



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé



L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

PARLONS-EN

FAIT PARTIE DE LA SÉRIE « PARLONS-EN »

QU'EST-CE QUE **L'ÉQUITÉ** EN SANTÉ?

La poursuite de l'équité en santé est aujourd'hui un objectif de santé publique mondial.¹ 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.²

L'équité en santé « implique la répartition équitable des ressources nécessaires pour assurer la santé, l'accès équitable aux possibilités offertes et le soutien équitable offert en cas de maladie » (p. 5) (traduction libre).² Tout en visant l'amélioration de l'état de santé de toutes les populations, la poursuite de l'équité en santé cherche à réduire le fardeau de plus lié au mauvais état de santé que subissent les groupes désavantagés sur les plans social et économique.²

QU'EST-CE QUE **L'INIQUITÉ** EN SANTÉ?

Par iniquités en santé, on entend les aspects sociaux, économiques, démographiques ou géographiques qui marquent les différences sanitaires entre les groupes de population et qui sont injustes et évitables.³

INIQUITÉ ÉGALE DÉSAVANTAGES

Les facteurs sociaux et économiques interreliés qui influencent la santé des populations – les déterminants sociaux de la santé – sont tels que les gens moins scolarisés, consommant des aliments de moins bonne qualité, habitant un logement inadéquat ou autrement défavorisés sont en moins bonne santé et vivent moins longtemps.^{1,4} Ces groupes défavorisés sur le plan socioéconomique sont rendu vulnérables « par les structures sociales sous-jacentes et les institutions politiques, économiques et juridiques » (p. 96) (traduction libre).⁵ Les variantes qui en découlent dans l'état de santé sont enracinées dans des relations sociales inégales, comme l'inégalité entre les sexes, le racisme et l'exclusion sociale et économique.

LE GRADIENT SOCIAL DE SANTÉ

À tous les échelons, les personnes disposant de moins de ressources sont en moins bonne santé que les personnes ayant un statut socioéconomique plus élevé.

SANTÉ



EXEMPLES D'INIQUITÉS EN SANTÉ AU CANADA

L'ESPÉRANCE DE VIE varie d'une région sanitaire à l'autre, allant de 71 ans à son plus bas, à 85 ans à son plus haut. Les régions sanitaires dont l'espérance de vie est la moins élevée accusent en général des taux de chômage à long terme plus élevés, ont des populations autochtones plus nombreuses, sont situées dans les régions rurales ou éloignées, présentent un faible taux de diplômés des niveaux secondaire et universitaire et ont de petites populations d'immigrants.¹⁰ L'espérance de vie varie également du point de vue géographique au sein des villes. À Montréal, on a constaté un écart de 11 ans entre les quartiers les plus riches et les plus pauvres.¹¹

LES TROIS CARACTÉRISTIQUES DE L'INIQUITÉ EN SANTÉ :²



Iniquités systématiques

La nature systématique des iniquités en santé se présente sous forme graduelle ou linéaire : on observe un gradient dans l'ensemble de la société, et non seulement entre les gens les plus et les moins en santé.⁶ Cela veut dire que les différences de santé ne sont pas aléatoires, mais suivent un schéma dans les populations : les personnes jouissant d'une situation sociale plus élevée ont tendance à être en meilleure santé que celles qui proviennent d'une classe sociale moins élevée.



Les iniquités évitables

Les iniquités en santé ne sont pas le résultat des différences biologiques naturelles. Elles résultent de la façon dont les sociétés répartissent les ressources et les possibilités. Les iniquités en santé sont produites socialement. Elles sont donc évitables au moyen de mesures collectives mises de l'avant par des individus, des organismes, des entreprises, des collectivités et tous les paliers de gouvernement.^{2,7}



Les iniquités injustes

L'iniquité en santé est un concept qui exprime un jugement moral ou normatif sur les différences injustes ou qui découlent de principes injustes en matière de santé.⁸ L'équité en santé repose sur l'engagement envers la justice sociale et les droits fondamentaux de la personne comme l'accès à de l'eau potable, à de la nourriture, à l'éducation et aux soins de santé.⁹ L'équité traduit un principe d'éthique qui suppose que la répartition des ressources doit se faire en fonction des besoins et non des avantages ou désavantages sociaux sous-jacents – c'est-à-dire, la richesse, le pouvoir et le prestige.⁷

« *l'injustice sociale tue
à grande échelle.* »

Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation:
Health equity through action on the social determinants of health. Pg 26

LE TAUX DE MALADIE ET LA PRÉVENTION DES MALADIES sont liés au revenu. Par exemple, le diabète de type 2 est quatre fois plus fréquent parmi les groupes de Canadiens ayant un faible revenu.¹² Le taux d'immunisation des enfants des six quartiers les plus pauvres de Saskatoon se situe à environ la moitié de celui des enfants des quartiers les mieux nantis.¹³

FAIRE LA DIFFÉRENCE ENTRE L'INIQUITÉ ET L'INÉGALITÉ

Dans le secteur de la santé publique, on utilise certains termes pour décrire les différences de santé entre les groupes de population. Les termes inégalités en santé et disparités en santé renvoient aux différences mesurables dans l'état de santé.⁸ Par inégalité, on entend les différences entre les individus et les groupes de population. Certaines différences sont le résultat de facteurs biologiques ou génétiques : par exemple, les adultes plus vieux ont tendance à être en moins bonne santé que les plus jeunes en raison du processus de vieillissement naturel.² Toutefois, la majorité des inégalités en santé entre les groupes de population reflètent une répartition injuste des conditions sociales et économiques sous-jacentes requises pour assurer une bonne santé.⁸ On réfère fréquemment à ces différences en santé comme étant les iniquités en santé ou les inégalités créées par la société.^{11,16,17}

Hofrichter et Bhatia¹⁸ soutiennent que « l'utilisation du terme disparité en santé au lieu d'iniquité en santé donne l'impression que l'injustice n'a rien à voir avec le problème et qu'il s'agit simplement d'une différence » (p. 19) (traduction libre). Ces chercheurs, et bien d'autres, préfèrent utiliser le terme « iniquité en santé » pour désigner les sous-ensembles d'inégalités créées par la société.^{5,8,19} Par ailleurs, Whitehead et Dahlgren² affirment que dans plusieurs pays, particulièrement en Europe, la distinction entre l'inégalité en santé et l'iniquité en santé tend à disparaître, faisant de ces deux termes des synonymes.

ADOPTER UNE APPROCHE REFLÉTANT L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Pour promouvoir l'équité en santé, on doit améliorer les conditions de vie qui favorisent la santé et les systèmes sociaux, économiques et de santé sur lesquels on peut compter en cas de maladie. En outre, il est essentiel de lutter contre la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources si l'on veut améliorer l'équité en santé.¹

Pour adopter une approche d'équité en santé, les praticiens, les responsables de l'élaboration des politiques, les chercheurs et les organismes doivent transformer leur façon de travailler.¹⁸ Pour y arriver, les travailleurs en santé publique doivent aligner leurs activités sur les valeurs de la justice sociale. Au lieu d'axer leurs efforts sur les interventions individuelles et comportementales, les praticiens qui adoptent une approche d'équité en santé essaient de transformer les institutions, les politiques et les pratiques responsables de la distribution inéquitable du pouvoir et des ressources.¹⁸

L'ÉQUITÉ EN SANTÉ : QU'EN EST-IL?

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Quels sont les exemples d'iniquité en santé dans votre collectivité? | |
| 2) Quelles sont les causes fondamentales de ces iniquités? | |
| 3) Quelles actions et politiques sur les plans local, provincial, territorial et fédéral | pourraient augmenter les possibilités d'assurer une bonne santé et réduire les iniquités en santé? |
| | 4) Comment la pratique en santé publique, la recherche et le processus décisionnel pourraient-ils faire bouger les choses? |

LE RACISME ET L'EXCLUSION SOCIALE sont associés à un mauvais état de santé. Au Nunavut (où 85 % de la population est d'origine inuite), le taux de mortalité infantile est près de trois fois plus élevé que dans le reste du Canada.¹⁴ Les résultats d'une étude menée à Toronto montrent un plus grand risque de détresse psychologique et de détérioration de la santé mentale chez certains immigrants racialisés que chez les immigrants non racialisés.¹⁵

