

Médicaliser la pauvreté : quand le système de santé canadien compense l'échec des politiques sociales

Yanis Amroun¹

¹ Faculté de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa, ON, Canada

Correspondance: yamro054@uottawa.ca

Date publiée: Avril 30, 2026

DOI: <https://doi.org/10.18192/UOJM.V16iS1.7785>

Introduction

Au Canada, les inégalités sociales de santé constituent l'un des déterminants les plus puissants de la morbidité et de la mortalité. Selon Statistique Canada, les Canadiens appartenant au quintile de revenu le plus faible présentent des taux significativement plus élevés de maladies chroniques, de troubles de santé mentale et de mortalité prématurée comparativement aux groupes à revenu élevé.^{1,2} Il est estimé que les déterminants sociaux, incluant le revenu, le logement, l'éducation et la sécurité alimentaire, expliquent jusqu'à 50% des résultats de santé observés dans la population.³

Face à cette réalité, le système de santé canadien a progressivement intégré ces déterminants dans la pratique clinique. Toutefois, cette reconnaissance s'est accompagnée d'un phénomène plus préoccupant : la médicalisation de la détresse sociale. De plus en plus, la pauvreté, l'itinérance et l'insécurité économique sont abordées comme des problèmes cliniques nécessitant diagnostics, prescriptions et suivis médicaux, plutôt que comme des enjeux politiques et structurels. Bien qu'animée par des intentions altruistes, cette approche risque de déplacer la responsabilité collective vers les cliniciens, de surcharger le système de santé et de perpétuer les inégalités qu'elle prétend réduire.

La médicalisation : d'un concept sociologique à une réalité canadienne

La médicalisation est définie comme le processus par lequel des problèmes sociaux ou moraux sont redéfinis en termes médicaux et traités par des interventions cliniques.⁴ Initialement décrite par Illich et Conrad, cette notion visait à dénoncer l'expansion du pouvoir médical au détriment de réponses sociales et politiques.⁵

Au Canada, ce phénomène s'est transformé. Les déterminants sociaux de la santé sont désormais au cœur des cadres conceptuels de santé publique, notamment ceux de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Organisation mondiale de la Santé.^{3,6} Toutefois, leur intégration dans les soins primaires s'est faite sans un renforcement parallèle des politiques sociales, créant un déséquilibre où les cliniciens deviennent les principaux gestionnaires des conséquences de la pauvreté.

Quand la pauvreté devient une condition clinique

Dans la pratique quotidienne, cette médicalisation se manifeste de façon concrète. L'accès à des prestations d'invalidité, à des logements subventionnés ou à des programmes de soutien repose souvent sur la présence d'un diagnostic médical ou psychiatrique documenté.⁷ Ainsi, la détresse sociale doit être traduite en langage clinique pour devenir administrativement légitime.

Des études nord-américaines démontrent que les diagnostics de dépression, d'anxiété et de troubles somatoformes sont fréquemment utilisés comme substituts à une reconnaissance directe de la pauvreté.⁸ Au Canada, cette dynamique contribue à une hausse marquée de la prescription de psychotropes, particulièrement chez les populations à faible revenu.⁹ Or, ces interventions, bien que parfois nécessaires, n'agissent pas sur les causes structurelles de la souffrance et peuvent exposer les patients à des effets indésirables sans bénéfice durable.

Une réponse inefficace et coûteuse pour le système de santé

La médicalisation de la pauvreté a des conséquences systémiques importantes. Les patients vivant dans la précarité

utilisent davantage les services d'urgence et connaissent des hospitalisations répétées, non pas en raison de pathologies médicales complexes, mais en raison de conditions sociales non résolues.¹⁰ Ces hospitalisations évitables représentent un coût substantiel pour le système de santé canadien, déjà sous pression.

Par ailleurs, confier au système de santé la gestion de problèmes sociaux crée une illusion d'intervention gouvernementale. Comme l'ont souligné plusieurs analyses publiées dans le *Canadian Medical Association Journal*, cette approche permet aux décideurs politiques de détourner l'attention des réformes structurelles nécessaires en matière de logement, de revenu et de protection sociale.^{11,12}

Le fardeau moral et professionnel des cliniciens

Les professionnels de la santé se retrouvent au cœur de cette contradiction. D'une part, ils sont éthiquement tenus de reconnaître l'impact de la pauvreté sur la santé; d'autre part, ils disposent de peu d'outils efficaces pour y répondre.¹³ Cette dissonance contribue à l'épuisement professionnel, particulièrement en soins primaires, où les médecins rapportent un sentiment croissant d'impuissance face à des besoins sociaux qu'ils ne peuvent satisfaire.¹⁴ Former les cliniciens à dépister les déterminants sociaux est une étape nécessaire, mais insuffisante. Sans mécanismes intersectoriels solides et sans politiques publiques ambitieuses, cette formation risque de transformer l'empathie clinique en frustration chronique pour les professionnels de la santé.

