



# Disparités en matière de santé à Saskatoon :

Dépasser les rapports pour diminuer  
les écarts

Dr Cory Neudorf,  
Médecin hygiéniste en chef de la  
région sanitaire de Saskatoon et  
professeur clinique agrégé, U de S

# Programme de la journée :

## ■ Matin :

- Présentation des rapports et des activités portant sur les déterminants sociaux de la santé (DSS)
- Présentations (exemples locaux et outils)

## ■ Après-midi :

- Travail en petit groupe sur les mesures à prendre et les prochaines étapes



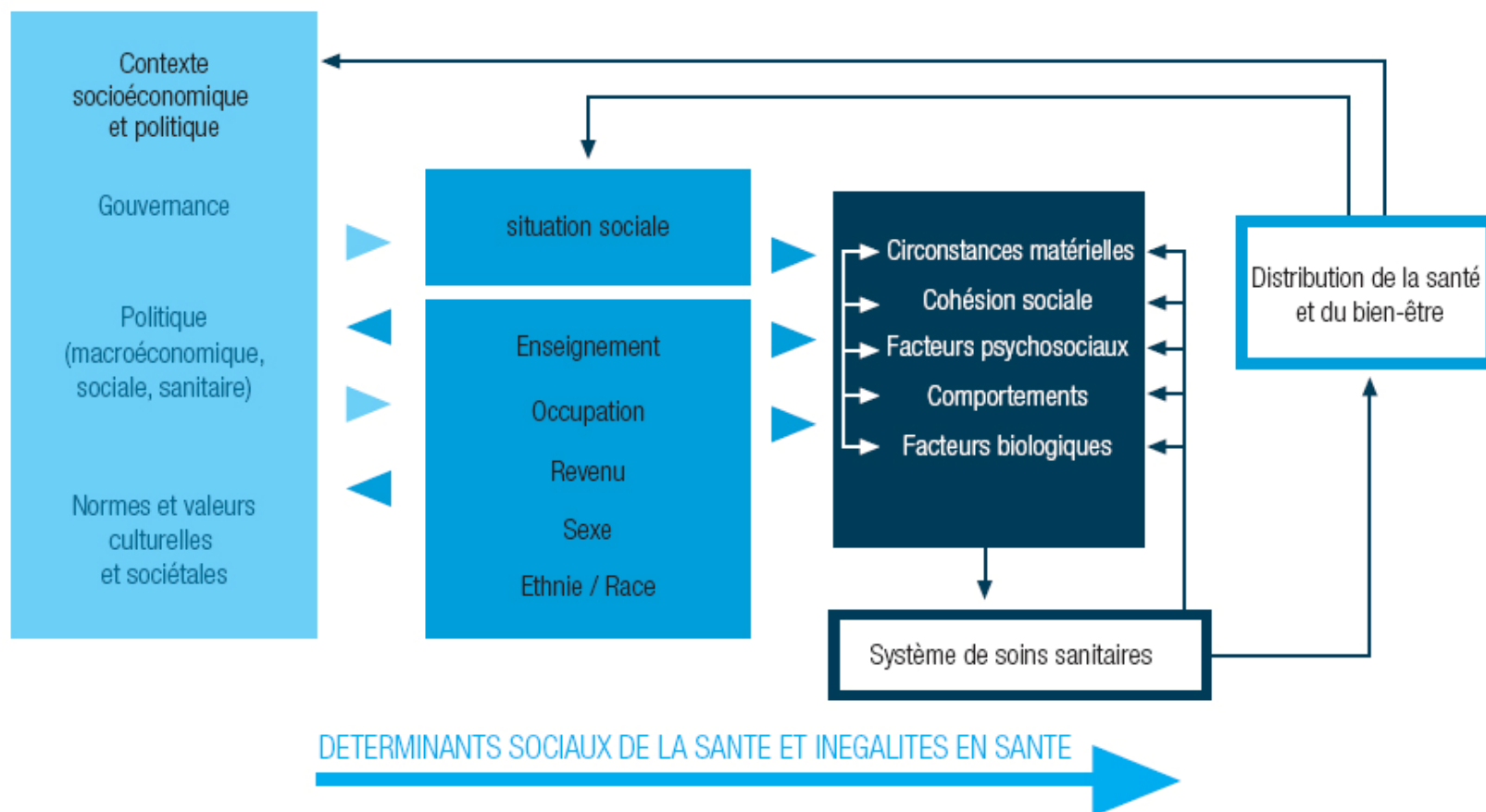
# Introduction

# Travaux nationaux et internationaux sur les inégalités et les iniquités en matière de santé

Rapport publié en août 2008 par la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé « Comblers le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants de la santé »

