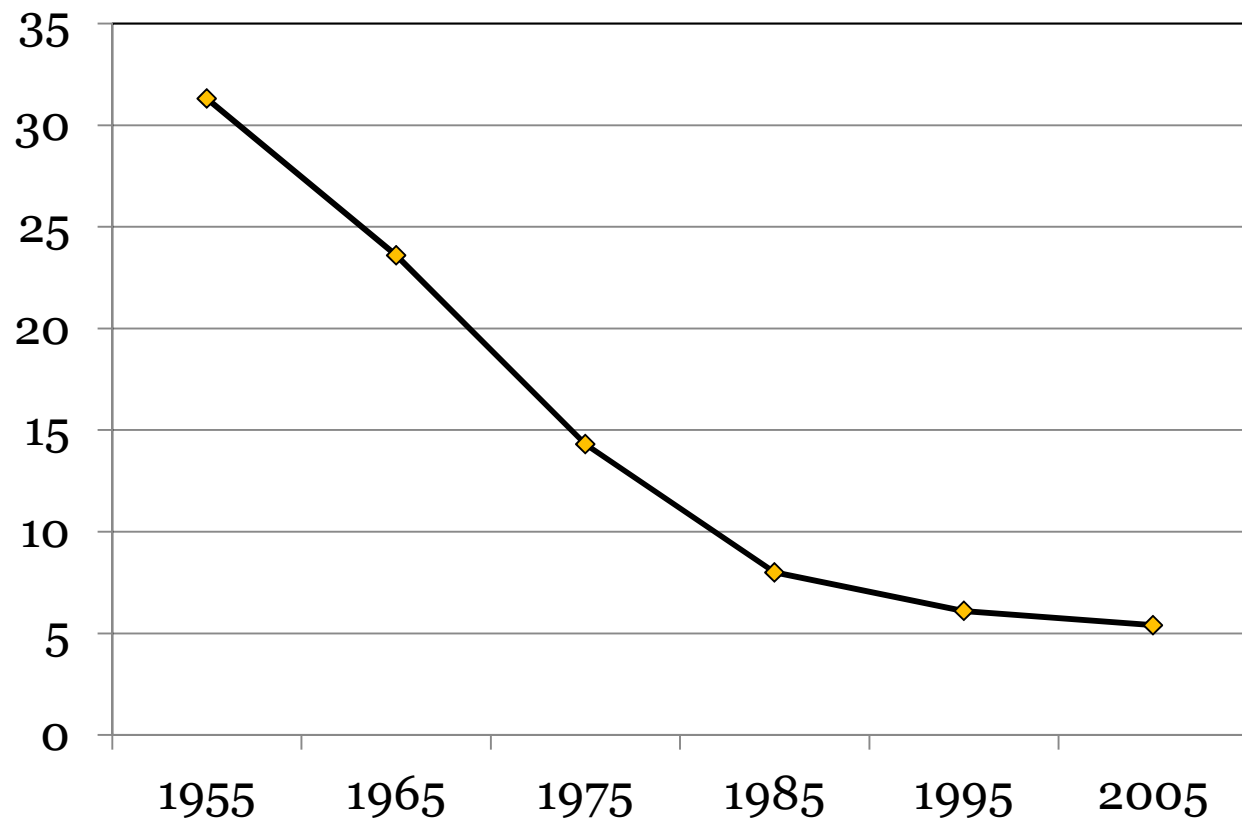
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, POPULATION CANADIENNE, 1925-2005

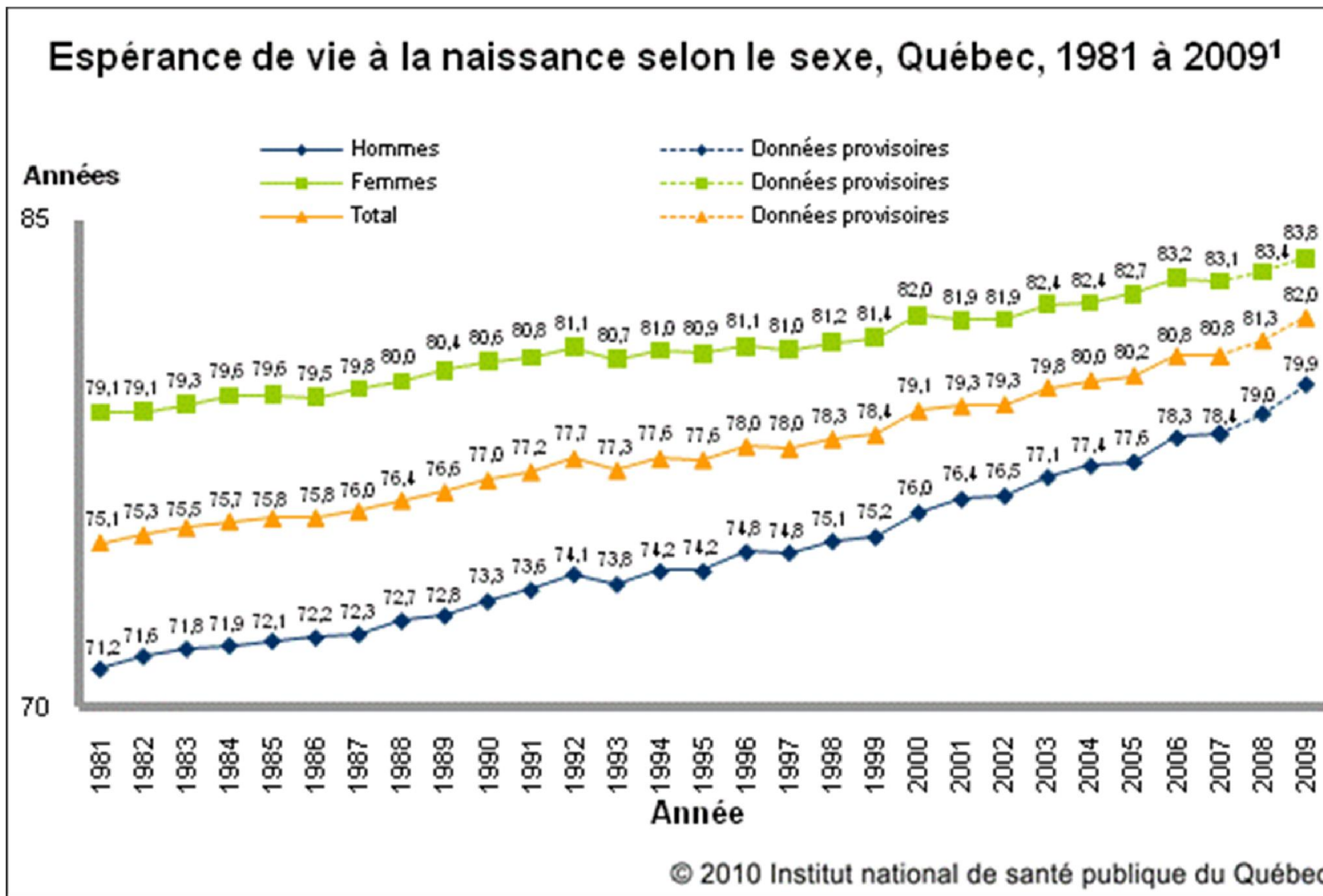
5



MORTALITÉ INFANTILE POUR 1000 NAISSANCES VIVANTES AU CANADA, 1955-2005

6

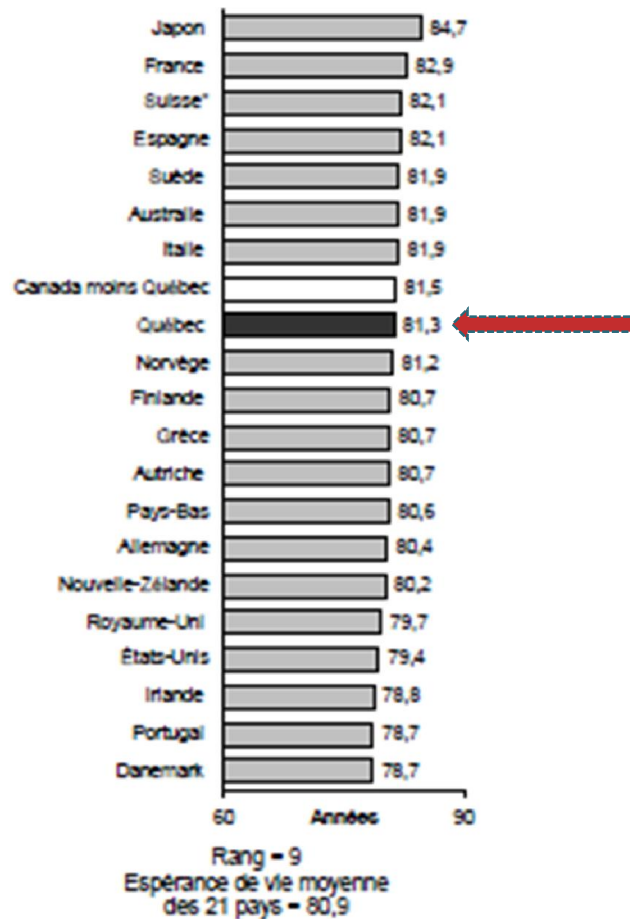




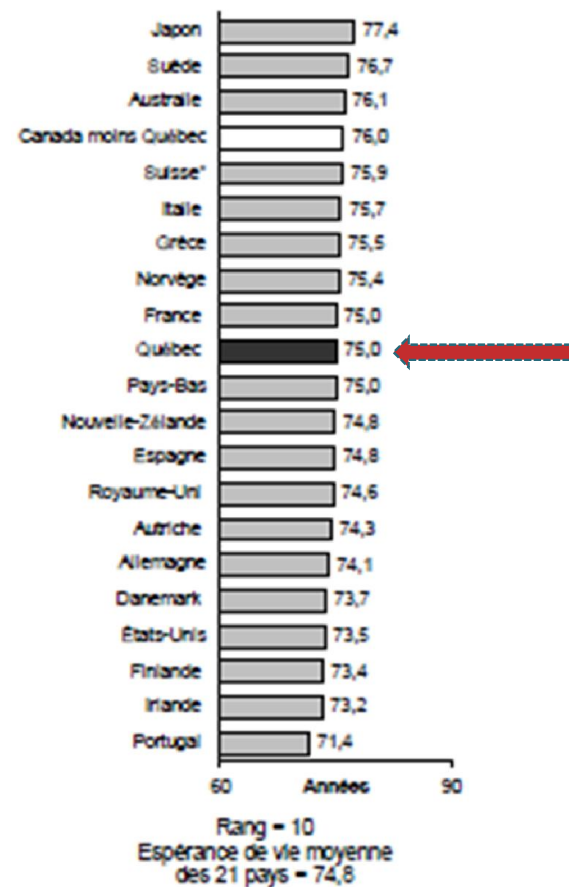
COMPARAISONS QUÉBEC ET AUTRES PAYS: ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE 1996-98

