

# 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*

Les opinions exprimées dans ce document sont celles de l'auteur et ne reflètent pas forcément le point de vue du Centre national d'information sur la violence dans la famille de l'Agence de santé publique du Canada.

Also available in English under the title: *Reducing Health Disparities – Roles of the Health Sector: Discussion Paper*

# **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*



# REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier les membres du Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé, issus de toutes les régions du Canada, qui ont contribué à l'élaboration et à la réalisation de ce document.

De plus, nous aimerions souligner le travail des personnes suivantes, dont les services ont été retenus pour contribuer à la rédaction de ce document et à la recherche préalable : Steven Lewis, Katherine Frohlich, Nancy Ross, Susan Swanson et Diane Kinnon.

Nous désirons également remercier les nombreuses autres personnes qui ont contribué à l'élaboration du document, y compris les participants de partout au Canada à la conférence des Instituts de santé en santé du Canada (IRSC) intitulée « Réduire les disparités sur le plan de la santé et promouvoir l'équité pour les populations vulnérables », tenue à Ottawa en septembre 2003, et au forum consultatif d'orientation sur la réduction des disparités en matière de santé de mars 2004, organisé conjointement par les IRSC, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, Santé Canada et le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé.

Nous exprimons également notre gratitude aux membres du personnel Heather Fraser, Brenda Steinmetz, Diane Alfred et Mana Herel de l'Agence de santé publique du Canada (anciennement de Santé Canada), ainsi qu'à Laura Donatelli de Santé Manitoba, qui ont tous prodigué des conseils et offert leur expertise en matière de politiques au cours de la préparation de ce rapport.

Les opinions exprimées dans ce document sont celles du Groupe de travail sur les disparités en matière de santé et du Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé, et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de Santé Canada, de l'Agence de santé publique du Canada, des administrations provinciales et territoriales ou des autres organisations ou personnes qui ont contribué à ce projet.

Jim Ball, coprésident  
Joel Kettner, coprésident

## Membres du Groupe de travail sur les disparités en matière de santé

### ***Exécutif :***

Joel Kettner .....(coprésident) Santé Manitoba  
Jim Ball.....(coprésident) Agence de santé publique du Canada  
Heather Fraser .....Agence de santé publique du Canada

### ***Membres :***

Dianne Alexander.....Ministère de la Santé et des Soins de longue  
durée de l'Ontario  
Elizabeth Gyorfi-Dyke .....Institut canadien d'information sur la santé  
Jean-Marie Berthelot .....Statistique Canada  
John Frank .....Instituts de recherche en santé du Canada  
Louise Potvin.....Université de Montréal  
Nicholas Baylis .....Alberta Health and Wellness  
Michael Hayes .....Université Simon Fraser  
Michael Mendelson .....Caledon Institute of Social Policy  
Katherine Scott .....Conseil canadien de développement social  
Miriam Stewart .....Instituts de recherche en santé du Canada  
Ken Ross .....Ministère de la Santé et du Mieux-être  
du Nouveau-Brunswick  
Madeleine Dion Stout.....Représentante non gouvernementale  
Erica Di Ruggiero .....Instituts de recherche en santé du Canada

### ***Anciens membres :***

Halina Cyr .....Santé Canada  
Carmen Connolly .....Institut canadien d'information sur la santé  
Gary Catlin .....Statistique Canada  
John Millar .....Institut canadien d'information sur la santé

### ***Secrétariat :***

Rushi Buckshi .....Agence de santé publique du Canada

# TABLE DES MATIÈRES

Points saillants . . . . .	iv
Introduction : l'importance des disparités en santé . . . . .	vi

## **PARTIE I**

### **Ce que nous savons au sujet des disparités en santé**

A. La situation actuelle . . . . .	1
B. Les causes et les coûts des disparités en santé . . . . .	3
C. Les avantages économiques éventuels de la réduction des disparités en santé . . . . .	5
D. Les soins de santé réduisent-ils ou augmentent-ils les disparités? . . . . .	7
E. La santé publique, la prévention et autres défis . . . . .	8
F. Où concentrer les efforts . . . . .	10

## **PARTIE II**

### **Réduire les disparités en santé : Historique, options et pratiques exemplaires**

A. Approches canadiennes à l'égard des disparités : 30 ans de vision et de politiques . . . . .	13
B. Approches internationales en vue de réduire les disparités en santé . . . . .	15
C. Stratégies canadiennes actuelles pour réduire les disparités en santé . . . . .	17

## **PARTIE III**

### **Possibilités clés pour réduire les disparités**

A. Adopter une approche intégrée à l'égard des groupes désavantagés . . . . .	21
B. Se concentrer sur quatre orientations stratégiques clés . . . . .	22
C. Conclusion . . . . .	27
Termes clés et définitions . . . . .	28
Notes et références . . . . .	30

# POINTS SAILLANTS

- ▶ Les Canadiens constituent l'un des peuples les plus en santé dans le monde. Toutefois, certains groupes de la population canadienne sont en moins bonne santé que d'autres. On constate des disparités importantes sur le plan de la santé partout au pays. Ces disparités ne sont pas réparties de façon aléatoire; elles affectent davantage certains groupes particuliers (comme les peuples autochtones). L'état de santé varie aussi selon le sexe, la scolarité, le revenu et d'autres indicateurs d'une situation désavantagée ou de l'inégalité des chances.
- ▶ Le statut socioéconomique (SSE), l'appartenance à la population autochtone, le sexe et le lieu géographique de résidence sont les principaux facteurs associés aux disparités sur le plan de la santé au Canada. Les répercussions des disparités en santé sont plus prononcées dans le quintile (20 %) inférieur de l'échelle du SSE et chez les peuples autochtones.
- ▶ Ces disparités en santé persistent dans les groupes dont le SSE est moins élevé malgré le fait qu'ils recourent davantage aux services de santé. Comme elles sont plus souvent et plus gravement malades ou blessées que les autres, les personnes qui font partie du quintile de revenu le plus bas utilisent environ deux fois plus de services de santé que celles qui font partie du quintile supérieur. Selon une estimation des ressources de soins de santé utilisées par les ménages canadiens, environ 20 % des dépenses totales en soins de santé peuvent être attribuables aux disparités sur le plan du revenu.
- ▶ Les disparités en santé sont plus qu'une simple question d'être bien nanti ou démuné; il existe un gradient dans lequel se trouvent tous les Canadiens. Entre chaque niveau du gradient du statut socioéconomique (SSE), on retrouve des différences dans les facteurs et conditions de risque, l'état de santé, l'incidence de maladies et la mortalité pour une gamme étendue de troubles physiques et mentaux.
- ▶ Les répercussions les plus importantes des disparités en santé comprennent les décès *évitables*, la maladie, l'incapacité, la détresse et l'inconfort. Mais il est également clair que les disparités sont coûteuses pour le système de santé et la société canadienne en général. Les disparités en santé ne sont pas compatibles avec les valeurs canadiennes, elles menacent la cohésion des communautés et de la société, elles ébranlent la viabilité du système de santé et elles ont un impact sur l'économie. On peut éviter ces répercussions et prendre des mesures efficaces à leur égard, mais elles persistent néanmoins et, dans certains cas, elles augmentent dans l'ensemble du pays.
- ▶ Étant donné l'ampleur du problème et le grand potentiel d'amélioration sur le plan de la santé, on devrait investir plus d'énergie et plus d'argent pour réduire les disparités en santé. Les récents Accords sur la santé conclus par les premiers ministres renfermaient des engagements à l'échelle nationale en vue de réduire les disparités en santé. L'Accord de 2003 constitue le point culminant de 30 ans de travaux d'élaboration de politiques qui ont progressivement placé le secteur de la santé dans une position pour jouer un rôle important dans la réduction des disparités en santé.

- ▶ Plusieurs pays européens ont élaboré des stratégies globales et intégrées pour réduire les disparités en santé et ces pays ont établi des objectifs et des cibles à atteindre dans le cadre de ces stratégies. Le Canada peut tirer des leçons de telles approches adoptées par d'autres pays dans le secteur de la santé.
- ▶ Le Canada a lancé de nombreux projets prometteurs en vue de réduire les disparités. Au fil du temps, le Canada peut améliorer son efficacité en bâtissant sur ce fondement pour élaborer une stratégie exhaustive et intégrée pour lutter contre les disparités en santé. La Stratégie en matière de modes de vie sains canadienne a le potentiel nécessaire pour être une composante clé d'un cadre pour accélérer la réduction des disparités. La recherche n'a cessé de démontrer qu'un nombre limité de déterminants non médicaux sont à la base des disparités les plus importantes sur le plan de la santé. La façon la plus appropriée et la plus efficace d'améliorer l'état de santé global de la population consiste à améliorer la santé des gens faisant partie des groupes de SSE inférieur et d'autres populations défavorisées.
- ▶ C'est en faisant de la réduction des disparités en santé une priorité du secteur de la santé et en déployant des efforts coordonnés sur plusieurs fronts, dont la promotion auprès de l'ensemble des décideurs d'une perspective axée sur les disparités en vue de traiter des déterminants de santé, qu'on aura le plus grand impact. Il faut du leadership sur la question des disparités, au sein du secteur de la santé, afin d'établir les rôles dans ce secteur et d'appuyer l'accroissement de la sensibilisation et l'action en matière de politiques dans d'autres secteurs en vue de réaliser des gains en matière de santé.
- ▶ Le système de santé est un déterminant clé de la santé de la population. Si les soins de santé et les programmes et services de santé publique ne mettent pas l'accent sur les besoins des personnes, des populations et des collectivités désavantagées, on risque d'accroître plutôt que de réduire les disparités en santé. Le secteur de la santé a également un rôle important à jouer pour atténuer les causes et les effets d'autres déterminants de la santé par des interventions touchant les personnes, les populations et les collectivités désavantagées.
- ▶ Pour réduire les disparités sur le plan de la santé, il faut absolument aborder une vaste gamme de facteurs connus – et leurs interactions – qui influent sur la santé. Pour ce faire, on doit obtenir la collaboration des secteurs dont le travail porte sur des déterminants clés de la santé. Comme elle l'a fait remarquer dans son document intitulé *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que la collaboration avec d'autres secteurs est une responsabilité essentielle du secteur de la santé. Ce type de partenariat et la promotion du projet de réduction des disparités sur le plan de la santé sont les plus efficaces lorsqu'ils s'étendent aux secteurs public, privé et bénévole.
- ▶ Dans d'autres pays, les initiatives globales de réduction des disparités découlent d'un engagement à documenter la portée des disparités, à élaborer des politiques fondées sur des données et à évaluer les interventions. La mise au point et l'expansion continue de la base de connaissances du Canada sont essentielles à l'avancement des projets d'élaboration des politiques, d'établissement des priorités et d'évaluation.

# INTRODUCTION : L'IMPORTANCE DES DISPARITÉS EN SANTÉ

Les Canadiens constituent l'un des peuples les plus en santé dans le monde. Toutefois, certains groupes de la population canadienne sont en moins bonne santé que d'autres. On constate des disparités importantes sur le plan de la santé partout au pays. Ces disparités ne sont pas réparties de façon aléatoire; elles affectent davantage certains groupes particuliers (comme les peuples autochtones). L'état de santé varie aussi selon le sexe, la scolarité, le revenu et d'autres indicateurs d'une situation désavantagée ou de l'inégalité des chances.

Les disparités importantes en santé ne sont pas inévitables : on retrouve au Canada certains écarts plus importants qu'ailleurs et d'autres qui sont moins importants. Tout comme dans d'autres pays partout dans le monde, on souligne de plus en plus au Canada le besoin d'adopter des politiques et de prendre des mesures pour réduire ces disparités. Le présent document a pour but principal d'explorer le rôle du secteur de la santé dans la diminution des disparités en santé au Canada.

Il existe de nombreuses raisons pour que le secteur de la santé accroisse ses efforts en vue de réduire les disparités en santé. Premièrement, le secteur de la santé a un mandat clair dans ce domaine :

- ▶ Dans les Accords sur la santé de 2002 et 2003, les premiers ministres se sont engagés à réduire les disparités en santé dans tout le pays. Une réunion spéciale avec des dirigeants autochtones, tenue dans le cadre de la Rencontre des premiers ministres de 2004, a mené à l'élaboration de mesures visant précisément à réduire les écarts en matière de santé qui défavorisent les peuples autochtones.
- ▶ Les ministres de la Santé ont approuvé le cadre de la Stratégie en matière de modes de vie sains, dont la réduction des disparités en santé constitue l'un des deux objectifs\*.

Deuxièmement, les disparités en santé constituent un fardeau important pour certaines personnes et certains groupes. Pour les individus, une santé déficiente constitue un obstacle à surmonter pour participer pleinement à la vie sociale, culturelle et économique de leur collectivité. Lorsqu'un mauvais état de santé s'installe dans des groupes identifiables, les effets indésirables peuvent se multiplier jusqu'à inclure l'exclusion, les stigmates sociaux et le désespoir.

Troisièmement, les disparités en santé sont des facteurs de coûts pour le système de santé. Comme elles sont plus souvent et plus gravement malades ou blessées que les autres, les personnes du quintile de revenu le plus bas utilisent environ deux fois plus de services de

---

\* Il est à souligner que bien qu'il partage les principaux aspects de l'analyse du présent document, le Québec n'a pas participé à ses divers travaux, car il entend demeurer seul responsable de l'élaboration et de la mise en oeuvre des programmes pour réduire les disparités en santé. Toutefois, le Québec entend poursuivre l'échange d'information et d'expertise avec les autres gouvernements au Canada.

santé que celles du quintile supérieur. Selon une estimation des ressources de soins de santé utilisées par les ménages canadiens, environ 20 % des dépenses totales en soins de santé peuvent être attribuables aux disparités sur le plan du revenu<sup>1</sup>. Même si les groupes dont le SSE est peu élevé utilisent davantage, dans l'ensemble, les services de santé, ils présentent toujours des disparités sur le plan de la santé.