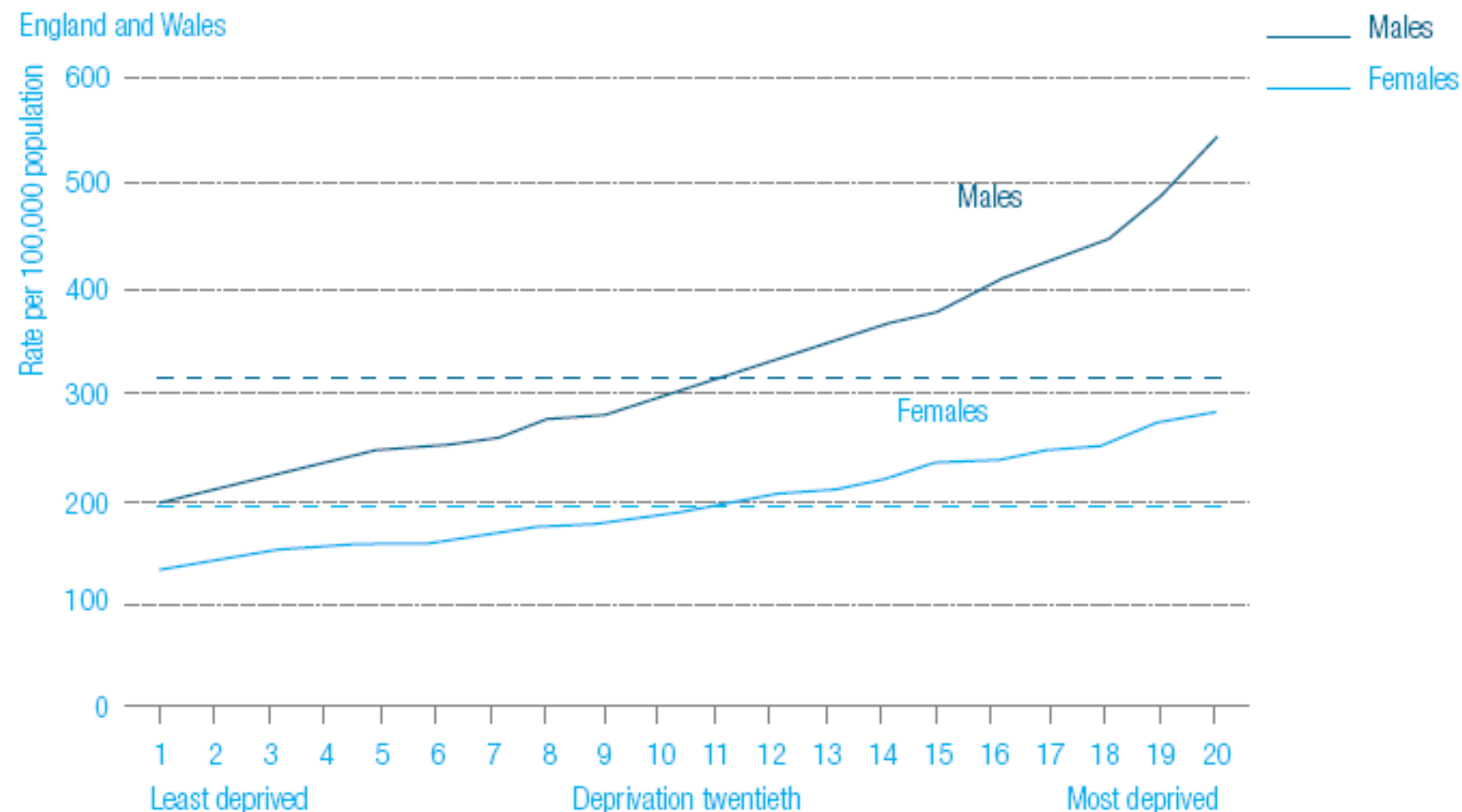


**Figure 4.1** CADRE CONCEPTUEL DE LA COMMISSION DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE



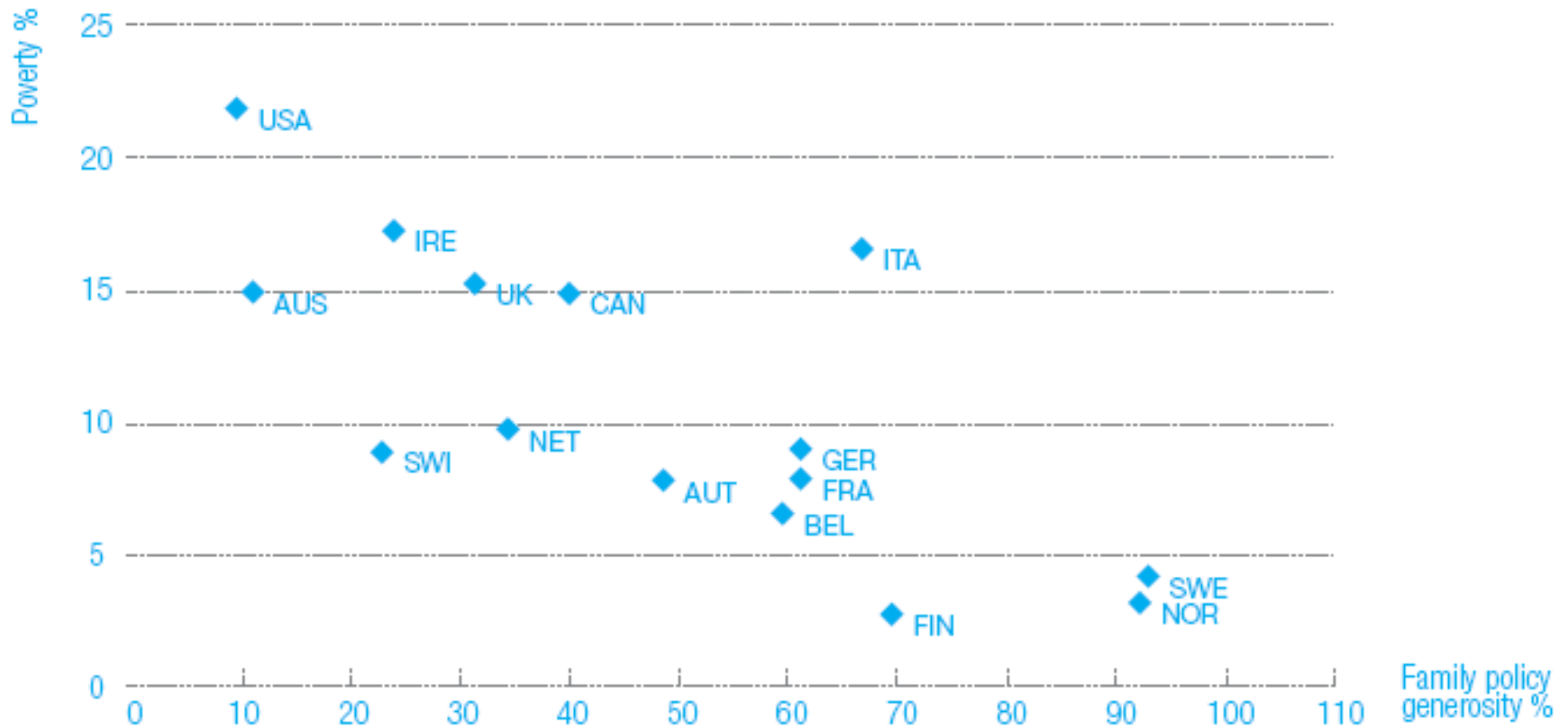
Source: Tiré et modifié de Solar & Irwin, 2007.

**Figure 2.3:** Death rates, age standardized, for all causes of death by deprivation twentieth, ages 15–64 years, 1999-2003, United Kingdom (England and Wales).



Dashed lines are average mortality rates for men and women in some areas of the United Kingdom (England and Wales).

# Total family policy generosity and child poverty in 20 countries, circa 2000.

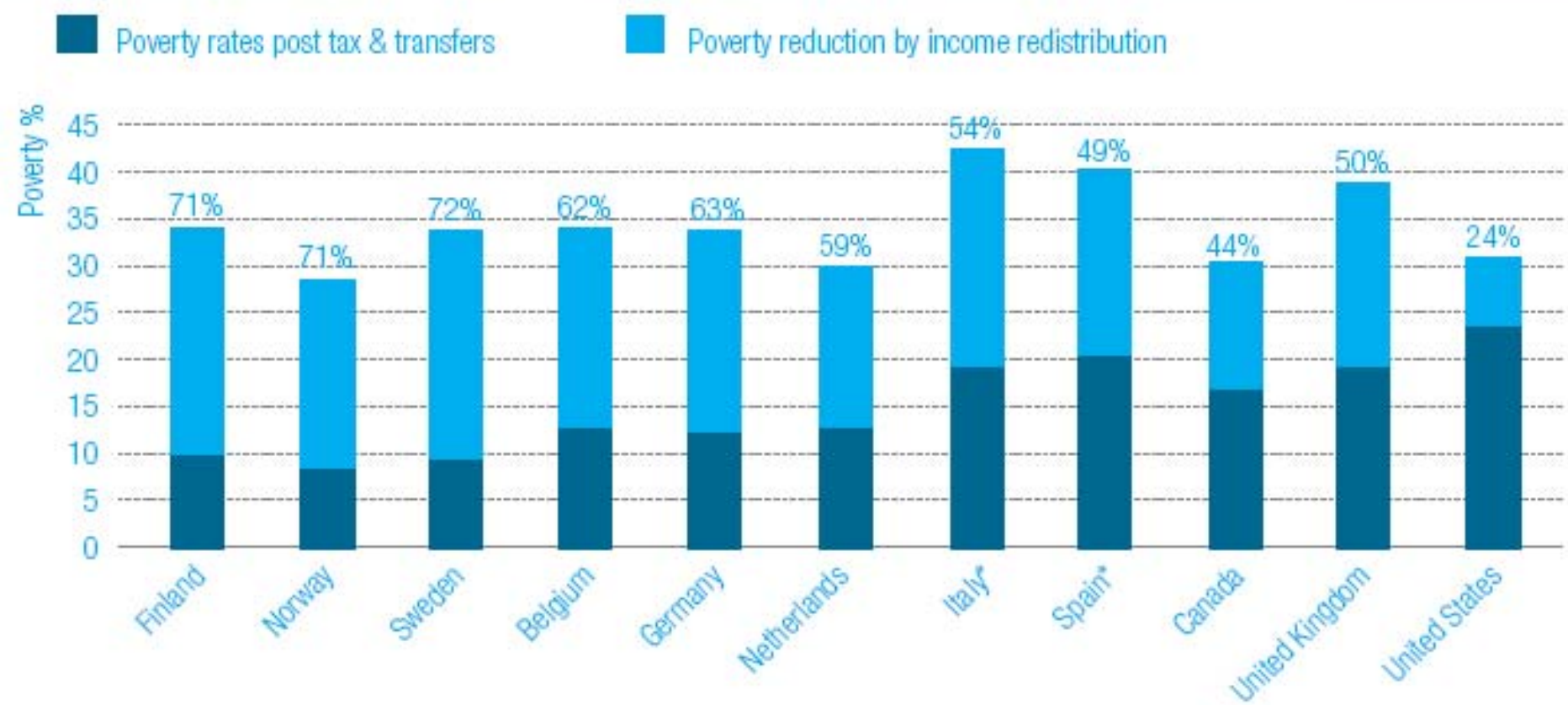


Net benefit generosity of transfers as a percentage of an average net production worker's wage.

The poverty line is 50% of median equivalized disposable income.

AUS = Australia; AUT = Austria; BEL = Belgium; CAN = Canada; FIN = Finland; FRA = France; GER = Germany; IRE = Ireland; ITA = Italy; NET = the Netherlands; NOR = Norway; SWE = Sweden; SWI = Switzerland; UK = the United Kingdom; USA = the United States of America.

**Figure 3.2: Proportion relatively poor pre- and post-welfare state redistribution, various countries.**



Poverty threshold = 60% of median equivalent disposable income.

\*For these countries, the poverty threshold before redistribution is calculated on incomes net income taxes.

Data from the Luxembourg Income Study.

Reprinted, with permission of the authors, from Lundberg et al. (2007) citing Ritakallio & Fritzell (2004).

## **Encadré 3.2 : Investir dans pour la santé et l'économie canadienne**

Une étude canadienne montre que la réduction des disparités en santé présente des avantages économiques potentiels importants résultants d'une réduction des besoins en matière de santé et des coûts liés à la perte de productivité.

Les dépenses de santé au Canada s'élèvent à environ 120 milliards de dollars canadiens par année (26 milliards pour la population en établissement et 94 milliards pour la population hors établissement). Environ 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 des soins de santé environ deux fois plus élevée que celle du quintile de revenu supérieur. L'étude indique que 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. En outre, l'étude souligne qu'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. (Traduction libre)

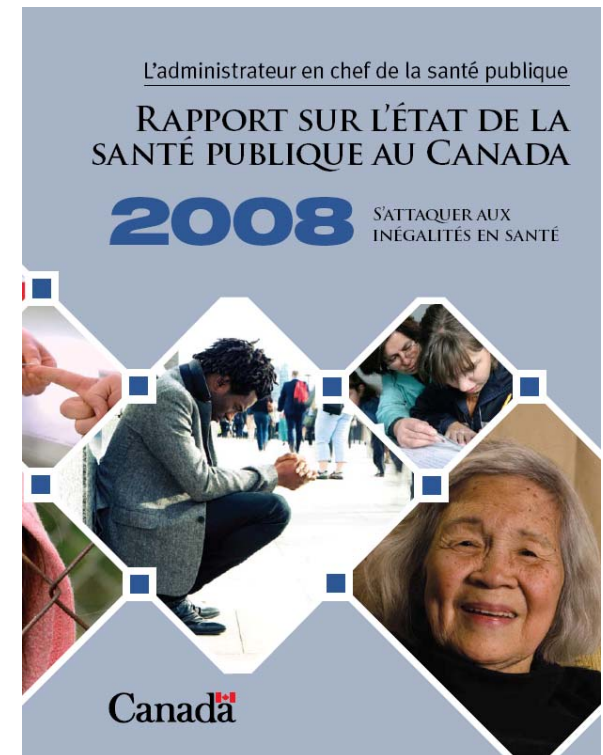
# Recommandations de la Commission de l'OMS

Trois principes pour l'action :

1. Améliorer les conditions de vie quotidienne, y compris les situations dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent et vieillissent.
2. Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources -- les moteurs structurels de ces conditions -- à l'échelle mondiale, nationale et locale.
3. Mesure l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion publique aux questions des déterminants sociaux de la santé.

