



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

**DOCUMENT
DE DISCUSSION**

ARGUMENTS ÉCONOMIQUES POUR INVESTIR EN AMONT UNE PLUS GRANDE PARTIE DES FONDS CONSACRÉS À LA SANTÉ



Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
Université St. Francis Xavier
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
Courriel : ccnds@stfx.ca
Téléphone : 902-867-5406
Télécopieur : 902-867-6130
Site Web : www.ccnds.ca
Twitter : @NCCDH_CCNDS

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est hébergé par 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. (2016). *Arguments économiques pour investir en amont une partie des fonds consacrés à la santé. Document de discussion*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN: 978-1-987901-41-2

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 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 *Economic arguments for shifting health dollars upstream. A discussion paper*.

Table des matières

1	Principaux messages	2
2	Objectif	3
3	Aperçu des dépenses du système de santé	6
4	Moteurs d'une part d'investissement en amont à même les budgets de santé	8
5	Synthèse des principaux arguments économiques pour diriger en amont les fonds consacrés à la santé	10
	A. Incidence de la pauvreté et de l'inégalité du revenu	10
	B. Utilisateurs qui coûtent cher en soins de santé	12
	C. Autres déterminants sociaux de la santé	13
6	Exemples d'utilisation efficace d'arguments économiques pour réorienter les ressources de santé vers l'amont	15
	A. Développement de la petite enfance	15
	B. Sécurité alimentaire	16
7	Regard vers l'avenir	17
8	Conclusion et questions à débattre	19
	Annexe 1 : Définition des termes associés à l'équité en santé et à l'économie de la santé	20
	Annexe 2 : Méthodes d'analyse économique	22
	Références bibliographiques	24

Remerciements

Karen Fish, CCNDS, s'est chargée de la recherche et de la rédaction du présent document avec la participation de Connie Clement, de Sume Ndumbe-Eyoh et de Dianne Oickle, également du CCNDS.

Des remerciements tout particuliers vont à Armine Yalnizyan, économiste principale, Centre canadien des politiques alternatives, à Andrea Long, analyste principale par intérim en matière de politiques, Agence de la santé publique du Canada; et à la D^{re} Christine Kennedy, médecin hygiéniste adjointe, bureau de santé de Grey Bruce, qui ont passé en revue et commenté les diverses versions préliminaires.

À propos du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) est l'un des six centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique au Canada. Créés en 2005 et financés par l'Agence de la santé publique du Canada, les CCN produisent de l'information pour aider les professionnels de la santé publique à améliorer leur gestion des menaces pour la santé publique, des maladies chroniques, des blessures, des maladies infectieuses et des iniquités en santé.

Le CCNDS s'intéresse de près aux facteurs sociaux et économiques qui agissent sur la santé de la population canadienne et à l'application des connaissances en vue d'influer sur les déterminants corrélatifs et de promouvoir l'équité en santé. Rendez-vous à www.ccnads.ca pour en savoir plus. Les autres CCN se spécialisent respectivement dans l'un des secteurs clés suivants : santé autochtone, santé environnementale, politiques publiques et santé, maladies infectieuses et méthodes et outils. Pour obtenir plus de renseignements sur les CCN, allez à www.ccnsp.ca/1/Accueil.ccnsp.

1 Principaux messages

- Les percées technologiques dans le domaine médical, la population vieillissante, l'augmentation du nombre de maladies chroniques, la génération Y obligée de se serrer la ceinture financièrement, les écarts de richesse qui se creusent de manière exponentielle et le ralentissement économique à l'échelle mondiale : voilà autant de facteurs qui appellent à réévaluer le modèle de répartition des fonds dans le domaine de la santé.
- Il est prouvé de manière irréfutable que les personnes vivant dans des conditions misérables ont en général une moins bonne santé. Des travaux de recherche menés récemment montrent qu'une augmentation de la pauvreté, de l'exclusion sociale et des logements insalubres se reflète directement dans les taux de mortalité et de morbidité, de même que dans la hausse des coûts en soins de santé.
- Les données probantes laissent supposer que le secteur des soins de santé pourrait arriver à de meilleurs résultats de santé à un moindre coût si les dollars allaient plus souvent à l'établissement de collectivités, de soutien social et de cadres de vie plus favorables à la santé, autrement dit, s'ils étaient investis en amont et pour l'équité.
- Pour améliorer la santé de l'ensemble de la population canadienne — et particulièrement des personnes vivant dans des circonstances défavorables — tout en limitant les coûts, les ressources du système de soins de santé doivent alors servir plus souvent aux interventions en amont et moins souvent au traitement des maladies axé sur le patient.
- On note une prise de conscience croissante à la nécessité d'effectuer davantage de recherches pour établir les liens entre, d'une part, les interventions du système de santé en vue d'améliorer les conditions sociales et économiques et, d'autre part, les coûts et les économies en découlant.
- Dans les domaines de recherche aussi peu exploités que celui-ci, il ne serait pas utile d'exiger des analyses économiques avant d'entreprendre des démarches en amont. Il faut d'abord agir en fonction de notre connaissance des données probantes, puis générer chemin faisant des données probantes plus solides.

2 Objectif

Au besoin, consulter le glossaire à l'annexe 1.

Les dépenses de santé préoccupent — et avec raison — bon nombre de Canadiennes et de Canadiens. Comparativement à la plupart des pays comparables, le Canada dépense davantage en santé par habitant. Par contre, un moins grand nombre de personnes y vivent en santé^{1,2}. Le Canada se classe dans le quartile supérieur parmi 17 pays comparables pour ce qui est des dépenses en soins de santé, et parmi les quatre derniers en ce qui a trait à trois indicateurs clés de l'état de santé³. Par ailleurs, près de 17 % de la population est âgée de 65 ans ou plus, et cette proportion devrait croître à 20 % d'ici 2024⁴. Étant donné que les dépenses en soins de santé par habitant augmentent habituellement avec l'âge moyen⁵, les responsables des budgets de santé se demandent comment trouver les fonds pour ce « raz de marée de couleur grise ». L'écart grandissant entre les personnes les plus et les moins en santé vient compliquer la donne, qui se complique encore plus avec l'écart de revenu et de richesse qui ne cesse de s'élargir. Dans le secteur de la santé, ces observations (et d'autres) appellent à reconsidérer le modèle de répartition des fonds entre le traitement des maladies et les activités de promotion et de prévention en matière de santé.

**Il serait intéressant d'appliquer certains adages aux prises de décisions concernant les budgets dans le dossier de la santé :
Mieux vaut prévenir que guérir.
Évitons les économies de bouts de chandelle. Nous devrions avoir pour objectif d'éviter l'évitable et couper les coûts en soins de santé en améliorant l'état de santé.**

**Armine Yalnizyan, économiste principale,
Centre canadien de politiques alternatives**

La question au cœur de notre analyse était la suivante :

*Une nouvelle répartition des dollars en soins de santé — en allouant plus d'argent à l'amélioration des conditions de vie et moins aux soins de courte durée — nous permettrait-elle d'obtenir de meilleurs résultats de santé dans **l'ensemble** de la population canadienne, sans augmenter les coûts de santé?*

a Espérance de vie, mortalité infantile et années potentielles de vie perdues.

Partout dans le monde, les décideurs dans le dossier de la santé cherchent à trouver le moyen d'améliorer la santé sans pour autant augmenter l'enveloppe budgétaire. Dans le présent document de discussion, nous arguons que, pour que le système de soins de santé parvienne à améliorer la santé de l'ensemble de la population canadienne — et particulièrement celle des personnes vivant dans des conditions défavorables — tout en limitant les coûts, les ressources doivent plus souvent servir aux mesures en amont et moins souvent dans le seul but de traiter les maladies.

Dans son document *Se diriger vers l'amont : Parlons-en*⁶ publié en 2014, le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) définit les interventions en amont comme visant « à réformer les structures sociales et économiques fondamentales à l'origine de la distribution de la richesse, du pouvoir, des possibilités et du processus décisionnel^(p.3) ». Il y souligne que le secteur de la santé, surtout le personnel de la santé publique, peut contribuer à une réorientation vers l'amont, en remettant en question les postulats au sujet des causes de la santé et des maladies et en prêtant main-forte aux autres secteurs qui œuvrent à modifier les politiques qui exacerbent le gradient social de santé. C'est ainsi que les acteurs de la santé publique s'investissent dans des collaborations intersectorielles, des activités pour bâtir des collectivités en santé⁷, des initiatives d'impact collectif et de réduction de la pauvreté⁸ et des travaux de plaidoyer des associations de santé publique⁹.

Dans le présent document de discussion, les données probantes viendront soutenir le postulat selon lequel un investissement plus substantiel dans des mesures en amont au sein du secteur de la santé soit socialement juste et économiquement judicieux. Les données probantes laissent d'ailleurs supposer que le secteur de la santé pourrait donner de meilleurs résultats de santé à moindre coût si les fonds allaient plus souvent dans des activités de santé publique et de soins primaires destinées à établir des collectivités, un soutien social et des cadres de vie plus favorables à la santé, autrement dit, s'ils étaient investis en amont et pour l'équité.

Les acteurs de la santé publique ont toujours uni leurs efforts à ceux d'autres secteurs pour améliorer la qualité des conditions de vie. C'est encore le cas aujourd'hui. Pensons seulement à l'accès à l'éducation, au revenu, aux aliments sains, aux cadres de vie englobants et aux autres conditions propices à la santé. Les cadres de direction interrogés lors de l'analyse du contexte réalisée en 2014¹⁰ par le CCNDS avaient insisté sur le besoin d'aider le personnel de la santé publique à concevoir et à employer des arguments économiques pour mieux soutenir ses travaux de plaidoyer en amont. Ils avaient également recommandé d'entreprendre des discussions à ce chapitre, en y incluant les préoccupations d'ordre déontologique. En 2012, une rencontre entre les principaux groupes de réflexion du domaine de la santé publique au Canada a par ailleurs fait ressortir l'urgence d'effectuer des recherches et de prendre des mesures relativement à ce dilemme¹¹.

Au nombre des recommandations, les groupes avaient formulé le souhait que les chercheurs produisent des outils pour montrer le lien entre, d'une part, les interventions auprès des populations ou de santé publique et, d'autre part, l'allègement de la demande exercée sur le système de soins de santé. Il est à espérer que le présent document de discussion pourra réparer une partie des lacunes sur ce point.

D'aucuns savent que les changements ne peuvent venir uniquement du secteur de la santé pour que les gens puissent vivre une vie en meilleure santé. Il faut aussi des mesures et des changements stratégiques dans les domaines du transport, de l'éducation, du logement, de l'environnement et des services sociaux, par exemple. Pour les besoins du présent document de discussion, l'accent a été mis sur les économies financières et l'amélioration de l'état de santé des populations possibles si on agit sur les déterminants sociaux de la santé *dans les limites de l'enveloppe budgétaire consacrée aux soins de santé*. Nous avons choisi de produire un petit guide d'introduction aux arguments économiques nécessaires pour réévaluer comment sont dépensés les fonds consacrés à la santé pour deux raisons, c'est-à-dire : 1) notre premier auditoire — la santé publique — travaille au sein du secteur de la santé, et 2) le secteur de la santé peut contribuer de façon considérable à orienter plus en amont les schèmes de pensée au sujet de la santé au sein du gouvernement mais aussi des autres organismes ailleurs au Canada.

Il va de soi que les économies financières ne constituent pas l'unique objectif quand on cherche à améliorer la santé et l'équité. Nous serions à peu près tous d'accord pour dire que ce sont là des objectifs sociaux vers lesquels nous devrions tous tendre, même si les coûts sont importants. Disons cependant que le moment semble bien choisi pour nous rendre à l'évidence qu'il faut rediriger — et non pas accroître — les ressources financières en santé dans le contexte des compressions budgétaires dans le domaine social et la grande inquiétude devant la croissance des dépenses de santé.

