



New understanding of poverty and health

What does it mean to family physicians?

Margaret McGregor, MD, CCFP, MHSC

During the last decade, an accumulation of convincing evidence shows that poverty kills. While the association between socioeconomic status and health has been recognized for many years, it was generally believed that poor people suffered more ill health because they ate poorly, drank too much, and smoked too much. It has taken modern epidemiologic studies to establish a clear link between poverty and ill health even after standardization for all known variables.

Marmot et al¹ in the now famous longitudinal analysis of 17530 civil servants in Great Britain (the Whitehall study) noted that employees in the lowest grade were 2.6 times more likely to die from coronary heart disease than those in the highest grade, even after other known risk factors for coronary heart disease were accounted for. Gordon et al² noted that poverty was an independent risk factor in survival after adjustment for tumour size, number of positive lymph nodes, and negative estrogen status among 1392 breast cancer patients. The role of socioeconomic status as a negative predictor in disease outcome has been demonstrated in a number of other diseases.³

More recently, Mustard et al,⁴ in a 1997 study linking census records to vital statistics and records of health care use for a sample in Manitoba, demonstrated that mortality was inversely related to income and education levels. Wilkins et al⁵ looked at mortality rates by income in urban Canada by linking death certificates to census information. The authors demonstrated that, in 1986, the difference in life expectancy at birth between the highest and lowest income groups in Canada, while down from 1971, remained 5.6 years for men and 1.8 years for women. They also reported that, in 1986, the infant mortality rate of the lowest income group was 1.82 times that of the highest income group (relative infant mortality) and that this relative mortality rate had changed very little over 15 years.

Our own National Forum on Health has recently published five volumes of research on the effect of determinants of health.⁶ Though of obvious importance to those who can influence social policy on a broad scale, what does this new information mean for individuals, in particular for primary care "foot soldiers": family physicians?

The role of FPs is mainly to fix things that go wrong with people's health and provide preventive care, such as immunizations and Pap test screening. We have little to do with influencing the front end of things, and at first glance, the effect of our new knowledge of health determinants would seem to have little to do with us. Indeed, the appropriate policy response to knowledge of the health effects of poverty and unemployment is largely beyond the health ministry, let alone front-line physicians.

People, not statistics

Poverty as a health determinant is something more than a statistic for those who practise family medicine: family doctors repeatedly see the effect of poverty in a very intimate way in the daily lives of their patients. Family physicians are often asked to be gatekeepers for those on income assistance.

In British Columbia, a single person on social assistance with no dependents receives \$500 a month for shelter and food. If those people are granted a dietary allowance, which is obtainable only if a doctor signs the dietary allowance form for a medical condition, they are entitled to an additional \$40. This might not seem like much but in fact represents an 8% increase in their monthly income.

Family practitioners in British Columbia are also gatekeepers for the "transportation allowance." This includes providing bus passes for ambulatory patients or taxi chits for those who are unable to use public transit. Social assistance recipients have to be able to prove a minimum of three visits per week to health care providers for a

determined diagnosis, and primary care physicians must document this and sign the form.

Family physicians are also asked to complete the "disability form." If this form is accepted, people receiving \$500 a month become entitled to \$776. Patients often arrive at their doctors' offices desperate for these forms to be completed. On average, each of the four physicians working at my clinic (located in a mixed-income neighborhood) completes one of these forms each working day. We are also daily witnesses to the effect of out-of-pocket medical costs on the working poor.

Physicians see how poverty affects health

Mrs S, a single parent of two children, was recently hospitalized with a diagnosis of epiglottitis. After 48 hours, she was discharged home and given a prescription for oral antibiotics. On the day of discharge, I received a frantic telephone call from her saying that, when she went to fill the prescription, the pharmacist told her the antibiotics would cost her \$70. She was unable to pay.

In a recent poll of the same four colleagues who work in my office, I asked each to note, after each shift, how many times they had seen a patient whose medical problems were complicated by unemployment or poverty, such as Mrs S's case. Over 2 weeks, on average, each physician saw at least four such cases per working day, or about one in five patients. Approximately once a shift, they noted they had to alter optimal treatment due to a patient's inability to pay, whether it be for the user's fee now attached to most physiotherapy treatments; for medications; or for devices, such as spacers for inhaled asthma medication.

In addition to the health consequences of poverty, many of our so-called unnecessary hospital admissions appear also to be related to nonmedical determinants. One of my more recent hospital admissions was a patient with an acute exacerbation of a chronic illness who was stabilized within a few days of going into hospital. Although she no longer required acute care, she had inadequate housing and no support at home. Her telephone had been cut off due to inability to pay, making the arrangements for follow-up appointments or calls for help in the case of an emergency impossible. I therefore decided to keep her in hospital longer than was medically necessary, at huge costs to the system. This is a common scenario, particularly with the frail elderly.