BIBLIOGRAPHIE

1. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 [cité le 21 sept. 2012]. À télécharger à l'adresse http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf.
2. Whitehead M., et Dahlgren, G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1*, Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2006 [cité le 21 sept. 2012]. À télécharger à l'adresse http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf
3. Organisation mondiale de la Santé. « *Equity Team Definition* », Health and Human Rights and Equity Working Group, Projet de glossaire non publié, 2005. Travail non publié.
4. Agence de la santé publique du Canada. *Réduction des inégalités en santé : Un défi de notre temps*, Ottawa, ON, auteur, 2011 [cité le 21 sept. 2012]. À télécharger à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP35-22-2011-fra.pdf.
5. Krieger, N. « *A glossary for social epidemiology* » dans *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2001, vol. 55, n° 10, p. 693-700.
6. Marmot, M. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, New York, Henry Holt and Company, 2004.
7. Braveman, P., et Gruskin, S. « *Defining equity in health* » dans *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2003, vol. 57, n° 4, p. 254-258.
8. Kawachi, I., Subramanian, S.V., et Almeida-Filho, N. « *A glossary for health inequalities* », dans *BMJ; Journal of Epidemiology & Community Health*, 2002, vol. 56, p. 647-652.
9. Agence de la santé publique du Canada. *Compétences essentielles en santé publique au Canada : version 1.0*, Ottawa, ON, auteur, 2007 [cité le 21 sept. 2012]. À télécharger à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/stmts-enon-fra.php>.
10. Greenberg, L., et Normandin, C. *Variations en matière d'espérance de vie à la naissance – Coup d'œil sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada, catalogue n° 82-624 – X, 2011 [cité le 21 sept. 2012]. À télécharger à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/statcan/82-624-X/82-624-x-2011001-fra.pdf
11. Le Blanc, M.F., Raynault, M.F., et Lessard, R. *Rapport du directeur de santé publique. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. Montréal, Québec, Direction de santé publique de Montréal, 2011 [cité le 21 sept. 2012]. À télécharger à l'adresse http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/978-2-89673-115-2.pdf.
12. Dinca-Panaitescu, S., Dinca-Panaitescu, M., Bryant, T., Daiski, I., Pilkington, B., et Raphael, D. « *Diabetes prevalence and income: Results of the Canadian Community Health Survey* » dans *Health Policy*, 2011, vol. 99, n° 2, p. 116-123.
13. Lemstra, M., Neudorf, C., Opondo, J., Toye, J., Kunst, A., et Tournier, C. « *Disparity in childhood immunizations: Limited associated with Aboriginal cultural status* » dans *Paediatrics & Child Health*, 2007, vol. 12, n° 10, p. 847-852.
14. Statistique Canada. *Taux de mortalité infantile, par province et territoire*. Ottawa, Statistique Canada CANSIM, tableau 102-0504, 2012 [cité le 21 sept. 2012]. À télécharger à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/health21a-fra.htm>.
15. Toronto Public Health, Access Alliance Multicultural Health, et Community Services. *The Global City: Newcomer Health in Toronto*, 2011 [cité le 21 sept. 2012]. À télécharger à l'adresse <http://www.toronto.ca/health/map/newcomer.htm>.
16. Muntaner, C., et Lynch, J. « *Social inequalities and their effect on health and well-being* » dans *International Journal of Health Services*, 1999, vol. 29, n° 1, p. 59-81.
17. Marmot, M.G. « *Understanding social inequities in health* » dans *Perspectives in Biology and Medicine*, 2003, vol. 46, n° 3, suppl., p. S9-23.
18. Hofrichter, R., et Bhatia, R., éd. *Tackling health inequities through public health practice: Theory to action*, deuxième édition. *A project of the National Association of County and City Health Officials*, Presse de l'Université d'Oxford, New York, New York, 2010.
19. Braveman, P. « *Health disparities and health equity: concepts and measurement* » dans *Annual Review of Public Health*, 2006, vol. 26, p. 167-94.



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (CCNDS)

Université St. Francis Xavier

Antigonish NÉ B2G 2W5

tél : 902-867-5406

télééc: 902-867-6130

ccnds@stfx.ca www.ccnds.ca

Rédigé par Hannah Moffatt et Sume Ndumbe-Eyoh, sous la direction de Karen Fish et Connie Clement. Nathalie Boivin, Ph. D. de l'Université de Moncton, et Marty Mako, du Bureau de santé publique de la région du Niagara, ont réalisé l'examen externe par les pairs.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St. Francis Xavier.

Veillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit :
Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2013). Parlons de l'équité en santé. Antigonish (N. É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN: 978-1-926823-33-1

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS).

Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version intégrale électronique (en format PDF) du présent document est disponible dans le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *Let's talk: Health Equity*.