CHAIRE DE RECHERCHE DU CANADA

APPROCHES COMMUNAUTAIRES ET INÉGALITÉS DE SANTÉ

INÉGAUX DEVANT LA SANTÉ : UN CHOIX DE SOCIÉTÉ !

UPOP Montréal, le 5 octobre 2015

Louise Potvin, Université de Montréal

IRSPUM

Université de Mont

PLAN

1. Les inégalités sociales de santé : trois constats troublants

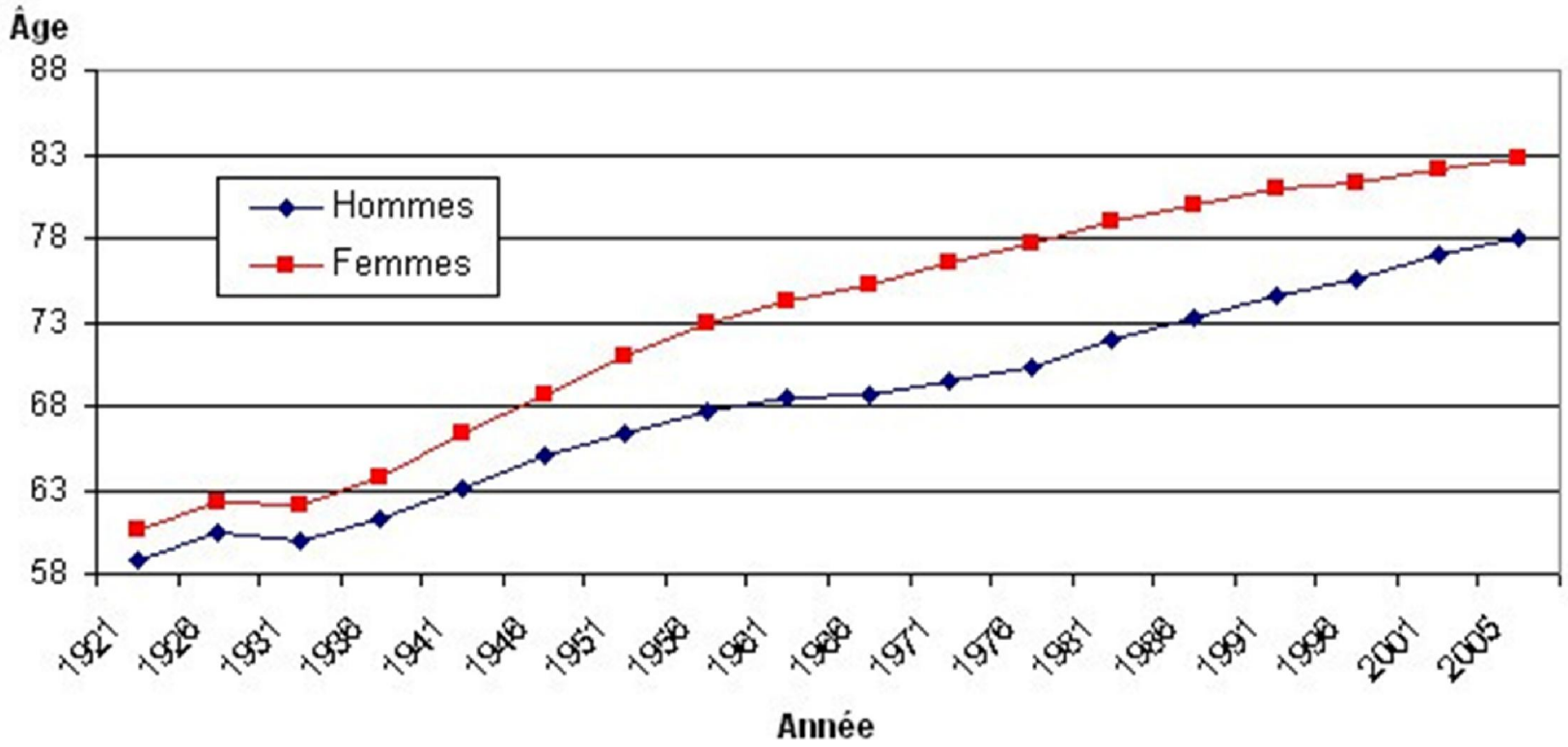
2. Pourquoi faut-il chercher à réduire les inégalités sociales de santé ?

3. Deux approches de réduction des inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé : trois constats troublants

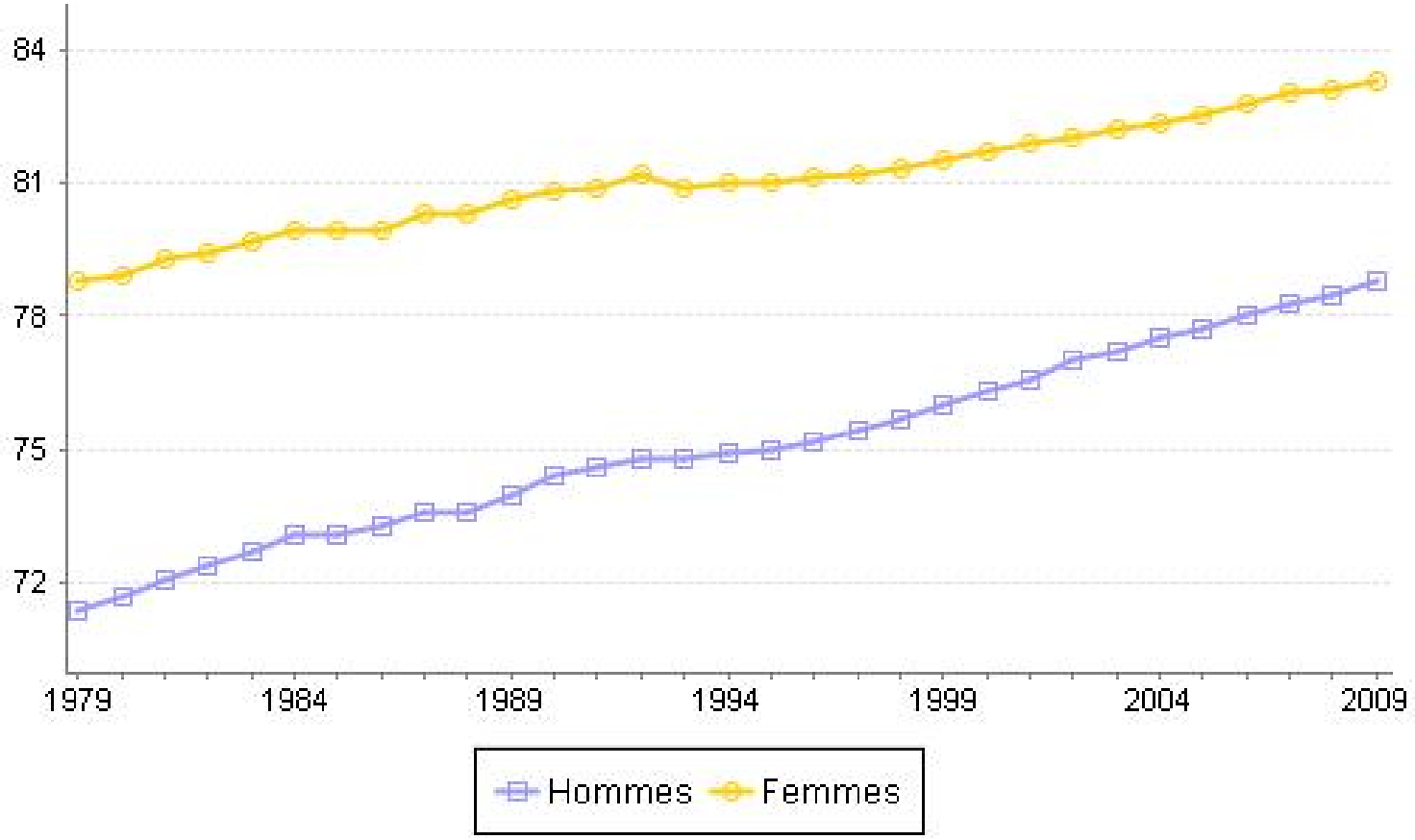
Premier constat
Collectivement notre santé s'améliore

