

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



CONSEIL PRATIQUE

Sur les déterminants sociaux de la santé

MARS 2015

CONSEIL PRATIQUE SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Ce guide *Conseil pratique*, qui s'inscrit dans la série de documents sur le Centre de médecine de famille (CMF) du CMFC, offre aux professionnels de la santé des solutions pratiques quant à la façon d'améliorer les déterminants sociaux de la santé (DSS) de leurs patients. Vous y trouverez quatre grandes sections :

- L'historique des déterminants sociaux de la santé
- L'importance de ces enjeux pour la santé du patient et de la population
- Les défis courants en matière d'intervention
- L'intégration des déterminants sociaux de la santé dans la pratique

Les annexes contiennent des ressources additionnelles sur les déterminants sociaux de la santé.

HISTORIQUE

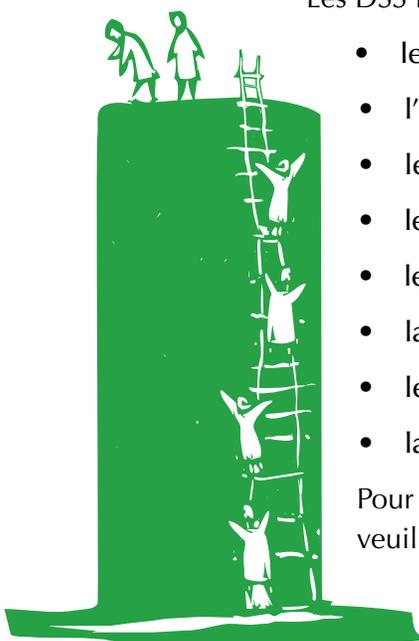
La santé et le bien-être sont fortement influencés par des facteurs économiques que l'on appelle les **déterminants sociaux de la santé (DSS)**, c'est-à-dire, les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces conditions sont influencées par la distribution de richesses, du pouvoir et des ressources à l'échelle mondiale, nationale et locale.¹ La base de connaissances sur les DSS remonte au début des années 1800 et ne cesse de croître. Nombre de rapports, colloques et études corroborent le lien entre les facteurs sociaux et la santé humaine.

Au Canada, le rapport Lalonde publié en 1974 encourageait les professionnels de la santé à sortir du cadre des soins traditionnels et à privilégier la prévention plutôt que les soins actifs pour améliorer la santé de la population.^{2,3} Nous en avons appris beaucoup sur les mécanismes qui régissent les DSS et les inégalités en matière de santé. L'idée qu'il existe une « échelle sociale » de la maladie est largement admise : plus vous vous rapprochez du sommet de cette échelle, plus votre état de santé est bon, et inversement, plus vous vous situez au bas de l'échelle, plus vos résultats sont mauvais.

Les DSS incluent les facteurs suivants, sans toutefois s'y limiter⁴ :

- le revenu (et sa distribution)
- l'éducation
- le chômage et la sécurité d'emploi
- les conditions de travail et d'emploi
- le développement de la petite enfance
- la race
- le genre
- la sexualité
- l'insécurité alimentaire (p. ex., la faim)
- le logement
- l'exclusion sociale
- le filet social (politique d'aide sociale)
- les services de santé
- le statut d'autochtone
- l'invalidité

Pour de plus amples renseignements sur la base de données relative aux DSS, veuillez consulter l'Annexe 1.



À l’instar d’autres organisations de professionnels de la santé, y compris l’Association médicale canadienne (AMC) et la *British Medical Association* (BMA), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) reconnaît qu’il existe des preuves suffisantes pour prendre des mesures à l’égard des DSS.

Le présent guide vise à fournir aux médecins de famille et à leur équipe de professionnels de la santé des conseils pratiques sur la façon d’aborder la question des DSS dans leur bureau ou clinique et à plus grande échelle.

L’IMPORTANCE DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

L’attention portée aux DSS fait partie intégrante de la santé des populations et de la médecine familiale. De nombreux médecins de famille canadiens admettent qu’il est difficile de traiter les problèmes de santé immédiats sans s’attaquer d’une certaine façon aux conditions sociales sous-jacentes qui engendrent ces problèmes chez leurs patients. Tandis que la plupart des interventions en santé publique ciblent les comportements individuels, l’approche en matière de DSS révèle que les choix individuels sont influencés et limités par des facteurs structurels et environnementaux qui souvent échappent au contrôle direct de la personne. C’est la raison pour laquelle les médecins de famille devraient chercher à influencer les habitudes de vie et les facteurs comportementaux qui ont un effet sur la santé des patients, mais aussi les conditions sociales qui influencent et limitent le bien-être.

Le CMFC accorde beaucoup de place aux DSS et à la responsabilité sociale dans son [Plan stratégique](#) 2013-2017. Un des six buts de ce plan précise que le CMFC devrait « être socialement responsable et assurer que toutes les décisions et tous les gestes du CMFC favorisent l’équité sociale. » Les buts intermédiaires de cette catégorie cherchent à sensibiliser davantage l’organisation à l’impact des déterminants sociaux sur la santé et à militer en faveur de politiques gouvernementales qui les abordent. Vous trouverez une description complète de ce but et du Plan stratégique du CMFC à l’Annexe 2. En poursuivant ce but, le CMFC cherche à améliorer les déterminants sociaux de la santé et les résultats sur la santé de tous les Canadiens et Canadiennes.

Le CMFC démontre sa volonté d’intervenir au sujet des DSS dans sa vision pour la médecine familiale appelée le [Centre de médecine de famille](#) (CMF). Le CMF est un milieu de pratique de la médecine familiale centré sur les besoins du patient. De fait, les patients considèrent le CMF comme le carrefour central qui dispense et coordonne la gamme des services médicaux dont ils ont besoin. La recommandation 5.5 du [Document de vision sur le CMF](#) est claire :

Les Centres de médecine de famille doivent répondre aux besoins de santé des gens et des populations qu’ils desservent en tenant compte des effets que les déterminants sociaux de la santé comme la pauvreté, la perte d’emploi, la culture, le genre et l’itinérance exercent sur la santé.

LES DÉFIS EN MATIÈRE D’INTERVENTION

Il est important de connaître les défis qui entravent l’intervention à l’égard des déterminants sociaux de la santé afin de pouvoir élaborer des stratégies capables d’amener un changement. Le présent guide décrit les étapes qui peuvent aider les prestataires de soins à relever ces défis.

