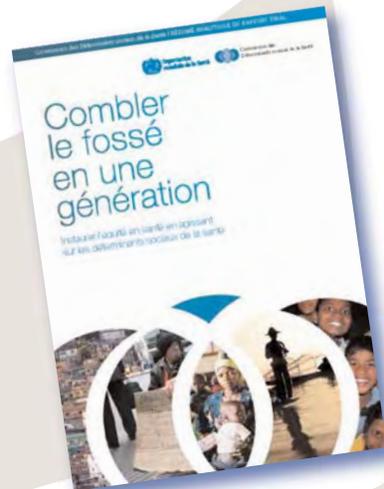




CPHA  ACSP

CANADA'S PUBLIC HEALTH LEADER
LE LEADER CANADIEN EN SANTÉ PUBLIQUE

Réponse de
l'Association canadienne de santé publique
au rapport de la Commission de
l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)
*Comblers le fossé en une génération :
instaurer l'équité en santé en agissant sur
les déterminants sociaux de la santé*



3 septembre 2008

À propos de l'ACSP

Fondée en 1910 et constituée en personne morale en 1912, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) est une association bénévole nationale, indépendante et sans but lucratif représentant la santé publique au Canada, qui entretient des liens étroits avec la communauté de santé publique internationale. Les membres de l'ACSP croient fermement à l'accès universel et équitable aux conditions de base qui sont nécessaires pour parvenir à la santé pour tous les Canadiens.

En tant que ressource nationale spécialisée au Canada, l'ACSP a pour mission de promouvoir l'amélioration et la préservation de la santé personnelle et communautaire, conformément aux principes de santé publique en matière de prévention de la maladie, de promotion et de protection de la santé, et de politique publique favorisant la santé.

Association canadienne de santé publique
1565, avenue Carling, bureau 400
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

Téléphone : 613 725 3769
Télécopieur : 613 725 9826
Courriel : info@cpha.ca
Site web: cpha.ca

© Canadian Public Health Association, 2008

La Commission et son rapport

Le 28 août 2008, la **Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé** a publié un rapport très attendu : **Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé**¹. La Commission démontre de façon convaincante que la santé est une préoccupation universelle, et qu'il faut agir immédiatement à l'échelle mondiale pour éliminer les facteurs qui nuisent à l'équité en santé pour tous.

« Les inégalités en matière de santé sont vraiment une question de vie ou de mort. Or les systèmes de santé ne tendent pas naturellement vers l'équité. Il faut un effort sans précédent pour amener tous les acteurs, même ceux travaillant en dehors du secteur de la santé, à examiner les effets de leurs politiques sur la santé. Les soins de santé primaires qui intègrent une composante santé dans toutes les politiques de l'État offrent un meilleur cadre pour y parvenir. »

*D^{re} Margaret Chan, secrétaire générale
Organisation mondiale de la Santé, 28 août 2008,
lors de la diffusion du rapport de la Commission des
déterminants sociaux de la santé de l'OMS*

Pendant plus de trois ans, la Commission a réuni et analysé des éléments probants sur les moyens de réaliser et de promouvoir une action mondiale pour l'équité en santé. Un solide contingent canadien a participé aux travaux de la Commission : l'honorable Monique Bégin, ancienne ministre de la Santé et du Bien-être social, était la commissaire désignée du Canada, et plusieurs autres Canadiens ont contribué aux équipes de recherche internationales qui ont réalisé les études de base du rapport.

Les preuves présentées dans le rapport de la Commission montrent que même si l'accès universel à des soins de santé appropriés est un élément important du traitement des maladies, les

déterminants sociaux de la santé (le revenu, le logement, l'alimentation, l'emploi, les conditions de travail) sont la cause de près de la moitié des écarts dans les indicateurs de santé entre différentes sociétés et à l'intérieur d'une même société. Les recherches montrent que dans bien des cas, les écarts de santé constatés dans divers groupes de populations, d'un pays à l'autre et dans un même pays, se creusent.

La Commission formule plus de 200 recommandations qui se réduisent à trois principes d'action :

1. Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent;
2. Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local;

3. Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions de déterminants sociaux de la santé.

La Commission met tous les pays au défi d'instaurer l'équité en santé en l'espace d'une génération. Elle réclame une action immédiate pour réduire l'impact des conditions structurelles et sociales qui nuisent à la santé de tous.