8

FEMMES

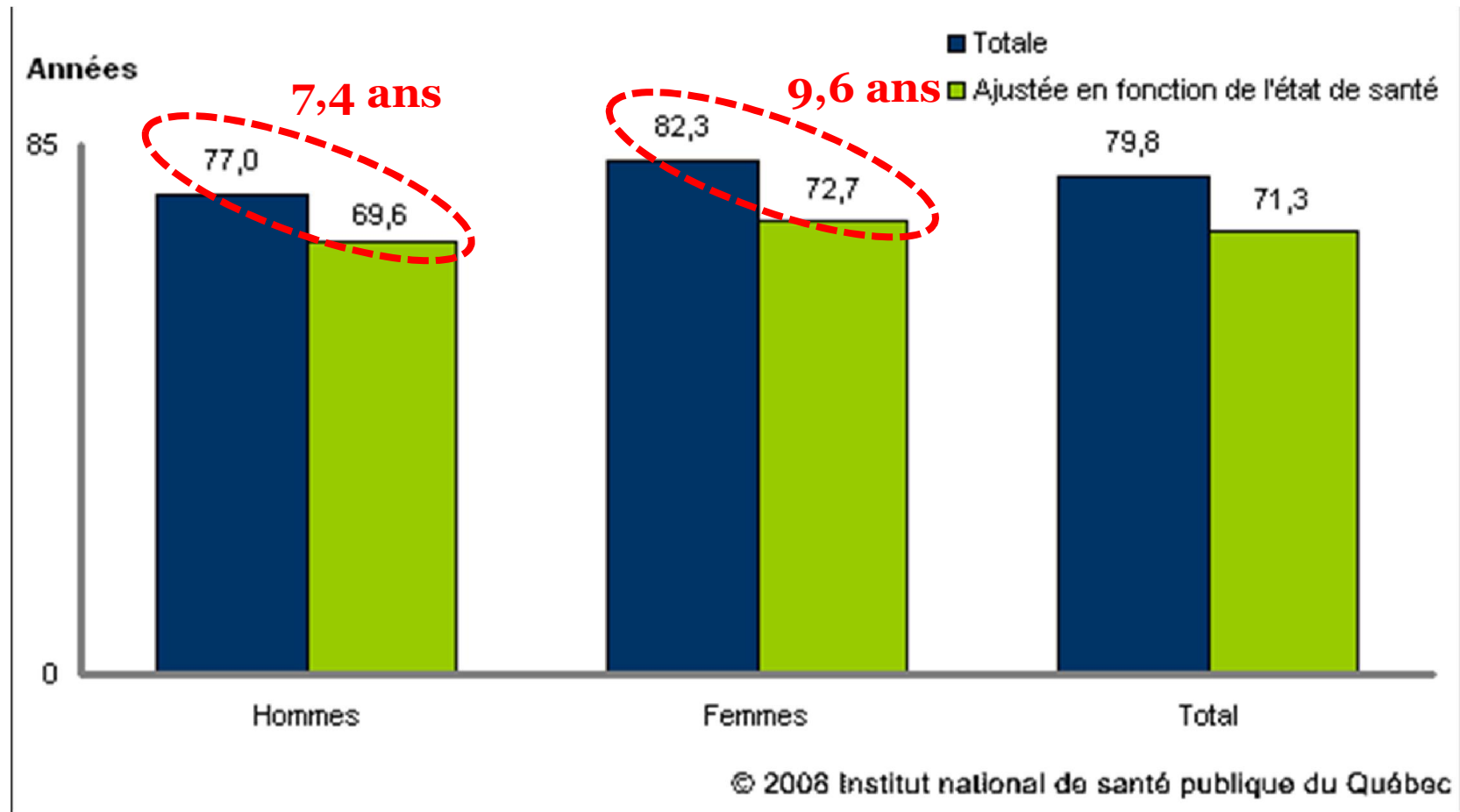


HOMMES



ESPÉRANCE DE VIE A LA NAISSANCE EN BONNE SANTÉ SELON LE SEXE QUÉBEC 2005

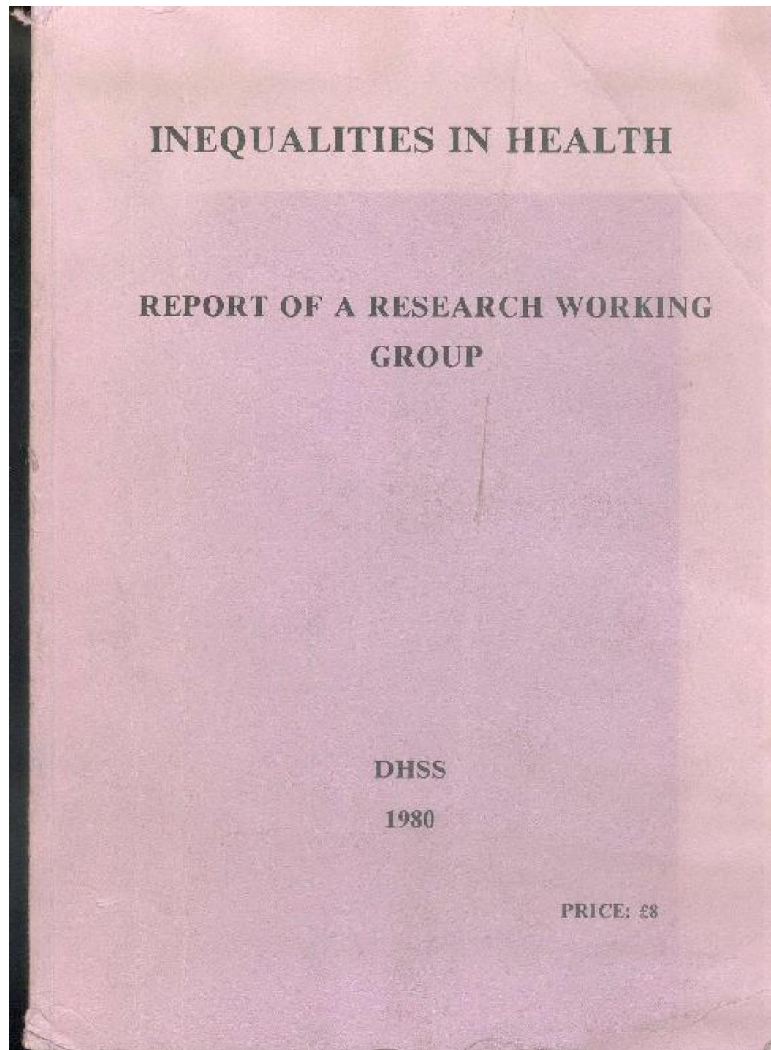
9



**DEUXIÈME CONSTAT : LA
SANTÉ NE S'AMÉLIORE PAS
ÉGALEMENT POUR TOUT LE
MONDE**

LE RAPPORT BLACK

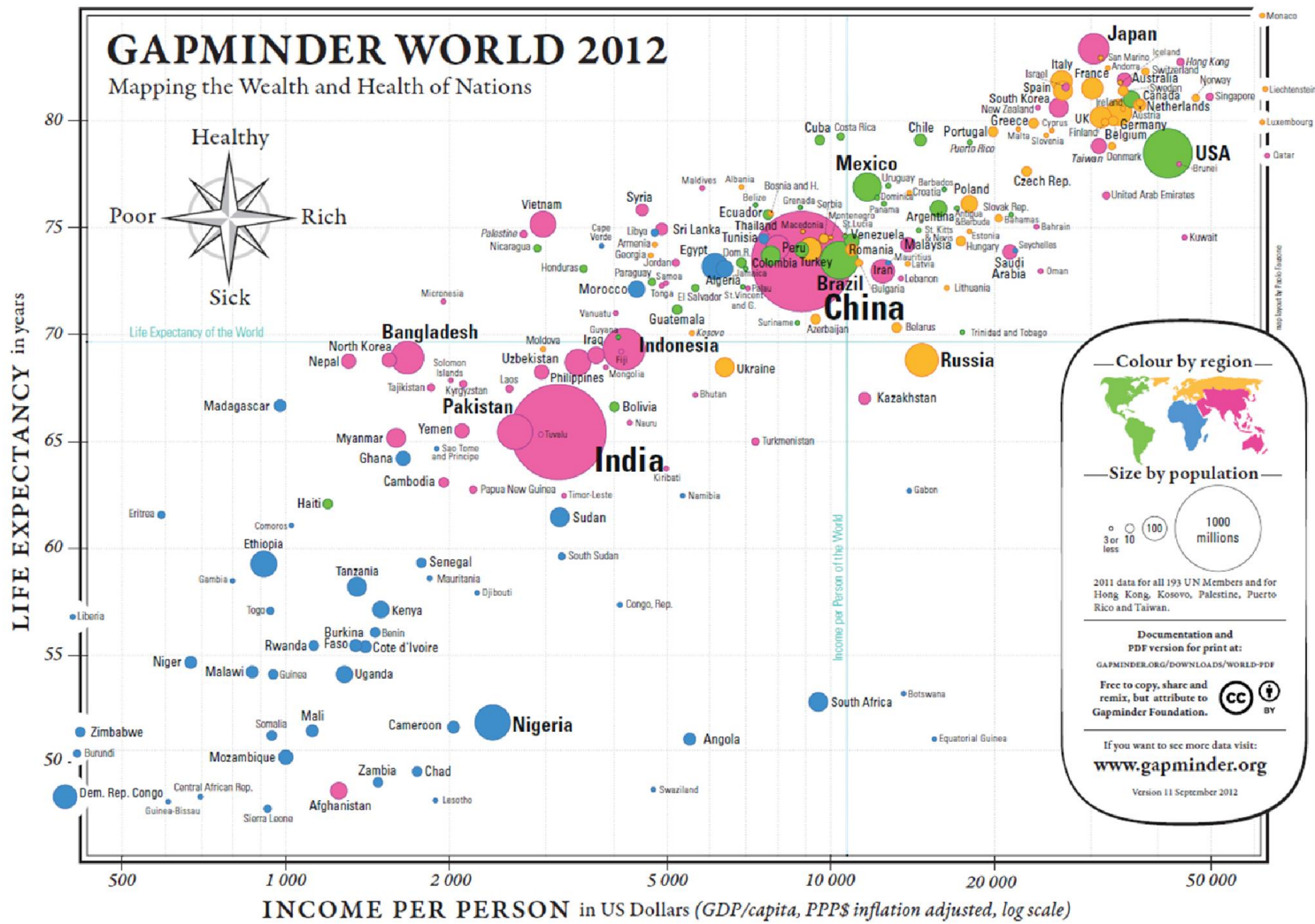
11



Il existe un gradient de santé parallèle au gradient socio-économique, pour la plupart des causes de mortalité, particulièrement marqué pour les affections respiratoires.

LA SANTÉ ET LA RICHESSE DANS LE MONDE 2011

12

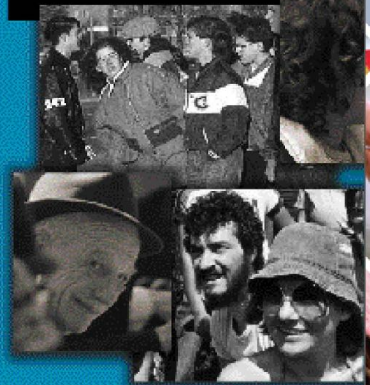


AU CANADA

13

Rapport annuel 1998
sur la santé de la population

Les inégalités sociales
de la santé



L'administrateur en chef de la santé publique

RAPPORT SUR L'ÉTAT DE
SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA
2008 S'ATTACHER À
INÉGALITÉS



Canada

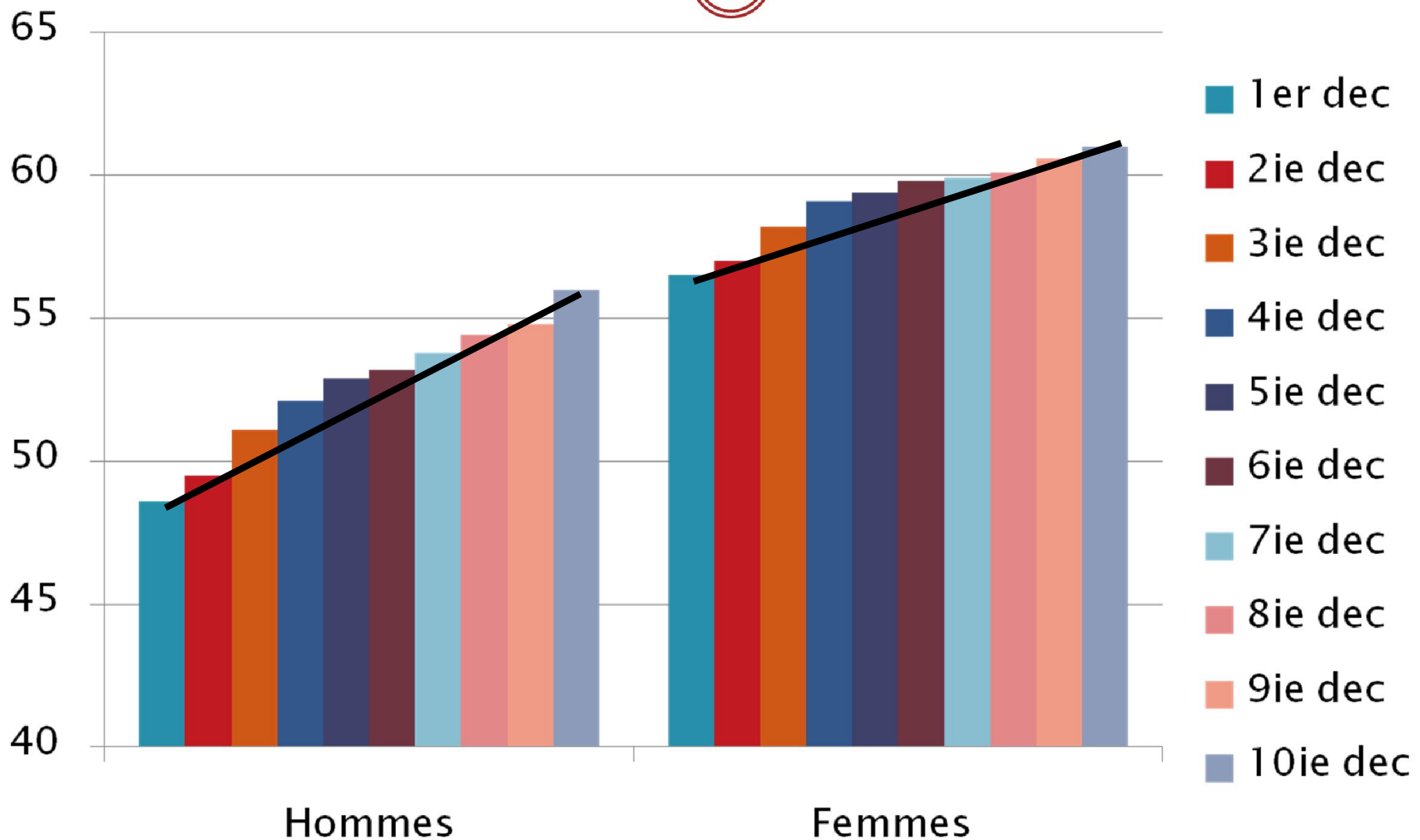
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

La justice sociale est une question de vie ou de mort.
Dr Margaret Chan, directrice générale, Organisation mondiale de la santé

Rapport du directeur de santé publique 2011
**LES INÉGALITÉS SOCIALES
DE SANTÉ À MONTRÉAL**
Le chemin parcouru