Les médecins de famille ont évoqué les contraintes de temps comme le problème le plus fréquent, suivi de près par la rémunération. La quasi-totalité des prestataires de soins interrogés ont mentionné

que la rémunération à l'acte les dissuadait de passer du temps avec les patients pour améliorer leurs DSS. De nombreux travailleurs sociaux et médecins de famille avaient l'impression que leur formation pré et postdoctorale ne les préparait pas à faire face aux systèmes complexes de soutien social ou à prendre les antécédents sociaux d'un patient. Le médecin n'avait pas toujours l'option de transférer le dossier à un travailleur social.

Parmi les autres obstacles courants, ils ont mentionné les problèmes d'attitude, notamment la stigmatisation par d'autres prestataires. Plusieurs participants ont été témoins de préjugés envers la pauvreté de la part d'autres professionnels, ou ont senti que la stigmatisation entourant la pauvreté rendait les gens mal à l'aise de discuter de leurs conditions de vie et de leur revenu.

Ils ont également mentionné qu'ils éprouvaient un sentiment d'impuissance. Traditionnellement, les médecins ne considéraient pas que les DSS relèvent de leur compétence. Malgré l'attention croissante portée aux DSS pendant la formation médicale et la sensibilisation accrue à l'incidence des DSS sur les patients, certains médecins considèrent qu'il s'agit d'un domaine dans lequel ils ne peuvent intervenir. Comme le faisait remarquer un participant : « Je regrette que leur situation soit si difficile, mais je ne peux rien faire pour les aider à cet égard. »

Le CMFC estime que les médecins de famille sont souvent les professionnels de soins primaires les mieux placés pour intervenir face aux DSS de leur population de patients. En dépit des difficultés précitées, les médecins de famille et les professionnels de la santé peuvent contribuer à améliorer les DSS de leurs patients et de la population en général.

Les données citées dans cette section sont tirées d'entrevues d'une heure effectuées avec des médecins de famille, infirmières/ infirmiers, travailleurs sociaux et professionnels du domaine juridique travaillant dans des domaines liés à la santé partout au pays. Pour de plus amples renseignements sur le protocole et la méthodologie des entrevues, voir l'Annexe 3.

INTÉGRER LES DSS À LA PRATIQUE DE MÉDECINE FAMILIALE

Voici les étapes que les médecins peuvent emprunter pour répondre aux problèmes liés aux DSS de leurs patients et de la population en général. Les recommandations ciblent trois niveaux d'intervention :

- **Individuel** : Dans le milieu clinique immédiat, le travail quotidien effectué auprès de chaque patient et reposant sur les principes de la compassion
- **Communautaire** : Dans la collectivité, y compris celle du patient, la collectivité médicale et la « collectivité civique », les professionnels de la santé sont à la fois des citoyens et des praticiens (inclut également l'éducation, la formation et le développement professionnel continu [DPC])
- **Global** : Dans l'action humanitaire, les médecins se soucient du bien-être de toute leur population de patients et cherchent à améliorer le bien-être humain par l'intermédiaire de politiques publiques qui contribuent au maintien de la santé (p. ex., réduire l'inégalité des revenus, assurer une taxation équitable et progressive et étendre le « filet social »)

Plusieurs activités communautaires et globales sont axées sur la promotion de la santé. Pour le CMFC, la promotion de la santé est un élément fondamental de la médecine familiale. Elle englobe de nombreux aspects : la façon dont les médecins de famille défendent les intérêts de leurs patients; la façon dont ils agissent comme personne-ressource et défendent leur collectivité; et le rôle de la médecine familiale pour promouvoir de meilleures conditions de vie et des politiques publiques qui contribuent au maintien de la santé de la population canadienne.

On trouve le cadre d'action sur la promotion de la santé dans le Cadre de compétences CanMEDS-MF*, qui décrit le savoir-faire, les compétences et les habiletés dont les médecins de famille ont besoin pour améliorer l'état de santé de leurs patients. Bon nombre de médecins de famille connaissent le Cadre de compétences CanMEDS-MF, qui occupe une place centrale dans la formation postdoctorale en médecine familiale. La plupart connaissent aussi le rôle de promoteur de la santé, mais ont peine à identifier des moyens de défendre efficacement les intérêts de leurs patients. Pour plus d'information sur le Cadre de compétences CanMEDS-MF, voir l'Annexe 4.

NIVEAU INDIVIDUEL – DANS LA PRATIQUE

1. Procéder au dépistage régulier de la pauvreté et intervenir au besoin.

Le Comité sur la pauvreté du Collège des médecins de famille de l'Ontario (CMFO) a mis au point un [outil de dépistage de la pauvreté et d'intervention](#) qui pose une question simple ayant un degré de sensibilité élevé pour détecter les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté.^{5,6} Facile à poser, cette question devrait faire partie des consultations médicales de routine : « *Avez-vous parfois de la difficulté à joindre les deux bouts à la fin du mois?* »⁷

La plupart des prestataires de soins savent qu'il est contraire aux règles éthiques de procéder au dépistage d'un problème pour lequel ils ne sont pas en mesure d'effectuer une intervention. Pourtant, il existe de nombreuses interventions pour aider les patients qui vivent dans la pauvreté. Même si une partie des ressources répertoriées dans cet outil s'applique uniquement à l'Ontario, plusieurs programmes d'aide auxquels ils sont liés sont de juridiction fédérale. Par ailleurs, plusieurs groupes ont entrepris d'adapter cet outil aux autres provinces et territoires. En Colombie-Britannique, par exemple, les *Divisions of Family Practice* ont adapté [l'outil de dépistage de la pauvreté](#) à l'échelle de la province. Cette approche de dépistage de la pauvreté, de rajustement du risque et d'intervention a été adoptée à grande échelle partout au pays — la majorité des travailleurs sociaux et des professionnels du domaine juridique interrogés connaissaient l'outil d'intervention en matière de pauvreté, mais la sensibilisation était plus faible chez les médecins de famille. Le CMFC encourage le dépistage de la pauvreté dans les évaluations routinières de l'état de santé. Il endosse les [Fiches de contrôle pour les soins préventifs](#), dans lesquelles figure la case



*Adapté de : Frank JR, ed. *Le Cadre des compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa: Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada; 2005 [cité 2009 Dec 14]. Disponible dans : www.royalcollege.ca/public/resources/aboutcanmeds

« Revenu en-dessous du seuil de la pauvreté ». ^{8,9} Il existe aussi des modules de développement professionnel continu (DPC) à ce sujet sur le [site Web](#) de l'Association médicale canadienne.