Key determinants of health are getting worse

While the National Forum's findings are beginning to popularize our understanding of the effect of health determinants, these determinants are getting worse. Although the gap between the rich and the poor has been increasing in the United States for more than a decade, this was not the case in Canada until 1995. With cuts in social housing, welfare, and employment insurance made in the past several years, all measures designed to reduce the income gap, a similar trend has nonetheless begun in Canada.

According to a recent report by the Centre for Social Justice, the richest 10% of families in 1996 earned 314 times the income of Canada's poorest people. A generation ago, this ratio was only 21 times.⁷ Between 1973 and 1996, the proportion of middle-income Canadian families with children—families earning between \$24 000 and \$65 000—fell from 60% to 44% of the population. With government help, such as employment insurance and social assistance, a poor family's income is raised to \$16 600, but this income is still lower than it was in 1980 (\$17 700).⁷ Another report, released in October by the Centre for the Study of Living Standards, also notes that Canadians' economic well-being has shown a large deterioration in the 1990s.⁸

The latest United Nations report has ranked Canada 10th among the rich nations with respect to poverty, estimating that 12% of Canadians live in poverty, 17% are functionally illiterate, 9% will likely die before age 60, and 1.3% of the work force suffers long-term unemployment—not a brilliant record.⁹ As our social safety net becomes weaker, as unemployment increases, and as other supports for financially disadvantaged people decline, that is to say, as the "social determinants" of health worsen, the nature of visits patients make to their GPs reflects these changes and increasingly challenges physicians' ability to approach patients' care in a "holistic" manner.

Although the challenge of managing ill health by reducing poverty and unemployment lies outside the sphere of action of health care workers, it does not mean that health workers can be absolved of responsibility. There is much that can be done within our domain.

Teaching medicine through a social lens

In the case described earlier, the physician who prescribed the antibiotic to the patient with epiglottitis did not think to ask her whether she

could pay for the prescription, and yet this was a serious barrier to the patient's treatment. Furthermore, from an administrative point of view, the patient's ability to take the antibiotic would likely prevent a far more expensive readmission to hospital.

In my experience, first as a medical student and then as a family practice resident, the cost of treatments was rarely taught or even addressed. We spent hours memorizing the mechanisms of action of pharmaceutical products and were tested on these ad nauseam, yet it did not occur to our educators to teach us how much the drugs cost.

Medical schools need to begin teaching about treatments through a social lens, that is, asking the question: "What is the cost of a treatment and what effect do these costs have on patients?" Or perhaps, "How does a patient's social circumstance affect his or her illness or ability to comply with a recommended treatment?" Biochemical mechanisms of action are fine, but an examination question on antihypertensives or antibiotics should also ask students to rank them according to costs and whether they are covered by the provincial drug plan.

Recognizing socioeconomic status in epidemiologic research

In research, it has become standard to adjust or control a given health outcome for the covariates of age, smoking, and sex. It is known that these are such important covariates or effect modifiers that controlling for them in some way is an essential component of most studies.

Socioeconomic variables need similar recognition. We need to measure this factor in the same way as the other three, especially now that there are valid programs based on enumeration data, which allow us to measure socioeconomic status fairly easily. In a recent MEDLINE search, the number of citations under each of the following subjects was 18 359 under "age," 1843 under "smoking," 4790 under "sex," five under "health determinants," and 37 under "socio-economic status." In spite of theoretical knowledge that poverty affects disease, the above numbers reflect the relatively minor role we give to measuring this variable in our scientific research.

Where we look for the association, we find it. A recently published study on human immunodeficiency virus shows that economic factors are indeed an independent predictor of progression of HIV disease.¹⁰ Other studies have shown the effect of social determinants on diseases ranging

from heart disease to arthritis.^{2,3,11,12} But we do not examine this variable nearly as often or as widely as it warrants.

It took years of studying the effects of smoking on health for us to understand that banning smokers from public places is completely reasonable. In the same way we must begin to measure and publicize the effect of poverty on all kinds of diseases, from asthma to heart disease to osteoarthritis, until it becomes common knowledge that these factors are hugely important in health outcomes. Perhaps reducing poverty, in the interests of promoting good health, will then become an accepted community standard.

Disease classification as a basis for funding

The standard "diagnostic related groupings" (DRGs) and "case mix group" (CMG) classifications are used throughout the United States and Canada, respectively, to determine funding levels. It is a measurement of care needed by a patient according to age and diagnoses based on the International Classification of Diseases. There is no adjustment for income level. Yet, if we truly accept that socioeconomic status plays an important role in health outcomes, it seems absurd not to adjust for this factor in funding services to patients. If capitation models for funding primary care are ever going to work, funding adjustment will be needed not only for age and diagnoses but also for socioeconomic status.

