



grippe

Concevoir la charge en tenant compte du concept d'égalité

Toute personne mérite de vivre une longue vie en pleine santé,¹ mais ce n'est pas la réalité. Certaines personnes et certains groupes sont plus à risque de tomber malades, d'être atteints d'une maladie grave ou d'une incapacité, ou de mourir avant d'avoir atteint l'âge d'espérance de vie. En d'autres mots, la *charge des maladies* est plus lourde chez certaines populations que chez d'autres.

Si notre objectif est de protéger et de promouvoir la santé de toutes les personnes, comment peut-on atteindre des résultats plus équitables en matière de santé? D'abord, il nous faut de l'information sur la charge des maladies, c'est-à-dire on doit recenser les maladies qui sont les plus communes et dévastatrices, et les populations touchées. Deuxièmement, il nous faut une meilleure compréhension des raisons qui expliqueraient pourquoi certaines populations sont susceptibles à différents types de

la charge des maladies et à divers degrés.

Troisièmement, nous devons diffuser cette information aux planificateurs et aux praticiens de la santé publique de manière à les encourager à l'intégrer aux interventions qui favorisent une meilleure équité en matière de santé. Dernièrement, on doit surveiller et évaluer les interventions en santé publique dans le but de cerner les obstacles et d'assurer des résultats équitables.

Comment conçoit-on actuellement la charge des maladies et comment est-ce qu'on la mesure?

Les mesures de la charge des maladies servent d'outils importants dans la surveillance et l'évaluation des effets des maladies infectieuses et non transmissibles. Ordinairement, ces mesures nous fournissent le nombre de personnes malades, d'incapacités ou de décès

prématurés à la suite d'une maladie. Elles nous donnent aussi une estimation de l'effet économique des maladies, des incapacités et des mortalités sur les personnes, les foyers, les systèmes de soins de santé et sur la société. Les mesures utilisées le plus fréquemment portent sur les causes *directes* et les effets *en aval* d'une maladie, c'est-à-dire l'effet physique des maladies sur la personne touchée et comment, en revanche, ces effets mènent à des troubles physiques et économiques. L'information sur les effets physiques et économiques des maladies est utile dans l'élaboration de politiques et la prise de décision en santé publique concernant le mode et le moment d'intervention.

Donc, quoi d'autre nous faut-il?

Les mesures courantes de la charge des maladies font ressortir les divergences dans les tendances des maladies d'une population, mais elles ne visent pas toujours à chercher les divergences au sein de



la population. On mesure souvent le risque et les effets d'une maladie en tenant compte des retombées sur l'état physique par âge ; on se penche moins souvent sur les divergences entre les sexes et on procède parfois à une comparaison par niveau de revenu. Cependant, il existe des écarts considérables dans notre compréhension des sous-populations qui portent le plus lourd fardeau de la charge des maladies et on doit combler ces lacunes.

Même lorsque les mesures de la charge des maladies indiquent *les personnes* qui sont malades et qui meurent, elles pourraient ne pas être en mesure d'expliquer les raisons pour lesquelles les membres de certaines populations sont plus à risque d'être exposés à des agents infectieux comparativement à d'autres populations, de contracter des maladies non transmissibles ou d'être gravement malades ou incapacités et de mourir prématurément. Les mesures courantes n'offrent qu'une vue partielle de la charge des maladies puisqu'elles n'évaluent et ne suivent pas les causes *indirectes* ou *en amont*. Par exemple, elles ne tiennent généralement pas en ligne de compte comment les conditions de vie affectent le risque ou la gravité de la maladie et l'incapacité, ou comment elles contribuent aux mortalités prématurées. De plus, les mesures ne considèrent pas non plus les effets sur les conditions de vie entraînées par les maladies, les incapacités et les mortalités prématurées. Il nous faut une autre approche qui nous permettrait de

concevoir et de mesurer la charge des maladies, une approche qui inclurait les déterminants sociaux de la santé et les effets des inégalités.

L'exemple de la grippe

Concevoir une nouvelle approche à la charge des maladies sous un angle nouveau pourrait représenter un défi. En considérant comment on pourrait concevoir la charge des maladies différemment, on peut utiliser l'exemple concret de la grippe pour s'affronter à la charge d'une autre façon.

Comment pourrait-on concevoir la charge des maladies différemment?