De nombreuses provinces ont un code de facturation pour les formulaires d'aide sociale. Même si le dépistage de la pauvreté et la prévention ne suffisent pas toujours à améliorer les conditions sociales et économiques d'un patient, l'utilisation de l'outil de dépistage de la pauvreté dans la pratique est la meilleure méthode disponible pour diriger les patients vers les programmes qui peuvent les aider à améliorer leurs conditions de vie.

2. Veiller à rendre votre pratique accessible à tous les patients, plus particulièrement aux populations marginalisées.

Les professionnels de la santé devraient évaluer la façon dont leur pratique traite les populations marginalisées comme les demandeurs d'asile, les patients à faible revenu, les personnes LGBTQI (lesbiennes, gais, bisexuelles, transgenres et intersexes) et les patients ayant une déficience ou un retard de développement. À titre

d'exemple, une clinique offre des billets de transport en commun aux patients à faible revenu qui viennent consulter sur place. Une autre a installé un babillard public qui permet aux membres de la communauté d'annoncer les événements locaux et les rencontres communautaires. Il est recommandé aux professionnels de la santé de porter des vêtements décontractés pour que les patients soient moins conscients des différences sociales et du déséquilibre des pouvoirs. Ces inégalités rendent les patients mal à l'aise de parler de leur revenu ou de leurs conditions de vie. Les soins véritablement accessibles sont centrés sur les besoins du patient. Il est fondamental de permettre aux patients d'exprimer pleinement leurs inquiétudes, puis de valider leur situation en reconnaissant les effets de ces problèmes sur leur vie.

De plus, les principes de soins et de compassion doivent être au centre de chaque pratique inspirée du CMF et doivent être présents dans les piliers de tout centre de médecine de famille.

*Pour en savoir davantage sur la façon de vous assurer que votre pratique est centrée sur le patient, veuillez consulter le document **Conseil pratique : Soins centrés sur le patient dans les centres de médecine de famille.***

www.cfpc.ca/une_vision_pour_le_Canada

Voir le Guide de conseils pratiques sur l'accès en temps opportun pour de plus amples renseignements sur l'introduction des rendez-vous accélérés dans votre pratique.

www.cfpc.ca/acces_en_temps_opportun

3. Offrir des rendez-vous accélérés et des rendez-vous le jour même.

Une pratique véritablement accessible va au-delà de l'accessibilité géographique. Offrir des horaires flexibles et des rendez-vous suffisamment longs fait également partie des éléments clés de l'accessibilité. Le modèle du CMF a recours aux rendez-vous accélérés pour offrir aux patients des rendez-vous le jour même

ou au moment qui leur convient. Grâce aux rendez-vous accélérés, les patients qui arrivent en retard peuvent attendre qu'une place se libère, au lieu de voir leur rendez-vous annulé.

4. Constituer une équipe anti-pauvreté modelée sur les besoins de la collectivité.

Les soins en équipe — un pilier du modèle du CMF— constituent une autre stratégie qui présente de bonnes solutions aux différents besoins des patients, y compris les conditions sociales et économiques. Les modèles du CMF sont structurés de manière à répondre aux besoins de santé des populations qu'ils desservent, ce qui les rend adaptables à la population locale et à ses besoins.

Cela signifie que si votre population est fortement composée de nouveaux immigrants et/ou de demandeurs d'asile, votre équipe pourrait avoir recours aux services à temps partiel d'un conseiller d'aide juridique et/ou d'un travailleur social qui connaît les services sociaux locaux offerts aux nouveaux arrivants. Par contre, si une région connaît des périodes de chômage ou de mises à pied, il est essentiel de retenir les services d'un travailleur social ayant une formation en orientation professionnelle en raison du lien étroit entre le revenu et la santé.

S'il est impossible d'offrir des soins en équipe sur place, le modèle du CMF peut s'adapter aux besoins des patients grâce à des services de soins virtuels, à la plateforme Télésanté ou à d'autres solutions comme les courriels et la vidéoconférence.

Vous pouvez obtenir les données démographiques sur la population de votre collectivité auprès de Statistique Canada, en accédant aux données recueillies par des chercheurs locaux ou en communiquant avec un représentant local du gouvernement.

5. Comprendre les programmes d'aide sociale provinciaux/territoriaux et fournir les formulaires appropriés.

Pour répondre aux besoins particuliers d'un patient, il faut souvent remplir les formulaires de programmes d'aide sociale provinciaux/territoriaux et fédéraux. Pour cette raison, il est important que les médecins de famille connaissent bien ces formulaires et les aient sous la main à leur bureau. Les professionnels de la santé sont nombreux à remplir quotidiennement des formulaires d'aide sociale fédéraux

En remplissant les formulaires d'aide sociale, les médecins de famille veulent prodiguer des conseils médicaux objectifs.

Les MF ne sont pas les gardiens des programmes de sécurité sociale. Tout ce qui leur est demandé est la prestation de renseignements complets et détaillés qui décrivent de façon exacte l'état de santé/l'invalidité d'un patient.⁷

sans aucune formation sur la façon de les remplir. De plus, leur degré de connaissance de ces formulaires et des codes de frais qui y sont associés varie considérablement. Des médecins ont mentionné que certaines pratiques imputaient aux patients des frais pour remplir ces formulaires. Dans certains cas, ces frais

Les programmes suivants sont administrés par le fédéral et sont offerts aux patients partout au Canada :

- ♦ **Pension de la Sécurité de la vieillesse/Supplément de revenu garanti**
- ♦ **Prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC)**
- ♦ **Prestation des anciens combattants**
- ♦ **Assurance-emploi (AE)**
- ♦ **Crédit d'impôt pour personne handicapée**
- ♦ **Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI)**

Les critères d'admissibilité varient selon le programme.

Le Programme Prestations du Canada permet de chercher facilement toutes les prestations offertes à l'échelle fédérale et provinciale.