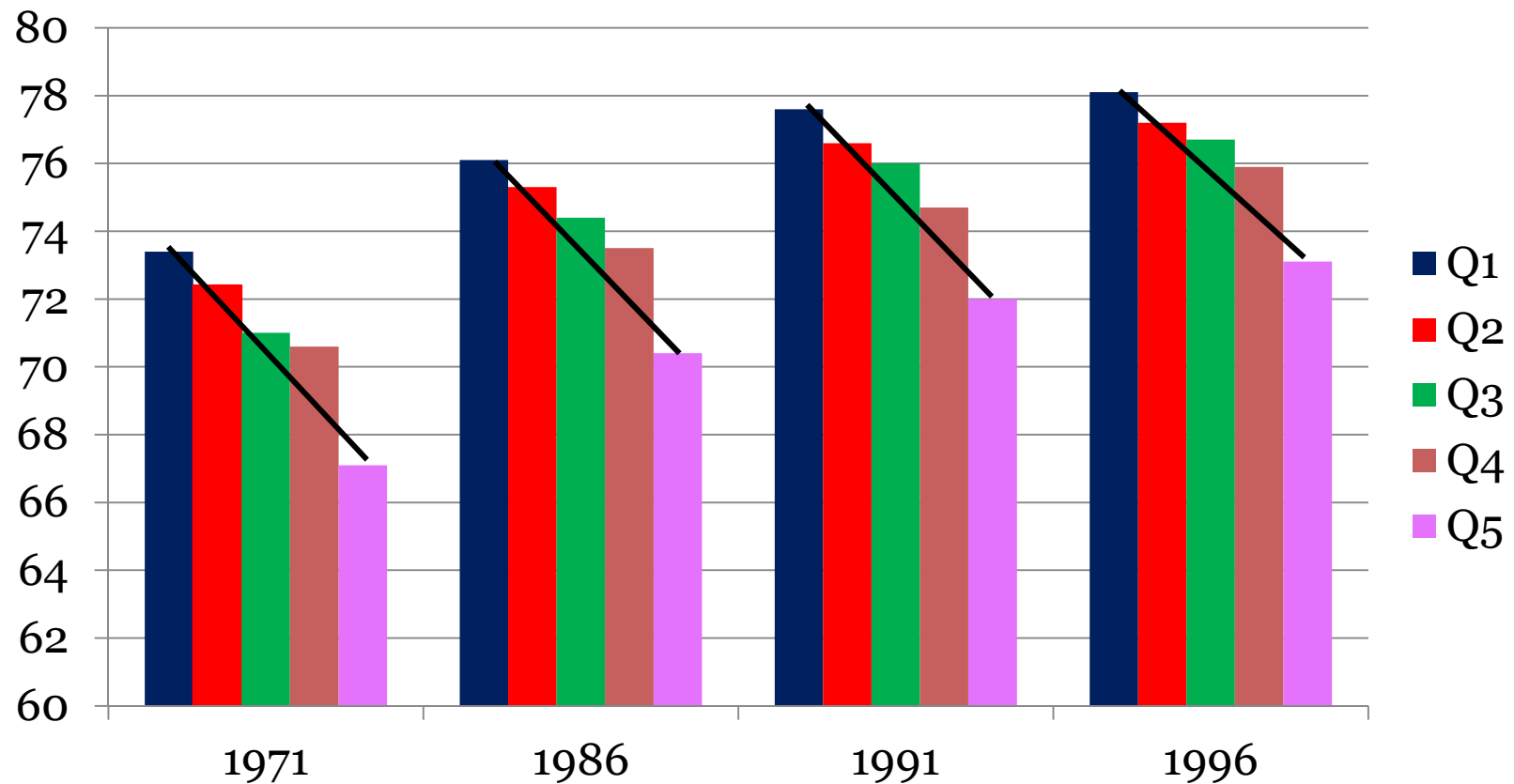
Québec

ESPÉRANCE DE VIE (RESTANTE) HOMMES ET FEMMES DE 25 ANS, PAR DÉCILE DE REVENU, CANADA 1991-2001

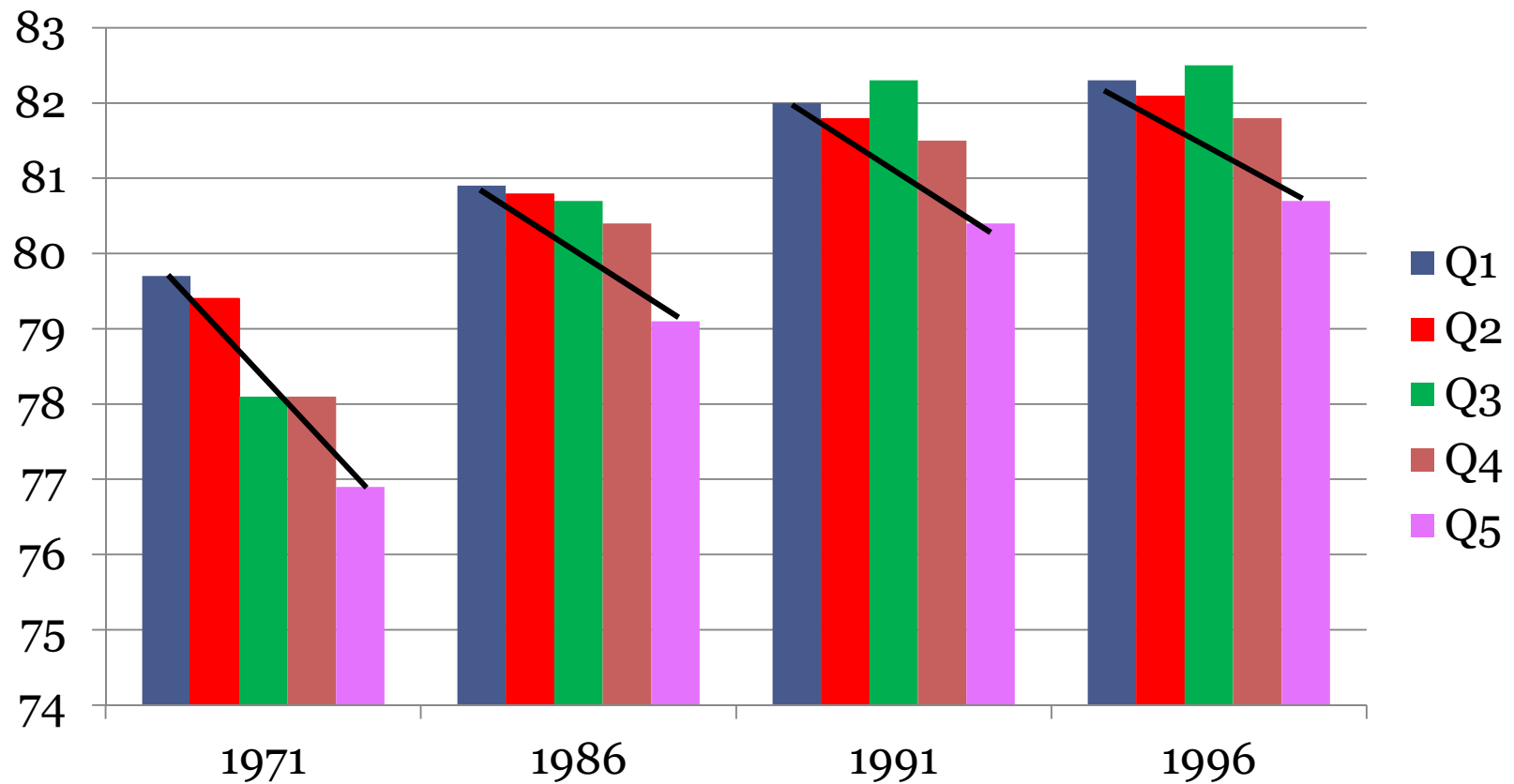


ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, SELON LE QUINTILE DE REVENU DU QUARTIER, HOMMES, RÉGIONS URBAINES DU CANADA

1971-1996

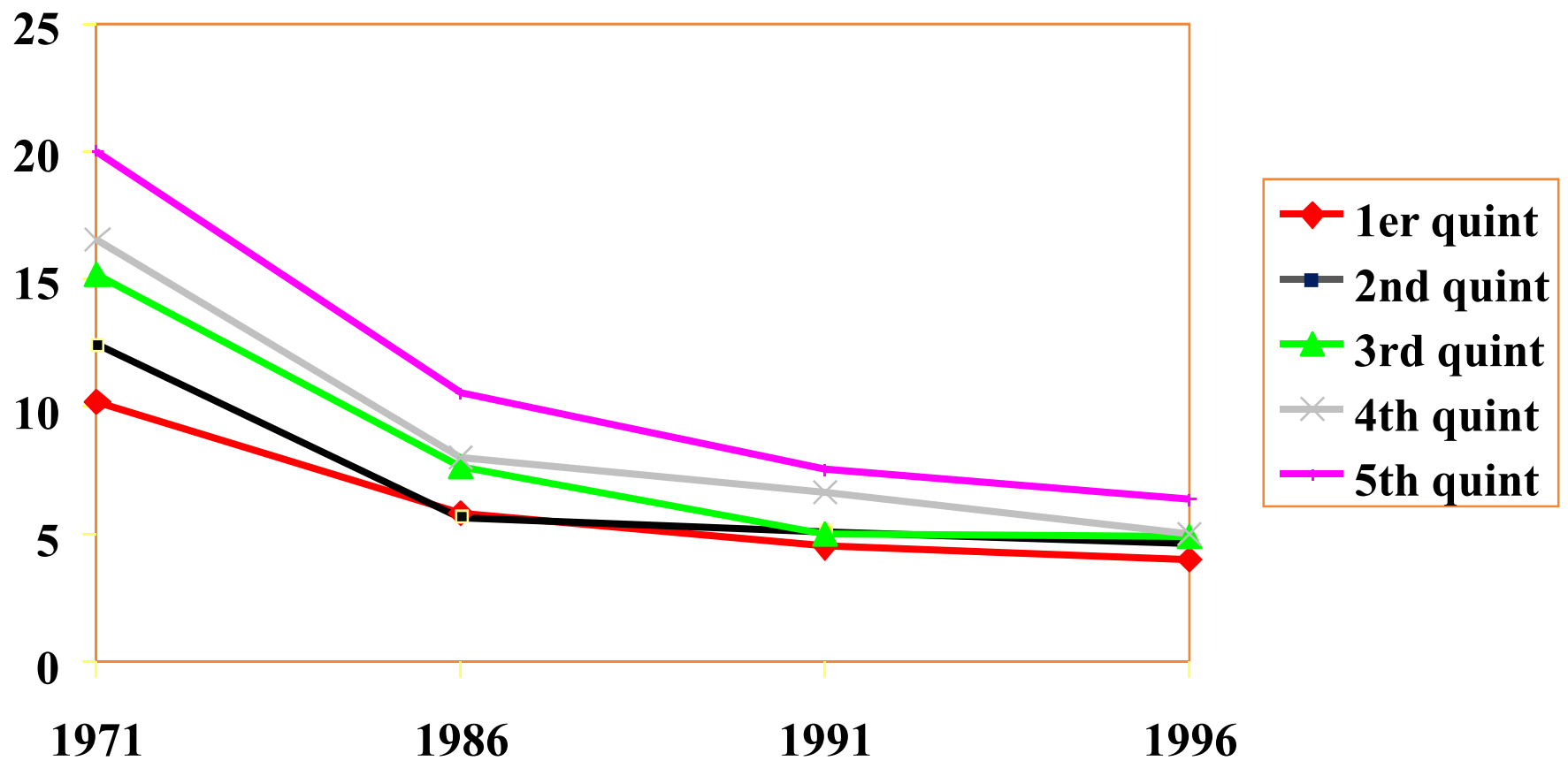


ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, SELON LE QUINTILE DE REVENU DU QUARTIER, FEMMES, RÉGIONS URBAINES DU CANADA 1971-1996



MORTALITÉ INFANTILE POUR 1000 NAISSANCES VIVANTES, PAR QUINTILE DE REVENU DU QUARTIER, RÉGIONS URBAINES DU CANADA, 1971-1996

17



LES MARQUEURS DE L'INÉGALITÉ SOCIALE...

18

Qui se transforment en inégalités de santé, au Canada

- ✓ La catégorie de revenu
- ✓ Le statut de première Nation, Inuit ou Métis, vivant ou non sur des réserves
- ✓ Le niveau d'éducation
- ✓ Le genre
- ✓ L'éloignement
- ✓ Statut d'immigrant

ESPÉRANCE DE VIE NAISSANCE SELON LE NIVEAU DE REVENU MONTRÉAL, 1994-1998

19

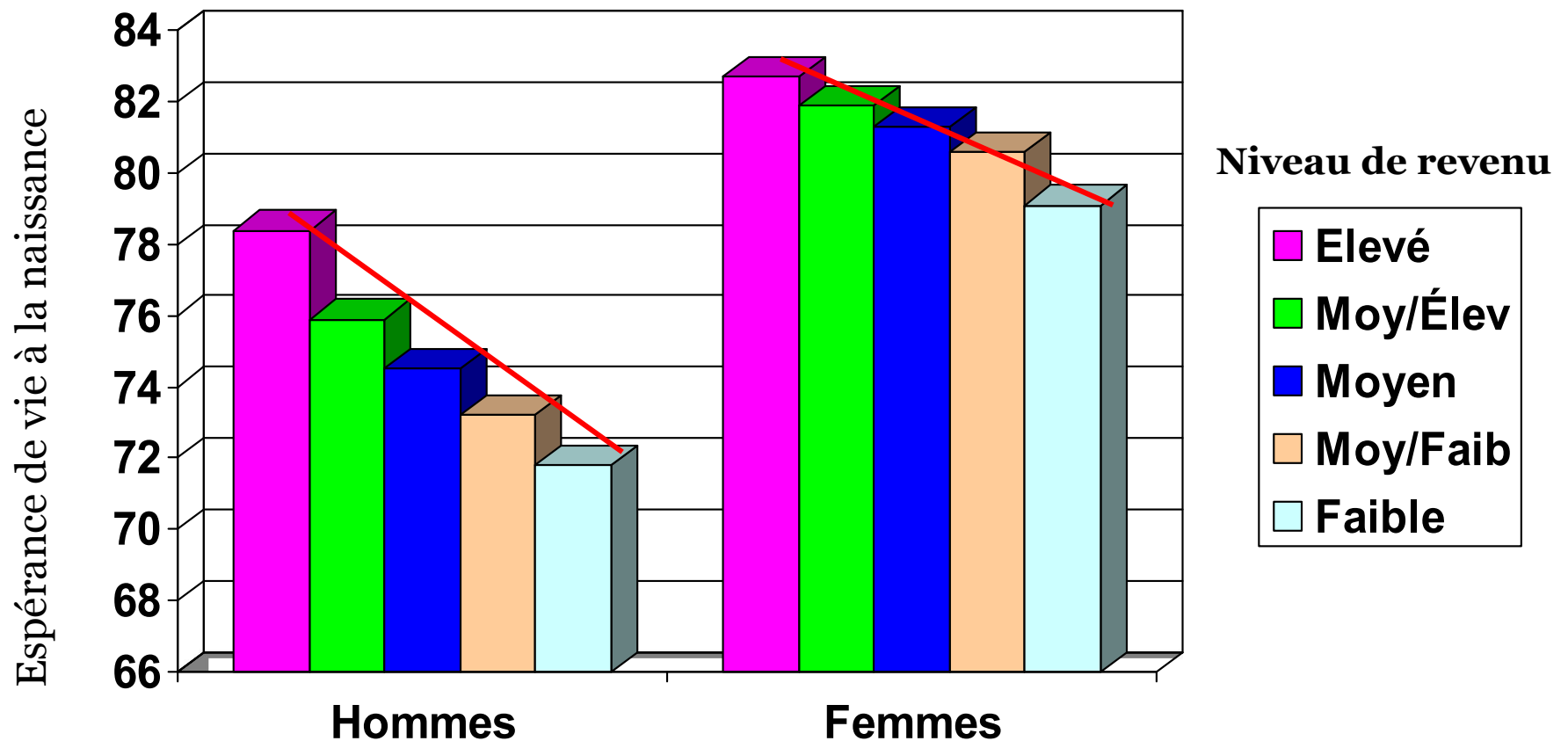
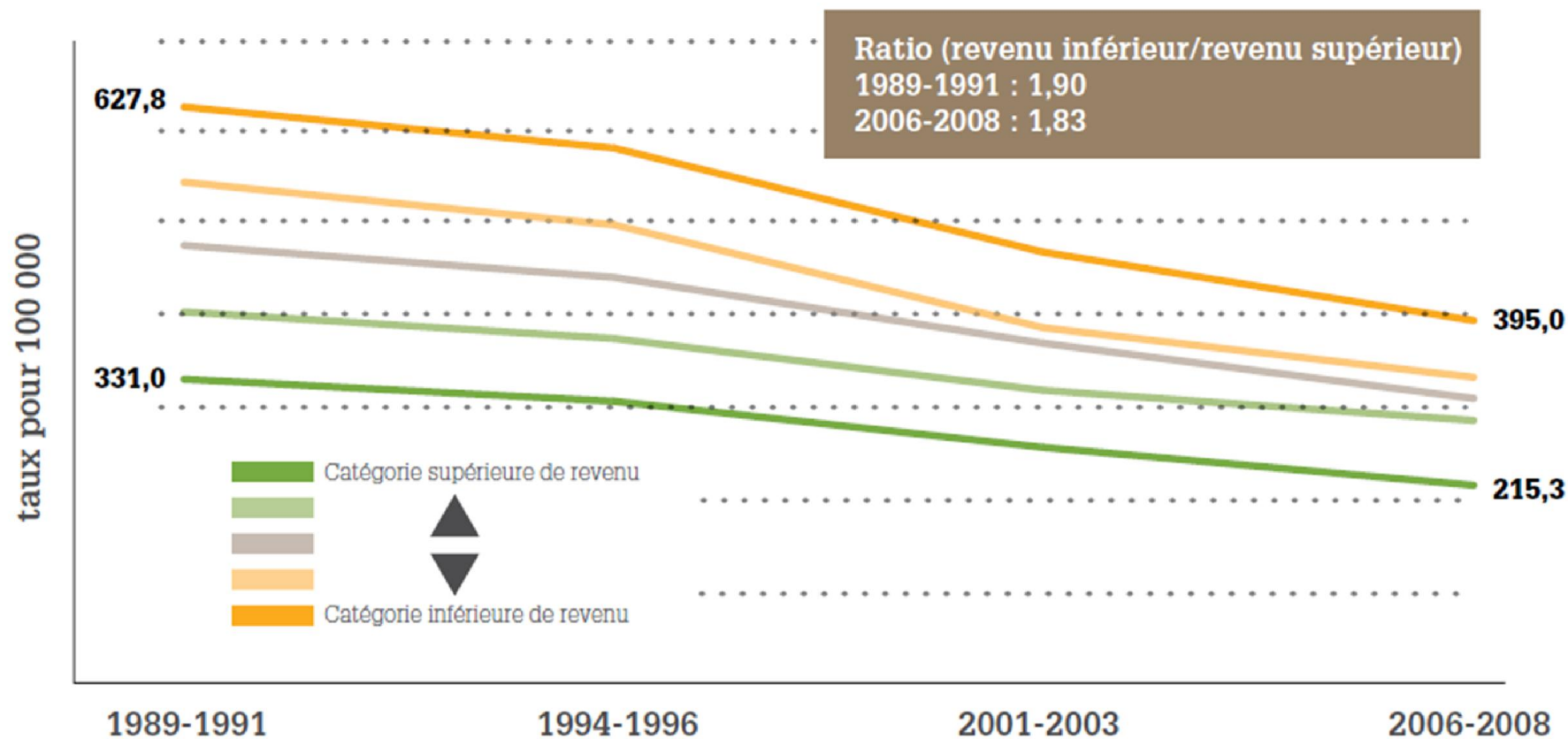


