



Richesse, santé et soins de santé

Dis-moi où tu habites et je te dirai si tu es en santé.

GIANCARLO LA GIORGIA PHOTOGRAPHIE PAR BERNARD CLARK



Personne ne peut être en meilleure santé que le milieu duquel il est issu. Par exemple, si vous résidez dans un quartier où le revenu, le niveau d'instruction et le statut professionnel (les facteurs qui définissent le plus souvent le statut socio-économique) sont élevés, vos chances d'être en bonne santé sont meilleures que si vous habitez un quartier défavorisé.

Telles sont les conclusions du rapport final de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), diffusé en septembre 2008, qui portait sur les facteurs sociaux déterminants de la santé. Ce rapport démontre que les inégalités en matière de santé perdurent entre communautés riches et communautés pauvres dans toutes les parties du monde, y compris au Canada.

Les facteurs déterminants de la santé

Le statut socio-économique — revenu, niveau d'instruction et prestige professionnel — a un impact considérable sur la santé. Le Sous-comité du Sénat sur la santé des populations estime que la santé d'une personne est tributaire de son environnement social et économique dans une proportion de 50 %, contre 25 % pour le système de soins de santé. L'impact des facteurs biologiques et génétiques sur la santé serait de 15 % et celui de l'environnement physique de 10 %.

L'instruction et la santé



- Près de la moitié des Canadiens adultes ne sont pas suffisamment instruits pour participer pleinement aux activités de la vie économique fondées sur les connaissances. L'analphabétisme expose davantage les gens au chômage, à des conditions de vie instables et à des situations qui mettent leur santé en péril. Parce qu'il leur est difficile de déchiffrer les textes, les personnes analphabètes ne parviendront pas à lire le mode d'emploi d'une formule lactée pour bébé, la posologie d'un médicament ou encore un feuillet d'information sur la santé et la sécurité.
- Le régime alimentaire des familles qui bénéficient d'un statut socio-économique élevé semble plus conforme aux recommandations nutritionnelles. Une alimentation inadéquate contribue à l'apparition de nombreuses maladies.

Le statut des communautés autochtones

- Le statut socio-économique — et par conséquent la santé — des habitants des Premières Nations, des Inuits et des Métis est moins élevé que celui des Canadiens non autochtones, et cela à presque tous les égards : revenu, chômage et niveau d'instruction.
- En moyenne, l'espérance de vie de la population des Premières Nations et des Inuits est cinq à dix ans moins élevée que celle de la population canadienne en général.
- Le taux de suicide chez les jeunes issus des Premières Nations est cinq à sept fois supérieur et, chez les Inuits, onze fois supérieur à celui qui prévaut dans le reste de la population canadienne.

— Sous-comité du Sénat sur la santé des populations, 2008

En principe, tous les Canadiens devraient avoir le même accès aux soins de santé et pourtant, pour près de cinq millions de personnes au pays, la qualité des services de soins primaires laisse grandement à désirer en raison de la pénurie de médecins généralistes dans leur région. De plus, selon votre province de résidence, le délai pour l'obtention d'un rendez-vous avec un spécialiste va de sept semaines (en Ontario) jusqu'à 13 semaines (à Terre-Neuve et au Labrador). Quant au délai total (entre le moment où vous consultez un généraliste et celui où vous recevez votre premier traitement), il varie de 13 semaines (en Ontario) à près de 29 semaines (en Saskatchewan). La situation est particulièrement alarmante chez les populations autochtones, où le diabète est de trois à cinq fois plus élevé que dans le reste de la population canadienne et où le diabète de type 2, que l'on observait surtout chez les personnes d'âge mûr, est de plus en plus répandu chez les enfants.

Dans les grandes régions urbaines, où sont concentrés la majorité des centres médicaux, on déplore, là aussi, des inégalités. « À Montréal, il y a un écart de douze ans entre l'espérance de vie des résidents des quartiers riches et celle des quartiers pauvres », nous apprend le Dr Nancy Ross, professeure de géographie à l'Université McGill et chercheuse spécialisée dans les effets de l'iniquité salariale sur la santé chez les populations nord-américaines. Comme elle nous le fait remarquer, même si l'état de santé général des Canadiens s'est amélioré depuis la création du système de soins de santé publique, l'écart entre les gens favorisés et ceux qui ne le sont pas demeure presque inchangé. Des différences similaires entre privilégiés et défavorisés sont également mentionnées dans *The Unequal City*, un rapport sur la santé publique publié par la Ville de Toronto.

Ceci étant dit, on aurait tort de rejeter tout le blâme sur les lacunes du système de santé publique canadien. Le problème, en effet, prend sa source dans un éventail beaucoup plus large de facteurs qui échappent à l'influence directe du gouvernement : le tabagisme, la surconsommation d'alcool, une alimentation déficiente, l'obésité et le manque d'activité physique. Or, ces facteurs de risques de maladies chroniques et de décès prématurés sont tous étroitement liés à la pauvreté.