Veuillez consulter le site Web [Prestations du Canada](#) pour en savoir davantage sur ces programmes.

peuvent empêcher les patients d'accéder à des revenus additionnels, notamment les mesures de soutien pour personnes handicapées, l'allocation pour régime alimentaire particulier (en Ontario seulement), l'indemnité de déplacement et les crédits d'impôt pour personnes handicapées.

Les professionnels de la santé (au cours de leur DPC/FMC) peuvent et doivent se familiariser avec les codes de frais utilisés par les formulaires de leur province/territoire. Pour des raisons d'équité et de responsabilité sociale, les patients — dont plusieurs sont déjà marginalisés — ne devraient pas avoir à payer des frais pour faire remplir les documents d'aide sociale.



NIVEAU COMMUNAUTAIRE – DANS LA COLLECTIVITÉ

1. Recueillir et utiliser les données sur la santé et le bien-être de la population locale.

La quatrième recommandation de la section précédente indique que le modèle du CMF consiste en partie à veiller à ce que votre milieu de soins réponde aux besoins de la collectivité locale. Pour ce faire, deux conditions s'imposent : premièrement, veiller à avoir une population de patients bien définie — l'inscription de clientèle est la meilleure façon de s'en assurer— et, deuxièmement, recueillir des données sur votre population de patients.

Cette collecte de données peut être grandement facilitée par l'utilisation de dossiers médicaux électroniques (DMÉ). Plusieurs fournisseurs de DMÉ élaborent actuellement des questionnaires généralisés sur les DSS qui colligent les données des patients relativement à plusieurs indicateurs des DSS, y compris la pauvreté, le revenu, le logement, la citoyenneté et la sexualité. Ces données peuvent être anonymisées et fournir des statistiques agrégées sur la collectivité à des fins d'activités d'amélioration continue de la qualité (ACQ).

Il est aussi possible de recueillir des données sans les DMÉ. Plutôt que de recueillir les données sur une base continue, il est alors préférable d'élaborer un sondage de recherche. Les données ainsi recueillies serviraient alors à déterminer si votre équipe possède toutes les compétences requises. Au besoin, vous pourriez prendre contact avec des professionnels locaux, par exemple des agents de logement, des agents de probation et des avocats, dans l'éventualité où vos patients auraient besoin de lettres d'appui.

Voir le Conseil pratique sur l'inscription de clientèle en médecine familiale pour de plus amples renseignements.

www.cfpc.ca/inscription_de_clientele

2. Fournir un apprentissage expérientiel sur les déterminants sociaux de la santé aux étudiants de niveau pré et postdoctoral.

Le cursus prédoctoral de plusieurs des 17 facultés de médecine du Canada traite déjà de la question des DSS. Il est essentiel d'aider les étudiants à adopter une approche proactive et à étudier les déterminants de la santé d'une population avant de commencer à exercer la médecine. La plupart des études pédagogiques révèlent que les styles d'apprentissage courants ne suffisent pas pour faire comprendre la marginalisation et expliquer l'effet des DSS (comme le statut d'immigrant ou l'inégalité des revenus) sur la santé de la collectivité. Pour bien comprendre l'importance des DSS, les étudiants ont besoin d'expériences pratiques dans leur collectivité. De nombreux étudiants en médecine intègrent déjà une forme d'apprentissage expérientiel dans leur cursus, avec beaucoup de succès. Il serait indiqué d'inclure une interaction communautaire ou des activités de bénévolat dans le cursus de tous les étudiants, à qui l'on donnerait l'option de choisir les DSS qui les intéressent le plus.

Cette formation pratique des futurs médecins ne devrait pas se limiter aux DSS dans la pratique. Elle devrait aussi s'inscrire dans l'action de sensibilisation plus large décrite à la section suivante.

3. Agir comme promoteur de la santé et utiliser le Cadre CanMEDS-MF comme guide.

La promotion de la santé est au cœur de la médecine familiale. De nombreux professionnels de la santé défendent les intérêts de leurs patients quotidiennement sans pour autant considérer leur action comme un travail de promotion. À titre d'exemple, un des médecins ayant participé aux entrevues a écrit à un propriétaire de logement pour décrire les effets de la moisissure sur la santé respiratoire de son patient. Même si cette action fait la promotion directe de la santé du patient, le médecin considèrerait qu'elle faisait partie de son travail quotidien comme médecin de famille. Il faut revoir la façon dont les professionnels de la santé considèrent la promotion de la santé pour comprendre comment elle fonctionne à différents niveaux.

Le rôle de promoteur de la santé décrit dans le Cadre de compétences CanMEDS-MF établit des paramètres clairs et mesurables pour évaluer la promotion de la santé dans la formation et la pratique. Le Cadre définit le promoteur de la santé comme suit :

En tant que (promoteurs de la santé), les médecins mettent à profit leur expertise et leur influence en œuvrant avec des collectivités ou des populations de patients en vue d'améliorer la santé. Ils collaborent avec ceux qu'ils desservent afin d'établir et de comprendre leurs besoins, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement.

Voir l'Annexe 4 pour consulter les compétences habilitantes associées au rôle de promoteur de la santé.

4. Dispenser des soins à domicile aux patients qui ne consultent pas en clinique.

Comme le dit D^r Gary Bloch dans son [TEDx talk](#) intitulé, If you want to help me, prescribe me money and put the French title in brackets « Si vous voulez m'aider, prescrivez-moi de l'argent », l'apparence ou le comportement d'un patient ne permettent pas toujours de dépister la pauvreté. Une personne peut paraître moyennement « aisée » même si elle peine à joindre les deux bouts. Le dépistage de la pauvreté est assurément un moyen de pallier ce danger, mais les consultations régulières à domicile sont encore plus efficaces.

Lorsque les médecins de famille font des consultations à domicile, ils voient le milieu social et les conditions de vie du patient et comprennent mieux le contexte communautaire dans lequel ils évoluent. Le principe s'applique de la même manière aux sans-abri. Pour s'assurer de dispenser des soins aux membres les plus marginalisés de la collectivité, il faut s'occuper des patients qui ne veulent pas ou ne peuvent pas se rendre à la clinique pendant les heures d'ouverture. Les rendez-vous accélérés et les rendez-vous le jour même peuvent faciliter l'accès, mais un CMF devra parfois faire preuve de souplesse pour dispenser les soins là où ils sont requis.

