



La santé publique au 21^e siècle Réduire le coût des inégalités

Trevor Hancock, MBBS, M.Sc.S.

■ Cite as: *JAMC* 2018 janvier 22;190:3-92. doi: 10.1503/cmaj.171508

Le Dr Trevor Hancock est médecin spécialiste en santé publique de renommée internationale. Il a été l'un des créateurs du mouvement mondial Villes et villages en santé et a cofondé l'Association canadienne des médecins pour l'environnement et la Coalition canadienne pour un système de santé écologique. Il est rédacteur en chef de la Revue canadienne de santé publique. Il fait partie du comité éditorial de la revue *Cities & Health* et a été chroniqueur pour un quotidien de Victoria, en Colombie-Britannique. L'Association canadienne de santé publique a récemment souligné ses contributions exceptionnelles au vaste domaine de la santé publique en lui remettant le Prix R. D. Defries.

Le système de soins de santé livre quotidiennement une lutte sans merci pour gérer la maladie, dont l'énorme fardeau ne cesse de s'alourdir. Il revient à la santé publique d'alléger ce fardeau, c'est pourquoi tout investissement en santé publique est si précieux. Mais la santé publique est aussi vouée à réduire les inégalités en matière de santé. Sur le plan éthique, il y a bien sûr de bonnes raisons d'agir de la sorte – comme pays, nous croyons en l'équité et en la justice – mais sur le plan pratique également, car la pauvreté entraîne des coûts de santé faramineux.

Il existe plusieurs formes d'inégalités en matière de santé, mais je vais en aborder deux dont l'importance est fondamentale : les inégalités en matière de santé qui découlent de la pauvreté et celles qui affligent les peuples autochtones du Canada.

Une étude de Statistique Canada menée en 2011 sur l'espérance de vie à la naissance pour 2005-2007, selon les quintiles entre les voisinages (qui ont tendance à sous-estimer les différences), a observé que l'écart entre les groupes à revenus les plus faibles et les plus élevés s'établissait à 4,7 ans pour les hommes et 2,3 ans pour les femmes. Une étude menée à Hamilton, citée dans le rapport de l'AMC de 2013 *Les soins de santé au Canada : qu'est-ce qui nous rend malades?*, a pour sa part fait état d'un écart de 20 ans pour ce qui est de l'espérance de vie entre les secteurs de recensement les plus bas et les plus élevés.

La situation des peuples autochtones est encore pire, surtout celle des Inuits. En 2008, l'espérance de vie au Nunavik était de 16,7 ans de moins que celle de la population canadienne totale. Un rapport de 2010 de Statistique Canada sur la santé des autochtones précisait : « alors que l'espérance de vie de la population canadienne totale devrait atteindre 79 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes », en 2017, chez les peuples Métis et des Premières nations, elle serait de cinq à six ans de moins pour les hommes et de trois à cinq ans de moins pour les femmes, et pour le peuple inuit, elle serait de 15 ans de moins pour les hommes et de 10 ans de moins pour les femmes.

Face à cette situation profondément inéquitable, la santé publique est à la recherche de solutions en amont pour corriger les inégalités économiques, sociales et environnementales auxquelles certains Canadiens font face. Dans le cas des populations autochtones, nous étudions aussi l'impact

du colonialisme, du racisme et de ce que la Commission de vérité et réconciliation du Canada a qualifié de génocide culturel.

Il faudrait être très naïf pour s'imaginer que nous pouvons corriger toutes les inégalités, dont une partie du moins trouve son origine dans notre biologie, après tout. Ce que nous pouvons faire, c'est nous assurer qu'il n'y ait pas de pauvreté absolue, surtout dans un pays riche comme le Canada, et nous attaquer aux inégalités qui sont évitables.

Comme Kate Pickett et Richard Wilkinson l'ont expliqué dans leur ouvrage *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, le degré d'inégalité et la pente du gradient sont importants. Pour une vaste gamme de paramètres sanitaires ou sociaux plus larges mesurés dans différents pays, plus le degré d'inégalité était important, pires étaient les conséquences.

Cela rend la pauvreté très coûteuse. Une étude de 2008 sur les coûts de la pauvreté en Ontario a estimé ces derniers à une somme vertigineuse de 32 à 38 milliards de dollars par année pour les résidents ontariens. Les auteurs ont rappelé que cela équivaut à 5,5 %-6,6 % du produit intérieur brut provincial.

Inclus dans ce total se trouvent les coûts de santé additionnels de la pauvreté. Un rapport de 2016 de l'Agence de santé publique du Canada a indiqué que pour 2007-2008, les inégalités socioéconomiques en matière de santé ont coûté au système de soins de santé canadien « au moins » 6,2 milliards de dollars annuellement – et que cela ne concernait que les soins aigus lors d'hospitalisation, les médicaments d'ordonnance et les consultations médicales. Un rapport de 2015 de l'Institut canadien d'information sur la santé a conclu qu'en réduisant les inégalités en matière de santé liées au revenu, on pourrait obtenir des économies substantielles pour le système de santé.

On peut en effet prétendre que la pauvreté coûte si cher qu'on n'a pas les moyens de se l'offrir. C'est pourquoi vous constaterez que la santé publique appuie les peuples autochtones partout au Canada dans leur combat pour l'autodétermination et se joint à des groupes de lutte contre la pauvreté pour tenter d'éliminer la pauvreté chez les enfants, appliquer des stratégies de lutte contre la pauvreté et envisager un revenu garanti, ce que l'Ontario met actuellement à l'essai.

Le fardeau additionnel de la maladie attribuable à la pauvreté est une calamité sociale auto-infligée qui rend malade et qui tue, qui grève indument le budget de la santé et nous coûte à tous beaucoup d'argent. Alléger ce fardeau tombe sous le sens, tant aux plans éthique et sanitaire qu'économique.