En dernier lieu, les disparités en santé ne sont pas compatibles avec les valeurs canadiennes. Elles portent atteinte à la qualité de vie générale, menacent la cohésion des communautés et de la société et grèvent l'économie.

Les données et l'expérience ont montré que les mesures mises de l'avant par le secteur de la santé pour réduire les disparités peuvent comporter de nombreux avantages sur le plan de l'amélioration des résultats liés à la santé et de la qualité de vie globale des Canadiens ainsi que sur le plan du système de santé.

- ▶ L'état de santé global de la communauté peut être amélioré par une réduction des disparités.
- ▶ Comme l'état de santé varie selon le statut socioéconomique, la réduction des disparités en santé permettra d'améliorer la santé de toute la société.
- ▶ Si on réduit les besoins en soins de santé des populations dont le SSE est peu élevé et ceux d'autres groupes désavantagés, on pourra diminuer les facteurs de coût et atténuer les pressions auxquelles font face les fournisseurs de services de santé.
- ▶ Si on améliore la santé de la population, plus de gens seront en mesure de participer à l'économie, ce qui aura pour effet de réduire les coûts de la productivité perdue.

La conjoncture est propice à ce que le secteur de la santé prenne les devants et prenne les mesures nécessaires pour réaliser ces avantages. Présentement, plusieurs voies s'ouvrent pour permettre une réduction des disparités en santé :

- ▶ En ce moment, le secteur de la santé du Canada, fort de 30 années d'élaboration de politiques dont le point culminant est la signature de l'Accord sur la santé de 2003, est en position de jouer un rôle de chef de file dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de réduction des disparités en santé, et de faire la promotion de cette initiative auprès de tous les gouvernements.
- ▶ Des initiatives prometteuses, allant de la recherche à des programmes communautaires ciblés, en passant par la collaboration intersectorielle fondée sur des enjeux, sont déjà en place.
- ▶ Le cadre d'élaboration de la Stratégie en matière de modes de vie sains – une stratégie pancanadienne intégrée dont l'un des deux objectifs consiste à réduire les disparités – offre une occasion idéale de faire avancer la cause de la réduction des disparités en santé.
- ▶ Des chercheurs et des partenaires non gouvernementaux participent à cette cause de diverses façons, notamment en cernant l'étendue des disparités, en analysant et en élaborant des options stratégiques, et en exécutant des programmes novateurs et concrets.

- ▶ Le climat de changement qui marque actuellement le secteur de la santé ouvre la voie à de nouvelles structures et à des mécanismes pour promouvoir la réduction des disparités en santé. La transition vers de nouvelles organisations, notamment le Conseil de la santé, l'Agence de santé publique du Canada, le Réseau pancanadien de santé publique et le Centre national de collaboration des déterminants de la santé, offre la possibilité que ces nouvelles entités intègrent la question des disparités en santé dans leur cadre de travail.

Les disparités en santé sont évitables, et il est possible de s'y attaquer de façon efficace. Le présent document explore le rôle que peut jouer le secteur de la santé en vue de diminuer les disparités sur le plan de la santé au Canada :

- ▶ en présentant « les faits » au sujet des disparités sur le plan de la santé – comment et pourquoi elles surviennent et persistent, leur nature, leur étendue et leurs coûts au Canada et, lorsque c'est possible, en présentant des comparaisons entre le Canada et d'autres pays à ce chapitre;
- ▶ en examinant comment les perspectives au sujet des disparités en santé ont évolué et en examinant les stratégies actuelles pour réduire ces disparités, tant au Canada qu'à l'échelle internationale;
- ▶ en suggérant une orientation stratégique et des mesures au secteur de la santé pour réduire les disparités dans son domaine de compétence direct et à l'aide de partenariats et de promotion, ainsi qu'en ce qui a trait au développement et à l'échange de connaissances.

## Remarque à propos de certains termes utilisés dans ce document

Le concept de « disparités en santé » (ou « disparités sur le plan de la santé ») constitue une notion fondamentale pour la compréhension du présent document. Il renvoie aux écarts sur le plan de l'état de santé entre des groupes démographiques définis par des caractéristiques spécifiques. Pour les fins de développement de politiques, les catégories les plus utiles sont celles qu'on associe de façon constante aux plus importantes variations de l'état de santé. Au Canada, le statut socioéconomique (SSE), l'identité autochtone, le sexe et l'emplacement géographique sont les facteurs les plus importants associés aux disparités en santé.

À l'échelle internationale les expressions « inégalités sur le plan de la santé » et « inéquités sur le plan de la santé » sont également utilisées pour désigner les écarts dans l'état de santé. Vous trouverez les définitions de ces termes ainsi que leurs distinctions à la section « Termes clés et définitions », à la fin du présent document.

Un autre terme clé utilisé dans ce document est « secteur de la santé ». Ce terme renvoie aux politiques, lois, ressources, programmes et services régis par les ministères de la Santé. Le secteur de la santé englobe la promotion de la santé et la prévention de maladies, la santé publique, les soins de santé primaires, les services de santé communautaire (tels que les soins à domicile), les médicaments et équipements médicaux, la santé mentale, les établissements de soins de longue durée, les hôpitaux, ainsi que les services généralement fournis par les professionnels de la santé (médecins, personnel infirmier, thérapeutes, pharmaciens, etc.).

# PARTIE I

## Ce que nous savons au sujet des disparités en santé

### A. La situation actuelle<sup>2</sup>

Il existe des disparités importantes sur le plan de la santé au Canada. Les plus importantes ont trait au statut socioéconomique (SSE), à l'identité autochtone, au sexe et au lieu géographique de résidence. Voici quelques exemples :

1. Bien que les femmes vivent, en moyenne, 6 ans de plus que les hommes, elles sont plus susceptibles de souffrir de limitation des activités à long terme et d'affections chroniques<sup>3</sup>.
2. Au Canada, l'ensemble de la population masculine vit en général 7 ans de plus que les hommes des Premières nations; pour les femmes, l'écart est de 5 ans<sup>4</sup>.
3. Le taux de décès attribuable à des blessures chez les jeunes enfants autochtones est 4 fois plus élevé que chez les jeunes enfants du Canada en général; chez les enfants d'âge préscolaire, il est 5 fois plus élevé et chez les adolescents, 3 fois plus élevé.
4. Les hommes faisant partie du quintile de revenu supérieur vivent 5 ans de plus que ceux du quintile inférieur; l'écart chez les femmes est de 2 ans. Ces écarts ont diminué d'environ 1 an au cours des 25 dernières années.
5. Chez les Canadiens faisant partie du quintile de revenu inférieur, 47 % affirment être en excellente ou en bonne santé, comparativement à 73 % des Canadiens du quintile supérieur. Les gens faisant partie du dernier quintile sont 5 fois plus susceptibles de considérer leur santé comme étant moyenne ou mauvaise que les gens du premier quintile. À revenu égal, les Autochtones sont 2 fois plus susceptibles de qualifier leur état de santé de passable ou mauvais que les non-Autochtones.
6. Les taux de mortalité infantile ont connu une baisse globale. Toutefois, les taux dans les quartiers les plus pauvres demeurent des 2/3 plus élevés que ceux des quartiers les plus riches, et les écarts n'ont pas diminué depuis 1996. Les taux dans les quartiers canadiens les plus riches sont à peu près les mêmes que le taux national global de la Suède, tandis que les taux des quartiers les plus pauvres au Canada ressemblent au taux global des États-Unis. Les taux des peuples autochtones sont de 1,3 à 3,1 fois supérieurs au taux national; c'est dans le Nord qu'ils sont les plus élevés.

7. En moyenne, les hommes éprouveront pendant 10 années de leur vie une incapacité; chez les femmes, ce sera 12 années. L'éducation a une influence plus forte que le revenu sur l'espérance de vie sans incapacité (EVSI). L'EVSI est plus élevée dans les grands centres urbains et moins élevée dans les régions rurales et éloignées.
8. Les femmes souffrent plus souvent d'affections chroniques non mortelles que les hommes, et, à revenu égal, les groupes autochtones à revenu inférieur ou moyen souffrent davantage d'affections chroniques que les populations non autochtones. Une scolarité plus élevée aide à protéger contre les affections chroniques.
9. Les résidents des collectivités éloignées du Nord canadien ont l'EVSI la moins élevée et l'espérance de vie la moins élevée au pays. Dans ces régions, les taux de tabagisme, d'obésité et de consommation abusive d'alcool sont au-dessus des moyennes canadiennes.
10. Quelque 10 % des ménages canadiens, soit 3 millions de personnes, vivent chaque année l'insécurité alimentaire. La prévalence est la plus élevée chez les gens qui dépendent de l'aide sociale, les familles à mère monoparentale, les Autochtones et les résidents des collectivités éloignées. Les gens touchés par l'insécurité alimentaire ont davantage tendance à qualifier leur santé de passable ou mauvaise et à souffrir d'affections chroniques multiples, de détresse ou de dépression<sup>5</sup>.

De tels faits nous incitent à soulever deux questions importantes. Premièrement, l'état de santé des Canadiens et Canadiennes situés au sommet du gradient socioéconomique est parmi les meilleurs au monde. Pendant au moins les 30 dernières années, l'état de santé global des Canadiens s'est amélioré, et les gains les plus importants semblent avoir été réalisés chez les groupes qui étaient déjà en bonne santé. Par exemple, une étude réalisée au Manitoba a permis de découvrir que durant la période de 1985 à 1999, le taux de mortalité chez les gens dont l'état de santé était supérieur à la moyenne avait connu une baisse de 13 %, comparativement à 7 % pour les gens dont l'état de santé était moyen – il n'y avait eu aucun changement chez les gens dont l'état de santé était inférieur à la moyenne<sup>6</sup>.

Deuxièmement, plus bas dans l'échelle du SSE, les disparités en santé persistent malgré une utilisation globale plus élevée des services de santé. La disponibilité de soins médicaux entièrement assurés par les régimes publics (ainsi que des services supplémentaires offerts gratuitement aux Indiens inscrits et aux autres personnes bénéficiant de services entièrement subventionnés) n'ont pas éliminé les principales disparités en santé. Les hausses importantes des dépenses en soins de santé – augmentation de 55 % entre 1997 et 2003 – n'ont pas réussi à éliminer les disparités en santé. Cet état des faits relève l'importance d'améliorer non seulement l'accessibilité mais également l'efficacité des soins de santé pour les gens dont l'état de santé est le plus mauvais.

## B. Les causes et les coûts des disparités en santé

Les disparités en santé sont dues en partie à une concentration de facteurs de risque dans certains segments de la population. Ces facteurs de risque entrent en jeu pour une courte période de temps ou pour une vie entière. Le développement de la petite enfance influe sur la santé et la réussite pendant tout le cycle de vie. Cependant, les vies et les disparités ne peuvent être prédites à l'avance : les facteurs de risque s'accroissent ou diminuent selon les circonstances. Prenons l'exemple des taux de mortalité qui semblent plus élevés chez les gens qui occupent des postes temporaires que chez ceux qui occupent des postes permanents<sup>7</sup>. L'insécurité d'emploi fait baisser l'état de santé déclaré<sup>8</sup>, mais l'éventualité de perdre son emploi à tout moment semble avoir un impact encore plus négatif sur les gens à scolarité élevée<sup>11</sup>. Les chercheurs ont réalisé des progrès importants en vue de comprendre de tels phénomènes, mais le portrait des relations de cause à effet est encore incomplet. Les recherches confirment toutefois qu'un nombre limité de déterminants sont à la base des disparités en santé les plus importantes. Nous avons donc de bonnes raisons de croire que le fait de traiter un petit nombre de conditions importantes devrait permettre de réduire les disparités.

Les variables prédictives les plus fiables, en ce qui a trait aux disparités, sont le statut socioéconomique (SSE), le sexe, l'identité autochtone et le lieu géographique de résidence. Ces variables ne sont pas indépendantes les unes des autres : les peuples autochtones et d'autres groupes, par exemple les mères monoparentales et les hommes et femmes plus âgés, sont plus susceptibles de se retrouver dans les catégories inférieures du SSE. De plus, il est important de prendre note que la distribution, l'accessibilité et la qualité des services de santé contribuent également aux disparités en santé, tout comme les caractéristiques des communautés. Par exemple, dans les collectivités autochtones, les taux de suicide sont moins élevés dans les collectivités qui présentent certains facteurs de gouvernance et de continuité culturelle importants. Les taux de suicide chez les jeunes sont plus faibles dans les endroits où les six éléments suivants sont présents : la revendication territoriale, l'autonomie gouvernementale, des services d'enseignement, des services de santé, des services de police et des services d'incendie, ainsi que des aménagements culturels. Par contre, les taux sont très élevés dans les collectivités qui ne comptent qu'un ou deux de ces éléments<sup>10</sup>.