NIVEAU GLOBAL – APPROCHE PROACTIVE

1. Joindre ou créer une organisation de promotion de la santé avec la collectivité et en son nom.

Les médecins de famille occupent une position privilégiée dans la société. En retour, ils doivent être socialement responsables des populations qu'ils desservent. Partout au pays, il existe des groupes et des réseaux de médecins qui militent pour la santé des Canadiens. Les médecins peuvent joindre un de ces groupes pour promouvoir la responsabilité sociale dans leur domaine d'intérêt et adopter une attitude ferme sur les déterminants de la santé. Les efforts de promotion de la santé doivent cibler les gouvernements municipaux, provinciaux, territoriaux et fédéral afin d'établir des politiques publiques qui favorisent la prévention au regard des déterminants de la santé.

À titre d'exemple, voici des groupes qui font la promotion de la santé :

- Association canadienne des médecins pour l'environnement (ACME)
- Health Providers Against Poverty (HPAP)
- Médecins canadiens pour le régime public
- Doctors for Fair Taxation
- Canadian Doctors for Refugee Care (CDRC)
- Health for All (H4A)
- Upstream

L'Association médicale canadienne (AMC) propose plusieurs [outils de représentation](#) pour encourager l'action et l'engagement politiques. Les membres de l'AMC peuvent utiliser ces outils et leur [Programme de contact médecin-député](#), qui permettent de jumeler les membres de l'AMC à leur député.

Que sont les politiques publiques favorisant la santé?

Les politiques publiques qui contribuent au maintien de la santé s'intéressent à l'impact des décisions publiques — y compris celles sans lien direct avec la santé ou les soins de santé. L'immense quantité d'ouvrages sur les DSS peut aider les décideurs à anticiper les impacts potentiels sur la santé — positifs ou négatifs — de tout un éventail de politiques, depuis les programmes de garderies universelles jusqu'à l'augmentation des frais de scolarité dans les universités. Une bonne compréhension des données disponibles sur les DSS peut aussi aider les prestataires de soins à évaluer les conséquences d'une décision prise par les responsables des politiques de ne pas donner suite à un enjeu ou domaine particulier. Grâce à des études d'impact sur la santé, les médecins peuvent déterminer les choix qui conviennent le mieux aux Canadiens et aux Canadiennes.

Les exemples ci-dessous illustrent des domaines clés où les médecins collaborent déjà avec les collectivités pour promouvoir des changements législatifs aux paliers municipal, provincial, territorial et fédéral :

- L'exclusion sociale au Canada, y compris le racisme, la discrimination fondée sur la capacité physique, la xénophobie, l'homophobie et la transphobie
- Les conditions de travail des travailleurs temporaires étrangers
- Les conditions de vie des migrants actuellement détenus au Canada
- L'effet de la colonisation continue sur les conditions de vie des Premières Nations, des Inuits et des Métis
- Les politiques de taxation progressive visant à réduire l'inégalité des revenus

Il est important de ne pas baisser les bras lorsque ces grands enjeux s'immiscent dans la pratique — les médecins de famille sont souvent les citoyens les mieux placés pour en observer les impacts directs et encourager des changements profonds.

2. S'engager auprès d'organisations médicales, de soins de santé et de services sociaux pour fournir une action organisationnelle en vue d'améliorer les déterminants sociaux de la santé.

De nombreuses voies s'offrent aux membres du Collège qui souhaitent s'impliquer bénévolement pour militer en faveur de politiques publiques fédérales qui contribuent au maintien de la santé. Les membres qui souhaitent agir dans l'arène provinciale ou territoriale sont invités à communiquer avec leur [section provinciale](#). Nous vous encourageons fortement à transmettre vos idées et vos points de vue à l'une



des nombreuses organisations médicales dédiées au service de votre profession. Le CMFC accueille volontiers tout commentaire sur l'ensemble de ses documents, politiques et énoncés de position, et sur son travail inlassable en matière de politiques de santé et de défense d'intérêt. Fort de vos commentaires, le CMFC peut mieux agir en tant que porte-parole de la médecine familiale au Canada.

Grâce à ses activités soutenues de relations gouvernementales, le Collège est fortement impliqué dans les politiques fédérales sur la santé. Le [Bilan 2013](#) du CMFC examine le rôle du gouvernement fédéral dans divers secteurs des soins de santé. Ce Bilan a retenu l'attention des médias partout au pays, car il cible et analyse en particulier l'inaction du gouvernement fédéral dans des secteurs clés comme la pauvreté, l'itinérance et la santé des populations autochtones. Nous nous reportons régulièrement au Bilan pour réagir officiellement au budget et au discours du Trône. Le Bilan comprend également des recommandations pour améliorer les soins à domicile et la santé des enfants et de la jeunesse. Veuillez consulter le document du CMFC intitulé [Le rôle du gouvernement fédéral dans les services de santé - Bilan 2013](#) et le document subséquent [Du rouge au vert. De l'immobilité à l'action](#). Nous accueillons votre rétroaction constructive sur l'ensemble de nos documents, politiques et énoncés de position.

Les organisations médicales, dont le CMFC, l'AMC, le CRMCC (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada), l'AIC (Association des infirmières et infirmiers du Canada) et l'ACTS (Association canadienne des travailleurs sociaux), doivent également assumer un rôle plus important pour promouvoir un système de santé plus équitable et davantage axé sur les données probantes au Canada. De nombreuses organisations, y compris le CMFC, soutiennent une stratégie nationale relativement aux produits pharmaceutiques et un programme national de soins à domicile. D'ailleurs, le CMFC a appelé le gouvernement fédéral à mettre fin à la pauvreté infantile d'ici 2020 et à examiner des stratégies visant la consommation d'aliments santé. Plusieurs de ces idées reposent sur une base financière solide et sont pertinentes du point de vue de l'équité et des DSS. Le CMFC participe à l'initiative [Choisir avec soin Canada](#), laquelle s'attache à fournir des soins centrés sur les besoins des patients qui sont fondés sur les données probantes, à éliminer les examens excessifs et à fournir les soins sans danger et nécessaires.

L'appui que vous apportez aux initiatives de ce genre, sous quelque forme que ce soit, contribue aux efforts de promotion des organisations.