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



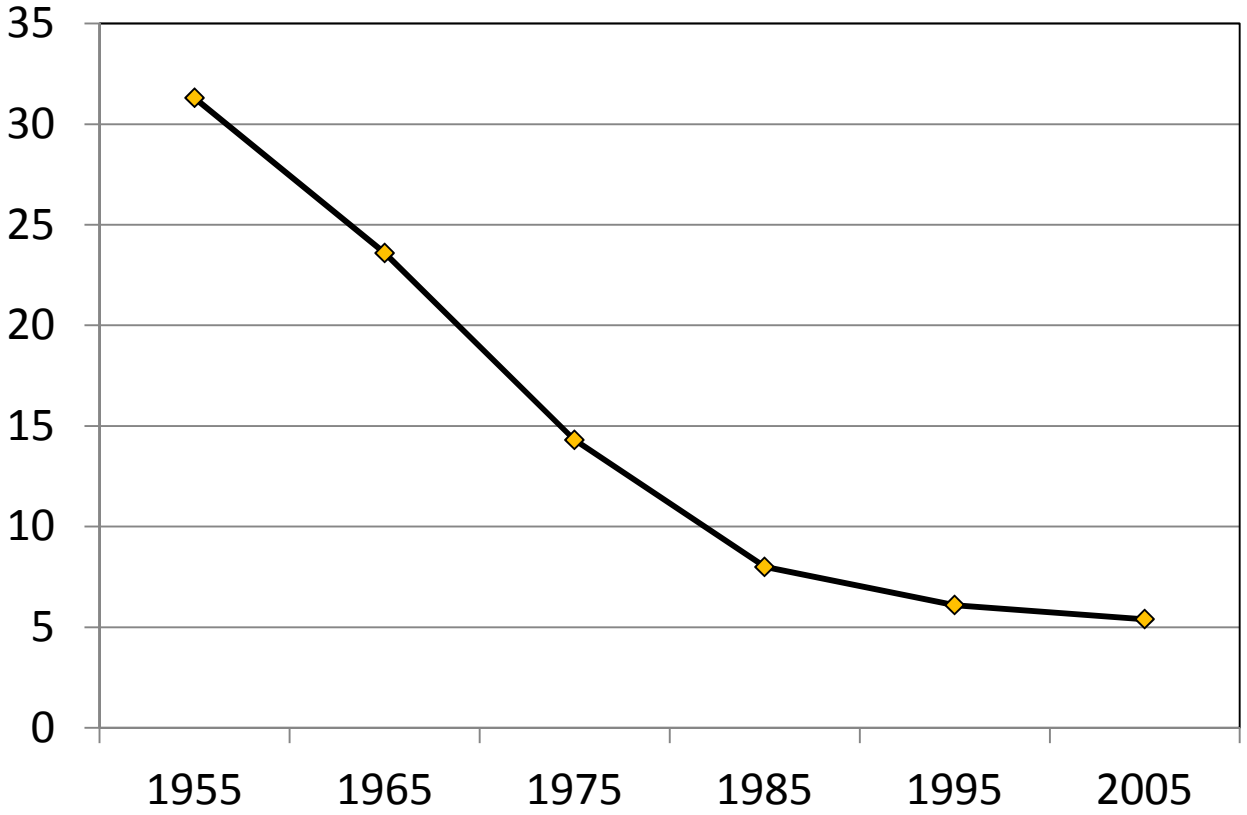
www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/demo/lif-fra.htm

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, POPULATION CANADIENNE, 1979-2009

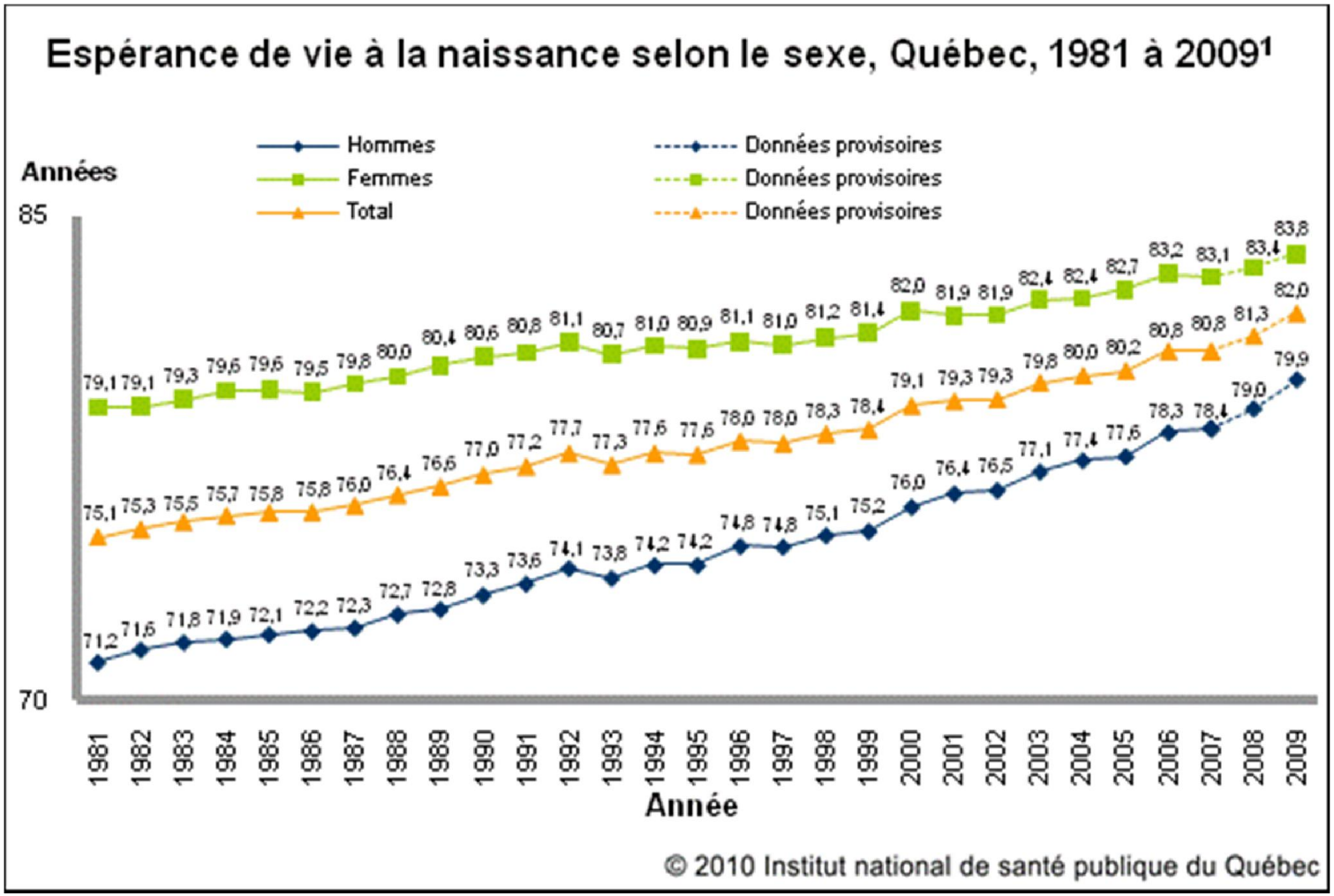


http://mieux-etre.edsc.gc.ca/misme-iowb/.3nd.3c.1t.4r@-fra.jsp?iid=3

MORTALITÉ INFANTILE POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES AU CANADA, 1955-2005