Nous espérons que le présent document pourra vous aider à :

- vous familiariser avec certaines des statistiques économiques justifiant la réorientation en amont des activités prévues dans les enveloppes budgétaires consacrées à la santé;
- commencer à interpréter ou à adapter les analyses économiques qui font le lien entre, d'une part, les investissements en amont et, d'autre part, une meilleure santé et une plus grande équité en santé;
- commencer à faire valoir qu'une redistribution des ressources vers les causes des maladies pourrait permettre de stabiliser, voire de réduire, les dépenses relatives au traitement des maladies;
- participer aux pourparlers sur l'affectation des ressources, tant au sein qu'à l'extérieur du secteur de la santé.

3

Aperçu des dépenses du système de santé

En 2014 au Canada, les dépenses dans le système de soins de santé correspondaient à 11 % du produit intérieur brut (PIB), un pourcentage resté relativement stable durant cinq ans, alors qu'il correspondait à 7 % du PIB en 1975¹³.

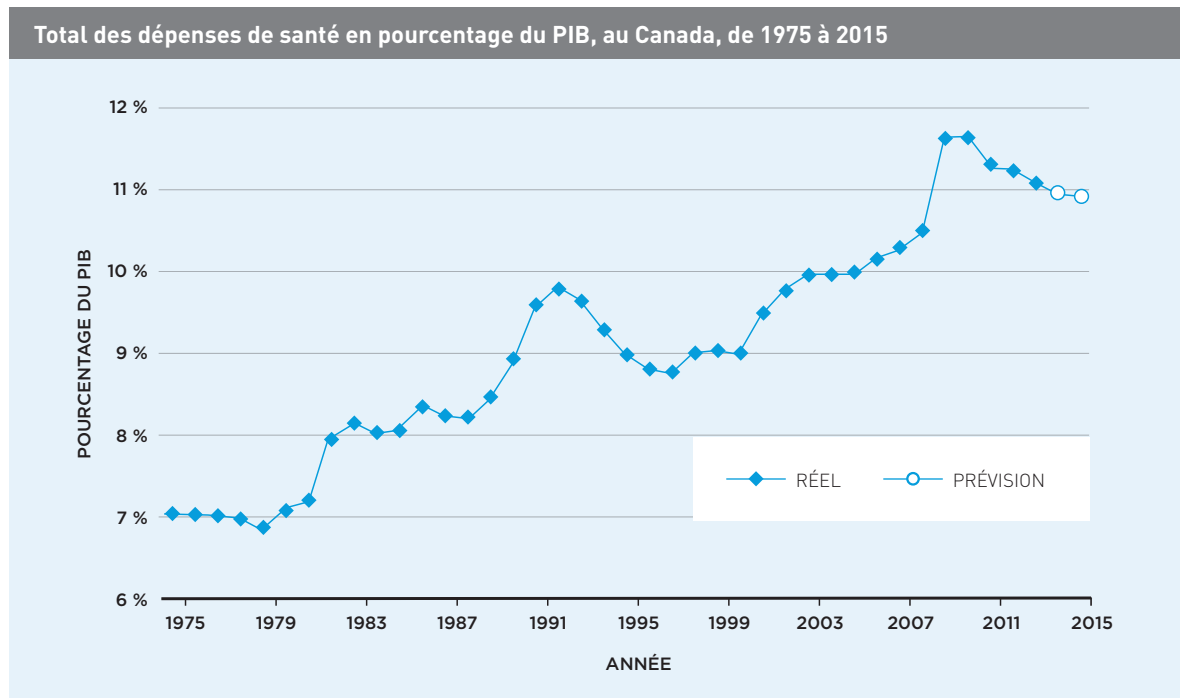


Figure 1. Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB, au Canada, de 1975 à 2015¹⁴ (p.7).

En pourcentage du total des dépenses des provinces et territoires, là où réside la responsabilité des soins de santé (à l'exception des Premières nations et des Inuits), les enveloppes budgétaires consacrées à la santé équivalent en moyenne à 38 % des dépenses gouvernementales totales, et elles ne cessent d'être augmentées¹⁴. Le gouvernement fédéral

prévoit que les dépenses provinciales et territoriales en matière de santé augmenteront de 5 % à 7 % annuellement d'ici 2023¹⁵. Les économistes David Dodge et Richard Dion estiment pour leur part que les dépenses en soins de santé engloutiront 80 % des budgets provinciaux d'ici 2030, si les tendances et les pratiques continuent dans le même sens¹³.

Les dépenses de santé (régimes publics et privés) au Canada atteignent à l'heure actuelle 219 milliards de dollars annuellement. Elles vont surtout aux soins de courte durée et au traitement des maladies¹⁴. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses en médicaments (15,7 %) et celles liées aux hôpitaux (29,5 %) et aux médecins (15,5 %) comptent pour plus de 60 % du total des dépenses de santé.

Ces affections et ces maladies exigent beaucoup de soins et ont un rapport direct avec les déterminants sociaux de la santé [p. ex., logement, revenu, conditions de travail, alimentation] et les iniquités de santé. Autrement dit, les coûts de santé¹⁷ connexes comportent un gradient socioéconomique, et leur incidence augmente à mesure que vous descendez sur le gradient social. Dans son rapport sur les inégalités de santé¹⁸ paru en 2015, l'ICIS fait remarquer que, comparativement aux autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada révèle peu de réduction des inégalités de santé, voire aucune.

La santé publique est la branche du système de santé qui a pour mandat de *prévenir* les maladies et d'améliorer la santé dans toutes les tranches de population. Son enveloppe budgétaire moyenne, à l'échelle nationale, compte pour 5 % du total des dépenses de santé¹⁹. La part la plus importante de cette enveloppe va à la lutte contre les maladies infectieuses, à la prévention des maladies chroniques, aux programmes de vaccination et à la modification des comportements et des habitudes de vie. Seule une petite proportion va au dossier de l'équité en santé, un travail axé sur l'amélioration des conditions sociales et économiques qui rendent tout le monde malade, et qui influent davantage sur la santé des groupes de population de faible statut socioéconomique^{11,20}. Les acteurs de la santé publique réalisent ce genre de travail en partenariat avec des collègues d'autres secteurs du gouvernement et la collectivité.

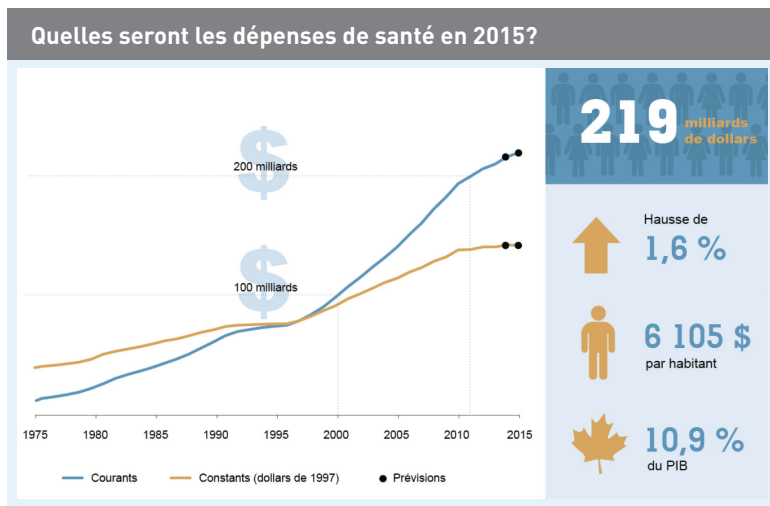


Figure 2. Le total des dépenses de santé devrait atteindre 6 105 \$ par Canadien en 2015¹⁴ (p. 6).

En grande partie, les dépenses de santé vont aux traitements des maladies cardiovasculaires, aux affections neuropsychiatriques, aux maladies de l'appareil génito-urinaire, aux maladies musculo-squelettiques et aux blessures¹⁶.

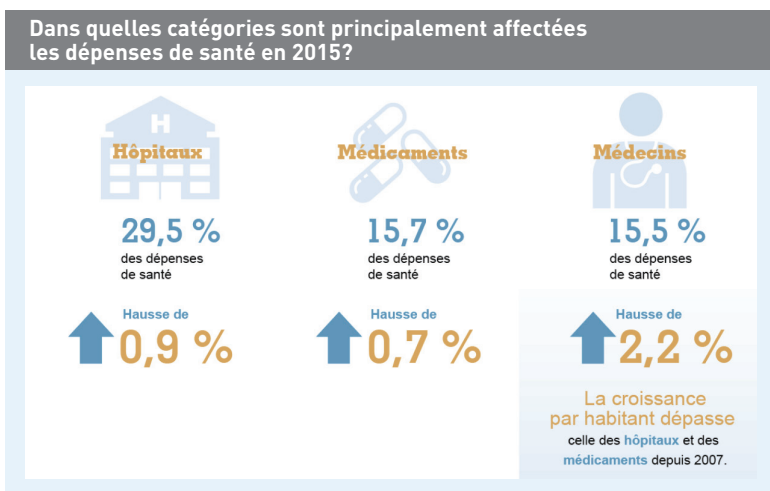


Figure 3. Dans quelles catégories sont principalement affectées les dépenses de santé en 2015¹⁴ (p. 14)?

« Il est temps de percevoir la question de la santé de la population et de la santé publique comme un enjeu économique. »

Nancy Edwards, ISPP-IRSC¹¹

4

Moteurs d'une part d'investissement en amont à même les budgets de santé

Au cours des trois dernières décennies, d'aucuns ont fait valoir l'intérêt économique d'investir dans le logement, la saine alimentation, l'éducation, le cadre bâti et l'environnement, parce qu'on favoriserait ainsi la santé et que des gens en santé diminuent la demande en soins de santé. L'argument en faveur de « payer maintenant pour économiser plus tard » n'a pas perdu de son actualité au cours des dernières décennies.

L'Association canadienne de santé publique a réitéré son point de vue en 2013, en s'appuyant sur l'argument suivant :

[...] des investissements « en amont » dans des services, des programmes et des interventions de santé des populations qui ciblent la prévention des maladies, la promotion de la santé et la protection de la santé entraîneraient une diminution de la demande et de l'utilisation « en aval » des services de soins actifs dans les établissements de santé²⁰.