La défense des intérêts porte fruits

De nombreux exemples démontrent que les efforts de promotion soutenus peuvent entraîner un changement de politique. Depuis 2012, le CMFC dénonce avec vigueur la décision du gouvernement fédéral d'annuler l'accès aux soins de santé complémentaires dont bénéficient les demandeurs d'asile en vertu du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). De concert avec une coalition d'organisations de santé à travers le Canada, le CMFC a maintenu une opposition ferme aux compressions imposées au PFSI et a écrit de nombreuses lettres sur les impacts que ces compressions auraient sur la santé des demandeurs d'asile — dont certains comptent parmi les personnes les plus marginalisées et les plus démunies au Canada. Le 4 juillet 2014, la Cour d'appel fédérale a statué que le gouvernement fédéral devait annuler ces compressions « cruelles et inusitées » au programme de soins des réfugiés.

3. Promouvoir des dispositions en matière de rémunération et de financement qui encourage les soins axés sur les DSS.

Comme de nombreux prestataires de soins ont cité le temps et la rémunération comme les principales contraintes dans leurs efforts de prévention, il est possible de contourner ces obstacles avec des mesures de soutien ou des incitatifs structurels appropriés. Un modèle de soins fondé sur les principes du CMF facilite la prise en charge en équipe, ce qui libère du temps pour les cas complexes, plus susceptibles de toucher les populations marginalisées.

À titre d'exemple, les Centres de santé communautaire (CSC) de l'Ontario proposent des soins en équipe et des stratégies de rémunération alternatives au lieu de la rémunération à l'acte. Une étude menée par l'Institut de recherche en services de santé en 2012 a révélé que ces centres étaient plus susceptibles de desservir les populations de quartiers à faible revenu, notamment les populations vulnérables comme les nouveaux arrivants et les bénéficiaires d'aide sociale.¹⁰

Lorsqu'il est impossible de compter sur des professionnels de la santé (travailleurs sociaux ou spécialistes en santé mentale) ou d'obtenir des services financés par le gouvernement provincial, les prestataires de soins devraient militer pour que leurs patients obtiennent un accès universel à des soins sociaux de qualité.

Le modèle de rémunération de chaque CMF variera suivant les besoins locaux, mais ces établissements doivent avoir un financement stable et durable, et être soutenus par tous les paliers de gouvernement.



4. Collaborer avec d'autres organisations pour établir un vaste soutien intersectoriel pour des politiques publiques visant à traiter les déterminants de la santé en amont.

Il est essentiel d'établir un partenariat et une collaboration intersectorielle — c.-à-d. de s'associer à des membres à l'extérieur du milieu traditionnel de la santé — pour s'assurer que les voix d'autres groupes d'experts et collectivités guident aussi les efforts de représentation. Il est clairement nécessaire de promouvoir des changements aux politiques sociales hors du domaine traditionnel du secteur de la santé. Ainsi, de nombreux médecins et spécialistes des politiques de santé nouent des liens avec des organisations de défense pour explorer la possibilité d'offrir un revenu garanti de base à tous les Canadiens et Canadiennes.

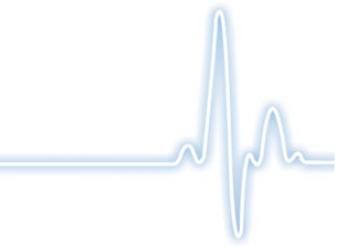
5. Mettre davantage l'accent sur les DSS en éducation médicale pré et postdoctorale.

En partie, tenir compte des DSS est une disposition d'esprit du médecin et doit être établie au début d'une carrière axée sur l'apprentissage continu. Les enjeux dont nous traitons s'apparentent à ceux des collectivités rurales et éloignées pour recruter et retenir des professionnels de la santé compétents. Même si le programme d'exonération des dettes d'études est efficace à court terme, il est essentiel de changer le type de candidats qui entrent en médecine. Par exemple, l'École de médecine du Nord de l'Ontario a démontré que le meilleur moyen d'assurer que les médecins exerceront dans des collectivités rurales et éloignées mal desservies est de recruter des candidats issus de ces collectivités. De la même manière, si les facultés de médecine cibleraient les candidats d'une collectivité marginalisée, ces étudiants seraient plus susceptibles de comprendre les défis des collectivités défavorisées et de s'identifier à elles. Les facultés de médecine devraient mettre en place des politiques de recrutement qui assurent que la composition de leurs nouveaux étudiants reflète la diversité démographique de la population canadienne quant à la race, au genre et aux classes sociales.

CONCLUSION

Les médecins de famille jouent un rôle de premier plan dans l'amélioration des déterminants sociaux de la santé de leurs patients et de tous les Canadiens et Canadiennes. Les recommandations proposées dans le présent guide ne sont qu'un point de départ. Les outils et les incitatifs pour promouvoir les DSS seront offerts à l'échelle du pays et un modèle CMF de soins primaires contribue à mieux les intégrer dans la pratique de médecine familiale. La mise en œuvre ne serait-ce que d'une seule de ces recommandations contribuerait énormément à améliorer les DSS de vos patients. Les preuves sur les DSS sont suffisantes pour mériter que l'on passe à l'action; au CMFC, nous sommes ici pour aider à transformer ces preuves en un plan d'action concret.





Annexes

Annexe 1 – Ressources additionnelles sur les déterminants sociaux de la santé

Par souci de concision, cette annexe ne figure pas dans la version imprimée du présent document. Veuillez vous reporter au document électronique à patientsmedicalhome.ca/fr/ressources/dss-annexe/ pour consulter l'Annexe 1.

L'idée que les facteurs sociaux influencent la santé n'est pas nouvelle. En 1830, le médecin français Louis-René Villermé observait que les tendances de mortalité correspondaient presque parfaitement au degré de pauvreté des quartiers de Paris. Le réformateur anglais Edwin Chadwick notait les écarts entre les conditions de vie des hommes de métier et des ouvriers en Angleterre en 1842 et leur incidence sur l'espérance de vie. En 1848, le médecin prussien Rudolph Virchow a été chargé de rédiger un rapport sur l'épidémie de typhus qui a balayé la haute Silésie. Après avoir enquêté sur le phénomène, Virchow a noté que l'épidémie était intrinsèquement liée aux conditions de vie et de travail des populations — et particulièrement aux logements insalubres. Il propose alors une solution simple, mais nouvelle : « l'éducation, la liberté et la prospérité » comme solution durable aux inégalités matérielles et aux risques pour la santé.