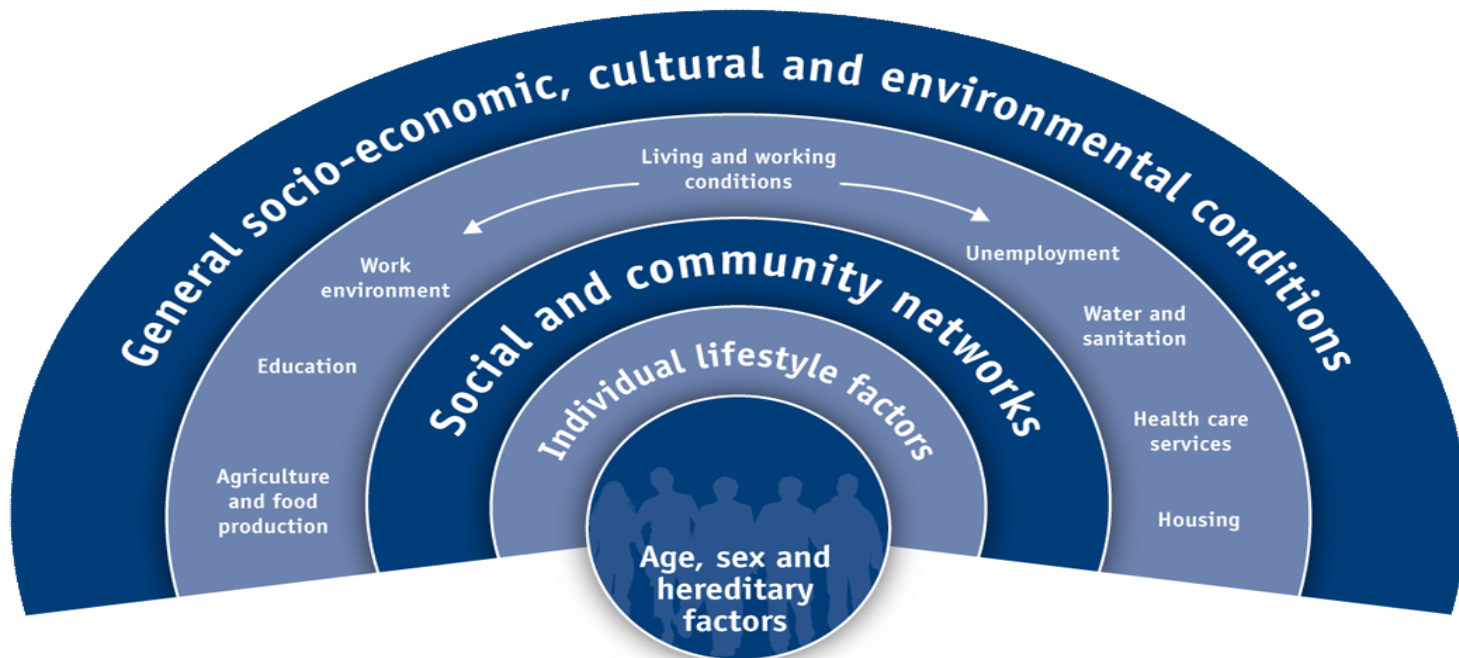
# Travaux nationaux et internationaux sur les inégalités et les iniquités en matière de santé

- Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, mai 2008



# Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada

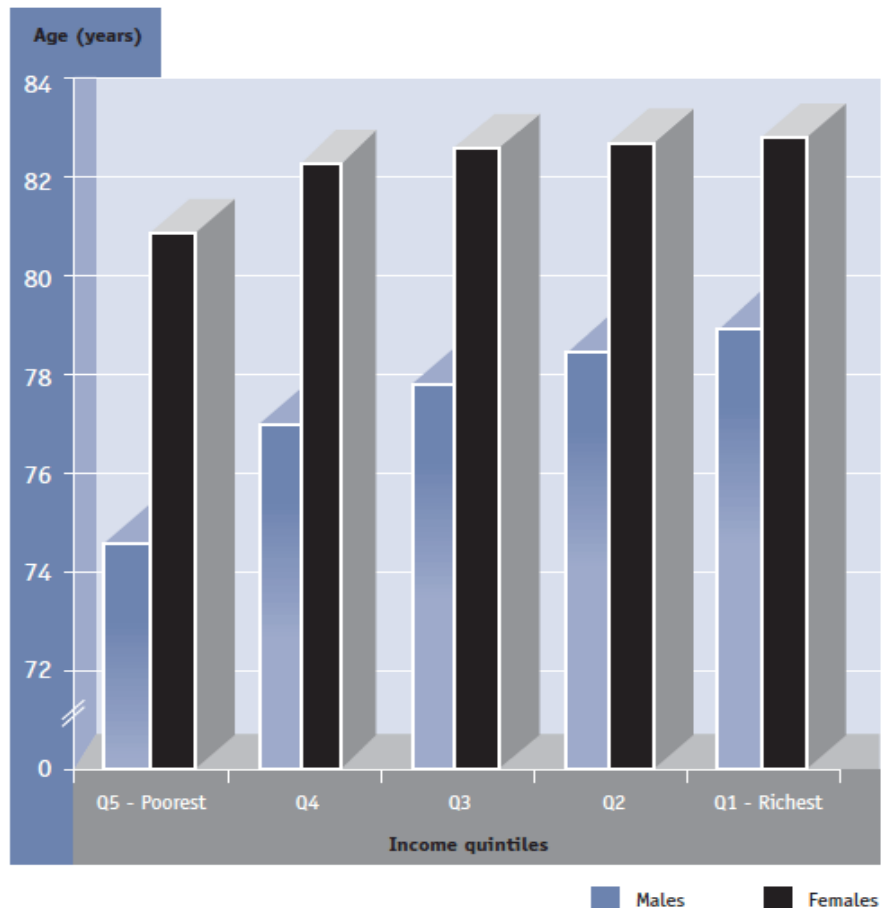
Les facteurs qui influencent notre santé



Source : Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Organisation de la Santé.

# Notre santé – Espérance de vie

Espérance de vie à la naissance selon le quartier, le revenu et le sexe dans les régions urbaines du Canada, 2001

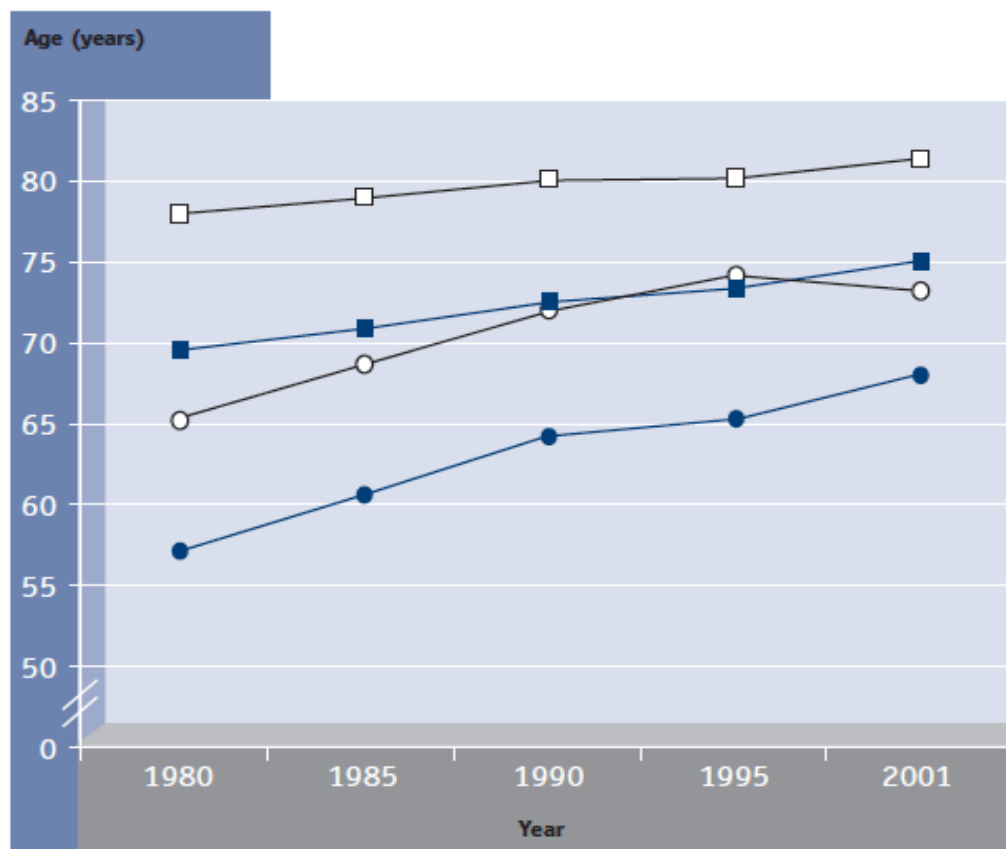


Q – population divisée en cinquièmes basée sur le pourcentage de personnes du quartier sous le seuil de faible revenu

Source : Wilkins et coll. (2007), Statistique Canada.

# Notre santé – Espérance de vie

Espérance de vie à la naissance selon le sexe – Indiens inscrits et population générale, Canada, 1980-2001



## Female

—□— All females

—○— Registered Indian

## Male

—■— All males

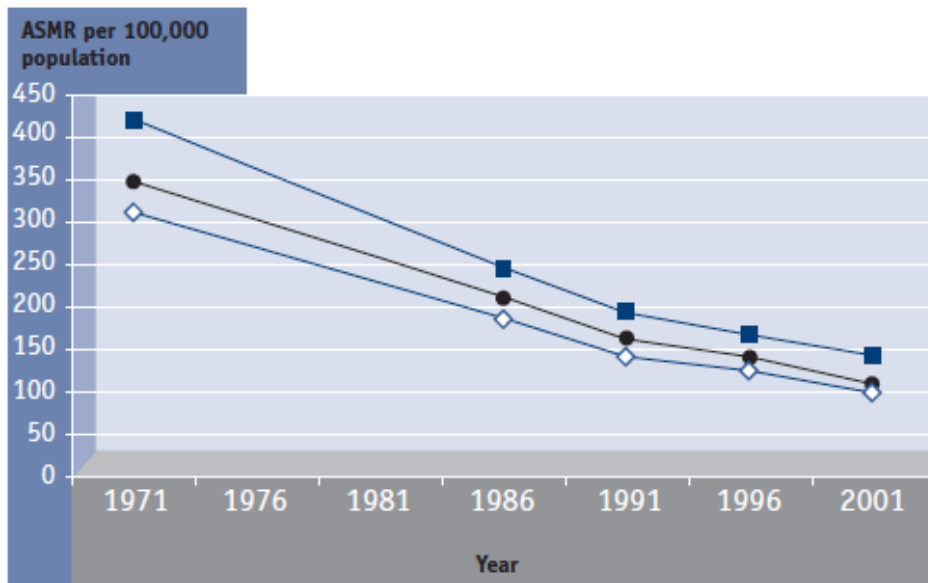
—●— Registered Indian

Source : ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, données ministérielles de base, 2004.

