

Les caractéristiques de la santé et de la maladie s'expliquent en grande partie par notre apprentissage, notre mode de vie et notre travail

Améliorer la santé des Canadiens



Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie
Bureau 200
Ottawa (Ontario)
K1N 9N8
Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-55392-364-2

© 2004 Institut canadien d'information sur la santé

Cette publication est aussi disponible en anglais sous le titre :
Improving the Health of Canadians 2004 ISBN 1-55392-363-4

Afin de faciliter la lecture du présent texte, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) a été créée en 1999 et fait partie de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Sa mission comporte deux volets : faire comprendre davantage les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités et contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens.

À titre d'acteur central en matière de santé de la population, l'ISPC :

- analyse les preuves sur la santé de la population à l'échelle canadienne et internationale pour éclairer les politiques qui améliorent la santé des Canadiens;
- finance la recherche et crée des partenariats de recherche pour faire comprendre davantage les résultats de la recherche et promouvoir l'analyse des stratégies qui améliorent la santé de la population;
- résume les preuves des expériences politiques, analyse celles qui portent sur l'efficacité des initiatives politiques et développe des options politiques;
- œuvre à améliorer la connaissance et la compréhension du public à l'égard des déterminants qui influent sur la santé personnelle et communautaire, ainsi que sur le bien-être.

Pour ce faire, l'ISPC est dirigée par un Conseil de chercheurs de renommée et de décisionnaires de partout au Canada. En décembre 2003, les personnes suivantes siégeaient au Conseil de l'ISPC :

- **Cameron Mustard** (président du Conseil), professeur, Department of Public Health Sciences, University of Toronto Faculty of Medicine, président et maître de recherches, Institut de recherche sur le travail et la santé, Toronto (Ontario)
- **Monique Bégin**, professeure émérite, Faculté des sciences de la santé, professeure invitée, Gestion des services de santé, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
- **Charlyn Black**, directrice, Centre for Health Services and Policy Research, professeure, Department of Health Care and Epidemiology, University of British Columbia, Vancouver (Colombie-Britannique)
- **Catherine Donovan**, médecin conseil en santé, Health and Community Services, Eastern Community Health Board, Holyrood (Terre-Neuve-et-Labrador)
- **Teresa Hennebery**, conseillère en soins médicaux et infirmiers, Bureau du procureur général, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
- **Clyde Hertzman**, professeur titulaire et directeur adjoint du Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia; directeur du Human Early Learning Partnership, Vancouver (Colombie-Britannique)
- **Richard Jock**, directeur de l'Organisation nationale de la santé autochtone, Ottawa (Ontario)
- **Richard Lessard**, directeur de la santé publique, DSP Montréal-Centre, Montréal (Québec)
- **Judith Maxwell**, présidente des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa (Ontario)
- **Cordell Neudorf**, vice-présidente et médecin conseil en santé pour la région sanitaire de Saskatoon, Saskatoon (Saskatchewan)
- **Ian Potter**, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Ottawa (Ontario)
- **Gerry Predy**, médecin conseil en santé pour Capital Health, Edmonton (Alberta)
- **Michael Wolfson** (d'office), statisticien adjoint en chef, Analyse et développement, Statistique Canada, Ottawa (Ontario)

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

Créé en 1994, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme pancanadien autonome sans but lucratif qui œuvre à améliorer la santé des Canadiens et le système de santé en fournissant une information fiable et opportune sur la santé. Le mandat de l'ICIS, tel que défini par les ministres de la Santé du Canada, est de mettre au point et de maintenir une approche commune pour l'information sur la santé au pays. À cette fin, l'ICIS fournit l'information pour faire progresser les politiques canadiennes sur la santé, améliorer la santé de la population, renforcer le système de santé et assister les chefs de file dans le secteur de la santé à prendre des décisions avisées. Pour réaliser ce mandat, l'ICIS travaille en partenariat avec Statistique Canada.

Remerciements

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) désirent remercier toutes les personnes et tous les organismes qui ont contribué à la rédaction du rapport *Améliorer la santé des Canadiens*.

Nous désirons remercier particulièrement les membres suivants du Groupe consultatif d'experts pour les conseils précieux qu'ils nous ont fournis tout au long de la rédaction du rapport.

- **John Millar** (coprésident), conseiller spécial au président, Institut canadien d'information sur la santé (d'office)
- **Lorna Bailie**, directrice adjointe, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada
- **James R. Dunn**, chercheur, Inner City Health Research Unit, St. Michael's Hospital; professeur adjoint en géographie et planification, Université de Toronto
- **Cathy Fooks**, directrice, Réseau de la santé, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques
- **Paul Gully**, directeur général principal, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada
- **Michael Hayes**, directeur adjoint, Institute for Health Research and Education, Simon Fraser University
- **Teresa Hennebery**, conseillère en soins médicaux et infirmiers, Bureau du procureur général, Île-du-Prince-Édouard
- **Clyde Hertzman**, professeur titulaire et directeur adjoint, Centre for Health Services and Policy Research, Department of Health Care and Epidemiology, University of British Columbia; directeur, Human Early Learning Partnership
- **John Frank** (coprésident), directeur scientifique, Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada
- **Richard Jock**, directeur exécutif, Organisation nationale de la santé autochtone
- **Perry Kendall**, officier de santé provincial, Ministry of Health Planning, Colombie-Britannique
- **Richard Lessard**, directeur de la santé publique, DSP Montréal-Centre
- **Steven Lewis**, Access Consulting Ltd., Saskatoon & Centre for Health and Policy Studies, University of Calgary
- **Patricia Petryshen**, vice-présidente exécutive, Programs, Hospital Relations et directrice des services de soins infirmiers, St. Michael's Hospital
- **Tom Stephens**, responsable, Thomas Stephens & Associates
- **Sherri Torjman**, vice-présidente, Caledon Institute of Social Policy

De l'ICIS

- **Carmen Connolly**, directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne
- **David Hay**, gestionnaire, Rapports et analyse, Initiative sur la santé de la population canadienne
- **Uma Palaniappan**, conseillère, Rapports et analyse, Initiative sur la santé de la population canadienne
- **Indra Pulcins**, gestionnaire, Indicateurs de santé, Institut canadien d'information sur la santé
- **Serge Taillon**, directeur, Relations avec la clientèle et Communications, Institut canadien d'information sur la santé

Veillez noter que les analyses et les conclusions contenues dans le rapport ne reflètent pas nécessairement celles des membres du Groupe consultatif d'experts ou de leurs organismes associés.

Nous désirons témoigner notre reconnaissance aux membres du Conseil d'administration de l'ICIS et du Conseil de l'ISPC qui nous ont éclairés et soutenus dans l'orientation stratégique du rapport.

Le comité qui a rédigé le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* se compose de John Millar, John Frank, Carmen Connolly et David Hay. Le personnel de l'ISPC qui a contribué à la rédaction du rapport se compose de John Beauchamp, Mellissa Blaauwbroek, Carol Brulé, Joan Campbell, Jill Lava, Lorna Malone, Lindsey McKay, Andrea Norquay, Uma Palaniappan, Sylvia Ralphs-Thibodeau, Stephen Samis, Melanie Yugo et Jennifer Zelmer.

La production d'un rapport comme celui-ci a nécessité la participation de plusieurs personnes et services de l'ICIS. Nous désirons remercier pour leur collaboration le personnel des services des publications, de traduction, des communications, des rapports sur la santé, de distribution et du Web.

Nous désirons aussi souligner le travail du personnel de l'Organisation nationale de la santé autochtone, et des personnes qui ont apporté leur contribution au moyen de travaux commandés.

La préparation de rapports comme celui-ci est possible grâce à Statistique Canada, une source reconnue et inestimable d'information et de données rigoureuses. Les informations provenant de Statistique Canada sont utilisées avec l'aimable permission de Statistique Canada. Il est interdit aux utilisateurs de copier les données et de les rediffuser, dans leur forme originale ou non, à des fins commerciales, sans la permission écrite de Statistique Canada. On peut obtenir l'information sur la disponibilité de la vaste gamme de données issues de Statistique Canada à partir de ses bureaux régionaux, du site Web à <http://www.statcan.ca> ou du numéro d'accès sans frais au 1 800 263-1136.

Nous sommes reconnaissants des efforts soutenus des chercheurs œuvrant dans le secteur de la santé de la population qui ont enrichi nos connaissances et notre vision des importantes questions sur les déterminants de la santé et des améliorations relatives à la santé.

Table des matières

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne	iii
À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé	v
Remerciements	vii
Pour obtenir d'autres renseignements	1
Chapitre 1 : Introduction	3
Ce qui forge la santé des gens... ..	6
Qu'y a-t-il de neuf et d'unique dans le rapport?	16
Résumé : Rassembler les morceaux	18
Pour en savoir davantage	19
Chapitre 2 : Le revenu	21
Les conséquences du revenu sur la santé	24
Interprétation du gradient de la santé	26
Les personnes à faible revenu au Canada	29
Tendances du revenu d'emploi	29
Tendances du faible revenu	29
Tendances de la répartition du revenu	30
Politiques et programmes	34
Les programmes qui permettent de prévenir et de réduire le faible revenu	34
Réduction avec succès du taux des aînés à faible revenu	36
Prestations pour enfants, allocations familiales, impôts et transferts	38
Les programmes qui offrent un appui et favorisent l'indépendance	40
Programmes communautaires d'aide à l'emploi	40
Résumé	43
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	45
Pour en savoir davantage	46
Chapitre 3 : Développement de la jeune enfance	49
Importance du développement du jeune enfant et la santé	52
Accord fédéral, provincial et territorial sur le développement de la petite enfance	53
Politiques et programmes favorisant le développement sain du jeune enfant	54
Revenu suffisant et équitable pour le développement de l'enfant	56
Compétences parentales et familiales	56
Congés parentaux et familiaux	56
Soins et services aux jeunes enfants et aux familles à faible revenu	58
Éducation et accueil en établissement aux jeunes enfants	59
Programmes de détection précoce et d'intervention	62
Milieux communautaires favorables	64
Résumé	67
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	68
Pour en savoir davantage	69

Chapitre 4 : La santé des Autochtones	73
Les Autochtones du Canada	76
Les Premières nations	76
Les Inuits	76
Les Métis	78
Les différences entre les Autochtones	78
État de santé des Autochtones du Canada	78
Déterminants clés de la santé	80
Déterminants sociaux et économiques choisis de la santé des Autochtones	84
Le logement et la santé	84
L'héritage des pensionnats	84
Le changement climatique, les contaminants et les Inuits	86
Pouvoir communautaire et autodétermination	88
Tendances politiques et orientations	89
La Commission royale sur les peuples autochtones et la réponse du gouvernement fédéral	89
Qu'est-il arrivé depuis 1996?	91
Tendances des politiques à l'échelle nationale	91
Tendances politiques à l'échelle communautaire : un transfert de pouvoir	91
Orientations pour améliorer l'état de santé	94
Résumé	95
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	97
Pour en savoir davantage	100
Chapitre 5 : L'obésité	103
L'obésité et le fardeau de la maladie au Canada	106
L'ampleur du problème au Canada	110
Augmentation du nombre d'adultes obèses	110
Progression du taux d'obésité chez les enfants aussi	110
Le portrait de l'obésité au Canada	111
La relation entre le revenu et l'obésité	114
La situation chez les peuples autochtones	114
Tendances relatives à la consommation alimentaire et à l'activité physique au Canada	114
Les Canadiens mangent-ils bien?	114
L'activité physique chez les Canadiens	119
Comment régler le problème de l'obésité?	127
Solutions efficaces au problème de l'obésité	128
Solutions potentielles au problème de l'obésité	133
Résumé	137
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	139
Pour en savoir davantage	140
Chapitre 6 : Résumé et conclusions	147
Qu'a-t-on présenté dans le rapport <i>Améliorer la santé des Canadiens</i> ?	150
Qu'a-t-on appris du rapport <i>Améliorer la santé des Canadiens</i> ?	151
Trois sujets pour un nouveau message	152
La demande publique, la volonté politique	153
Priorités futures	154
Pour en savoir davantage	155
À vous la parole	157

Pour obtenir d'autres renseignements

Le texte intégral du rapport *Améliorer la santé des Canadiens*, le rapport sommaire ainsi que les documents d'information sont offerts dans les deux langues officielles sur le site Web de l'ICIS à www.icis.ca. Pour commander d'autres exemplaires du rapport, veuillez communiquer avec :

Institut canadien d'information sur la santé Bureau des commandes

377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8
Tél. : (613) 241-7860
Télec. : (613) 241-8120

Nous serons heureux de recevoir vos commentaires et suggestions sur la façon d'améliorer l'utilité et la valeur informative des rapports à venir. À cette fin, vous trouverez à la fin du rapport une fiche d'évaluation, « À vous la parole ». Vous pouvez aussi communiquer avec nous par courriel à ispc@icis.ca.

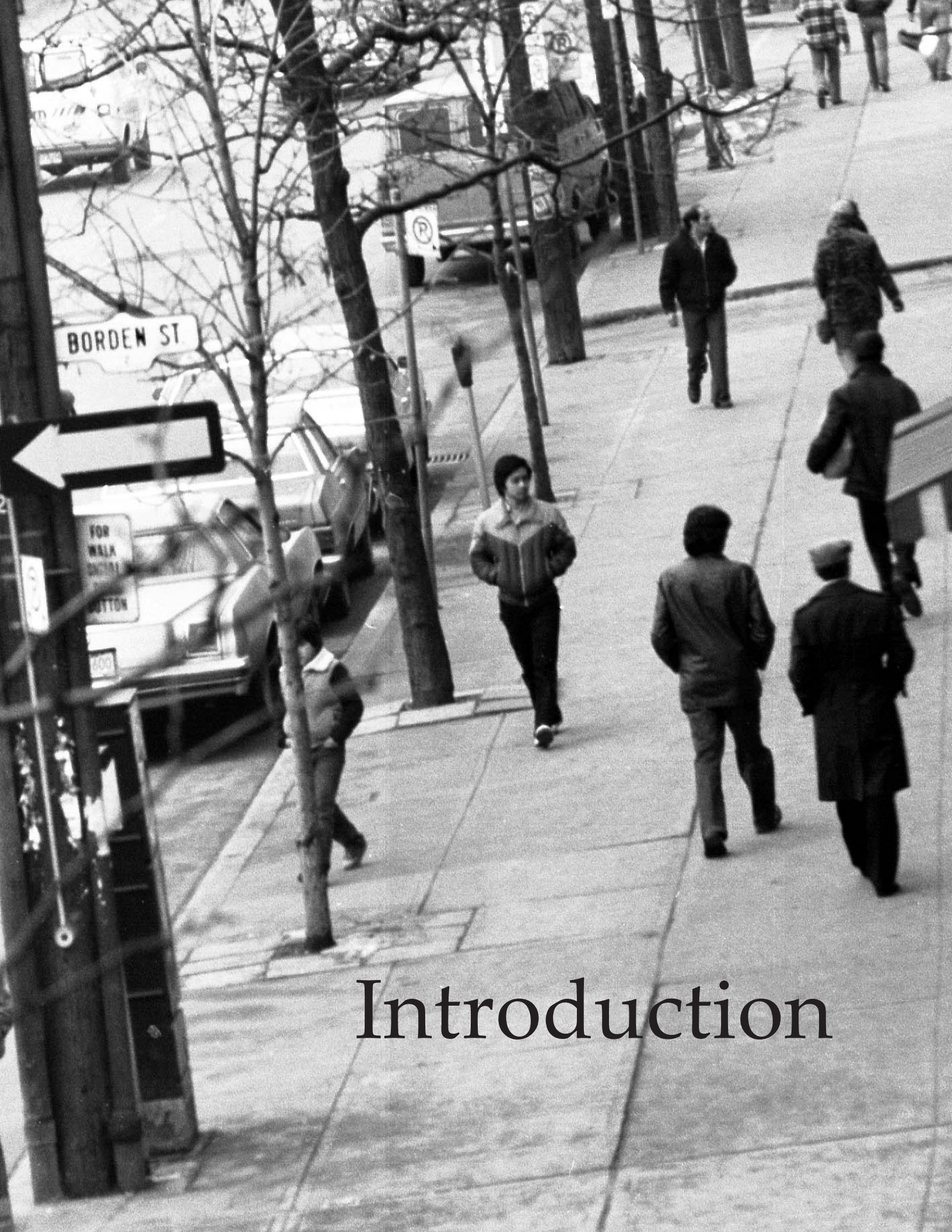
Le Web, une mine de renseignements!