Figure 1.3. Taux de mortalité prématurée (avant 75 ans) selon le revenu, Montréal, 1989-1991 à 2006-2008



Sources de données: Recensements 1991, 1996, 2001 et 2006, Statistique Canada; fichiers des décès, MSSS; Fichier des projections démographiques, janvier 2010, ISQ.

**TROISIÈME CONSTAT :
L'INÉGALITÉ EST UN CHOIX
POLITIQUE**







CONSTAT 3: ON CHOISIT NOS INÉGALITÉS

22

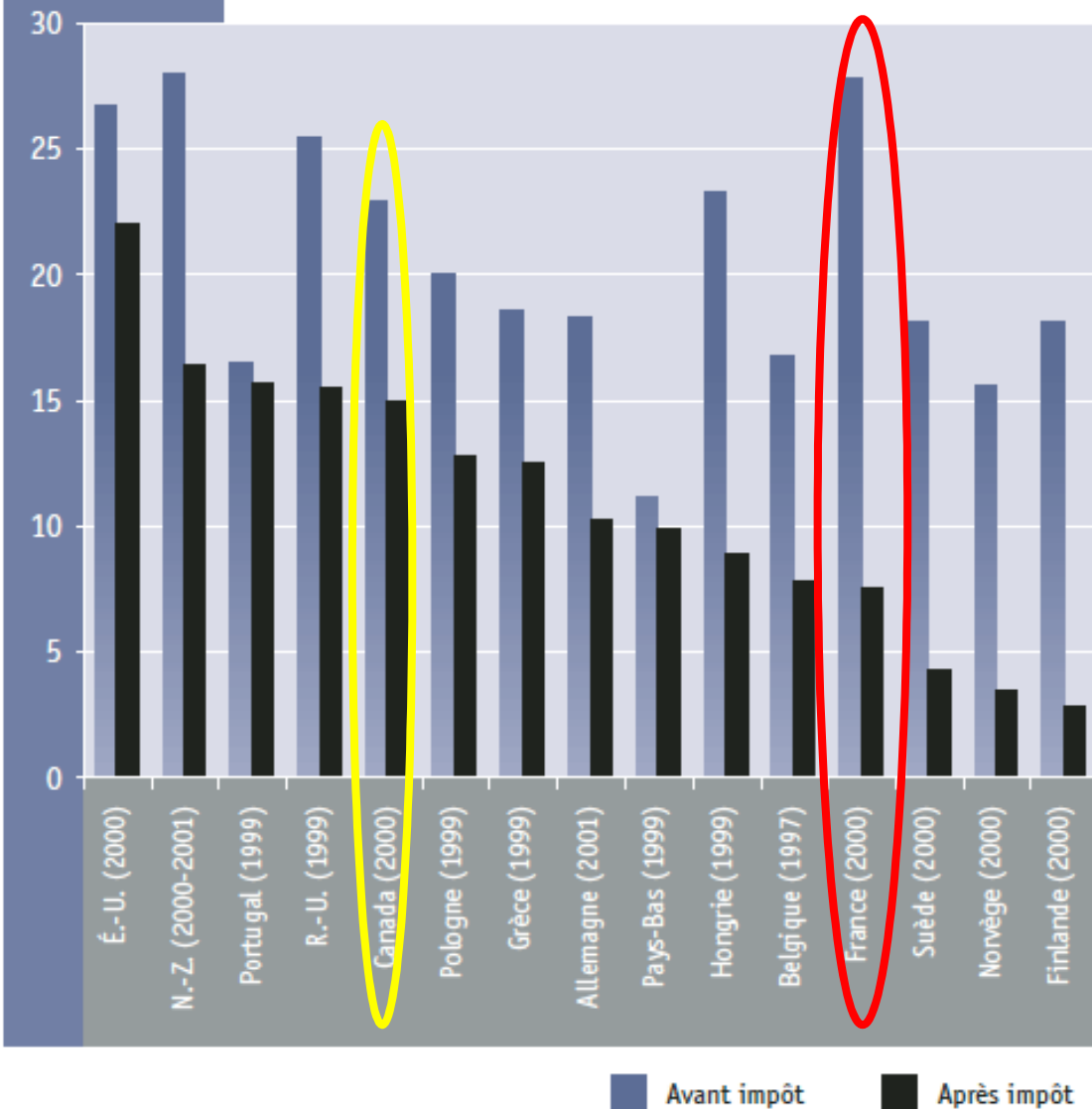
Indices d'inégalité du revenu des familles après impôt et transferts corrigés pour le nombre d'équivalents adultes (années 2000)

	Gini	Ratio P90/P10
États-Unis	0,37	5,43
Royaume Uni	0,35	4,54
Canada	0,29	3,99
Allemagne	0,25	3,17
Suède	0,25	2,90

Taux relatifs, pour les enfants et **les personnes âgées**, de faible revenu de la fin des années

	Fin années 1970	Milieu années 1980	Milieu années 1990	Données plus récentes
États-Unis	20,4 27,3	25,1 23,5	24,5 20,6	21,9 24,7
Canada	14,4 34,7	14,9 10,8	15,4 4,9	15,7 5,4 
Royaume Uni	9,0 9,0	12,5 7,0	13,9 15,1	15,4 20,9  
Allemagne	3,4 17,6	6,4 10,3	10,6 7,0	6,8 11,6  
Suède	2,4 13,9	3,5 7,2	2,6 2,7	4,2 7,7 

Pourcentage d'enfants de familles à faible revenu



Par les mesures fiscales non seulement les pays ciblent-ils un degré « acceptable » d'inégalités, mais de plus il est possible de « choisir » qui dans la population souffrira le plus de ces inégalités

Pourquoi faut-il réduire les inégalités de santé

25

RAISON 1 : L'INÉGALITÉ COÛTE CHER

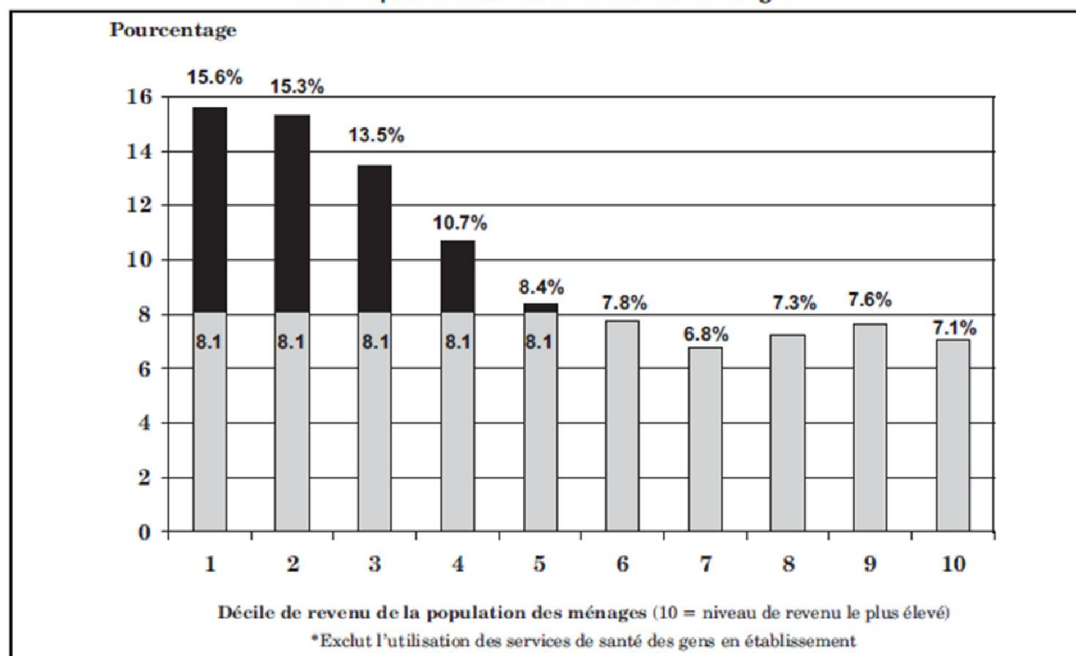
26

Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : Orientations stratégiques et activités recommandées



Préparé par le
Groupe de travail sur les disparités
en matière de santé du
Comité consultatif fédéral-provincial-territorial
sur la santé de la population et la sécurité de la santé

Figure 2. Pourcentage d'utilisation des dépenses publiques consacrées aux soins de santé par décile de revenu du ménage*

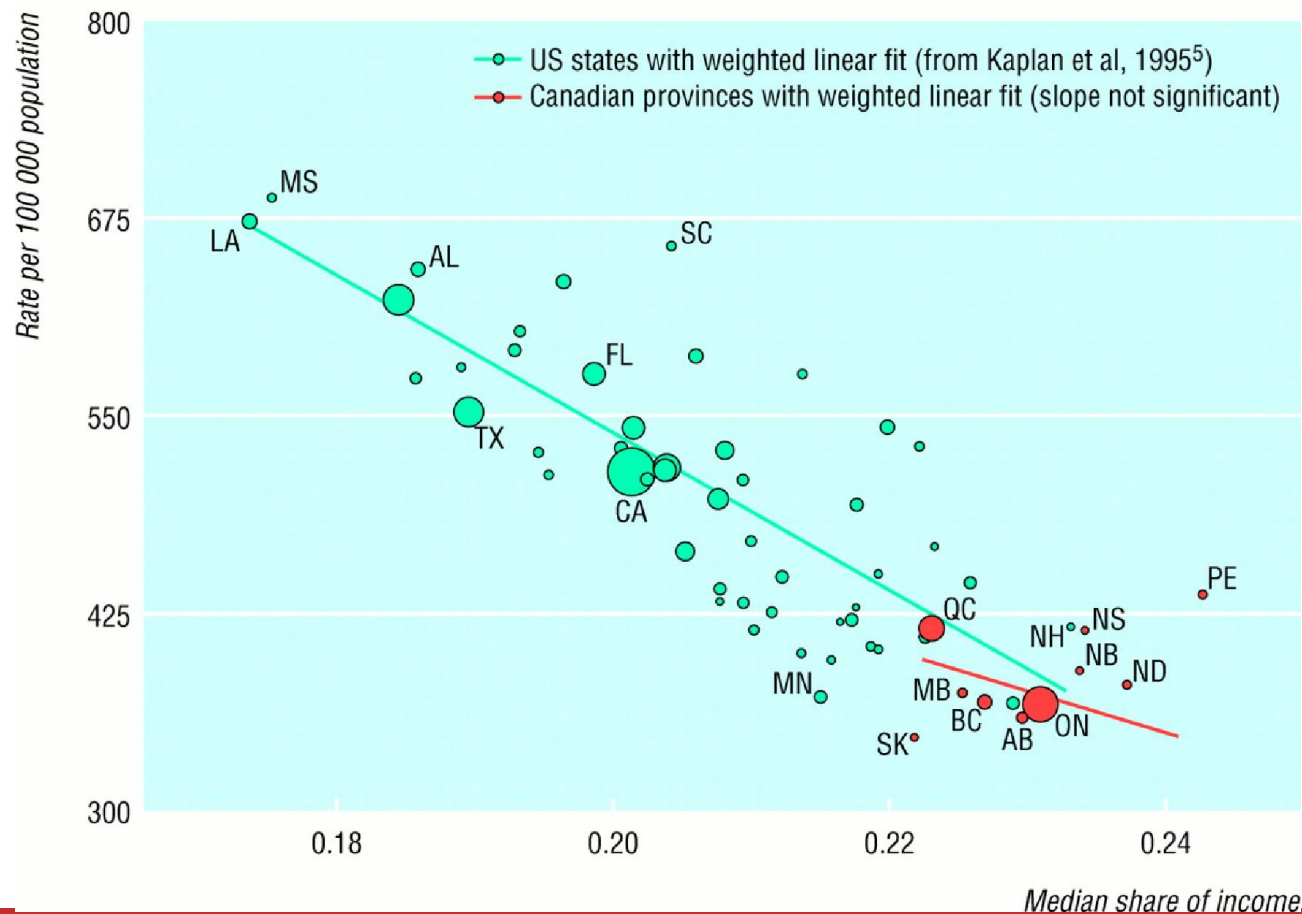


Adaptation de : Mustard C.A et coll., *Paying taxes and using health care services: The distributional consequences of taxed financed universal health insurance in a Canadian province*, Conférence sur le niveau de vie et la qualité de vie au Canada, Ottawa, 30-31 octobre 1998.