L'appel à un virage dans le mode d'affectation des fonds de l'enveloppe budgétaire consacrée à la santé découle d'un certain nombre de tendances démographiques et socioéconomiques constamment observées, dont les suivantes :

- **L'ascendance d'un modèle de santé biomédical et hautement technique**, particulièrement en ce qui concerne les soins en fin de vie, modèle qui fait augmenter les coûts des soins de courte durée.
- **Une population vieillissante** dont le recouvrement fiscal ne couvre pas les soins de santé, ce qui oblige d'en récupérer les fonds à même les enveloppes consacrées aux autres services sociaux. Paul Kershaw estime que les gouvernements qui se sont succédés au Canada ont augmenté les dépenses médicales allant aux personnes âgées de 65 ans et plus de 1,89 % du

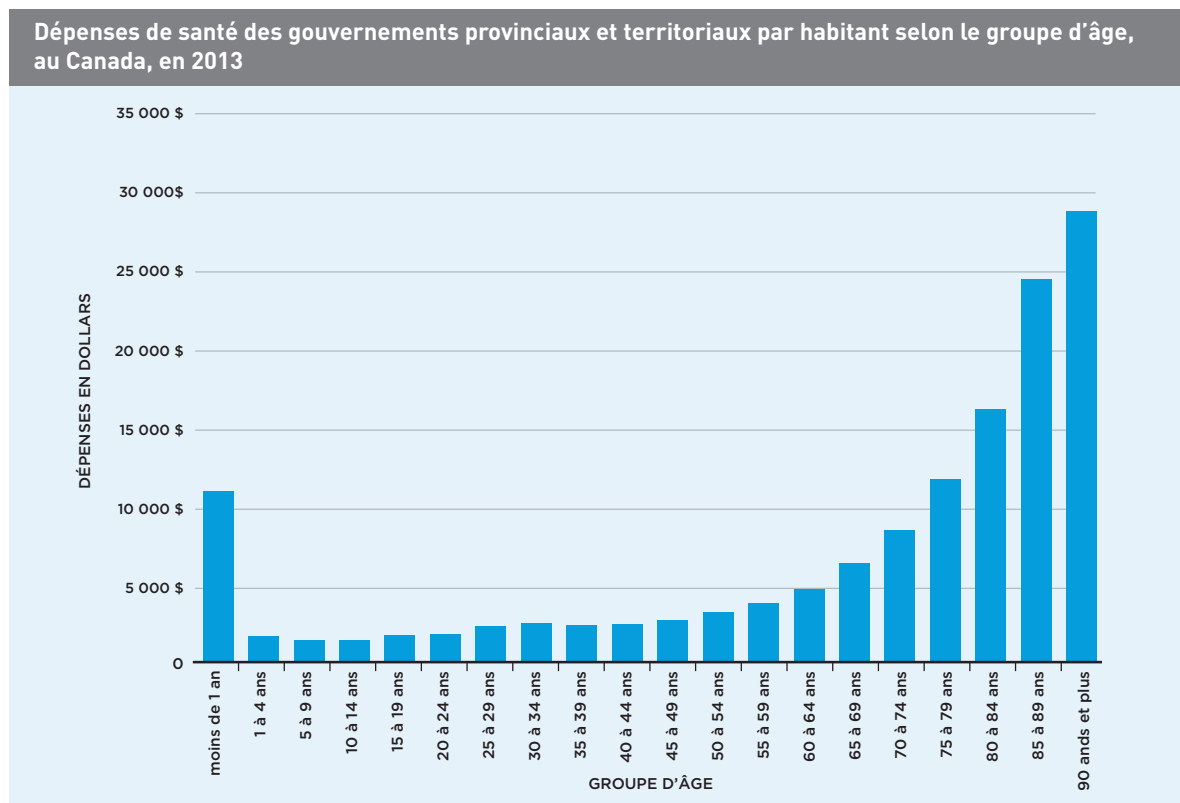


Figure 4. Dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux par habitant, selon le groupe d'âge, au Canada, en 2013¹⁴ [p.20].

PIB depuis 1976, mais qu'il y a moins d'argent disponible pour les programmes sociaux qui créent les conditions de vie favorables à la santé parce que les revenus n'ont pas suivi en général²¹.

- **Une augmentation de la prévalence des maladies chroniques** et des problèmes de santé chroniques, dont l'incidence tend à augmenter avec l'âge²².
- **Une génération Y déjà obligée de se serrer la ceinture²³** qui se voit appelée à financer le coût des soins de santé des 65 ans et plus, malgré des salaires moindres, des coûts de logement plus élevés, de plus lourdes dettes d'études et une pénurie de garderies abordables. Smith, Mitton et Kershaw laissent entendre que les politiques des dépenses publiques dans le domaine de la santé « risquent de nuire à l'équité intergénérationnelle, car elles accordent la priorité au traitement inefficace des maladies d'une population vieillissante au détriment des activités susceptibles de promouvoir le bien-être des générations suivantes^{24(p.3)} » [traduction libre].

- **Un écart de richesse qui ne cesse de se creuser.** Dans les années 1920 au Canada, la tranche de 1% de la population la plus riche empochait 17 % de la croissance du revenu annuel. De 1997 à 2007, cette même tranche de population récoltait 32 % de la croissance du revenu annuel²⁵. Les personnes âgées de 75 ans et plus au Canada comptent pour moins de 7 % de la population, mais elles possèdent plus du tiers des avoirs financiers du pays, même en excluant la valeur de leur maison.
- **L'essoufflement économique à l'échelle mondiale conjugué aux pressions pour des mesures d'austérité gouvernementales.** L'investissement social qui permet de garder les individus en santé prête le flanc aux compressions budgétaires en cette ère de décroissance des recettes fiscales et de pressions politiques pour réduire la dette publique²⁶.

Tous ces chiffres évoquent l'urgence de tenir des discussions morales et éthiques, tant privément que publiquement. Ils font également ressortir l'urgence de réacheminer les fonds normalement consacrés aux interventions médicales très coûteuses vers des initiatives destinées à créer les conditions propices à la santé dans toutes les tranches de population, mais surtout pour les personnes vivant des désavantages.

5 Synthèse des principaux arguments économiques pour diriger en amont les fonds consacrés à la santé

Voir l'annexe 2 pour en savoir plus au sujet des méthodes d'analyse économique.

Les économistes ont recours à une pléiade d'outils et de méthodes pour répondre aux questions au sujet des coûts et des avantages d'un plan d'action donné, c'est-à-dire qui paie et qui en bénéficie. Dans le secteur de la santé, de tels arguments jouent un rôle de plus en plus important dans les processus décisionnels fondés sur les données probantes. Cela dit, il n'existe pourtant que très peu d'analyses économiques qui permettent d'établir un lien entre les coûts et les économies des interventions en matière de santé des populations ou, encore, un lien avec les conditions de vie des populations, de manière plus générale.

Il importe en outre de souligner que les évaluations économiques reflètent toutes sortes de jugements de valeur. Que ce soit les questions posées, les processus suivis, l'aspect analysé ou les comparaisons faites, tout découle de choix humains (voir la section 6 pour en savoir plus). Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) encourage les chercheurs et les praticiens qui œuvrent en santé publique de décortiquer leurs questions d'évaluation économique en se posant les questions suivantes : Quel aspect sera étudié? Quelle méthode d'évaluation sera employée? Qui sera interrogé? Quelles circonstances seront abordées⁵²?

Dans les prochaines sections, nous présentons une série d'arguments économiques regroupés sous trois thèmes : l'incidence de la pauvreté et de l'inégalité du revenu, les utilisateurs qui coûtent cher en soins de santé et les autres déterminants sociaux de la santé. Tous les arguments montrent que l'inégalité influe considérablement sur les coûts des soins de santé et que l'atténuation des inégalités sociales et économiques pourrait diminuer les dépenses en santé.

A. Incidence de la pauvreté et de l'inégalité du revenu

Il ne fait aucun doute que les personnes vivant dans des conditions moins favorables ont en général une moins bonne santé. Des travaux de recherche montrent qu'une augmentation de la pauvreté, de l'exclusion sociale et des logements insalubres se reflète directement dans des taux de mortalité et de morbidité plus élevés, de même que dans des coûts en soins de santé plus élevés²⁷.

- En 2004, le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a rapporté que 31 % des dépenses de santé sont attribuables aux personnes du quintile de revenu le plus bas au Canada, ce qui correspond à deux fois plus que pour les personnes du quintile de revenu le plus élevé²⁸. Le Groupe de travail s'est servi de techniques de modélisation pour montrer que des économies substantielles seraient possibles si les observations relatives à l'état de santé et à l'utilisation des services des groupes de population de faible revenu s'apparentaient à celles des groupes à revenu moyen. Le rapport de fond de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) fait état des travaux du Groupe de travail dans son rapport *Comblant le fossé en une génération*²⁹.

Coûts annuels des soins de santé par composante, standardisés selon l'âge

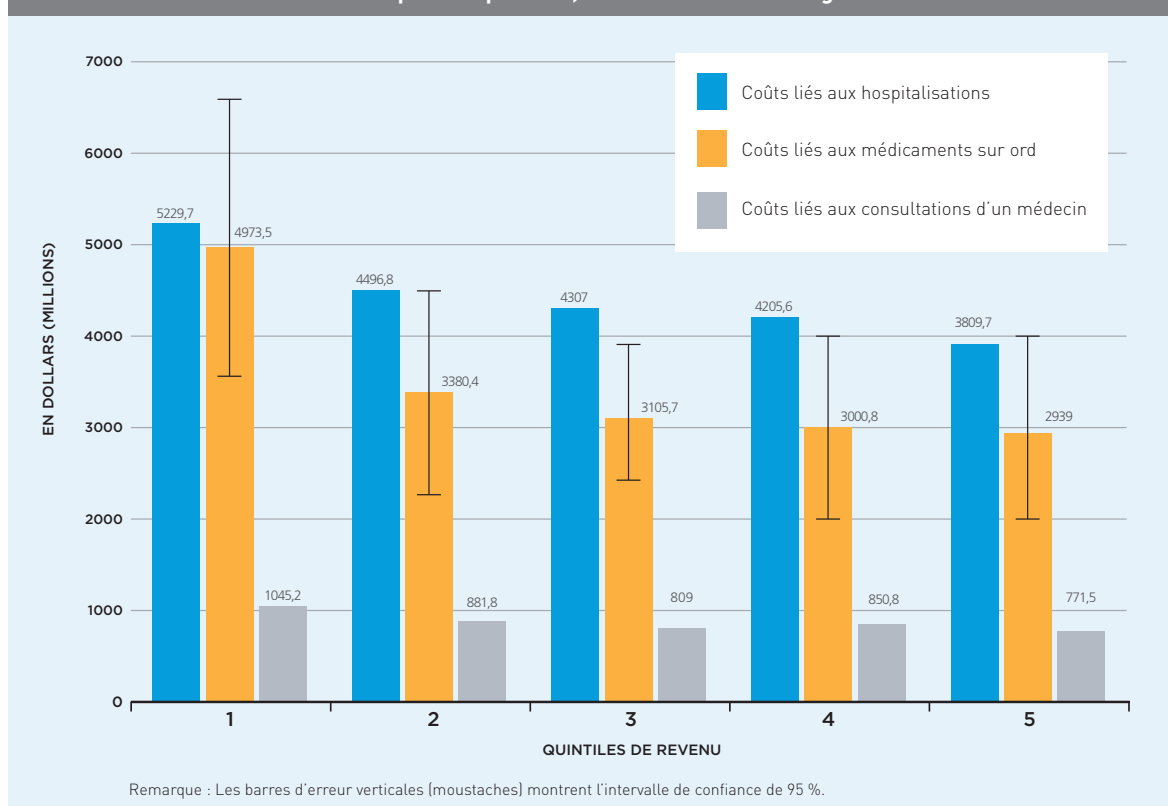


Figure 5. Coût annuel des soins de santé normalisé selon l'âge, par composante (et quintiles du SSE)^{17 (p.18)}

- Dans un rapport produit par l'ASPC en 2016¹⁷, on constate qu'environ la moitié des 200 milliards de dollars consacrés aux soins de santé annuellement servaient à la tranche de 20 % de la population canadienne ayant le plus faible revenu. Les coûts d'hospitalisation et de consultation des médecins généralistes ne sont pas seulement les plus élevés pour les groupes de population à plus faible revenu, mais aussi plus élevés pour les groupes à revenu moyen, comparativement à la tranche de 20 % de la population la plus riche.
- Selon l'Ontario Association of Food Banks, la pauvreté coûte annuellement environ 2,9 milliards de dollars en soins de santé en Ontario, et quelque 7,6 milliards de dollars dans l'ensemble du Canada³⁰.
- Dans une étude économique³¹ menée en 2014, des chercheurs de l'observatoire de santé publique en Écosse ont réalisé la modélisation des effets d'une gamme d'interventions sur la santé et les iniquités de santé. Ils ont constaté que les options d'ordre réglementaire et fiscal qui influent sur le revenu se révélaient les plus efficaces (et probablement les plus rentables) pour réduire les iniquités de santé.
- En 2011, des chercheurs ont réévalué les résultats d'une expérience sur le revenu annuel garanti réalisée dans les années 1970 sur le terrain à Dauphin, au Manitoba³². Les nouveaux résultats laissent supposer qu'un modèle de revenu annuel garanti relativement modeste pourrait améliorer la stabilité financière et la santé globale de la population, et réduire les coûts du système de santé.