Nous savons que la grippe est entraînée par des virus, tels que H1N1. Les mesures courantes de la charge des maladies nous indiquent le nombre de personnes qui ont contracté la grippe, qui sont suffisamment malades pour visiter un médecin, qui sont hospitalisées ou admises aux services de soins intensifs, et qui meurent prématurément à la suite de cette maladie. À titre d'exemple, au Canada en 2009-2010, la grippe H1N1 a donné les résultats suivants :

- 8678 personnes ont été hospitalisées (la plupart était âgé de <20 ans) ;
- 1473 (17 %) des personnes admises aux services de soins intensifs étaient de <5 ans et d'entre 45 à 64 ans ;
- 428 (4,9 %) décès (en moyenne, ces personnes étaient âgées de 54 ans).ⁱⁱ

Les mesures de la charge des maladies ont révélé que la grippe H1N1 était plus commune et plus grave au sein de certaines populations que d'autres. Les données désagrégées en fonction de l'âge ont indiqué que les jeunes enfants étaient à risque élevé pour une infection, tandis que les personnes de plus de 65 ans atteintes de la grippe étaient plus à risque d'en mourir.ⁱⁱⁱ

Certaines collectivités autochtones ont aussi été affectées par la grippe de façon disproportionnée. Par exemple, dans la province du Manitoba, le taux d'infection chez les enfants des Premières Nations de moins de cinq ans était 12 fois plus élevé que chez les enfants des populations non autochtones. Le taux d'hospitalisation était de 22 fois plus élevé.^{iv} D'autres groupes qui sont à risque pour un résultat indésirable sont les femmes enceintes qui en sont à leur deuxième ou troisième trimestre et les nouvelles mamans qui ont des enfants âgés de moins de quatre semaines.^v

Bien que les mesures courantes de la charge des maladies recensent les divergences parmi ces populations, elles ne servent pas forcément à les expliquer. Dans le cas de la grippe, des chercheurs et praticiens ont suggéré que la maladie est plus fréquente chez les enfants et les femmes enceintes puisque leur système immunitaire est soit sous développé ou immunodéficient.^{vi} Des facteurs semblables pourraient aussi expliquer le taux de mortalités plus élevé à la suite d'une grippe

chez les aînés. Par contre, il serait plus difficile d'expliquer le plus grand nombre de cas de grippe (et de cas plus graves) chez les enfants des Premières Nations en utilisant le même raisonnement. Qu'est-ce qui ferait que le système immunitaire de ces enfants les mettrait plus à risque que celui d'autres enfants? On pourrait expliquer cette divergence en considérant les déterminants sociaux de la santé. Selon certains chercheurs, un logement inadéquat et le surpeuplement, une exposition élevée aux polluants de l'air intérieur, un manque d'accès à une infrastructure essentielle et une plus grande prévalence de prédispositions à certaines conditions de santé et de comorbidités pourraient contribuer à la propagation de la grippe et à des maladies plus graves au sein des collectivités autochtones.^{vii} Puisque bon nombre de ces moteurs de la grippe découlent de circonstances historiques et actuelles marquées d'iniquités, on peut comprendre que la charge des maladies n'est pas seulement plus lourde pour les collectivités autochtones, mais qu'elle est également inéquitable. En tenant compte des causes indirectes aussi bien que des causes directes des maladies, on voit différemment la charge des maladies que si on n'utiliserait que des mesures courantes.

Comment pourrait-on réagir différemment à la charge des maladies?

Les mesures courantes de la charge des maladies ont tendance à surveiller et à évaluer les effets d'une maladie sur la santé physique

(le corps), donc les interventions en santé publique se concentrent souvent sur la prévention ou le contrôle de la propagation des maladies d'une personne à l'autre. Dans le cas de la grippe, ces interventions pourraient comprendre les suivantes :

- la promotion de la mise au point et de l'utilisation de vaccins ;
- la promotion de la mise au point et de l'utilisation de vaccins ;
- la réduction de l'exposition en plaçant les malades en isolement ou en fermant les écoles et en annulant les rassemblements de grands groupes.^{viii}

Certaines de ces stratégies se sont avérées très efficaces dans la gestion de la grippe.^{ix}

D'une part, il est important de comprendre que bien que les mesures courantes de la charge des maladies n'incluent pas forcément les causes indirectes, elles peuvent quand même nous aider à aborder les inégalités de la charge. Par exemple, en Saskatchewan et au Manitoba, les autorités de la santé publique ont utilisé les mesures courantes de la charge des maladies en plus d'analyses sur les inégalités socioéconomiques et de santé dans la planification de leur réponse à la grippe pandémique de 2009-2010. À Saskatoon, on a déterminé que la population prioritaire visée par le programme de vaccins serait les enfants des quartiers à faible revenu.^x Au Manitoba, on a ciblé les Premières Nations et les collectivités nordiques et éloignées de manière à assurer que ces groupes reçoivent

d'abord les vaccins contre la grippe H1N1, « les médicaments antiviraux postexposition et le matériel de prévention et de contrôle, comme le désinfectant pour les mains. »^{xi}