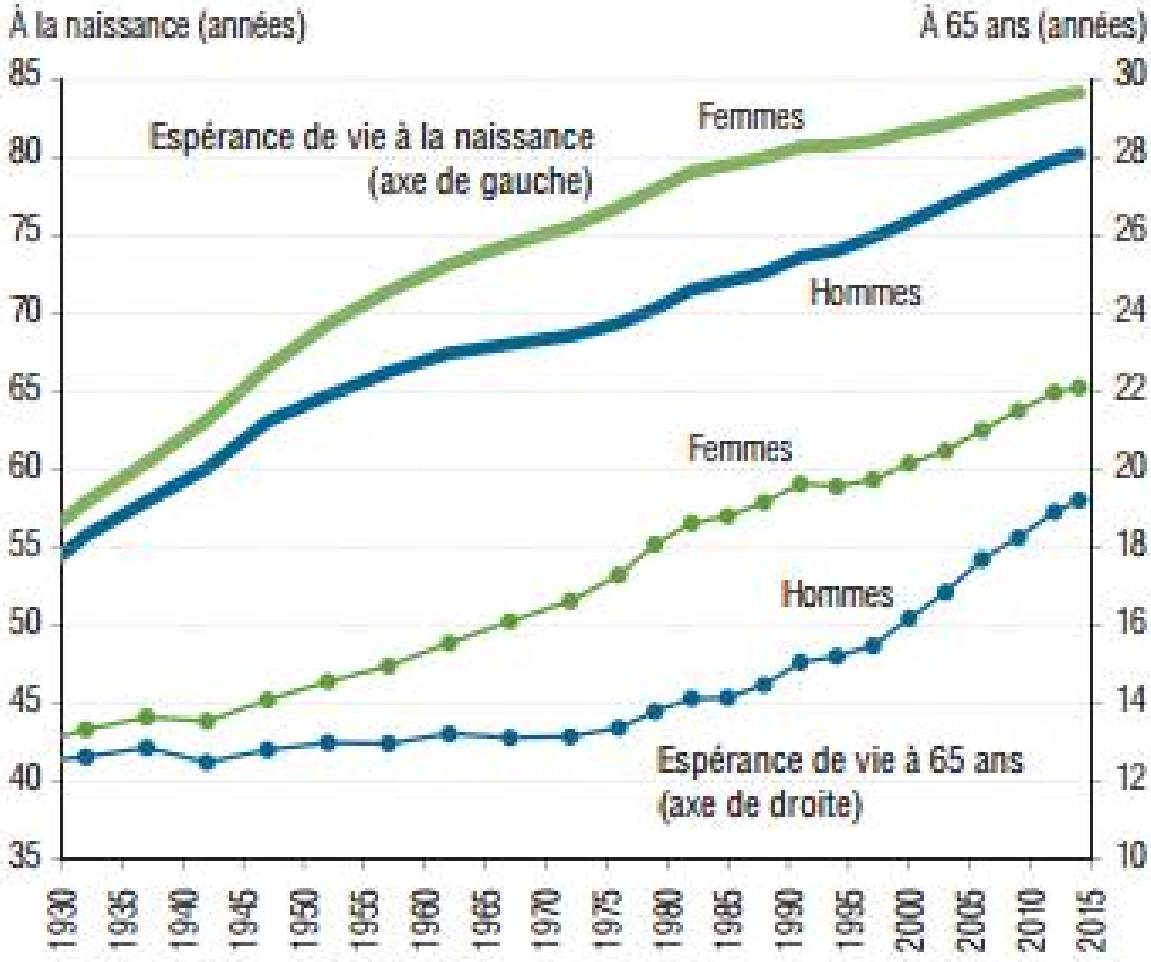


http://www45.statcan.gc.ca/2009/cgco_2009_002b-eng.htm



www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=200

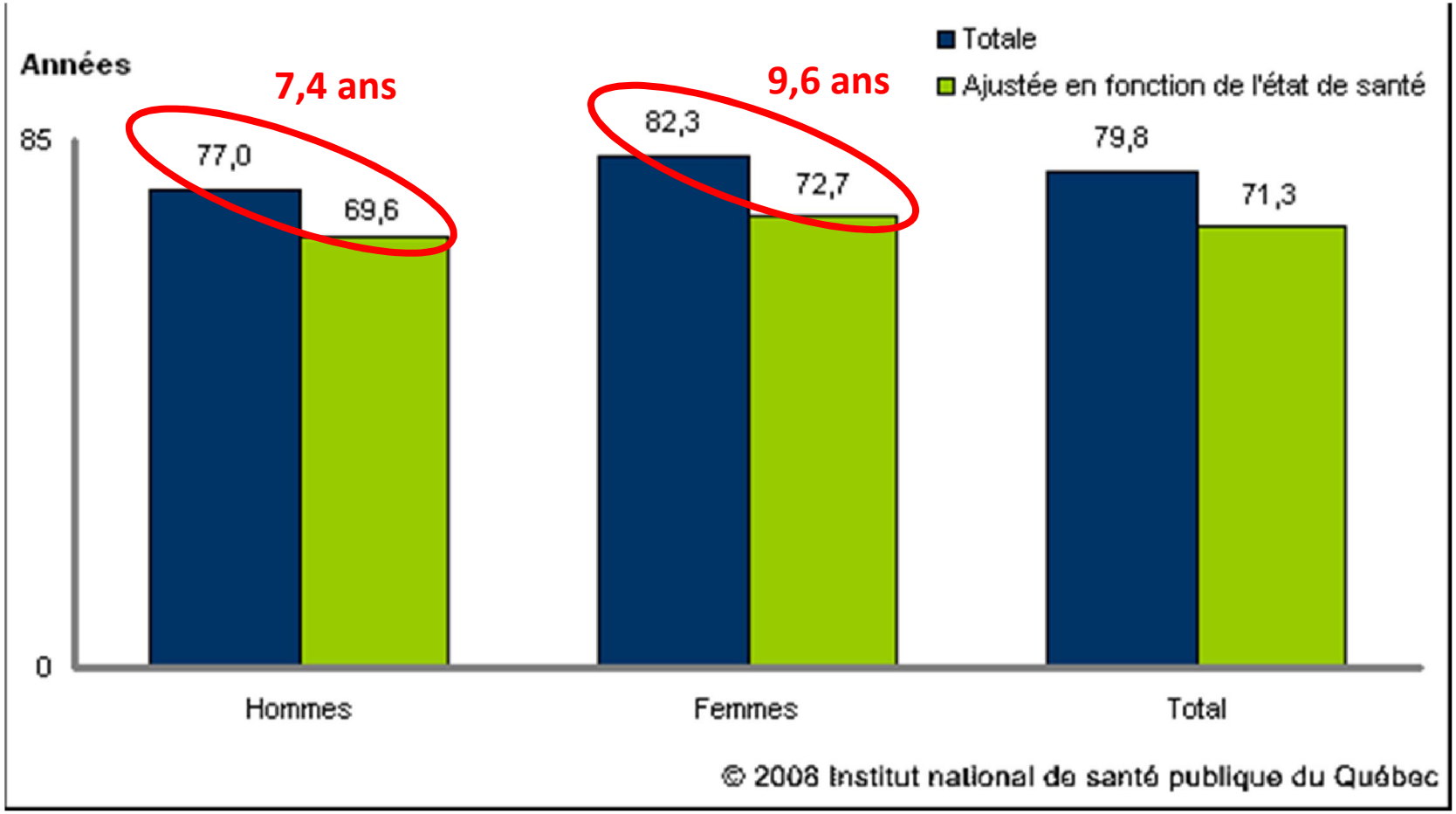
Espérance de vie à la naissance et à 65 ans, Québec, 1930-2014[2]



Sources : Base de données sur la longévité canadienne (1930-1974) et Institut de la statistique du Québec (1975-2014).