RAISON 2 : L'INÉGALITÉ PEUT DIMINUER LA SANTÉ DE LA POPULATION

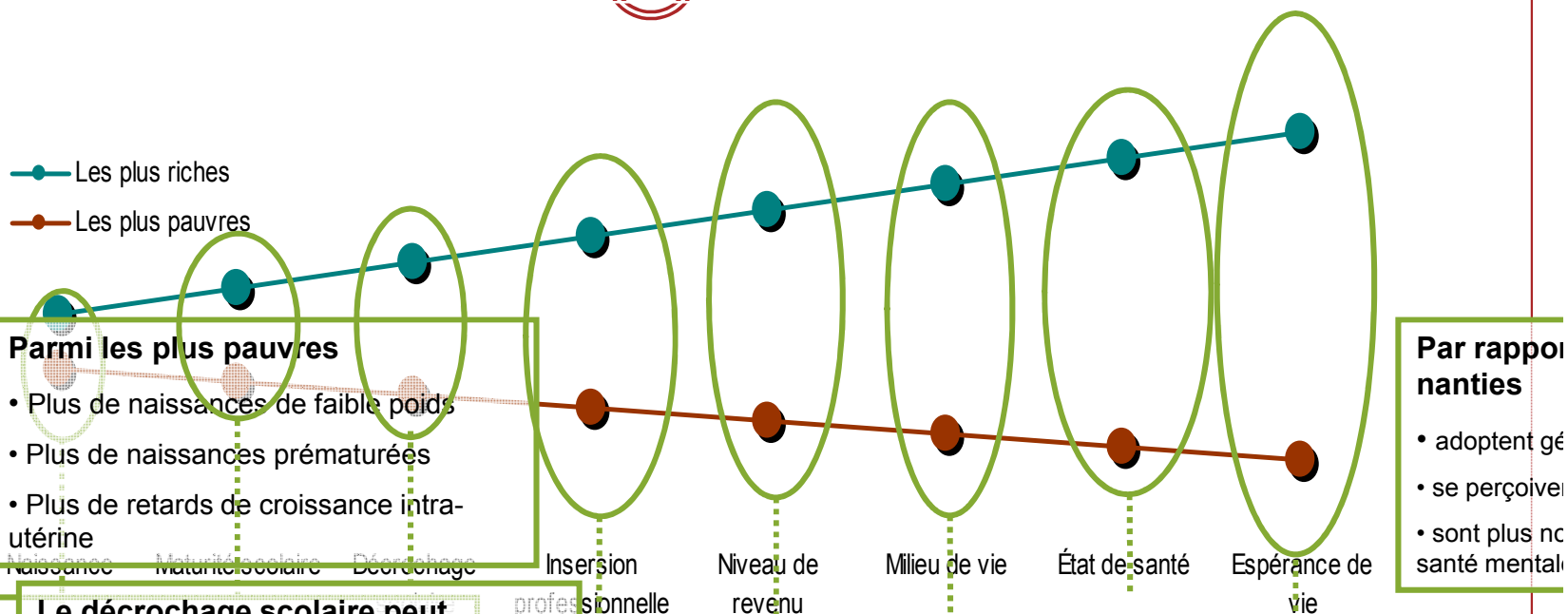
27

Mortality in working age men by proportion of income belonging to the less well off half of households, US states (1990) and Canadian provinces (1991).



RAISON 3 : L'INÉGALITÉ SE CREUSE AVEC LE TEMPS

28



Parmi les plus pauvres

- Plus de naissances de faible poids
- Plus de naissances prématurées
- Plus de retards de croissance intra-utérine

Par rapport aux plus riches

- adoptent généralement une alimentation moins saine
- se perçoivent moins en bonne santé
- sont plus nombreux à souffrir de problèmes de santé mentale

La maturité sociale

- Santé physique et bien-être
- Compétence sociale

Le décrochage scolaire peut entraîner

- Exclusion et problèmes d'adaptation

Entre les différents voisinages de Montréal

- le revenu moyen passe de 17 000 \$ à 103 000 \$
- la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu passe de 4 % à 46 %

Dans les quartiers les plus défavorisés

- plus de logements insalubres
- plus de piétons, cyclistes et trottinistes
- plus de répercussions sur la chaleur, etc.

Les personnes moins scolarisées présentent

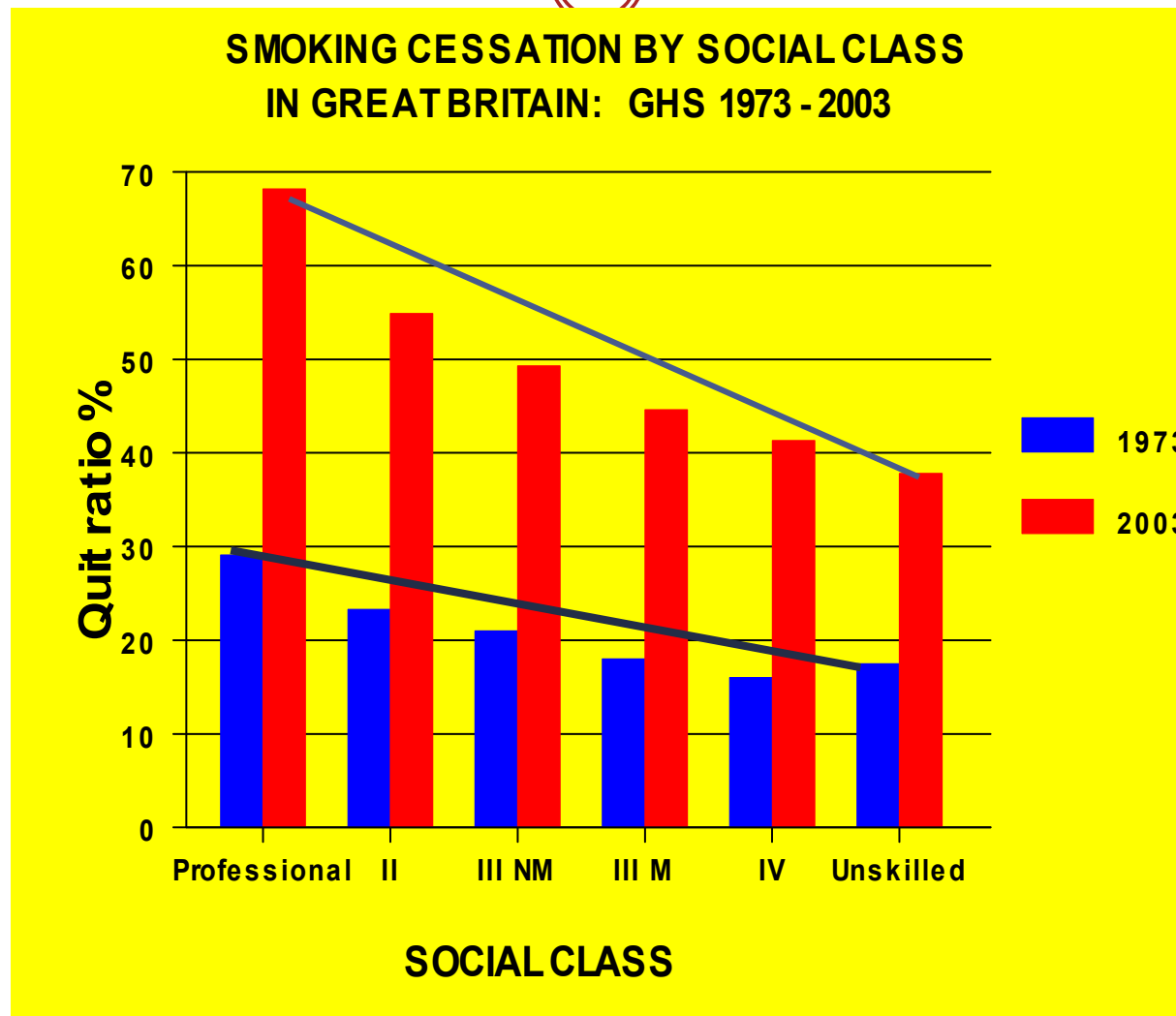
- une plus grande précarité d'emploi
- des difficultés d'adaptation aux changements technologiques

Par rapport aux plus riches

- vivent en moyenne près de 6 ans de moins

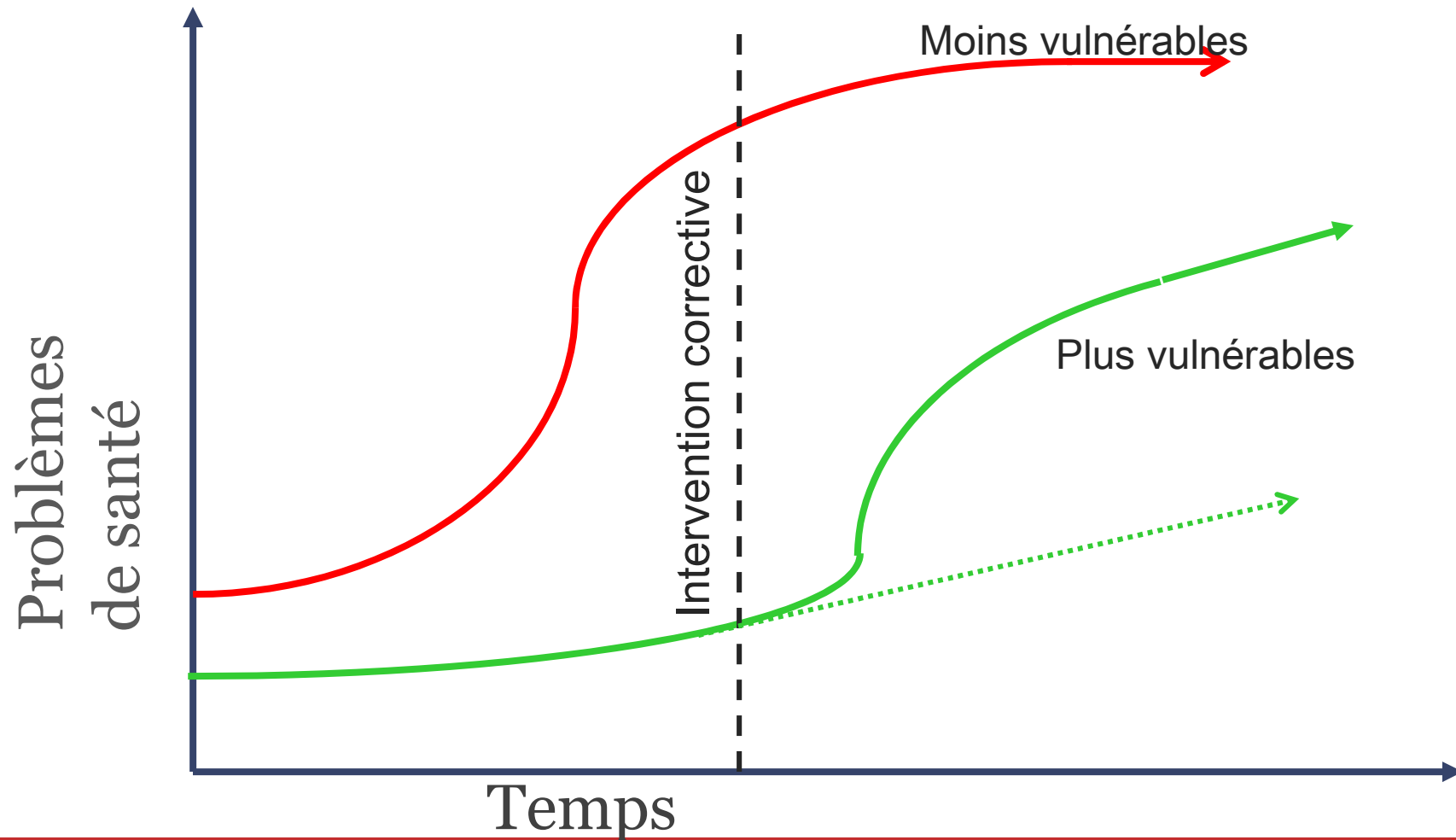
RAISON 4 : NOS ACTIONS DE PRÉVENTION PEUVENT ACCROTRE LES INÉGALITÉS

29



EFFET INDÉSIRABLE DE LA PRÉVENTION

30



UNE QUESTION DE JUSTICE SOCIALE !