Plusieurs recherches ont été menées depuis le début des années 1800 et de nombreuses ressources examinent les DSS en profondeur. Ces manuels, rapports et articles scientifiques constituent une étude empirique sur la façon dont les DSS influencent la santé humaine à travers les conditions matérielles (conditions de vie et revenu) et biopsychosociales (stress, cohésion sociale, capital social et privation relative). Pour de plus amples renseignements, consultez les publications suivantes qui ont contribué à établir la base de connaissances sur les DSS.

Ressources générales sur les DSS

Mikkonen J, Raphael D. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University, School of Health Policy and Management; 2010. Sur Internet : www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf.

- Ce texte électronique est une ressource précieuse pour les professionnels de la santé, les universitaires et les responsables des politiques en raison de son accessibilité et de sa portée. Il fait le survol de 14 DSS clés et décrit leur incidence sur la santé de la population.

Wilkinson RG, Marmot MG, éd. *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits. 2^e édition*. Organisation mondiale de la santé; 2003. Sur Internet : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf?ua=1.

- Publié pour la première fois en 1998 et repris en 2003, ce document de l'OMS contient les preuves scientifiques récentes les plus solides sur les DSS, présentées principalement par des universitaires britanniques. Il contient des renseignements sur dix DSS liés, notamment au stress, à la petite enfance, au chômage, au transport et à l'exclusion sociale.

Pauvreté, inégalité des revenus et santé

Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav* 1995:80-94.

- Link et Phelan ont élaboré la théorie des causes fondamentales pour expliquer pourquoi le lien entre le statut socioéconomique (SSÉ) et la mortalité a persisté en dépit des changements radicaux touchant les maladies et les facteurs de risque censés les expliquer. Ils suggèrent que le lien persistant vient du fait que le SSÉ incarne une gamme de ressources comme l'argent, les connaissances, le prestige, le pouvoir et les connexions sociales utiles, lesquelles protègent la santé peu importe les mécanismes pertinents au cours d'une période donnée.

Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic status and health: What we know and what we don't. *Ann N Y Acad Sci* 1999;896(1):3-15.

- Cet article fait le survol historique des grandes époques de la recherche académique sur les DSS. Il couvre la causalité du gradient de santé du SSÉ, surtout selon l'approche de la trajectoire de vie. L'article examine également la tendance de recherche actuelle sur les mécanismes par lesquels le SSÉ affecte la santé.

Stress et santé

Brunner E. Stress and the biology of inequality. *BMJ* 1997;314(7092):1472-1476.

- D'Eric Brunner participe actuellement à l'étude Whitehall II, la suite de la célèbre étude Whitehall qui examinait la prévalence de la maladie cardiovasculaire et les taux de mortalité des fonctionnaires britanniques masculins. Dans cet article, D' Brunner décrit les mécanismes par lesquels le stress (et particulièrement le stress lié à l'emploi) est associé à la hiérarchie, la position sociale et la maladie cardiovasculaire.

Unnatural Causes: Is Inequality Making Us Sick? Public Broadcasting Service; 2008.

- Cette série documentaire de quatre heures a été accueillie favorablement par les critiques lorsqu'elle a été diffusée pour la première fois en 2008. Le premier épisode donne un bon aperçu des déterminants sociaux de la santé et démontre comment les DSS sont un meilleur prédicteur de l'état de santé que la génétique ou même le comportement d'une personne. Même si le film se concentre sur les États-Unis, les résultats sont tout aussi pertinents dans un contexte international.

L'approche en matière de santé des populations et les déterminants de la santé « en amont »

Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985;14(1):32–38.

- Cet article paru en 1985 est une lecture de base sur la santé des populations; on l'enseigne dans des cours d'introduction à la santé publique et à l'épidémiologie partout dans le monde. L'idée centrale du document est que les approches adoptées par les personnes et les populations dans le but d'améliorer la santé sont foncièrement différentes et qu'elles atteignent des objectifs différents. Cette lecture est utile aux cliniciens qui souhaitent étudier les déterminants sociaux de la santé « en amont » et connaître leur influence dans la pratique.

Coburn D. Beyond the income inequality hypothesis: Class, neo-liberalism, and health inequalities. *Soc Sci Med* 2004;58(1):41–56.

- Dans ce document, qui a été un point tournant dans la recherche sur les DSS, l'auteur remet en question le modèle psychosocial et l'inégalité des revenus au regard des inégalités en santé. Coburn soutient que ce sont les écarts de revenus absolus, et non relatifs, qui gouvernent les relations entre le revenu et la santé. Il fait valoir que l'écart grandissant des revenus et des inégalités des richesses est lié à une détérioration de l'état de santé des populations. Coburn démontre que les pays qui favorisent une approche « sociale-démocrate » en matière de sécurité sociale ont tendance à avoir des populations en meilleure santé que celles qui ont recours à une approche « néo-libérale ».

Annexe 2 – Plan stratégique

Le Conseil d'administration du CMFC a approuvé le Plan stratégique (2013–2017) le 12 novembre 2012. Ce plan décrit la mission et la vision de l'organisation, ainsi que les six buts qu'elle s'efforce d'atteindre. Chacun des six buts se divise en buts intermédiaires et en objectifs. Vous trouverez le document complet à www.cfpc.ca/CMFC_Plan_strategique.

Le 6^e but prend la meilleure mesure des déterminants sociaux de la santé :

6 ^e but	Être socialement responsable et assurer que toutes les décisions et tous les gestes du CMFC favorisent l'équité sociale.
6.1	Sensibiliser davantage l'organisation à l'impact des déterminants sociaux sur la santé et le mieux-être de la population canadienne.
6.2	Militer en faveur de politiques gouvernementales qui abordent les déterminants sociaux de la santé.
6.3	Sensibiliser davantage les étudiants en médecine, les résidents en médecine familiale et les médecins de famille praticiens à l'égard des déterminants sociaux de la santé et comment les aborder dans le cadre de chaque consultation avec un patient, surtout lors de la prestation de soins aux populations mal desservies, vulnérables et marginalisées.
6.4	Appuyer nos membres qui militent pour l'amélioration des déterminants sociaux de la santé qui touchent l'état de santé de leurs patients et de leurs communautés.
6.5	Intégrer la responsabilité sociale au développement et à l'évaluation des politiques et des activités du CMFC.