« En résumé, chaque fois que l'on baisse d'un échelon dans l'échelle socio-économique, on voit du même coup baisser l'espérance de vie et grimper le taux de mortalité associé à certaines maladies », d'expliquer Nancy Ross. Par exemple, le taux de décès attribuable au cancer du poumon — la cause principale de décès par cancer au Canada — est beaucoup plus élevé chez les citoyens qui sont au plus bas de l'échelle socio-économique (20 %) que chez ceux qui sont au sommet. On remarque aussi des écarts semblables entre les Canadiens favorisés et défavorisés pour les cancers gastro-intestinaux, le diabète, les maladies mentales et les maladies infectieuses, notamment le sida.

Il est également intéressant de constater que, pour certaines causes de mortalité, on observe une situation inverse. Mentionnons, par exemple, que le taux de mortalité associé aux accidents de la route est plus élevé chez les gens mieux nantis. Cela s'explique par le fait que les personnes issues de milieux défavorisés sont moins susceptibles de posséder une voiture, ce qui réduit leurs risques d'être impliquées dans un accident de la route.

Les deux cas d'exceptions les plus difficiles à expliquer sont le cancer du sein et celui de la prostate, lesquels sont plus répandus chez les gens à revenu élevé. Dans le cas du cancer du sein, la cause est peut-être attribuable au fait



Le régime alimentaire des familles qui bénéficient d'un statut socio-économique élevé semble plus conforme aux recommandations nutritionnelles.

Une alimentation inadéquate contribue à l'apparition de nombreuses maladies.

que les femmes ayant un statut socio-économique supérieur sont plus portées à retarder la grossesse ou à y renoncer, une situation qui favorise le cancer du sein. Les femmes qui appartiennent à un milieu socio-économique défavorisé sont, au contraire, plus sujettes aux grossesses hâtives, un phénomène associé à un risque plus faible de cancer du sein. Quant au cancer de la prostate, on ignore pourquoi son taux est plus élevé chez les hommes qui bénéficient d'une meilleure situation socio-économique.

Toutefois, dans la population canadienne défavorisée, le pronostic chez les personnes atteintes d'un cancer du sein ou de la prostate est plus sombre que chez celles qui sont issues d'un milieu aisé. Les personnes pauvres, en effet, ont tendance à consulter leur médecin à un stade plus avancé de leur maladie. De plus, il arrive que le traitement chez ces patients soit moins radical, ce qui peut entraîner un taux de survie inférieur à cinq ans.

« Le problème vient du fait que les gens qui habitent des quartiers moins riches ont des besoins plus grands en matière de soins de santé. De plus, ils n'ont pas le même accès aux soins médicaux que ceux mieux nantis », nous explique le Dr Irfan Dhalla, membre du personnel du Service de médecine interne de l'hôpital St. Michael et conférencier à la Faculté de médecine de l'Université de Toronto.

Bien que les gouvernements des provinces canadiennes aient pris des mesures pour enrayer ce problème — les centres de santé communautaire, comme c'est le cas en Ontario, sont surtout concentrés dans les quartiers défavorisés —, les inégalités persistent au pays. « Plusieurs de ces disparités sont presque toujours évitables, mais, malheureusement, de meilleurs services de soins de santé ne peuvent solutionner qu'une partie du problème, nous dit le Dr Dhalla, les habitudes culturelles et le mode de vie ayant eux aussi un rôle à jouer dans cette réalité. »

Quoi qu'il en soit, en veillant à ce que les services de soins de santé soient fondés sur les besoins et non sur la situation financière des citoyens, on contribue à améliorer grandement la santé des gens et à minimiser les

L'impact de la pauvreté sur la santé

- En 2005, 15 % des Canadiens vivaient dans la pauvreté. Les gens qui sont privilégiés sur le plan financier vivent plus longtemps que les citoyens défavorisés et sont moins susceptibles de souffrir de maladies chroniques, d'obésité et de souffrance psychologique.
- En 2000-2001, les Canadiens (hommes et femmes) qui bénéficiaient d'un revenu élevé étaient deux fois plus nombreux que les hommes et les femmes ayant un faible revenu à déclarer qu'ils étaient en excellente santé.

— Sous-comité du Sénat sur la santé des populations, 2008

L'espérance de vie

En 2001, au Canada, les chances pour un homme de vivre jusqu'à 75 ans étaient de 73 % dans les régions favorisées, contre seulement 57 % pour un homme qui habitait un quartier défavorisé. Pour les femmes, les probabilités étaient respectivement de 81 % et de 74 %. On a recensé 31 876 décès dans les quartiers les plus défavorisés, contre seulement 18 662 dans les quartiers les plus riches.