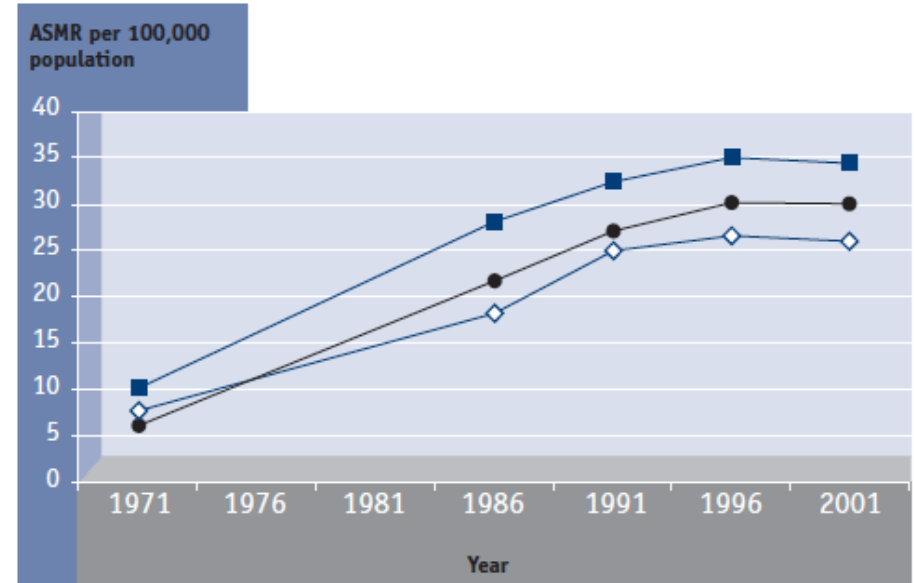
# Notre santé – Causes de décès

Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour les cardiopathies ischémiques selon le revenu du quartier pour les hommes dans les zones urbaines canadiennes, 1971-2001

Taux de mortalité standardisé selon l'âge dû au cancer du poumon selon le revenu du quartier pour les femmes dans les zones urbaines canadiennes, 1971-2001



■ Q5 - Poorest  
● Q3  
◇ Q1 - Richest



■ Q5 - Poorest  
● Q3  
◇ Q1 - Richest

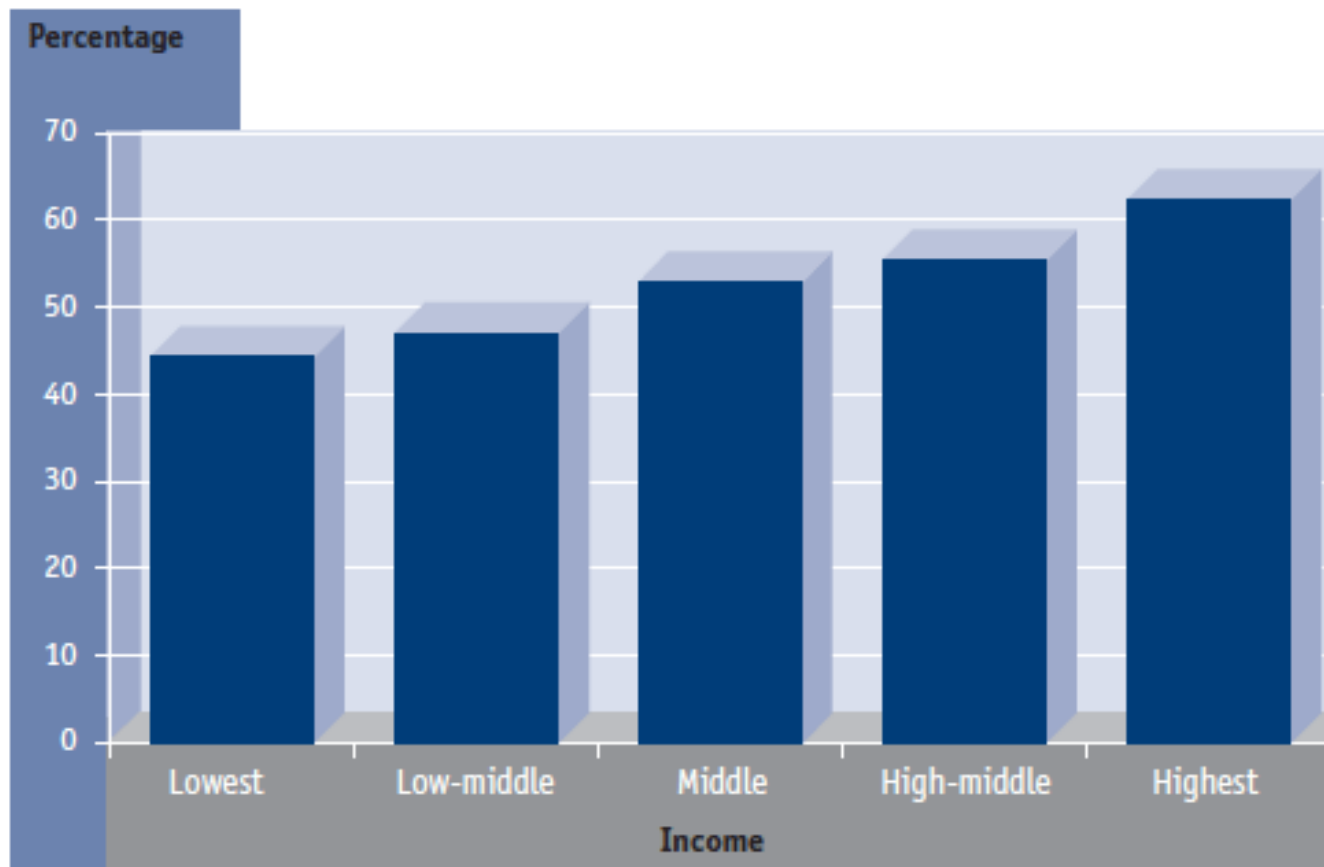
ASMR – Taux de mortalité standardisé selon l'âge.

Q – population divisée en cinquièmes basée sur le pourcentage de personnes du quartier sous le seuil de faible revenu

Source: Wilkins et coll. (2007), Stistique Canada.

# Comportements relatifs à la santé

Pourcentage de la population générale âgée de 12 ans et plus qui était physiquement active, selon le revenu, Canada, 2005



# Lutter contre les inégalités

Pour changer les choses et diminuer les inégalités en matière de santé, il faut agir prioritairement sur :

## ■ L'investissement social

- Le Canada peut compter sur ses bases politiques solides pour continuer à réduire les écarts qui contribuent aux inégalités en matière de santé.

## ■ Les capacités de la communauté

- Les communautés doivent être solides. Il est nécessaire d'avoir des politiques sociales élargies et d'investir pour compléter et soutenir les efforts de la communauté.

## ■ L'action intersectorielle

- Tous les paliers de gouvernement, les secteurs privés et non gouvernementaux ainsi que les organisations internationales peuvent collaborer afin d'élaborer des politiques et d'effectuer des actions cohérentes et intégrées pour prévenir les inégalités en matière de santé et les réduire.

## ■ Infrastructure des connaissances

- Il faut accumuler des connaissances pour diminuer les inégalités en matière de santé : disposer d'une meilleure information sur les sous-populations et les régions particulières; d'une meilleure connaissance de l'interaction entre les déterminants; et avoir un meilleur aperçu des pratiques probantes dans d'autres territoires de compétence.

## ■ Leadership

- Il est essentiel de faire preuve de leadership dans tous les secteurs.

# Aller de l'avant

## ■ Favoriser la volonté collective et le leadership

- Si les Canadiens veulent détenir le record mondial en matière de santé, il faut avant tout lutter contre les inégalités dans ce domaine.
- Si les différents secteurs et territoires de compétence collaborent, on peut diminuer les inégalités en matière de santé en reconnaissant le rôle de la prévention et de la promotion; en élaborant des indicateurs et des outils de mesure; en reconnaissant que la santé est une responsabilité partagée et en allant chercher des leaders.

## ■ Diminuer la pauvreté des enfants

- Les investissements qui ciblent la petite enfance sont parmi les plus rentables.
- La diminution de la pauvreté infantile suppose qu'on étudie les politiques de redistribution du revenu et les initiatives à prendre pour assurer le développement sain des jeunes enfants; qu'on leur offre de meilleures chances (p. ex., logement, éducation); qu'on cible les enfants à risque et qu'on adopte les meilleures pratiques en vigueur dans les autres territoires de compétence.

## ■ Renforcer les communautés

- Les communautés sont le lieu vers lequel tous les secteurs et les acteurs peuvent facilement converger pour établir des priorités locales et élaborer des stratégies communes de lutte contre les inégalités en matière de santé.
- L'amélioration des communautés canadiennes passe par la collaboration afin de soutenir leurs efforts; par un meilleur accès aux compétences et aux ressources; par le partage de données à des niveaux multiples et par le soutien au renouvellement d'initiatives dont le succès a été prouvé.