Il y a beaucoup plus sur notre site Web (www.icis.ca) que la version imprimée du présent rapport. Le jour de la parution de *Améliorer la santé des Canadiens* et dans les semaines et les mois à venir, nous ajouterons une foule de renseignements sur la santé de la population à ce qui est déjà disponible. Par exemple, vous pourrez :

- Télécharger des exemplaires du rapport, du rapport sommaire et des documents d'information en français ou en anglais;
- Vous abonner au bulletin électronique de l'ISPC pour obtenir de l'information et des mises à jour régulières;
- En apprendre au sujet des rapports à venir, dont *Portrait des tendances de la santé de la population* et *Opinions publiques sur les déterminants de la santé*;
- En apprendre sur les activités à venir de l'ISPC.

Chapitre

1



Introduction

Depuis l'introduction du régime d'assurance-maladie, les soins de santé sont devenus, tout comme le hockey et la feuille d'érable, un signe distinctif des Canadiens. Le débat continu et très public sur la façon d'améliorer notre système de santé a été à l'origine d'une série de commissions et de rapports récents provinciaux, territoriaux et fédéraux. Chacun suggérait de nombreuses recommandations pour changer le système. Toutefois, ils mettaient tous l'accent sur le fait de comprendre les facteurs élargis qui influencent notre santé afin d'atteindre une meilleure santé à long terme.

Lors de son discours en mai 2003, M. Roy Romanow a illustré cette perspective de façon créative en donnant plusieurs conseils sur ce que le Canada doit faire pour devenir le pays le plus en santé au monde¹. Ses conseils, quelque peu ironiques, reprennent une liste préparée à l'origine par des chercheurs en Grande-Bretagne². Les conseils de Romanow confirment ce que la plupart d'entre nous savons déjà : des comportements, comme bien manger, faire de l'exercice et s'abstenir de fumer ou de consommer de l'alcool ou des drogues, peuvent nous garder en bonne santé.

Cependant, ces conseils soulignent également comment les facteurs sociaux, environnementaux, économiques et autres ont une importance capitale pour la santé. Ils englobent ce que les parents transmettent et enseignent (les aspects de la génétique, la biologie et le développement de l'enfance), notre façon de vivre (la scolarité, le revenu et le travail), notre milieu de vie (le logement, le quartier et les collectivités) et la qualité de l'environnement (l'air, la terre et l'eau).

Ces facteurs combinés forgent la santé. Ils sont le point de mire du rapport *Améliorer la santé des Canadiens*.

Ce qui forge la santé des gens...

Les Canadiens se classent parmi les gens les plus en santé au monde. À l'échelle internationale, l'espérance de vie au Canada est l'une des plus élevées. Elle était établie à plus de 79 ans en 2001, une hausse par rapport au début des années 1920 où elle était de 59 ans, et aux années 1950^{3,4} (69 ans). La plupart des Canadiens qualifient également leur santé de très bonne à excellente^{5,6}. De plus, les adultes plus âgés peuvent, en moyenne, aspirer à une meilleure qualité de vie et vivre plus longtemps qu'il y a 20 ans.

Toutefois, on ne peut pas prendre des airs supérieurs. Ce ne sont pas tous les Canadiens qui bénéficient d'une bonne santé. Il existe des différences notables en matière de santé entre

Ce ne sont pas tous les Canadiens qui bénéficient d'une bonne santé.

les femmes et les hommes, entre les régions et les quartiers et entre les personnes dont les niveaux d'études, l'emploi et le revenu sont différents. Certains groupes de personnes au Canada, comme les Autochtones, se portent en général moins bien que l'ensemble de la population.

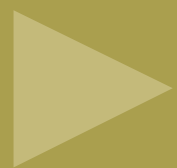
Les maladies cardiaques, le cancer, les problèmes de santé mentale, le sida, l'asthme, l'obésité et le diabète constituent toujours des problèmes de santé majeurs avec lesquels les Canadiens seront aux prises au cours des 10 à 20 prochaines années. Ces problèmes relèvent de l'alimentation, de l'exercice, des habitudes de consommation d'alcool et de drogues, et d'autres comportements liés à la santé. Dans une grande mesure, les facteurs sociaux, économiques et culturels, y compris le niveau d'études, l'emploi, le revenu, le logement, les facteurs environnementaux, la génétique, le sexe, le développement de la jeune enfance, les soutiens sociaux et communautaires, influencent ces comportements.

Les conseils de M. Romanow pour une longue vie en santé... et encore davantage

En mai 2003, M. Roy Romanow a prononcé un discours fondé sur le rapport de 2002, *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, dans lequel il a dressé certains conseils sur la façon de vivre longtemps et en santé^{1, 2, 7}. Bien que son rapport se concentre sur les soins de santé, il a réitéré que le système de santé n'est qu'un des ingrédients qui déterminent la santé des gens.

Les pages qui suivent renferment certains conseils avec des exemples de faits connexes. Dans son discours, Romanow a cité sept conseils que nous avons résumés en six tout en ajoutant deux autres : un sur les comportements et le mode de vie et l'autre sur les différences de santé entre les hommes et les femmes. Pour davantage d'information sur l'état de santé des Canadiens, les tendances et les différences, veuillez vous référer à *Portrait des tendances de la santé de la population au Canada*, qui sera affiché plus tard en 2004 sur le site Web de l'ICIS (www.icis.ca)⁸.

Conseils pour une longue vie en santé





Évitez la pauvreté

Les gens riches vivent plus longtemps que les gens pauvres et se portent mieux tout au long de la vie¹.

En 1996, l'espérance de vie des femmes à revenu élevé était supérieure de 1,6 an à celle des femmes à faible revenu. Chez les hommes à revenu élevé, on compte 5 ans de différence par rapport à ceux à faible revenu⁹.

En 2000-2001, les Canadiens âgés de 12 ans et plus provenant des ménages à revenu élevé étaient deux fois plus susceptibles (34 %) de se déclarer en excellente santé, comparativement à ceux des ménages à faible revenu (16 %) ¹⁰.



Partez du bon pied dans la vie

Assurez-vous de nourrir votre sens de l'identité et votre estime de soi. Entourez-vous de stimuli intéressants. Les expériences prénatales et lors du développement de la jeune enfance ont de puissants effets sur la santé et le bien-être plus tard¹.

Un enfant canadien sur quatre est exposé à une croissance et à un développement limités en raison de problèmes de comportement ou de difficultés cognitives¹.

En 1996, les personnes qui vivaient dans les quartiers urbains défavorisés affichaient un taux de mortalité infantile 1,6 fois supérieur à celui des quartiers urbains mieux nantis².



Obtenez un diplôme d'études secondaires

Obtenez un diplôme d'études secondaires puis allez au collège ou à l'université : l'état de santé s'améliore avec le niveau d'études¹.

En 2000-2001, les personnes qui ont déclaré ne pas avoir terminé leurs études secondaires étaient deux fois plus susceptibles de qualifier leur santé de médiocre ou de mauvaise (19 %) que ceux qui ont complété des études post-secondaires ou des études supérieures (8 %)¹⁰.

Les personnes dont le niveau d'études est inférieur au secondaire étaient deux fois plus susceptibles de déclarer des problèmes de santé fonctionnelle (27 %) que ceux dont le niveau d'études est supérieur au secondaire (13 %)¹⁰.

En 2002, les Canadiens dont le niveau d'études est inférieur au secondaire étaient deux fois plus susceptibles d'être des fumeurs (24 %) que ceux qui sont allés à l'université (13 %)¹².



Trouvez un emploi

Ne prenez pas un emploi manuel, stressant et mal rémunéré, où vous avez peu de pouvoir décisionnel : un emploi médiocre est synonyme de santé médiocre. Ne perdez pas votre emploi et ne devenez pas chômeur : les chômeurs souffrent de stress et d'isolement et peuvent devenir pauvres¹.

En 2000-2001, les adultes chômeurs âgés de 20 à 64 ans étaient près de trois fois plus susceptibles de qualifier leur santé de médiocre ou de mauvaise (17 %) que les adultes qui travaillaient (6 %) ¹⁰.

En 2000-2001, les adultes chômeurs âgés de 20 à 64 ans étaient près de deux fois plus susceptibles de déclarer des problèmes de santé fonctionnelle (23 %) que les adultes qui travaillaient (13 %) ¹⁰.

En 2001, près de trois fois plus de personnes ont déclaré souffrir de stress lié à l'emploi comparativement à 1991 (35 % par rapport à 13 %) ¹³.

Le stress général perçu est passé de 44 % en 1991 à 55 % en 2001 ¹³.



Choisissez votre collectivité

Assurez-vous de vivre au sein d'une collectivité où vous avez confiance en vos voisins et où vous vous sentez à l'aise : une collectivité civile et confiante favorise la santé et la longévité¹.

En 1994-1995, les quartiers canadiens où règnent la sécurité et l'homogénéité et où les familles vivent dans l'aisance étaient associés à de meilleures aptitudes orales et à des comportements exemplaires de la part des enfants d'âge préscolaire¹⁴.

À Vancouver en 2000, les enfants des quartiers les plus dépourvus étaient six fois plus susceptibles d'éprouver des faiblesses dans au moins une des dimensions du développement (le bien-être et la santé physiques, les aptitudes cognitives et le langage, les aptitudes sociales, la maturité émotionnelle, les aptitudes en communication et en connaissance générale) comparativement aux enfants des quartiers mieux nantis (38 % par rapport à 6 %)¹⁵.

L'espérance de vie varie parmi les provinces et les territoires de 83 ans chez les femmes de la Colombie-Britannique à 71 ans chez les femmes du Nunavut⁸.



Vivez dans un logement de qualité

Vivez dans un logement de qualité, évitez les rues achalandées, les ghettos urbains ou les rivières polluées : l'air pur, l'eau et le sol propres sont des éléments vitaux pour votre santé, tout comme ceux créés par l'homme dans l'environnement physique¹.

Les enfants exposés régulièrement à la fumée secondaire (chez eux par exemple) sont plus susceptibles de souffrir de problèmes respiratoires tels que l'asthme¹⁶. On déclare que les enfants exposés régulièrement à la fumée secondaire sont au moins 50 % plus susceptibles de souffrir de dommages aux poumons et de problèmes respiratoires, tels que l'asthme¹⁷.

En 2002, le taux d'exposition des enfants à la fumée à la maison était de 20 %, une baisse par rapport aux 33 % de 1996-1997⁸.



Soignez-vous

Mangez bien, soyez actif, ne fumez pas, ne prenez pas d'alcool ni de drogues : nos choix et nos comportements influent sur notre santé.

Le taux de fumeurs au Canada est passé de 35 % en 1985 à 22 % en 2001¹⁸.

Les Canadiens consomment davantage de boissons gazeuses. En 1976, chaque Canadien consommait en moyenne 56 litres de boissons gazeuses par année. En 2002, ce nombre avait presque doublé pour s'établir à 100 litres par personne¹⁹.

En 2000-2001, plus de la moitié des Canadiens (56 %) ont déclaré être physiquement inactifs durant leurs temps libres⁸.



Les hommes et les femmes sont différents

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais se disent en moins bonne santé.

En 2001, l'espérance de vie des femmes comptait cinq années de plus que celle des hommes⁸.

En 2000-2001, plus de quatre millions de femmes, comparativement à moins de trois millions d'hommes, ont déclaré souffrir de deux problèmes chroniques ou plus²⁰.

En 2000-2001, plus de 500 000 femmes de plus que les hommes se sont plaintes d'invalidité, selon une évaluation de leur santé fonctionnelle²⁰.

Les femmes affichent des taux de surpoids et d'obésité inférieurs à ceux des hommes (39 % par rapport à 56 %)⁸.

Qu'y a-t-il de neuf et d'unique dans le rapport?

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* s'appuie sur le premier et le deuxième rapport du Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population intitulé *Rapport sur la santé de la population canadienne*^{21, 22}. Le rapport de 1999, *Pour un avenir en santé*, soulignait trois grands domaines prioritaires où on se doit d'agir :

- **Le renouvellement et la réorientation du secteur de la santé** pour agir en vue de relever les défis au niveau de la promotion de la santé, des services de traitement, de la prévention de la maladie et des blessures, d'accroître l'imputabilité des services de santé et d'influencer des secteurs extérieurs à la santé.

Toutefois, ça ne change pas tout. Par exemple, les inégalités en santé selon le niveau d'études et le revenu perdurent, et les différences régionales de santé et ses déterminants sous-jacents persistent.

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* constitue le premier d'une série de rapports bisannuels produit par l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC). Il examine ce que nous savons des facteurs qui jouent sur la santé des Canadiens, des façons de l'améliorer et des répercussions des choix politiques sur la santé.

Une grande variété de sujets peuvent être abordés dans cette optique; un seul rapport ne peut y parvenir. Nous avons plutôt décidé de nous concentrer sur des exemples qui reflètent quatre perspectives de la santé de la population : les déterminants de base de la santé, le cours de la vie,

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* examine ce que nous savons des facteurs qui jouent sur la santé des Canadiens, des façons de l'améliorer et des répercussions des choix politiques sur la santé.

- **L'investissement dans la santé et le bien-être** de groupes clés de la population (soit les enfants, les jeunes et les peuples autochtones) pour freiner les tendances récentes qui portent atteinte aux possibilités de développement optimal.
- **L'amélioration de la santé par la réduction des inégalités dans la répartition du revenu et les taux d'alphabétisation et d'instruction** pour traiter des liens directs entre la mauvaise santé et le décès précoce, de même que les faibles niveaux d'instruction, d'alphabétisation et de revenu.

On remarque certains changements depuis le rapport de 1999. Par exemple, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont élaboré une stratégie pour le développement de la jeune enfance et ont augmenté les niveaux de certaines prestations de revenu pour les familles à faible revenu avec enfants. Les gouvernements sont également en voie de transférer le contrôle des prestations de services de santé aux mains de certaines Premières nations, et ils ont commencé à investir dans de nouveaux organismes qui font la promotion de la santé des Autochtones.

l'expérience de divers groupes de population et la variété de problèmes de santé qui existent. Plus particulièrement, le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* explore en profondeur un aspect important de chacune des perspectives que l'ISPC croit primordiales pour la santé nationale à l'aube du 21^e siècle :

- **Le revenu** : Les conditions sociales et économiques ont des effets considérables sur la santé et le bien-être des Canadiens. Le revenu est important en soi, car il représente les ressources disponibles pour acheter les effets nécessaires à une vie saine. Le revenu est également un indicateur des chances de participation et d'inclusion à la société dans laquelle les gens vivent, une condition primordiale de santé.
- **Le développement de la jeune enfance** : Le commencement de la vie est une période fondamentale pour la formation de la santé. Un bon départ dans la vie est important, car un mauvais commencement peut menacer ou retarder le développement et entraîner une série de résultats négatifs à l'âge adulte.

- **La santé des Autochtones** : En général, les Autochtones du Canada sont en moins bonne santé que les autres Canadiens, et on observe de grands écarts dans les états de santé entre les collectivités autochtones. Plusieurs initiatives en cours pourraient contribuer à l'amélioration de la santé des Autochtones.
- **L'obésité** : On porte de plus en plus attention à l'augmentation du nombre de Canadiens qui accusent un surpoids et sont obèses, hausse observée dans les 20 dernières années. Cette tendance entraîne de graves répercussions sur les soins de santé et dans bien d'autres domaines au sein de la société canadienne.

Chacun des messages clés contenus dans *Améliorer la santé des Canadiens* est fondé sur une évaluation consciencieuse des meilleures preuves disponibles. Chacun d'eux est étayé d'une vaste gamme de recherches d'une multitude de sources et disciplines. Toutefois, il y a encore des lacunes importantes dans les connaissances de base. Les rapports subséquents viseront à combler ces lacunes à mesure que la recherche, l'expérience et la compréhension évoluent. Ils présenteront également des questions importantes qui vont au-delà de celles abordées dans le présent rapport, afin de contribuer à améliorer davantage la santé des Canadiens. Les sujets possibles comprennent le lieu et la santé, les inégalités en santé et la santé des groupes particuliers de population, tels que les enfants, les jeunes et les femmes.

Les solutions sociales et économiques ainsi que les revendications publiques et la volonté politique sont nécessaires afin de continuer à améliorer la santé et réduire les inégalités de santé.