B. Utilisateurs qui coûtent cher en soins de santé

Les travaux de recherche indiquent que, dès lors que les populations à faible revenu vivent dans un moins bon état de santé, elles ont plus souvent recours au système de soins de santé de courte durée que les personnes vivant dans des situations favorables, ce qui fait grimper les coûts³³. Les chercheurs dans ce domaine font référence à ces populations en termes d'utilisateurs qui coûtent cher (UCC)³⁴.

- Une équipe de chercheurs³⁵ de Saskatoon a constaté que les résidents à faible revenu sont de 27 à 33 % plus susceptibles d'être hospitalisés et de 36 à 45 % plus susceptibles de se voir prescrire des médicaments que ceux des groupes de population à revenu plus élevé. Ainsi, les soins de santé reçus par les résidents à faible revenu ont coûté 179 millions de dollars de plus que ceux reçus par les résidents à revenu moyen ou élevé en Saskatchewan. Dans son rapport, l'équipe de chercheurs souligne qu'une plus grande utilisation du système de soins de santé découle d'une plus grande prévalence des maladies et non pas d'une différence dans les habitudes de consommation.

- Les responsables de l'Association canadienne de santé publique (ACSP) font valoir que le recours aux services de soins de courte durée chuterait si un investissement plus substantiel était fait dans la prévention des maladies et la promotion et la protection de la santé²⁰.
- Le groupe de recherche du Centre manitobain de politiques en matière de santé estime qu'il serait possible de retrancher 15 % des coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations de médecins si l'état de santé de l'ensemble de la population se rapprochait de celui de la tranche de 20 % de la population la plus riche de Winnipeg³⁶.
- En 2009, un rapport de l'ASPC³⁷ montrait que les inégalités de santé faisaient grimper les coûts du système de santé parce que les populations défavorisées vivent dans un moins bon état de santé, ce qui les amène plus souvent à recourir aux soins de santé. Les auteurs du rapport font valoir que des investissements plus substantiels pour améliorer les conditions de vie viendraient réduire les « importants coûts sociaux, économiques et politiques [des iniquités] » et améliorer la « santé globale pour les personnes, les collectivités et la société³⁷ (p.24) ».

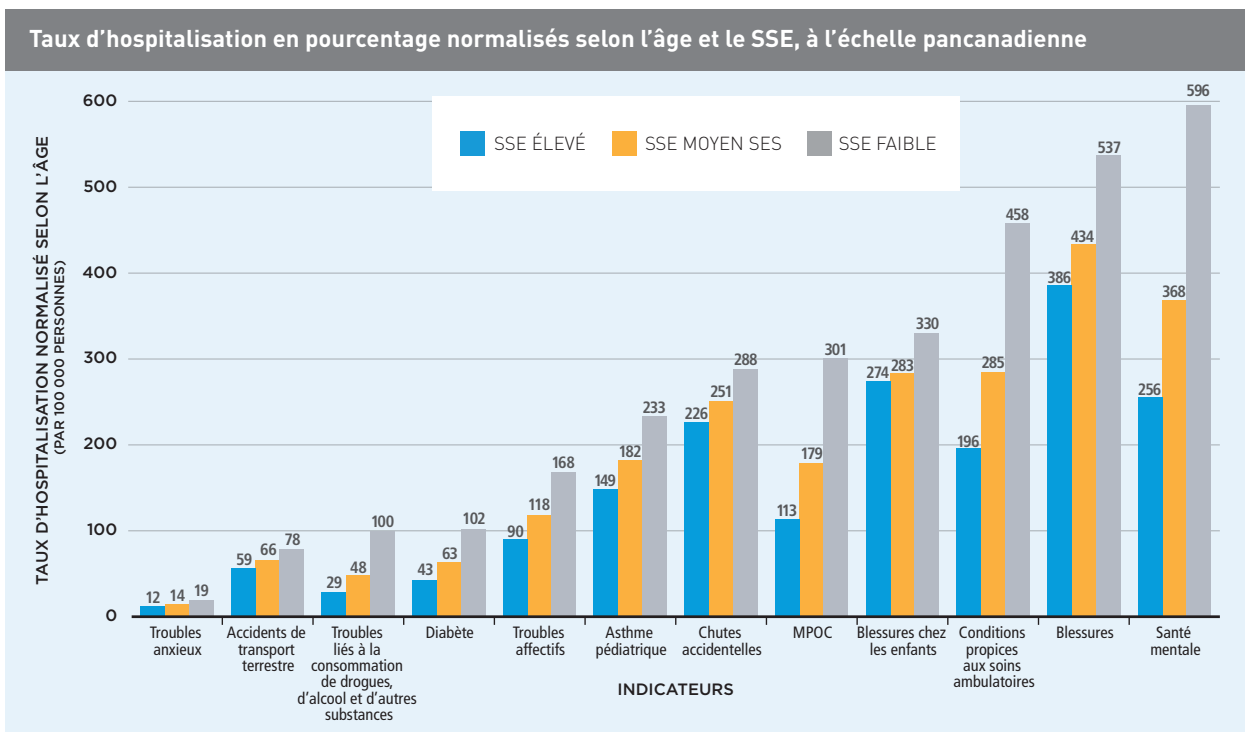


Figure 6. Taux d'hospitalisation en pourcentage normalisés selon l'âge et le SSE, à l'échelle pancanadienne⁷² (p.29)

C. Autres déterminants sociaux de la santé

Les études ci-dessous traitent de l'incidence économique d'un déterminant social précis (autre que la pauvreté et l'inégalité du revenu) ou, encore, des déterminants sociaux dans leur ensemble.

- En 2015, Fitzpatrick et ses collaborateurs ont établi que l'insécurité alimentaire et les logements insalubres constituent les deux déterminants sociaux les plus importants, ce qui s'avère corrélé avec les utilisateurs qui coûtent cher (UCC) au système de soins de santé³⁴. La section 6 du présent document traite de cette corrélation de manière plus exhaustive.
- En 2008, un sous-comité sénatorial en est venu à la conclusion que la moitié des résultats de santé pouvaient être attribuables aux déterminants sociaux de la santé³⁸.

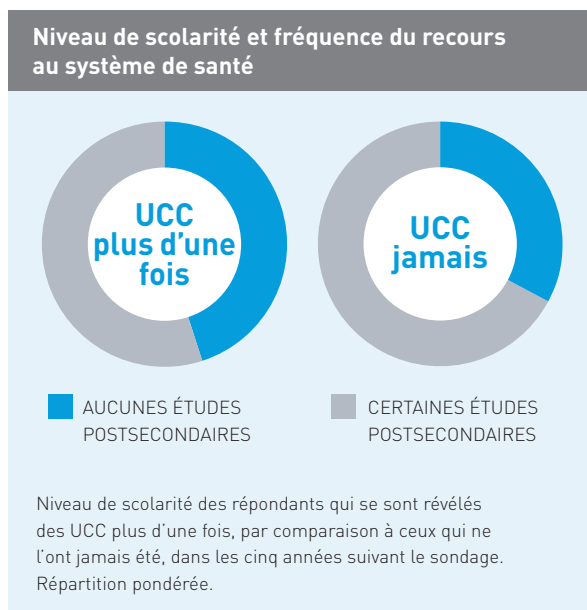


Figure 7. Niveau de scolarité et fréquence du recours au système de santé³⁴ (p.166)

- Dans son rapport de 2010 sur le fardeau des maladies chroniques en Colombie-Britannique²², le médecin hygiéniste en chef de la province déclarait que les inégalités dans la répartition des déterminants de la santé font du tort à l'ensemble de la société canadienne. Il soulignait cependant qu'il était possible de remédier à la situation en investissant dans le logement abordable, le développement de la petite enfance, l'égalité d'accès à l'enseignement supérieur et l'accroissement de l'alphabétisation, ainsi que dans des initiatives en milieu de travail, comme les garderies sur les lieux de travail et les prestations de maternité et de paternité, lesquelles accordent une importance plus grande à l'égalité des chances et moins grande aux désavantages sociaux²² (p.36).
- Aux États-Unis, le diabète survient deux fois plus souvent chez les adultes sans diplôme d'études secondaires que chez les adultes ayant un diplôme collégial ou universitaire²⁷.
- Dans une étude menée en 2012 par l'organisme Catholic Health Australia³⁹, les chercheurs ont conclu que, si les recommandations du rapport de l'OMS *Comblent le fossé en une génération* étaient suivies en Australie, un demi-million de personnes au pays guériraient de maladies chroniques chaque année^b. Les auteurs estiment que : *sans égard aux notions de revenu, de niveau de scolarité ou d'exclusion sociale, combler le fossé dans l'état de santé pourrait entraîner des économies annuelles de 2 à 3 millions de dollars pour le gouvernement et d'autres économies de 3 à 4 millions de dollars s'il était possible de réduire la prévalence des maladies chroniques chez les groupes de population les plus défavorisées sur le plan socioéconomique en la ramenant à un niveau semblable à celui observé chez les groupes les moins désavantagés*³⁹, p. xii. [traduction libre]

^b Les auteurs du rapport faisaient valoir que 60 000 personnes de moins auraient besoin d'être hospitalisées, ce qui mènerait à une économie de 2 à 3 millions de dollars; qu'il faudrait 5,5 millions de demandes de moins au titre du régime assurance-maladie, ce qui mènerait à une économie de 273 millions de dollars; et qu'il faudrait 5,3 millions d'ordonnances de moins au titre du régime d'assurance-médicaments, ce qui mènerait à une économie de 184,5 millions de dollars.

- Les chercheurs de l'observatoire de santé publique de l'Écosse³¹ ont analysé les programmes universels offerts à l'ensemble de la population et les interventions axées sur les individus en comparant leur incidence sur le taux de mortalité, le nombre d'hospitalisation et les iniquités. Ils ont constaté que les interventions axées sur la responsabilité individuelle ne réussissaient pas autant à réduire les iniquités, même en ciblant les collectivités les plus démunies.
- Au Canada, le rapport paru à l'issue du récent projet pilote « Priorité au logement » (At Home/ Chez Soi)⁴⁰ révélait qu'un logement stable pour un groupe de personnes souffrant de maladie mentale et physique chronique avait des effets sur le mode d'utilisation des services de santé, car ces personnes avaient moins souvent recours aux salles d'urgence ou aux consultations externes.

Exemples d'utilisation efficace d'arguments économiques pour réorienter les ressources de santé vers l'amont

Dans la présente section, nous nous attarderons à deux champs d'intervention — le développement de la petite enfance et la sécurité alimentaire — où les travaux de recherche ont démontré qu'une action exercée sur les déterminants en amont et sur la réduction des iniquités mène, ou pourrait mener, à une réduction des coûts de santé.

A. Développement de la petite enfance

D'aucuns s'entendent pour dire qu'un investissement dans l'enfance se révèle judicieux du point de vue économique, car c'est au cours de cette période que les iniquités de santé commencent à avoir des effets sur la santé⁷³. Les arguments économiques en faveur des interventions dans le domaine de la petite enfance font plus précisément état des effets cumulatifs et interdépendants des désavantages tout au long du parcours de vie d'une personne⁴¹. Des avantages ou des désavantages durant la petite enfance peuvent donner lieu à enchaînement d'événements qui influenceront l'état de santé des individus plus tard dans leur vie, même s'ils ont changé de statut socioéconomique chemin faisant^{42,43}. Woolf et Braverman ont conclu que, dans le cas des personnes défavorisées, les résultats exerceront une pression sur la demande en soins de santé, dont le système est déjà trop coûteux à maintenir en place²³. Clyde Hertzman (fondateur du Human Early Learning Project, à l'Université de la Colombie-Britannique) et ses collègues ajoutent que la société ne peut se permettre de faire fi du coût des inégalités de développement chez les enfants⁴⁴. Étant donné la solidité des données probantes à cet égard, il est malheureux que parmi les pays riches le Canada soit celui qui alloue le moins de fonds publics au développement de la petite enfance.