« Ces inégalités en santé, qui pourraient être évitées, tiennent aux circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi qu'aux systèmes de soins qui leur sont offerts. A leur tour, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent dépendent de forces politiques, sociales et économiques. On peut instaurer l'équité en santé en l'espace d'une génération; il le faut et c'est maintenant qu'il faut agir. »

Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, résumé analytique du rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, juin 2008



Les déterminants sociaux de la santé dans le contexte canadien

Globalement, le Canada peut être fier de ses réalisations en matière de santé. Comme l'indique le rapport 2008 de l'administrateur en chef de la santé publique, l'espérance de vie des hommes et des femmes a considérablement augmenté au cours des 10 dernières années, et les taux canadiens de mortalité infantile et maternelle sont parmi les plus faibles au monde². Il est néanmoins très important de savoir pourquoi certains, au Canada, sont en bonne santé et d'autres pas³.

« On trouve à Toronto certaines des collectivités dont la santé est la meilleure et la pire au Canada. La fréquence des problèmes de santé courants peut varier du simple au double d'un quartier à l'autre à cause des déterminants de base de la santé, comme le revenu, le logement, l'emploi et l'instruction. »

*D^r David McKeown,
médecin-hygiéniste en chef de Toronto,
décembre 2006*

Comme l'honorable Monique Bégin l'énonce de façon poignante dans un récent article du *Globe and Mail*, « Le Canada aime bien pouvoir clamer haut et fort que sept ans de suite l'ONU nous a considérés comme le pays au monde qui bénéficie de la meilleure qualité de vie. Tous les Canadiens en jouissent-ils? La réponse est non. La vérité est que notre pays est si riche qu'il réussit à masquer la réalité de la soupe populaire dans ses villes, celle des logements inacceptables, celle des taux de suicide très élevés des jeunes adultes inuits. » Madame Bégin dit espérer que le rapport de la Commission « nous sorte de notre léthargie et nous incite à agir pour être à la hauteur de notre réputation⁴. »

Au Canada, l'un des pays les plus prospères au monde, près d'un million et demi de gens, en grande partie des mères chefs de famille et des enfants, n'ont pas un logement sûr et abordable, vivent avec la violence dans leur maison et leur quartier et sont confrontés à une grave insécurité alimentaire et nutritionnelle.

Au Canada, le revenu médian pour les 20 % de familles ayant les revenus les plus élevés a augmenté de 16,4 % entre 1980 et 2005. Par contre, le revenu médian des familles les plus pauvres a chuté de 20,6 %⁵. Par conséquent, l'écart entre les très riches et les très pauvres s'est creusé au cours des 25 dernières années, et il existe aujourd'hui d'importantes disparités sur le plan de la santé entre ces deux segments de la population.

Au Canada, la stabilité de l'emploi et du revenu a un effet significatif sur la santé. La précarité et l'insécurité d'emploi entraînent des difficultés financières, des risques sanitaires accrus et un plus grand isolement social⁶. Selon les chiffres actuels, près

de 375 000 familles et près d'un demi-million de personnes au Canada sont pauvres même si elles sont salariées à plein temps. Les employés contractuels et à temps partiel peuvent ne pas être admissibles aux prestations d'emploi. L'absence de ce filet de sécurité peut être dévastatrice pour la santé individuelle et familiale. Les chômeurs et leurs personnes à charge ont sensiblement plus de problèmes de santé que les travailleurs qui exercent un emploi stable⁷.

Au Canada, on estime que dans plus de 100 réserves des Premières nations, on ne dispose pas de réseaux d'alimentation en eau et d'assainissement sûrs, les logements sont inférieurs aux normes, et on manque de services communautaires adéquats. En 2005, plusieurs centaines de résidents de la communauté crie de Kashechewan, près de la baie James, ont été évacués et transportés dans des lieux d'hébergement temporaires un peu partout en Ontario parce que leur eau était insalubre. Malheureusement, ces gens ont été renvoyés dans leur communauté sans que l'on ait résolu le problème à l'origine de la crise.



Au Canada, on constate que plus le revenu est faible et plus les ménages ont recours à l'aide sociale, plus l'insécurité alimentaire s'accroît; c'est chez les mères chefs de famille avec des enfants que cette insécurité est la plus prononcée⁸. Les enfants vivant dans des familles bénéficiaires de l'aide sociale sont beaucoup plus susceptibles de souffrir de la faim. Les banques d'alimentation ne sont pas une solution; elles sont le symptôme d'une société qui n'aborde pas de front la sécurité alimentaire et qui n'en fait pas une priorité de santé publique.

Au Canada, l'enseignement primaire universel est un droit humain fondamental. Le niveau de scolarité, la littératie fonctionnelle et la numératie sont d'importants déterminants de la santé. Des études ont montré que les niveaux d'instruction influencent les facteurs de risque de contracter des maladies chroniques. Selon une étude de Statistique Canada, 42 % des adultes de 16 à 65 ans n'ont pas le niveau de littératie nécessaire pour s'acquitter de la plupart des tâches quotidiennes qui nécessitent de la lecture⁹. Les populations dont les niveaux de scolarité et de littératie sont relativement faibles courent un plus grand risque d'avoir des problèmes de santé liés au tabagisme, à la sédentarité, à l'obésité et à une mauvaise alimentation¹⁰.