Fee-for-service

The current fee-for-service system for primary care is geared for patients who come in with one health problem, not complicated by socioeconomic circumstance. It works poorly, however, for those with chronic illnesses and those whose social circumstances are complicated by poverty. The standard 10-minute appointment booked by most family practice offices allows for one visit, one problem. This works fine if patients have transportation to get to the next five appointments to deal with the other five problems.

Making choices with limited resources

When deciding to cover the purchase of new expensive drugs or other technologies, it is usual to analyze cost-effectiveness. Before a purchase is made, the health benefit and costs of the innovation in question are compared with the cost and benefits of competing drugs or health technologies. With increasing understanding of the role

poverty and lifestyle have in causing disease, it would be reasonable to compare the cost and benefit of a health intervention with the benefit that might result from an equivalent expenditure on social assistance, housing, or food subsidies.

Physicians as advocates for improved population health

While physicians cannot be held directly responsible for population health, they can advocate for the health of their patients in its broadest sense. We must be prepared to examine the implications of the new knowledge of health determinants even when these appear to contradict our own financial interests.

Physicians must increasingly recognize publicly funded medical care as a social program that contributes to improved health determinants. The role of medicare in reducing the gap between rich and poor has been well described.¹³ Because the relatively well-off and healthy contribute more to these programs than the poor and unhealthy do, medicare is an important mechanism for decreasing the gap between rich and poor. With our new knowledge of the effect of poverty on patients' health, it seems logical that physicians would support and nurture such a social program.

Given physicians' unique position of being able to view the effect on health of socioeconomic inequities, doctors could become strong advocates of tackling the socioeconomic causes of ill health. Physicians need to be on the front line of educating their communities about the devastating effect of poverty, bad housing, and illiteracy on the health of patients. In the same way that medical professional associations have organized extremely well run and effective education campaigns on the need to wear seat belts and bicycle helmets, it is time to start an educational campaign on the effect of poverty on patients' health. ♦

Dr McGregor practises family medicine in Vancouver, BC.

This article is based on a presentation made to the 11th Annual Health Policy Conference of the Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR) in November 1998 at the University of British Columbia in Vancouver.

Correspondence to: Dr Margaret McGregor, 3998 Main St, Vancouver, BC V5V 3P2; fax (604) 875-8790; email mrgret@unixg.ubc.ca

References

1. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJS. Employment grade and coronary grade heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health* 1978;32:244-9.
2. Gordon NH, Crowe JP, Brumberg DJ, Berger NA. Socioeconomic factors and race in breast cancer recurrence and survival. *Am J Epidemiol* 1992;135(6):609-18.
3. Callahan L, Pincus T. Formal education level as a significant marker of clinical status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31(11):1346-56.
4. Mustard CA, Derkson S, Berthelot M, Wolfson M, Roos LL. Age-specific education and income gradients in morbidity and mortality in a Canadian province. *Soc Sci Med* 1997;45(3):383-97.
5. Wilkins R, Adams O, Brancker A. Changes in mortality by income in urban Canada from 1971 to 1986. *Health Rep* 1989;1(2):137-74.
6. Papers commissioned by the National Forum on Health. *Canada health action: building on the legacy. Determinants of health*. Ste-Foy, Que: Editions MultiMondes; 1998.
7. Yalnizan A. *The growing gap: a report on growing inequality between the rich and poor in Canada 1998*. Toronto, Ont: Centre for Social Justice; 1998.
8. Osberg L, Sharpe A. *An index of economic well-being for Canada*. Proceedings of the CSLS Conference on the state of living standards and the quality of life in Canada; 1998 Oct 30-31; Ottawa, Ont: Centre for the study of living standards.
9. United Nations Development Program. *The human development report*. New York, NY: Oxford University Press; 1998.
10. Hogg RS, Strathdee SA, Craib KJ, O'Shaughnessy MV, Montaner JS, Schechter MT. Lower socioeconomic status and shorter survival following HIV infection. *Lancet* 1994;344(8930):1120-4.
11. Manga P. Equality of access and inequalities in health status: policy implications of a paradox. In: Coburn D, D'Arcy C, Torrance G, New P, editors. *Health and Canadian society: sociological perspectives*. Toronto, Ont: Fitzhenry and Whiteside; p. 637.
12. Millar WJ, Wigle DT. Socioeconomic disparities in risk factors for cardiovascular disease. *Can Med Assoc J* 1986;134:127-32.
13. Evans RG. *Health for all or wealth for some? Conflicting goals in health care reform*. Health policy research unit discussion paper series. HPRU 98:12D Oct 1998; p. 10.

...