Malgré le grand nombre de recherches et de documents sur les avantages économiques d'investir dans les divers stades de la petite enfance, très peu

d'études portent sur les résultats de santé ou sur les coûts pour le système de santé plus tard dans la vie^c. Nous présentons ici des arguments qui montrent une corrélation entre une enfance défavorisée et le risque pour la santé, la productivité tout au long du parcours de vie et le coût global pour le gouvernement. Il est possible d'inférer de ces données une augmentation des coûts pour le système de santé.

Li et ses collègues⁴⁶ se sont penchés sur la question de savoir si le milieu socioéconomique d'un enfant « le suit toute sa vie » et s'il se traduit ultimement en risques pour la santé. Les chercheurs ont examiné les taux de cortisol (associés à plusieurs maladies mentales et physiques) chez 17 000 personnes, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 45 ans. Ils ont conclu qu'un statut socioéconomique moins favorable tout au long de la vie menait systématiquement à un taux de cortisol plus élevé et, par conséquent, à un recours aussi systématique au système de soins de santé.

Par ailleurs, un rapport de synthèse d'une analyse coût-efficacité des programmes axés sur le développement de la petite enfance (c.-à-d. la première décennie) laissait supposer des économies d'échelle pour le gouvernement⁴⁷. On y mentionnait que les ratios coût-avantage allaient de deux dollars à plus de 10 dollars pour chaque dollar investi, avec un rendement moyen de six dollars pour chaque dollar investi. Le rendement des programmes prénataux ou de la première enfance allaient d'un dollar à cinq dollars pour chaque dollar investi, avec un rendement moyen de trois dollars pour chaque dollar investi.

c Goldsmith et ses collaborateurs ont observé que ce sont les programmes de garderie ou préscolaires qui font le plus souvent l'objet d'études en ce qui concerne les interventions en matière de politiques publiques favorables à santé^{45(p.17)}.

Deux études ont traité des effets de laisser autant d'enfants grandir dans des conditions défavorables, notamment sur la productivité. En s'appuyant sur les données britanno-colombiennes et pancanadiennes, les chercheurs de la première étude⁴⁸ ont conclu qu'en réduisant le taux de vulnérabilité d'un enfant de 29 % à 10 %, le PIB augmenterait dans une proportion qui compenserait largement l'investissement social. Les chercheurs de la seconde étude, Kershaw et ses collaborateurs⁴⁹, ont pour leur part conclu que des taux de vulnérabilité élevés chez les enfants britanno-colombiens coûtent annuellement à la province environ dix fois la valeur de l'endettement provincial.

B. Sécurité alimentaire

Au Canada, on note une augmentation de l'insécurité alimentaire dans les ménages (un indicateur des problèmes d'accès aux aliments associés au revenu). L'insécurité alimentaire va de pair avec un moins bon état de santé⁵², c'est-à-dire avec des problèmes de santé qui vont des troubles mentaux jusqu'au diabète^{50,52}. L'inverse est aussi vrai. Des problèmes de santé physique ou mentale chroniques peuvent augmenter la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire des ménages⁵¹, et empêcher ainsi les individus de prendre soin d'eux pour améliorer leur santé, ce qui les amène plus souvent à avoir besoin du système de santé^{52,53}. Les patients du service des urgences qui souffrent de la faim optent en général pour les aliments plutôt que les médicaments, ce qui peut donner lieu à des séjours répétés dans les urgences et les hôpitaux⁵⁴.

Ces facteurs qui se recoupent aussi entre eux font augmenter les coûts du système de santé : les choix limités et la piètre qualité des aliments augmentent le risque des maladies chroniques, ce qui diminue la capacité des individus de gagner leur vie et de s'occuper de leur mauvais état de santé et, en bout de piste, fait grimper les coûts du système de santé^{55,56}. D'aucuns savent que l'insécurité alimentaire dans les ménages constitue un élément prédictif du recours aux soins de santé par les adultes en âge de travailler, indépendamment des autres déterminants sociaux³⁴.

Une étude réalisée en Ontario a montré que la mauvaise alimentation coûtait à la province quelque 2,9 milliards de dollars annuellement en soins de santé directs⁵. Dans une autre étude, des chercheurs ont observé la relation de cause à effet entre le haut taux d'insécurité alimentaire du ménage et l'augmentation des coûts de santé des individus qui en font partie⁵². À la fin d'une étude rigoureuse impliquant 67 000 personnes (de 18 à 64 ans), Tarasuk et ses collaborateurs ont tiré la conclusion suivante :

L'insécurité alimentaire des ménages se révèle un élément prédictif robuste de l'utilisation des services de soins de santé et des coûts encourus par les adultes en âge de travailler, indépendamment des autres déterminants sociaux. Les interventions des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéraux pour réduire l'insécurité alimentaire des ménages pourraient considérablement alléger les dépenses en soins de santé et améliorer la santé globale⁵² [p.6].
[traduction libre]

7

Regard vers l'avenir...

A. En recherche

Soutenir les travaux de recherche qui visent à établir un lien entre les interventions en amont et axées sur l'équité et les économies pour le système de santé.

Peu d'études traitent du lien entre les interventions systémiques pour améliorer les conditions sociales et économiques, les résultats de santé et les coûts ou les économies pour le système de santé. La plupart des études économiques sur les résultats de santé font d'ailleurs état de ces résultats en fonction d'une *moyenne*, au lieu d'inclure une ventilation des résultats de santé par groupe socioéconomique⁵⁷. Sir Michael Marmot a insisté sur l'importance de produire des études économiques qui incluraient des données précisant *qui* perd et *qui* gagne⁵⁸. Il y aurait également lieu de réaliser des analyses économiques et d'autres sur les résultats des interventions en amont sur la santé, y compris sur le projet pilote sur le revenu annuel garanti annoncé par l'Ontario en 2016⁵⁹.

Élargir le champ de ce qui est mesuré.

Goldsmith et ses collaborateurs⁴⁵ font état des divergences d'opinion quand vient le temps de considérer les mesures et les mécanismes qui permettent d'établir les coûts d'une intervention, puis de comparer ses effets sur la santé dans les collectivités, les régions, les provinces, les territoires et les nations. Les données au sujet de l'utilisation des soins de santé et du statut socioéconomique (SSE) présentent des lacunes et des incohérences multiples. Cela dit, des mesures uniformes ne peuvent changer le fait que les interventions en amont ont lieu dans des

milieux complexes et qu'elles entraînent toutes sortes d'enchaînements de cause à effet, où les avantages pour la santé ou pour d'autres aspects dépassent l'objectif de base. Par exemple, des chercheurs australiens²⁰ penchés sur les effets d'un programme de pédibus scolaire se sont montrés incapables d'en démontrer l'efficacité en parlant d'une baisse quelconque de l'incidence de l'obésité, mais ils ont pu constater une réduction de la congestion routière et de la pollution, une accentuation de la cohésion sociale et une amélioration des habitudes d'exercice physique. Il faut élargir la portée des résultats mesurés.

B. En pratique

Allouer des fonds pour des mesures de réduction des inégalités socioéconomiques : un préalable aux données probantes.

Exiger des analyses économiques avant d'entreprendre des démarches en amont pourrait nuire au processus, parce qu'il existe encore trop peu de données utiles. Goldsmith et ses collaborateurs⁴⁵ font valoir que, dans les domaines de recherche peu exploités — par exemple l'évaluation du coût des inégalités socioéconomiques —, il faut agir avant de pouvoir générer des données, et il n'y en a pas encore suffisamment. Il importe avant tout pour la santé publique de commencer par 1) agir, en fonction du caractère plausible, en partenariat avec d'autres organismes qui s'intéressent aux déterminants comme l'inégalité du revenu ou le logement de qualité, 2) garder des dossiers détaillés sur les coûts financiers et les avantages (financiers, sociaux et sanitaires) observables, et 3) communiquer les résultats.

Allouer des fonds pour les études longitudinales; les données sur la santé et le coût-efficacité s'accumuleront progressivement.

Les économies possibles ne se réaliseront pas en un seul mandat parlementaire. Impossible de constater rapidement l'effet du travail en amont sur les dépenses de santé. En effet, si certaines personnes n'ont plus besoin des services hospitaliers, les autres personnes sur les listes d'attente prendront rapidement leur place, ce qui empêchera de constater des économies (P. Plourde, communication orale, janvier 2015). Comme l'ont souligné Goldsmith et ses collaborateurs⁴⁵ :

Dans ses demandes de [soutien] financier, la prévention obtient difficilement le soutien du public et des politiciens. Contrairement aux soins relatifs au traitement des maladies, les bénéficiaires de la prévention ne sont pas identifiables et la prévention est généralement caractérisée par des coûts immédiats et des bénéfices différés^(p. iii).

Il faut continuer de plaider pour des études de plus longue haleine et aussi pour des données normalisées, car elles permettent aux têtes dirigeantes du secteur de la santé de passer à l'action devant la possibilité de réaliser des économies et d'autres avantages.

Plus d'individus en santé = des vies plus longues et potentiellement des coûts de santé plus élevés.

Certaines personnes insistent pour dire que tout rendement sur un investissement en vue d'améliorer la santé et l'équité parmi les populations serait réduit à néant en raison des soins dont auront besoin ces mêmes personnes plus tard dans leur vie prolongée. Il s'agit d'une préoccupation à long terme qui manque d'étoffe éthique, mais qui ne dilue en rien l'argument selon lequel un investissement en prévention et en promotion a le potentiel d'entraîner une réduction des coûts en soins de santé tout au long du parcours de vie.

C. En éthique

Arguments économiques : un outil utile pour convaincre les dirigeants de prendre les bonnes décisions.

Certains chercheurs se demandent si le fait de quantifier la valeur des politiques conçues pour réduire la pauvreté ou la faim constitue un choix éthique⁶⁰. Comme on le souligne dans un document du CCNPPS : « Même avec l'aide d'évaluations économiques, il demeure difficile de choisir ce qui est bon, ce qui est juste et ce qui est socialement désirable^{60 (p.11)} ». Malgré tout, mettre de l'avant un argument économique peut bonifier l'argument éthique en période de présumée compression budgétaire. Bien des facteurs (p. ex. valeurs, relations politiques ou personnelles, actualités, opinion publique) entrent en ligne de compte dans les décisions sur la répartition des enveloppes budgétaires. Les arguments économiques demeurent une force de frappe quand on veut convaincre les détenteurs du pouvoir décisionnel⁴⁵.

Harmoniser les valeurs en tenant compte des sources de revenu et des coûts.

Il faut trouver une façon d'harmoniser nos valeurs relativement à une meilleure santé et une plus grande équité économique à nos valeurs relativement au développement économique et aux politiques fiscales, ce qui tombe souvent dans l'oubli. Les sources de financement tout comme la répartition des enveloppes budgétaires évoquent toutes sortes de valeurs, et il importerait de soulever ces questions ensemble.

