La santé publique et la pauvreté

Richard Lessard, M.D.¹, Marie-France Raynault, M.D.²

Montréal, capitale de la pauvreté au Canada! Durant des décennies, Montréal arrive en tête de ce triste palmarès puisque bon an, mal an, le tiers de sa population n'atteint pas le seuil de faible revenu de Statistique Canada. Plus encore, de nombreux problèmes liés à la défavorisation se retrouvent concentrés dans les quartiers densément peuplés du centre et de l'axe nord-sud, dessinant ainsi un T de la pauvreté que les recensements successifs confirment avec une constance décourageante. Le faible taux de scolarisation supérieure, le chômage et le recours à l'assistance sociale complètent le tableau de la pauvreté économique. C'est la situation de la ville à la création de la Direction de santé publique de Montréal en 1992.

Est-ce que la santé publique par ses programmes et ses interventions sur les politiques publiques peut contribuer à diminuer la pauvreté dans une population? Peut-on en réduire les impacts chez les personnes pauvres ou même lutter contre la pauvreté en la prévenant? C'est le défi que s'est fixé la Direction de santé publique (DSP) de Montréal dès le départ et qui apparaît clairement ou en filigrane dans ses orientations et programmes depuis ce moment.

Les préoccupations de la DSP s'inscrivent dans la continuité. Quand on lit l'histoire de la santé publique à Montréal¹, on y voit déjà vers 1850 des préoccupations pour les femmes et les enfants de milieux défavorisés. Les jeunes femmes y mouraient de fièvre puerpérale, les enfants d'infections diverses, surtout respiratoires. Autre époque, autres causes de morbidité bien sur, mêmes inégalités devant la maladie et la mort cependant.

En fait, la DSP n'a pas le choix d'intervenir sur la pauvreté et la réduction des inégalités sociales si elle a vraiment la prétention d'améliorer l'état de la santé de la population. Les grands médecins du XIXe siècle (Chadwick, Virchow) avaient montré la voie, la littérature scientifique moderne dont le rapport Black² est un bel exemple a confirmé l'importance de la problématique en termes d'augmentation tous azimuts des taux d'incidence, de prévalence, de sévérité des maladies et de mortalité. Qu'on parle du cancer ou des autres maladies chroniques, des traumatismes, des infections ou de la santé mentale, les personnes défavorisées présentent presque systématiquement une moins bonne santé, et dans les rares cas plus favorables, comme par exemple dans l'incidence du cancer du sein à Montréal, ces bons résultats ne se traduisent pas par une amélioration de la mortalité. Les études de Whitehall³ ont aussi mis l'accent sur le gradient de santé tout au long de l'échelle sociale. On savait que les inégalités sociales étaient en soi un déterminant de la pauvreté, on a ainsi appris qu'elles étaient un déterminant de la santé des populations en général.

Le premier rapport annuel de la Direction de santé publique est publié en 1998⁴. Intitulé « Les inégalités sociales de la santé », il rend compte notamment du travail de l'équipe de connaissance surveillance qui, ayant étudié les statistiques de santé sur une base géographique, découvre des différences d'espérance de vie de dix ans entre les quartiers favorisés et les autres, ces différences étant encore plus frappantes pour ce qui est de l'espérance de vie en bonne santé. Sur l'île de Montréal, certains territoires se comparent avantageusement aux sociétés les plus avancées au niveau sanitaire

alors que d'autres sont au rang des pays de revenu moyen. Les segments de la population les plus touchés sont les familles monoparentales, les personnes seules et certains groupes ethniques dont plus de 50 % des membres vivaient sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada en 1996. Le rapport montre aussi des disparités par rapport à toute une gamme de problématiques de santé. Ce travail a reçu beaucoup d'attention de la communauté des décideurs montréalais et a été le point de départ de la démarche partenariale de développement social à Montréal.

La description des inégalités sociales de santé dans la ville suscite autant d'intérêt que de questions sur les interventions susceptibles de les réduire. Le modèle adopté par le programme national hollandais^{5,6} d'évaluation de ces interventions fait état d'une chaîne allant du statut socio-économique aux différents déterminants médiateurs et enfin à la mauvaise santé qui à son tour peut entraîner une détérioration de la situation sociale. La santé publique est donc interpellée dans ses programmes et interventions qui paradoxalement pourraient entraîner une augmentation des écarts de santé si une attention particulière n'est pas portée à rejoindre les populations les plus défavorisées. C'est le cas notamment de la lutte au tabagisme qui trouve moins facilement preneur dans les milieux de bas niveau socio-économique.