Résumé : Rassembler les morceaux

Les Canadiens apprécient le système de santé pour les services qu'il fournit lorsque les gens en ont besoin. Ils l'apprécient également pour ce qu'il représente relativement au respect, à l'attention et à l'engagement des Canadiens envers les autres. (Pour plus d'information sur le système de santé et sur son évolution, veuillez consulter la série de rapports complémentaires *Les soins de santé au Canada* sur le site de l'ICIS à www.icis.ca. Pour obtenir plus d'information sur la santé des Canadiens, veuillez vous référer à la série de rapports de Statistique Canada, *La santé de la population canadienne*, sur le site de Statistique Canada à www.statcan.ca.)

Chaque année, le système de soins de santé aide des milliers de personnes d'un bout à l'autre du pays, mais ce n'est en rien le seul facteur qui joue sur les tendances générales de santé. Les caractéristiques de santé et les maladies sont en grande partie une conséquence de la façon dont on apprend, vit et travaille dans les environnements sociaux, économiques, politiques et physiques. Tous les changements dans les déterminants de santé « en amont » peuvent avoir des effets à court et à long terme sur la santé et sur le fardeau de la maladie. Parallèlement, les solutions sociales et économiques ainsi que les revendications publiques et la volonté politique sont nécessaires afin de continuer à améliorer la santé et réduire les inégalités de santé.

Cette compréhension renforce le fait que les décisions prises à l'extérieur du système de santé peuvent avoir des conséquences profondes sur la santé, sur les inégalités de santé et, en bout de ligne, sur le système de santé. Celles-ci comprennent la façon de gérer l'économie et le choix de dépenser la richesse collective sur les programmes publics, tels que l'éducation, les soutiens sociaux et de revenu ainsi que les soins de santé. Bon nombre de ces choix sont effectués à l'extérieur du secteur de la santé, soit par les ministères des Finances, de l'Éducation, des Services sociaux, des Ressources humaines, de la Justice et du Logement, par exemple. Les choix des groupes communautaires, des écoles, des sociétés et d'autres organismes jouent également un rôle de premier plan.

Nous avons rédigé le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* à l'intention de toutes ces personnes et de tous ces organismes, dont bon nombre se concentrent généralement sur des résultats autres que cliniques. En tant que pays, nous poursuivons d'autres objectifs, c'est-à-dire la croissance économique et la sécurité, un environnement propre, la liberté, la paix, le bonheur et le bien-être général, pour n'en nommer que quelques-uns. Bien que la santé ne soit pas l'unique facteur de contribution, elle constitue une ressource essentielle pour atteindre ces objectifs. En outre, poser des gestes concrets vers ces objectifs et vers d'autres buts peut affecter la santé.

Par conséquent, le présent rapport s'adresse à tous ceux désireux de faire une différence en matière de santé... ou désireux de comprendre les conséquences potentielles sur la santé des gestes à visée divergente.

Pour en savoir davantage

- 1 R. ROMANOW. *Connecting the Dots: From Health Care and Illness to Well-Being*, présentation faite à l'occasion de la remise du International Foundations Public Service Award, Ottawa, le 8 mai 2003. <www.atkinsonfoundation.ca/pressroom/Document_1052404102648>.
- 2 TOWNSEND CENTRE FOR INTERNATIONAL POVERTY RESEARCH. *Health Inequalities*, University of Bristol, Bristol, 1999. <www.bris.ac.uk/poverty/health.htm>.
- 3 STATISTIQUE CANADA. *Canada en statistiques — Espérance de vie à la naissance*, Ottawa, Statistique Canada, 2000.
- 4 STATISTIQUE CANADA. *Décès*, 2001, Ottawa, 2003. <www.statcan.ca/francais/IPS/Data/84F0211XIF.htm>.
- 5 STATISTIQUE CANADA. *Auto-évaluation de l'état de santé*, Indicateurs de la santé, catalogue n° 82-221-XIF, 2002(2). <www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/01002/high/canada/cself_f.htm>.
- 6 STATISTIQUE CANADA. *Auto-évaluation de la santé, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus*, Canada, 2000-2001, Indicateurs de la santé, catalogue n° 82-221-XIF, 2002(1). <www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/01002/tables/pdf/1115.pdf>.
- 7 COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada — Rapport final*. Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Commissaire Roy J. Romanow, 2002.
- 8 INITIATIVE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION CANADIENNE. *Portrait des tendances de la santé de la population au Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
- 9 R. WILKINS, J.-M. BERTHELOT, E. NG. *Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996*, Rapports sur la santé — Supplément, Ottawa, Statistique Canada, catalogue n° 82-003, 2002, 13, 1-28.
- 10 STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001*, Fichier de Microdonnées à grande diffusion, analyse effectuée dans le cadre de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, 2003.
- 11 J. D. WILLMS. *La proportion d'enfants vulnérables*. Dans J. D. (Ed) Willms, *Vulnerable Children, Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*, Edmonton, University of Alberta Press, Hull, Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée, 2002.
- 12 SANTÉ CANADA. *Programme de la lutte au tabagisme, Tableaux supplémentaires, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, février à décembre 2002*. <www.hc-sc.gc.ca/hecs-secs/tabac/recherches/esutc/2002/annuel_supplementaires.html>.
- 13 L. DUXBURY, C. HIGGINS. *Le conflit entre le travail et la vie personnelle au Canada durant le nouveau millénaire : état de la question*, Ottawa, Santé Canada, 2003.
- 14 D. E. KOHEN, C. HERTZMAN, J. BROOKS-GUNN. *Les influences du quartier sur la maturité scolaire de l'enfant*, Hull, Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée, 1998.
- 15 C. HERTZMAN, S. A. MCLEAN, D. E. KOHEN, J. DUNN, T. EVANS. *Développement de la jeune enfance à Vancouver : Rapport du Community Asset Mapping Project*, Vancouver, Human Early Learning Partnership, 2003.
- 16 SANTÉ CANADA. *Les faits — La fumée secondaire*, 2002. <www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/faits/faits_sante/secondaire.html>.
- 17 SANTÉ CANADA. *Les faits*, 2002. <www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/faits/index.html>.
- 18 J. GILMORE. *Rapport sur l'usage de la cigarette au Canada de 1985 à 2001*, Ottawa, Statistique Canada, catalogue n° 82FOO77XIF -N° 01, 2002.

- 19 STATISTIQUE CANADA. *Statistiques sur les aliments 2002*, Statistique Canada, Division de l'agriculture, Agriculture et Agroalimentaire Canada, 2003, 2(2). <www.statcan.ca:80/francais/freepub/21-020-XIF/21-020-XIF02002.pdf>.
- 20 M. DESMEULES, L. TURNER, R. CHO. *Morbidity experiences and disability among Canadian women*. Dans M. Desmeules, D. Stewart, A. Kazanjian, H. Maclean, J. Payne et B. Vissandjée, (Eds). *Rapport de surveillance de la santé des femmes : une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes Canadiennes*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2003. <secure.cihi.ca/cihiweb/products/WHSR_Chap_9_e.pdf>.
- 21 COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services, 1996.
- 22 COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. *Pour un avenir en santé, deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 1999.

Chapitre



Le revenu



De meilleures conditions socio-économiques supposent un meilleur état de santé global. Cette association semble relativement simple : plus nous vivons dans le confort et l'aise, plus nous augmentons nos chances de vivre longtemps et en meilleure santé.

Le présent chapitre étudie le lien entre les conditions socio-économiques et l'état de santé. Bien qu'il existe un regroupement complexe de facteurs en cause, les recherches portant sur ce lien utilisent généralement le revenu comme indicateur des conditions socio-économiques.

La première partie du chapitre dresse un survol des conséquences du revenu sur la santé. La deuxième partie porte sur les définitions et les déterminants du faible revenu, les personnes à faible revenu ainsi que les tendances de la répartition du revenu. La dernière partie explore les données concernant certains des programmes et des politiques au Canada et dans d'autres secteurs de compétence qui cherchent à améliorer les conditions socio-économiques.

Les conséquences du revenu sur la santé

Bien des études menées au fil des ans présentent un lien entre le revenu et la santé, à l'aide de différentes mesures du revenu et de la santé. Par exemple, on a évalué le revenu en tant que caractéristique relative aux personnes, aux quartiers et aux pays. Les indicateurs de la mortalité (p. ex. l'espérance de vie et la mortalité infantile), de la morbidité (p. ex. le nombre de maladies et les jours d'invalidité) et de l'autoévaluation de l'état de santé ont tous servi à mesurer les résultats cliniques.

assujettie à une diminution du rendement et on assiste alors à un plafonnement à mesure que le revenu moyen augmente »³.

Au cours des 25 dernières années, le Canada, qui est un pays à revenu élevé, a connu une augmentation de l'espérance de vie ainsi que du revenu moyen dans tous les groupes de revenu. Les Canadiens à faible revenu tendent à être en moins bonne santé. Par exemple, une étude menée en 1988 au moyen des données de l'Enquête de santé Canada, indiquait que les hommes à faible revenu qui travaillaient avaient pratiquement deux fois plus de problèmes de santé et trois fois plus de jours d'incapacité par rapport aux hommes à revenu élevé⁴. Des années plus tard, en

Les habitants des pays à revenu élevé vivent habituellement plus longtemps et en meilleure santé que ceux vivant dans un pays à plus faible revenu.

Sur la scène internationale, le niveau de revenu d'une nation se rapporte largement au niveau de l'état de santé^{1,2,3}. Les habitants des pays à revenu élevé (les pays ayant un revenu moyen par habitant plus élevé) vivent habituellement plus longtemps et en meilleure santé que ceux vivant dans un pays à plus faible revenu².

Cette situation s'explique probablement par le fait qu'il faut un certain niveau de revenu pour acheter des aliments adéquats, se loger et obtenir d'autres

2000-2001, deux fois plus d'hommes et de femmes dans le groupe au revenu plus élevé ont qualifié leur état de santé d'excellent par rapport au groupe à faible revenu⁵.

Cette tendance est la même à l'échelle du quartier. En 2002, Statistique Canada a publié une étude portant sur les tendances relatives à l'état de santé et au revenu du quartier de 1971 à 1996⁶. Au cours de ces années, l'espérance de vie a augmenté dans tous les niveaux de revenu. Néanmoins, pour toutes

Les Canadiens à faible revenu tendent à être en moins bonne santé.

éléments essentiels pour assurer la santé et la sécurité³. Le niveau de revenu d'un pays peut traduire le caractère adéquat de ces éléments de base importants pour la santé. Au-delà d'un certain niveau de revenu, ces éléments de base seraient peut-être comblés et l'espérance de vie n'augmenterait pas aussi rapidement. C'est à vrai dire le cas lorsque « l'augmentation des prestations du revenu est

les années, l'espérance de vie des personnes habitant des quartiers au revenu plus élevé était supérieure à celle des personnes à faible revenu (voir les figures 1a et 1b).

Qu'est-ce qu'un quintile?

Un quintile sert à décrire un cinquième (20 %) de la répartition de la population. Un quintile d'un revenu représente donc 20 % de la répartition du revenu.

Dans l'étude de Statistique Canada apparaissant aux figures 1a, 1b, 2a et 2b, les quintiles de revenu représentent 20 % de la population classée par revenu. Le quintile 5 représente « le plus pauvre », le quintile 1 correspond au « plus riche ».

Figure 1a
Espérance de vie à la naissance des hommes, par quintile du revenu du quartier, milieu urbain au Canada, 1971 et 1996

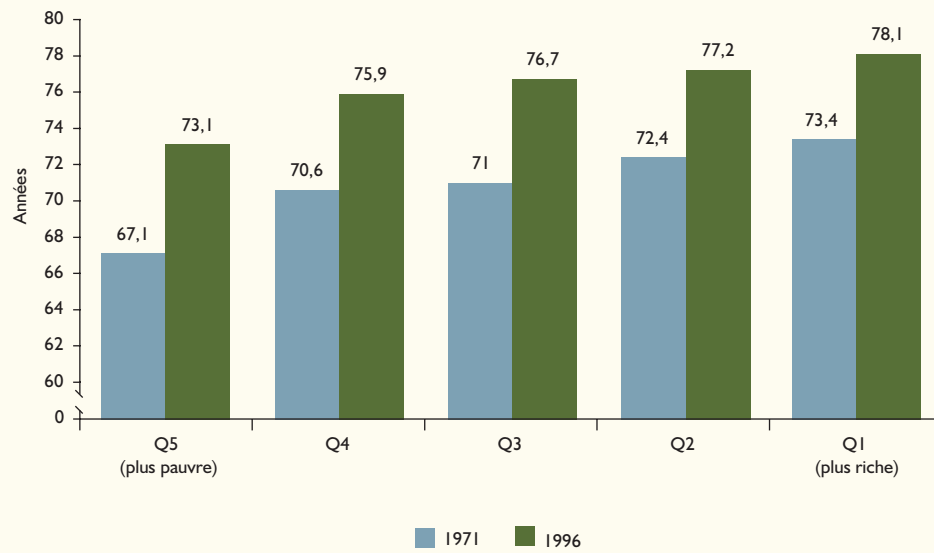
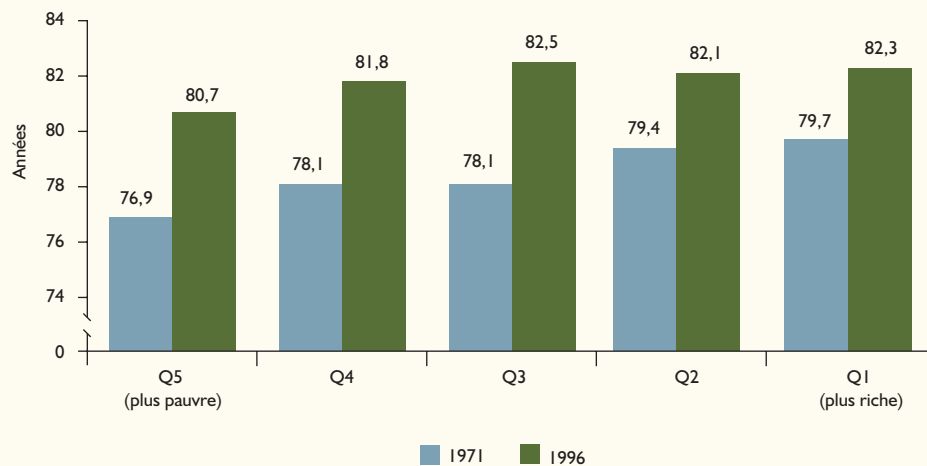


Figure 1b
Espérance de vie à la naissance des femmes, par quintile du revenu du quartier, milieu urbain au Canada, 1971 et 1996



Source : R. Wilkins, J.-M. Berthelot, E. Ng. *Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996*, Supplément aux Rapports sur la santé, n° de catalogue 82-003-XPF, 2002, 13, 1-28.

Les Canadiens dans le quintile urbain le plus pauvre ont dû attendre jusqu'en 1996 pour atteindre l'espérance de vie du quintile le plus riche il y a 25 ans.

Dans le même ordre d'idées, les taux de mortalité dans la plupart des causes de décès ont diminué dans tous les groupes de revenu du quartier. Toutefois, les quartiers ayant les revenus les moins élevés ont obtenu les taux de mortalité les plus élevés. Le taux de mortalité chez les hommes et les femmes victimes d'une cardiopathie ischémique est présenté aux figures 2a et 2b.

Les figures 1a et b et 2a et b indiquent également que les différences dans l'espérance de vie et les taux de mortalité entre les groupes de revenu des quartiers ont diminué lentement de 1971 à 1996. La plus importante diminution des écarts entre les groupes de revenu s'est produite dans les années 1970 et 1980 et depuis, les écarts n'ont pas changé de façon marquée. Dans le cas des chiffres sur l'espérance de vie chez les hommes et les femmes (figures 1a et 1b), nous constatons que les Canadiens dans le quintile urbain le plus pauvre ont dû attendre jusqu'en 1996 pour atteindre l'espérance de vie du quintile le plus riche il y a 25 ans⁶.

Même si ces résultats confirment que les gens dans les groupes à revenu inférieur semblent avoir un état de santé plus précaire, il est également évident que « l'état de santé de chaque catégorie de la population semble être meilleur que celui des catégories inférieures et plus précaire que celui des classes supérieures [...] les gens de classe moyenne peuvent vivre plus longtemps et en meilleure santé que les gens pauvres, selon toute attente, mais ils vivent également moins longtemps et en moins bonne santé que les gens riches »³. Ce lien, qui existe de façon constante dans des dizaines d'études menées au Canada et ailleurs réparties sur de nombreuses années, se nomme le « gradient » de la santé.