Une nouvelle façon de comprendre la pauvreté et la santé

La signification de ce savoir pour les médecins de famille

Margaret McGregor, MD, CCFP, MHSC

Au cours de la dernière décennie, une multiplicité de données probantes ont fait valoir que la pauvreté tuait. Si le lien entre la situation socio-économique et la santé est reconnu depuis plusieurs années, la croyance générale était que les pauvres étaient en moins bonne santé parce qu'ils s'alimentaient mal, buvaient trop et fumaient trop. Il a fallu des études épidémiologiques modernes pour établir une relation précise entre la pauvreté et un mauvais état de santé même après avoir normalisé toutes les variables connues.

Dans leur désormais fameuse analyse longitudinale auprès de 17 530 fonctionnaires en Grande-Bretagne (l'étude Whitehall), Marmot et ses collègues¹ ont constaté que les employés occupant des postes aux plus bas échelons hiérarchiques présentaient 2,6 fois plus de risque de souffrir de coronaropathie que ceux des échelons supérieurs, même une fois que tous les facteurs de risque connus de coronaropathie aient été pris en compte. Gordon et ses collègues² ont relevé que la pauvreté était un facteur de risque distinct dans la survie de 1 392 patientes atteintes de cancer du sein, une fois les ajustements apportés en fonction de la taille de la tumeur, du nombre de nodules lymphatiques positifs et de la déficience œstrogénique. Le rôle de la situation socio-économique comme prédicteur défavorable de l'issue des affections a été démontré dans le cas d'un certain nombre d'autres maladies³.

Plus récemment, Mustard et ses collègues⁴, dans une étude réalisée en 1997 qui faisait la relation entre les données du recensement, les statistiques de vie et les dossiers sur le recours aux services de santé dans un échantillonnage au Manitoba, faisaient valoir que la mortalité était inversement proportionnelle au revenu et au degré d'éducation. Wilkins et ses collègues⁵ ont analysé les taux de mortalité selon le revenu dans le Canada urbain en établissant un rapport entre les certificats de décès et les renseignements tirés du recensement. Les auteurs ont démontré qu'en 1986, la différence dans l'espérance de vie à partir

de la naissance chez les groupes à revenus les plus élevés et chez ceux à revenus les plus faibles, bien que moins grande qu'en 1971, se chiffrait quand même à 5,6 ans pour les hommes et à 1,8 an pour les femmes. Ils ont aussi indiqué qu'en 1986, le taux de mortalité infantile chez le groupe ayant le plus faible revenu était 1,82 fois plus élevé que celui chez le groupe ayant les revenus les plus élevés (mortalité infantile relative) et que ce taux relatif de mortalité infantile était resté sensiblement le même durant une période de 15 ans.

Notre propre Forum national sur la santé a récemment publié cinq volumes de recherches sur les répercussions des facteurs déterminants de la santé⁶. L'importance que revêt cette nouvelle information pour les personnes qui peuvent influencer les politiques sociales de portée générale étant bien évidente, que signifie-t-elle précisément, à titre individuel, pour les « fantassins » des soins de première ligne: les médecins de famille?

Le rôle des médecins de famille est principalement de remédier aux problèmes de santé des gens et de dispenser des soins préventifs, comme l'immunisation et le dépistage par le test de Papanicolaou. Nous n'avons pas vraiment affaire à influencer les grandes questions de premier plan, et les répercussions de notre nouveau savoir sur les facteurs déterminants de la santé semblent, à première vue, ne pas nous concerner directement. En réalité, les politiques appropriées pour réagir aux connaissances des effets sur la santé de la pauvreté et du chômage sont bien au-delà du ressort du ministère de la Santé et à, plus forte raison, du ressort des médecins de première ligne.

Des êtres humains, pas des statistiques

La pauvreté comme déterminant de la santé représente bien plus que des statistiques pour ceux et celles qui exercent la médecine familiale: les médecins de famille observent maintes et maintes

fois les effets de la pauvreté de manière très intime dans la vie quotidienne de leurs patients. Les médecins de famille sont souvent appelés à se faire les protecteurs des personnes dépendantes de l'aide sociale.

En Colombie-Britannique, une personne célibataire sans personne à charge vivant de l'aide sociale reçoit 500\$ par mois pour le logement et la nourriture. Si elle a droit à une allocation alimentaire, qui ne peut être obtenue sans qu'un médecin ne signe le formulaire d'allocation alimentaire pour cause de problème médical, elle reçoit 40\$ de plus. Cette somme semble dérisoire, mais elle représente en fait une hausse de 8% du revenu mensuel.

Les médecins de famille en Colombie-Britannique agissent aussi comme contrôleurs de «l'allocation de transport». Cette fonction comporte la remise de passes d'autobus pour les patients ambulatoires ou de bons de taxi pour ceux qui ne peuvent pas utiliser le transport en commun. Les bénéficiaires d'aide sociale doivent être en mesure de prouver qu'ils doivent consulter au moins trois fois par semaine un dispensateur de soins de santé pour un diagnostic déterminé, et les médecins de soins de première ligne doivent documenter ce fait et signer le formulaire.