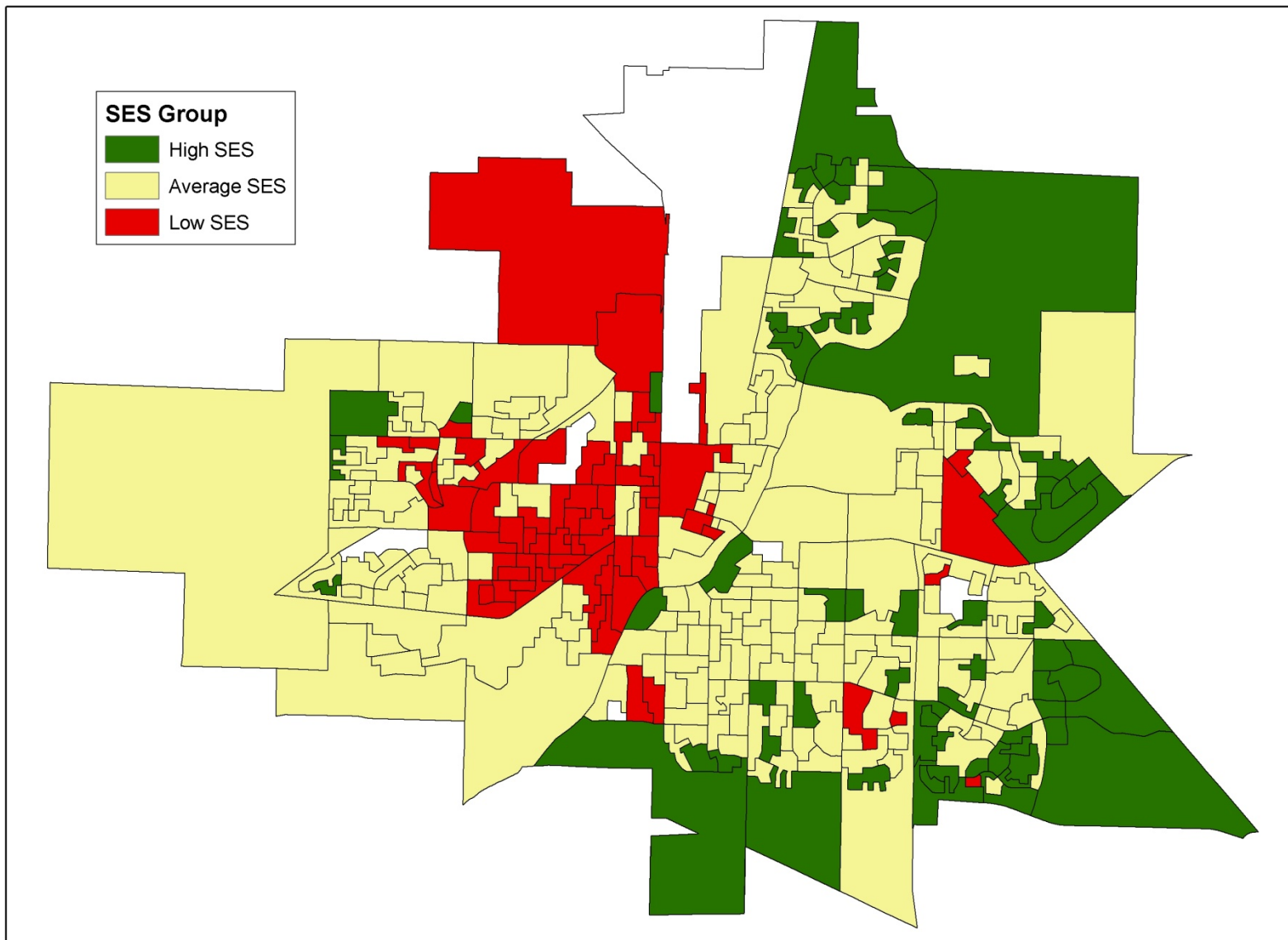
# Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut économique en milieu urbain au Canada, nov. 2008


Une collaboration de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) et du Réseau canadien pour la santé urbaine (RCSU)



Initiative sur la santé de la population canadienne

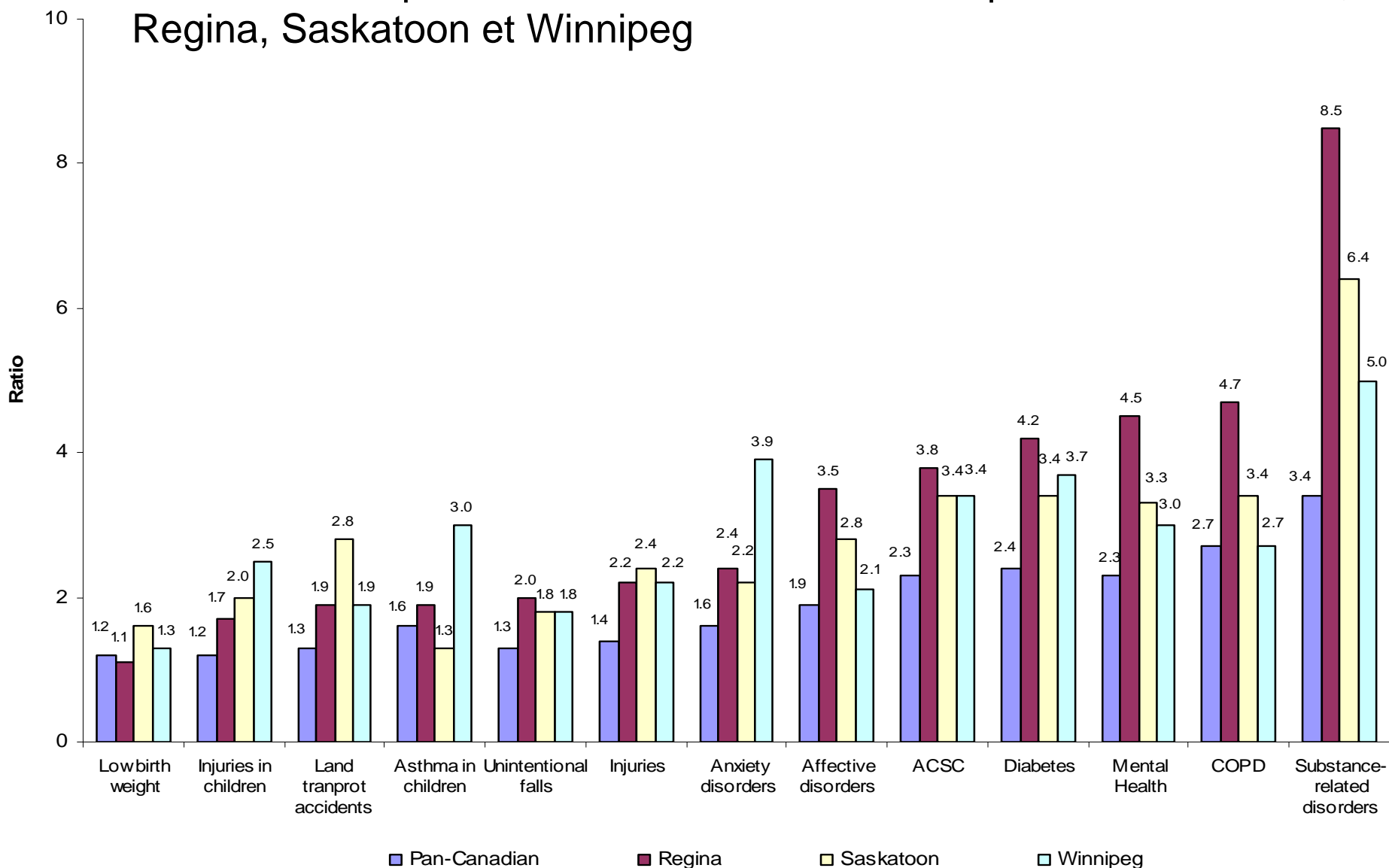
# Analyse des aires de diffusion à Saskatoon selon l'indice de défavorisation exprimé en quintiles





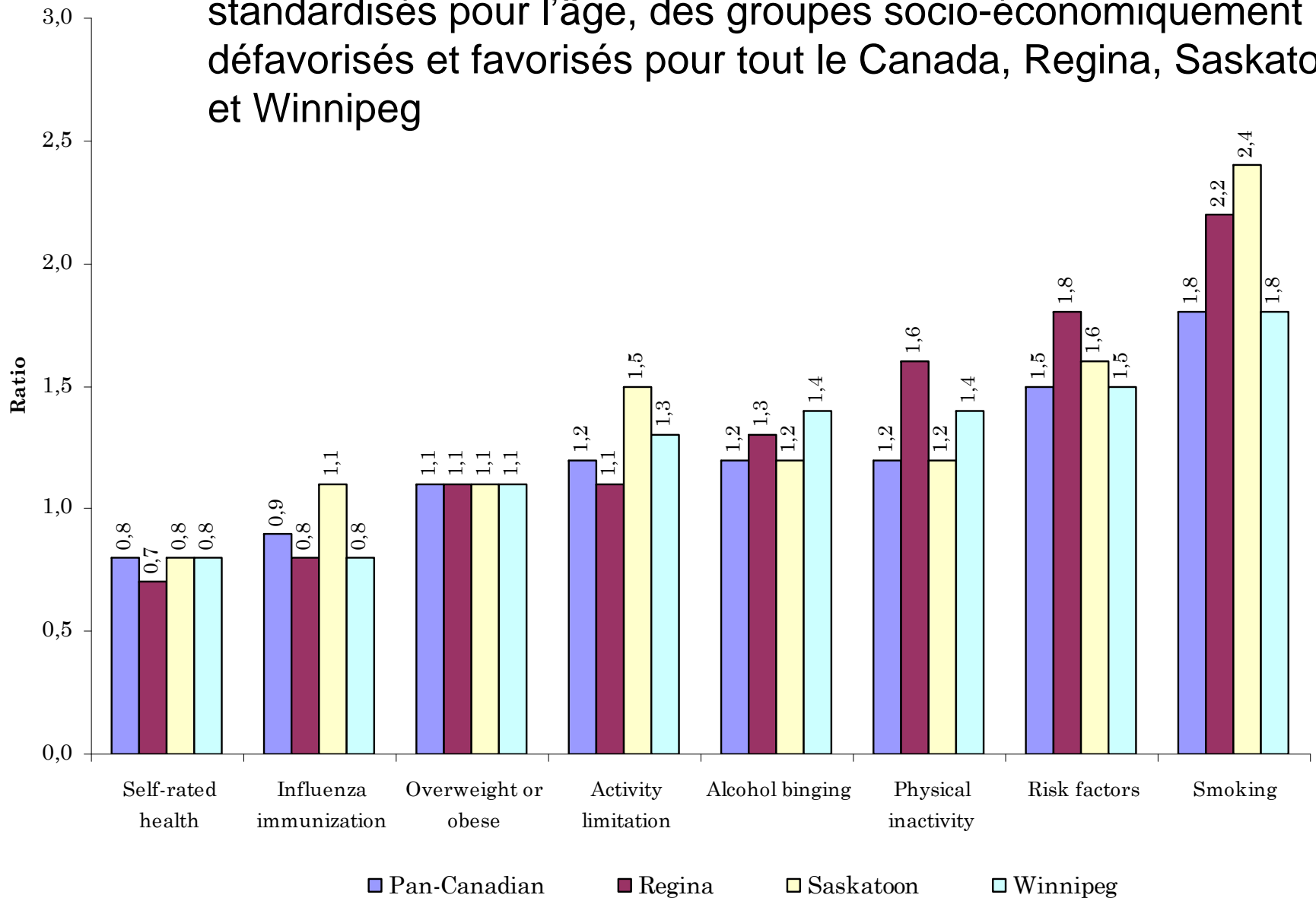
# Comparaison pancanadienne, de Regina, de Saskatoon et de Winnipeg

# Ratio des taux d'hospitalisation standardisés pour l'âge des groupes socio économiquement défavorisés et favorisés pour tout le Canada, Regina, Saskatoon et Winnipeg



Source : présentation du RQHR sur l'étude de l'ISPC

# Ratio des pourcentages auto rapportés relatifs à la santé, standardisés pour l'âge, des groupes socio-économiquement défavorisés et favorisés pour tout le Canada, Regina, Saskatoon et Winnipeg



# HEALTH DISPARITY IN SASKATOON



Analysis to Intervention

Dr. Mark Lemstra

Senior Epidemiologist  
Saskatoon Health Region

Dr. Cory Neudorf

Chief Medical Health Officer  
Saskatoon Health Region

# Introduction

En 2006, la région sanitaire de Saskatoon a mené une étude sur les disparités en matière de santé selon le revenu du quartier et a découvert des disparités importantes entre six quartiers à faible revenu et le reste de Saskatoon.