« Nous ne pouvons évaluer notre santé et notre bien être collectifs en nous fondant uniquement sur les personnes qui n'ont aucun problème. Nous ne pouvons non plus nous baser sur les moyennes, car elles masquent des écarts importants entre les deux extrêmes. Nous devons aussi penser aux laissés-pour-compte, aux personnes dont l'état de santé est déficient, aux analphabètes, aux sans-abri et à ceux qui ne touchent que très peu ou pas de revenus. »

*Dr David Butler-Jones,
administrateur en chef de la santé publique,
Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2008*

Au Canada, il subsiste d'importantes lacunes dans les données sur la santé des populations. Bien que l'on prélève de l'information fiable à l'échelle nationale, provinciale-territoriale et régionale, les données, particulièrement chez les Autochtones, sont souvent incomplètes. On ne peut pas expliquer l'incidence des déterminants sur la santé en n'utilisant qu'un simple indicateur d'usage courant¹¹. Il faut relier les données de sources diverses pour disposer d'une plate-forme solide qui permet d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Le rapport de la Commission montre que l'amélioration de l'état de santé des plus démunis

aurait une grande incidence sur la santé globale et pourrait aussi améliorer la productivité d'un pays. Il en va de même au Canada. En 2004, les dépenses en soins de santé au pays s'élevaient à quelque 120 milliards de dollars par année, soit environ 3 650 \$ par habitant¹². Environ 31 % des dépenses totales en soins de santé étaient attribuables aux ménages les plus pauvres de la population, soit une utilisation près de deux fois plus élevée des services de soins de santé que celle du groupe de revenu supérieur. Si l'état de santé et les tendances d'utilisation des soins de santé des catégories de revenu inférieures étaient égaux à ceux des

ménages à revenu moyen, on pourrait réaliser des économies considérables dans les coûts des soins de santé. Cela pourrait aussi se traduire par une augmentation du nombre de gens qui jouent un rôle productif dans l'économie.

Il est prouvé qu'il existe d'importantes inégalités en santé le long du gradient social au Canada. Nous avons les connaissances et les compétences nécessaires pour redresser la situation. Il nous manque un engagement politique, une volonté nationale et les ressources nécessaires pour que les discussions et les nombreux projets pilotes se traduisent par des résultats.



Réponse et engagement de l'ACSP

Au fil des ans, l'ACSP a souligné le besoin d'une approche intégrée, pangouvernementale, intersectorielle et à large assise, accompagnée d'investissements importants dans les infrastructures et les services de santé publique aux paliers fédéral, provincial-territorial, municipal et dans les zones rurales du Canada.

Pour une efficacité optimale, les initiatives de santé publique doivent remporter l'adhésion de la collectivité, avoir l'appui des décideurs, reposer sur une collaboration et une communication efficaces, miser sur les capacités et la recherche en santé publique et jouir d'un financement suffisant à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé. Il faut aussi investir dans le développement et l'enrichissement de la base de données sur la santé des populations afin de mieux comprendre les facteurs qui influencent la santé et d'évaluer l'efficacité des interventions mises en place au Canada.

Les sondages menés par l'ACSP auprès de ses membres en 2006 et en 2008 et les débats de fond de sa conférence annuelle de 2008 ont réitéré le besoin d'aborder les déterminants sociaux de la santé. C'est sur ces plates-formes que l'Association jette les bases de son action stratégique en la matière. Ainsi, l'ACSP continuera de promulguer :

- ☛ Que le gouvernement fédéral renforce son leadership en santé publique et agisse progressivement, selon une approche pangouvernementale, pour aborder les déterminants sociaux de la santé en consultation avec les autres paliers de gouvernement;
- ☛ Que l'on améliore les capacités en santé publique au Canada par la surveillance, le développement des ressources humaines et la recherche;
- ☛ Que l'on accroisse les investissements en santé publique par le biais de divers mécanismes, notamment en appuyant l'Agence de la santé publique du Canada, en affectant des sommes aux fonctions et aux programmes de santé publique dans les paiements de transfert aux

Les déterminants sociaux de la santé, que l'on appelle aussi les « causes des causes » de la maladie, englobent des facteurs comme le sexe, la pauvreté, l'emploi, les conditions de travail, l'itinérance et l'instruction.

L'équité en santé est l'absence de disparités dans l'état de santé, ou dans les déterminants sociaux de la santé, entre des groupes différemment favorisés ou défavorisés sur le plan social (richesse, pouvoir, prestige).