Payeur FF. (2015) La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2014. Institut de la Statistique du Québec, Coup d'oeil démographique, No 40.

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

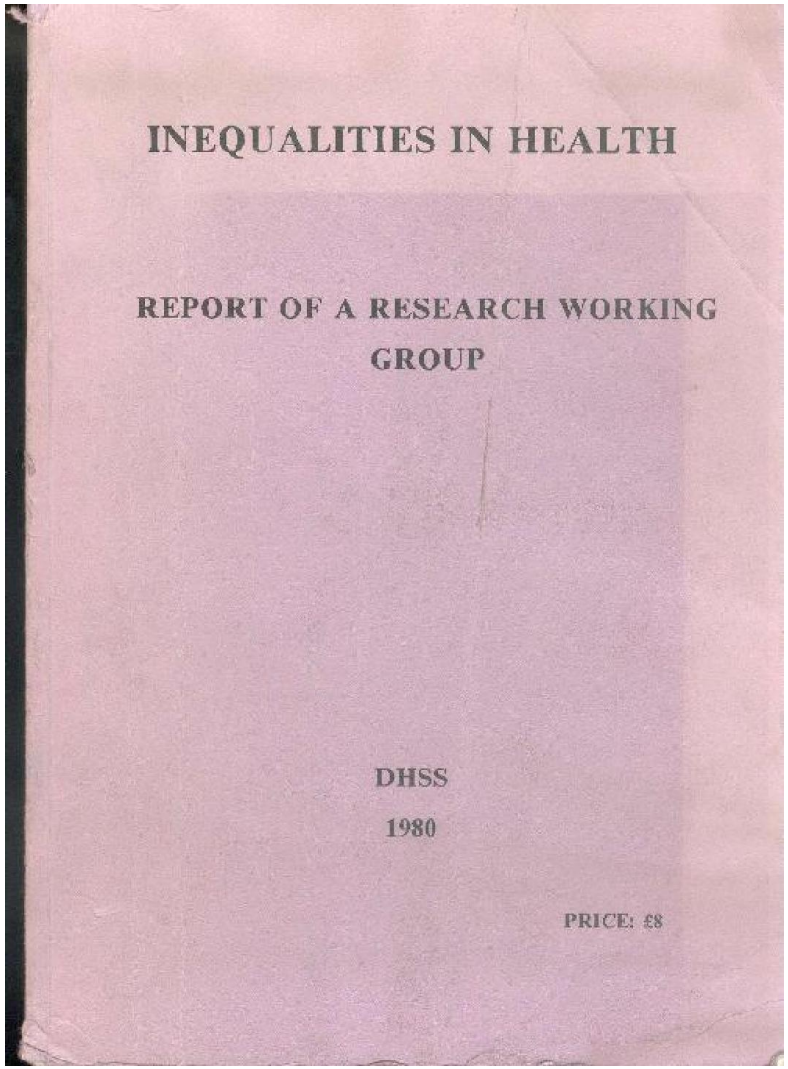


www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=125

Deuxième constat

La santé ne s'améliore pas également pour tout le monde

LE RAPPORT BLACK

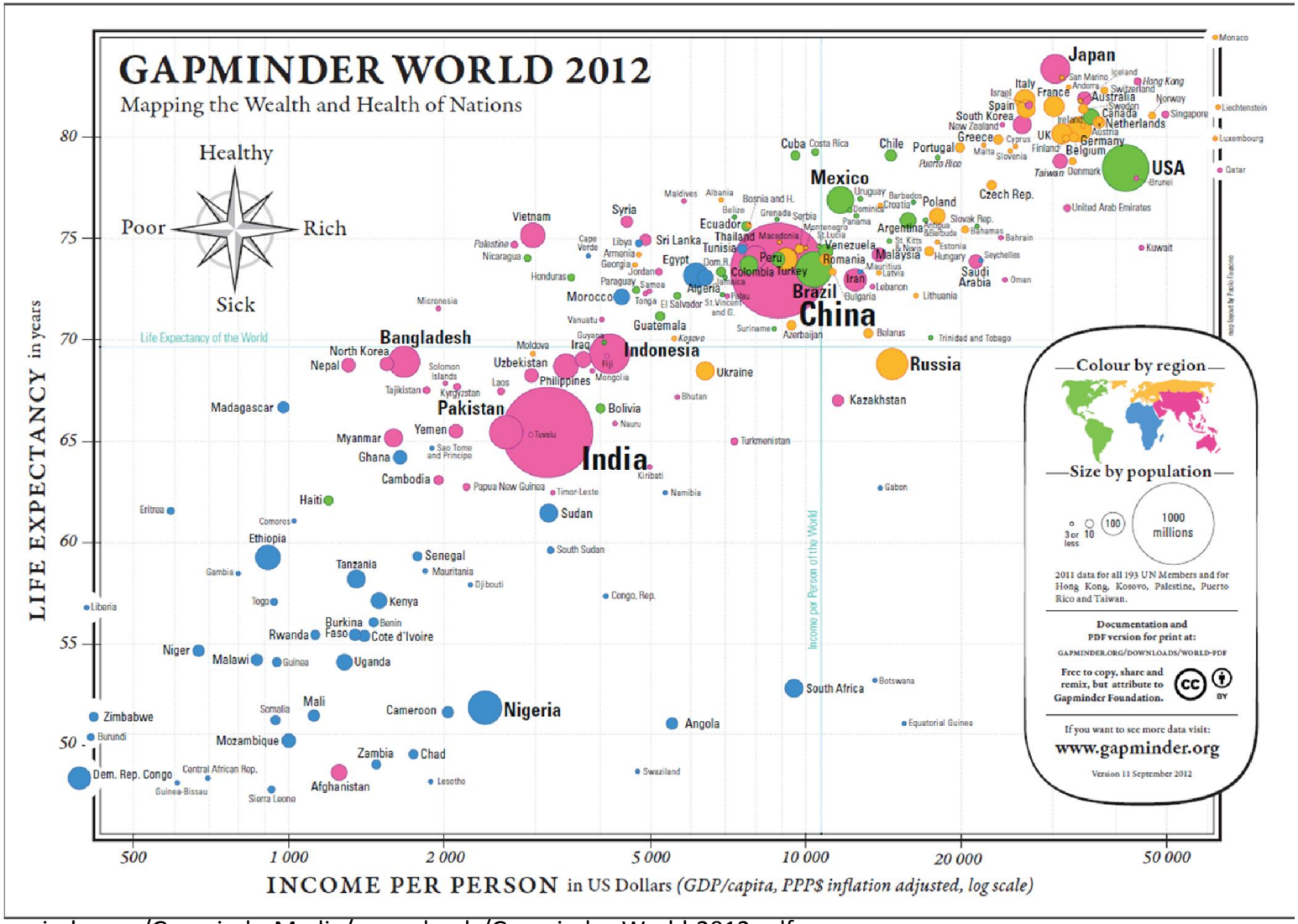


Il existe un gradient de santé parallèle au gradient socio-économique,

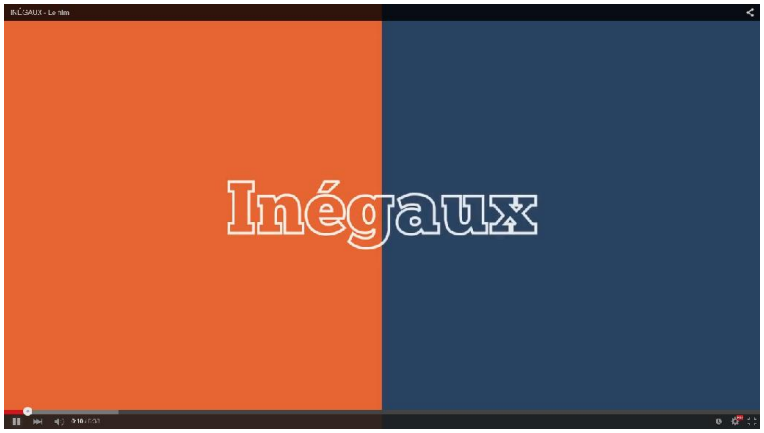
pour la plupart des causes de mortalité,

particulièrement marqué pour les affections respiratoires.