D'une autre part, en ne tenant pas compte des déterminants sociaux de la santé, on pourrait créer des inégalités sur le plan de la charge des maladies ou les aggraver. Dans l'éventualité de maladies infectieuses, telles que la grippe, les planificateurs et les praticiens de la santé publique pourraient décider de fermer les écoles dans le but de mitiger la propagation de la maladie. Cette façon de procéder semble être justifiée puisque les enfants d'âge scolaire sont très à risque de contracter la grippe et d'infecter, sans peine, les personnes qui ont un contact étroit avec eux, telles que leurs camarades de classe, leurs enseignants, les membres de leur famille et leurs fournisseurs de soins. Cependant, un nombre grandissant d'études nous portent à croire que la fermeture d'écoles risque d'aggraver les inégalités sociales et économiques puisqu'une telle mesure serait plus apte à avoir des effets négatifs sur les foyers à faible revenu.^{xii} Qui plus est, même les interventions qui ont été conçues dans le but de promouvoir des résultats plus équitables, telles que les programmes de vaccination ciblés, pourraient avoir moins d'effets sur la charge des maladies que les interventions qui visent les causes indirectes, par exemple, le surpeuplement, l'insécurité alimentaire ou la qualité de l'air ou de l'eau.^{xiii}

Comment procéder?

Les pratiques en santé publique qui tiennent compte des causes en amont aussi bien que les effets en aval d'une maladie jouent un rôle important dans le cadre de la lutte contre les inégalités en matière de santé comme on l'a vu dans la réponse du Manitoba et de la Saskatchewan à la grippe. Quoi qu'il en soit, il nous faut plus de données et des meilleures données pour aider à orienter les décisions du milieu de la santé publique. Les mesures de la charge des maladies servent de pierre angulaire à la planification et à la pratique en santé publique. Elles nous fournissent de l'information précieuse sur les effets des maladies et nous aident à savoir quand et comment intervenir. Quoique les planificateurs et les praticiens soient de plus en plus sensibles au rôle des inégalités en matière de santé, les mesures de la charge des maladies ne reflètent pas encore cette prise de conscience. Ce manque d'attention aux déterminants sociaux de la santé nuit aux interventions en santé publique qui sont axées sur les mesures

courantes de la charge des maladies de la même manière qu'un pourrait utiliser un pansement pour traiter une blessure qui nécessite plutôt des points de suture. Un pansement peut aider, mais n'est pas la solution idéale. Il nous faut des mesures de la charge des maladies qui tiennent compte du contexte des maladies, des incapacités et des mortalités prématurées si on veut faire ressortir les inégalités qui contribuent aux états de santé moins favorables et si on veut appuyer une planification et des décisions en santé publique qui favorisent l'équité en matière de santé.^{xiv}

NOTES

i About Global Burden of Disease, <http://www.healthdata.org/gbd/about>

ii K. Scott. 2010. Pandemic Influenza H1N1 2009 – The Canadian Experience. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 17(3) Fall 2010: e358-e362.

iii J. Juno, K. Fowke, Y. Keynan. 2011. Épidémiologie de la pandémie de grippe A (H1N1) de 2009. Winnipeg : Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses.

iv S. M. Moghadas. 2014. La Note mauve : Stratégies de traitements optimales à l'intention des communautés éloignées et isolées. Winnipeg : Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses.

v K. Scott. 2010.

vi *idem*.

vii S. M. Moghadas. 2014. La Note mauve : Stratégies de traitements optimales à l'intention des communautés éloignées et isolées. Winnipeg : Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses.

viii CCNSE. 2014. Mesures non pharmaceutiques pour prévenir la transmission de la grippe. Vancouver : Centre de collaboration nationale en santé environnementale.

ix CCNSE. 2014; K. Wong, J Kwong. 2009. Le vaccin contre la grippe pandémique A(H1N1) 2009, Winnipeg : Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses.

x CCNDS. 2014. Apprendre par la pratique : l'équité dans la prévention de la grippe à Saskatoon. Antigonish : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.

xi *idem*.

xii CCNMI. 2014. La fermeture des écoles sert-elle de stratégie efficace dans le contrôle de la grippe?; Winnipeg : Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses.

xiii CCNMI. 2015 Rapport sur l'atelier « Partir de zéro : un modèle d'équité de la charge de morbidité ». Winnipeg : Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses.

xiv H. Isfeld-Kiely 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. Winnipeg : Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses.

Cette publication vous a-t-elle été utile?
Partagez vos commentaires avec nous au ccnmi@umanitoba.ca.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada. Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

An English version of this document is also available at nccid.ca/influenza.

N° de PROJET du CCNMI : 275

grippe

Les publications de cette série se trouvent à ccnmi.ca/grippe

Aider les praticiens en santé publique à trouver, comprendre et utiliser les études et données probantes sur les maladies infectieuses.