Les médecins de famille sont aussi appelés à remplir le formulaire «d'invalidité». Si la demande est acceptée, les gens qui reçoivent 500\$ par mois pourraient avoir droit à 776\$. Il arrive fréquemment que les patients se présentent chez leur médecin en espérant désespérément que ce formulaire sera rempli. En moyenne, chacun des quatre médecins qui travaillent à ma clinique (située dans un quartier où le niveau de revenu est mixte) remplit au moins un de ces formulaires chaque jour de travail. Nous sommes également témoins quotidiennement des répercussions des frais médicaux encourus par les travailleurs pauvres.

Les médecins sont témoins des effets de la pauvreté sur la santé

M^{me} S, une mère célibataire de deux enfants, a été admise récemment à l'hôpital, souffrant d'une épiglottite. Elle a reçu son congé de l'hôpital après 48 heures avec une ordonnance d'antibiotiques oraux. Le jour de sa sortie, elle m'a appelée tout énervée pour me dire qu'en se présentant pour faire remplir sa prescription, le pharmacien lui a dit que les antibiotiques lui coûteraient 70\$. Elle était incapable de payer.

Dans un récent sondage auprès des mêmes quatre collègues qui travaillent à mon cabinet, je

leur ai demandé de consigner après chaque période de travail le nombre de fois où ils voyaient un patient dont le problème médical était compliqué par le fait qu'il était sans emploi ou pauvre, comme dans le cas de M^{me} S. Sur une période de deux semaines, chaque médecin a vu en moyenne au moins quatre cas semblables par jour, soit environ un patient sur cinq. Environ une fois par période de travail, ils ont noté qu'ils avaient dû modifier le traitement optimal en raison de l'incapacité du patient de payer, qu'il s'agisse des frais modérateurs désormais imposés pour la plupart des traitements de physiothérapie, des médicaments ou encore des appareils, comme les Spacer annexes aux aérosols-doseurs dans le traitement de l'asthme.

En plus des conséquences de la pauvreté sur la santé, plusieurs de nos soi-disant admissions inutiles à l'hôpital semblent aussi reliées à des déterminants non médicaux. L'une de mes plus récentes admissions à l'hôpital était celle d'une patiente souffrant d'une aggravation aiguë d'une maladie chronique qui s'est stabilisée en l'espace de quelques jours d'hospitalisation. Elle n'avait plus besoin de soins actifs, mais elle n'avait pas de logement convenable ni d'aide à la maison. Le service téléphonique avait été interrompu faute de paiement, ce qui rendait impossible de faire les arrangements pour des rendez-vous de suivi ou même d'appeler à l'aide en cas d'urgence. J'ai donc décidé de l'hospitaliser plus longtemps que nécessaire sur le plan médical, à grands frais pour le régime de la santé. C'est un scénario commun, particulièrement pour les personnes âgées fragiles.

Les principaux déterminants de la santé se détériorent

Tandis que les conclusions du Forum national commencent à répandre plus largement notre compréhension de l'effet des déterminants de la santé, la condition de ces déterminants se détériore. Si l'écart entre les riches et les pauvres aux États-Unis est allé en s'élargissant depuis plus d'une décennie, ce n'était pas le cas au Canada jusqu'en 1995. Avec les coupures des dernières années dans le logement social, l'assurance-emploi et l'aide sociale, qui sont toutes des mesures pour réduire l'écart dans les revenus, une tendance semblable s'est amorcée au Canada.

Selon un récent rapport publié par le Centre pour la justice sociale, les 10% de ménages les plus riches en 1996 gagnaient 314 fois le revenu des personnes les plus pauvres au Canada. Il y a

une génération, ce ratio n'était que de 21 fois⁷. Entre 1973 et 1996, la proportion de familles canadiennes à revenu moyen avec des enfants—des ménages gagnant entre 24 000\$ et 65 000\$—est passée de 60% à 44% de la population. Grâce à l'aide gouvernementale, comme l'assurance-emploi et l'aide sociale, le revenu d'une famille pauvre est rehaussé à 16 600\$, mais ce revenu est cependant plus bas qu'il ne l'était en 1980 (17 700\$)⁷. Un autre rapport, rendu public en octobre par le Centre d'étude du niveau de vie, fait aussi valoir que le bien-être économique des Canadiens s'est considérablement détérioré durant les années 1990⁸.