8 Conclusion et questions à débattre

Réorienter les fonds du système de santé plus en amont veut dire travailler plus souvent en collaboration avec d'autres secteurs et participer à leurs travaux. Les acteurs de la santé doivent mener la barque à certaines occasions, puis à d'autres moments, ils doivent apporter soutien et assistance. Fitzpatrick et ses collaborateurs³⁴ résument comme suit un grand nombre des arguments dans leur document de travail de 2015 :

Les causes profondes des coûts élevés et de la grande utilisation du système de santé résident essentiellement dans les [SSE] et demeurent souvent oubliées dans les recherches sur les services de santé. Une multitude de facteurs qui influent sur le gradient social lié au SSE n'ont rien à voir avec le système de soins de santé. Pour induire un changement avant que les patients ne deviennent des utilisateurs qui coûtent cher ou qu'ils ne s'approchent de cette trajectoire, il faut considérer les populations en regardant en amont. Les disparités de santé et les iniquités liées au SSE se trouvent en effet au cœur des responsabilités de la santé publique, et les démarches collaboratives et intersectorielles permettent d'agir sur les coûts à même le système de santé et à l'extérieur, en harmonisant les objectifs de la santé publique et des soins de santé^(p.169-170).

[traduction libre]

Questions à débattre

- Pensez-vous qu'une plus grande part des dépenses en santé devrait aller aux activités axées sur le mode de vie, le milieu d'apprentissage et le cadre de travail favorables à la santé? Une telle responsabilité relève-t-elle d'un autre secteur gouvernemental?
- Dans votre sphère de travail, quelles valeurs dominent dans la façon dont les ressources sont allouées? Dans quelle mesure ces valeurs sont-elles centrées sur les collectivités et les populations? Dans quelle mesure ces valeurs sont-elles centrées sur l'individu?
- Voyez-vous des occasions d'élaborer des arguments économiques pour un investissement accru dans le travail en amont? Quels arguments seraient les plus utiles dans votre contexte de travail?
- Êtes-vous en mesure de reconnaître des iniquités dans la manière dont l'enveloppe budgétaire est répartie dans votre milieu de travail? Ou, encore, selon le lieu géographique? La génération? Le statut socioéconomique? La race ou le groupe ethnique?
- Comment pourrions-nous étendre la discussion sur la façon de dépenser les fonds en santé, en tenant compte à la fois des causes et des intervenants d'une bonne santé?

ANNEXE 1 : DÉFINITION DES TERMES ASSOCIÉS À L'ÉQUITÉ EN SANTÉ ET À L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Direct costs / indirect costs - Activités pour l'équité en santé – Activités de planification, de collecte des données et d'élaboration des rapports, d'évaluation des projets, de collaboration, de plaidoyer et d'animation que réalisent les acteurs de la santé publique pour aider à réduire l'écart entre les personnes les plus en santé et les moins en santé.

Coûts directs et indirects – Les coûts directs renvoient à « la valeur des biens et des services pour lesquels des sommes ont été payées et des ressources utilisées en vue du traitement, des soins et de la réadaptation liés à la maladie ou aux blessures^{37 (p.2)} ». Les coûts indirects représentent « la valeur de la production économique perdue en raison de maladies, de blessures rendant inapte au travail ou de décès prématurés^{37 (p.2)} ». Voir aussi la définition de « coûts internes et externes » ci-dessous.

Coûts internes et externes – Additionnés, coûts que représente une maladie pour la société. Les coûts internes concernent ceux assumés ou soupesés par le décideur. Les coûts externes sont ceux non assumés ou non soupesés par le décideur. Les mêmes notions s'appliquent aux avantages⁵⁷.

Déterminants en amont et en aval – Les déterminants « structuraux » ou en amont font référence aux structures socioéconomiques à l'origine des déterminants en aval ou « intermédiaires ». Ils incluent le revenu, le niveau de scolarité, l'inclusion et l'exclusion, le racisme, le colonialisme et le patriarcat²⁷. Les déterminants en aval incluent par exemple « les soins médicaux [...] et les comportements liés à la santé, comme le tabagisme, le recours ou la renonciation aux soins médicaux et le non-respect des directives sur le traitement^{27 (p.1852)} ». [traduction libre]

Déterminants sociaux de la santé – Facteurs interdépendants d'ordre social, politique, économique et culturel qui créent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, vivent, grandissent, apprennent, travaillent, s'amuse et vieillissent⁶¹.

Équité en santé – Ce terme signifie que toutes les personnes de tous les groupes sociaux ont les mêmes possibilités d'atteindre un état de santé optimal sans être défavorisées en raison de leurs conditions sociales, économiques, environnementales et culturelles⁶¹.

Gradient social en santé ou gradient de santé – Association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé. Les personnes d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que ceux qui sont juste au-dessous, mais moins en santé que ceux juste au-dessus.

Inégalités de santé – Différences dans l'état de santé des individus qui ne relèvent pas de l'environnement ou de conditions socioéconomiques⁶¹.

Iniquités de santé – Référence aux écarts de santé associés à des avantages ou à des désavantages sociaux (p. ex., revenu, niveau de scolarité, inclusion sociale). Ces écarts sont injustes et évitables et il est possible de les atténuer. Les expressions « inégalités sociales de santé » et « iniquités de santé » s'utilisent parfois de manière interchangeable⁶¹.

Interventions – Série de mesures prises dans un objectif clair de produire un changement ou des résultats discernables. Les mesures peuvent prendre la forme de politiques, d'initiatives réglementaires ou de projets stratégiques ciblés ou de programmes pluridimensionnels. Les interventions de santé publique visent à favoriser ou à protéger la santé ou à prévenir la mauvaise santé au sein de collectivités ou de populations^{63 (p.1)}.

Interventions en amont – Interventions ou stratégies qui visent à modifier les conditions sociales et économiques rendant difficile l'accès aux ressources et à améliorer la capacité des individus ou des groupes à atteindre un état de santé optimal⁶¹.

Morbidité et mortalité – La morbidité fait référence à l'incidence d'une maladie au sein d'une population ou dans un lieu géographique au cours d'une seule année. La mortalité correspond au nombre de décès au sein d'une population au cours d'une seule année.

Politiques publiques favorables à la santé – « Interventions sociales ou économiques qui ont des effets sur les déterminants de la santé [...] sans que cette dernière soit considérée comme le principal objectif^{37 (p.5)} ». Des exemples sont « le fait de limiter l'installation de terminaux de jeux de hasard vidéo, le logement supervisé, l'éducation à la petite enfance et le soutien du revenu^{45 (p.6)} ».

Protection de la santé – « Interventions pratiquées à l'échelle organisationnelle [...], locale, provinciale, [territoriale], nationale ou internationale qui réduisent les risques pour la santé en modifiant le milieu physique ou social dans lequel les personnes évoluent [...]^{37 (p.5)} ».

Résultats pour la santé – « Changements dans l'état de santé qui découlent de décisions ou d'interventions, ou encore d'investissements particuliers en santé⁶² ». Les changements reposent sur les symptômes de maladie, la perception de l'état de santé, la capacité de participer aux activités de la vie quotidienne et, ultimement, la vie ou la mort.

Santé publique – Au Canada, domaine responsable de quatre fonctions essentielles, soit : la protection de la santé, la surveillance de la santé, la prévention des maladies et des blessures et la promotion de la santé¹⁹.

Soins en cas de maladie – Diagnostic, gestion, traitement et palliation des maladies aiguës et chroniques.

Statut socioéconomique (SSE) – Degré d'accès d'une personne aux ressources en demande : biens matériels, argent, pouvoir, réseaux d'amis, soins de santé, temps de loisirs et possibilités de s'instruire⁶⁴.

ANNEXE 2 : MÉTHODES D'ANALYSE ÉCONOMIQUE

En termes simples, l'évaluation économique consiste à quantifier les avantages en fonction des coûts ou, encore, « à savoir si une mesure ou une intervention donnée aura effectivement des résultats bénéfiques pour tous et à en déterminer le coût^{65 [p.11]} » [traduction libre]. Il importe de souligner que les recherches sur l'incidence économique s'appuient sur une vaste gamme de démarches idéologiques. C'est pourquoi les études privilégient inévitablement certaines valeurs par rapport à d'autres. Dans la présente annexe, nous nous sommes largement inspirées des travaux du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) pour donner un aperçu élémentaire de l'analyse économique et des méthodes de modélisation⁶⁰.

En 2013, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié un rapport qui a marqué un tournant. Les auteurs y reconnaissaient en effet que l'organisme n'avait jamais fait le lien entre ses travaux sur la perspective économique de la santé⁶⁶ et ceux sur les déterminants sociaux de la santé⁶⁷. Dans son rapport *The Economics of Social Determinants of Health and Health Inequalities: A Resource Book* (dans la version intégrale en anglais), l'OMS souligne « qu'il faudrait plus de synergies^{57 [p.51]} » entre l'économie de la santé et l'investissement dans « les inégalités de santé d'origine sociale^{57 [p.11]} » [traduction libre]. Les auteurs du rapport n'ont pu recenser qu'un petit nombre d'études où était calculé le rendement du capital investi dans les déterminants sociaux de la santé sur les *résultats de santé*. Actuellement, les études portent en effet plus souvent sur les résultats liés au niveau de scolarité et au revenu. Les auteurs du rapport de l'OMS ont également constaté que l'équité en santé n'est pas souvent prise en compte dans l'analyse des dépenses et des résultats sur la santé du secteur de la santé. Ils signalent en outre que la plupart des analyses économiques dans ce domaine mettent tout le monde sur un même pied d'égalité.

Dans les analyses coûts-avantages habituelles, on calcule les avantages nets d'une intervention sans égard à la manière dont les avantages et les coûts sont distribués parmi les individus de la société. Par conséquent, même si [une intervention] donne des résultats appréciables chez les populations défavorisées, l'atténuation des iniquités de santé ne mènera pas nécessairement à des avantages nets réels dans une analyse coûts-avantages. Comme l'explique Harberger, un pionnier en matière d'analyse coûts-avantages sociale, une pondération égale des avantages et des coûts, sans égard à leur répartition, est en soi une « norme technique », ce qui permet de distinguer l'allocation des ressources des effets distributifs dans l'analyse de n'importe quel problème^{57 [p.39]}. [traduction libre]

Les travaux du CCNPPS⁶⁰ font ressortir la même prédominance de l'individualisme méthodologique dans la majorité des analyses économiques. En général, les études tournent autour de la santé et du bien-être de l'individu et des décisions personnelles qui servent d'unités de mesure de base. Il n'est donc pas surprenant que les données probantes mènent ensuite à des solutions axées sur la responsabilité individuelle⁶⁰.

Goldsmith et ses collaborateurs soulignent que, « plus fondamentalement, la plupart des interventions en matière de soins de santé n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation économique et on a tendance à évaluer celles qui sont le plus faciles à étudier (plutôt que celles pour lesquelles il est plus pressant d'obtenir ce type de données)^{45 [p.ii]} ». Il n'est pas simple d'étudier les interventions en amont. La majorité des études économiques liées à la santé traitent surtout de l'incidence de la prévention clinique (p. ex. l'enseignement aux patients diabétiques) ou de changement de comportement (p. ex. le port de la ceinture de sécurité). Très peu portent sur l'incidence

des investissements en amont, a fortiori l'équité en santé^{37,57,58}. Au Québec, Astrid Brousselle, Éric Tchouaket et d'autres – tout en sachant l'importance et le coût astronomique des analyses des interventions dans le domaine de la santé publique – ont exploré l'utilité de réutiliser les données probantes aux fins de prise de décision⁶⁸.

A. Analyse coûts-avantages (ACA)

L'ACA exprime à la fois les coûts et les avantages d'une politique en termes de dollars. Elle permet de comparer des politiques ou des interventions concurrentes directement. Il peut se révéler très ardu de déterminer la valeur en dollars des avantages indirects. Même si l'ACA porte très souvent sur les avantages pour l'individu, elle constitue « également une méthode pouvant inclure la plus vaste gamme [d'avantages] dans ses calculs^{60 (p.8)} ». En outre, « [u]ne fois les coûts et les [avantages] exprimés en dollars, les recommandations concernant la politique se résument à souligner quelle option politique à l'étude génère le ratio [avantages-]coûts le plus élevé^{71 (p.5)} ».