Plus de 200 présentations sur l'application des connaissances et consultations auprès de la communauté ont eu lieu après la publication de l'étude initiale.

Il y a également eu plusieurs annonces d'initiatives régionales et provinciales.

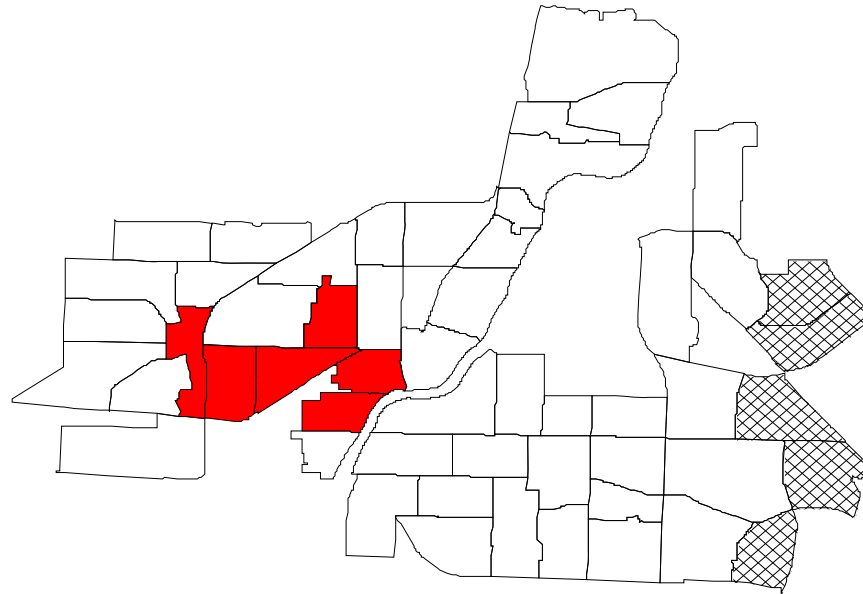
## **Ceci a conduit à davantage de recherches locales et nationales :**

- **2 métras analyses (SSE et santé, comportement à risque)**
- **9 articles de recherche recensant les variables indépendantes associées aux disparités en matière de santé pour Saskatoon**
- **Recension de 10 000 résumés et articles sur les options politiques basées sur des données probantes**
- **Sondage aléatoire de 5000 résidants de Saskatoon**
- **100 présentations à la communauté avec possibilité de formuler des commentaires avant la diffusion**
- **Rapport de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)/ (RCSU) sur la santé en région urbaine et la pauvreté**




# Objectifs du rapport sur Saskatoon novembre 2008

- Décrire l'ampleur des disparités en matière de santé à Saskatoon
- Déterminer les principaux facteurs des disparités à Saskatoon
- Discuter des données probantes des autres territoires de compétence sur les choix politiques et établir la correspondance avec les niveaux de soutien public

# Saskatoon neighbourhood analysis boundaries, excluding industrial and development areas, 2005



## Legend

-  Affluent neighbourhoods
-  Rest of Saskatoon
-  Low income neighbourhoods

# Le revenu et la santé, quelques résultats

Comparés aux résidents de Saskatoon à revenu élevé, ceux qui ont un faible revenu ont :

- 1458 % plus de risques de faire une tentative de suicide
- 1389 % plus de risques d'avoir le chlamydia
- 1186 % plus de risques d'être hospitalisé pour cause de diabète
- 3360 % plus de risques d'avoir l'hépatite C
- 1549 % plus de risques de grossesse à l'adolescence
- 448 % plus de risques que leur bébé meure avant l'âge d'un an
- Taux de vaccination de 46 % comparé à 95 % chez les résidents à revenu élevé

# Résumé des données de l'enquête

- 5000 répondants dans Saskatoon et dans les alentours avec une représentation du noyau central de la ville (y compris des entrevues avec des sans-abri et ceux qui n'avaient pas le téléphone), du reste de Saskatoon et des résidents ruraux
- Taux de réponse : 62 %. Représentatif de l'âge, du revenu, du quartier, de la culture.  
F légèrement > à H.

# Résumé des données de l'enquête

- 80 % des gens sont d'accord sur le fait que les pauvres sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé que les riches
- Cependant, ils ont tendance à supposer que cela concerne uniquement les tentatives de suicide, le diabète, le VIH/IST, alors qu'ils pensent qu'il n'y a pas de différence pour les maladies mentales, les blessures, les cardiopathies, les problèmes respiratoires, les ACV et le cancer
- Si l'état de santé diffère selon le revenu, ils pensent que « le niveau acceptable » serait :
  - 0 %            49 % des gens
  - 10 %           12 % des gens
  - 25 %           17 % des gens
  - 50 %           20 % des gens
  - >100 %       4 % des gens

## *Disparités de revenus à Saskatoon*

- **17,1 % des résidents de Saskatoon vivent sous le seuil de faible revenu (SFR)**
- **20,1 % des enfants de moins de 18 ans vivent sous le SFR**
- **26,3 % des enfants âgés de 0 à 2 ans vivent sous le SFR**

# *Exemples d'options basées sur des données probantes*

## **A. Fixer des objectifs mesurables de réduction de la pauvreté, p. ex. :**

- Réduire la pauvreté des enfants de 20 % à 2 % en cinq ans
- Réduire la pauvreté de tous les résidents de 17 % à 10 % en cinq ans
- En Irlande, l'objectif était de réduire la pauvreté de 15 à 10 %. En l'espace de 4 ans, le taux est tombé à 5 %. En fixant un but et en augmentant les paiements d'aide sociale, les initiatives relatives à l'éducation et les programmes d'employabilité

## *Exemples d'options basées sur des données probantes, suite*

### **B. S'assurer qu'aucun enfant ne vit dans la pauvreté, p. ex. :**

- On devrait doubler les allocations-logements et les allocations aux adultes des parents qui reçoivent des prestations d'aide sociale afin que les enfants ne soient plus sous le SFR. Par exemple, un parent unique avec 2 enfants reçoit 725 \$ par mois des services sociaux pour le logement, la nourriture, l'habillement, etc.
- La stratégie fondamentale de la réduction de la pauvreté au R-U, en Suède et au Québec a été d'accorder la priorité aux enfants

## *Exemples d'options basées sur des données probantes, suite*

### **C. Créer un plan de protection contre la pauvreté des enfants**

➤ Grâce au régime de pension du Canada, seulement 6 % des personnes âgées vivent dans la pauvreté au lieu de 58 %

Diverses options de financement sont disponibles, p. ex. :

➤ l'exemption de 500 000 résidents, 6 \$ de la part de chaque travailleur et 5 \$ de chaque entreprise par semaine financeraient entièrement le plan de protection contre la pauvreté. Avec ce plan, chaque enfant se situerait 1 \$ au-dessus du seuil de la pauvreté

## *Exemples d'options basées sur des données probantes, suite*

### **D. Éliminer la récupération des revenus issus du travail**

- **Au dessus de 125 \$, chaque dollar gagné par un parent est déduit des prestations d'aide sociale**
- **Dans 2 provinces canadiennes et 3 États américains, l'initiative la plus efficace pour promouvoir le retour au travail a été les suppléments de revenus du travail (coût pour le gouv. = 110 \$ par requérant, mais le rendement = 2405 \$ par an)**
- **Le Québec élargit cette initiative de 100 000 personnes à 536 000 ménages à revenus faibles ou moyens**

## *Exemples d'options basées sur des données probantes, suite*

### **E. Changer la limite inférieure de l'exonération fiscale**

- Pour compenser la perte de revenu, éliminer la limite inférieure pour les personnes à revenu élevé
- Au R-U, les crédits d'impôt (ainsi que la modification du salaire minimum) ont permis à 800 000 enfants de sortir de la pauvreté. De plus, le R-U a le taux d'emploi de plus élevé et le taux de chômage le plus faible des pays du G8

## *Soutien de la part de la communauté*

**Sondage auprès de 5000 résidents :**

- **83,8 % appuient les programmes d'intervention précoce pour les enfants (c.-à-d. la réduction de la pauvreté)**
- **84,1 % appuient les suppléments de revenu du travail**

L'iniquité des revenus et la santé, est un enjeu majeur. La santé des membres de la société n'est pas basée sur la richesse globale, mais plutôt sur l'égalité de la répartition de cette richesse grâce aux impôts et aux transferts (BMJ, 1996).

## 2. L'éducation et la santé

Comparés aux résidents de Saskatoon ayant un niveau de scolarité élevé, ceux dont le niveau de scolarité est inférieur au secondaire ont :

- 55 % plus de risques de faire du diabète
- 30 % plus de risques d'avoir des idées suicidaires
- 141 % plus de risques de souffrir de maladies cardiaques
- 40 % plus de risques de fumer quotidiennement

## *Disparités relatives à l'éducation à Saskatoon*

- Environ 690 enfants de moins de 19 ans ne fréquentent pas l'école à Saskatoon
- 10,7 % de tous les adultes âgés de 20 à 24 ans n'ont pas de diplôme d'études secondaires et ne fréquentent pas l'école
- 48 % des adultes autochtones de 20 à 24 ans n'ont pas de diplôme d'études secondaires et ne fréquentent pas l'école

## *Exemples d'options basées sur des données probantes, suite*

### **A. Augmenter le soutien aux écoles ancrées dans les communautés**

- **Fournir des services sociaux et de santé dans les écoles ancrées dans les communautés afin de prévenir le décrochage, d'encourager la réussite scolaire, d'augmenter le taux d'obtention de diplôme et d'améliorer la santé globale de la population.**
- **La recherche démontre que les enfants qui ont accès à des centres de santé situés dans l'école sont plus susceptibles de continuer à l'école, la fréquentent plus assidument et obtiennent un diplôme tout en améliorant leur santé.**

## *Exemples d'options basées sur des données probantes, suite*

### **B. Changer l'âge légal de l'abandon scolaire**

- Faire passer de 16 à 18 ans l'âge auquel un jeune peut légalement cesser de fréquenter l'école à moins d'avoir déjà obtenu un diplôme d'études secondaires.