### Statut socioéconomique (SSE)

Il existe un effet de gradient socioéconomique largement documenté, démontré de façon remarquable dans les études désormais classiques de Whitehall<sup>11</sup> réalisées au Royaume-Uni et reproduites dans la plupart des sociétés occidentales. Entre chaque niveau du gradient socioéconomique, il existe des différences dans les facteurs et conditions de risque, l'état de santé, l'incidence de maladies et la mortalité pour une gamme étendue de troubles physiques et mentaux. Ce n'est pas seulement le fait que les pauvres soient en moins bonne santé que les riches; ceux qui sont presque pauvres sont en meilleure santé que ceux qui sont très pauvres, et les riches sont en meilleure santé que les presque riches. Par conséquent, les inégalités sur le plan de la santé touchent

toutes les personnes – et non pas seulement les plus désavantagées. Il n'est pas aussi évident de déterminer les causes des écarts dans l'état de santé dans la portion supérieure du gradient du SSE que pour les groupes qui sont clairement démunis.

Le statut socioéconomique englobe le revenu, l'emploi et la scolarité. Les origines d'un mauvais état de santé ne sont pas entièrement attribuables à l'argent, bien que l'argent et la latitude décisionnelle qu'il apporte, sont quand même des facteurs. Un SSE peu élevé se traduit souvent par une faible estime de soi, l'absence d'habiletés fondamentales essentielles pour faire des choix sains, un environnement physique malsain, une indifférence à l'égard des comportements à risque, un stress causé par un travail à faible salaire, un emploi précaire, des occasions insuffisantes de participer à la vie communautaire, et ainsi de suite. L'effet global de cette situation est négatif, et il peut persister pour plusieurs générations. La façon dont ces facteurs entraînent une mauvaise santé n'est pas entièrement comprise; les processus sont complexes et varient d'un individu à l'autre. Un SSE peu élevé est dans un même temps une cause et un résultat d'un mauvais état de santé. Pour intégrer les gens marginalisés à la société et rebâtir des vies, il faut plus que des ressources matérielles<sup>12</sup>.

En résumé, les disparités sur le plan de la santé ne se résument pas à la question d'être bien nanti ou démunis; il existe un gradient dans lequel se trouvent tous les Canadiens. Les disparités en santé et leurs répercussions sont toutefois plus prononcées dans la portion inférieure (environ 20 %) de l'échelle du SSE. Étant donné l'impact important du SSE sur les disparités en santé, le présent document traitera, en ce qui a trait aux déterminants de la santé « non médicaux », de ce déterminant clé. Pour les déterminants de santé « médicaux » et les autres déterminants liés au système de santé, notre exposé portera essentiellement sur l'impact des soins de santé et de la santé publique sur les disparités en santé (voir la section D).

## Les coûts des disparités en santé

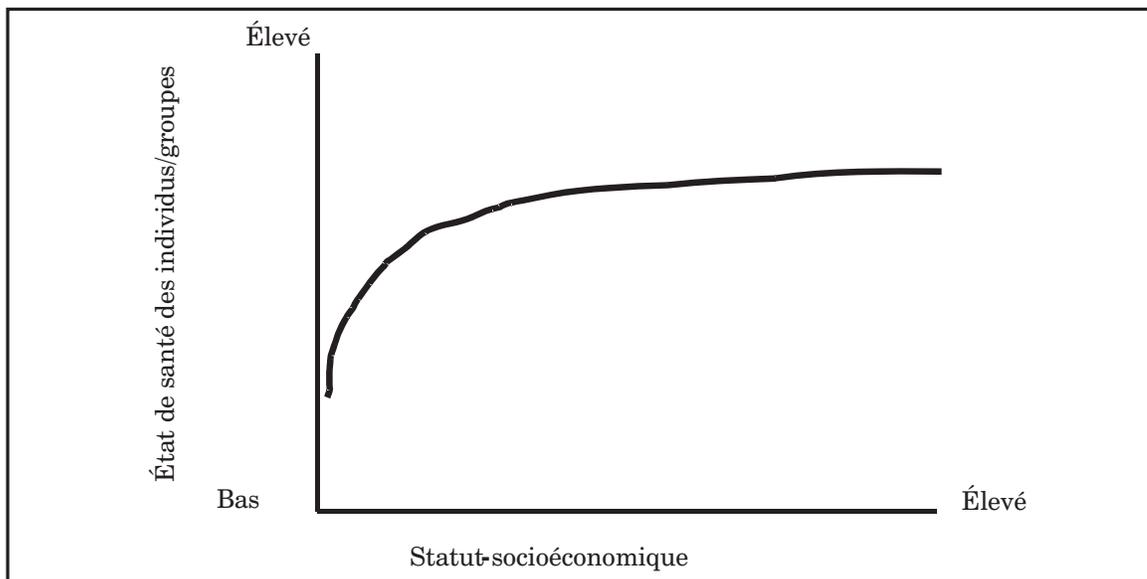
Le gradient ne prend pas la forme d'une ligne droite, mais plutôt la courbe d'un bâton de hockey sur gazon. Ceux qui sont représentés sur la « palette » du bâton sont ceux dont l'état de santé est le plus touché et sont les plus démunis. Mais les groupes supérieurs ne sont pas à l'abri des effets négatifs des disparités. Une mauvaise santé et les conditions qui en sont à l'origine engendrent également d'importants coûts directs pour le système de santé, ainsi que des coûts indirects pour l'économie en général. On a estimé que le coût total attribuable aux maladies et aux blessures au Canada en 1998 s'élevait à 150 milliards de dollars, réparti de façon presque égale entre les coûts directs (soins de santé) et les coûts indirects (perte de productivité et autres facteurs).

Il est impossible d'éviter complètement les situations de mauvaise santé ou les pertes de productivité, mais le simple fait d'améliorer l'état de santé des gens de SSE inférieur, jusqu'au niveau correspondant au SSE moyen, aurait un impact important sur l'état de santé global et devrait améliorer la productivité. Les disparités liées au SSE poussent à la hausse les dépenses en soins de santé publics. Comme elles sont plus souvent et plus gravement malades ou blessées que les autres, les personnes qui font partie du quintile de revenu le plus bas utilisent 31 % de l'ensemble des services

de santé au Canada; leur taux d'utilisation est environ le double de celles qui font partie du quintile supérieur.

Les répercussions les plus importantes des disparités en santé sont les décès évitables, la maladie, l'incapacité, la détresse et l'inconfort. Mais il est clair que les disparités entraînent également un coût élevé pour le système de santé et pour la société canadienne en général. Sans un effort concerté pour réduire ces disparités, il est probable que le fardeau de santé et des coûts liés aux disparités continuera de s'accroître.

Figure 1 : Relation entre l'état de santé et le SSE



### C. Les avantages économiques éventuels de la réduction des disparités en santé

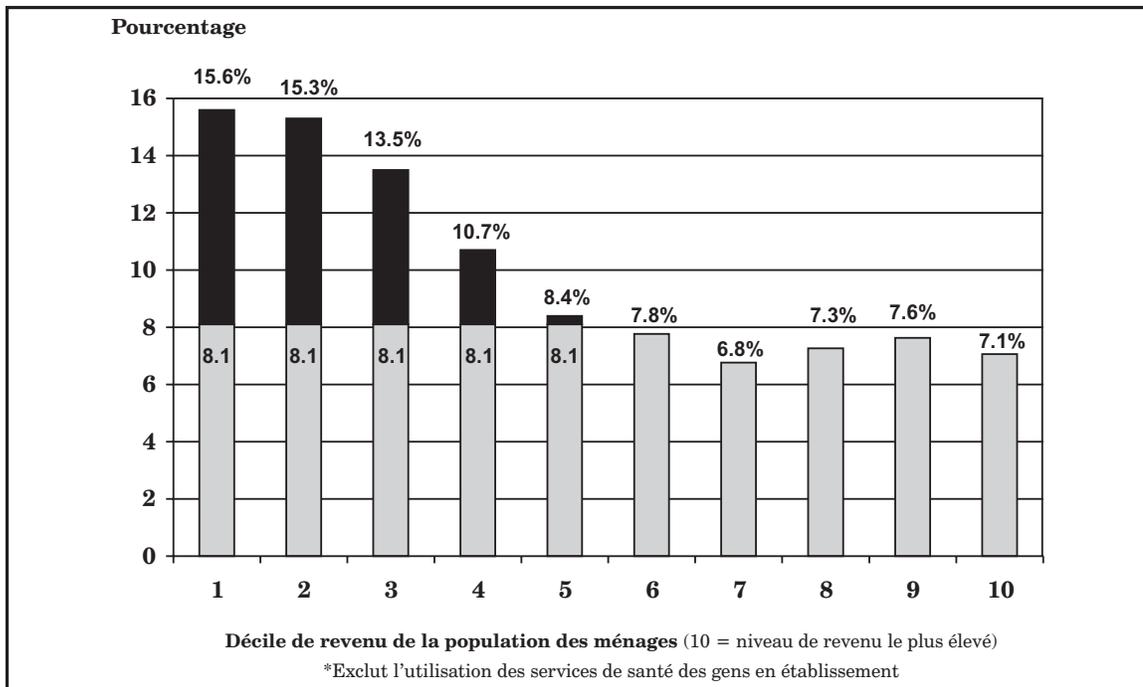
La réduction des disparités en santé peut comporter des avantages économiques importants. En voici quelques-uns :

1. Elle réduira probablement les besoins en matière de soins de santé. Selon l'hypothèse que le profil manitobain d'utilisation de soins de santé selon le revenu s'applique au Canada en entier, et que les chiffres en question sont convertis en dollars de 2004, les possibilités économiques sont plus claires (voir la figure 2).
  - a. Les dépenses totales actuelles en soins de santé au Canada s'élèvent à environ 120 milliards de dollars, soit 26 milliards de dollars pour la population en établissement et 94 milliards pour la population hors établissement. Environ 29 milliards de dollars, soit 31 % des 94 milliards de dollars de dépenses, sont attribuables au quintile inférieur de revenu de la population hors établissement, ce qui constitue une utilisation deux fois

plus élevée des soins de santé que celle du quintile de revenu supérieur; ce dernier correspond à 14 milliards de dollars, soit 15 % des dépenses.

- b. Tel que l'indique la figure 2, on peut estimer que plus de 20 % des dépenses en soins de santé sont attribuables aux écarts de revenu. Les foyers de revenu moyen représentent 8,1 % des dépenses en soins de santé, tandis que les cinq déciles de revenu inférieur dépassent la moyenne par une valeur de 0,3 % à 7,5 %. Par conséquent, 23 % des dépenses sont associées aux écarts de revenu. Si l'état de santé et les tendances d'utilisation des soins de santé des groupes de revenu inférieur étaient égaux à ceux du niveau de revenu moyen, il serait possible de réaliser des économies importantes. Cela serait réalisable à l'aide, par exemple, de politiques gouvernementales efficaces permettant d'améliorer le revenu et les autres déterminants de santé non médicaux des deux quintiles les plus bas, ou à l'aide de services de soins de santé préventifs et primaires plus efficaces pour réduire les besoins en matière de soins hospitaliers et autres soins de santé coûteux.
2. Une amélioration de l'état de santé permettrait à plus de gens de contribuer à l'économie. Une réduction d'aussi peu que 10 à 20 % des coûts liés aux pertes de productivité représenterait une injection de plusieurs milliards de dollars dans l'économie.

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.

## D. Les soins de santé réduisent-ils ou augmentent-ils les disparités?

Une abondante documentation traite du lien entre les soins de santé et les disparités en santé<sup>13,14,15,16,17,18</sup>. Toutes choses égales, un meilleur accès est associé à une réduction des disparités. Les politiques et les approches organisationnelles en matière de soins de santé, qui éliminent les obstacles financiers et autres obstacles, peuvent améliorer jusqu'à un certain degré l'état de santé des groupes situés aux échelons inférieurs de l'échelle du SSE, mais toutes choses ne sont pas égales. Voici des exemples où les soins de santé peuvent affecter les disparités :

1. Les groupes de SSE inférieur utilisent moins certains services de santé même ces derniers sont offerts dans le cadre de programmes universels sans coût direct pour les utilisateurs, comme la coronarographie<sup>19</sup> et les soins prodigués à la suite d'un ACV<sup>20</sup>. Les groupes situés au bas de l'échelle du SSE (des gens qui sont plus malades) utilisent davantage les services de soins de santé primaires et les services hospitaliers que les autres groupes. Malgré une meilleure santé, les groupes des échelons supérieurs du SSE ont tendance à utiliser davantage les services médicaux dispensés par des spécialistes<sup>21,22</sup>.
2. Les groupes au bas de l'échelle du SSE ont des besoins plus complexes et sont moins susceptibles de profiter d'une source continue de soins et de soignants qui connaissent leurs besoins<sup>23</sup>. Les soins de santé intégrés sont importants pour être en mesure d'identifier les besoins à facettes multiples, d'assurer un accès à des équipes de soins de santé capables de traiter de problèmes complexes, d'accroître la conformité aux thérapies recommandées et d'améliorer la qualité de vie et les capacités fonctionnelles<sup>24</sup>. Relativement peu de Canadiens et de Canadiennes ont accès à des soins intégrés interdisciplinaires dispensés dans un centre de soins unique.
3. Certains éléments des services de santé sont partiellement ou entièrement inassurés au Canada. Les médicaments sur ordonnance sont au nombre des plus notables. Bien que la plupart des provinces offrent une assurance-médicaments sans franchise aux personnes démunies (c.-à-d. qui sont admissibles à l'aide sociale), plusieurs de celles-ci ne se procurent pas ces médicaments à la pharmacie car ils n'en ont pas les moyens. Les répercussions possibles de cette situation peuvent comprendre des défaillances de santé graves et, dans certains cas, des décès évitables<sup>25,26</sup>.
4. Les groupes situés plus haut dans l'échelle du SSE sont plus susceptibles d'utiliser certains services de médecine préventive, comme le test de Papanicolaou et la mammographie. En général, les groupes des niveaux inférieurs de l'échelle du SSE ont moins tendance à adopter des mesures préventives<sup>27,28</sup> même si ces mesures sont recommandées par des prestataires de soins de santé primaires<sup>29</sup>.
5. En général, les groupes de la partie supérieure de l'échelle du SSE sont plus susceptibles de recevoir des soins optimaux, ce qui élargit ainsi les disparités.