B. Analyse coût-efficacité (ACE)

L'ACE permet de dégager les avantages globaux en les exprimant en unités de mesure non financières, normalisées et liées à la santé, par exemple le taux de mortalité ou l'incidence d'une maladie⁶⁰. On compare ainsi les avantages globaux aux coûts d'option globaux (c.-à-d. comment il serait possible de dépenser l'argent autrement)^{57 (p.14)}. Élaborée dans le but de remédier à certaines lacunes de l'ACA, l'ACE vise à optimiser la santé et les gains liés à la santé, au lieu de porter uniquement sur l'efficacité financière. Elle « évite d'avoir à se demander s'il est possible d'exprimer avec exactitude les avantages en dollars en fonction de préférences subjectives^{69 (p.7)} » [traduction libre] ou de la volonté de payer.

C. Analyse coût-utilité (ACU) ou année de vie ajustée en fonction de la qualité (AVAQ)

L'ACU « est celle qui est la mieux acceptée pour effectuer l'évaluation économique de politiques, plus particulièrement dans les domaines de la santé et des disciplines connexes. Plutôt que de comparer l'efficacité en se basant sur un seul [avantage] à la fois, comme le fait l'ACE, l'ACU analyse l'effet des interventions selon une mesure plus globale de la quantité et de la qualité de vie^{71 (p.11)} ». Le défi consiste à arriver à établir une unité de mesure qui reflèterait la nature complexe de la « qualité de vie » et qui pourrait s'appliquer à tous les milieux et à toute forme d'objectifs. La mesure la mieux acceptée à cet effet est « l'année de vie ajustée en fonction de la qualité » ou l'AVAQ, car elle permet d'évaluer un avantage en termes d'état de santé auto-déclaré. La mesure concerne le nombre d'années vécues dans un état de santé auto-déclaré donné^{58,69}. Les organismes ont eu tendance plus récemment à utiliser une seule unité de mesure, en y incorporant la mortalité et l'incapacité, ce qui rend les comparaisons des valeurs et des états pathologiques plus transparentes. Cet indicateur s'appelle : année de vie ajusté en fonction de l'incapacité ou AVAI²².

D. Coût ou fardeau de la maladie dans les études sur les maladies

Ce genre d'études traite des coûts économiques globaux associés à une maladie ou aux iniquités de santé et peut permettre de déterminer l'ampleur des iniquités de santé⁵⁷. L'étendue du besoin⁵⁸ d'une population en matière de services de santé peut s'exprimer en termes de nombre de vies, d'années de vie ou d'années de vie ajustées en fonction de la qualité⁷⁰. Bien que les études sur le fardeau économique peuvent permettre de faire ressortir l'ampleur et l'importance des inégalités de santé en tant que problèmes stratégiques, elles ne peuvent pas servir de fondement à des solutions stratégiques données⁵⁷.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Institut canadien d'information sur la santé. (2016). Comment les dépenses de santé du Canada se compare-t-elle à celles d'autres pays? [Internet] Ottawa (Ont.) : ICIS [cité le 24 février 2016]. Repéré à <https://www.cihi.ca/fr/depenses-et-main-doeuvre-de-la-sante/depenses/tendances-des-depenses-nationales-de-sante/bddns2015-sujet3>
2. OCDE. (2014). *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014—Comment le Canada se positionne-t-il?* Note documentaire [Internet]. Paris (France) : OCDE [cité le 24 février 2016], 3 p. Repéré à <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Note-Information-CANADA-2014.pdf>
3. Le Conference Board du Canada. (c2016). Health spending: Do countries get what they pay for when it comes to health care [Internet]? Ottawa (Ont.) : Le Conference Board du Canada [cité le 24 février 2016]. Repéré à <http://www.conferenceboard.ca/hcp/hot-topics/healthspending.aspx> (en anglais)
4. Statistique Canada. (2015). Population selon le sexe et le groupe d'âge [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada [cité le 1^{er} mars 2016]. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo10a-fra.htm>
5. Deraspe, R. (2011). Vieillesse de la population et politiques publiques au Canada — 3. Incidence sur les soins de santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : Bibliothèque du Parlement [cité le 24 février 2016], 14 p. Repéré à <http://www.lop.parl.gc.ca/content/lop/ResearchPublications/2011-122-e.htm>
6. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). *Se diriger vers l'amont : Parlons-en* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier [cité le 3 février 2016], 6 p. Repéré à http://nccdh.ca/images/uploads/Se_diriger_vers_lamont_finale_fr1.pdf
7. Coalition des communautés en santé de l'Ontario [Internet]. [Date inconnue]. Toronto (Ont.) : Coalition des communautés en santé de l'Ontario [cité le 1^{er} mars 2016]. Repéré à <http://www.ohcc-ccso.ca/>
8. Tamarack: An institute for community engagement [Internet]. (c2013). Waterloo (Ont.) : Tamarack [cité le 1^{er} mars 2016]. Repéré à <http://tamarackcommunity.ca/> (en anglais)
9. Exposés de principe, résolutions et motions [Internet]. (c2013). Toronto (Ont.) : Association pour la santé publique de l'Ontario [cité le 1^{er} mars 2016]. Repéré à <http://opha.on.ca/Advocacy-and-Policy/Position-Paper,-Resolutions-and-Motions.aspx> (en anglais)
10. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). *Aviver l'intérêt : Appliquer les connaissances pour faire avancer l'équité en santé—Analyse du contexte 2014* [Internet]. Antigonish (NS) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier [cité le 19 janvier 2016], 53 p. Repéré à <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/boosting-momentum>
11. Compte rendu de l'atelier—Promouvoir l'économie de la santé publique et des populations. (2013). Promouvoir l'économie de la santé publique et des populations, Toronto, Ontario, 15 et 16 janvier 2013, Toronto (Ont.), 43 p. Repéré à <http://www.ccnsp.ca/docs/PublicHealthEconomicsReport-FR.pdf>
12. Institut canadien d'information sur la santé. (2014). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS [cité le 9 décembre 2015], 185 p. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport2014_FRweb.pdf
13. Dodge, D. et R. Dion. (2011). *La maladie chronique des dépenses en soins de santé : un diagnostic et un pronostic macroéconomiques*. [Internet]. Toronto (Ont.) : Institut C.D. Howe [cité le 30 novembre 2015], 17 p. Repéré à https://www.cdhowe.org/pdf/Commentary_327_fr.pdf
14. Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS, 2015 [cité le 9 décembre 2015], 27 p. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/nhex_trends_narrative_report_2015_fr.pdf
15. Bartlett, R., S. Cameron, H. Lao, C. Matier et S. Tapp. (2012). *Croissance projetée des dépenses de santé des provinces et des territoires* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Bureau du directeur parlementaire du budget [cité le 24 février 2016], 8 p. Repéré à http://www.parl.gc.ca/pbo-dpb/documents/Health_spending_growth_FR.pdf

16. Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005-2008* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC [cité le 9 décembre 2015], 111 p. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ebic-femc/2005-2008/assets/pdf/ebic-femc-2005-2008-fra.pdf>
17. Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Le fardeau économique direct des inégalités socio-économiques en matière de santé au Canada : Analyse des coûts des soins de santé selon le revenu* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC [cité le 12 avril 2016], 50 p. Repéré à <http://canadiensensante.gc.ca/publications/science-research-sciences-recherches/economic-burden-socio-economic-health-inequalities-fardeau-economique-inegalites-socio-economiques-sante/index-fra.php>
18. Institut canadien d'information sur la santé. (2015). *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : rapport technique* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS [cité le 7 janvier 2016], 310 p. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/trends_in_income_related_inequalities_in_canada_2015_fr.pdf
19. Santé Canada. (2003). Chapitre 3—Rôle et organisation de la santé publique. Dans Santé Canada, *Leçons de la crise du SRAS—Renouveau de la santé publique au Canada* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada [cité le 9 décembre 2015], 242 p. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/3-fra.php>
20. Association canadienne de santé publique. L'intérêt économique d'investir dans la santé publique et les DSS [Internet]. [Lieu inconnu] : ACSP [date inconnue], [cité en 2016]. Repéré à <http://www.cpha.ca/fr/programs/social-determinants/frontlinehealth/economics.aspx>
21. Kershaw, P. (2015). *Population aging, generational equity and the middle class* [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Generation Squeeze [cité le 3 février 2016]. 20 p. Repéré à http://www.ledevoir.com/documents/pdf/population_age.pdf (en anglais)
22. Kendall, P. (2010). *Investing in prevention—Improving health and creating sustainability: The Provincial Health Officer's special report* [Internet]. Colombie-Britannique : Office of the Provincial Health Officer [cité le 30 novembre 2015], 88 p. Repéré à http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/Investing_in_prevention_improving_health_and_creating_sustainability.pdf (en anglais)
23. Milstein, B., J. Homer, P. Briss, D. Burton et T. Pechacek. (2011). Why behavioural and environmental interventions are needed to improve health at lower cost. *Health Affairs* [Internet], [cité le 1^{er} décembre 2015], 30(5), 823-832. Repéré à <http://content.healthaffairs.org/content/30/5/823.full> (en anglais)
24. Smith, N., C. Mitton et P. Kershaw. (2015). *The re-allocation challenge: Containing Canadian medical care spending to invest in the social determinants of health* [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Generation Squeeze [cité le 3 février 2016]. 9 p. Repéré à https://d3n8a8pro7vnmx.cloudfront.net/gensqueeze/pages/452/attachments/original/1443510793/NS_CM_PK_Contain_Medical_Care.pdf?1443510793 (en anglais)
25. Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé Léa-Roback. (2015). Armine Yalnizyan: Income inequality and the limits of patient-centred care [fichier vidéo], [cité le 28 octobre 2015]. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=KNkHSHChU4o> (en anglais)
26. OCDE. Economic policy reforms: *Going for growth interim report* [Internet]. Paris (France) : OCDE, 2016 [cité le 2 mars 2016]. 152 p. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1787/growth-2016-en> (en anglais; sommaire en français intitulé *Réformes économiques 2016 : Objectif croissance—Rapport intermédiaire* repéré à <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/d49e4c8a-fr.pdf?expires=1458850122&id=id&accname=guest&checksum=4C415DA0E2C9FF9D5942F85373909BDD>)
27. Woolf, S. et P. Braveman. (2011). Where health disparities begin: The role of social and economic determinants—And why current policies may make matters worse. *Health Affairs* [Internet], [cité le 26 octobre 2015], 30(10), 1852-1859. Repéré à <http://content.healthaffairs.org/content/30/10/1852.short> (en anglais)
28. Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. (2004). *Réduire les disparités sur le plan de la santé - Rôles du secteur de la santé : Document de travail* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada [cité le 28 octobre 2015], 35 p. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_f.pdf