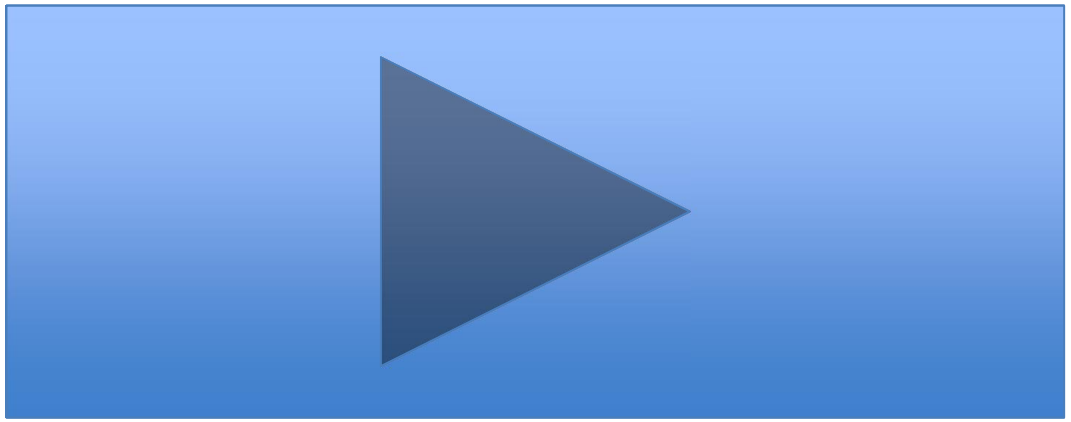
LA SANTÉ ET LA RICHESSE DANS LE MONDE, 2011



www.gapminder.org/GapminderMedia/wp-uploads/Gapminder-World-2012.pdf



https://www.youtube.com/watch?v=l9lIHDrNNXo



LES MARQUEURS DE L'INÉGALITÉ SOCIALE…

…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
- Le statut d'immigrant

Frohlich, Ross & Richmond (2006). Health disparities in Canada today: Some evidence and a theoretical framework. Social Science & Medicine, 79, 132-143

Troisième constat

L'inégalité est un choix politique

ON CHOISIT NOS INÉGALITÉS

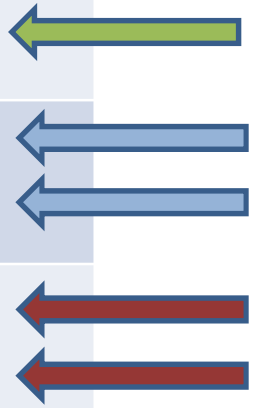
Indices d'inégalité du revenu des familles après impôt et transferts corrigés pour le nombre d'équivalents adultes (années 2000)

	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

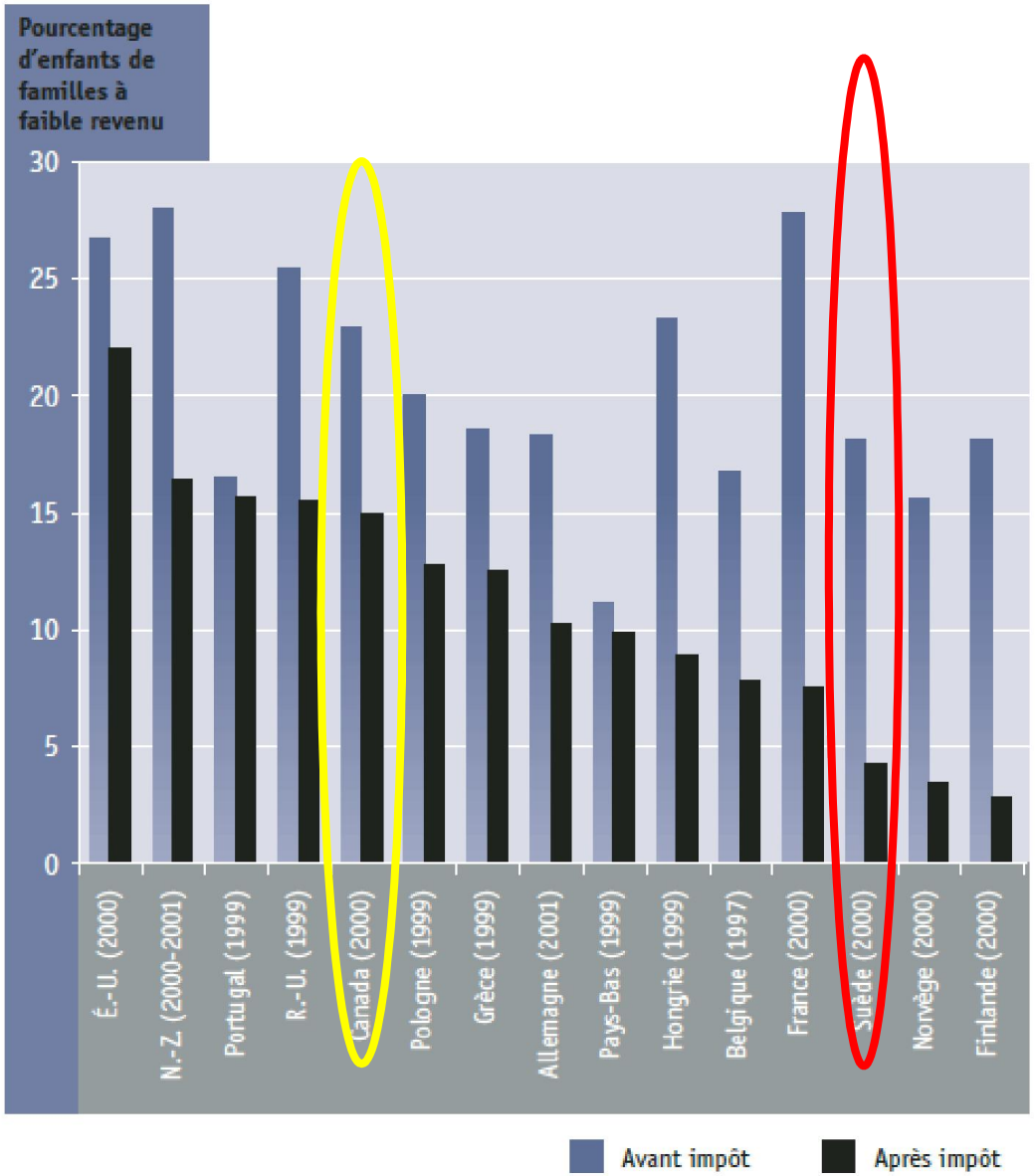
Picot G, Myles J. (2005). L'inégalité du revenu et le faible revenu au Canada, perspectives internationales. Statistique Canada

TAUX RELATIFS DE FAIBLE REVENU POUR LES ENFANTS ET LES PERSONNES ÂGÉES

	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



Picot G, Myles J. (2005). L'inégalité du revenu et le faible revenu au Canada, perspectives internationales. Statistique Canada



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

Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2008. www.phac-aspc.gc.ca/

Pourquoi faut-il réduire les inégalités de santé ?