— Institut canadien d'information sur la santé



Les dangers liés à la pauvreté

Voici à quoi sont exposés, plus que les autres citoyens, les Canadiens défavorisés :

- Tabagisme
- Obésité
- Mauvaise alimentation et surconsommation d'alcool
- Sédentarité
- Mauvaise hygiène dentaire
- Relations sexuelles non protégées
- Logis surpeuplés, humides, mal chauffés ou dont le mauvais entretien favorise l'apparition de moisissures
- Grossesse chez les adolescentes
- Taux élevé de MTS chez les jeunes
- Naissance de bébés de petit poids
- Donner naissance à enfant qui décède par la suite
- Vie dans un environnement où le niveau de pollution est élevé
- Enfant, être plus petit que les autres
- Exposition à la violence dans la rue
- Risques de suicide chez les adolescents
- Décès prématuré

— Réduction des écarts en matière de santé, ICIS, 2008; *The Unequal City*, Service de santé publique de Toronto, 2008; *Health Disparity by Neighbourhood Income*, Saskatoon Health Region, 2006

inégalités. Selon le Dr Dhalla, la médecine à deux vitesses ou même des soins de santé privés dispensés à même le système public comportent des risques pour tous les Canadiens. « Mais ces risques sont encore plus importants pour les citoyens à faible revenu, puisqu'il leur sera plus difficile de payer de leur poche leurs soins de santé », d'expliquer le Dr Dhalla.

Diminuer l'écart de ces disparités alarmantes pourrait représenter un double avantage, puisque les services dispensés aux gens à faible revenu (20 % de la population) représentent 31 % (94 milliards \$) par année du budget des soins de santé prodigués à la population canadienne, soit le double des sommes consacrées aux soins offerts à cette portion de la population (20 %) qui bénéficie des revenus les plus élevés. Dans son rapport publié en 2004, le Groupe de travail fédéral-provincial qui s'est penché sur les disparités dans le domaine de la santé mentionne qu'en mettant en œuvre des mesures pour améliorer la santé des personnes à faible revenu et les aider à adopter des habitudes d'utilisation des soins de santé semblables à celles des citoyens à revenu moyen, on pourrait réaliser d'importantes économies. Le rapport indique aussi qu'en réduisant de seulement 10 % à 20 % les coûts entraînés par la baisse de productivité des travailleurs attribuable à l'absentéisme associé à un mauvais état de santé, on pourrait réinjecter des milliards de dollars dans l'économie.

Dans un article publié dans le *Globe and Mail*, le Dr Dhalla évoque la nouvelle approche adoptée par le Royaume-Uni pour améliorer la santé générale de la population. En 2004, ce pays a lancé un plan audacieux de motivation par rétribution financière fondé sur le rendement, afin d'encourager les médecins à poser les bons gestes, comme de vacciner les enfants dans le cadre de leur consultation et d'aider les patients à avoir une tension artérielle saine. Les résultats ont dépassé les attentes : dès la première année, 97 % des objectifs étaient déjà atteints ! Le gouvernement a, de la même manière, diminué les temps d'attente en versant des primes aux hôpitaux qui atteignaient les objectifs. Là encore, les résultats ont été spectaculaires : 98 % des imageries par résonance magnétique et 92 % des coloscopies sont aujourd'hui pratiquées en moins de six semaines.

« Le Canada a grand besoin d'améliorer ses soins de santé primaires, en particulier chez les populations les plus défavorisées », de dire le Dr Ross. Chaque secteur doit faire sa part pour solutionner les problèmes systémiques. Mais, d'ajouter Nancy Ross, les recommandations du rapport de l'OMS ne concernent pas la manière dont les personnes défavorisées pourraient se prendre en main pour améliorer leur santé. Ces recommandations préconisent plutôt une gestion plus efficace des soins de santé d'un bout à l'autre du pays. »

Comme le fait remarquer l'OMS, « les maladies cardiaques ne sont en rien la conséquence d'une pénurie d'unités coronariennes, mais plutôt celle d'un mode de vie conditionné par l'environnement. » Et c'est pourquoi le rapport de l'OMS insiste sur le fait que les systèmes de soins de santé, tant au Canada qu'à travers le monde, doivent concentrer leur attention sur les causes profondes des inégalités dans le domaine de la santé, afin que celles-ci deviennent un critère important pour le gouvernement. Toutefois, dans le contexte actuel, il serait étonnant, selon le Dr Ross, que le rapport de l'OMS ait quelque influence que ce soit sur la politique gouvernementale, malgré la participation du Canada. « Le Canada n'a pas d'objectifs précis pour aplanir ces différences », de conclure Nancy Ross. 🍀