Annexe 3 – Méthodologie

Les données utilisées dans les sections « Les défis en matière d'intervention » et « Intégrer les DSS à la pratique de la médecine familiale » sont tirées de renseignements recueillis dans le cadre d'entrevues menées auprès de 34 participants (21 médecins de famille, 7 travailleurs sociaux, 4 infirmières en médecine familiale, 2 professionnels du domaine juridique). Les questions de l'entrevue étaient semi-structurées (7 questions de base et 14 sous-questions), ce qui a donné lieu à des discussions plus approfondies dans les domaines pour lesquels les participants avaient une plus grande expertise.

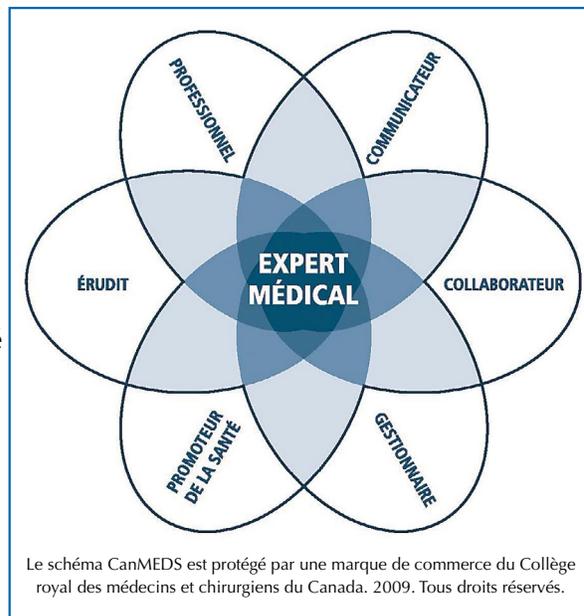
Les entrevues ont été transcrites et analysées pour établir le contenu thématique qui a mené aux trois niveaux d'analyse et d'intervention du présent document (individuel, communautaire, global). Toutes les recommandations sont issues des données tirées des entrevues. Il convient toutefois de noter qu'elles ne sont pas présentées en ordre d'importance thématique, mais plutôt organisées suivant le niveau d'analyse et d'intervention. Les données sur les obstacles les plus courants sont présentées en ordre d'importance dans les données d'entrevue.

Pour de plus amples renseignements sur la méthodologie, veuillez communiquer avec politiquesante@cfpc.ca.

Annexe 4 – Le Référentiel CanMEDS-MF et le rôle de promoteur de la santé

Vous pouvez consulter l'ébauche du Cadre des compétences CanMEDS 2015 pour les médecins sur le site Web du CRMCC : www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/canmeds2015_framework_series_IV_f.pdf.

Les compétences liées au rôle de promoteur de la santé supposent que les médecins peuvent :



1. Répondre aux besoins d'un patient en défendant, avec celui-ci, ses intérêts à la fois au sein du milieu clinique et à l'extérieur de celui-ci	1.1 Collaborer avec le patient afin de prendre en compte les déterminants de la santé qui le concernent et qui limitent son accès aux services de santé ou aux ressources dont ils ont besoin
	1.2 Travailler avec le patient et ses proches pour modifier ses comportements et adopter de saines habitudes de vie
	1.3 Intégrer la prévention de la maladie ainsi que la promotion et le maintien de la santé dans les échanges avec chaque patient
2. Répondre aux besoins des collectivités ou des populations servies en collaborant avec celles-ci pour promouvoir d'une manière socialement responsable des changements systémiques	2.1 Collaborer avec des collectivités ou des populations afin de caractériser les déterminants de la santé qui s'appliquent à elles
	2.2 Améliorer la pratique clinique en appliquant un processus d'amélioration continue de la qualité à des activités de prévention de la maladie et de promotion et maintien de la santé
	2.3 Participer à une initiative d'amélioration de la santé dans une collectivité ou une population servie

*Sherbino J, Bonnycastle D, Côte B, Flynn L, Hunter A, Ince-Cushman D, et collab. Promoteur de la santé. Dans: Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. Le référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins – Série IV. Ottawa, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, mars 2015.

Références



1. Wilkinson RG, Marmot MC, éd. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. 2nd ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
2. Lalonde M., Gouvernement du Canada. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa: Gouvernement du Canada; 1974.
3. Hancock T. Lalonde and beyond: Looking back at « A New Perspective on the Health of Canadians. » *Health Promot Int* 1986;1(1):93-100.
4. Mikkonen J, Raphael D. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University, School of Health Policy and Management; 2010. Dans : www.thecanadianfacts.org/The Canadian Facts.pdf. Date de consultation : 16 oct. 2014.
5. Brcic V, Eberdt C, Kaczorowski J. Development of a tool to identify poverty in a family practice setting: A pilot study. *Int J Fam Med* 2011;2011. doi:10,1155/2011/812182.
6. Rachlis M, Goel R, Mackie C, Pellizzari R, Simon L. Policy and population approaches to poverty. *Ont Med Rev* 2013.
7. Bloch G. *Poverty: A Clinical Tool for Primary Care*. Toronto, ON: Collège des médecins de famille de l'Ontario; Family & Community Medicine, University of Toronto; 2013. Dans : ocfp.on.ca/docs/default-source/poverty-tool/poverty-a-clinical-tool-for-primary-care-a-desktop-guide-to-addressing-poverty.pdf?sfvrsn=8. Date de consultation : 15 sept. 2014.
8. Duerksen A, Dubey V, Iglar K. Annual adult health checkup: Update on the Preventive Care Checklist Form©. *Can Fam Physician* 2012;58(1):43-47.
9. Raza D, Bloch CG, ter Kulie CS. Office interventions for poverty. *Ont. Med. Rev.* 2013. Sur Internet : www.kingstonhelps.ca/wp-content/uploads/2013/11/OMR-Poverty-Feature-Part-2.pdf. Date de consultation : 15 sept. 2014.
10. Glazier RH, Zagorski BM, Rayner J. *Comparison of Primary Care Models in Ontario by Demographics, Case Mix and Emergency Department Use, 2008/09 to 2009/10*. Toronto, ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2012. Sur Internet : www.ices.on.ca/flip-publication/comparison-of-primary-care-models-in-ontario-by-demographics/index.html. Date de consultation : 15 sept. 2014.