Des programmes spécifiques sont mis de l'avant. Les conséquences des faibles revenus touchent des dimensions vitales de la santé des personnes. Les dépenses de logement étant incompressibles, les budgets des personnes pauvres s'équilibrent en sacrifiant dans les dépenses alimentaires. La Direction de santé publique prend conscience de l'importance de l'insécurité alimentaire et y consacre une partie de ses ressources⁷.

La préoccupation de réduction des inégalités sociales de santé reste présente dans tous les programmes. Les rapports annuels se succèdent, abordant différents domaines d'intervention de la santé publique. Les défis du vieillissement⁸, l'organisation du système de soins⁹ pour améliorer la santé de la population, la santé mentale¹⁰ sont abordés en faisant toujours état des disparités sociales et des clientèles plus vulnérables. En 2002, le rapport sur la santé urbaine⁷ refait le point sur la situation des inégalités en comparant Montréal aux autres grandes villes canadiennes. Si on constate une amélioration notable dans le temps, on déplore aussi la persistance de disparités socio-économiques et géographiques ainsi qu'un retard par rapport aux autres villes canadiennes.

Les unités de la Direction de santé publique mettent maintenant en œuvre de nouvelles interventions en lien avec leurs partenaires dans les domaines du milieu bâti ou du transport urbain comme en témoigne le dernier rapport annuel¹¹. Ces nouveaux domaines présentent les mêmes défis : comprendre l'impact sur la santé des plus vulnérables et surtout travailler à le réduire.

Au-delà de ses programmes et actions propres, la Direction de santé publique de Montréal s'est voulue un moteur du changement

Affiliations des auteurs

1. Directeur, Direction de santé publique, Montréal, QC
2. Médecin conseil à la DSP Montréal et directrice du Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal, QC

social dans différentes prises de position publiques en faveur de la protection de la santé des plus pauvres. Basés sur des données scientifiques rigoureuses, les mémoires produits ont présenté les conclusions qui s'imposaient mais qui ont quelquefois suscité des réactions assez vives de la part d'acteurs sociaux et économiques peu enclins à voir la santé publique déborder les questions strictes de protection immédiate de la santé. Un projet de développement impliquant l'installation d'un nombre important de machines à videopoker à proximité d'un quartier de faible niveau socio-économique¹² s'est ainsi vu questionné par la Direction de santé publique au grand dam de ses promoteurs. Plus récemment encore, les différents projets d'aménagements d'autoroutes¹³ à l'intérieur même de la ville ont été remis en question, notamment en raison des études produites par la Direction de santé publique¹⁴ et montrant une détérioration de la santé respiratoire des personnes vivant à proximité des grands axes autoroutiers, les revenus de plusieurs d'entre eux ne permettant pas d'envisager facilement une relocalisation.

Consciente de l'impact majeur du statut socio-économique sur une multitude de problèmes de santé, la Direction de santé publique s'est investie plus avant, créant un observatoire des inégalités sociales de santé¹⁵ et prêtant son concours ensuite à l'équipe de recherche en soutien à l'élaboration de la Loi québécoise contre la pauvreté et l'exclusion sociale (Loi 112)¹⁶ adoptée à l'unanimité par l'assemblée nationale québécoise en décembre 2002.

Ce qu'on mesure s'améliore. En vue d'éclairer son action et d'aider ses partenaires de mobilisation, la Direction de santé publique veut maintenant développer son Observatoire sur les inégalités sociales de santé dans les différentes dimensions où les iniquités se vivent. En lien avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et les 12 entités locales de soins (Centre de santé et de services sociaux) sur le territoire de Montréal, la Direction de santé publique vise à outiller les intervenants locaux. Qu'il s'agisse de vérifier la couverture vaccinale en milieu défavorisé, de compter les traumatismes routiers impliquant des piétons dans les quartiers centraux ou de mesurer l'accessibilité aux services de première ligne, l'information produite ou colligée par la Direction de santé publique devrait permettre une évaluation en continue des interventions de santé publique, la concertation des différentes instances ainsi que la documentation nécessaire aux activités de représentation aux différents paliers de gouvernements.

Enfin, bien que le phénomène soit suffisamment compris pour justifier d'agir, la Direction de santé publique encourage la recherche sur les inégalités sociales de santé en hébergeant depuis 2002 un centre de développement de la recherche des IRSC, le Centre Léa Roback¹⁷ qui se dédie à ce domaine et implique non seulement des chercheurs de 4 universités montréalaises mais aussi des chercheurs d'institutions de santé publique.

La réduction de la pauvreté et de ses impacts sur la santé est évidemment un enjeu de société et de politiques publiques qui va au-delà du mandat d'une direction régionale de santé publique. Mais la santé (40 % du budget de la province) est une priorité pour la population et ses gouvernants et, si notre rôle est de protéger la santé et de l'améliorer, il nous faut nous associer à d'autres partenaires gouvernementaux, communautaires et philanthropiques pour non seulement promouvoir la valeur santé mais la rendre accessible au plus grand nombre et en particulier aux plus vulnérables.