6. Le financement des soins de santé au Canada, et les régimes publics d'assurance-maladie en particulier, sont organisés de façon à assurer aux personnes de tous les groupes de SSE un accès aux services de santé, de manière à réduire les disparités en santé. Mais les systèmes médicaux et hospitaliers fragmentés et orientés sur les soins et les crises épisodiques sont souvent incapables de traiter les besoins plus complexes et continus des populations dites à risque. La réforme des soins de santé primaires et les autres innovations visant à accroître l'intégralité et l'accessibilité des soins, peuvent profiter grandement aux groupes du bas de l'échelle de SSE. Par contre, ces groupes sont habituellement moins aptes à influencer les changements; souvent, ils ne participent même pas aux processus d'élaboration de politiques et de planification. Dans l'ensemble, le Canada a éliminé plusieurs obstacles financiers (mais pas tous) aux soins de santé, et le prochain défi consiste à trouver des façons de rendre les services plus efficaces pour l'ensemble du gradient socioéconomique.
7. De nouvelles études démontrent qu'une proportion importante des gens de tous les échelons du gradient du SSE ne comprennent pas l'information qui leur est transmise par les prestataires de soins de santé primaires<sup>30</sup>. De plus, les médias ont tendance à porter leur attention sur des questions liées aux soins de santé (p. ex., les délais d'attente) plutôt que sur les déterminants de santé plus larges au Canada, et ce, malgré plus de 30 ans d'élaboration de politiques publiques<sup>31</sup>.

Il existe par conséquent un besoin pour que le secteur de la santé joue un rôle important dans toute stratégie de réduction des disparités en santé, ainsi qu'une possibilité d'agir en ce sens. Les efforts en matière de soins de santé primaires et l'élimination des obstacles non financiers aux soins de qualité sont autant de moyens de faire toute une différence. En tenant davantage compte des disparités, le secteur de la santé peut également accroître la sensibilisation dans les autres secteurs quant à la possibilité de réaliser des gains exceptionnels.

## E. La santé publique, la prévention et autres défis

Traditionnellement, le secteur de la santé joue deux rôles principaux : le traitement et la prévention. Jusqu'à maintenant, une certaine partie des mesures de prévention ont permis de réduire les disparités en santé. Les progrès réalisés au 19<sup>e</sup> siècle dans le domaine de la santé publique – dont la compréhension accrue des mécanismes de transmission des maladies infectieuses et de l'importance de l'eau pure et d'autres mesures d'hygiène – ont incontestablement amélioré la santé de tous. De façon semblable, la révolution qui s'est amorcée dans le domaine de l'immunisation à la fin du 18<sup>e</sup> siècle a entraîné la création de programmes universels qui ont éliminé dans une grande proportion des maladies graves telles que la variole et la polio.

Les groupes situés au bas de l'échelle du SSE étaient habituellement plus vulnérables à de telles maladies. Lorsque des stratégies de prévention ont été instaurées de façon universelle, les gains en matière de santé ont probablement été plus importants dans ces groupes que chez ceux à SSE plus élevé, ce qui a diminué les disparités. De telles

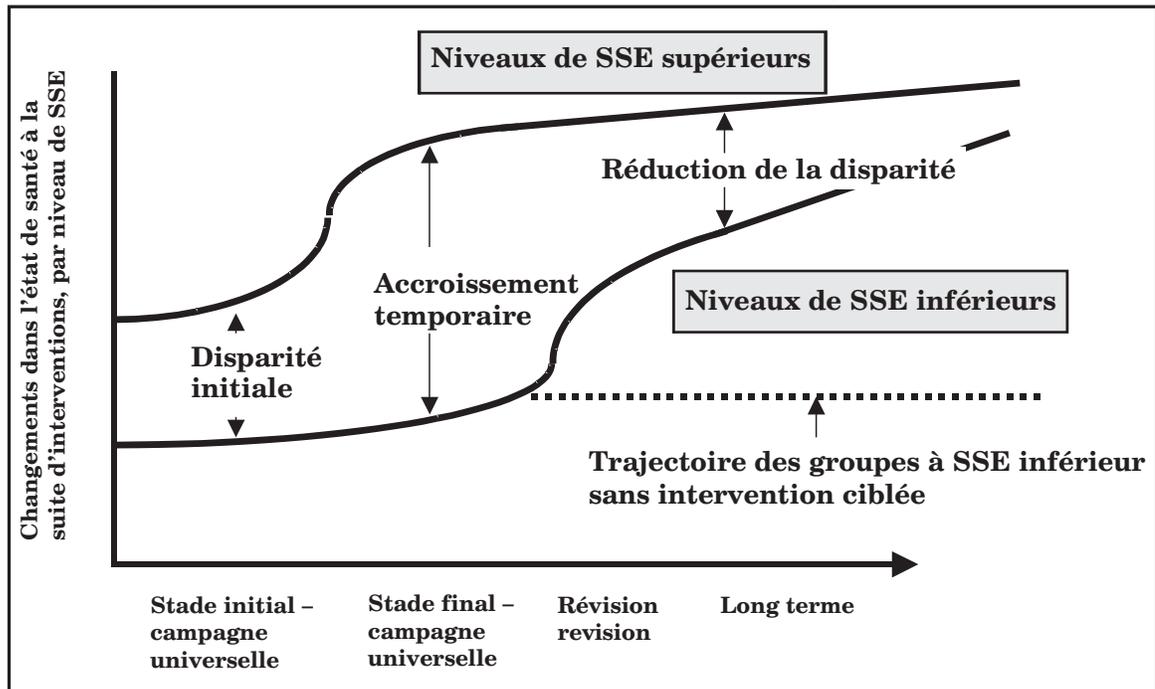
réalisations étaient plus probables dans les cas où l'impact des programmes ne dépendait pas de modes de vie ou de comportements individuels.

En suivant une approche intégrée à l'offre de programmes de prévention axés sur la population, on peut dans un même temps accroître l'utilisation et réduire les disparités. Par exemple, les disparités dans les taux d'utilisation de la mammographie au Manitoba ont diminué après la mise en place d'un programme gouvernemental à cet effet. Par contre, des disparités importantes en fonction du SSE persistent pour le dépistage du cancer du col utérin, où aucun programme organisé n'existe<sup>32</sup>.

Plusieurs stratégies contemporaines de promotion de la santé visent à améliorer l'état de santé des gens en les encourageant à changer leur mode de vie ou leur comportement. Dans plusieurs cas, il existe une période de transition où les progrès se réalisent, mais avec une conséquence négative : les disparités en santé s'élargissent. Les programmes de cessation du tabagisme et de promotion d'un mode de vie actif en sont des exemples. Les groupes aux niveaux supérieurs de SSE sont plus réceptifs aux messages ayant trait à la lutte contre le tabagisme et à un mode de vie actif; ils ont la motivation, les ressources, l'appui social et l'environnement nécessaires pour réussir. Souvent, les stratégies d'intervention sont indifférenciées – tous ont accès à des campagnes médiatiques, à du matériel éducationnel et à des programmes identiques. Les stratégies universelles de promotion de la santé, par exemple celles d'éducation générale sur les modes de vie, obtiennent généralement de meilleurs résultats dans les groupes à SSE plus élevé. Ces groupes adoptent plus rapidement les comportements souhaités, et jusqu'à ce que les groupes à SSE moins élevé n'adoptent ces comportements – s'ils les adoptent –, les disparités en santé augmentent. Le même scénario se répète, plus ou moins, pour les efforts déployés en vue de réduire le taux d'obésité.

La figure 3 illustre cet effet général au fil du temps. Habituellement, le comportement nuisible à la santé dont il est question est plus courant dans les groupes à plus faible SSE, entraînant ainsi un certain degré d'écart. Au départ, les disparités augmentent car les groupes à SSE plus élevé adoptent en plus grand nombre les comportements sains. À moins que des interventions soient adaptées aux besoins et aux circonstances des groupes à SSE plus bas, les disparités peuvent continuer de s'accroître pendant un certain temps. Les stratégies qui peuvent être adaptées à des groupes défavorisés sont plus susceptibles d'atténuer cet effet; il est toutefois important d'évaluer les essais et les projets pilotes, car le succès est loin d'être assuré<sup>33</sup>. Si les groupes à SSE plus faible réussissaient à atteindre les mêmes taux d'abstention du tabagisme que les autres groupes, les disparités diminueraient (parce que, au départ, les groupes à SSE inférieur avaient des taux de tabagisme plus élevés). De tels effets éventuels démontrent l'importance d'appuyer les programmes à l'aide de partenariats, pour tenir compte de caractéristiques communautaires, économiques et environnementales qui affectent l'acceptation de ces programmes dans une gamme diversifiée de conditions de vie. Dans les cas où l'on tient compte des déterminants, les initiatives spécifiques au secteur de la santé ont de fortes chances d'être plus efficaces. La façon de configurer les partenariats devrait constituer une question d'intérêt majeur pour les décideurs du secteur de la santé.

Figure 3. Modèle conceptuel de l'impact au fil du temps de la promotion de la santé sur l'état de santé et les disparités en santé



## F. Où concentrer les efforts

Compte tenu des connaissances actuelles et des leviers politiques existants pour réaliser des gains, où faudrait-il concentrer les efforts? Trois caractéristiques du contexte actuel suggèrent une réponse :

1. En tant que groupe, les Canadiens et les Canadiennes du milieu et du haut de l'échelle du SSE sont en relativement bonne santé, et leur santé pourrait s'améliorer davantage à l'aide d'une combinaison de changements de comportements individuels et de politiques publiques pour améliorer les déterminants de santé généraux.
2. Il est clair que les populations situées plus bas dans l'échelle du SSE ont la possibilité d'améliorer grandement leur état de santé si leurs déterminants de santé s'améliorent. Améliorer les déterminants de santé non médicaux des groupes les plus désavantagés est la clé pour améliorer leur santé. Bien qu'il existe des écarts d'état de santé entre tous les points du gradient du SSE, les écarts deviennent beaucoup plus importants au bas de l'échelle.
3. Malgré le fait que les gens en santé continuent d'améliorer leur état de santé, ces gains ne sont pas nécessairement permanents. La pandémie d'obésité est plus prononcée chez les femmes des groupes dont le SSE est peu élevé, mais elle affecte le gradient en entier. Si la pandémie garde la même intensité, une cohorte importante d'adultes plus jeunes seront aux prises avec de sérieux problèmes de santé lorsqu'ils atteindront l'âge moyen. Cela confirme à nouveau qu'une

amélioration continue de l'état de santé dans les portions médiane et supérieure de l'échelle pourrait ne pas se perpétuer.

La recherche n'a cessé de démontrer qu'un nombre limité de déterminants non médicaux modifiables sont à la base des disparités les plus importantes sur le plan de la santé. La façon la plus appropriée et la plus efficace d'améliorer l'état de santé global de la population consiste à améliorer l'état de santé des individus qui se trouvent dans les groupes de SSE inférieur et d'autres groupes désavantagés. Les taux de mortalité infantile dans les groupes de SSE supérieur atteignent déjà presque zéro. Par contre, il existe des lacunes importantes en ce qui a trait à l'espérance de vie et à l'espérance de vie sans incapacité dans les groupes de SSE inférieur en général, et chez les peuples autochtones en particulier. Ces lacunes sont si larges que le fait de les réduire de façon significative entraînerait une amélioration importante de l'état de santé global de la population canadienne dans son ensemble et ce, même s'il survenait un arrêt temporaire ou à plus long terme des améliorations obtenues à des niveaux supérieurs de l'échelle du SSE.

## Messages clés de la partie I

### Coûts et tendances des disparités en santé

- › Des disparités importantes existent sur le plan de la santé au Canada. Ces disparités sont des écarts dans l'état de santé qui se produisent entre divers groupes démographiques définis par des caractéristiques spécifiques. Les disparités sont surtout le résultat d'inégalités dans la distribution des déterminants de la santé sous-jacents dans l'ensemble des populations.
- › Le statut socioéconomique (SSE), l'identité autochtone, le sexe et le lieu géographique de résidence sont les principaux facteurs associés aux disparités en santé au Canada. Les répercussions de ces disparités sont plus marquées dans le quintile (20 %) inférieur de l'échelle du SSE et chez les peuples autochtones.
- › Comme elles sont plus souvent et plus gravement malades ou blessées que les autres, les personnes qui font partie du quintile de revenu le plus bas utilisent environ deux fois plus de services de santé que celles du quintile supérieur. Selon une estimation des ressources de soins de santé utilisées par les ménages canadiens, environ 20 % des dépenses totales en soins de santé peuvent être attribuables aux disparités sur le plan du revenu. Malgré une utilisation globale supérieure des soins de santé, les disparités en santé persistent dans l'ensemble des groupes inférieurs de l'échelle du SSE.
- › Les disparités en santé sont plus qu'une simple question d'être bien nanti ou démuné; il existe un gradient dans lequel se trouvent tous les Canadiens. Entre chaque niveau du gradient du SSE, on retrouve des différences dans les facteurs et conditions de risque, l'état de santé, l'incidence de maladies et la mortalité pour une gamme étendue de troubles physiques et mentaux.
- › Les répercussions les plus importantes des disparités en santé comprennent les décès évitables, la maladie, l'incapacité, la détresse et l'inconfort. Il est clair cependant que les disparités sont coûteuses pour le système de santé et pour la société canadienne dans son ensemble. Les disparités en santé ne sont pas

compatibles avec les valeurs canadiennes, elles menacent la cohésion des communautés et de la société, elles ébranlent la viabilité du système de santé et elles ont un impact sur l'économie. On peut éviter ces répercussions et prendre des mesures efficaces à leur égard, mais elles persistent néanmoins et, dans certains cas, elles augmentent dans l'ensemble du pays.