Interprétation du gradient de la santé

Une importante enquête britannique, les études Whitehall, a prouvé que les gradients existent même chez les populations ayant un revenu adéquat et un emploi sécuritaire. Les personnes occupant un niveau plus élevé dans « l'ordre hiérarchique » de la fonction

publique étaient en meilleure santé⁷. Ces études présentent « certaines des preuves les plus solides d'un gradient de la santé », car l'étude est échelonnée sur plusieurs années³.

Les études Whitehall ont examiné les décès à la suite d'une maladie coronarienne par niveau de profession chez les fonctionnaires. Elles ont constaté que plus le niveau professionnel est élevé, plus le taux de mortalité est faible⁸. Les facteurs de risques habituels des maladies cardiaques — pression artérielle, tabagisme, cholestérol et autres — expliquaient bien peu les écarts entre les groupes professionnels. Toutefois, les facteurs rattachés au poste dans la hiérarchie professionnelle, dont le stress, le contrôle du travail et les habiletés d'adaptation, étaient importants.

Parmi les autres tentatives visant à expliquer le gradient de la santé, on a étudié si l'inégalité du revenu (soit l'écart entre les groupes à revenu plus élevé et moins élevé) est déterminante pour l'état de santé, et ce, au-delà de la contribution du revenu de chaque personne. On avance la théorie suivante : dans les pays riches ayant un nombre relativement peu élevé de gens à très faible revenu, il pourrait s'agir du niveau d'inégalité du revenu du pays qui contribue à l'état de santé plus précaire⁹. Certaines études publiées à ce jour appuient cette théorie même si les résultats ne sont pas uniformes entre les pays ou à différents paliers dans un pays : état, province, ville et quartier⁹.

Par exemple, une étude a examiné le rapport entre l'inégalité du revenu et l'état de santé dans un grand nombre de villes dans cinq pays, soit aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada, en Australie et en Suède⁹. Dans toutes les villes, les chercheurs ont constaté que l'inégalité du revenu plus élevée était rattachée à un état de santé plus précaire. Lorsque les villes ont été groupées par pays, toutefois, seulement les deux pays ayant l'inégalité du revenu la plus élevée, soit les États-Unis et le Royaume-Uni, affichaient ce rapport.

Les études ont constaté que plus le niveau professionnel est élevé, plus le taux de mortalité est faible. Les facteurs rattachés au poste dans la hiérarchie professionnelle, dont le stress, le contrôle du travail et les habiletés d'adaptation, étaient importants.

Figure 2a
Cardiopathie ischémique, taux de mortalité normalisé selon l'âge des hommes, par quintile du revenu du quartier, milieu urbain au Canada, de 1971 à 1996

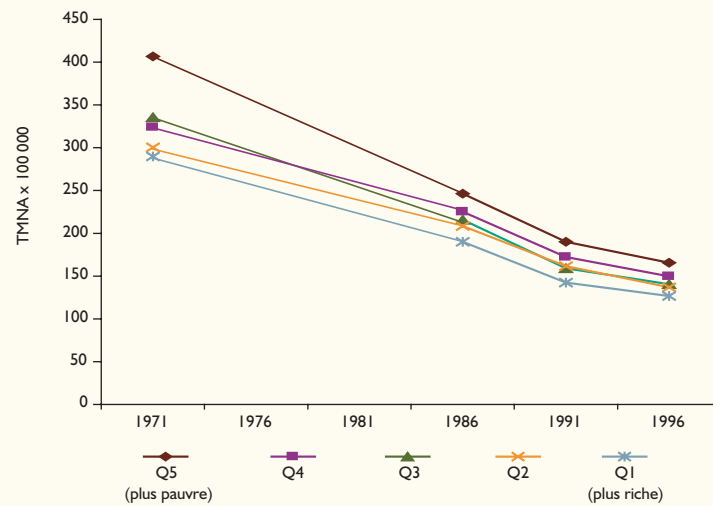
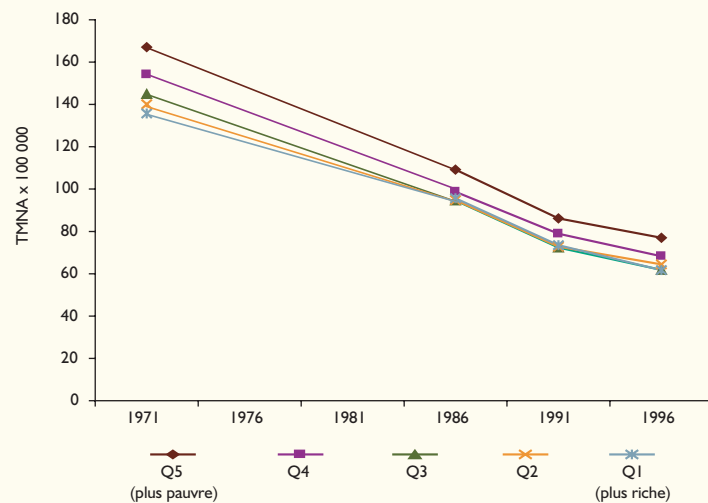


Figure 2b
Cardiopathie ischémique, taux de mortalité normalisé selon l'âge des femmes, par quintile du revenu du quartier, milieu urbain au Canada, de 1971 à 1996



Source : R. Wilkins, J.-M. Berthelot, E. Ng. *Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996*, Supplément aux Rapports sur la santé, 2002, 13, 1-28.

Les différences dans l'espérance de vie entre les groupes de revenu des quartiers ont diminué lentement de 1971 à 1996.

Dans un autre exemple, une étude s'est penchée sur le revenu, l'inégalité du revenu des quartiers et l'état de santé dans la ville de Toronto¹⁰. Un faible revenu et l'inégalité des revenus ont été associés à certaines mesures de l'état de santé (p. ex. la perception de son propre état de santé), mais non à d'autres facteurs

En résumé, d'après les études sur l'interprétation du gradient de la santé, il semblerait que le revenu joue un rôle important sur la santé. L'étude de Statistique Canada mentionnée précédemment, ainsi que la présence constante d'un gradient de la santé au Canada dans le cadre de nombreuses mesures sur

Le fait qu'il existe un rapport entre l'inégalité du revenu et l'état de santé dans certaines villes et nations et non dans d'autres peut être attribuable à d'autres circonstances différentes dans un pays.

(p. ex. le nombre déclaré de problèmes chroniques). Le faible revenu d'une personne était « préjudiciable à la santé » peu importe le niveau de revenu du quartier¹⁰. Cette étude a conclu que les personnes à faible revenu vivant dans un quartier à faible revenu pourraient être « victimes non seulement de l'incidence du faible revenu individuel, mais également de l'effet du faible revenu du quartier »¹⁰.

Le fait qu'il existe un rapport entre l'inégalité du revenu et l'état de santé dans certaines villes et nations et non dans d'autres peut être attribuable à d'autres circonstances différentes dans un pays. Une théorie porte sur les différences entre les pays concernant les biens et les services publics, tels que les soins de santé, l'éducation, les services sociaux, l'emploi et le soutien du revenu^{3, 8, 11}. « Il se pourrait que l'effet de l'inégalité du revenu sur la santé ne

la santé, confirment cette hypothèse. Sur la scène internationale, les chercheurs indiquent que l'on peut interpréter le rapport qui existe entre le revenu et la santé selon deux grandes catégories¹⁴ :

1. Les gens ayant de *très faibles* revenus sont démunis. En tout temps, leur revenu peut être insuffisant pour se procurer les biens essentiels (p. ex. la nourriture et le logement).
2. Les gens ayant des niveaux de revenu *relativement* moins élevés peuvent voir leur participation sociale restreinte et les occasions d'exercer un contrôle sur leur vie réduites.

D'après les études sur l'interprétation du gradient de la santé, il semblerait que le revenu joue un rôle important sur la santé.

soit pas automatique, mais qu'il varie selon les dispositions des institutions et de la société qui permettent d'amortir l'effet de l'inégalité des revenus sur la santé ».¹¹ La deuxième théorie repose sur le fait qu'à des niveaux de revenu relativement moins élevés, les gens sont victimes « d'exclusion »¹². Cette dernière, perçue et réelle, peut être attribuable à l'écart économique et social créé par les inégalités du revenu ou le chômage¹³. Les gens peuvent ne pas avoir l'occasion ni les moyens de participer activement et de façon valorisante au mieux-être de la société.

Messages clés :

- On note une amélioration de l'état de santé global dans tous les groupes de revenu au Canada.
- L'état de santé est plus précaire chez les gens à faible revenu.
- L'état de santé s'améliore à mesure que les niveaux de revenu augmentent.

Les personnes à faible revenu au Canada

Pour comprendre qui peut être à risque d'avoir un état de santé plus précaire, il est important de comprendre l'ensemble des tendances du revenu au Canada. Les Canadiens reçoivent un revenu de leur emploi, d'un travail autonome, d'investissements, d'une pension privée (on parle de revenu « de marché ») et d'une pension publique, de l'assurance-emploi, de l'aide sociale, de crédits d'impôt, etc. (on parle de revenu de « transfert »).

Tendances du faible revenu

Les niveaux de faible revenu au Canada ont diminué chaque année au cours des cinq dernières années. Moins de 8 % des familles comptant deux personnes ou plus avaient un faible revenu en 2001, et le taux était tout juste au-dessous de la barre des 11 % en 1996, selon la mesure du seuil de faible revenu après impôt (SFR) (voir la définition de faible revenu)¹⁷. Dans le même ordre d'idées, 32 % des familles monoparentales privées du père avaient un faible revenu en 2001, un tiers de moins que cinq ans auparavant.

Pour comprendre qui peut être à risque d'avoir un état de santé plus précaire, il est important de comprendre l'ensemble des tendances du revenu au Canada.

Définition de faible revenu
voir page 44

Différents ménages reçoivent différents pourcentages du revenu de marché et de transfert. En règle générale, les ménages à plus faible revenu comptent davantage sur les revenus de transfert comparativement aux groupes à revenu plus élevé¹⁵.

Tendances du revenu d'emploi

Le revenu d'emploi moyen des Canadiens s'élevait à 31 757 \$ en 2000, ce qui représente une augmentation globale (en dollars constants) de presque 9 % depuis 1980¹⁶. Même si l'augmentation moyenne du revenu est modeste, le nombre de personnes dont les tranches de revenu sont les plus élevées (celles gagnant plus de 80 000 \$ par année) est monté en flèche au cours des années 1990, soit de 69 %.

Les Canadiens plus âgés ayant un niveau de scolarité plus élevé et une plus grande expérience de travail ont connu la plus importante augmentation de revenu. Les salariés de moins de 40 ans n'ont pas connu d'augmentation de revenu moyen au cours des deux dernières décennies. Dans certains cas, leur revenu a même diminué et occupe la partie inférieure des revenus par rapport aux groupes de personnes plus âgées et plus expérimentées¹⁶.

Les niveaux de faible revenu pour les enfants vivant dans une famille à faible revenu ont chuté tous les ans depuis 1996, et le niveau est maintenant le moins élevé depuis 1980. La figure 3 présente le nombre et le pourcentage d'enfants vivant dans une famille à faible revenu d'après le seuil de faible revenu avant impôt.

De bas salaires peuvent contribuer à un faible revenu. La valeur du salaire minimum moyen au Canada a diminué de plus de 20 % après le rajustement pour l'inflation depuis le milieu des années 1970. Le travail à temps plein pour un bas salaire ou un salaire minimum ne suffit pas toujours à dépasser la barre du niveau de faible revenu¹⁸. Les familles et les ménages monoparentaux sont plus susceptibles d'avoir un faible revenu, car ils dépendent du revenu d'une seule personne.

L'éclatement de la famille a des conséquences particulières sur les femmes et les enfants. Les femmes qui deviennent parent seul d'une année à l'autre sont les plus susceptibles parmi tous les groupes d'avoir un faible revenu cette année-là. Une étude a constaté que 47 % des femmes ayant des enfants, qui étaient mariées une année et sont

Les salariés de moins de 40 ans n'ont pas connu d'augmentation de revenu moyen au cours des deux dernières décennies.

devenues parent seul l'année suivante, ont eu un faible revenu cette année-là¹⁹. Cette situation est attribuable en partie à l'insuffisance de la pension alimentaire versée par le père absent²⁰.

Malgré la progression du taux global du faible revenu, le revenu moyen des familles à faible revenu est toujours des milliers de dollars sous le SFR. Par exemple, en 2000, le revenu moyen des familles biparentales à faible revenu se situait à plus de 10 000 \$ sous la barre du faible revenu et cet écart a augmenté de 6 % au cours des années 1990²¹.

Les personnes à faible revenu ne sont pas les mêmes d'un mois à l'autre ni d'une année à l'autre. Une étude a souligné que, de 1993 à 1998, 8 % des

obtenaient un taux nettement plus élevé de pauvreté constante : les célibataires âgés de 45 à 59 ans, les familles monoparentales ayant au moins un enfant de moins de 18 ans, les récents immigrants, les gens souffrant d'une incapacité à long terme et les Autochtones à l'extérieur d'une réserve.

Tendances de la répartition du revenu

Comme il a été soulevé précédemment, certains spécialistes indiquent que l'inégalité relative à la répartition du revenu dans un pays a des conséquences sur la santé. La figure 4 montre que cette inégalité dans la répartition du revenu

Les femmes qui deviennent parent seul d'une année à l'autre sont les plus susceptibles parmi tous les groupes d'avoir un faible revenu cette année-là.

Canadiens âgés de 16 à 59 ans vivaient toujours dans un ménage à faible revenu²². Cette étude a également noté que certains groupes de la population

au Canada (mesurée selon le coefficient de Gini) s'est accentuée entre 1980 et 2001. L'inégalité du revenu de marché a enregistré l'augmentation

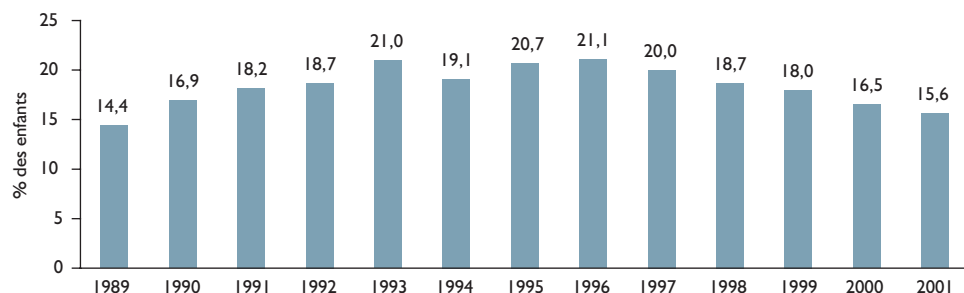
Qu'est-ce que le coefficient de Gini?

Le coefficient de Gini est un nombre entre zéro et un qui mesure l'inégalité. Plus la valeur du

coefficient est élevée, plus le degré de l'inégalité est élevé.

Figure 3

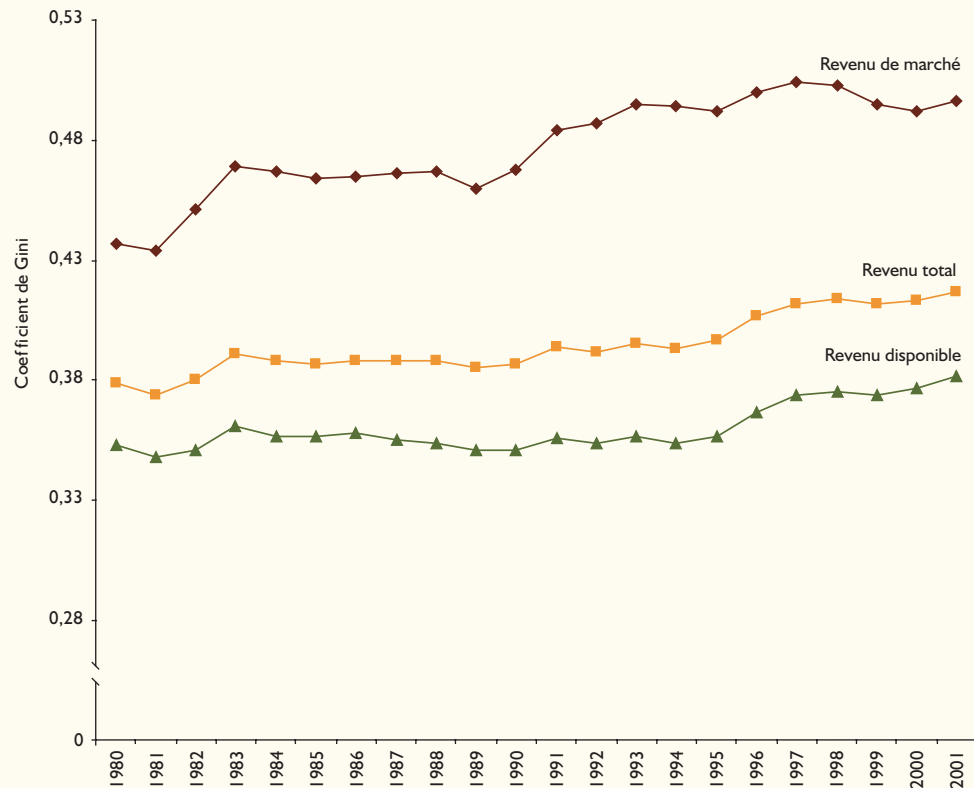
Enfants de 0 à 18 ans dans des familles à faible revenu (SFR avant impôt, de 1989 à 2001)



Source : Statistique Canada. Personnes à faible revenu avant et après impôt, présentant le taux et le nombre, annuel. Tableau CANSIM 202-0802, 2003.