Le dernier rapport des Nations Unies a classé le Canada au 10^e rang parmi les nations riches en se fondant sur le critère de la pauvreté, estimant que 12% des Canadiens vivaient dans la pauvreté, 17% étaient fonctionnellement illettrés, 9% étaient susceptibles de mourir avant l'âge de 60 ans et que 1,3% de la main-d'œuvre était contrainte au chômage à long terme—ce n'est pas très brillant comme situation⁹. Au fur et à mesure que notre filet de sécurité sociale s'affaiblit, que le chômage augmente et que d'autres mesures de soutien aux personnes défavorisées sur le plan financier s'amenuisent, autrement dit, que « les déterminants sociaux » de la santé se détériorent, la nature des visites que font les patients à leur médecin reflète ces changements et met de plus en plus au défi les habiletés des médecins d'aborder les soins de manière « holistique ».

Si le défi de prendre en charge le mauvais état de santé en réduisant la pauvreté et le chômage reste en dehors du champ d'action des travailleurs de la santé, il ne faut pas croire pour autant que ces derniers puissent abdiquer toute responsabilité. Il y a tant qui peut être accompli dans notre domaine.

L'enseignement de la médecine sous un angle social

Dans le cas décrit antérieurement, le médecin qui a prescrit les antibiotiques à la patiente souffrant d'épiglottite n'a pas pensé lui demander si elle pouvait payer ses médicaments et pourtant il s'agissait là d'un obstacle sérieux au traitement de la patiente. De plus, sur le plan purement administratif, la capacité pour la patiente de prendre les antibiotiques préviendrait probablement une nouvelle admission à l'hôpital qui s'avérerait bien plus coûteuse.

Selon mon expérience, d'abord comme étudiante en médecine puis comme résidente en

pratique familiale, le coût des traitements était rarement enseigné ou même abordé. Nous avons consacré des heures à mémoriser le mécanisme d'action des produits pharmaceutiques et nous devions subir jusqu'à l'écoeurement des examens sur le sujet et pourtant, il n'est jamais venu à l'esprit de nos professeurs de nous enseigner le coût des médicaments.

Les facultés de médecine devraient commencer à enseigner les traitements sous un angle social, c'est-à-dire demander la question: « Combien coûte le traitement et quelles répercussions ont ces coûts sur le patient? » Ou peut-être: « Dans quelle mesure les circonstances sociales du patient ou de la patiente influencent-elles sa maladie ou sa capacité de se conformer au traitement recommandé? » Les mécanismes biochimiques d'action importent évidemment, mais les questions d'examen sur les médicaments antihypertenseurs ou les antibiotiques devraient aussi porter sur leur classement en fonction du coût et sur leur couverture par l'assurance-médicaments provinciale.

La prise en compte du statut socio-économique dans la recherche épidémiologique

En recherche, il est devenu coutume d'apporter des ajustements et des redressements en fonction des diverses covariables de l'âge, du tabagisme et du sexe. Il est reconnu qu'il s'agit d'importants covariables ou modificateurs d'effet et qu'il est essentiel d'en tenir compte d'une certaine façon dans la majorité des études.

Les variables socio-économiques méritent une attention semblable. Il nous faut mesurer ce facteur de la même façon que les trois autres, surtout maintenant qu'il existe des programmes valables fondés sur les données du recensement, qui nous permettent de mesurer assez facilement la situation socio-économique. Lors d'une récente recension dans MEDLINE, le nombre de citations était, en fonction de chacune des rubriques, de 18 359 sous « âge », de 1 843 sous « tabagisme », de 4 790 sous « sexe », de 5 sous « déterminants de la santé » et de 37 sous « situation socio-économique ». En dépit du savoir acquis sur les effets de la pauvreté sur la santé, ces chiffres prouvent le rôle relativement mineur que nous accordons à cette variable dans nos recherches scientifiques.

Lorsque nous cherchons le lien, nous le trouvons. Une étude récemment publiée sur le virus de l'immunodéficience humaine démontre que les facteurs économiques sont effectivement un

prédicteur indépendant de la progression de la maladie du SIDA¹⁰. D'autres études ont fait ressortir l'effet des déterminants sociaux sur des maladies allant des coronaropathies à l'arthrite^{2,3,11,12}. Par ailleurs, nous n'examinons pas cette variable aussi souvent ou autant en profondeur qu'elle le mérite.

Il a fallu des années d'étude de l'effet du tabagisme sur la santé pour que nous comprenions qu'il est parfaitement raisonnable de bannir les fumeurs des endroits publics. De la même façon, il nous faut commencer à mesurer et à faire connaître l'incidence de la pauvreté sur toutes sortes de maladies, de l'asthme à la maladie du cœur en passant par l'ostéo-arthrite, pour qu'il soit enfin reconnu généralement que ce facteur revêt une importance considérable dans l'issue des pathologies. Peut-être que l'élimination de la pauvreté dans l'intérêt de la promotion de la santé deviendrait-elle ainsi une norme acceptée sur le plan communautaire.