Quand on sait que l'éducation et le revenu sont les facteurs les plus importants pour améliorer la santé et que depuis des décen-

nies, et de générations en générations les plus démunis sont en mauvaise santé, il faut sortir du confort du paradigme de la maladie. Envisager des solutions à long terme comme le développement des tout-petits et la réussite scolaire dans les quartiers défavorisés deviennent des stratégies aussi nécessaires que celles visant la prévention de l'obésité ou des maladies cardiovasculaires.

Ce n'est cependant qu'en assumant pleinement nos responsabilités de protection de la santé que la légitimité de notre implication dans les politiques sociales et économiques ayant un impact sur la santé sera reconnue. C'est notre seule légitimité, la santé, mais quelle légitimité!

RÉFÉRENCES

1. Gaumer, B., G. Desrosiers et O. Keel (2002). Histoire du service de santé de la ville de Montréal 1865-1975, Sainte-Foy, Éditions de l'IQRC, 300 p.
2. Black D., Morris J., Smith C. and Townsend P. *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*, London, Department of Health and Social Security, 1980. Disponible au www.sochealth.co.uk/history/black.htm (Consulté le 15 juin 2009).
3. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney A. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991;337:1387-1393.
4. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. Les inégalités sociales de la santé. Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1998). 92 pages. ISBN 2-89494-122-6.
5. Smith, R. (2001). «Countering child poverty». *British Medical Journal* (322): 1137-8.
6. Stronks, Karien (2002). «Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: the Dutch case», *Scandinavian Journal of Public Health*. Supplement. 59:20-5. ISSN 1403-4956.
7. Rapport annuel 2002 sur la santé de la population : La santé urbaine : une condition nécessaire à l'essor de Montréal. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2002). 92 pages. 4e trimestre 2002. ISBN 2-89494-367-9. Texte intégral : <http://www.santecom.qc.ca/BibliothèqueVirtuelle/Montreal/2894943679.pdf> (Consulté le 15 juin 2009).
8. Rapport annuel 1999 sur la santé de la population. Prévenir, guérir, soigner - Les défis d'une société vieillissante. / Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1999). 78 pages. ISBN 2-89494-205-2. Texte intégral <http://www.santecom.qc.ca/BibliothèqueVirtuelle/Montreal/2894942052.pdf> (Consulté le 15 juin 2009).
9. Roy, Denis et Robert Choinière, Rapport annuel 2000 sur la santé de la population : Impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé (2000). Éditeur : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique de Montréal-Centre. Décembre 2000, 73 pages. 4e trimestre 2000. ISBN 2-89494-263-X. Texte intégral : <http://www.santecom.qc.ca/uhtbin/hyperion.exe/289494263X> (Consulté le 15 juin 2009).
10. Rapport annuel 2001 sur la santé de la population : Un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais. Direction de santé publique de Montréal-Centre (2002). 101 pages. 4e trimestre 2001. ISBN 2-89494-325-3. Texte intégral : <http://www.santecom.qc.ca/BibliothèqueVirtuelle/Montreal/2894943253.pdf> (Consulté le 15 juin 2009).
11. Drouin, Louis, Patrick Morency et Norman King, direction scientifique et coordination (2006). Rapport annuel 2006 sur la santé de la population : le transport urbain, une question de santé. Éditeur : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Montréal. 132 pages. ISBN 2-89494 -490-X (version imprimée) ISBN 2-89494-491-8 (PDF) Texte intégral : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/rapportannuel/2006/rapportannuel2006.pdf> (Consulté le 15 juin 2009).
12. Chevalier, S., Montpetit, C., Biron, J.-F., Dupont, M.A., Caux, C. (2006). *Avis sur la modification de l'offre de jeu à Montréal. La construction d'un casino au bassin Peel*. Montréal, Direction de santé publique de Montréal.
13. Mémoire sur le projet de reconstruction du complexe Turcot. Auteurs: Louis Drouin, Patrick Morency, Stéphane Perron, François Thérien, Norman King, Sophie Paquin et Audrey Smargiassi de l'INSPQ.
14. Smargiassi A, Berrada K, Fortier I, Kosatsky T. Traffic intensity, dwelling value, and hospital admissions for respiratory disease among the elderly in Montreal (Canada): a case-control analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;60:507-512.
15. <http://omiss.ca/> (Consulté le 15 juin 2009).
16. Gouvernement du Québec. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. 2002. L.R.Q., chapitre L-7 Disponible au www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca (Consulté le 15 juin 2009).
17. <http://centreléaroback.ca/> (Consulté le 15 juin 2009).