31



<http://tvanouvelles.ca/archives/lcn/infos/regionales/media/2010/06/20100625-173013-g.jpg>

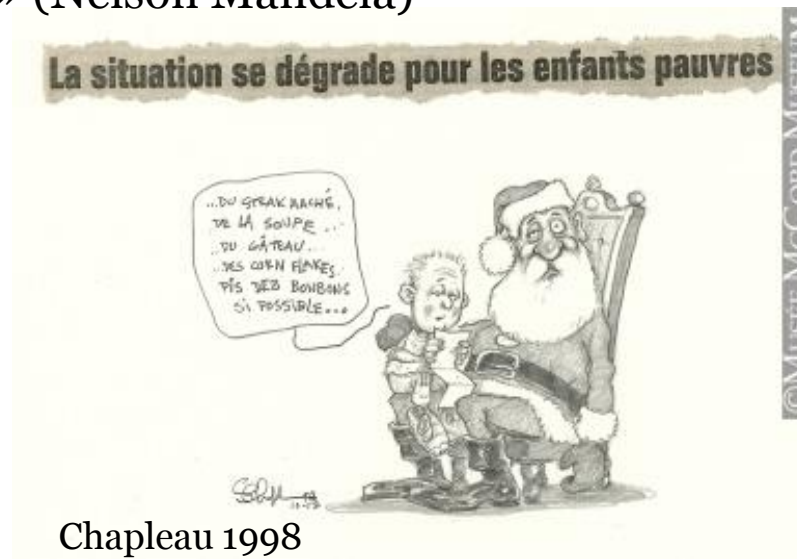
« A quoi bon traiter les maladies des gens... si c'est pour les renvoyer dans les conditions qui les ont rendu malade » (Monique Bégin)

« La justice sociale et une question de vie ou de mort » (Michael Marmot)

« Il n'existe pas de meilleur révélateur de l'âme d'une société que la façon dont on y traite les enfants » (Nelson Mandela)



<http://pierrechantelois.wordpress.com/2008/11/25/sans-toit-ni-loi-la-pauvrete-est-un-encombrement-social/>



Quoi faire!

Deux approches de réduction des inégalités sociales de santé

32

LORSQU'IL S'AGIT DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION DES MALADIES, NÉGLIGER LA QUESTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ, C'EST FAIRE LE CHOIX DE PARTICIPER À LEUR ACCROISSEMENT

TOUT D'ABORD: RECONNAÎTRE LE PROBLÈME

Commission des Déterminants Sociaux de la Santé RAPPORT FINAL

HM Government

RAPPORT DU DIRECTEUR
RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE
SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES
DE SANTÉ 2012

AGENCE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES
SOCIAUX DE LA
CAPITALE-NATIONALE



Healthy
Health

Our strategy for public health

COMPRENDRE
ET AGIR
AUTREMENT

POUR VISER
L'ÉQUITÉ EN SANTÉ
DANS LA RÉGION DE
LA CAPITALE-NATIONALE

Québec

health is improving rapidly but it is not moving fast enough for the poorest in our society. Health inequalities ... are a major challenge.

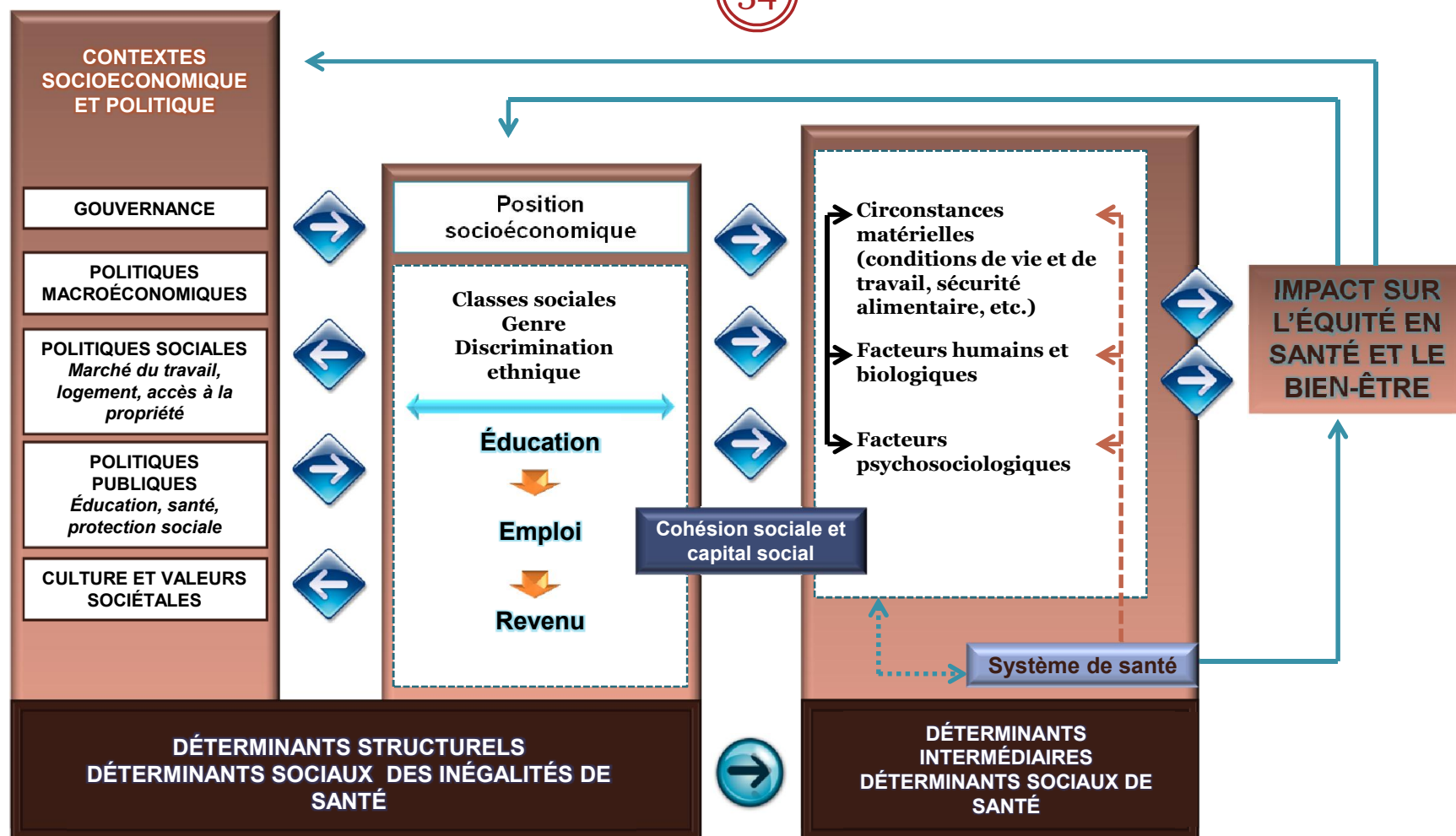
OSSE 2008

health inequalities



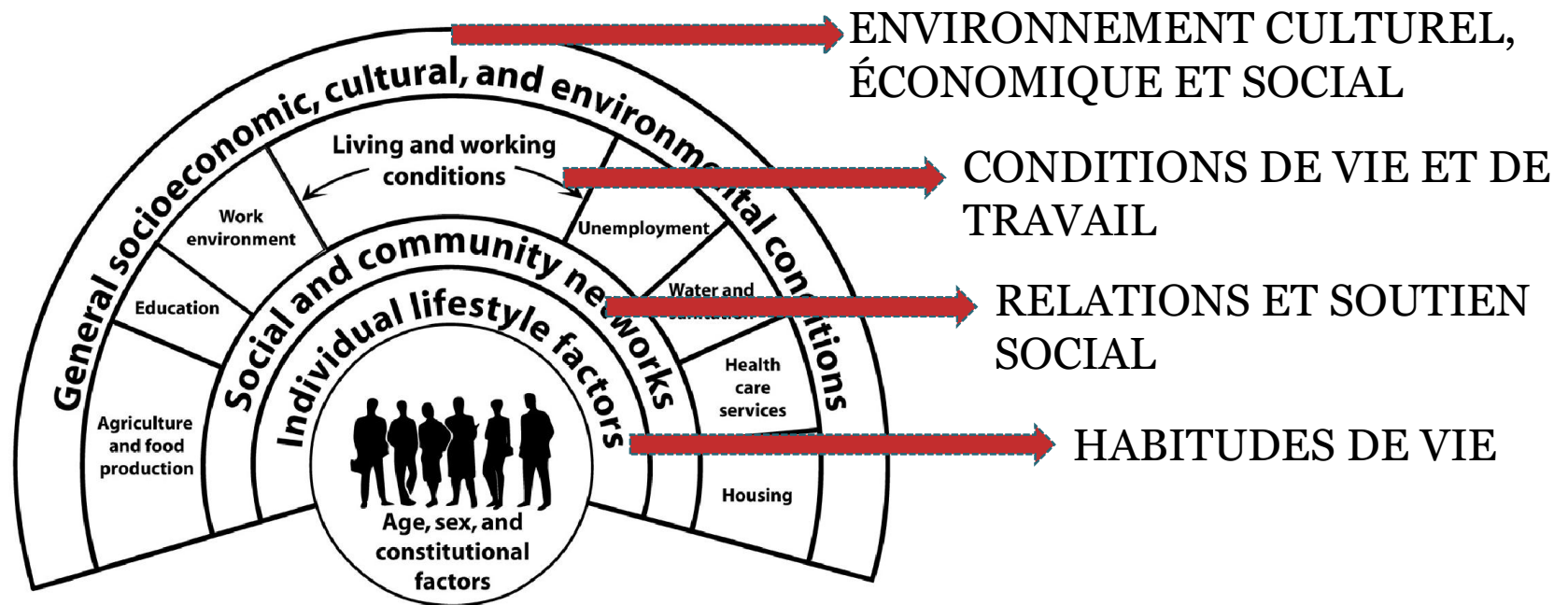
LA TRANSFORMATION DES INÉGALITÉS SOCIALES EN INÉGALITÉS DE SANTÉ

34



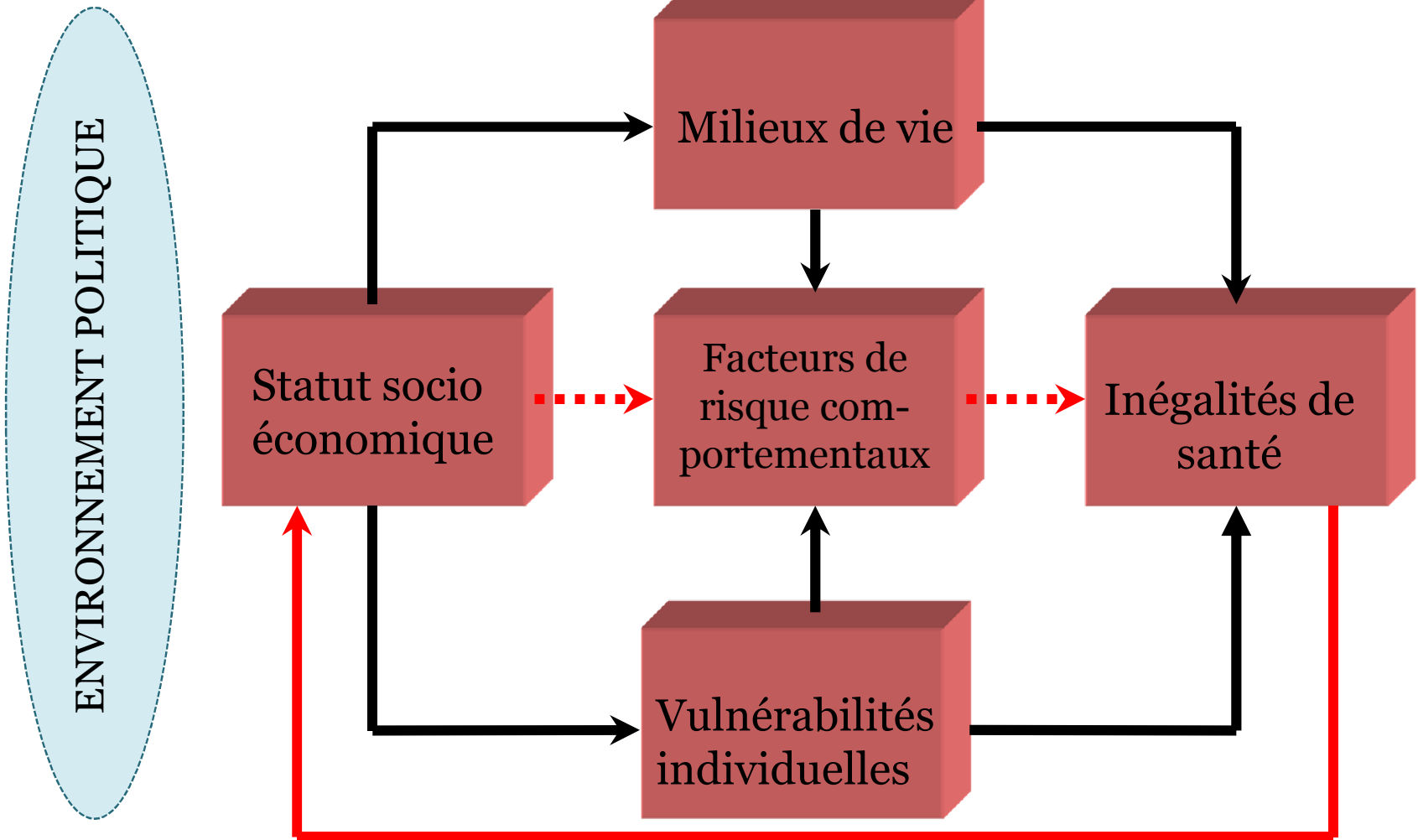
LA TRANSFORMATION DES INÉGALITÉS SOCIALES EN INÉGALITÉS DE SANTÉ

(35)



LA TRANSFORMATION DES INÉGALITÉS SOCIALES EN INÉGALITÉS DE SANTÉ

36



Adapté de Mackenbach et al. (1994). A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 38, 299-308