29. Commission des déterminants sociaux de la santé. (2008). *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé [cité le 8 décembre 2015], 256 p. Repéré à http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
30. Laurie, N. (2008). *The cost of poverty: An analysis of the economic cost of poverty in Ontario* [Internet]. Toronto (Ont.) : Ontario Association of Food Banks [cité le 26 octobre 2015]. 36 p. Repéré à <http://metcalffoundation.com/wp-content/uploads/2011/05/cost-of-poverty.pdf> (en anglais)
31. Scottish Public Health Observatory. (2014). *Informing investment to reduce inequalities: A commentary* [Internet]. Edinburgh: ScotPHO [cité le 9 décembre 2015]. 39 p. Repéré à <http://www.scotpho.org.uk/downloads/hits/ScotPHO-Informing-Investment-To-Reduce-Health-Inequalities-III-In-Scotland-ACommentary.pdf> (en anglais)
32. Forget, E. (2011). *The town with no poverty: Using health administration data to revisit outcomes of a Canadian guaranteed annual income field experiment* [Internet]. Winnipeg (Man.) : Université du Manitoba [cité le 7 mars 2016]. 38 p. Repéré à <http://nccdh.ca/resources/entry/the-town-with-no-poverty> (en anglais)
33. Institut canadien d'information sur la santé. (2010). *Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les hommes et les femmes* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS [cité le 26 octobre 2015], 24 p. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/disparities_in_hospitalization_by_sex2010_f.pdf
34. Fitzpatrick, T., L. Rosella, A. Calzavara, J. Petch, A. Pinto, H. Manson H. et coll. (2015). Looking beyond income and education: Socioeconomic status gradients among future high-cost users of health care. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(2), 161-171.
35. Lemstra M., J. Mackenbach, C. Neudorf et U. Nannapaneni. (2009). High health care utilization and costs associated with lower socio-economic status: Results from a linked dataset. *Revue canadienne de santé publique*, 100(3), 180-183.
36. Roos, N.P., K. Sullivan, R. Walld et L. MacWilliam. (2004). Potential savings from reducing inequalities in health. *Revue canadienne de santé publique*, 95(6), 460-464.
37. Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Investir en prévention—La perspective économique : Principales conclusions d'un examen des données probantes* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC [cité le 14 octobre 2015], 39 p. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/preveco-index-fra.php>
38. Keon, W.J. et L. Pépin. (2009). *Un Canada en santé et productif : Une approche axée sur les déterminants de la santé*. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie : Rapport final du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations [Internet]. Ottawa (Ont.) : Sous-comité sénatorial sur la santé des populations [cité le 9 octobre 2015], 47 p. Repéré à <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/402/popu/rep/rephealth1jun09-f.pdf>
39. Brown, L., L. Thurecht et B. Nepal. (2012). *The cost of inaction on the social determinants of health* [Internet]. Canberra (Austr.) : Catholic Health Australia [cité le 9 octobre 2015], 54 p. Repéré à <http://www.natsem.canberra.edu.au/storage/CHA-NATSEM%20Cost%20of%20Inaction.pdf> (en anglais)
40. Goering, P., S. Veldhuizen, A. Watson A. et coll. (2014). *National at Home/Chez Soi final report* [Internet]. Calgary (Alb.) : Commission de la santé mentale du Canada [cité le 7 mars 2016], 48 p. Repéré à http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/mhcc_at_home_report_national_cross-site_eng_2.pdf (en anglais)
41. Whitehead, M., S. Poval et B. Loring. (2014). The equity action spectrum: Taking a comprehensive approach—Guidance for addressing inequities in health [Internet]. Danemark : Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé [cité le 14 décembre 2015], 40 p. Repéré à http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/247631/equity-action-090514.pdf?ua=1 (en anglais; sommaire en français intitulé *Toute la gamme des actions menées en faveur de l'équité : une approche globale. Recommandations pour la lutte contre les inégalités dans le domaine de la santé* repéré à <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/equity-action-spectrum-taking-a-comprehensive-approach-the-guidance-for-addressing-inequities-in-health-2014>)
42. Cohen, S., D. JanickiDDeverts, E. Chen et K.A. Matthews. (2010). Childhood socioeconomic status and adult health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 37-55.

43. Missinne, S. (2015). Moving towards a better understanding of socioeconomic inequalities in preventive health care use: A life course perspective. Dans Burton-Jeangros, C., S. Cullati, A. Sacker et D. Blane. (dir.). *A life course perspective on health trajectories and transitions*. Suisse : Springer Open, p. 111-131.
44. Posen, A., A. Siddiqi et C. Hertzman. (2015). *Nurturing early childhood development in times of austerity in BC* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de politiques alternatives [cité le 2 mars 2016], 20 p. Repéré à https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC%20Office/2015/12/ccpa-bc_NurturingEarlyChildhood_web.pdf (en anglais)
45. Goldsmith, L.J., B. Hutchison et J. Hurley. (2004; traduction française en 2008). *L'évaluation économique appliquée aux quatre volets de la prévention : Une perspective canadienne* [Internet]. Hamilton (Ont.) : Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster [cité le 26 octobre 2015]. 93 p. Repéré à <http://www.ccnpps.ca/docs/FR-EvaluationEconomique.pdf>
46. Li, L., C. Power, S. Kelly, C. Kirschbaum et C. Hertzman. (2007). Life-time socio-economic position and cortisol patterns in mid-life. *Psychoneuroendocrinology*, 32(7), 824-833.
47. Reynolds, A., J. Temple et B. White. (2009). *Cost-effective early childhood development programs: A synthesis of evidence in the first decade of life* [Internet]. Minneapolis (É.-U.) : University of Minnesota [cité le 19 janvier 2016], 30 p. Repéré à <http://www.cehd.umn.edu/icd/research/cls/docs/cbasummary2009.pdf> (en anglais)
48. Kershaw, P., B. Warburton, L. Anderson, C. Hertzman, L.G. Irwin et B. Forer. (2010). Les coûts économiques de la vulnérabilité précoce au Canada [Internet]. *Revue canadienne de santé publique* [cité le 19 janvier 2016], 101(9), S8-12. Repéré à <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/2132/2314>
49. Kershaw, P., L. Anderson, B. Warburton et C. Hertzman. (2009) 15 by 15: *A comprehensive policy framework for early human capital investment in BC* [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Human Early Learning Partnership, Université de la Colombie-Britannique [cité le 14 décembre 2015], 63 p. Repéré à <http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/15by15-full-report.pdf> (en anglais)
50. Heflin, C., K. Siefert et D. Williams. (2005). Food insufficiency and women's mental health: Findings from a 3-year panel of welfare recipients. *Social Science & Medicine*, 61(9), 1971-1982.
51. Tarasuk, V., A. Mitchell, L. McLaren et L. McIntyre. (2013). Chronic physical and mental health conditions among adults may increase vulnerability to household food insecurity. *Journal of Nutrition*, 143(11), 1785-1793.
52. Tarasuk, V., J. Cheng, C. de Oliveira, N. Dachner, C. Gundersen et P. Kurdyak. (2015, 10 août). Association between household food insecurity and annual health care costs [Internet]. *Canadian Medical Association Journal* [cité le 19 janvier 2016], 187(14), E429-36. Repéré à <http://www.cmaj.ca/content/early/2015/08/10/cmaj.150234.full.pdf+html> (en anglais)
53. Kushel, M.B., R. Gupta, L. Gee et J.S. Haas. (2006). Housing instability and food insecurity as barriers to health care among low-income Americans. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 71-77.
54. Biros, M.H., P.L. Hoffman et K. Resch K. (2005). The prevalence and perceived health consequences of hunger in emergency department patient populations. *Academic Emergency Medicine*, 12(4), 310-317.
55. Seligman, H.K. et D. Schillinger. (2010). Hunger and socioeconomic disparities in chronic disease. *The New English Journal of Medicine*, 363(1), 6-9.
56. Bhargava, V., J.S. Lee, R. Jain, M.A. Johnson et A. Brown. (2012). Food insecurity is negatively associated with home health and out-of-pocket expenditures in older adults. *Journal of Nutrition*, 142(10), 1888-1895.
57. Organisation mondiale de la Santé. (2013). *The economics of the social determinants of health and health inequalities: A resource book*. Luxembourg : Organisation mondiale de la Santé, 124 p. Sommaire en français intitulé *Aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé—Résumé* (2014), 18 p.
58. Marmot, M.G., J. Allen, P. Goldblatt et coll. (2010). *Fair society, healthy lives* [Internet]. Londres (G.-B.) : The Marmot Review [cité le 8 décembre 2015], 242 p. Repéré à <http://www.instituteofhealthequity.org/Content/FileManager/pdf/fairsocietyhealthylives.pdf> (en anglais)

59. Ministère des Finances de l'Ontario. (2016). *Budget de l'Ontario 2016* [Internet]. Toronto (Ont.) : gouvernement de l'Ontario [cité en 2016]. Repéré à <http://www.fin.gov.on.ca/fr/budget/ontariobudgets/2016/>
60. Rozworski, M. et O. Bellefleur. (2014). *Introduction aux implications éthiques des évaluations économiques pour les politiques publiques favorables à la santé* [Internet]. Montréal (Qc) : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé [cité le 26 octobre 2015], 13 p. Repéré à http://www.ccnpps.ca/docs/EthiqueEvalEcon_FR.pdf
61. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Glossaire français des principaux termes sur l'équité en santé* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier [cité le 8 décembre 2015], 8 p. Repéré à http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Glossary_FR_Feb_18_2016.pdf
62. Institut canadien d'information sur la santé. [Date inconnue]. Résultats [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS [cité le 3 mars 2016]. Repéré à <https://www.cihi.ca/fr/performance-du-systeme-de-sante/qualite-des-soins-et-resultats/resultats>
63. Rychetnik, L., M. Frommer, P. Hawe et A. Shiell. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(2), 119-127.
64. Oakes, J. et P. Rossi. (2003). The measurement of SES in health research: Current practice and steps toward a new approach. *Social Science & Medicine*, 56(4), 769-784.
65. UCL Institute of Health Equity. (2014). *Local action on health inequalities: Understanding the economics of investments in the social determinants of health* [Internet]. Londres (G.-B.) : Public Health England [cité le 28 octobre 2015], 35 p. Repéré à <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/understanding-the-economics-of-investments-in-the-social-determinants-of-health>
66. Institut canadien d'information sur la santé. (c2015). Commission sur la macroéconomie et la santé [Internet]. Genève (Suisse) : OMS [cité le 14 décembre 2015]. Repéré à <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?codlan=2&codcol=15&codcch=491>
67. Organisation mondiale de la Santé. (c2015). La Commission des déterminants sociaux de la santé—2005-2008 : De quoi s'agit-il, à quoi sert-elle et comment a-t-elle fonctionné? [Internet]. Genève (Suisse) : OMS [cité le 19 janvier 2016]. Repéré à http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/fr/
68. Tchouaket, E. et A. Brousselle. (2013). Using the results of economic evaluations of public health interventions: Challenges and proposals. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 28(1), 43-66.
69. Glossaire [Internet]. (c2015). Simulation Technology for Applied Research [cité le 19 janvier 2016]. [Endroit inconnu]. Repéré à <http://www.pophealthmodels.ca/index.php/glossary>
70. Isfeld-Kiely, H. et S. Balakumar. (2015). *Formulation de la charge des maladies : Vers un nouveau cadre en vue de la mesure de la charge des maladies au Canada* [Internet]. Winnipeg (Man.) : Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, Université du Manitoba [cité le 29 février 2016], 36 p. Repéré à <http://ccnmi.ca/publications/formulation-de-charge-maladies/>
71. Rozworski, M. (2014). *Méthodes d'évaluation économiques : Quelles sont les implications éthiques pour les politiques publiques favorables à la santé?* [Internet]. Montréal (Qc) : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé [cité le 6 avril 2016]. 21 p. Repéré à http://www.ccnpps.ca/docs/2014_EvalEcon_Methodes_Fr.pdf
72. Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS [cité le 12 avril 2016]. 171 p. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/Reducing_Gaps_in_Health_Report_FR_081021.pdf
73. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2008). Examen des données probantes : L'influence des statuts socioéconomique et ethnoracial sur la santé des jeunes enfants et de leur famille [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier [cité le 1er avril 2016], 17 p. Repéré à <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/influence-of-SES-and-ethno-racial-status-on-the-health-of-young-children>



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
Téléphone : (902) 867-5406 Télécopieur : (902) 867-6130
ccnds@stfx.ca www.ccnds.ca