RAISON 1 L'INÉGALITÉ COÛTE CHER

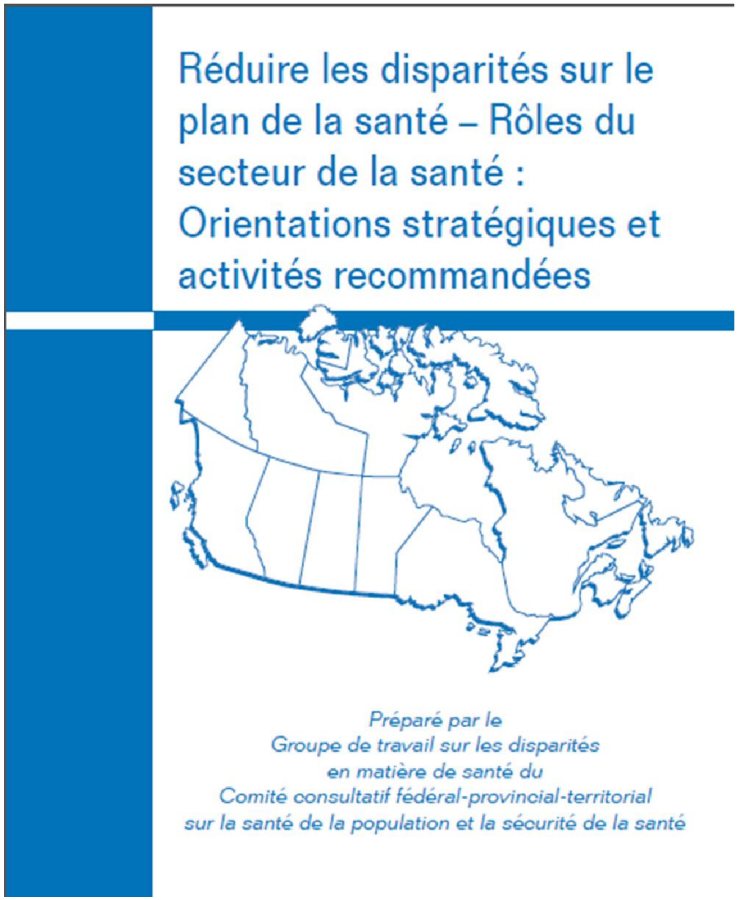
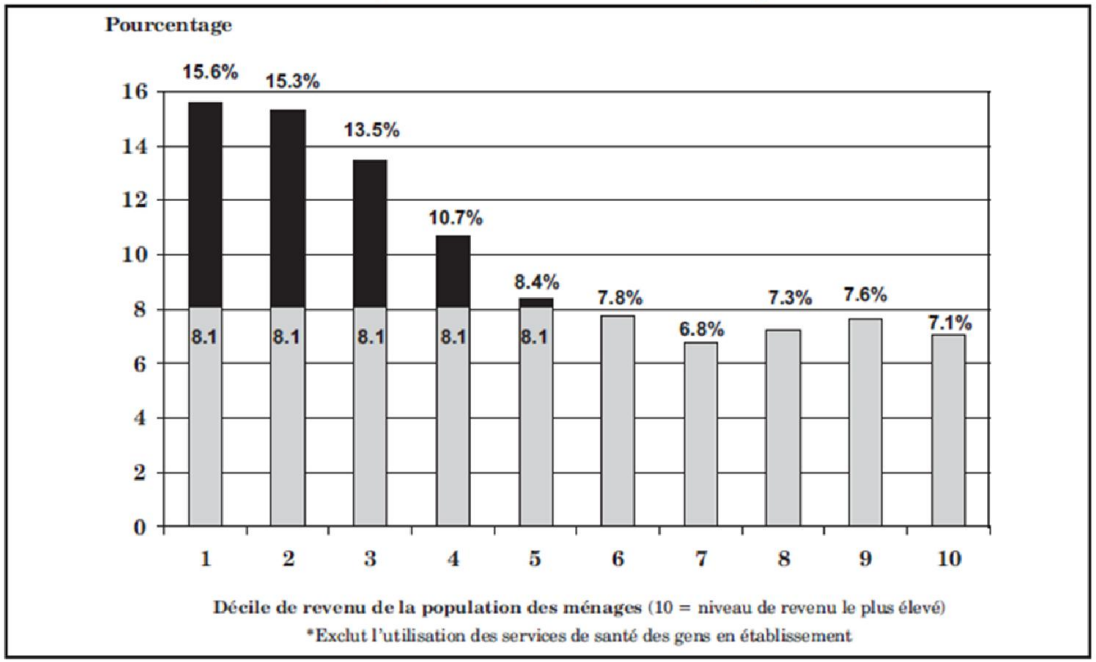


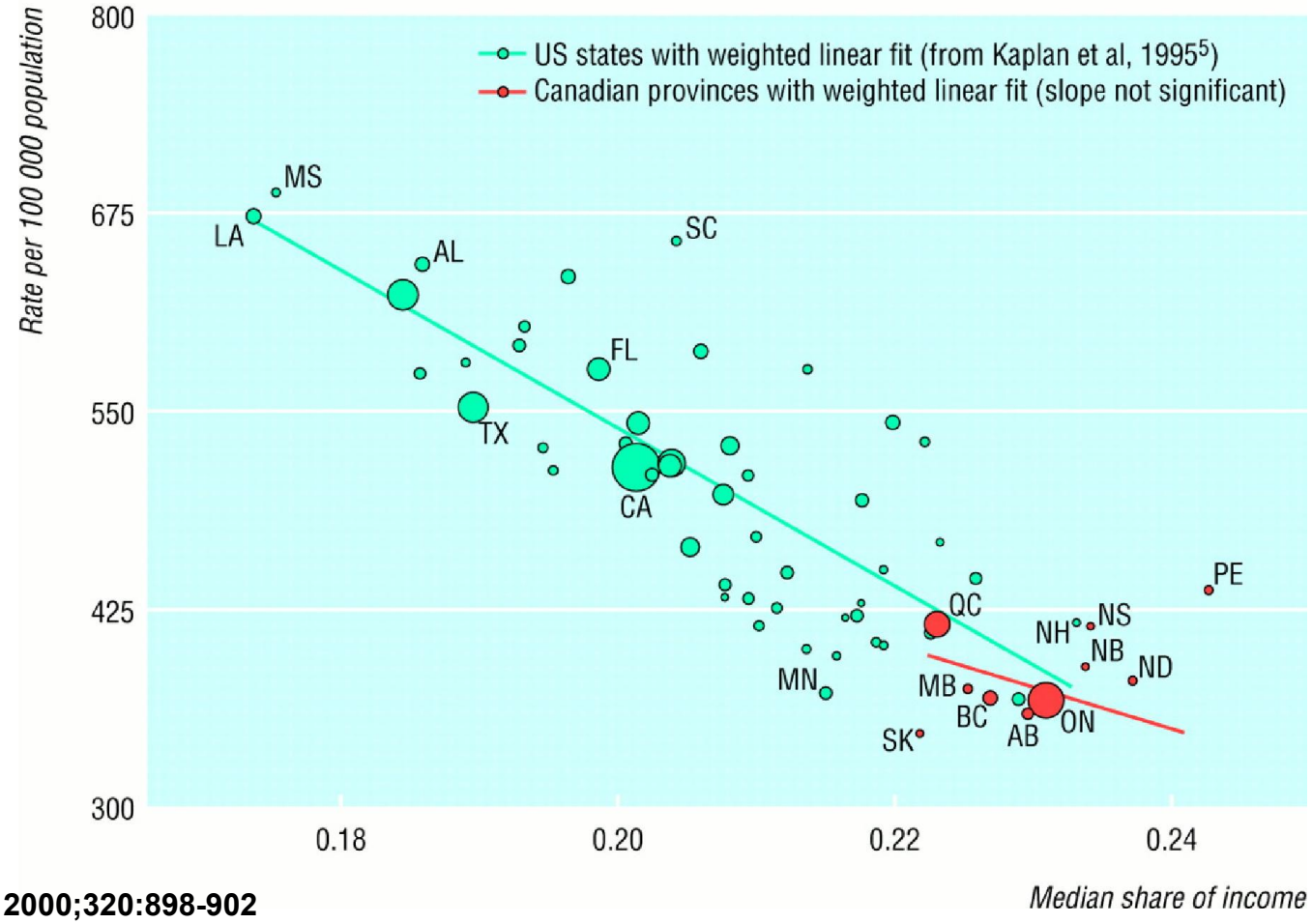
Figure 2. Pourcentage d'utilisation des dépenses publiques consacrées aux soins de santé par décile de revenu du ménage*