### **Rôle du secteur de la santé dans la réduction ou l'augmentation des disparités**

- › Les politiques et les activités dans les domaines des soins de santé et de la santé publique peuvent soit réduire ou augmenter les disparités en santé, selon la façon de les mettre en œuvre et leur utilisation parmi la population. Les soins de santé et efforts de santé publique ciblés peuvent être très efficaces pour réduire les disparités.
- › La façon la plus appropriée et la plus efficace d'améliorer l'état de santé global de la population consiste à améliorer la santé des personnes faisant partie des groupes de SSE inférieur et d'autres groupes désavantagés. Cette approche doit être globale, c'est-à-dire qu'elle doit répondre aux besoins en soins de santé des groupes défavorisés tout en favorisant les améliorations des conditions sous-jacentes.
- › Les partenariats et l'élaboration de politiques intersectorielles sont essentiels à la réduction maximale des disparités en santé.
- › Il est important de vérifier si les améliorations globales de l'état de santé s'étendent aux groupes dont le SSE est peu élevé et de maintenir les efforts qu'on entreprend pour une période de temps suffisante.
- › La réduction des disparités en santé permettra d'améliorer de façon globale la santé de la population canadienne, car les gains possibles sont plus importants aux niveaux inférieurs de SSE.

# PARTIE II

## Réduire les disparités en santé : Historique, options et pratiques exemplaires

### A. Approches canadiennes à l'égard des disparités : 30 ans de vision et de politiques

Deux récents Accords sur la santé (2002, 2003) conclus par les premiers ministres renfermaient des engagements à l'échelle nationale de réduire les disparités en santé. Un communiqué émis par les ministres de la Santé en septembre 2002 annonçait un engagement à collaborer avec les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux en vue d'établir une stratégie nationale en matière de modes de vie sains. La Stratégie en matière de modes de vie sains a pour but d'améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes et de réduire les disparités en santé. L'Accord sur la santé conclu par les premiers ministres en février 2003 énonçait : « Les premiers ministres chargent les ministres de la Santé de poursuivre la mise au point de stratégies pour promouvoir de saines habitudes et d'élaborer des initiatives en vue de réduire les écarts dans l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes. » L'Accord de 2003 constitue le point culminant de 30 ans de travaux d'élaboration de politiques qui ont progressivement placé les ministères de la Santé au Canada dans une position pour jouer un rôle important dans la réduction des disparités en santé. Une réunion spéciale avec des dirigeants autochtones, tenue dans le cadre de la Rencontre des premiers ministres de 2004, a mené à l'élaboration de mesures visant précisément à réduire les écarts en matière de santé qui défavorisent les peuples autochtones.

Peu après la mise en œuvre du régime d'assurance-maladie, le Canada s'est tourné vers des stratégies non médicales en vue d'améliorer la santé de la population. En 1974, par exemple, le document *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*<sup>34</sup> présentait une nouvelle vision de la santé qui a permis de rehausser le rôle des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé pour une période de 30 ans. Les ministres de la Santé ont promu ou appuyé des stratégies de prévention (campagnes antitabac, loi obligeant le port de la ceinture de sécurité, port obligatoire du casque protecteur à vélo, campagnes de consommation responsable d'alcool) et de changements des modes de vie pour améliorer la santé (ParticipAction, meilleure nutrition, menus « Cœur atout », etc.).

Douze ans plus tard, le gouvernement fédéral a publié *La santé pour tous*, document élaboré dans le cadre de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, où a été produite la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. La Charte traitait de façon plus explicite de la santé de la population et de l'équité, en intégrant

une partie du langage utilisé dans la Déclaration d'Alma Ata de 1978 de l'OMS qui portait sur les disparités en santé et recommandait un engagement global en matière d'équité dans l'état de santé :

*Le premier défi consiste à trouver les moyens de réduire les inégalités sur le plan de la santé entre les groupes de citoyens à faible revenu et les mieux nantis. Certaines données inquiétantes révèlent que malgré l'existence au pays d'une infrastructure sanitaire de qualité supérieure, la santé des gens demeure directement liée à leur situation économique<sup>35</sup>.*

À la fin des années 1980, le Canada a commencé à participer de façon importante à la théorie et à la recherche en santé publique à l'échelle internationale. L'approfondissement des liens entre la santé, la richesse, l'emplacement, les comportements et la biologie ont pénétré la pensée de l'ensemble de la collectivité des politiques gouvernementales, au sein du système de santé et au-delà de ce dernier.

Les gouvernements provinciaux et fédéral ont consacré beaucoup d'attention à la santé de la population. En 1994, le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population a présenté aux ministres de la Santé sa stratégie pour améliorer la santé de la population. Au nombre des objectifs de cette stratégie figure :

*Amener le public à mieux comprendre les grands déterminants de la santé, à appuyer davantage les initiatives ayant pour but d'améliorer la santé de la population et de réduire les disparités entre groupes de Canadiens dans le domaine de la santé, et à contribuer plus activement à ces initiatives<sup>36</sup>.*

lusieurs des concepts énumérés ci-dessus ont été réellement exprimés dans le rapport publié en 1997 par le Forum national sur la santé<sup>37</sup>. Le Forum a débouché sur l'établissement d'un groupe de travail sur les déterminants de la santé, et une portion importante du rapport qu'il a publié constituait une synthèse des connaissances acquises à ce sujet. Les recommandations proposaient une vaste stratégie pour la santé de la population réunissant plusieurs secteurs.

Il existe au Canada une longue tradition intellectuelle en matière de santé de la population qui fournit une base solide pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies pour réduire les disparités.

## B. Approches internationales en vue de réduire les disparités en santé<sup>38</sup>

Il a été reconnu dans les autres pays du monde que le Canada a joué un rôle important dans la description et la promotion de concepts associés à la santé de la population et à la santé publique, en ce qui a trait aux causes et aux effets fondamentaux des disparités en santé. Néanmoins, certains autres pays ont poussé plus loin en mettant de l'avant des stratégies globales pour réduire les disparités en santé.

Dans chaque pays, l'histoire, les circonstances économiques, le degré de consensus à l'égard des valeurs publiques et des priorités, la nature des institutions publiques et privées, ainsi que d'autres facteurs, influencent « l'art du possible » en vue de réduire les disparités en santé. Par exemple, il existe en Suède une forme décentralisée de fédéralisme et une culture politique qui sont compatibles avec une stratégie étendue axée sur les déterminants. Le désir de s'attaquer aux disparités en santé en Suède a mené à une discussion soutenue à l'échelle nationale au sujet des déterminants de la santé et de leurs répercussions. Le gouvernement a suivi un processus pour obtenir un consensus parmi tous les partis politiques, grâce à une approche fondée sur des preuves et une vaste consultation publique. Cela a abouti par une stratégie bénéficiant d'un appui solide et principalement axée sur les déterminants de la santé non médicaux. Les Pays-Bas ont amorcé une stratégie semblable, tout comme le Royaume-Uni au cours des dernières années.

Mackenbach et ses collègues ont passé en revue les expériences réalisées à ce jour dans neuf pays européens<sup>39</sup>. Les principales mesures des résultats étaient l'intention d'agir et la nature globale des politiques en place. Les initiatives étaient trop récentes pour que les chercheurs en évaluent l'impact réel sur les disparités avec le temps. Les approches globales à l'échelle nationale qui existent en Europe sont toutefois notables en raison de leur diversité : les Pays-Bas et le Royaume-Uni ont favorisé des objectifs quantifiables tandis que la Suède les a rejetés; la Suède applique l'approche axée le plus explicitement sur les valeurs et les principes de justice sociale; les recommandations découlant du rapport Black au Royaume-Uni demeurent, selon Mackenbach et ses collègues, les plus complètes produites à ce jour.

Au cours des dernières années, les disparités en santé se sont élargies en Europe malgré l'existence dans certains pays de fortes traditions politiques égalitaires<sup>40</sup>. Ces traditions et d'autres découvertes ont sans doute stimulé les activités en matières de politiques, l'innovation et les efforts de recherche dans ce domaine au cours des dernières années.

L'exemple du Royaume-Uni mérite d'être examiné de plus près. Les disparités en santé entre le quintile supérieur et le quintile inférieur se sont élargies avec le temps, et il existe également des variations géographiques importantes dans l'état de santé et l'espérance de vie. La politique du Royaume-Uni établit des liens explicites entre les soins de santé et les initiatives socioéconomiques<sup>41</sup>. Elle vise à améliorer la santé de tous, mais également à améliorer plus rapidement la santé des démunis. Dans la plupart des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), l'accès financier aux soins « nécessaires sur le plan médical » n'est pas

un obstacle<sup>42</sup>, mais la recherche confirme que des obstacles non officiels surviennent à l'occasion et qu'ils ralentissent la prestation de services et diminuent son efficacité.

À titre de comparaison, les discussions aux États-Unis sont surtout axées sur l'accès aux soins de santé, à la capacité des soins de santé à répondre aux besoins des groupes raciaux et ethniques, et aux répercussions des assurances-santé inadéquates. La loi fédérale oblige l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) à publier un rapport intitulé *National Healthcare Disparities Report*<sup>43</sup>. Le titre est révélateur : les deux préoccupations de ce rapport annuel sont l'accès et la qualité des soins de santé, tandis que les déterminants plus larges sont absents de l'analyse. La culture politique des États-Unis est davantage axée sur le marché; les Américains placent les soins de santé parmi les grandes priorités et tolèrent un plus grand degré d'inégalité et de concentration de richesses que la plupart des autres pays.

---

## **L'expérience européenne : Des approches innovatrices et possiblement efficaces**

Mackenbach<sup>44</sup> et ses collègues ont examiné les efforts de réduction des disparités dans neuf pays européens et ils ont relevé des « approches innovatrices et possiblement efficaces » ainsi que des exemples d'initiatives connexes dans les cinq secteurs suivants :

### **1. Mécanismes orienteurs de politiques**

- Objectifs quantifiés pour réduire les disparités dans 11 secteurs, par exemple le degré de pauvreté et les taux de tabagisme, aux Pays-Bas.
- Analyse de l'impact des inégalités sur le plan de la santé réalisée en Suède à l'égard de la politique agricole de l'Union européenne.

### **2. Marché de l'emploi et conditions de travail (approches universelles et ciblées)**

- Forte protection de l'emploi et politiques concernant le marché de l'emploi assurant des possibilités d'emploi aux personnes souffrant d'affections chroniques en Suède.

### **3. Comportements liés à la santé (approches universelles et ciblées)**

- Intervention basée sur des méthodes multiples pour réduire le tabagisme chez les femmes à faible revenu au Royaume-Uni.

### **4. Soins de santé (pour améliorer la qualité des soins et créer des partenariats avec d'autres secteurs)**

- Stratégies communautaires menées par le gouvernement local en vue d'intégrer les soins dans l'ensemble des services publics locaux, y compris la santé.

### **5. Approches territoriales (stratégies globales de santé pour les régions démunies)**

- Zones d'action sanitaire (Health Action Zones) au Royaume-Uni.
-

Malgré le fait que les contextes politique, social et économique influenceront les approches choisies pour réduire les disparités en santé, le Canada peut tout de même tirer des leçons des exemples et des approches prometteuses qui existent à l'échelle internationale. Les approches suivies dans d'autres pays montrent qu'il est possible pour le secteur de la santé de montrer efficacement la voie à suivre pour traiter des disparités en santé :

- › S'appuyant sur les efforts déployés jusqu'à maintenant, en invitant d'autres secteurs et les citoyens à participer de façon concrète et en obtenant un appui au-delà des frontières politiques;
- › En utilisant avec efficacité la base de preuves existantes, en intégrant son développement futur à une vaste gamme d'autres activités et en partageant les données avec les praticiens, les gouvernements et le public;
- › En passant d'une approche discontinuée à une approche pancanadienne intégrée pour l'élaboration de politiques et, en prenant comme point de départ le secteur de la santé, englober d'autres secteurs clés.

## C. Stratégies canadiennes actuelles pour réduire les disparités en santé<sup>45</sup>

Tous les gouvernements au Canada reconnaissent que les disparités en santé constituent un enjeu de santé important. Les ministères de la Santé de tous les paliers gouvernementaux, souvent en collaboration avec d'autres secteurs, ont mis de l'avant des initiatives pour améliorer la santé et réduire les disparités. La plupart des initiatives connues ont pour but explicite d'améliorer l'état de santé global de la population; les efforts afin de réduire les disparités ciblent généralement des groupes ou des collectivités spécifiques. Dans la plupart des cas, des objectifs en vue d'améliorer la santé des populations défavorisées et de réduire les disparités en santé n'ont pas été établis. Il existe peu d'efforts globaux et intégrés pour traiter des disparités connues sur le plan de la santé et des facteurs et conditions qui en sont à l'origine. Il en a résulté des initiatives prometteuses dans l'ensemble du pays, mais souvent isolées.