La classification de la maladie comme fondement du financement

Aux États-Unis et au Canada, on a recours respectivement aux « diagnostics regroupés pour la gestion » (DRG) et aux « groupes de maladies analogues » (GMA) habituels pour déterminer les niveaux de financement. Il s'agit d'une mesure des soins nécessaires à un patient selon son âge et son diagnostic, en fonction de la Classification internationale des maladies. Aucun ajustement n'est prévu pour le niveau de revenu. Pourtant, s'il est accepté que le statut socio-économique joue un rôle crucial dans l'issue de la maladie, il semble absurde que ce facteur ne soit pas pris en compte dans le financement des services aux patients. S'il est souhaité que les modèles de capitation pour le financement des soins de première ligne fonctionnent effectivement, il faudra apporter des ajustements au financement non seulement en fonction de l'âge et du diagnostic, mais aussi de la situation socio-économique.

La rémunération à l'acte

L'actuel régime de rémunération à l'acte pour les soins de première ligne est axé sur des patients qui consultent pour un problème unique de santé, pas pour des circonstances socio-économiques complexes. Par ailleurs, il ne fonctionne pas très bien pour ceux qui souffrent de maladies chroniques ou ceux dont les circonstances sociales sont compliquées par la pauvreté. La visite normale de dix minutes prévue à l'horaire dans la majorité des cabinets de pratique familiale convient à une visite

unique, un problème unique. C'est approprié si les patients jouissent des moyens de transport voulus pour les cinq prochaines visites requises pour régler les cinq autres problèmes.

Des choix à faire dans un contexte de ressources limitées

Il est normal d'effectuer une analyse de la rentabilité quand il s'agit de décider de l'acquisition de nouveaux médicaments coûteux ou d'autres technologies. Avant de procéder à l'achat, les avantages pour la santé et les coûts de l'innovation en question sont comparés aux coûts et aux avantages des médicaments ou des technologies en concurrence. Compte tenu de la connaissance plus approfondie du rôle exercé par la pauvreté et le mode de vie dans la cause des maladies, il serait juste de comparer les coûts et les avantages d'une intervention en matière de santé avec les avantages qui pourraient se traduire d'une dépense équivalente en aide sociale, en logement ou en subventions alimentaires.

Les médecins comme promoteurs d'une meilleure santé publique

Si les médecins ne peuvent pas être tenus directement responsables de la santé publique, ils peuvent néanmoins se faire les défenseurs de la santé de leurs patients dans un contexte plus large. Nous devons être disposés à examiner les répercussions de nouvelles connaissances sur les déterminants de la santé même si elles semblent en contradiction avec nos propres intérêts financiers.

Les médecins doivent considérer de plus en plus les soins médicaux financés à même les fonds publics comme étant un programme social qui contribue à améliorer les facteurs déterminants de la santé. Le rôle de l'assurance-santé dans la réduction de l'écart entre les pauvres et les riches a été bien documenté¹³. Parce que les personnes relativement bien nanties et en santé contribuent davantage à ces programmes que les pauvres en mauvaise santé, l'assurance-santé représente un mécanisme important pour réduire l'écart entre les riches et les pauvres. Compte tenu de nos nouvelles connaissances sur l'effet de la pauvreté sur la santé des patients, il semble logique que les médecins appuient et alimentent un tel programme social.

Étant donné la position privilégiée des médecins pour pouvoir constater les effets des injustices socio-économiques sur la santé, ils devraient préconiser fortement de remédier aux causes socio-économiques de la mauvaise santé. Les

médecins doivent être au premier rang dans l'éducation de leur collectivité sur les effets dévastateurs de la pauvreté, des mauvaises conditions de logement et de l'analphabétisme sur la santé des patients. Avec la même énergie déployée par les associations professionnelles médicales pour préconiser le port de la ceinture de sécurité en voiture et du casque protecteur à vélo, il est temps de commencer une campagne d'éducation sur l'effet de la pauvreté sur la santé des patients. ♣

D^r McGregor exerce la médecine familiale à Vancouver, en Colombie-Britannique.

Cet article s'inspire d'une présentation faite à la 11^e Conférence annuelle sur les politiques en matière de santé du Centre for Health Services and Policy research (CHSPR) en novembre 1998 à l'University of British Columbia, à Vancouver.