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

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).



Ross N A et al. BMJ 2000;320:898-902

RAISON 3 L'INÉGALITÉ SE CREUSE AVEC LE TEMPS

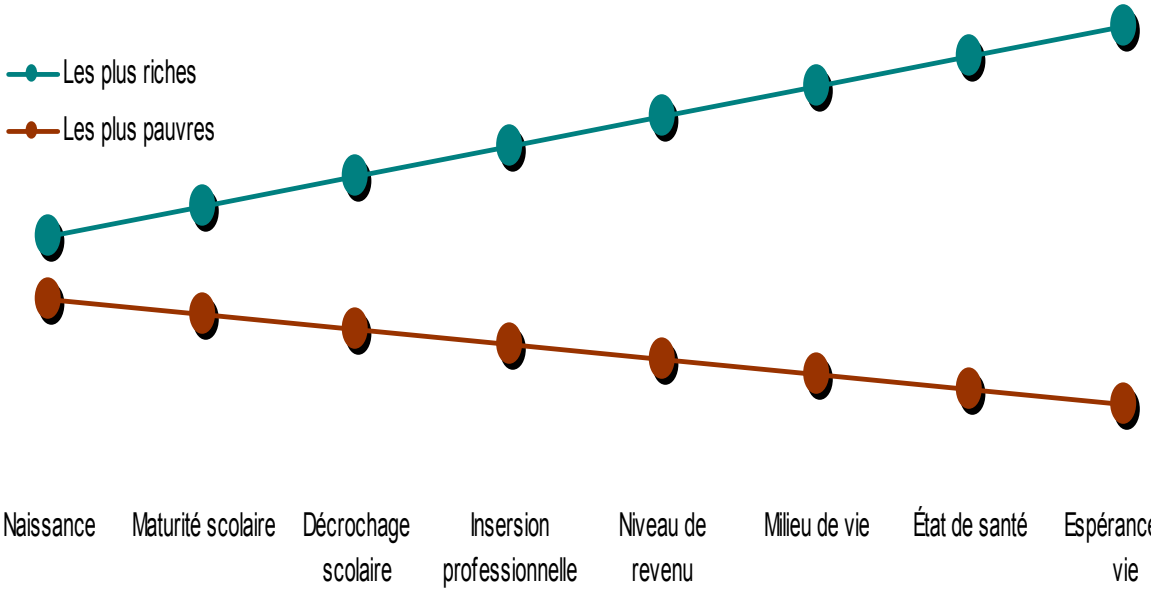
Parmi les plus pauvres
- Plus de naissances de faible poids
- Plus de naissances prématurées
- Plus de retards de croissance intra-utérine

La maturité scolaire touche
- Santé physique et bien-être
- Compétence sociale
- Maturité affective
- Développement cognitif et langagier
- Communication et connaissances générales

Le décrochage scolaire peut entraîner
- Exclusion et problèmes d'adaptation sociale
- Une plus grande précarité d'emploi

Les personnes moins scolarisées présentent
- une plus grande fragilité sociale
- des difficultés d'adaptation aux changements technologiques

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 %



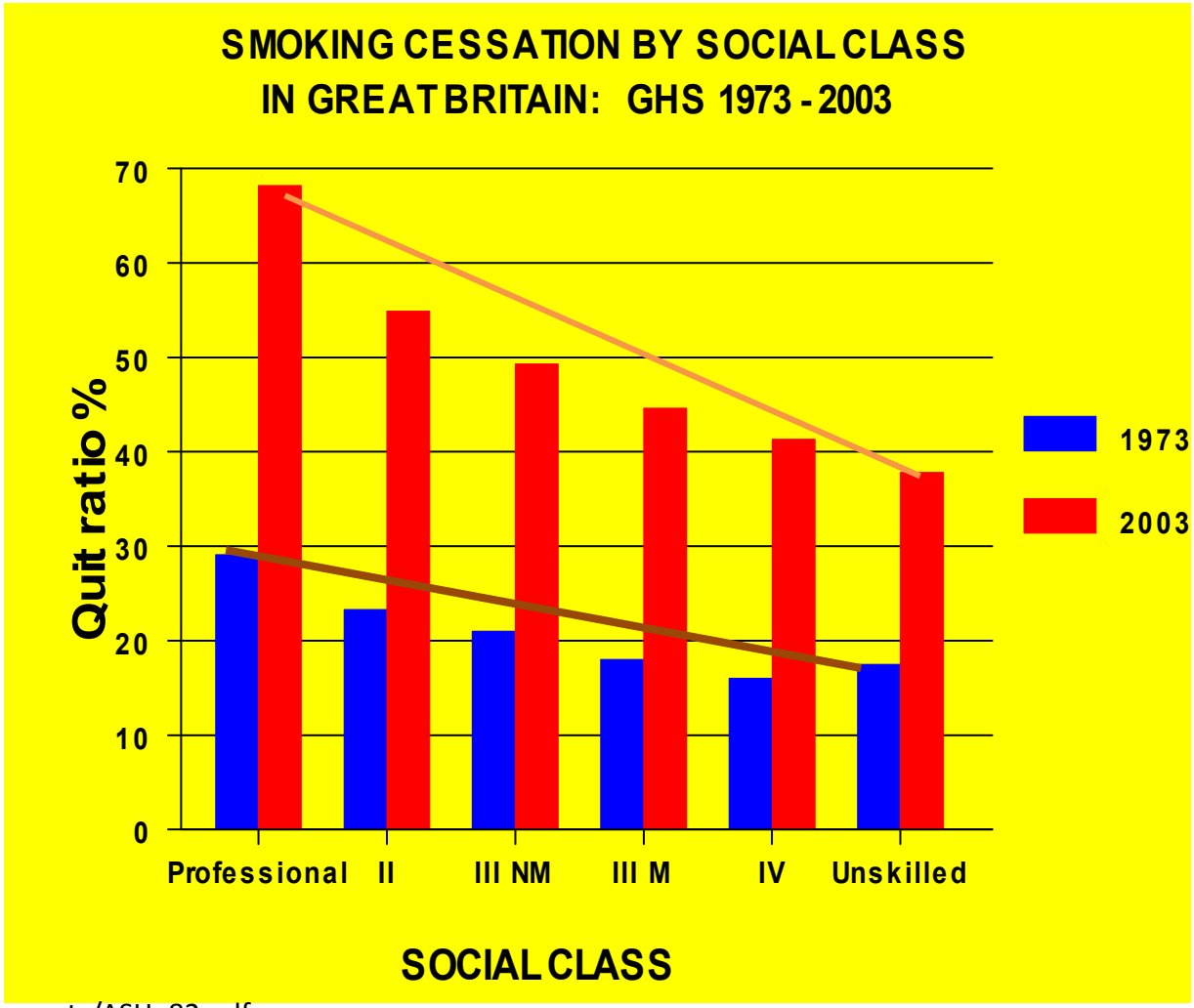
Dans les quartiers les plus défavorisés
- plus de logements insalubres
- plus de piétons, cyclistes et automobilistes blessés
- plus de répercussions sur la santé des 'îlots de chaleur, etc.