Bien que ces initiatives soient uniques à certains égards, il est possible de les regrouper en quatre catégories principales :

1. Leadership et élaboration de politiques : par exemple, l'élaboration de la Stratégie sur les modes de vie sains, l'établissement d'unités de santé de la population au sein des ministères de la Santé, des programmes de promotion de la santé et du mieux-être, des plans stratégiques énonçant des priorités pour la réduction des disparités, des innovations en matière de soins de santé primaires, et ainsi de suite. Au Québec, la loi oblige le ministère de la Santé à examiner l'impact sur la santé de toute politique gouvernementale.

2. Collaboration et partenariats intersectoriels : par exemple, les initiatives dans le domaine de la santé des enfants, les programmes de nutrition, les stratégies de prévention et de réduction des méfaits, les groupes de travail intragouvernementaux de sensibilisation, les programmes ciblés pour les groupes à risque élevé, et ainsi de suite.
3. Accroître la capacité communautaire : Comme par exemple, des activités de développement communautaire au niveau des régions régionales de la santé, la sensibilisation au niveau des soins de santé primaires, la formation du personnel dans le cadre d'approches axées sur la santé de la population, des initiatives de réadaptation dans les centres-villes, des programmes de santé globaux en milieu scolaire, et ainsi de suite.
4. Développement et échange des connaissances : par exemple, des rapports sur l'état de santé publicisés à grande échelle, des profils communautaires détaillés, des atlas de la santé, des ateliers à l'intention du personnel, des indicateurs de santé, des programmes spécifiques d'aide à la recherche, et ainsi de suite.

Quatre initiatives canadiennes récentes ont visé de façon concrète les disparités en santé :

En 2002, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont réalisé une initiative stratégique intersectorielle, nommée *Réduire les disparités sur le plan de la santé et promouvoir l'équité pour les populations vulnérables*, en partenariat avec Santé Canada, le Secrétariat national pour les sans-abri, le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et la Fondation des maladies du cœur du Canada. Cette initiative documente et analyse les disparités dans les sous-populations du Canada; elle examine également les causes et les conséquences des disparités en santé, les obstacles à leur réduction, ainsi que les interventions permettant de les diminuer. Cette initiative constitue une nouvelle contribution importante au domaine, contribution qu'il faudrait élargir et accélérer.

De façon semblable, l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) a permis de réaliser de la recherche importante et créative dont les résultats devraient influencer les objectifs stratégiques des politiques publiques. Un rapport récent de l'ISPC<sup>46</sup> donne un bon aperçu de stratégies pour améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes et pour réduire les écarts. Le rapport décrit l'état de santé des Canadiens et les disparités en santé existant dans la population, et esquisse des stratégies pour intervenir relativement aux inégalités de revenu, au développement de la petite enfance, à la santé autochtone, à l'obésité et à d'autres problèmes. Le rapport cite également des données probantes sur les interventions à rendement élevé à plus long terme, ainsi que la relation entre les soins de santé et d'autres interventions en vue de réduire les disparités. Le rapport de l'ISPC, parmi d'autres, mérite une attention particulière en tant que source d'information et d'idées pour un programme de réduction des disparités en santé.

En septembre 2002, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont confirmé leur entente de collaboration en vue d'une stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Cette stratégie vise à améliorer les résultats des

Canadiens en matière de santé et de réduire les disparités en santé. Initialement, l'accent a été mis sur l'activité physique et l'alimentation saine, ainsi que la relation de celles-ci au poids-santé. En septembre 2004, les ministres se sont engagés à promouvoir la Stratégie en matière de modes de vie sains et ont annoncé que celle-ci leur serait présentée de façon détaillée dans le cadre de leur réunion annuelle de septembre 2005. Les éléments clés de la Stratégie sont les suivants : la création d'un réseau intersectoriel de promotion de modes de vie sains; des mesures dans les domaines de la recherche, de la surveillance et des pratiques exemplaires; l'exploration d'options concernant la mise sur pied d'un fonds intersectoriel; l'examen de possibilités pour une stratégie de communications et d'information sur la santé; et la poursuite des discussions avec les parties intéressées autochtones. Comme il a été mentionné plus haut, cette stratégie peut jouer un rôle important dans la lutte aux disparités en santé.

Plus récemment, l'administration fédérale a créé l'Agence de santé publique du Canada ainsi qu'un ensemble de centres de collaboration pour assurer un leadership et fournir des services de soutien en vue d'un nouveau réseau national de santé publique. Au moins deux de ces centres concentreront leurs efforts avant tout sur la réduction des disparités en santé : le centre de collaboration de la santé autochtone et le centre de collaboration des déterminants de la santé. La structure proposée pour le réseau national de santé publique comprend un réseau (groupe d'experts) sur la promotion de la santé, groupe qui examinera les politiques et les pratiques en santé publique en ce qui a trait aux stratégies de promotion de la santé, comme la Stratégie en matière de modes de vie sains.

Ces initiatives canadiennes récentes constituent des premiers pas importants; toutefois, pour réaliser des progrès dans ce secteur, il faudra améliorer la capacité à documenter l'étendue des disparités, élaborer des politiques fondées sur les preuves et évaluer les interventions.

Les cadres relatifs aux indicateurs de santé représentent l'un des domaines où il existe un besoin d'approfondir nos connaissances. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada ont élaboré un cadre d'indicateurs de santé qui comprennent l'état de santé, les déterminants non médicaux de la santé, le rendement des soins de santé primaires et les caractéristiques de la communauté; un plus grand nombre d'indicateurs des disparités est toutefois nécessaire. Par exemple, dans la catégorie des caractéristiques de la communauté et du système de santé, on retrouve plusieurs indicateurs de statut socioéconomique (SSE) inférieur et de mauvais état de santé, mais le rapport de ceux-ci au système de santé n'est pas clairement établi. On accorde encore moins d'importance aux disparités dans les 14 domaines et 67 indicateurs établis par le Comité de revue des indicateurs de rendement (CRIR) mandaté en vertu des Accords sur la santé.

Pour être efficaces, les ensembles d'indicateurs de la santé doivent mesurer l'étendue des disparités, les causes et les coûts de ces disparités ainsi que le degré auquel les programmes du secteur de la santé élargissent ou réduisent de tels écarts. Les disparités s'additionnent dans les groupes dont le SSE est peu élevé; les indicateurs doivent par conséquent être déterminés par niveau de SSE. Cela pourrait nécessiter la capacité de relier les indicateurs du secteur de la santé aux indicateurs

socioéconomiques. Un cadre de rendement et un système d'information d'appui orientés en vue de réduire les disparités en santé, seraient très différents d'un cadre et d'un système axés seulement sur la qualité technique et les effets à court terme. Les indicateurs de promotion de la santé et de prévention seraient plus utiles avec une ventilation du SSE.

En résumé, d'importantes disparités évitables seront réduites plus rapidement si les gouvernements, les ministères, les programmes du secteur de la santé et les organisations non gouvernementales priorisent davantage leur engagement à réduire les disparités et à élaborer des méthodes de responsabilisation pour l'ensemble des intervenants à des fins d'amélioration. Toute stratégie de ce genre doit, en particulier, entraîner la mesure des disparités et la production de rapports d'étape périodiques. Non seulement les données de qualité nous aident-elles à mieux comprendre ce qui fonctionne ou non, mais les rapports clairs et bien faits permettent également de galvaniser l'appui à la réduction des disparités. Avec les bons ensembles d'indicateurs, le secteur de la santé peut atteindre un meilleur équilibre entre l'imputabilité à l'égard de la prestation de soins de santé de qualité et celle à l'égard des disparités en santé.

## Messages clés de la partie II

- › Le Canada est connu à l'échelle internationale pour sa longue tradition intellectuelle en matière de santé de la population, qui lui donne une base solide pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies pour réduire les disparités.
- › Les ministères de la Santé sont dans une position idéale pour promouvoir cette cause et encourager l'ensemble des gouvernements à réduire les disparités en santé.
- › Plusieurs pays européens ont élaboré des stratégies globales et établi des objectifs et des cibles en vue de la réduction des disparités en santé.
- › Le Canada a mis de l'avant de nombreux projets prometteurs pour réduire les disparités, et sa tradition d'innovation doit se poursuivre.
- › Une stratégie de recherche solide et globale, s'appuyant sur les bases jetées par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), est essentielle à la réussite d'une stratégie axée sur l'élaboration de politiques, l'établissement de priorités et l'évaluation.
- › La Stratégie en matière de modes de vie sains a le potentiel nécessaire pour être une composante clé d'un programme de réduction des disparités.
- › L'établissement d'une vision à l'égard des disparités, et l'élaboration de cadres d'indicateurs de rendement et d'exigences en matière de production de rapports, renforceront la responsabilisation et aideront à mobiliser l'appui du public en vue d'atteindre les objectifs.

# PARTIE III

## Possibilités clés pour réduire les disparités en santé

Le présent document a déjà souligné que les disparités en santé sont nuisibles pour ceux qui les vivent et qu'elles touchent le reste de la société sous la forme de pertes de productivité, de coûts plus élevés pour les soins de santé et d'une diminution de la qualité de vie globale. Le secteur de la santé est responsable d'activités et de programmes qui permettent de réduire les disparités en santé, et il détient le pouvoir d'influencer des partenaires qui peuvent en faire encore plus à cet égard. L'établissement par le secteur de la santé de priorités en vue de remplir l'engagement de réduire les disparités en santé pourrait à long terme transformer la perception du public à l'endroit de cette question et créer de nouvelles possibilités d'établir une coalition encore plus large et plus efficace.

Lorsque le secteur de la santé encourage la réduction des disparités en la définissant comme une priorité, et qu'il souligne cet objectif dans les messages qu'il diffuse à la population, la collectivité entière devient beaucoup plus engagée dans les enjeux. En s'appuyant sur des antécédents de politiques et de stratégies réussies dans les collectivités canadiennes et dans d'autres pays, la présente partie présente une description des rôles clés du secteur de la santé pour réduire les disparités, y compris des orientations possibles à mettre en œuvre. Le thème global de ce cadre de réduction des disparités à l'intention du secteur de la santé consiste en une approche intégrée à l'égard des populations désavantagées.

## CADRE DU SECTEUR DE LA SANTÉ POUR RÉDUIRE LES DISPARITÉS EN SANTÉ

### A. Adopter une approche intégrée à l'égard des groupes désavantagés

Les principales disparités sur le plan de la santé ont trait au statut socioéconomique (SSE), à l'identité autochtone, au sexe et au lieu géographique de résidence. Dans les documents traitant des disparités en santé, on utilise souvent des termes tels que « populations désavantagés » ou « vulnérables » pour décrire les groupes susmentionnés, ainsi que des caractéristiques plus précises pour élaborer la base de preuves, comme les mères chefs de famille monoparentale, les peuples autochtones et les immigrants de certains pays. Cela soulève une question à savoir si, en matière de disparités en santé, la politique gouvernementale devrait cerner la question en termes

de groupes particuliers à risque plus élevé, ou par rapport aux conditions et déterminants sous-jacents qui causent les disparités.

Les disparités en santé constituent un problème étendu et profondément ancré dans les valeurs sociétales et dans les modes d'organisation des collectivités pour produire et utiliser des biens et services, pour instruire les enfants et pour répartir les opportunités. Il est rarement, sinon jamais, possible de répondre à de tels problèmes dans une population spécifique et identifiable sans modifier des facteurs qui touchent l'ensemble de la collectivité. De plus, les disparités en santé ne sont pas des phénomènes isolés que l'on peut éliminer avec une « précision chirurgicale ». Elles sont plutôt une partie intégrante du fonctionnement global de la société et tout « traitement » à leur égard doit être plus fondamental et global. Finalement, les disparités surviennent dans l'ensemble de la population et pas seulement parmi les gens les plus démunis.

Pour ces raisons, il est recommandé d'adopter une approche mieux intégrée pour réduire les disparités. Il sera peut-être nécessaire et utile d'accorder la priorité à certains groupes désavantagés, par exemple les peuples autochtones ou ceux qui vivent dans la pauvreté, dont la connaissance des circonstances a eu un grand effet de sensibilisation aux disparités en santé, et où les gains les plus importants peuvent être réalisés. La politique gouvernementale devrait cependant privilégier l'ensemble des gens dont la vie est affectée par les disparités en santé et leurs causes, plutôt que d'être bénéfiques à seulement certains individus. Cette perspective inclusive renforce la complexité des interventions pour réduire les disparités et l'importance de s'assurer que l'ensemble des politiques et des programmes soient conçus afin de tenir compte des désavantages, peu importe l'endroit où ils se produisent ou la façon dont ils se manifestent.

## B. Se concentrer sur quatre orientations stratégiques clés du secteur de la santé

### 1. Faire de la réduction des disparités en santé une priorité du secteur de la santé

*Pour obtenir le plus d'impact, il faut faire de la réduction des disparités en santé une priorité du secteur de la santé et coordonner les efforts à ce chapitre sur plusieurs fronts.*

*Il faut établir un leadership responsable de ce vaste projet au sein du secteur de la santé afin de faciliter les rôles du secteur de la santé et de sensibiliser d'autres secteurs et soutenir leurs interventions stratégiques dans le but d'obtenir des gains sur le plan de la santé.*

Les récents Accords sur la santé conclus par les premiers ministres renfermaient des engagements à l'échelle nationale de réduire les disparités en santé. Il existe par conséquent un besoin et une occasion pour que le secteur de la santé joue un rôle important dans toute stratégie de réduction des disparités en santé et de faire de la

réduction des disparités un objectif politique prioritaire. L'accord sur la santé de 2003 constitue le point culminant de 30 ans de travaux d'élaboration de politiques qui ont progressivement placé le secteur de la santé au Canada dans une position pour jouer un rôle important dans la réduction des disparités en santé.