DEUX APPROCHES COMPLÉMENTAIRES

37



PROMOUVOIR DES POLITIQUES
PUBLIQUES QUI RÉDUISENT
LES INÉGALITÉS

SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT
DANS LES COMMUNAUTÉS

TROIS TYPES DE POLITIQUES PUBLIQUES A PROMOUVOIR

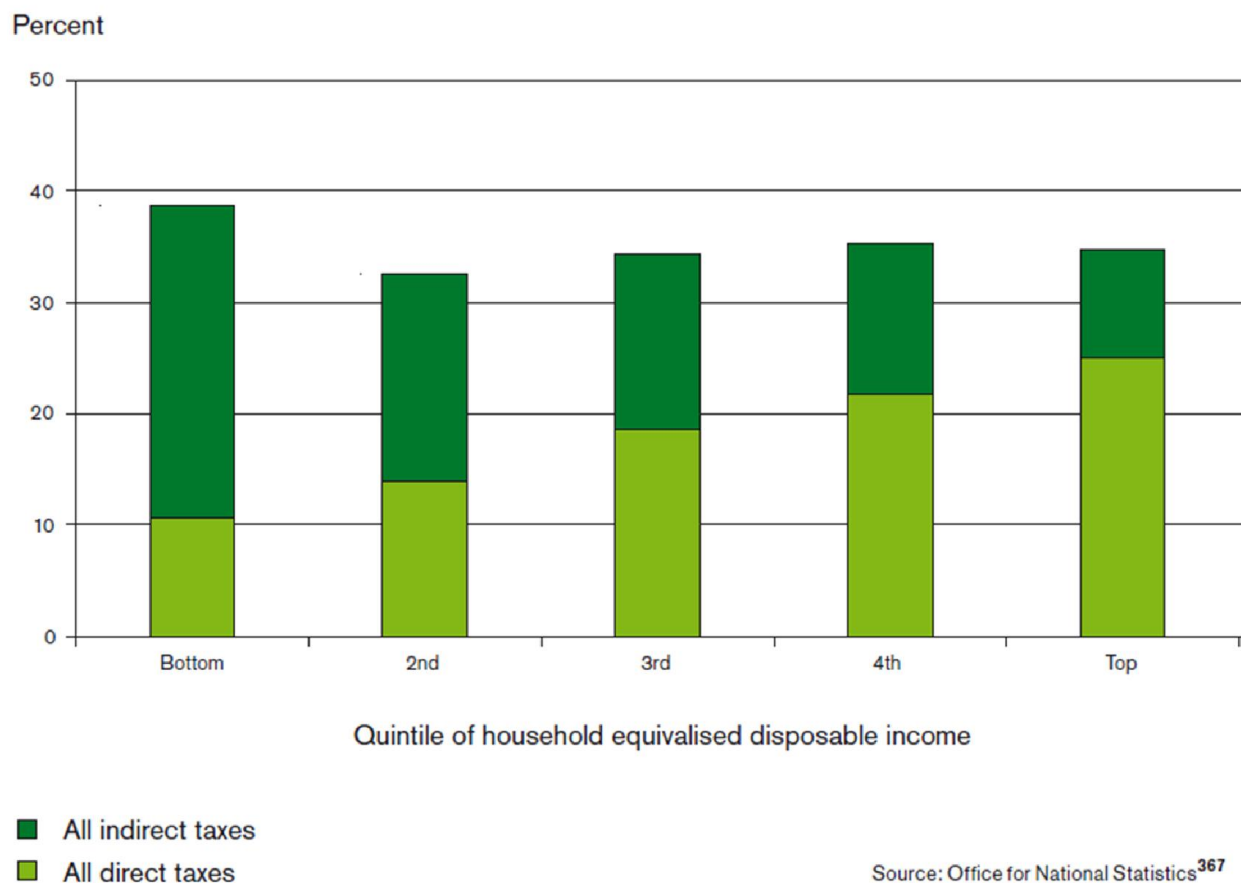
38

- Les politiques publiques qui aplanissent les hiérarchies sociales et permettent de (re)distribuer la richesse
 - Politiques fiscales progressistes
 - Politiques de soutien aux familles (revenu minimal)
 - Politiques de retraite et d'emploi
 - Politiques de conciliation travail-famille
- Les politiques publiques qui apportent un avantage comparatif positif aux populations les moins favorisées
 - Services de garde de qualité
 - Fluoration de l'eau
- Les politiques d'accès aux services de santé
 - Régimes universels d'assurance maladie
 - Régimes d'assurance médicament

L'INJUSTICE DES POLITIQUES FISCALES

39

Figure 4.3 Taxes as a percentage of gross income, by quintile, 2007/8



REVENU GARANTI ET SANTÉ

40

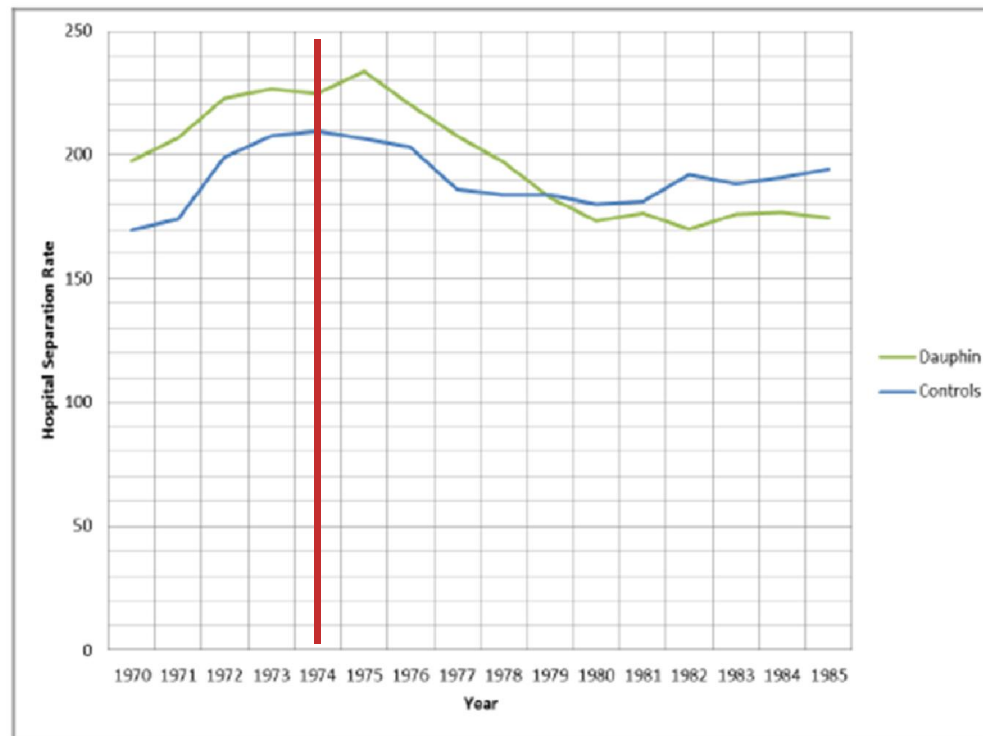


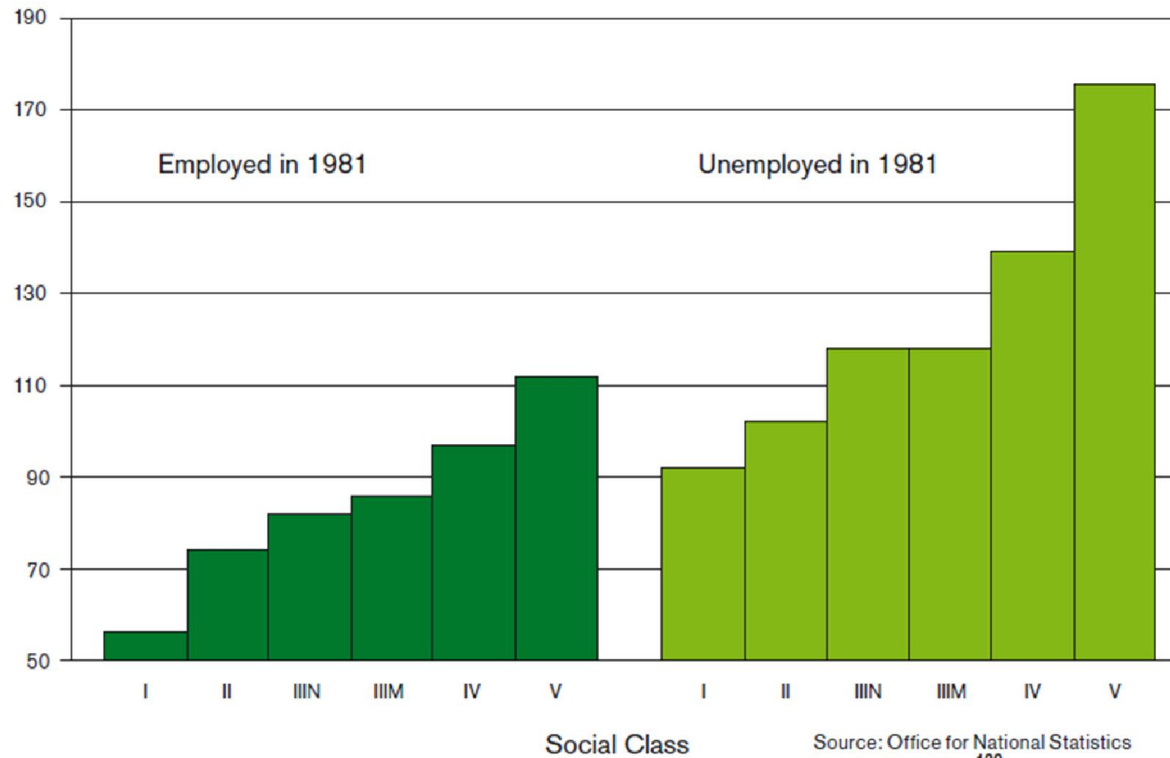
Figure 1: Hospitalizations per 1,000 people, by fiscal year. (Dauphin MB versus controls, 1971-1985)

PROMOUVOIR L'EMPLOI

41

Figure 2.29 Mortality of men in England and Wales in 1981–92, by social class and employment status at the 1981 Census

Standardised
Mortality Rate



Source: Office for National Statistics
Longitudinal Study¹²⁹

SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DANS LES COMMUNAUTÉS

42

- L'impact du système de soins sur la santé de la population est relativement marginal
- La santé est principalement produite dans les milieux de vie et de travail à travers l'utilisation de ressources associées à la santé et au mieux-être
 - Espaces verts
 - Environnement convivial
 - Pollution
- La qualité et l'accessibilité des ressources varient en fonction des revenus des ménages dans les voisinages
- Plus on est pauvre moins on peut choisir les quartiers où l'on peut habiter

SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DANS LES COMMUNAUTÉS

Figure 2.40 Populations living in areas with, in relative terms, the least favourable environmental conditions, 2001–6



Environmental conditions: river water quality, air quality, green space, habitat favourable to bio-diversity, flood risk, litter, detritus, housing conditions, road accidents, regulated sites (e.g. landfill) Source: Department for Environment, Food and Rural Affairs¹⁹⁸

Le potentiel innovant des approches par milieux de vie

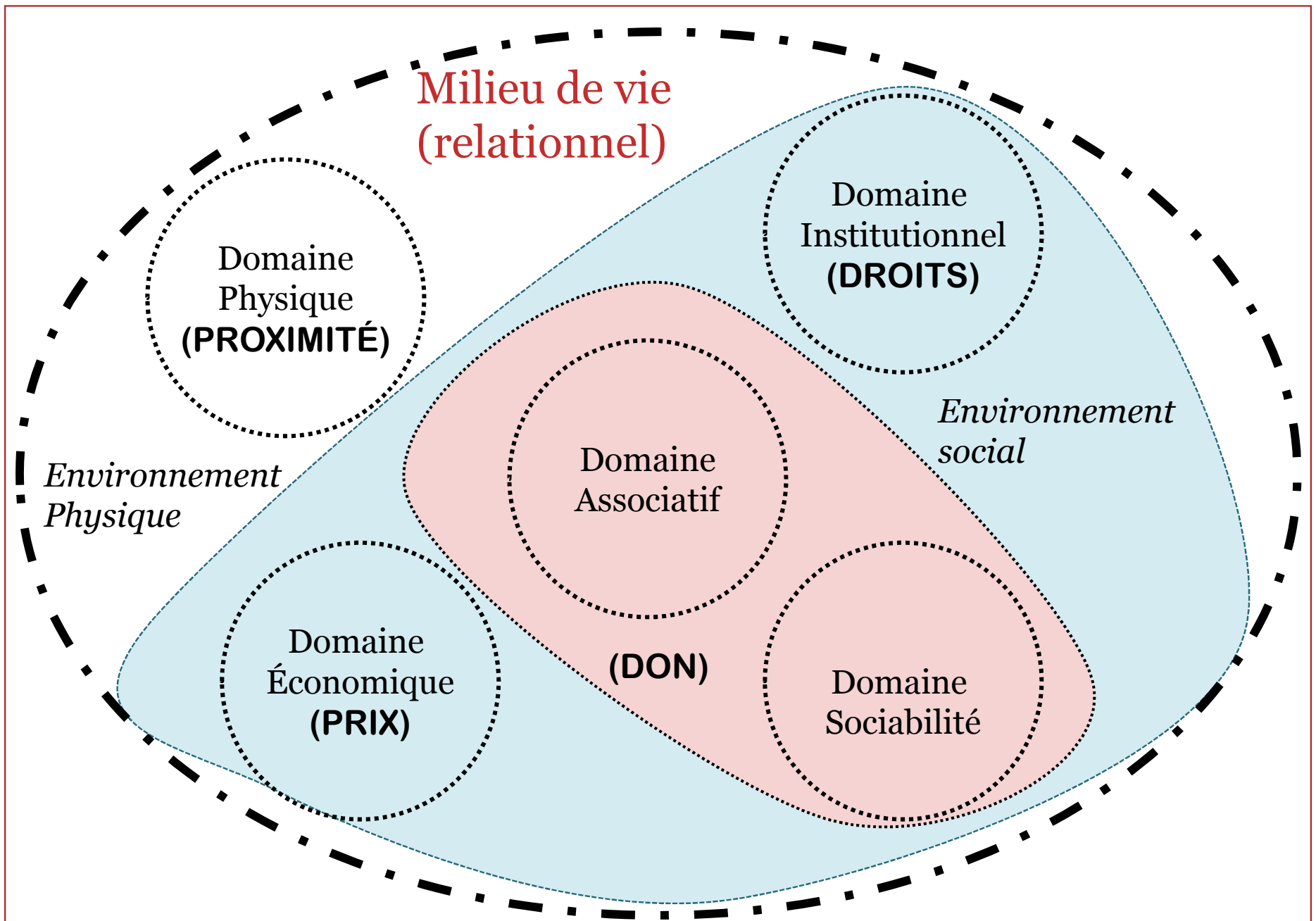
44

**SOUVENT AUSSI APPELÉE APPROCHE
TERRITORIALE OU APPROCHE
COMMUNAUTAIRE: PALLIER LOCALEMENT
AUX EFFETS DES INÉGALITÉS SOCIALES SUR
LA SANTÉ**