Correspondance à: D^r Margaret McGregor, 3998 Main St, Vancouver, Colombie-Britannique V5V 3P2; télécopieur (604) 875-8790; courriel mrgret@unixg.ubc.ca

Références

1. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJS. Employment grade and coronary grade heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health* 1978;32:244-9.
2. Gordon NH, Crowe JP, Brumberg DJ, Berger NA. Socioeconomic factors and race in breast cancer recurrence and survival. *Am J Epidemiol* 1992;135(6):609-18.
3. Callahan L, Pincus T. Formal education level as a significant marker of clinical status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31(11):1346-56.
4. Mustard CA, Derkson S, Berthelot M, Wolfson M, Roos LL. Age-specific education and income gradients in morbidity and mortality in a Canadian province. *Soc Sci Med* 1997;45(3):383-97.
5. Wilkins R, Adams O, Brancker A. Changes in mortality by income in urban Canada from 1971 to 1986. *Health Rep* 1989;1(2):137-74.
6. Documents pour le compte du Forum national de la santé. *Canada health action: building on the legacy. Determinants of health*. Sainte-Foy, Qué: Éditions MultiMondes; 1998.

7. Yalnizan A. *The growing gap: a report on growing inequality between the rich and poor in Canada* 1998. Toronto, Ont: Centre pour la justice sociale; 1998.
8. Osberg L, Sharpe A. *An index of economic well-being for Canada*. Proceedings of the CSLS Conference on the state of living standards and the quality of life in Canada; 30 et 31 octobre 1998; Ottawa, Ont: Centre d'étude du niveau de vie.
9. Programme de développement des Nations Unies. *The human development report*. New York, NY: Oxford University Press; 1998.
10. Hogg RS, Strathdee SA, Craib KJ, O'Shaughnessy MV, Montaner JS, Schechter MT. Lower socioeconomic status and shorter survival following HIV infection. *Lancet* 1994;344(8930):1120-4.
11. Manga P. Equality of access and inequalities in health status: policy implications of a paradox. In: Coburn D, D'Arcy C, Torrance G, New P, (rédacteurs), *Health and Canadian society: sociological perspectives*. Toronto, Ont: Fitzhenry and Whiteside; 1987. p. 637.
12. Millar WJ, Wigle DT. Socioeconomic disparities in risk factors for cardiovascular disease. *Can Med Assoc J* 1986;134:127-32.
13. Evans RG. *Health for all or wealth for some? Conflicting goals in health care reform*. Série de documents de travail de l'Unité de travail en recherche sur la santé. HPRU 98:12D, octobre 1998; p. 10.

...



The College of Family Physicians of Canada

Le Collège des médecins de famille du Canada

Bibliothèque canadienne de médecine familiale

Le service bibliothécaire du Collège des médecins de famille du Canada

Services de recherches documentaires de la bibliothèque

Recherches dans les ouvrages scientifiques pour répondre aux questions cliniques, pédagogiques ou en recherche, pour trouver des renseignements pour étayer une allocation ou pour des projets de résidents. Recherches dans MEDLINE, Cochrane, HealthStar et des douzaines d'autres bases de données. Choisissez vous-même les articles à même la recension ou optez pour Recherche Documentaire Plus, qui produit un ensemble comportant la recension et les articles sélectionnés par la bibliothèque.

Livraison des documents

La livraison des copies d'articles ou d'autres documents se fait par la poste, par service de messagerie ou par télécopieur. Il est possible, sur demande, de commander des articles provenant d'autres bibliothèques.

Renseignements généraux

Il est possible de trouver rapidement la réponse à des questions comme l'adresse d'institutions, ou de personnes, ou encore des données statistiques.

Consultations

Des conseils à savoir comment utiliser les bibliothèques et les renseignements bibliographiques, faire la citation de références, commander des livres et des revues, trouver des sites Web, utiliser les logiciels de recherche et bien d'autres sujets encore. Service gratuit pour les membres du CMFC.

Collections de la BCMF

Une collection de livres et de revues est maintenue au bureau national du Collège à l'usage du personnel du CMFC et de ses membres. Les bibliothécaires travaillent à partir de la Bibliothèque Taylor de l'University of Western Ontario et ont recours aux ressources de l'université pour offrir les services.

Coût des services bibliothécaires

Recherches de documentation pour les membres du CMFC:

Une recherche gratuite par année, 8 \$/recherche additionnelle.

Livraison de documents aux membres du CMFC: Vingt-cinq articles gratuits par année, et par la suite, 2 \$/article posté ou 3,50 \$/article télécopié.

Prêts de livres.....sans frais
Bibliographies de la BCMF.....sans frais
Consultation générale.....sans frais
Prêts interbibliothèques.....frais variables

Recherches de documentation pour les non-membres :
25 \$/recherche; les recherches sont réservées aux sujets touchant la médecine familiale.

Bibliothèque canadienne de médecine familiale

Natural Sciences Centre
University of Western Ontario
London ON N6A 5B7
Téléphone: (519) 661-3170
Télécopieur: (519) 661-3880
clfm@julian.uwo.ca
<http://www.uwo.ca/fammed/clfm/index.html>