

## Énoncé de position sur l'équité en santé du médecin hygiéniste en chef du Manitoba

Les écarts de santé observés entre les populations les moins en santé et les plus en santé au Manitoba sont considérablement influencés par les différences entre les facteurs socioéconomiques (revenu, éducation, emploi)<sup>(1)</sup> et par des déterminants structurels. Des améliorations importantes peuvent être réalisées sur le plan de la santé générale des Manitobains en réduisant, par les prises de décision concernant les politiques, les programmes et les services à tous les niveaux, le fardeau excédentaire de la maladie chez les populations socialement et économiquement désavantagées.

**L'équité en santé** « correspond au principe selon lequel tous les gens devraient pouvoir aspirer à un état de santé optimal et ne devraient pas être limités à cet égard en raison de leur race, de leur ethnicité, de leur religion, de leur sexe, de leur âge, de leur classe sociale, de leur situation socioéconomique ou de tout autre attribut social ». <sup>(2, p.2)</sup>

Atteindre l'équité en santé améliorera la santé de tous les Manitobains.<sup>(1)</sup>

**Les iniquités en matière de santé** sont les différences évitables et injustes entre les divers groupes de population, par exemple les écarts de santé observés entre les groupes à revenus élevés et à faibles revenus.<sup>(1, p.78)</sup>

### Le médecin hygiéniste en chef du Manitoba reconnaît que :

- ✧ Certaines populations connaissent un fardeau disproportionné de piètres résultats de santé et ont une espérance de vie plus courte. Ces populations comprennent les personnes autochtones, les nouveaux arrivants et les réfugiés, les minorités visibles, les personnes vivant dans la pauvreté, les personnes handicapées et celles qui vivent une situation de chômage prolongé, sont sans abri ou sont marginalisées sur le plan économique et social.<sup>(3-5)</sup>
- ✧ Les Premières Nations, les Métis et les Inuits font face à des écarts de santé persistants qui résultent d'expériences traumatisantes historiques et actuelles liées au racisme et à la colonisation.
- ✧ Les gouvernements consacrent une part importante de leur budget (plus de 40 pour cent dans la plupart des provinces et territoires) au système de soins de santé, l'essentiel étant alloué aux soins de courte durée ou hospitaliers. Des sommes proportionnellement moindres sont consacrées aux services de prévention et d'intervention précoce, notamment à la santé publique et aux soins de santé primaires.<sup>(6)</sup>
- ✧ Seuls 25 pour cent des résultats de santé globaux sont influencés par le système de soins de santé et ses services. Ce sont d'autres facteurs, connus sous le nom de « déterminants sociaux de la santé », qui contribuent à au moins 60 pour cent de l'état de santé des populations.<sup>(6)</sup>

Les **déterminants sociaux de la santé** sont les conditions dans lesquelles les personnes naissent, vivent, grandissent, apprennent, travaillent, s'amuse et vieillissent - par exemple le logement, l'alimentation, le revenu, les milieux naturels et le cadre bâti, le filet de protection sociale et l'inclusion sociale.<sup>(7)</sup>

- ✧ Ces déterminants sociaux de la santé sont inégalement distribués au sein des groupes de population dans notre société. Des relations inéquitables et injustes, telles que le colonialisme, la discrimination, le racisme et l'inégalité de genre, ont autant d'influence sur les déterminants sociaux de la santé que les facteurs structurels comme les politiques et programmes sociaux, les modalités économiques et les stratégies politiques.<sup>(5)</sup>

**Le médecin hygiéniste en chef du Manitoba affirme que :**

- ✧ La santé est reconnue mondialement comme un droit humain.<sup>(8)</sup>
- ✧ La santé est une responsabilité partagée puisque la plupart des facteurs qui ont une influence sur la santé des populations ne font pas partie du mandat habituel des ministères provinciaux de la Santé et des organismes de services de santé.<sup>(1)</sup>
- ✧ La santé d'une population et les écarts de santé entre les groupes de population ont des conséquences profondes sur les budgets des systèmes de santé et sur la viabilité à long terme du système de soins de santé.
- ✧ Combler les écarts d'équité en santé est réalisable par des interventions en amont sur les déterminants sociaux de la santé.
- ✧ Le fait de considérer l'équité en santé comme une composante essentielle de la politique gouvernementale améliorera les résultats de santé. Des occasions importantes se dessinent lorsque le travail des ministères de la Santé est renforcé par une action concertée d'autres ministères. « La santé dans toutes les politiques » propose une démarche qui tient compte des conséquences pour la santé des politiques publiques de tous les secteurs.<sup>(1, 5, 9,10)</sup>
- ✧ Les décisions en matière de politiques exigent des évaluations de l'incidence sur l'équité en santé, afin d'optimiser les effets positifs et de minimiser les effets négatifs. L'évaluation de l'incidence sur l'équité en santé représente un outil pour éclairer ces décisions.