Le pourcentage d'enfants vivant dans une famille à faible revenu a chuté tous les ans depuis 1996.

Figure 4
Inégalité du
revenu au
Canada, de
1980 à 2001



Le revenu de **marché** est le revenu provenant d'un emploi, d'un travail autonome et des investissements.

Le revenu **total** correspond au revenu de marché et des transferts du gouvernement.

Le revenu **disponible** est le revenu total après impôt.

Source : Statistique Canada. Coefficients de Gini du revenu de marché, du revenu total et du revenu après impôt selon certains types de famille économique, annuel. CANSIM Tableau 202-0705, 2003.

Depuis 1994, l'inégalité du revenu total et du revenu disponible accuse une hausse plus importante que l'inégalité du revenu de marché.

la plus marquée (revenu provenant de l'emploi et des investissements), mais on note également une augmentation de l'inégalité du revenu total (le revenu de marché ainsi que les transferts du gouvernement) et de l'inégalité du revenu « disponible » (revenu total après impôt).

L'inégalité du revenu disponible est demeurée relativement stable de 1980 à 1994; puis elle a commencé à s'accroître. L'inégalité du revenu total et du revenu disponible s'est accentuée plus rapidement depuis 1994 que l'inégalité du revenu de marché.

L'augmentation récente de l'inégalité du revenu disponible mesurée par le coefficient de Gini est également apparente lorsque l'on examine les tendances de la répartition du revenu des ménages¹⁷. De 1993 à 2001, le revenu moyen (après avoir tenu compte des transferts et après impôt) de 20 % des familles dont le taux est le plus élevé a augmenté de 21 900 \$, soit une progression de 24 % par rapport à 1993. La hausse du revenu moyen du quintile le moins élevé, cependant, a été plus modeste : 1 800 \$ ou un peu moins de 10 % depuis 1993. Les trois quintiles moyens ont connu une augmentation de 13 à 15 % du revenu moyen après impôt. L'écart en dollars entre le quintile le plus élevé et le moins élevé est passé de 72 800 \$ en 1993 à 92 900 \$ en 2001, une augmentation de 28 %.

Messages clés :

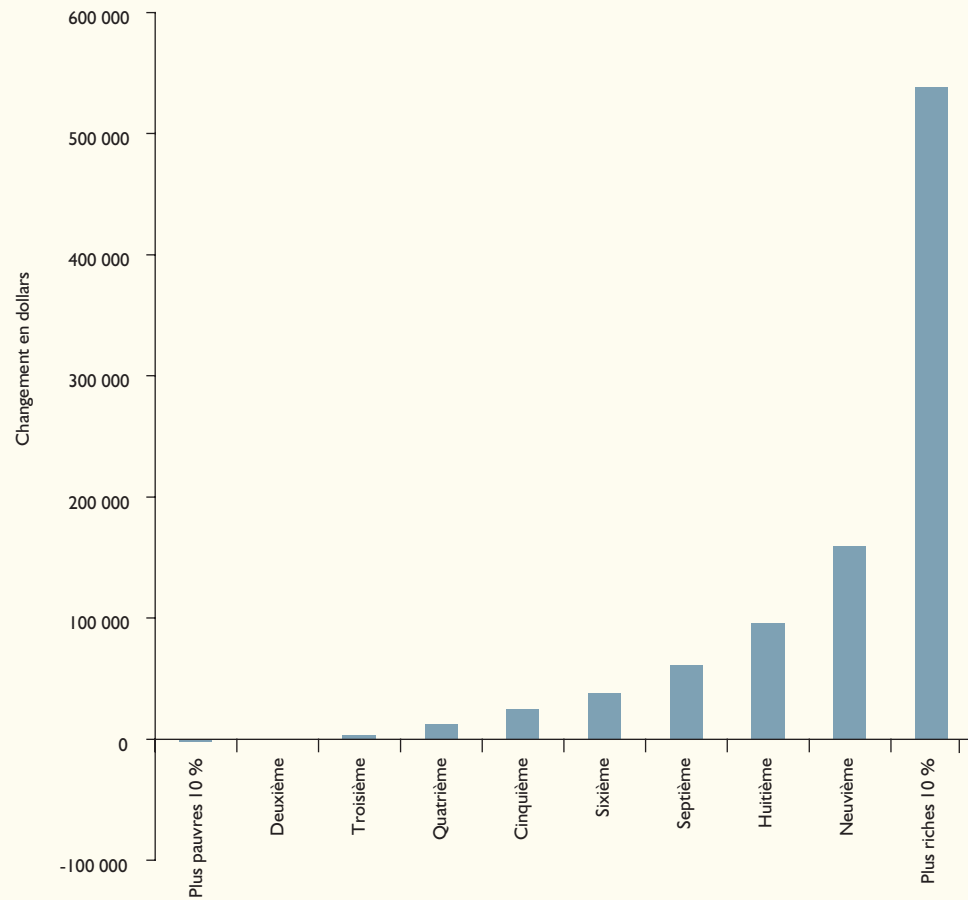
- Le revenu des Canadiens augmente en moyenne, mais pas pour tous.
- Le taux de faible revenu diminue, mais les gens faisant partie du groupe à plus faible revenu sont toujours très pauvres par rapport au reste des Canadiens.
- L'inégalité du revenu disponible était relativement stable jusqu'en 1994, mais elle s'est accentuée plus rapidement que l'inégalité du revenu de marché de 1994 à 2001.
- Dans le cas de l'ensemble de la richesse au cours des 30 dernières années, les riches se sont enrichis et les pauvres se sont appauvris.

Selon une étude menée en 2000, l'inégalité du revenu des quartiers s'accroît également. Elle a examiné huit villes canadiennes de 1980 à 1995 en tenant compte du revenu total avant impôt²³. L'inégalité du revenu a augmenté dans toutes les villes à l'étude, ce qui reflète une diminution du revenu moyen dans les quartiers à faible revenu et une progression du revenu moyen dans les quartiers à revenu élevé. Dans le même ordre d'idées, à l'aide d'une mesure de ségrégation de l'inégalité du revenu, une autre étude a indiqué que, de 1991 à 1996, la ségrégation des ménages à faible revenu a augmenté dans 5 différentes mesures dans 15 des 39 plus grandes villes canadiennes⁹.

Le revenu actuel peut être insuffisant pour indiquer la capacité économique, car un même revenu actuel peut avoir différentes incidences sur des personnes ayant différents niveaux de richesse. La richesse correspond à *l'avoir net* et est calculée en soustrayant le montant total des dettes du montant total de l'avoir. Plus le niveau de richesse est bas, moins les ressources sont disponibles pour faire face à une perte d'emploi, à une incapacité à long terme, à un éclatement de la famille ou à d'autres crises.

Au cours des 30 dernières années, les 10 % des ménages canadiens les plus riches ont accru leur avoir net de plus d'un demi-million de dollars. Les 10 % les plus pauvres ont accusé une réduction de leur avoir net, c'est-à-dire que leur niveau de richesse a diminué. La figure 5 présente les tendances relatives aux changements en dollars dans la richesse moyenne pour 10 groupes de revenu d'après une analyse de l'Enquête sur la sécurité financière de 1999 de Statistique Canada. La répartition de la richesse est plus inégale que la répartition du revenu.

Figure 5
Le riche s'est enrichi et le pauvre s'est appauvri
 (Changement en dollars dans la richesse moyenne, par décile, de 1970 à 1999)



Source : S. Kerstetter. *Rags and Riches: Wealth Inequality in Canada*, Ottawa, Centre canadien de politiques alternatives, 2002.

La répartition de la richesse est plus inégale que la répartition du revenu.

Politiques et programmes

Plusieurs politiques et programmes contribuent à réduire le niveau de faible revenu, à atténuer l'inégalité du revenu et à offrir un soutien aux gens à faible revenu²⁴. En voici des exemples :

1. Les programmes qui permettent de prévenir et de réduire le faible revenu et l'inégalité du revenu. Il s'agit notamment des programmes de transferts d'argent, des dispositions réglementaires ainsi que des politiques de l'impôt sur le revenu :
 - a. Les prestations pour les aînés (p. ex. les pensions);
 - b. Les prestations pour les enfants et les familles (p. ex. soutien au revenu);
 - c. Les programmes d'aide sociale;
 - d. La pension proportionnelle aux revenus : invalidité, congé de maternité/parental, maladie, accidents et prestations d'assurance-emploi;
 - e. Les dispositions réglementaires relatives au salaire minimum;
 - f. Les dispositions relatives au soutien d'un enfant.
2. Les programmes qui apportent un appui aux gens qui ont déjà un faible revenu afin de promouvoir activement, de créer ou d'assurer leur indépendance, dont :
 - a. L'emploi et l'autosuffisance (p. ex. perfectionnement professionnel);
 - b. Le développement économique communautaire;
 - c. Les soins éducatifs à la petite enfance;
 - d. Le soutien en matière de nutrition prénatale;
 - e. Les visites à domicile et du personnel infirmier;
 - f. Le soutien offert aux nourrissons et aux enfants d'âge préscolaire et scolaire.

D'autres politiques et programmes peuvent également contribuer à réduire le faible revenu et l'inégalité du revenu. Il s'agit entre autres des programmes publics universels, dont l'assurance-

santé et l'éducation publique. Grâce à ces services financés par l'État, le montant provenant du revenu privé pour obtenir ces services est grandement réduit.

Les retombées économiques des programmes d'impôt et de transfert du revenu sont discutées en accordant une attention particulière aux programmes de soutien au revenu pour les aînés ainsi que pour les enfants et les familles. Dans l'ensemble, on n'a pas fait d'études sur les programmes qui favorisent la réduction du faible revenu afin de connaître leur rôle sur la santé, bénéfique ou non. L'absence de preuves ne veut pas dire l'absence d'effet, mais l'effet n'est pas connu car il n'a pas été étudié.

Les programmes d'emploi communautaire visant les populations à faible revenu sont cités à titre d'exemple de programmes qui offrent un soutien et favorisent l'indépendance des personnes déjà à faible revenu. Les programmes étudiés ont permis de mesurer certains effets sur la santé.

Le chapitre 3 porte sur les politiques concernant les congés de maternité/parentaux et les programmes communautaires orientés vers certains résultats concernant les familles à faible revenu ayant des enfants.

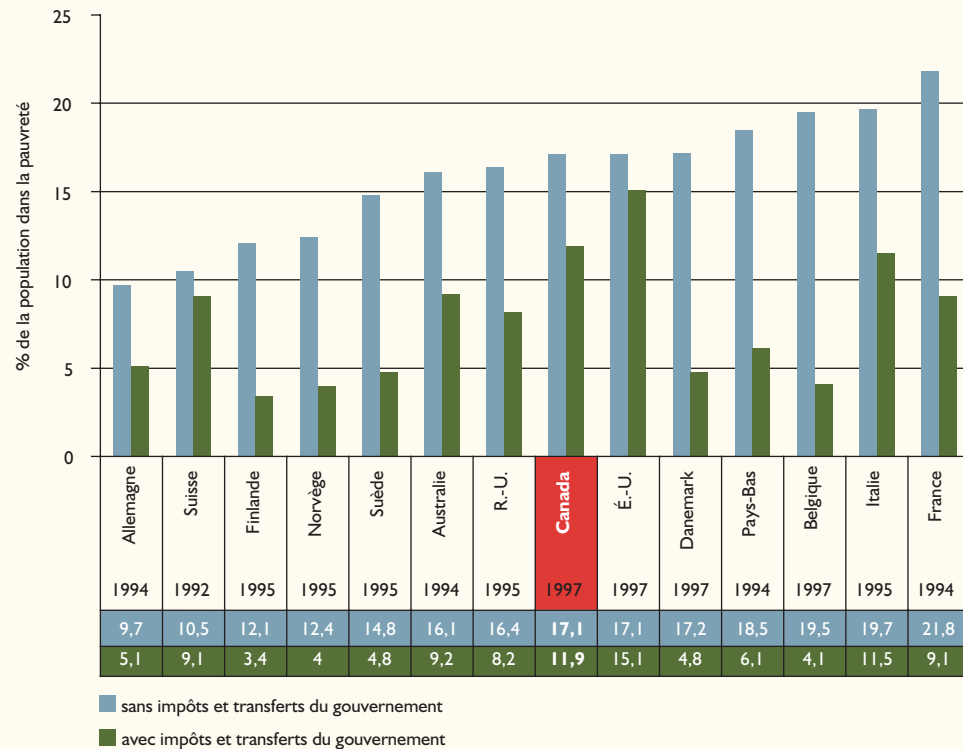
Les programmes qui permettent de prévenir et de réduire le faible revenu

Même si divers facteurs ont des conséquences sur les taux de faible revenu, le rôle du gouvernement est l'un des plus importants, en particulier du point de vue des politiques d'intérêt public. Cela comprend les effets des impôts et des transferts visant à redistribuer le revenu²⁵.

L'impôt et les transferts peuvent réduire de beaucoup le faible revenu. Comme en fait foi la figure 6, tous les pays ont des taux réduits de faible revenu une fois les impôts déduits et les transferts ajoutés au revenu des ménages. Le taux du Canada est réduit de 30 %, tandis que celui de la Belgique est réduit de presque 80 %.

Divers facteurs ont des conséquences sur les taux de faible revenu, y compris les impôts et les transferts visant à redistribuer le revenu.

Figure 6
La pauvreté avec et sans impôts et transferts du gouvernement, le Canada par rapport à d'autres pays, de la moitié jusqu'à la fin des années 1990



Source : S. Moller, D. Bradley, E. Huber, F. Nielson et J. Stephens. *The State and Poverty Alleviation in Advanced Capitalist Democracies*, Chapel Hill, Department of Sociology, University of North Carolina, 2001.

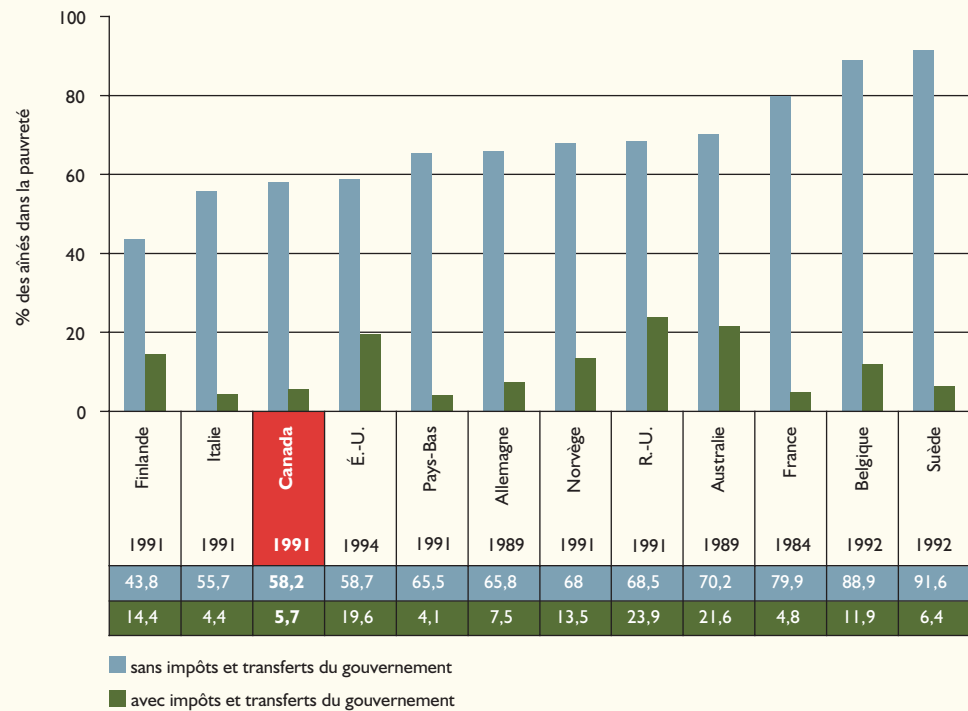
L'impôt et les transferts
peuvent réduire de beaucoup
le faible revenu.