Tel qu'il est décrit dans le présent document et comme le montrent les antécédents à l'échelle internationale, il existe plusieurs approches pour la réduction des disparités. Le Canada compte déjà un fondement solide sur lequel il peut bâtir une stratégie globale en vue de réduire les disparités en santé. C'est par des efforts coordonnés sur plusieurs fronts qu'on obtiendra probablement le plus grand impact. Toute stratégie réussie se déploiera naturellement à long terme.

### **Activités proposées :**

- › Faire en sorte qu'une entité s'occupe de la réduction des disparités en santé à l'échelle nationale. Parmi ses rôles clés, il devrait y avoir les suivants :
  - établissement d'objectifs de réduction des disparités en santé, suivi des tendances et production de rapports d'étape périodiques;
  - élaboration d'une stratégie intégrée visant la réduction des disparités en santé;
  - évaluation de l'impact de politiques actuelles et éventuelles du secteur de la santé sur les disparités en santé afin d'orienter les décisions relatives aux politiques et aux programmes.
- › Aider tous les gouvernements à faire de la réduction des disparités en santé (i) une priorité en matière de politiques publiques, et (ii) une mesure clé du rendement global du gouvernement.
- › Amener les administrations (provinciales/territoriales et fédérale) à collaborer afin d'envisager conjointement l'établissement d'un fonds pour la réduction des disparités en santé et soutenir les innovations et l'évaluation des programmes.
- › Fixer des domaines prioritaires en matière de politiques et d'interventions du secteur de la santé et d'autres secteurs. Les priorités initiales devraient comprendre les groupes désavantagés clés ainsi que les déterminants de la santé connexes (p. ex., statut socioéconomique, identité autochtone, sexe et emplacement géographique).

## **2. Intégrer la réduction des disparités aux programmes et services de santé**

*Le système de santé est un déterminant clé de la santé de la population. Si les soins de santé et les programmes et services de santé publique ne mettent pas l'accent sur les besoins des personnes, des populations et des collectivités désavantagées, on risque d'accroître plutôt que de réduire les disparités en santé.*

*Le secteur de la santé a également un rôle important à jouer pour atténuer les causes et les effets d'autres déterminants de la santé par des interventions touchant les personnes, les populations et les collectivités désavantagées.*

Le secteur de la santé peut réduire les disparités en santé en s'assurant que les programmes et services qu'il contrôle directement – les soins de santé et la santé publique – visent cet objectif dans le cadre de sa responsabilité partagée en vue de l'atteindre. Compte tenu des connaissances actuelles et des leviers politiques existants pour réaliser des gains, la façon prévisible la plus efficace pour améliorer la santé de la population dans son ensemble consiste à concentrer les efforts pour améliorer la santé des personnes qui font partie des groupes dont le statut socioéconomique (SSE) est moins élevé.

Inciter la participation des citoyens, afin d'augmenter la sensibilisation et l'appui du public, est également essentiel à une réduction maximale des disparités en santé. Une recherche réalisée par l'Initiative sur la santé de la population canadienne révèle que malgré le fait que les Canadiens et Canadiennes reconnaissent que les comportements, les modes de vie et l'environnement constituent d'importants déterminants de la santé, seulement un sur trois reconnaît que le revenu, l'habitation et les réseaux de soutien communautaire font partie de cette liste<sup>47</sup>.

#### **Activités proposées :**

- › S'assurer que l'on tient compte de la réduction des disparités en santé dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de tous les programmes et services de santé, afin que les populations désavantagées en profitent de ceux-ci au maximum.
  - Réduire les obstacles financiers et non financiers aux soins de santé et à la santé publique, et élaborer des stratégies pour améliorer l'accès, l'exhaustivité, la pertinence, la coordination et le suivi pour les populations désavantagées.
  - Élaborer des cadres d'indicateurs de rendement et de reddition de comptes qui comprennent un éventail de mesures sur les disparités en santé, afin d'améliorer l'imputabilité.
  - Élaborer des stratégies de communication et d'éducation pour sensibiliser le public à l'importance de la réduction des disparités en santé.

### **3. Réduire les disparités en santé avec d'autres secteurs**

*Pour réduire les disparités sur le plan de la santé, il faut absolument aborder une vaste gamme de facteurs connus – et leurs interactions – qui influent sur la santé. Pour ce faire, on doit obtenir la collaboration des secteurs dont le travail porte sur des déterminants clés de la santé.*

*Comme elle l'a fait remarquer dans son document intitulé *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que la collaboration avec d'autres secteurs est une responsabilité essentielle du secteur de la santé.*

*Ce type de partenariat et la promotion du projet de réduction des disparités sur le plan de la santé sont les plus efficaces lorsqu'ils s'étendent aux secteurs public, privé et bénévole.*

Les partenariats ainsi que la promotion d'une perspective de réduction des disparités en santé auprès de l'ensemble des décideurs sont essentiels pour avoir le meilleur impact. Malgré le fait qu'il existe peu d'efforts globaux et intégrés au pays pour réduire les disparités en santé connues et les facteurs et conditions qui en ont à l'origine, le Canada a mis de l'avant quelques initiatives intersectorielles prometteuses pour réduire ces disparités, et cette tradition innovatrice devrait se poursuivre. La Stratégie en matière de modes de vie sains, par exemple, peut être une composante clé d'un programme de réduction des disparités.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère les efforts avec d'autres secteurs comme une responsabilité essentielle des ministères de la Santé. Le *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health* énonce comme priorités des activités qui ont un impact positif sur les groupes les plus démunis. Cette stratégie énonce que :

*Les ministères de la Santé ont une responsabilité essentielle dans la coordination des contributions de nombreux autres ministères et services gouvernementaux dont ils peuvent faciliter l'action. Il s'agit en particulier des ministères et organismes publics chargés des politiques dans les domaines suivants : alimentation, agriculture, jeunesse, loisirs, sports, éducation, commerce et industrie, finances, transports, médias et communication, affaires sociales et aménagement du territoire/développement durable, ainsi que les autorités locales et les autorités chargées de l'aménagement urbain<sup>48</sup>.*

Les politiques gouvernementales sont établies dans le secteur public, mais la réduction des disparités en santé se réalisera plus rapidement et plus efficacement s'il s'agit d'un objectif que partagent également les secteurs privé et bénévole. Les organisations non gouvernementales ont été des chefs de file pour souligner l'étendue des disparités, élaborer des options politiques et réaliser la prestation de programmes innovateurs. Toute action efficace utilisera une combinaison de leviers économiques, d'information, de règlements et de services, dont l'ensemble se fonde sur la sanction et l'appui du public.

### **Activités proposées :**

- › Soutenir et faciliter les contributions des secteurs public, privé et bénévole dans des initiatives de réduction des disparités.
- › Collaborer avec d'autres secteurs à l'élaboration de structures et de mécanismes pour (i) établir des politiques, (ii) élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes, et (iii) mettre en commun des renseignements et des ressources de façon à établir les conditions gagnantes pour réduire les disparités en santé, notamment :
  - soutenir l'élaboration de mécanismes intersectoriels nécessaires à l'échelle nationale, provinciale, régionale et communautaire, afin d'accroître la capacité de réduire les disparités en santé;

- continuer de soutenir les investissements actuels dans des initiatives clés visant les groupes désavantagés et les déterminants de la santé prioritaires, et lorsqu'on a la preuve qu'on réussit à réduire les disparités en santé ou qu'on fait la démonstration et l'évaluation d'approches prometteuses.

#### **4. Renforcer les activités d'acquisition et d'échange de données**

*Dans d'autres pays, les initiatives globales de réduction des disparités découlent d'un engagement à documenter la portée des disparités, à élaborer des politiques fondées sur des données et à évaluer des interventions.*

*La mise au point et l'expansion continue de la base de connaissances du Canada sont essentielles à l'avancement des projets d'élaboration des politiques, d'établissement des priorités et d'évaluation.*

Bien que le Canada ait entrepris quelques initiatives dans le domaine de la recherche, comme par exemple, les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Initiative sur la santé de la population canadienne, il est nécessaire d'élaborer une orientation intégrée et d'accroître la masse critique pour développer la base de connaissances, afin d'être en mesure d'élaborer une stratégie globale pour la réduction des disparités.

##### **Activités proposées :**

- › Élaborer des indicateurs pour mesurer l'impact des disparités en santé sur l'économie, la collectivité et le bien-être de la personne.
- › Continuer de soutenir des recherches qui (i) permettent de mieux comprendre les mécanismes causaux qui entraînent des disparités en santé; (ii) déterminent des interventions efficaces pour réduire les disparités en santé, et (iii) mesurent la rentabilité de différents types d'initiatives au fil du temps.
- › Améliorer et mettre au point des systèmes d'information pour bonifier la surveillance, le suivi et la rédaction de rapports, notamment :
  - En améliorant la capacité de lier des données sur la santé à des données sociodémographiques afin d'enrichir les évaluations concernant l'accès et l'efficacité.
- › Mettre en commun de façon systématique les données liées à la réduction des disparités en santé dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs dont les politiques et les services jouent un rôle important, notamment :
  - En compilant et en tenant à jour un recueil de pratiques exemplaires au Canada et dans le monde entier pour ce qui est de la réduction des disparités en santé.

## C. Conclusion

Dans le présent document, nous avons décrit la situation actuelle canadienne en ce qui a trait aux disparités sur le plan de la santé au Canada et leurs conséquences, et nous avons montré de quelle façon le secteur de la santé peut prendre des mesures pour réduire ces disparités. Les orientations stratégiques recommandées et les activités proposées dans le présent document permettent au secteur de la santé d'intervenir dans son champ de compétences direct et en établissant des partenariats influents avec d'autres secteurs.

Les données et l'expérience ont montré que la réduction des disparités en santé présente de nombreux avantages potentiels – pour l'amélioration des résultats en matière de santé et la qualité de vie globale des Canadiens – ainsi que pour l'efficacité et la viabilité du système de santé.

- › L'état de santé général de la collectivité peut être amélioré par une réduction des disparités.
- › Comme l'état de santé varie selon le statut socioéconomique, la réduction des disparités en santé permettra d'améliorer la santé de toute la société.
- › Si on réduit les besoins en soins de santé des populations dont le SSE est peu élevé et des autres groupes désavantagés, on peut diminuer les facteurs de coût et atténuer les pressions auxquelles font face les fournisseurs de services de santé.
- › Si on améliore la santé de la population, plus de gens seront en mesure de participer à l'économie, ce qui aura pour effet de réduire les coûts de la productivité perdue.

C'est un moment opportun pour que le secteur de la santé se dote d'un leadership et prenne les moyens afin de progresser dans la réalisation de ces avantages. La transition vers de nouvelles structures, comme le Conseil de la santé, l'Agence de santé publique du Canada, le Réseau pancanadien de santé publique et les autres groupes d'experts connexes, de même que le Centre national de collaboration des déterminants de la santé, permet d'orienter et de soutenir cet effort. Les intervenants du secteur de la santé et de l'extérieur disposent d'une base de données suffisante et sont prêts à agir. Le secteur de la santé a la possibilité de tracer la voie en s'engageant clairement à réduire les disparités sur le plan de la santé.

## Termes clés et définitions

Voici la définition des termes clés utilisés dans le présent document de travail :

**Autochtones** : La Constitution du Canada reconnaît trois groupes de peuples autochtones : les Indiens, les Métis et les Inuits. Ces trois peuples distincts ont un patrimoine, une langue et des pratiques culturelles qui leur sont propres. Au cours des années 1970, l'usage du terme **Première nation** s'est répandu afin de remplacer le mot « Indien » que certains trouvaient choquant. Bien que l'expression « Première nation » soit largement utilisée, il n'en existe aucune définition officielle. On utilise notamment l'appellation « membres des Premières nations » pour faire référence aux Indiens habitant le Canada, qu'il possèdent le statut d'Indien (vivant dans les réserves) ou non (vivant hors réserve).

**Déterminants de la santé** : Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations (OMS, Glossaire de la promotion de la santé, 1998). Ces déterminants peuvent être regroupés en sept grandes catégories : l'environnement socioéconomique, les environnements physiques, le développement de la petite enfance, l'hygiène de vie, la capacité individuelle et les habiletés d'adaptation, la biologie et la supériorité génétique et les services de santé.

**Soins de santé** : Les programmes, services, procédures, thérapies et interventions permettant de traiter et de soigner les gens malades, blessés ou souffrant d'incapacité. Les soins de santé constituent de loin le sous-secteur le plus important du secteur de la santé.

**Disparités en santé** : Écarts dans l'état de santé survenant entre divers groupes de population définis à l'aide de caractéristiques spécifiques. Pour les fins de développement de politiques, les caractéristiques les plus utiles sont celles qu'on associe de façon constante aux variations les plus importantes de l'état de santé. Au Canada, les facteurs dominants sont le statut socioéconomique (SSE), l'identité autochtone, le sexe et l'emplacement géographique.

**Inégalités sur le plan de la santé** : « [...] est le terme générique utilisé pour désigner des écarts, des variations et des disparités dans les réalisations en santé et les facteurs de risque des individus et des groupes [...] n'impliquant aucun jugement moral [...] [et pouvant résulter d'un] choix personnel qui ne soulèverait pas nécessairement des questions d'ordre moral »<sup>49</sup>. [traduction] Certaines inégalités reflètent des variations aléatoires (c.-à-d. des causes inexplicables), tandis que d'autres sont le résultat d'une supériorité génétique individuelle, de conséquences à la suite de choix personnels, de l'organisation sociale, d'opportunités économiques ou de l'accès aux soins de santé. Le secteur de la politique gouvernementale se préoccupe des inégalités sur le plan de la santé qui sont attribuables à des facteurs modifiables, particulièrement celles qui sont perçues comme étant inévitables.