Par rapport aux plus riches, les personnes les moins bien nanties
- adoptent généralement de moins bonnes habitudes de vie
- se perçoivent en moins bonne santé
- sont plus nombreux à souffrir de maladies chroniques et de problèmes de santé mentale

Par rapport aux plus riches, les hommes les moins bien nantis
- vivent en moyenne près de 6 années de moins
- sont plus nombreux à décéder de façon prématurée ou en raison de causes jugées évitables

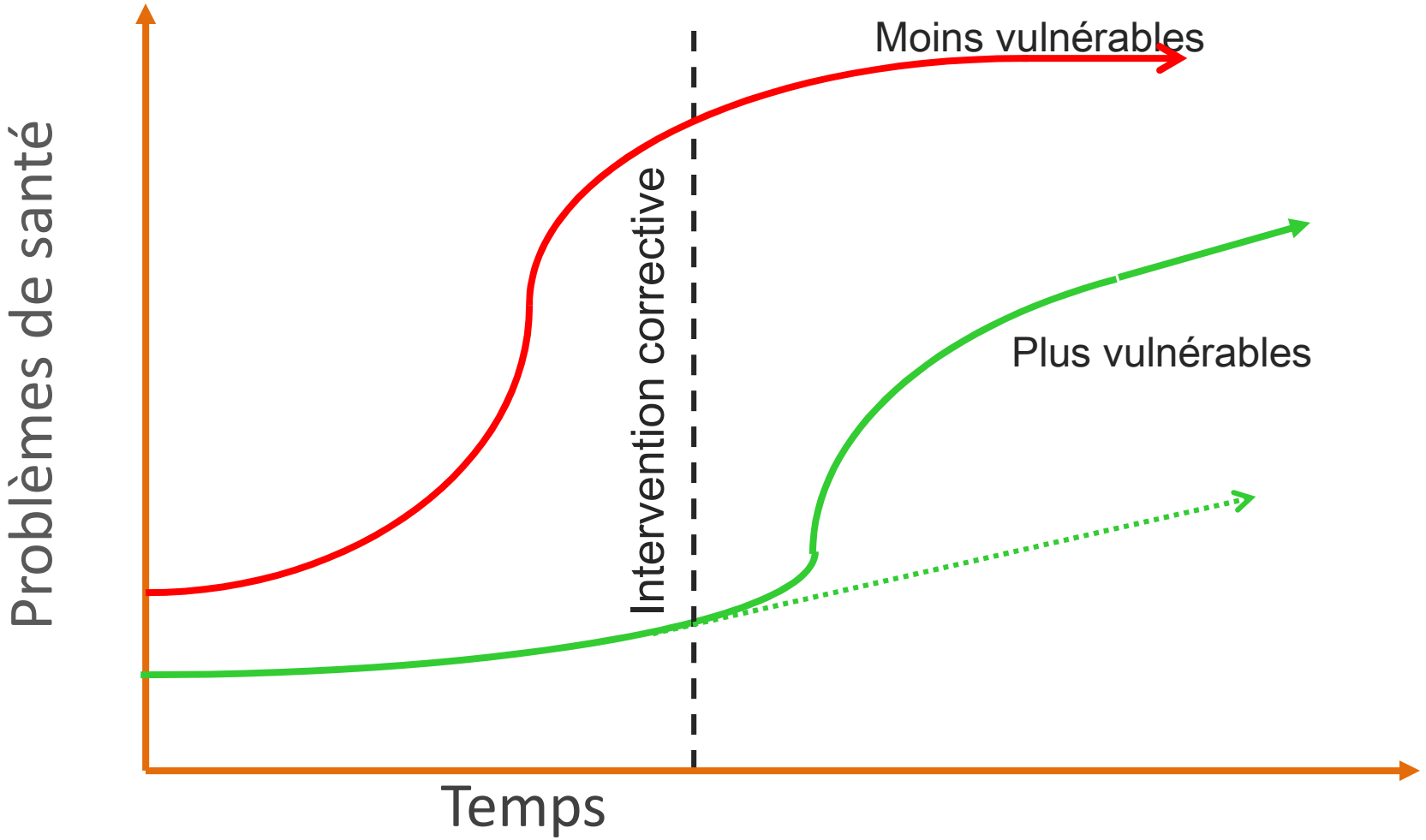
Directeur de la santé publique de Montréal. *Rapport annuel 2011*

RAISON 4 NOS ACTIONS DE PRÉVENTION PEUVENT ACCROÎTRE LES INÉGALITÉS



http://ash.org.uk/files/documents/ASH_82.pdf

EFFET INDÉSIRABLE DE LA PRÉVENTION



Rapport du Groupe de travail sur les disparités en matière de santé, CCFPT-SPSS (2005)

UNE QUESTION DE JUSTICE SOCIALE !

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

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

Chapleau 1998

« À quoi bon traiter les maladies des gens… si c'est pour les renvoyer dans les conditions qui les ont rendus malades. »
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

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

Quoi faire?
Deux approches de réduction des inégalités sociales de santé

TOUT D'ABORD: RECONNAÎTRE LE PROBLÈME

DEUX APPROCHES COMPLÉMENTAIRES

PROMOUVOIR DES POLITIQUES PUBLIQUES QUI RÉDUISENT LES INÉGALITÉS

SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DANS LES COMMUNAUTÉS

Baum, F. (2007). Cracking the nut of health equity: Top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion & Education*, *14*(2), 90-95.

TROIS TYPES DE POLITIQUES PUBLIQUES À PROMOUVOIR

- 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

SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DANS LES COMMUNAUTÉS

- 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

RESSOURCES ET PRODUCTION LOCALE DE LA SANTÉ

- 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

Conclusions

À RETENIR

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

À RETENIR

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, dans des ressources et sur des conditions d'accès à ces ressources

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, de manière à:
   - Accroître la qualité des ressources
   - Faciliter l'accès aux ressources à travers des systèmes qui correspondent aux moyens des gens

POUR EN SAVOIR PLUS

information
formation
recherche
coopération internationale
SANTÉ : POURQUOI NE SOMMES-NOUS PAS ÉGAUX?
COMMENT LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SE CRÉENT ET SE PERPÉTUENT
INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

GINETTE PAQUET
Partir du bas de l'échelle
Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé
Les Presses de l'Université de Montréal

SITES WEB D'INTÉRÊT

- 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.ca
- Institut du nouveau monde www.inm.qc.ca
- La Direction de la santé publique de Montréal www.dsp.santemontreal.qc.ca/

Merci !

chairecacis.org

TWITTER @ChaireCACIS

7101, ave du Parc Montréal, bur. 3108
514 343-6111 # 3778
514 343-2207
info@chairecacis.org

CACIS-IRSPUM
Université de Montréal
C.P. 6128 Succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7