Réduction avec succès du taux des aînés à faible revenu

L'impôt et les transferts ont un effet considérable sur le faible revenu chez les aînés dans plusieurs pays (voir la figure 7). D'après le revenu de marché seulement, le taux de faible revenu chez les aînés allait de 44 % (en Finlande) à 92 % (en Suède) au milieu des années 1990. Le rôle de l'impôt et des transferts sur le taux de faible revenu est marqué — abaissant le taux de 4 à 24 %. Le Canada s'est classé quatrième au chapitre du pourcentage des aînés ayant un faible revenu après avoir tenu compte de l'aide gouvernementale, à 6 %. Les programmes gouvernementaux ont permis de réduire le faible revenu de 65 % au R.-U. et de 94 % en France. Les programmes pour les aînés au Canada ont permis de réduire le faible revenu de 90 %.

Les progrès réalisés pour contrer le faible revenu chez les aînés représentent un exemple de réussite de la lutte contre la pauvreté au Canada. Sans programmes sur le revenu du gouvernement, dont la Sécurité de la vieillesse, le Supplément de revenu garanti et ses composantes provinciales ainsi que les régimes de pensions du Canada et du Québec, 58 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus seraient pauvres. Grâce aux pensions gouvernementales, seulement 6 % des aînés ont un faible revenu.

Figure 7
Les aînés vivant dans la pauvreté, avec et sans impôts et transferts du gouvernement, le Canada par rapport à d'autres pays, début des années 1990



Source : T. Smeeding, *Financial Poverty in Developed Countries: The Evidence from the Luxembourg Income Survey. Final Report to the UNDP* (Working Paper no. 155.), Syracuse, New York, Maxwell School of Citizenship and Public Affairs, Syracuse University, 1997.

Les progrès réalisés pour contrer le faible revenu chez les aînés représentent un exemple de réussite de la lutte contre la pauvreté au Canada.

Prestations pour enfants, allocations familiales, impôts et transferts

Si le revenu gagné représentait la seule source de revenu, le taux de faible revenu serait nettement supérieur chez les familles ayant des enfants, comme l'indique la figure 8 qui présente des données du milieu des années 1990. Cette figure montre les effets considérables des choix politiques. Certains pays se sont engagés à recourir aux allocations familiales ou à d'autres impôts et transferts pour lutter contre le faible revenu chez les enfants et leur famille. La capacité de réduire le taux des familles à faible revenu est impressionnante lorsque les prestations pour enfants sont généreuses. La France et la Suède affichent un taux de faible revenu chez les enfants pratiquement identique à celui du Canada lorsque l'on tient compte seulement des revenus de marché.

également vers les crédits d'impôt. Le crédit d'impôt pour les familles qui travaillent au Royaume-Uni les incite à aller travailler en réduisant leur impôt ainsi que d'autres coûts, tels que les frais de garde d'enfants. Le crédit d'impôt s'appliquera à toutes les personnes à faible revenu en 2003, qu'elles aient des enfants ou non.

L'importance des prestations pour enfants est manifeste lorsque l'on examine la situation des familles monoparentales. Le tableau 1 indique que le taux de faible revenu et le risque d'avoir un faible revenu est plus élevé partout chez les enfants qui vivent avec un seul parent. Toutefois, le fait de vivre avec un seul parent ne suffit pas en soi à expliquer le taux de faible revenu chez les enfants. De même, le taux de familles monoparentales d'un pays ne correspond pas nécessairement à des taux de faible revenu. La Suède compte le taux le plus élevé de

La Suède compte le taux le plus élevé de familles monoparentales et le taux le moins élevé de faible revenu chez les familles monoparentales.

Après l'application de tous les impôts et transferts, toutefois, le taux est réduit de beaucoup dans les deux pays à un niveau nettement moindre qu'au Canada. Les États-Unis affichent également un taux de faible revenu similaire à celui du Canada, mais ne présentent pas la même diminution en incluant les impôts et les transferts gouvernementaux.

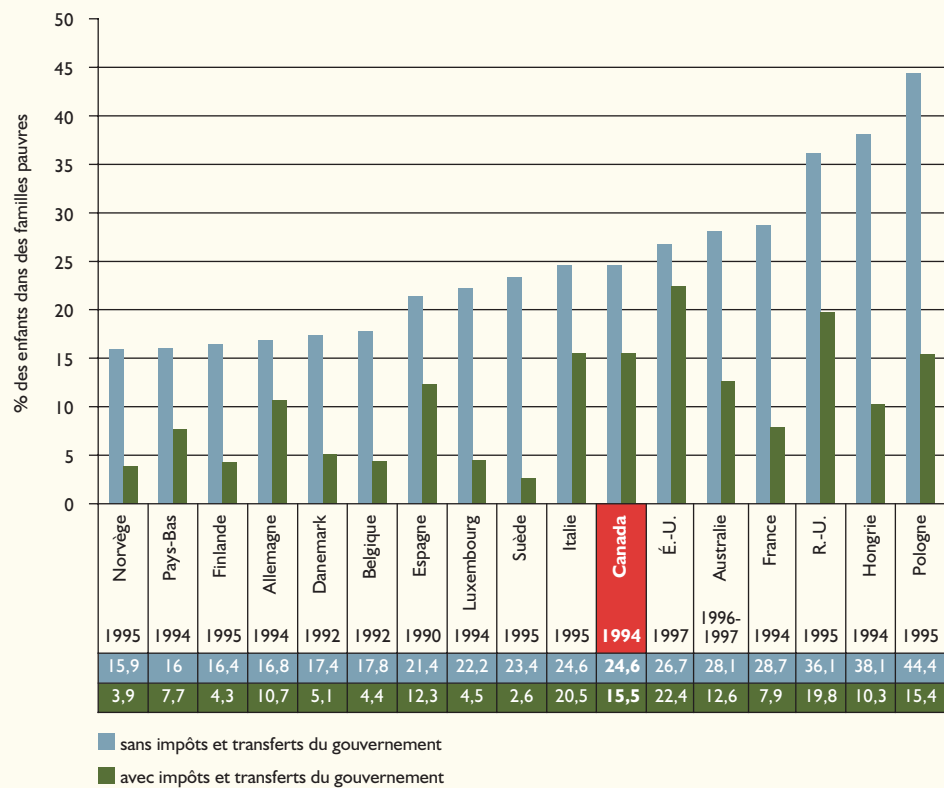
Presque tous les pays d'Europe versent de généreuses allocations familiales universelles, qui sont habituellement ajustées pour le nombre d'enfants et parfois leur âge. Bien des programmes existent depuis des décennies. D'autres pays se tournent

familles monoparentales et le taux le moins élevé de faible revenu chez les familles monoparentales. En France, le taux de faible revenu pour les enfants dans des familles monoparentales correspond environ à la moitié de celui du Royaume-Uni, du Canada, de l'Allemagne et des États-Unis. Vivre avec un seul parent au Canada, en Allemagne et aux États-Unis est susceptible d'indiquer que l'enfant vit dans une famille à faible revenu. Compte tenu de ces observations, plusieurs pays versent des prestations spéciales ou une somme plus élevée d'allocations familiales aux familles monoparentales²⁶.

Tableau 1 Tendances relatives au faible revenu chez les familles monoparentales (pays donnés, années données, renseignements de l'étude du revenu au Luxembourg)	Part de tous les enfants dans des familles monoparentales (%)	Taux de faible revenu Revenu inférieur à 50 % de la médiane nationale	
		Familles monoparentales (%)	Autres familles (%)
Pays-bas	7,4	23,6	6,5
France	7,7	26,1	6,4
Allemagne	9,8	51,2	6,2
Canada	12,2	51,6	10,4
États-Unis	16,6	55,4	15,8
Royaume-Uni	20,0	45,6	13,3
Suède	21,3	6,7	1,5

Source : Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF. *A League Table of Child Poverty in Rich Nations*, Innocenti Report Card No. 1, Florence, 2000, page 15. <www.unicef-icdc.org>.

Figure 8
 Pauvreté chez les enfants avec et sans impôts et transferts du gouvernement, le Canada par rapport à d'autres pays, milieu des années 1990



Source : Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF. *A League Table of Child Poverty in Rich Nations*, Innocenti Report Card No. 1, Florence, 2000, page 15. <www.unicef-icdc.org>.

Les choix politiques ont des effets considérables.

Deux rapports de 2003 examinent le programme national de prestations pour enfants du Canada. En juillet 2003, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des services sociaux ont

revenu (en raison de la générosité du revenu garanti). Ces expériences étant axées sur les effets des efforts consacrés à la recherche d'un emploi, la santé n'a pas fait l'objet d'une surveillance approfondie.

Les prestations pour enfants réduisent le faible revenu au Canada.

publié leur quatrième rapport sur la capacité du programme à réduire l'incidence et l'ampleur du faible revenu chez les familles ayant des enfants²⁷. Un mois plus tôt, l'Institut de recherche en politiques publiques a diffusé un rapport de recherche sur la politique familiale qui renferme une analyse des prestations pour enfants au Canada²⁸. Ces deux rapports indiquent que les prestations pour enfants au Canada permettent de réduire l'incidence et l'ampleur du faible revenu au pays. Cependant, le rapport de l'Institut est quelque peu critique; il affirme que l'incidence des prestations (soit l'ampleur des réductions) a été faible.

Sans interventions fiscales du gouvernement et sans programmes de transferts, les familles monoparentales seraient plus susceptibles d'avoir un faible revenu. Les impôts et les transferts peuvent nettement réduire cette probabilité.

Les programmes qui offrent un appui et favorisent l'indépendance

Programmes communautaires d'aide à l'emploi

Certains programmes de démonstration visant à améliorer les perspectives d'emploi ainsi que le revenu des parents recevant des prestations d'aide sociale ont affiché des résultats positifs. Les exemples qui suivent en font foi.

Au cours des années 1970, plusieurs expériences contrôlées sur le revenu garanti aux États-Unis et au Manitoba ont démontré que divers niveaux de revenu garanti ont différentes incidences sur l'emploi (certains permettant d'accroître les efforts pour obtenir un emploi, certains ayant l'effet contraire). Ils ont permis par contre de réduire le taux de faible

Cependant, on a relevé le poids des bébés à la naissance dans le cadre d'une expérience menée à Gary, en Indiana, qui a augmenté le revenu des familles ayant des enfants au seuil de pauvreté. On a noté que l'augmentation du revenu familial a permis d'accroître de 0,3 à 1,2 livre le poids à la naissance des bébés vivant dans des familles appartenant à un groupe d'aide au revenu. Cette situation est probablement attribuable à une amélioration du régime alimentaire des mères²⁹.

Plus récemment, on a mis à l'essai, au Canada et au Minnesota, deux méthodes ayant recours à des mesures incitatives pour augmenter le niveau de revenu. Il s'agit là de différentes approches d'encouragement à l'autonomie³⁰.

Au Canada, la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick ont été le site de deux projets pilotes sur l'autonomie. On a eu recours à des mesures de contrôle aléatoires visant à déterminer les effets d'aide au revenu pour permettre aux parents seuls de ne plus recourir à l'aide au revenu. Ces projets consistaient à accroître le salaire des parents seuls qui bénéficiaient d'une aide au revenu à long terme ou bien avaient fait une demande récemment afin de recevoir une aide au revenu^{31, 32}. Une aide au revenu mensuel a été ajoutée au revenu d'emploi, et ce, jusqu'à trois ans lorsque la personne travaillait à temps plein et n'avait plus recours à l'aide au revenu. Dans les deux groupes d'étude, le projet sur l'autonomie a permis d'accroître grandement l'emploi à temps plein, le salaire et le revenu d'emploi et de réduire la pauvreté et l'aide au revenu.

Une expérience menée en Indiana a prouvé que la hausse du revenu familial a donné lieu à l'augmentation du poids à la naissance des bébés.

On a observé les effets économiques les plus importants dans l'étude sur les demandeurs. Lors du suivi mené après trois ans, 43 % des bénéficiaires de ce programme travaillaient à temps plein comparativement à 31 % pour les membres du groupe de contrôle. Le revenu annuel moyen après trois ans était de 2 405 \$ de plus que celui des membres du groupe de contrôle. Le projet a permis de réduire le pourcentage des familles vivant sous le seuil de faible revenu (SFR) établi par Statistique Canada de 14 points de pourcentage (64 % par rapport à 78 %). On a également observé une diminution de la gravité de la pauvreté, soit une baisse du pourcentage des revenus allant de la moitié jusqu'aux trois quarts du SFR (28 % par rapport à 40 %). Au cours de la période de l'étude de cinq ans, le pourcentage des

nettement moins élevés sur l'échelle d'évaluation de l'état dépressif. Lors du suivi après trois ans, les parents inscrits au groupe du programme étaient plus susceptibles de vivre en union de fait, moins susceptibles d'avoir besoin d'une aide à l'enfance et d'avoir modifié les dispositions relatives à la garde des enfants dans les six mois précédents.

Après avoir tenu compte de tous les coûts financiers et de toutes les prestations, le gouvernement a enregistré un coût net de 110 \$ par année par demandeur au groupe du programme ainsi qu'une somme de 540 \$ par année par bénéficiaire inscrit au groupe du programme³¹. Cette analyse n'englobe pas les avantages non financiers liés à l'amélioration des résultats pour les enfants ni le coût d'une

Selon l'évaluation du programme d'investissement dans les familles du Minnesota, les mesures incitatives financières ont contribué à tous les effets positifs sur le comportement des enfants et les résultats scolaires.

demandeurs qui ont connu une période d'emploi à temps plein pendant au moins trois ans était presque 10 points de pourcentage supérieur à celui du groupe de contrôle.

Outre l'amélioration socio-économique des conditions de vie et de travail, le projet a également permis de recueillir des preuves de certains effets positifs sur le fonctionnement scolaire, le comportement et le bien-être émotionnel. Les enfants appartenant au groupe du programme des bénéficiaires allant à l'école primaire ont obtenu de meilleurs résultats à l'école que les enfants appartenant au groupe de contrôle. Fait à noter, les résultats scolaires étaient plus élevés en mathématiques et moins d'élèves avaient une note inférieure à la moyenne peu importe la matière. Ces améliorations étaient manifestes au moment où les parents recevaient un supplément et quand ils ont cessé d'être admissibles³¹. Les parents appartenant au groupe du programme ont mieux évalué le rendement scolaire de leurs enfants pendant et après avoir reçu le supplément. Dans l'étude sur les demandeurs, on a noté un effet positif sur le bien-être maternel comme l'indiquent les résultats

perte de temps personnel ou familial attribuable à un emploi. Les chercheurs ont conclu que le projet sur l'autonomie représentait une politique efficace tant pour les bénéficiaires que pour les demandeurs et encore plus pour ces derniers. De plus, ils indiquent que si le projet était appliqué à titre de programme, il pourrait permettre initialement de réduire le nombre actuel de personnes bénéficiant d'une aide au revenu et son efficacité s'accentuerait au fil du temps³². Le rapport souligne le rôle de l'aptitude au travail et l'état de l'économie locale comme facteurs supplémentaires touchant la capacité d'une personne à faire un travail à temps plein.