« La vérité c'est que notre pays – le neuvième plus riche du monde – est si riche qu'il réussit à masquer la réalité de la pauvreté, de l'exclusion sociale, de la discrimination, de l'érosion de l'emploi, de la santé mentale et du suicide chez les jeunes. Ce faisant, nous dissimulons l'existence d'un très grave problème de santé publique national. »

L'honorable Monique Bégin, août 2008



provinces et aux territoires, et en augmentant l'argent dont disposent les Canadiens pour répondre à leurs besoins fondamentaux.

Il appartient maintenant aux Canadiens de relever le défi lancé par la Commission : aborder et éliminer les inégalités en santé.

L'ACSP apportera sa contribution à l'atteinte de cet objectif. Elle s'engage à :

- ✦ Militer en faveur de l'accroissement des investissements fédéraux en

santé publique, ainsi que dans les secteurs qui ont une importante incidence sur la santé des populations et l'équité en santé (le logement, l'emploi, le développement et le soin des enfants...);

- ✦ Réviser les résolutions, motions, énoncés de politique et positions antérieures de l'Association sur les questions liées aux déterminants sociaux de la santé et les diffuser à un large public;
- ✦ Contribuer, en consultation avec toutes les parties responsables de la situation sanitaire (y compris les intervenants canadiens en santé publique et les groupes hors des systèmes de santé), à la formulation d'une approche typiquement canadienne pour tenir compte des déterminants sociaux de la santé;
- ✦ Organiser un forum où les praticiens de la santé publique, les partenaires de la santé et des services sociaux et d'autres intéressés pourront partager leur expérience, leur savoir et leurs pratiques exemplaires à l'appui d'une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé pour aborder les inégalités en santé au Canada et dans le monde;
- ✦ Consulter les associations provinciales et territoriales et les praticiens de la santé publique de tout le Canada afin de repérer et de rendre accessibles, dans leur administration respective, des outils qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé et de coordonner les messages et les interventions;
- ✦ Trouver des moyens efficaces d'informer et de mobiliser le public en « racontant l'histoire » des inégalités en santé et en présentant les méthodes novatrices et efficaces que le Canada et d'autres pays utilisent pour aborder la question;



- ✦ Contacter d'autres organisations non gouvernementales, au Canada et à l'étranger, pour tirer des leçons de leur expérience en matière d'intégration des déterminants sociaux de la santé;
- ✦ En consultation avec d'autres, contribuer à l'élaboration d'un mécanisme pour mesurer les progrès réalisés au Canada en vue de réduire le gradient social en santé;
- ✦ Faire de la conférence annuelle 2009 de l'Association (du 7 au 10 juin 2009 à Winnipeg, au Manitoba) une tribune où partager les progrès réalisés au Canada au chapitre de l'équité en santé.

Le Canada ne peut plus se le cacher : il est aux prises avec un très grave problème de santé publique. Tel que souligné par la Commission « On peut instaurer l'équité en santé en l'espace d'une génération; il le faut et c'est maintenant qu'il faut agir¹³. »

Références

1. La version intégrale du rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* (en anglais seulement), se trouve sur le site http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html. [Pour le résumé analytique en français, voir le site http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf.]
2. Administrateur en chef de la santé publique du Canada, *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2008*.
3. RG Evans, ML Barer et TR Marmor (éd.), *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*, New York, Aldine de Gruyter, 1994.
4. M. Bégin, « Social injustice can kill, global panel claims », *Globe and Mail* (28 mai 2008). Sur Internet : <http://www.theglobeandmail.com/servlet/story/RTGAM.20080828.wdeterminants28/BNStory/specialScienceandHealth/home>.
5. Statistique Canada, « Le revenu des Canadiens », *Le Quotidien*, 5 mai 2008.
6. D. Raphael (éd.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, Toronto, Canadian Scholars Press, 2004.
7. Alliance pour la prévention des maladies chroniques en Ontario et Nexus Santé, *Prêts pour l'action : Les déterminants sociaux de la santé*, Toronto, Nexus Santé, 2008.
8. J. Che et J. Chen, « L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens », *Rapports sur la santé*, vol. 12, p. 11-22, 2001.
9. Organisation de coopération et de développement économiques et Statistique Canada, *Enquête sur la littératie et les compétences des adultes*, 2003.
10. Fondation des maladies du cœur du Canada, *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, 2003.
11. Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, *Politiques sur la santé de la population : enjeux et options*, 2008.
12. *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : Document de travail*, 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, décembre 2004.
13. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, résumé analytique du rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, juin 2008.





CPHA  **ACSP**

CANADA'S PUBLIC HEALTH LEADER
LE LEADER CANADIEN EN SANTE PUBLIQUE