RESSOURCES ET PRODUCTION LOCALE DE LA SANTÉ

45

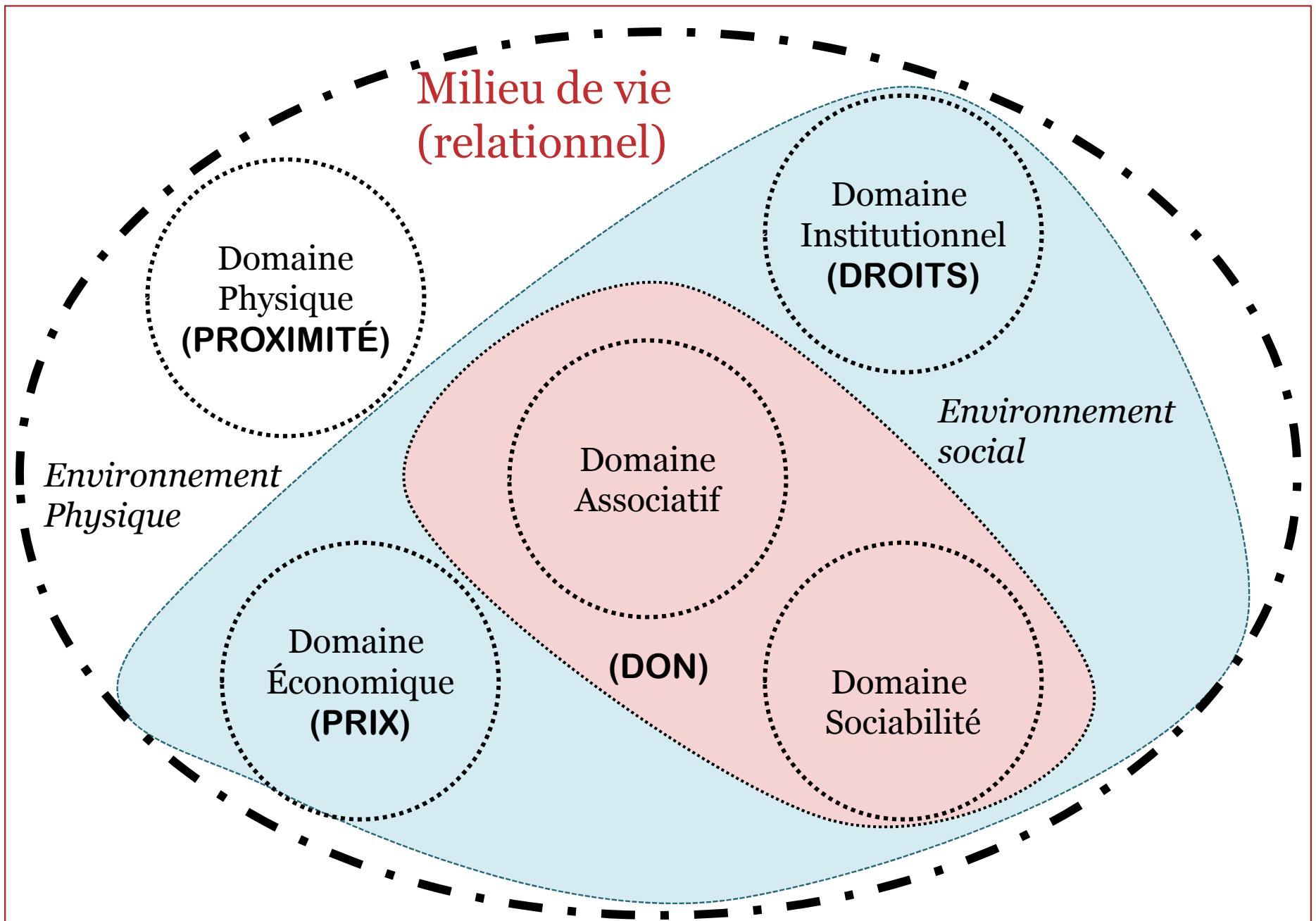
- Les milieux de vie constituent autant de réservoirs dans lesquels les individus utilisent leurs capacités (atouts, capabilités) pour se procurer des ressources et les transformer pour maintenir et promouvoir leur santé
- La quantité et la qualité des ressources présentes dans un milieu est en partie fonction des pratiques des acteurs qui interagissent dans ce milieu et de l'environnement socio-politico-économique
- L'importance des ressources immédiates pour la santé varie selon les caractéristiques des personnes et le moment de leur trajectoire de vie
- Les ressources sont disponibles à travers des environnements selon des règles d'accès qui leur sont propres



RESSOURCES ET MILIEUX DE VIE

47

- Cinq domaines inter reliés forment un milieu de vie et sont responsables de la quantité et la qualité des ressources disponibles dans un milieu
- Les types d'environnements qui procurent les ressources fonctionnent selon des logiques distinctes et souvent conflictuelles.
- Le rôle des programmes et politiques est d'assurer l'adéquation des ressources dans les milieux à travers des environnements appropriés en fonction des caractéristiques des personnes
- Ce n'est pas la quantité de ressources disponibles qui importe, c'est la capacité des personnes d'y accéder et de les transformer en santé
- L'absence de droits (ressources institutionnelles) et une capacité limitée d'accéder aux ressources du marché sont des caractéristiques des groupes en situation d'exclusion et qui sont en déficit de santé



Des stratégies de promotion de la santé pour accroître l'accès à des ressources de qualité

ASSURER UN ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ADÉQUAT

50

- Répertorier et assurer la disponibilité de ressources physiques essentielles pour la santé
- Développer les alliances nécessaires avec les acteurs institutionnels, économiques et communautaires pour assurer l'accès à des ressources de qualité en fonction des caractéristiques des individus

FAVORISER UN ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL RICHE

51

- Une diversité de services, dont plusieurs ne sont pas liés à la santé, sont nécessaires pour fournir l'ensemble des ressources nécessaires à l'accumulation et à la transformation des capitaux
- Importance d'une approche intersectorielle pour la création de services intégrés
- Nécessité de pallier les limitations d'accès aux ressources « essentielles » fournies par l'environnement économique

RÉGULER L'ACTION DE L'ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE

52

- Développer des alliances qui favorisent la disponibilité et l'accessibilité de ressources favorables à la santé à travers l'environnement économique
- Introduire des politiques et programmes qui limitent l'attrait des ressources nuisibles pour la santé et qui sont essentiellement disponibles dans les environnements économiques

SOUTENIR UNE ORGANISATION COMMUNAUTAIRE ACTIVE

53

- L'organisation communautaire dans un milieu de vie joue un rôle pivot:
 - Connaissance approfondie du milieu
 - Capacité de mobilisation des réseaux informels (sociabilité)
 - Rôle politique de sensibilisation des environnements économiques et institutionnels quant aux besoins locaux
- Intermédiaire important entre les citoyens et les institutions
- Dépasser les relations souvent conflictuelles avec le monde institutionnel
 - Logiques d'action différentes
 - Relation de bailleur de fonds à bénéficiaire

Conclusions

À RETENIR

55

1. Nos sociétés sont inégalitaires mais ces inégalités découlent des choix que nous faisons collectivement
2. Ces inégalités sociales se transforment en inégalités de santé qui affectent de larges segments de la population
3. Au Canada les principales inégalités de santé sont liées à l'appartenance au groupe des Premières nations, Inuit et Métis
4. Deux grandes stratégies permettent de lutter contre ces inégalités sociales de santé:
 - Transformation des rapports sociaux porteurs d'inégalités
 - Action dans les milieux de vie matérialisent ces inégalités dans des ressources et conditions d'accès à ces ressources

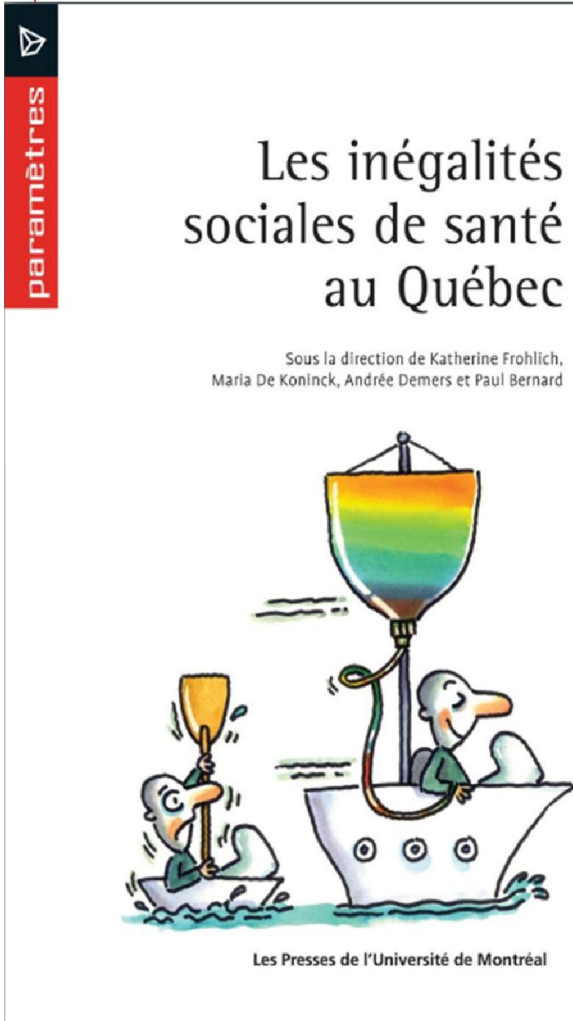
A RETENIR

56

5. Produire de la santé dans les milieux de vie en réduisant les inégalités sociales de santé requiert des alliances avec les acteurs sociaux qui régulent l'accès aux ressources, ce de manière à:
 - Accroître la qualité des ressources
 - Faciliter l'accès aux ressources à travers des systèmes qui correspondent aux moyens des gens
6. Les approches communautaires ne sont pas une solution aux inégalités sociales mais contribuent à mitiger les effets de ces inégalités sur la santé
 - Sont fondées sur le développement et la mise en œuvre de solutions locales adaptées aux conditions contextuelles
 - Nécessitent la mobilisation d'acteurs diversifiés qui font valoir des intérêts qui ne convergent pas nécessairement

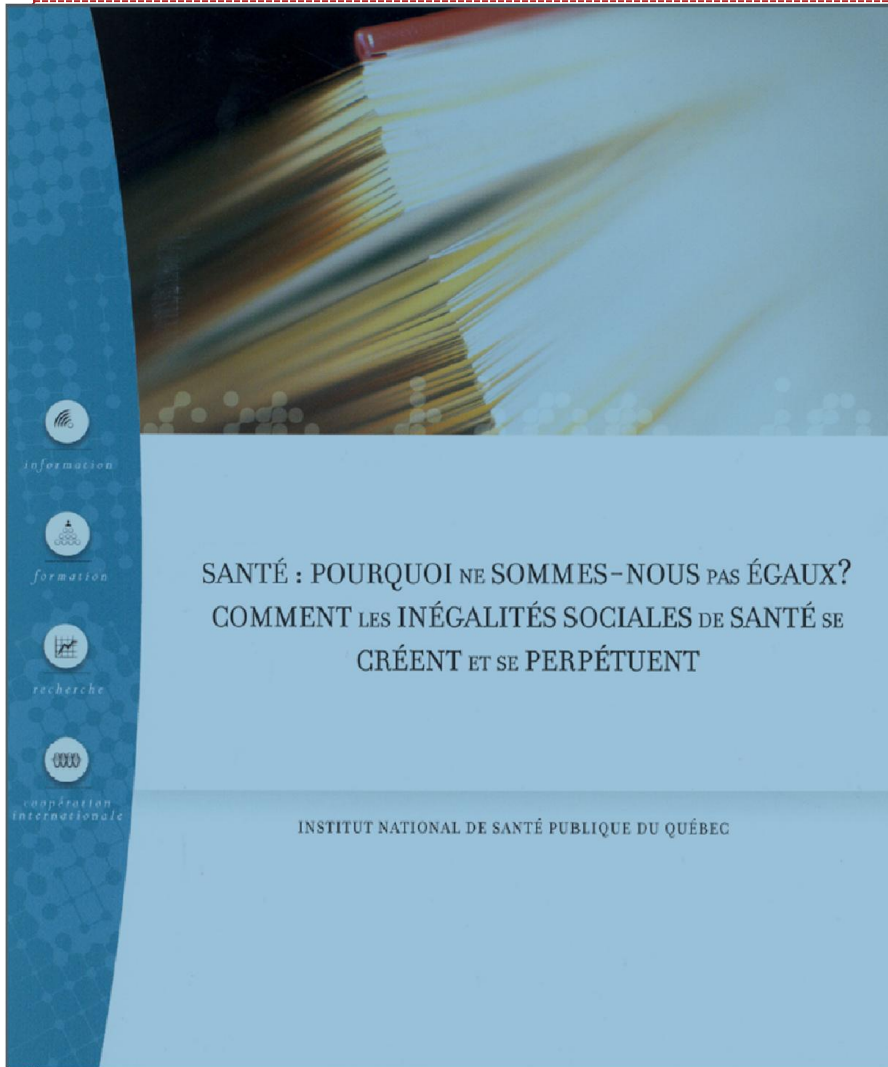
POUR EN SAVOIR PLUS

57



ET ENCORE PLUS

58



SITES WEB D'INTÉRÊT

59

- Le Centre de collaboration national sur les politiques publiques saines www.ncchpp.ca
- Le Centre de collaboration national sur les déterminants sociaux de la santé www.nccdh.ca
- La Tribune sur les inégalités sociales de santé (RÉFIPS) www.tribuneiss.com/
- Le Centre de recherche Léa-Roback www.centrelearoback.org
- Institut du nouveau monde www.inm.qc.ca/
- La Direction de la santé publique de Montréal www.dsp.santemontreal.qc.ca/