Dans le cadre de la deuxième initiative, on a également eu recours à des mesures incitatives au revenu. Lors de sa réforme de l'assistance sociale, le Minnesota a mis sur pied le programme d'investissement dans les familles du Minnesota (MFIP), qui a suivi un plan de recherche semblable à celui de l'étude du projet sur l'autonomie. Le programme MFIP offrait des mesures incitatives financières pour récompenser le travail et réduire la pauvreté. De plus, on exigeait la participation à des services à

L'emploi afin d'acquérir de nouvelles aptitudes et de réduire la dépendance. Les membres du groupe de contrôle ont reçu le programme standard existant, qui permettait de réduire les prestations à mesure qu'augmentaient les revenus liés à l'emploi. Les avantages économiques étaient clairs pour les participants au programme. Les parents uniques, bénéficiaires à long terme, étaient 35 % plus susceptibles de travailler, leur revenu a augmenté de 23 % et le pourcentage de ceux vivant au-dessus du seuil de pauvreté a augmenté de 10 points de pourcentage. Le MFIP a également permis d'accroître le nombre d'emplois stables à temps plein pour les participants et d'augmenter la probabilité de continuer à bénéficier d'une assurance-santé pour leurs enfants^{33, 34}.

Le MFIP a eu d'importants effets positifs sur la vie familiale et le bien-être de l'enfant pour les familles monoparentales bénéficiaires à long terme. À la fin de la troisième année du programme, 11 % des bénéficiaires étaient mariés comparativement à 7 % pour les membres du groupe de contrôle. On a noté une diminution de 10 points de pourcentage dans la violence familiale chez les membres du groupe du MFIP par rapport aux membres du groupe de contrôle. Les enfants des membres du MFIP étaient moins susceptibles d'afficher un problème de comportement, ils avaient de meilleures notes scolaires et étaient plus susceptibles de participer activement au programme scolaire. Le MFIP a permis à des mères célibataires d'enfants âgés de moins de 6 ans de travailler 20 heures par semaine et on a exigé des bénéficiaires sans jeune enfant de travailler 30 heures par semaine. Le rapport sur le MFIP indique que cette situation a contribué à avoir des effets positifs sur les enfants. Les bénéficiaires à long terme qui ont reçu l'aide financière sans devoir participer aux services à l'emploi obligatoires étaient moins susceptibles, dans une proportion de huit points de pourcentage, de souffrir de dépression clinique et d'être sévères envers leurs enfants par rapport aux membres du groupe de contrôle (le groupe qui ne participe pas au programme)³⁵.

Selon l'évaluation du programme, les mesures incitatives financières du MFIP ont contribué à presque tous les effets du programme sur le mariage, la violence familiale et la dépression ainsi qu'à tous les effets positifs sur le comportement des enfants et les résultats scolaires. Le fait d'ajouter le volet des services à l'emploi obligatoires aux mesures incitatives financières a contribué à presque tous les effets sur le revenu. Les auteurs insistent sur l'importance de diminuer la violence familiale pour assurer la santé et la sécurité de la mère.

Messages clés :

- Des politiques et des programmes combinés qui affectent le revenu et la répartition du revenu pourraient jouer un rôle sur la santé.
- Les programmes sur l'impôt et le transfert du revenu ont permis de réduire grandement le taux de faible revenu chez les aînés au Canada. L'expérience vécue auprès des aînés ainsi que les expériences menées dans d'autres pays indiquent que les programmes d'impôt et de transfert du gouvernement permettent de réduire grandement le taux de faible revenu chez les enfants et les familles.
- Les programmes communautaires d'aide à l'emploi peuvent être efficaces en offrant une aide aux personnes à faible revenu et en augmentant le taux d'emploi et les niveaux de revenu des bénéficiaires d'aide sociale.
- Les exemples portant sur les prestations aux enfants ainsi que les programmes d'aide à l'emploi indiquent que les efforts de collaboration entre les secteurs, sur une longue période, peuvent être efficaces.

Il faut également approfondir la recherche concernant les effets de la violence sur le fait d'obtenir et de conserver un emploi. Ils concluent :

L'amélioration de l'aide financière représente un outil important pour accroître le revenu et le bien-être général des familles et des enfants qui sont depuis longtemps prestataires de bien-être social. L'importance ainsi que l'ampleur de l'amélioration du bien-être familial et de l'enfant doivent être pondérées par rapport aux coûts plus élevés rattachés aux mesures incitatives financières offertes³⁵.

Pour faire suite à l'étude du programme MFIP, le Minnesota a remplacé en 1998 son ancien programme d'aide au revenu par une version modifiée que l'on nomme programme MFIP-S. L'aide financière est moins généreuse dans une certaine mesure que lors de l'étude et les parents seuls bénéficiaires d'une aide sociale à long terme doivent travailler 35 heures par semaine ou participer à des services à l'emploi dans un délai de six mois après avoir reçu une aide sociale³⁴.

Résumé

Le présent chapitre a prouvé hors de tout doute que le revenu est important pour la santé. Dans une économie de marché comme au Canada, le niveau de revenu est un indicateur important de la capacité de profiter de la vie. Plus une personne a de l'argent, plus elle pourra obtenir un niveau de scolarité élevé; acheter de bons aliments, des vêtements et un logement convenables; se procurer du matériel récréatif et prendre des vacances; en règle générale, faire les choix nécessaires pour faire sa marque, se sentir bien et ne pas être mise à l'écart. Le revenu permet de donner un sens à la vie en profitant de ce qu'offrent la vie et le développement humain.

Comme le montrent les données comparatives sur l'incidence des systèmes d'impôt du gouvernement et des programmes de transferts du revenu, les politiques d'intérêt public sont importantes. Elles peuvent réduire le faible revenu et atténuer au moins certains effets négatifs sur la santé des personnes à faible revenu, contribuant ainsi à améliorer l'état de santé de la population. Les politiques et les programmes du Canada sont très efficaces pour réduire les taux de faible revenu chez les aînés, mais elles le sont relativement moins pour les enfants et les familles.

Définition de faible revenu

La meilleure façon de mesurer le faible revenu au Canada a suscité tout un débat pendant de nombreuses années. Statistique Canada a publié à intervalles réguliers des données sur le nombre de Canadiens à faible revenu en se basant sur plusieurs mesures différentes. Il s'agit du seuil de faible revenu, de la mesure du faible revenu ainsi que de la mesure de la pauvreté fondée sur le panier de consommation³⁶.

Le seuil de faible revenu, que l'on appelle communément SFR, est la mesure la plus utilisée. Le SFR définit un ménage à faible revenu comme étant celui qui dépense 20 points de pourcentage de plus que la famille moyenne pour un logement, des aliments et des vêtements. Par conséquent, si la famille moyenne consacre 40 % de son revenu au logement, à la nourriture et aux vêtements, on estime qu'une famille est à faible revenu si elle consacre 60 % ou plus de son revenu à ces trois éléments. Le SFR est calculé de deux façons, soit avant et après impôt. Ces deux mesures tiennent compte des transferts du gouvernement et sont calculées pour sept différentes catégories de famille et cinq différentes zones communautaires.

Pour 2002, par exemple, une famille de quatre membres habitant dans un grand centre urbain (500 000 habitants ou plus) comptait un SFR avant impôt de 36 247 \$ et un SFR après impôt de 30 576 \$³⁷.

La tendance relative au faible revenu au Canada varie légèrement selon la mesure de faible revenu que l'on utilise et la source des données sur le revenu. Par exemple, la mesure de la pauvreté fondée sur un panier de consommation (provenant des coûts d'achat d'un panier de biens et de services dans cinq secteurs — nourriture, vêtements et chaussures, logement, transport et autres besoins d'un ménage — et d'après 48 différentes zones géographiques dans les 10 provinces) est sensible aux écarts de prix entre les régions et les localités pour un panier de consommation de biens et de services. Par conséquent, différentes collectivités peuvent compter différents taux de faible revenu même si chacune d'entre elles compte le même pourcentage de gens sous le seuil d'un niveau de revenu particulier.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

<p>Que savons-nous?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'état de santé global des Canadiens mesuré selon l'espérance de vie continue à s'améliorer année après année. • L'espérance de vie est encore très différente pour différents groupes de revenu. • Le revenu joue un rôle sur la santé, c'est-à-dire que la santé s'améliore à pratiquement chaque échelon plus élevé du revenu. • Les revenus moyens augmentent, mais les augmentations ont été plus importantes dans les groupes à revenu plus élevé que dans les groupes à revenu moins élevé. • L'impôt progressif ainsi que les transferts sociaux compensent en grande partie pour l'augmentation de l'inégalité du revenu jusqu'en 1994. L'inégalité du revenu total ainsi que l'inégalité du revenu disponible ont augmenté plus rapidement que l'inégalité du revenu de marché de 1994 à 2001. • Les programmes de transfert d'argent ont été des plus efficaces pour réduire les taux de faible revenu chez les aînés au fil des ans. • Les programmes d'aide à l'emploi ainsi que les mesures actives visant à accroître le niveau de scolarité et les aptitudes qui favorisent une meilleure autonomie peuvent être efficaces pour améliorer les résultats économiques et certains résultats pour la santé chez les personnes à faible revenu.
<p>Que devons-nous savoir?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une meilleure compréhension du lien entre l'inégalité du revenu et la santé. • Plus de renseignements sur le lien entre l'inégalité du revenu et les mesures de l'état de santé autres que la mortalité/longévité. • Plus de données sur le lien entre les différentes mesures du faible revenu et l'état de santé et entre les différentes mesures de l'inégalité du revenu et la santé. • Plus de renseignements sur le lien entre la richesse et la santé. • Plus de renseignements sur le revenu comme indicateur des autres conditions socio-économiques et sur leur rapport à la santé.
<p>Que se passe-t-il?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'Initiative sur la santé de la population canadienne a financé la recherche qui explore le lien entre l'inégalité du revenu et la santé. • L'Initiative sur la santé de la population canadienne a commandé une recherche qui examine le faible revenu et la santé. • Divers organismes de recherche et de politiques évaluent actuellement la pauvreté et le faible revenu au Canada ainsi que les tendances, le salaire minimum et les programmes de transfert du revenu. • La Société de recherche sociale appliquée au Canada, la <i>Manpower Demonstration and Research</i> aux États-Unis, ainsi que d'autres organismes, poursuivent l'évaluation des programmes de soutien au faible revenu, en particulier pour assurer l'autonomie par l'emploi.

Pour en savoir davantage

- 1 D. I. HAY, A. WACHTEL. *The Well-Being of British Columbia's Children and Youth: A Framework for Understanding and Action*, Vancouver, First Call Coalition, 1998.
- 2 BANQUE MONDIALE. *Rapport sur le développement dans le monde : investir dans la santé*, Londres, Oxford University Press, 1993.
- 3 R. EVANS. *Interpreting and Addressing Inequalities in Health: From Black to Acheson to Blair to . . . ?*, London, Office of Health Economics, 2002.
- 4 D. I. HAY. *Socioeconomic status and health status: a study of males in the Canada Health Survey*, *Social Science and Medicine*, 1988, 27(12), 1317-1325.
- 5 INITIATIVE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION CANADIENNE. *Portrait des tendances de la santé de la population au Canada — 2004*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
- 6 R. WILKINS, J.-M. BERTHELOT, E. NG. *Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996*, *Rapports sur la santé — Supplément*, Ottawa, Statistique Canada, catalogue n° 82-003-XPF, 2002, 13, 1-28.
- 7 M. G. MARMOT. *Social inequalities in mortality: the social environment*. Dans R. G. Wilkins (Ed.), *Class and Health: Research and Longitudinal Data*. London, Tavistock, 1986.
- 8 M. G. MARMOT, G. A. ROSE, M. J. SHIPLEY, P. J. S. HAMILTON. *Employment grade and coronary heart disease in British civil servants*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1978, 32, 244-249.
- 9 N. ROSS. *Qu'avons-nous appris de notre étude de l'inégalité du revenu et la santé de la population?*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
- 10 F. HOU, J. CHEN. *Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto*, *Rapports sur la santé*, catalogue n° 82-003-XPF, 2002, 14(2), 21-34.
- 11 G. A. KAPLAN, J. W. LYNCH. *Is economic policy health policy?*, *American Journal of Public Health*, 2001, 91(3), 351-353.
- 12 C. HERTZMAN. *Leave No Child Behind! Social Exclusion and Child Development*, Toronto, Laidlaw Foundation, 2002.
- 13 C. SANMARTIN, N. A. ROSS, S. TREMBLAY, M. WOLFSON, J. R. DUNN, J. LYNCH. *Labour market income inequality and mortality in North American metropolitan areas*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57, 792-797.
- 14 M. MARMOT. *The influence of income on health: views of an epidemiologist*, *Health Affairs*, 2002, 21(2), 31-44.
- 15 STATISTIQUE CANADA. *Le revenu au Canada 2000*, Ottawa, Industrie Canada, catalogue n° 75-202-XPF, 2002.
- 16 STATISTIQUE CANADA. *Les gains des Canadiens : gagner sa vie dans la nouvelle économie, Recensement de 2001 (Série « analyses »)*, catalogue n° 96F0030XIF2001013, 2003.
<www.12.statcan.ca/English/census01/Products/Analytic/companion/earn/pdf/96F0030XIE2001013.pdf>
- 17 STATISTIQUE CANADA. *Le revenu au Canada 2001*, Ottawa, Industrie Canada, catalogue n° 75-2002-XPF, 2003.
- 18 K. BATTLE. *Minimum Wages in Canada: A Statistical Portrait with Policy Implications*, Ottawa, Caledon Institute of Social Policy, 2003.
- 19 R. FINNIE. *La dynamique de la pauvreté au Canada : ce que nous savons, ce que nous pouvons faire*, Ottawa, Institut C.D. Howe, commentaire n° 145, 2000.
- 20 C. BEAUVAIS, J. JENSON. *Efforts politiques pour assurer la santé et le développement sain des jeunes enfants*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.

- 21 CAMPAGNE 2000. *La pauvreté en période de prospérité — bâtir un Canada pour tous les enfants : rapport 2002*, Toronto, Campagne 2000, 2002. <www.campaign2000.ca/rc/rc02/NOV02reportcardFR.pdf>.
- 22 M. HATFIELD. *The Causes of Persistent Low Income: A Key Barrier to Social Inclusion*, présentation à la Fondation Laidlaw/Conférence CCDS, inclusion sociale : Une nouvelle façon de penser?, 2001.
- 23 J. MYLES, G. PICOT, W. PYPER. *Inégalités entre les quartiers des villes canadiennes*, Ottawa, Statistique Canada, Direction des études analytiques documents de recherche, catalogue 11F0019MIF2000160, 2000.
- 24 J. HOUSE, D. WILLIAMS. *Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health*, Dans B. Smedley et L. Syme (Eds), *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioural Research*, Washington, National Academy Press, 2000.
- 25 CALEDON INSTITUTE OF SOCIAL POLICY. *Les liens entre le faible revenu et la santé*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
- 26 MUTUAL INFORMATION SYSTEM ON SOCIAL PROTECTION (MISSOC). *Prestations et politiques familiales en Europe*, Missoc-Info n° 01/2002, Bruxelles, Emploi et affaires sociales, 2002. <europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2001/missoc_info_fr.htm>.
- 27 MINISTRES FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX RESPONSABLES DES SERVICES SOCIAUX. *La Prestation nationale pour enfants — Rapport d'étape 2002*, Ottawa, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2003.
- 28 P. LEFEBVRE, P. MERRIGAN. *Assessing family policy in Canada: a new deal for families and children*, Choices, 2003, 9(5), 1-100.
- 29 B. KEHRER, C. WOLIN. *Impact of income maintenance on low birth weight: evidence from the Gary Experiment*, Journal of Human Resources, 1979, 14(4), 434-62.
- 30 D. BLOOM, C. MICHALOPOULOS. *How Welfare and Work Policies Affect Employment and Income: A Synthesis of Research*, New York, Manpower Demonstration Research Corporation, 2001. <www.mdr.org/>.
- 31 C. MICHALOPOULOS, D. TATTRIE, C. MILLER, P. K. ROBINS, P. MORRIS, D. GYARMATI, C. REDCROSS, K. FOLEY, R. FORD. *Rendre le travail payant : Rapport final du Projet d'autosuffisance à l'intention des prestataires de l'aide sociale de longue date*, Ottawa, Société de recherche sociale, 2002. <www.srdc.org/french/publications/SSP54-F.htm>.
- 32 R. FORD, D. GYARMATI, K. FOLEY, D. TATTRIE. *Les incitations au travail peuvent-elles s'autofinancer? Rapport final du Projet d'autosuffisance à l'intention des requérantes de l'aide sociale*, Ottawa, Société de recherche sociale appliquée, 2003. <www.srdc.org/french/publications/SSP72-F.htm>.
- 33 V. KNOX, C. MILLER, L. A. GENNETIAN. *Reforming Welfare and Rewarding Work: A Summary of the Final Report on the Minnesota Family Investment Program*, New York, Manpower Demonstration Research Corporation, 2000. <www.mrdc.org/publications/27/summary.html>.
- 34 C. MILLER, V. KNOX, L. A. GENNETIAN, M. DODOO, J. A. HUNTER, C. REDCROSS. *Reforming Welfare and Rewarding Work: Final Report on the Minnesota Family Investment Program, Vol. 1: Effects on Adults*, New York, Manpower Demonstration Research Corporation, 2000. <www.mrdc.org/publications/205/full.pdf>.
- 35 L. A. GENNETIAN, C. MILLER. *Reforming Welfare and Rewarding Work: Final Report on the Minnesota Family Investment Program, Vol. 2 : Effects on Children*, New York, Manpower Demonstration Research Corporation, 2000. <www.mrdc.org/publications/206/full.pdf>.
- 36 DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA. *Les statistiques de 2000 sur le faible revenu selon la mesure du panier de consommation*, Hull, Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée, 2003.
- 37 STATISTIQUE CANADA. *Seuils de faible revenu pour 2002*, Le Quotidien, 5 février 2003. <www.statcan.ca/Daily/Francais/030205/q030205a.htm>.