#### **Explication :**

Il s'agit de la même loi que celle qui vient d'être adoptée au Nouveau-Brunswick.

## *Exemples d'options basées sur des données probantes, suite*

### **C. Plafonner les augmentations des dépenses relatives aux traitements**

- **Plafonner la croissance annuelle à 5 % au lieu de 10 % afin de redistribuer les ressources pour les allouer à des activités comme l'éducation.**
- **Le Japon a les meilleurs résultats au monde en matière de santé bien que ses dépenses en la matière soient les moins élevées (7 % du PIB, au lieu de 14,5 % aux États-Unis). Au Japon, le fait d'avoir limité les coûts des traitements a permis d'allouer plus d'argent au développement intellectuel, ce qui s'est traduit par une amélioration de la santé.**
- **Les autres options sont d'augmenter les revenus générés pour allouer plus d'argent aux programmes dans d'autres domaines tout en continuant à investir dans la santé. Pour ce faire, il faut un dialogue et du soutien public. D'autres pays ont fait ce choix de société, mais les Canadiens détestent les augmentations d'impôt.**

# *Soutien de la part de la communauté*

**Sondage auprès de 5000 résidents :**

- **82 % sont pour une augmentation des programmes de promotion de la santé (promotion de la santé à l'école)**
- **66 % sont pour une augmentation des garderies et des programmes préscolaires subventionnés**
- **82,3 % sont pour une augmentation de l'enseignement industriel et technique**
- **41,3% sont pour le transfert des coûts des traitements aux activités qui permettent d'améliorer la santé comme l'éducation**
- **10 % sont pour l'augmentation des impôts**

**« Une société qui dépense tant d'argent pour la santé qu'elle ne peut ou ne veut pas consacrer des sommes adéquates à d'autres activités permettant d'améliorer la santé risque en fait d'aggraver la santé de sa population » (Evans, 1994).**

### **3. L'emploi et la santé**

**Comparés aux adultes qui travaillent, les adultes de Saskatoon qui ne travaillent pas ont :**

- 132 % plus de risque de faire du diabète**
- 272 % d'avoir une maladie cardiaque**
- 133 % de souffrir d'hypertension artérielle**

## *Les disparités en matière d'emploi à Saskatoon*

- En 2007, le taux de chômage des Autochtones était de 17,6 % comparé à 4,4 % pour les autres résidents
- Les résidents autochtones représentent 15 % de la population générale; mais seulement 8,3 % de la fonction publique et 2,5 % de la main-d'œuvre professionnelle

## *Exemples d'options basées sur des données probantes, suite*

### **A. Davantage d'emplois pour les peuples autochtones**

- La représentation autochtone dans la fonction publique et dans les postes de direction devrait passer à 15 %
- Le plan irlandais - fournir de la formation puis de l'emploi ciblé aux groupes marginalisés (20 % des emplois réservés aux résidents dans les quartiers à faible revenu). Leur objectif sur 10 ans était de faire passer le taux de chômage de 11,3 % à 6 % grâce à la formation et à l'emploi ciblé. Au bout de 4 ans, le taux de chômage était de 4 %

## *Exemples d'options basées sur des données probantes, suite*

### **B. L'aide sociale : une transition vers le travail**

- Les États-Unis ont rendu obligatoire le retour au travail après deux ans de prestations d'aide sociale et en cessant toutes les prestations après 5 ans. 50 % des prestataires sont retournés au travail, mais 50 % n'y sont pas retournés.
- La solution de rechange saskatchewannaise serait de majorer les prestations pour l'éducation, la formation professionnelle et l'emploi pendant cinq ans. Le client recevrait l'ancien montant d'aide sociale (plutôt que de cesser de recevoir des allocations) s'il n'a pas réussi à retourner au travail au bout des cinq ans.

# *Soutien de la part de la communauté*

**Sondage auprès de 5000 résidents :**

- **67,5 % appuient les programmes d'équité en emploi**
- **71,3 % sont pour l'augmentation du salaire minimum**
- **82,3 % sont pour l'augmentation des subventions pour l'enseignement industriel et technique**

**« On dit que pour évaluer une société, il faut de regarder ce qu'elle fait pour les moins bien nantis »  
(Waiser, 2005).**

### 3. Le logement et la santé

#### *Disparités en matière de logement à Saskatoon*

- En 2006, 2150 personnes étaient inscrites sur une liste d'attente pour un logement abordable
- Il manque 5900 logements abordables
- 6400 sans-abris (voir la définition)

## *Exemples d'options basées sur des données probantes, suite*

### **A. Élargir les initiatives de logement abordable**

- **Le gouvernement provincial pourrait acheter 20 immeubles résidentiels abandonnés, les rénover et en transférer la propriété aux autorités régissant les logements à but non lucratif**
- **En Colombie-Britannique, le logement destiné aux sans-abris a permis d'économiser 17 895 \$ par personne par an en coûts divers (coûts de santé, de services sociaux et coûts correctionnels inclus)**
- **L'intégration des logements supervisés aux services de santé de San Francisco s'est traduite par une baisse de 58 % du recours aux salles d'urgence, le nombre de jours d'hospitalisation a diminué de 57 % et on a presque réussi à éliminer les services d'hébergement en santé mentale**

## *Soutien de la part de la communauté*

**Sondage auprès de 5000 résidents :**

➤ **68,8 % appuient l'augmentation du nombre de logements de qualité subventionnés destinés aux adultes n'ayant pas d'enfants**

➤ **74,9 % appuient l'augmentation du nombre de logements de qualité subventionnés destinés aux adultes ayant des enfants**

**« Je n'ai pas besoin d'en dire plus : si on ne s'occupe pas de la question du logement, il est peu probable qu'une réforme provinciale de la santé mentale, quelle qu'elle soit, ait des répercussions sur le problème de l'augmentation des maladies mentales dans la société. » (Kirby Senate Report, 2006).**

## 4. Le statut d'Autochtone et la santé

- De nombreuses études canadiennes indiquent que le statut d'Autochtone est le principal facteur de risque pour essentiellement tous les problèmes de santé et les comportements à risque. Le problème des simples statistiques de base est qu'elles donnent l'impression qu'on ne peut pas prévenir les disparités en matière de santé au sein de notre population autochtone
- Chez les Premières nations, l'espérance des hommes est des femmes est respectivement inférieure de 7,4 ans à celle des autres Canadiens et de 5,2 ans à celle des autres Canadiennes

# *Le statut d'Autochtone et la santé à Saskatoon*

- Après avoir contrôlé pour les autres facteurs, le statut d'Autochtone n'a plus de lien statistiquement significatif avec la mauvaise santé auto déclarée, la prévalence du diabète, des maladies cardiaques, le faible de taux de vaccination des enfants, l'humeur dépressive et la consommation d'alcool
- En tenant compte d'autres variables, le statut d'Autochtone a un lien statistique significatif avec l'idéation suicidaire, la consommation quotidienne de cigarettes et de marijuana, bien que ces liens soient considérablement réduits

## *Exemples d'options basées sur des données probantes, suite*

### **A. L'autodétermination des Autochtones**

- La Commission royale sur les peuples Autochtones a conclu que l'autonomie gouvernementale était la solution permettant de mettre fin au cycle de la pauvreté et du désespoir
- En Colombie-Britannique, le taux de suicide des jeunes des Premières nations âgés de 15 à 24 ans était de 108,4 par 100 000. Si une communauté située dans une réserve avait un certain niveau d'autonomie gouvernementale, ce taux serait de 18,2 pour 100 000. Si elle avait du pouvoir en matière de revendication territoriale, d'éducation et de services de santé, le taux de suicide de ce segment de population serait de 0

# *Soutien de la part de la communauté*

**Sondage auprès de 5000 résidents :**

➤ **60,1 % sont pour davantage d'autodétermination chez les groupes Autochtones**

**« L'explication biologique des inégalités entre les groupes culturels est erronée, mais malheureusement, on ne nous fournit pas la bonne raison » (Diamond, 1999).**

## 5. Les soins de santé et la santé à Saskatoon

- La disponibilité du régime d'assurance maladie n'a pas éliminé les énormes disparités en matière de santé
- Les augmentations considérables des dépenses de santé en Saskatchewan – environ 10 % par an – n'ont pas diminué les disparités en matière de santé et ont très peu amélioré les services
- Rapport de l'ICIS – 20 % de toutes les dépenses de santé sont attribuables uniquement à la disparité des revenus. En conséquence, la Saskatchewan pourrait économiser environ 640 millions par an en dépenses de santé si elle parvenait à instaurer l'équité des revenus

# *Diminuer les disparités en matière de santé : le rôle du secteur de la santé – complications*

- Les groupes à faible revenu utilisent moins les services préventifs, même lorsqu'ils sont offerts sans coûts directs pour les utilisateurs
- Les groupes à faible revenu ont des besoins plus complexes et pourtant ils sont moins susceptibles de profiter d'une source de soins continus et de soignants qui connaissent leurs besoins
- Les groupes à faible revenu sont moins susceptibles de recevoir des soins optimaux
- Les groupes à faible revenu sont moins susceptibles d'être orientés vers un spécialiste
- Les systèmes médicaux et hospitaliers axés sur les soins et les crises épisodiques sont souvent incapables de traiter les besoins plus complexes et continus des populations à risque