***Injustices sur le plan de la santé*** : « [traduction][...] fait référence aux inégalités jugées inéquitables et résultant de toute forme d'injustice [...]. La différence fondamentale entre l'égalité et l'équité réside dans l'identification des injustices sur le plan de la santé : ces injustices sont déterminées à l'aide d'un jugement normatif fondé sur (a) des théories de justice; (b) des théories sociétales; (c) un raisonnement relatif à l'origine des inégalités en santé. En raison du fait qu'il est nécessaire de faire appel à un jugement normatif pour identifier les injustices sur le plan de la santé, la science seule ne peut déterminer lesquelles de ces inégalités sont également inéquitables, ni dans quelle proportion une inégalité observée constitue une injustice ou une inéquité »<sup>50</sup>.

***Secteur de la santé*** : Les politiques, lois, ressources, programmes et services régis par les ministères de la Santé. Le secteur englobe la promotion de la santé et la prévention des maladies, la santé publique, les services de santé communautaire tels que les soins à domicile, les médicaments et équipements médicaux, la santé mentale, les établissements de soins de longue durée, les hôpitaux, ainsi que les services généralement fournis par les professionnels de la santé (médecins, personnel infirmier, thérapeutes, pharmaciens, etc.).

***Santé de la population*** : Renvoie dans un même temps à une description et à un concept sur lesquels se base l'examen des disparités en santé. « La stratégie de santé globale pour la population cible principalement des facteurs qui améliorent la santé et le mieux-être de la population dans son ensemble. Cette stratégie tient compte des cadres de vie et de travail qui affectent la santé des individus, des conditions qui aident les individus à faire des choix sains et des services qui permettent de promouvoir la santé et d'assurer son maintien. » [traduction]<sup>51</sup> Cette stratégie est fondée sur l'état de santé et les facteurs de risque à l'échelle globale plutôt qu'individuelle et des politiques et stratégies concernant des déterminants non médicaux qui affectent la santé tout au long d'une vie.

***Soins de santé primaires*** : L'Organisation mondiale de la santé définit les soins de santé primaires comme le véhicule principal pour réaliser la prestation de soins de santé au niveau le plus local possible, au sein d'un système de soins de santé d'un pays, c'est-à-dire, « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer ». En plus de comprendre « le traitement des maladies et lésions courantes, la fourniture de médicaments essentiels, la protection maternelle et infantile et la prévention et le contrôle des endémies locales et la vaccination contre les grandes maladies infectieuses », ces soins primaires devraient également inclure « l'éducation de la communauté au sujet des problèmes de santé prévalents ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ».

**Santé publique** : La santé publique a été définie comme « l'un des efforts déployés par une société pour protéger, promouvoir et rétablir la santé des gens. C'est la combinaison des sciences, compétences pratiques et croyances qui est dirigée vers le maintien et l'amélioration de la santé de toute la population au moyen de mesures collectives et sociales. [...] Les activités liées à la santé publique changent avec les techniques et les valeurs sociales, mais leur objectif demeure le même : réduire le nombre de maladies et de décès prématurés, ainsi que l'inconfort et l'invalidité liés aux maladies au sein d'une population donnée » [traduction]<sup>52</sup>. Cette définition large se rapproche davantage de la définition établie pour la « santé de la population » et il ne faudrait pas la confondre avec la définition des cinq principaux programmes et services de santé publique suivants, qui visent une prévention primaire et qui sont offerts par les ministères de la Santé, les régies régionales de la santé et les unités locales : l'évaluation de la santé de la population, la surveillance, la prévention des maladies, la protection de la santé et la promotion de la santé.

**Statut socioéconomique (SSE)** : Terme qui décrit la position d'un groupe particulier au sein d'une population ou d'une société qui est le reflet de la hiérarchie globale. Les indicateurs les plus fréquemment utilisés pour décrire le SSE, sont les catégories de revenu, d'éducation et d'emploi. Son cousin conceptuel est le terme « classe », provenant de théories sociales qui expliquent la structure et le fonctionnement des sociétés plutôt que de simplement les décrire. Dans le but d'assurer une uniformité par rapport aux documents déjà produits à l'échelle nationale au sujet de l'état de santé et de ses déterminants, le terme SSE utilisé devrait être interprété au sens le plus large.

**Populations défavorisées** : Populations partageant une caractéristique associée à un risque élevé d'effets néfastes pour la santé (p. ex., les peuples autochtones, les mères monoparentales pauvres, les femmes, les sans-abri, les réfugiés). Une approche concernant les populations défavorisées comprendrait des stratégies adaptées à des groupes particuliers. Ces stratégies se distinguent de celles visant à réduire le gradient ou la portée de déterminants de santé sous-jacents qui affectent la santé à divers degrés (p. ex., le revenu, l'éducation).

## Notes et références

1. Mustard CA et coll. Paying taxes and using health care services: The distributional consequences of taxed financed universal health insurance in a Canadian province. Document présenté à la Conférence sur le niveau de vie et la qualité de vie au Canada, Ottawa, 30-31 octobre 1998. <http://www.csls.ca/events/oct98/must1.pdf>.
2. Cette section est fondée en grande partie sur l'étude des disparités en matière de santé dont les résultats ont été regroupés à l'annexe I de Frohlich K, Ross N. Theoretical pathways to health disparities in Canada. A report prepared for the Health Disparities Task Group of the F/P/T ACPHHS (2003).

3. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne. Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 1999. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/rapport/toward/index.html>.
4. Santé Canada. *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*, 2003. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. [http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/ppas/ias/publications/profil\\_statistique.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/ppas/ias/publications/profil_statistique.htm).
5. Groupe de travail sur la stratégie des modes de vie sains du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains : Document de discussions pour le Symposium sur les modes de vie sains, juin 2003.
6. Brownell M, Lix L, Okechukwa E et coll. Why is the Health Status of Some Manitobans Not Improving? The Widening Gap in the Health Status of Manitobans. Winnipeg : Manitoba Centre for Health Policy, 2003. <http://www.umanitoba.ca/centres/mchp//reports.htm>.
7. Kivimaki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Pentti J, Ferrie JE. Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology* 2003;158:663-8.
8. Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002;56:450-4.
9. Domenighetti G, D'Avanzo B, Bisig B. Health effects of job insecurity among employees in the Swiss general population. *International Journal of Health Services* 2000;30:477-90.
10. Chandler JJ, Lalonde C. Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry* 1998;35(2):191-219.
11. Voir, p. ex., Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S et coll. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991;337(8754):1387-93; Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1978;32:244-9.

12. Un grand nombre d'études ont été réalisées en vue de déterminer dans quelle mesure le degré général d'inégalité des revenus accentue les effets défavorables de la modicité du revenu sur la santé. Un consensus clair se dégage, selon lequel les personnes à faible revenu présentent des taux de mortalité et de morbidité qui sont exponentiellement supérieurs. La controverse persiste quant à la question de savoir si l'inégalité des revenus est, en soi, un facteur indépendant qui contribue aux disparités en matière de santé. Dans les villes canadiennes, ce ne semble pas être un facteur, comparativement aux villes américaines. Ces différences pourraient s'expliquer, en partie, par le fait que le système de sécurité sociale du Canada atténue davantage que celui des États-Unis les effets des inégalités de revenus. Pour une excellente revue de la documentation sur les effets de la pauvreté absolue et relative sur la santé, voir Lynch J, Davey Smith G, Harper S et coll. Is income inequality a determinant of population health? Part I. A systematic review. *Milbank Quarterly* 2004;82. <http://www.milbank.org/quarterly/8201feat.html>.
13. Booth GL, Hux JE. Relationship between avoidable hospitalizations for diabetes mellitus and income level. *Archives of Internal Medicine* 2003;163:101-6.
14. Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Social Science and Medicine* 2000;51:123-33.
15. Kephart G, Thomas VS, MacLean DR. Socio-economic differences in the use of physician services in Nova Scotia. *American Journal of Public Health* 1998;88:800-3.
16. Roos NP, Mustard CA. Variation in health and health care use by socio-economic status in Winnipeg, Canada: does the system work well? Yes and no. *Milbank Quarterly* 1997;75:89-111.
17. Veugelers PJ, Yip AM. Socio-economic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57:424-8.
18. Chan BT, Austin PC. Patient, physician, and community factors affecting referrals to specialists in Ontario, Canada: a population-based, multi-level modelling approach. *Medical Care* 2003;41:500-11.
19. Alter DA, Naylor CD, Austin P, Tu JV. Effects of socio-economic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine* 1999;341:1359-67.
20. Kapral MK, Wang H, Mamdani M, Tu JV. Effect of socio-economic status on treatment and mortality after stroke. *Stroke* 2002;33:268-73.
21. Roos NP, Mustard CA. Variation in health and health care use by socio-economic status in Winnipeg, Canada: does the system work well? Yes and no. *Milbank Quarterly* 1997;75:89-111.

22. Frohlich N, Fransoo R, Roos NP. Health service use in the Winnipeg Regional Health Authority: variations across areas in relation to health and socio-economic status. *Healthcare Management Forum* 2002;Suppl:9-14.
23. Menec VH, Roos NP, Black C, Bogdanovic B. Characteristics of patients with a regular source of care. *Canadian Journal of Public Health* 2001;92:299-303.
24. Booth GL, Hux J. Relationship between avoidable hospitalizations for diabetes mellitus and income level. *Archives of Internal Medicine* 2003;163:101-6.
25. Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA et coll. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *Journal of the American Medical Association* 2001;285:421-9.
26. Chen AY, Chang RK. Factors associated with prescription drug expenditures among children: an analysis of the Medical Expenditure Panel survey. *Pediatrics* 2002;109:728-32.
27. van der Pal-de Bruin KM, de Walle HE, de Rover CM et coll. Influence of educational level on determinants of folic acid use. *Paediatric Perinatal Epidemiology* 2003;17:256-63.
28. Franks P, Fiscella K, Beckett L, Zwanziger J, Mooney C, Gorthy S. Effects of patient and physician practice socio-economic status on the health care of privately insured managed care patients. *Medical Care* 2003;41:842-52.
29. Solberg LI, Brekke ML, Kottke TE. Are physicians less likely to recommend preventive services to low-SES patients? *Preventive Medicine* 1997;26:350-7.
30. Schillinger, D, Bindman, A, Wang, F et coll. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counselling* (sous presse).
31. Hayes, MV, Ross, IE, Gasher, M et coll. Telling stories: news media, health literacy and public policy in Canada (en cours de préparation).
32. Gupta S, Roos LL, Walld R, Traverse D, Dahl M. Delivering equitable care: comparing preventive services in Manitoba. *American Journal of Public Health* 2003;93:2086-92.
33. Voir, par exemple, Mackenbach JP, Stronks K. A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *British Medical Journal* 2002;325:1029-32, qui signale des succès dans certains domaines et des échecs dans d'autres.
34. Lalonde M. Nouvelle perspective de la santé des canadiens. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services, 1974.

35. Epp J. La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Publié lors de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa 1986. [www.frcentre.net/library/AchievingHealthForAll.pdf](http://www.frcentre.net/library/AchievingHealthForAll.pdf) (site anglais seulement).
36. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens. Ottawa : Santé Canada, 1994.
37. Forum national sur la santé. La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Ottawa : Le Forum, 1997.
38. Ce sommaire est tiré en grande partie de Kinnon D, Swanson S. Health sector roles in addressing health disparities. Paper prepared for the Health Disparities Task Group of the FPT ACPHHS, 2003.
39. Mackenbach JP, Bakker MJ, for the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. *Lancet* 2003;362:14009-14.
40. Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemstrom O, Valkonen T, Kunst AE. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology* 2003;32(5):830-7.
41. United Kingdom Department of Health. Tackling Health Inequalities: A Programme for Action. London 2003. <http://www.doh.gov.uk/healthinequalities/programmeforaction/execsum.htm>.
42. Les changements de politiques, tel que le ticket modérateur, semblent réduire l'accès et l'utilisation, même dans des pays généralement égalitaires. Par exemple, en Suède, les personnes à faible revenu se sont heurtées, au milieu des années 1990, à des obstacles à l'accès aux soins qui n'étaient pas présents à la fin de la décennie précédente; voir Burstrom R. Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy* 2002;62(2):117-29; Gerdtham UG, Sundberg G. Equity in the delivery of health care in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1998;26(4):259-64.
43. Une publication préliminaire datée de décembre 2003 est disponible à l'adresse [www.ahrq.org](http://www.ahrq.org).
44. Mackenbach JP, Bakker MJ, for the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. *Lancet* 2003;362:14009-14.
45. Cette section est fondée sur le tableau 2 de l'annexe D, Kinnon D, Swanson S. Health sector roles in addressing health disparities. Paper prepared for the Health Disparities Task Group of the FPT ACPHHS, 2003.

46. Améliorer la santé des Canadiens. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2004. [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca).
47. ISPC, Améliorer la santé des Canadiens, p. 151-152.
48. Organisation mondiale de la santé, *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, novembre 2003, p.11.
49. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002;56:647-52, at 647.
50. Kawachi, *op. cit.*, 647-8.
51. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*. Santé Canada, 1994.
52. Last JM. *A Dictionary of Epidemiology*. New York : Oxford University Press, 1995.