Démédicaliser la pauvreté sans nier ses effets sur la santé

La solution ne réside pas dans l'abandon de l'approche sociale en médecine, mais dans une démedicalisation stratégique des problèmes sociaux. Les données canadiennes démontrent que des interventions structurelles — telles que le logement stable, les transferts de revenus et l'accès universel aux services sociaux — améliorent significativement les indicateurs de santé et réduisent l'utilisation des services médicaux.^{15,16,17}

Certaines initiatives canadiennes illustrent concrètement l'efficacité d'approches non médicales pour réduire les impacts de la pauvreté sur la santé. Le programme *Ontario Works* et le *Ontario Disability Support Program (ODSP)* offrent un soutien financier aux personnes à faible reve-

nu ou en situation de handicap, contribuant à améliorer la stabilité économique et, indirectement, les résultats de santé.¹⁷ De même, des interventions en sécurité du revenu, comme les crédits d'impôt et les prestations gouvernementales analysés dans la littérature canadienne, ont été associées à une diminution des hospitalisations et de la mortalité, ainsi qu'à une amélioration de la santé mentale.¹⁶ En parallèle de ces mesures, une meilleure intégration entre le système de santé et les services sociaux, notamment par des mécanismes formels de référence vers des ressources non médicales, contribuerait à recentrer les soins sur leur rôle clinique tout en assurant une prise en charge plus globale des patients.

Le système de santé doit jouer un rôle de soutien et de plaidoyer, plutôt que de substitution aux politiques sociales. Cela implique un réinvestissement massif dans le logement abordable, la sécurité du revenu et les services communautaires, tout en protégeant les cliniciens contre une expansion indue de leur rôle.

Conclusion

La médicalisation de la pauvreté au Canada est le symptôme d'un déséquilibre structurel profond. En tentant de traiter médicalement des problèmes sociaux, le système de santé absorbe les conséquences de décisions politiques tout en s'éloignant de sa mission première. La pauvreté n'est pas une maladie, et la traiter comme telle ne peut qu'entretenir la crise actuelle. Recentrer la responsabilité sur des politiques sociales robustes est essentiel pour améliorer durablement la santé des Canadiens et préserver l'intégrité du système de soins.

RÉFÉRENCES

1. Statistique Canada. *Inégalités de santé selon le revenu au Canada* [Internet].
2. Statistique Canada. *Portrait de la santé des Canadiens selon le statut socioéconomique* [Internet].
3. Agence de la santé publique du Canada. *Déterminants sociaux de la santé* [Internet].
4. Conrad P. *The medicalization of society*. Johns Hopkins University Press; 2007.
5. Illich I. *Medical Nemesis*. Pantheon Books; 1976.
6. World Health Organization. *Social determinants of health* [Internet].
7. Hansen H, Metzl J. *Structural competency in mental health and medicine*. Springer; 2019.
8. Hansen H et al. Pathologizing poverty: New forms of diagnosis. *Soc Sci Med*. 2014.
9. Morgan SG, et al. Psychotropic drug use in low-income

- populations. *CMAJ*. 2018.
10. Doran KM et al. Homelessness and emergency department use. *JAMA*. 2013.
 11. Andermann A. Taking action on the social determinants of health. *CMAJ*. 2016.
 12. Boothe K, et al. Health systems and social policy in Canada. *Health Policy*. 2020.
 13. Wilkinson R, Marmot M. *Social determinants of health*. Oxford University Press; 2003.
 14. Canadian Medical Association. *Physician burnout in Canada* [Internet].
 15. Mikkonen J, Raphael D. *Social determinants of health: The Canadian facts*. 2010.
 16. Pottie K et al. Income security interventions and health outcomes. *CMAJ*. 2020.
 17. Ontario Ministry of Health. *Health equity and poverty reduction* [Internet].

Conflicts of Interest Disclosure

There are no conflicts of interest to declare.