## *Exemples d'options basées sur des données probantes, suite*

### **A. Faire de la diminution des disparités en matière de santé une priorité dans la région sanitaire de Saskatoon.**

- Il faut faire preuve de leadership pour réduire les disparités en matière de santé dans le secteur de la santé afin de faciliter les rôles de ce secteur et de soutenir la sensibilisation accrue et l'action politique dans les autres secteurs pour améliorer la santé

### **B. Intégrer la diminution des disparités dans tous les programmes et services de santé dans la région sanitaire de Saskatoon.**

- Le système de santé est un déterminant de la santé. Si les soins, les services et les programmes de santé publique ne sont pas centrés sur les besoins des personnes défavorisées, la population et la communauté, on risque d'augmenter les disparités en matière de santé plutôt que de les diminuer

## *Exemples d'options basées sur des données probantes, suite*

**C. Le nombre de ressources de santé dans les quartiers à faible revenu de Saskatoon devrait être proportionnel à la taille de la population et à son taux disproportionné de problèmes de santé. Des incitatifs de la part des gouvernements locaux et provincial peuvent être nécessaires.**

**Les autorités sanitaires devraient vérifier l'équité en matière de santé.**

**Les évaluations de l'impact sur la santé devraient servir à examiner les changements politiques potentiels à tous les paliers de gouvernement.**

## *Exemples d'options basées sur des données probantes, suite*

**D. La région sanitaire de Saskatoon devrait offrir des services complets et intégrés dans les quartiers pauvres de la ville, y compris des services de santé publique, de santé mentale, de toxicomanie et des soins primaires.**

Une composante de cette option a été présentée à l'option politique 15 – des services complets et intégrés dans les écoles ancrées dans les communautés.

Les disparités en matière de santé au Canada persistent chez les résidents socio économiquement défavorisés malgré leur utilisation généralement plus élevée des services de santé. Les importantes augmentations des dépenses globales consacrées à la santé n'ont pas réussi à diminuer les disparités. Les services doivent être accessibles et efficaces.

Aux Pays-Bas, le gouvernement a reconnu que les personnes ayant un SSE moins élevé avaient besoin d'une approche différente en matière de soins afin que leur état de santé soit comparable à celui des autres.

# *Soutien de la part de la communauté*

**Sondage auprès de 5000 résidents :**

➤ **82 % sont pour davantage de programmes de promotion de la santé (c.-à-d. la promotion de la santé à l'école)**

« Pratiquement dès le début de toute analyse, il devient évident que les nombreuses explications conventionnelles des déterminants de la santé - ou des raisons pour lesquelles certaines personnes sont en bonne santé et d'autres pas - sont au mieux sérieusement incomplètes, voire simplement erronées » (Evans, 1994).

# Options politiques basées sur des données probantes

- Il faut travailler en collaboration plutôt que de façon isolée
- Par exemple, l'objectif des mesures visant la stabilité des revenus à court terme et du logement est de fournir le soutien et la stabilité nécessaires pour permettre aux individus d'étudier à plus long terme et pour mettre en place des initiatives d'emploi afin d'offrir des chances de succès plus réalistes



## *Résumé des rapports*

**Solide soutien public envers plusieurs initiatives visant à diminuer les disparités sociales et en matière de santé à Saskatoon.**

**Un soutien public plus important envers les interventions destinées aux enfants.**

**Solide soutien des agences communautaires et du secteur des services à la recherche de solutions s'appliquant aux changements de politiques et de programmes.**

# Résumé

- **« Les différences systématiques en matière de santé jugées évitables grâce à des actions raisonnables sont tout simplement injustes. C'est ce qui s'appelle les iniquités en matière de santé... La diminution de ces iniquités... est un impératif éthique. L'injustice sociale tue les gens sur une très grande échelle. » (Marmot, 2008).**

# Dépasser les rapports pour diminuer les écarts

- Premier rapport (2006)
  - A servi à sensibiliser en utilisant des données locales
  - La communauté a répondu en demandant :
    - Des solutions
    - Une comparaison des résultats avec ceux des autres villes canadiennes
    - Un ciblage des investissements initiaux là où les besoins sont les plus criants
- Une coalition locale s'est efforcée de déterminer des objectifs et des initiatives communs au cours des dernières années. Les premiers domaines abordés sont :
  - Un modèle de prestation de services intersectoriel dans six écoles intermédiaires centrales (au début, axé sur les soins primaires, la promotion de la santé mentale et de l'activité physique)
  - Axé sur l'augmentation des choix en matière d'emploi dans les agences partenaires
  - Une augmentation des centres de services locaux (centres de santé primaire, services de loisir, épicerie, entreprises)
  - Modifier la façon dont nous desservons les individus des quartiers centraux (sensibilité culturelle, problèmes de transport, visites à domicile, prestations continues, faire participer les Anciens, etc.). Mettre sur pied des équipes visant l'équité en santé

# Dépasser les rapports pour diminuer les écarts

- Les rapports nationaux de 2008 fournissent le contexte
  - Présent dans toutes les régions urbaines canadiennes
  - Pire dans les Prairies
  - Effet de gradient
  - L'élan du changement est universel
- Analyses du rapport d'action 2008
  - Résume les résultats traitant des principaux facteurs de causalité
  - Recense les options politiques basées sur des données probantes qui ont réussi à réduire les écarts ailleurs
  - Suggère des façons de les appliquer à la Saskatchewan
  - Sollicite le soutien des agences, des groupes et des décideurs politiques afin qu'ils travaillent ensemble pour trouver des solutions

# Dépasser les rapports pour diminuer les écarts

## ■ Prochaines étapes en 2009

- Comité régional intersectoriel facilitant l'élaboration et l'adoption d'un plan d'action communautaire sur les déterminants sociaux de la santé
- Organisation de multiples forums publics, de groupes de discussions avec divers groupes d'intérêts pour connaître leurs opinions et leurs idées et parvenir à un consensus sur ce qui peut être fait immédiatement ou défendre l'action collective
- Opportunités d'appliquer les connaissances (comme celle-ci!) afin de sensibiliser le public et le soutenir
- Commencer à travailler avec la région sanitaire pour que le système de santé réagisse aux disparités en matière de santé en s'appuyant sur le modèle de vérification de la santé
- Continuer à faire un suivi régulier pour mesurer les progrès

# Que pouvons-nous faire?

- Nous recommandons une approche faisant intervenir tous les gouvernements pour régler ce problème. Faire en sorte que la réduction des écarts et l'équité jusqu'à l'âge de la majorité soient des objectifs fondamentaux.
  - P. ex., 3 domaines d'action prioritaire au Royaume-Uni :
    - Augmenter le soutien social et économique (revenu, éducation, etc.)
    - Améliorer l'accès des pauvres aux services de santé (surtout les soins primaires et les interventions ciblées portant sur les problèmes liés au mode de vie)
    - Aider les individus à améliorer leur mode de vie (faire en sorte qu'ils aient plus de facilité à faire des choix sains) Allen Johnson (Sec. d'État du Royaume-Uni) nov. 2008
- Énoncer clairement que fixer le taux de pauvreté dans un territoire de compétence constitue un choix politique
  - P. ex., « Le ministre des Finances peut choisir le niveau de pauvreté qui sera le nôtre » M. Marmot 2008
- Ne pas laisser les groupes d'intérêts décider en affirmant que « Ce n'est pas le bon moment »
  - Les plus grands progrès en matière d'espérance de vie au Royaume-Uni se sont produits pendant des deux décennies des guerres mondiales (la solidarité sociale qui a mené à l'État providence), la crise économique actuelle constitue donc une occasion. M.Marmot 2008

# Que pouvons-nous faire?

- Deux choses sont nécessaires pour modifier les iniquités en matière de santé :
  - Le soutien communautaire
  - La volonté politique
- La diminution des écarts est un impératif éthique et non une question partisane, mais il faut traduire cet objectif dans la langue qui sera comprise par les divers secteurs auxquels on s'adresse. Différentes idéologies peuvent appuyer différents éléments au sein d'une stratégie globale
- P. ex.,
  - Secteur des affaires – comment il en profitera sur le plan économique (diminution des coûts généraux), moral et éthique, stabilité, productivité et disponibilité de la main-d'œuvre
  - Communauté religieuse – problèmes de pauvreté et de justice sociale dans plus de 2000 versets de la Bible, rôle historique de l'église dans la découverte de solutions
  - Gouvernement – approches interministérielles, diminution globale des coûts gouvernementaux au fil du temps. Approche des politiques publiques favorables à la santé évaluation de l'impact sur la santé (QC), vérification de l'équité en matière de santé (R-U), examen de l'impact sur l'équité (É-U). Doit être un élément inclus dans toutes les plateformes des partis et doit faire partie d'une stratégie globale, pas des solutions individuelles avancées en silo
  - Problèmes du gouvernement Autochtone – la discrimination est un facteur sous-jacent, l'autodétermination est utile

# Dépasser les rapports pour diminuer les écarts

- Soutenir la recherche en cours – p. ex., les coûts de la pauvreté comparés aux interventions, les contributions relatives des divers déterminants, déterminer les disparités dans les régions rurales et urbaines et chez les groupes à risque particuliers, surveiller le soutien public
- Soutenir l'évaluation des interventions qui font l'objet d'un essai (efficacité et efficience)
- Promouvoir la production régulière de rapports sur les progrès – fiche de rendement, rapports répétés sur les disparités en matière de santé pour suivre la situation
- Promouvoir les mécanismes qui permettent les solutions interministérielles ou qui les favorisent
- Prendre conscience, éduquer les politiciens sur les causes et sur les solutions
- Adopter ce qui a fonctionné dans les autres provinces ou travailler avec celles-ci pour réclamer collectivement des changements à la politique fédérale
- Participer à la planification nationale et nord-américaine en réaction au rapport de la Commission de l'OMS
- Changer ce qu'on peut dans sa propre sphère d'influence (à la maison, au travail, dans le quartier, dans la communauté, etc.), aux niveaux local, provincial, national et mondial

# Remerciements

## Équipe de recherche

Ushasri Nannapaneni, Christina Scott, Tanis Kershaw, Wendy Sharpe, Norman Bennett, Josh Marko, Lynne Warren, Terry Dunlop and Gary Beaudin

## Financement

Les Instituts de recherche en santé du Canada pour leur bourse « Réduire les disparités en matière de santé à Saskatoon »