Le ministère de la Santé est responsable :

- d'examiner ses propres actions et les effets en aval sur la santé, voulus ou involontaires, des décisions stratégiques, en partenariat avec les groupes autochtones et de la société civile;
- d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé en ciblant les populations structurellement défavorisées notamment de faire rapport sur le rendement des systèmes de santé selon la race ou l'ethnicité, y compris le statut d'Autochtone auto-identifié;
- de travailler, comme le prévoit la Loi sur la réconciliation, avec les partenaires autochtones pour répondre aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation en matière de santé, notamment fixer des cibles pour fournir des renseignements sur la transformation du système de santé et rendre compte des progrès annuellement;
- de conseiller les décideurs en ce qui concerne les politiques publiques et les interventions qui affectent la santé des populations et les résultats d'équité en santé. Cela inclut le fait d'aider les autres ministères et secteurs à tenir compte des effets sur la santé (intentionnels ou non) de leurs décisions stratégiques.

Tous les gouvernements, le fédéral, les provinces et les municipalités, sont responsables :

- d'intégrer une perspective d'équité à la planification stratégique, ainsi qu'à l'élaboration et l'évaluation de politiques, programme et services publics, pour que les considérations d'équité fassent partie du travail quotidien;<sup>(11, 12)</sup>
- d'inclure dans les politiques des considérations relatives à l'équité en santé et aux déterminants sociaux de la santé et de travailler en collaboration avec les autres ministères (dans une optique de « santé dans toutes les politiques »);
- de se baser sur les données des populations actuelles et d'accroître les occasions de ventiler ces données en fonction des caractéristiques sociales, pour permettre de comparer les groupes de population plus défavorisés et plus privilégiés, et le gradient social observé;

- de mettre en œuvre les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation et de rendre compte des progrès annuellement.<sup>(13)</sup>

En résumé, les méthodes qui sont le plus susceptibles d'améliorer effectivement la santé globale de la population et de combler les écarts d'équité en santé sont les mesures préventives en amont, qui se concentrent sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux contribuant à la santé des populations qui portent le fardeau de la maladie le plus lourd, et visant la réduction des déterminants structurels de l'iniquité.

## Références

1. Médecin hygiéniste en chef du Manitoba. L'état de santé des Manitobains [Internet] Winnipeg (Manitoba). Gouvernement du Manitoba, Santé, Vie saine et Aînés, 2015. Document pouvant être consulté à : <https://www.gov.mb.ca/health/cppho/docs/hehp.fr.pdf>.
2. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. L'équité en santé, Parlons-en [Internet] 2013 [cité le 28 mars 2018]. Document pouvant être consulté à : [http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lequite\\_en\\_sante\\_Parlons-en\\_2013.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lequite_en_sante_Parlons-en_2013.pdf).
3. Martens PF, Brownell M, Au W, Macwilliam L, Prior H, Schultz J, et al. Health inequities in Manitoba: Is the socioeconomic gap widening or narrowing over time. Winnipeg, Manitoba Centre manitobain des politiques en matière de santé, 2010.
4. Wilkinson RG, Pickett K. The spirit level - Why more equal societies almost always do better. London, UK: Allen Lane, 2009.
5. Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération : Instauration de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé [Internet]. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé (OMS). Document pouvant être consulté à : [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/fr](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr).
6. Association médicale canadienne. Équité en santé et déterminants sociaux de la santé [Internet]. Ottawa (Ontario) : Journal de l'Association médicale canadienne [cité le 28 mars 2018]. Document pouvant être consulté à : <https://www.cma.ca/fr/pages/health-equity.aspx>.
7. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Glossaire français des principaux termes sur l'équité en santé 2014. Document pouvant être consulté à : <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/english-glossary-of-essential-health-equity-terms>.
8. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Organisation mondiale de la santé. Le droit à la santé [Internet]. Genève, Suisse : HCNUDH et OMS, 2008. Document pouvant être consulté à : [https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31\\_fr.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf).
9. OCDE. Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE Paris : Publication de l'OCDE, 2017. Document pouvant être consulté à : [https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017\\_health\\_glance-2017-fr](https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr).
10. Organisation mondiale de la santé. Health in all policies: Seizing opportunities, implementing policies [internet].2013. Document pouvant être consulté à : <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-in-all-policies-seizing-opportunities,-implementing-policies-2013>.
11. Shankardass K., Solar O., Murphy K., Freiler A., Bobbili S., Bayoumi A., et al. Getting started with health in all policies: A resource pack. A report to the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care [Internet]. 2011 [cité le 28 mars 2018]. Document pouvant être consulté à : <http://stmichaelshospitalresearch.ca/research-programs/urban-health-solutions/resources-and-reports/getting-started-with-health-in-all-policies-a-resource-pack/>.
12. Povall S, Haigh F, Abrahams D, Scott-Samuel A. Health equity impact assessment: Project report. End of grant report to LivHIR Institute [Internet]. 2010 [cité le 28 mars 2018]. Document pouvant être consulté à : [https://www.liverpool.ac.uk/media/livacuk/instituteofpsychology/HEIA\\_Project\\_Report\\_FINAL\\_-\\_20\\_July\\_2010a\\_\(2\).pdf](https://www.liverpool.ac.uk/media/livacuk/instituteofpsychology/HEIA_Project_Report_FINAL_-_20_July_2010a_(2).pdf).
13. Loi sur la réconciliation 2015-2016 [sur Internet], Winnipeg (Manitoba) Assemblée législative du Manitoba [cité le 29 mars 2018]. Document pouvant être consulté à : <https://web2.gov.mb.ca/bills/40-5/b018f.php>.