Chapitre

3

A black and white photograph of two young boys sitting together and reading a book. The boy on the left is looking at the book with a thoughtful expression, his hand resting on his chin. The boy on the right is looking down at the book with a focused expression. The book is open, showing a page with a large illustration of a landscape with trees and a building. The text "Le développement de la jeune enfance" is overlaid in white serif font across the middle of the image.

Le développement de la jeune enfance

Les facultés d'apprentissage, la capacité d'adaptation, la résilience ainsi que d'autres résultats importants en matière de développement humain dépendent de tous les déterminants de la santé — les conditions socio-économiques, les milieux physiques, les comportements liés à la santé et au style de vie, les patrimoines biologiques et génétiques et les services de santé — pour contribuer à l'épanouissement de l'être humain¹.

Ces déterminants se révèlent particulièrement importants au cours des premières années de la vie d'une personne, depuis la conception jusqu'à l'âge scolaire². Les facteurs biologiques et développementaux, les expériences vécues au cours des premières années de la vie et l'exposition à divers facteurs de risque peuvent profondément influencer les résultats pour la santé et le développement de l'adulte³.

La première partie du présent chapitre donne un aperçu des preuves de l'influence du développement du jeune enfant sur la santé. Le reste du chapitre porte sur les politiques et les programmes pouvant contribuer au développement sain du jeune enfant.

Importance du développement du jeune enfant et la santé

Un bon départ dans les premières années de la vie est indispensable à la santé et au bien-être à long terme en raison du développement et de l'apprentissage qui se produisent pendant cette période. Des preuves nationales et internationales démontrent clairement l'importance du développement de la jeune enfance⁴.

Le développement sain du jeune enfant repose sur plusieurs facteurs, y compris la santé (de la mère et de l'enfant), une alimentation saine, les compétences parentales, un soutien social solide et une interaction stimulante avec les autres personnes en dehors de la maison⁵. Le développement de la jeune enfance jette les bases de l'apprentissage, du comportement et de la santé et facilite l'établissement de l'équité et du capital sociaux, qui jouent tous un rôle fondamental dans la croissance de la prospérité et la diminution du faible revenu⁶.

Un mauvais départ dans la vie peut engendrer de nombreux effets négatifs sur la santé. Il menace ou retarde non seulement le développement, mais il peut également entraîner une série de piètres résultats

Conformément aux constatations présentées dans le chapitre 2 sur la relation entre le revenu et la santé, la recherche sur le développement humain fait toujours état de l'existence d'un gradient, c'est-à-dire un rapport entre les facteurs socio-économiques et divers résultats du développement liés à la santé et au bien-être. Selon une analyse de l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes (ENLEJ), on associe les difficultés cognitives et les troubles du comportement à un revenu familial et un rendement scolaire faibles¹⁰. Par ailleurs, on trouve ces gradients au cours de la vie dont les premières années revêtent une importance capitale¹¹.

On a démontré que les taux de mauvaise santé, d'hyperactivité et de développement linguistique tardif sont plus élevés chez les enfants de familles à faible revenu que chez ceux de familles à revenu moyen ou supérieur. La probabilité que les enfants participent à des activités sportives organisées était plus faible s'ils vivaient dans des familles à revenu faible ou modeste^{13,14}. Les données figurant au chapitre 5 du présent rapport indiquent que les enfants des familles à faible revenu affichent un taux de surplus de poids et d'obésité plus élevé. En général, moins le revenu est élevé, plus l'enfant est susceptible d'avoir des problèmes. Dans l'ensemble,

Un bon départ dans les premières années de la vie est indispensable à la santé et au bien-être à long terme. En général, moins le revenu est élevé, plus l'enfant est susceptible d'avoir des problèmes.

dans le futur^{3,7,8,9,10}. Les conséquences du faible développement du jeune enfant peuvent comprendre un développement restreint du cerveau et du langage, une capacité de communication et une alphabétisation diminuées et une mauvaise santé physique et mentale tout au long de la vie^{6,10,11}. Selon une étude, un faible poids à la naissance est lié à un faible développement cognitif à 7, 11 et 16 ans. Tous les résultats des tests cognitifs et de connaissances se sont améliorés considérablement avec l'augmentation du poids à la naissance¹².

les résultats des enfants des familles à faible revenu sont moins bons et ils ont tendance à persister à l'âge adulte.

Dans le cadre du projet de mappage des ressources communautaires à Vancouver, on a examiné les résultats du développement des enfants en maternelle selon le quartier dans lequel ils habitaient. On a classé les quartiers par niveau de revenu¹⁵. Comme il a été souligné dans le rapport intitulé *Early Development in Vancouver: Report of the Community Asset Mapping Project (CAMP)*, les

Forum national sur la santé (1997)

De plus en plus de données indiquent que les expériences vécues au cours de la petite enfance influent toute la vie durant sur le

développement du cerveau et du corps, ainsi que sur la capacité d'adaptation.

Source : Forum national sur la santé. *Rapports de synthèse et documents de référence*. La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, Ottawa, Santé Canada, 1997.

quartiers à faible revenu abritaient un plus grand nombre d'enfants ayant obtenu de faibles notes à l'égard d'un large éventail de résultats : habiletés et connaissances générales, maturité affective, aptitudes sociales, acquisition du langage, développement cognitif et santé et bien-être physiques.

Toutefois, les enfants risquant de connaître un retard dans leur développement ne vivent pas tous dans des familles à faible revenu. Au moyen d'un « indice de vulnérabilité » qui prend en considération la déclaration des parents concernant les problèmes cognitifs et les troubles de comportement de leurs enfants, un chercheur a estimé qu'un enfant sur quatre au Canada risque de souffrir d'un retard dans le développement¹⁰. Les chercheurs ont établi que les enfants étaient vulnérables en ce sens que, à moins qu'il y ait un effort constant et collectif pour intervenir dans leur intérêt, leurs chances de mener une vie saine et productive sont réduites⁶.

Accord fédéral, provincial et territorial sur le développement de la petite enfance

Le Canada a reconnu l'importance du développement du jeune enfant pour la santé, comme en témoigne l'Accord fédéral, provincial et territorial sur le développement de la petite enfance, signé en septembre 2000¹⁶. L'Accord engage les deux paliers de gouvernement à améliorer la santé physique et émotionnelle, la sécurité, la maturité scolaire, l'engagement social et la responsabilité sociale des enfants. Dans le cadre de l'Accord, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont également consenti à rendre compte sur une base régulière des résultats pour la santé et le bien-être des enfants.

Le premier rapport sur les résultats, présenté à l'automne 2002, a souligné les succès et les secteurs à améliorer¹⁷. Par exemple, les données de 1999 ont révélé que quatre bébés sur cinq affichaient un poids-santé à la naissance; quatre enfants sur cinq âgés de zéro à trois ans avaient été ou étaient allaités; et le développement moteur et social de neuf enfants sur 10 âgés de zéro à trois ans se situait entre moyen et avancé.

Ces mêmes chiffres montrent où l'on pourrait apporter des améliorations : un enfant canadien sur cinq a un poids insuffisant à la naissance, ce qui l'expose à un risque élevé de contracter certains problèmes de santé et de développement. L'allaitement comporte de nombreux bienfaits tant pour la santé que pour le développement des enfants. Pourtant, un enfant canadien sur cinq n'est jamais allaité. Le chapitre 5 met en évidence l'effet de protection de l'allaitement sur le risque d'obésité.

Dans l'ensemble, le rapport de 2002 de l'Accord sur le développement de la petite enfance fournit un aperçu positif de la santé et du développement des jeunes enfants au Canada¹⁷. Toutefois, ces bonnes nouvelles masquent des gradients considérables dans les résultats de santé et de développement chez certains groupes d'enfants canadiens, par revenu de ménage et de quartier ainsi que d'autres facteurs socio-économiques^{10, 15, 18}.

Messages clés :

- Les expériences acquises pendant la jeune enfance ont d'importantes répercussions sur la santé d'une personne tout au long de sa vie.
- Certains enfants canadiens sont exposés à des risques plus importants pour la santé et le développement en raison de mauvaises expériences de vie, telles qu'un faible revenu et des compétences parentales inadéquates.
- Les conséquences liées au faible développement de la jeune enfance peuvent comprendre un développement cérébral et un langage restreints, une capacité de communication et une alphabétisation diminuées et une mauvaise santé physique et mentale tout au long de la vie.

Les programmes sur le développement de la jeune enfance qui traitent de façon exhaustive des besoins de base des enfants peuvent favoriser le développement d'adultes compétents et productifs.

Politiques et programmes favorisant le développement sain du jeune enfant

Les programmes sur le développement de la jeune enfance qui traitent de façon exhaustive des besoins de base des enfants peuvent favoriser le développement d'adultes compétents et productifs. Les interventions précoces peuvent modifier les trajectoires de vie des enfants nés dans une famille à faible revenu ou n'ayant pas les mêmes chances de grandir et de se développer que les enfants des familles plus aisées^{3, 9, 19}.

Ces faits reposent sur des preuves provenant d'évaluations de programmes publics d'envergure et de projets expérimentaux plus modestes. Les avantages à court et à long terme des programmes de développement du jeune enfant peuvent être considérables, et les interventions inhérentes permettent de garantir le progrès scolaire des enfants, que ce soit à l'école primaire ou secondaire, et une intégration réussie à la population active^{5, 6}. Selon des données américaines, le rendement économique des investissements consacrés aux jeunes enfants est élevé; on économise jusqu'à huit dollars pour chaque dollar investi^{20, 21}. Au Canada, on a estimé qu'en comptabilisant les coûts et les profits, les dépenses publiques d'un montant d'un dollar sur des soins de garde de qualité génèrent un profit de deux dollars²². Par exemple, l'investissement dans des services de garde de qualité peut entraîner deux types de profits : tout d'abord, une hausse dans la productivité des parents qui peuvent alors s'intégrer à la population active; puis, l'augmentation future de la productivité grâce à la contribution des enfants ayant connu des expériences éducationnelles précoces.

Deux rapports donnent une interprétation conforme et similaire des connaissances que nous avons sur les stratégies et les conditions de développement du jeune enfant^{13, 23}. *Pour un avenir en santé — Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* propose des stratégies pour assurer un développement sain de l'enfant et *Réflexion — Un plan d'action stratégique axé sur les enfants au Canada* identifie trois conditions qui favorisent des résultats positifs chez l'enfant.

La partie qui suit fournit un aperçu des stratégies qui sont en place au Canada et à l'échelle internationale et font preuve d'un certain succès dans l'amélioration du développement de la jeune enfance. On présente ces stratégies sous trois catégories adaptées des titres de la structure mise au point par les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. Elles sont énoncées dans *Réflexion — Un plan d'action stratégique axé sur les enfants au Canada* :

- Revenu suffisant et équitable pour le développement de l'enfant
- Compétences parentales et familiales
- Milieux communautaires favorables

L'aperçu des politiques et des programmes met l'accent sur les interventions au niveau de la famille et de la collectivité qui sont orientées vers la socialisation et l'éducation des parents et des enfants de zéro à cinq ans.

Une série d'interventions et de programmes offerts par le système de soins de santé primaires ne font pas partie de cette révision, par exemple l'immunisation, les visites des infirmières au domicile des nouveaux parents et le dépistage ainsi que la surveillance médicale des bébés dont l'indice d'Apgar était faible à la naissance.

Ce rapport propose les stratégies ci-dessous pour assurer le développement sain de l'enfant :

Réduire les inégalités entre les enfants issus de divers milieux socio-économiques

« Des efforts en vue d'atteindre les conditions qui maximisent le développement sain et le bien-être auront un effet favorable sur tous les enfants, surtout ceux qui vivent dans les pires conditions socio-économiques. Les enfants doivent avoir accès à des milieux affectueux, nourrissants, solidaires, stimulants et sûrs. »

Soutenir les parents et les familles

« Les parents sont les personnes les plus importantes dans la vie des enfants, et les familles, le point central de l'éducation de ceux-ci. Les efforts déployés en vue de donner aux jeunes gens et aux jeunes parents l'information et le soutien dont ils ont besoin pour être de bons parents sont des investissements dans le développement sain de l'enfant. »

Accepter et partager les responsabilités

« Le public soutient de tout cœur les efforts en vue d'aider les enfants à réaliser leur plein potentiel, et la santé des enfants est désormais en permanence à l'ordre du jour de tous les gouvernements. Mais ces derniers n'y arriveront pas seuls... L'action communautaire est un complément important de l'action gouvernementale... Lorsque les gouvernements, les entreprises, les collectivités, les familles et les jeunes collaborent, les enfants et les jeunes ont toutes les chances de devenir des adultes sains et productifs. »

Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne¹³

Deux rapports donnent une interprétation conforme et similaire des connaissances que nous avons sur les stratégies et les conditions de développement du jeune enfant.

Une recherche menée par les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques a déterminé trois grands secteurs qui contribuent à l'obtention de résultats positifs chez l'enfant :

- « On peut assurer un **revenu suffisant**, de préférence un revenu gagné, en reconnaissant les coûts liés à l'éducation d'un enfant, ce qui réduit considérablement le coût des services de garde pour les parents ayant un emploi et fournit un soutien financier supplémentaire aux familles recevant un faible revenu, des prestations d'assistance sociale ou des paiements de pension alimentaire. »
- « On peut appuyer de **bonnes compétences parentales** en offrant de meilleurs congés parentaux payés et non payés, des heures et des horaires de travail flexibles, un meilleur accès aux programmes de santé et de

développement ainsi qu'aux centres de ressources communautaires et en augmentant la disponibilité des services de garde et de la maternelle axés sur le développement de l'enfant pour les parents qui travaillent et ceux qui restent à la maison. »

- « On peut offrir aux enfants **des milieux communautaires favorables** par l'accès à des services d'enseignement, de santé ainsi que des services sociaux et récréatifs en fournissant des prestations de soins intégrées pour tous ces services, en créant des espaces et des systèmes "adaptés aux enfants" et en collaborant avec tous les secteurs afin de promouvoir de meilleurs résultats pour tous les enfants. »

Trois conditions qui favorisent des résultats positifs chez l'enfant²³

Revenu suffisant et équitable pour le développement de l'enfant

Les politiques et les programmes qui permettent aux familles de percevoir un revenu suffisant et équitable traitent des effets possibles du revenu et de son inégalité sur le développement de l'enfant.

La Prestation fiscale canadienne pour enfants constitue une politique majeure qui contribue à augmenter le revenu des familles. Le chapitre 2 aborde plus en profondeur les prestations aux enfants et aux familles au Canada et dans d'autres pays.

On revoit également au chapitre 2 les programmes communautaires d'aide à l'emploi visant les populations à faible revenu. Le chapitre 2 dresse aussi une liste d'exemples d'autres politiques et programmes qui contribuent à prévenir ou à diminuer les répercussions du faible revenu.

Compétences parentales et familiales

Les politiques et les programmes peuvent encourager, favoriser et appuyer de diverses façons les bonnes compétences parentales et renforcer les familles. Ils comprennent les congés parentaux, les soins et les services aux jeunes enfants et aux familles à faible revenu, l'éducation et l'accueil en établissement des jeunes enfants et la détection précoce des enfants et des familles à risque au moyen de visites à domicile.

Congés parentaux et familiaux

La prestation de congés pour raisons familiales représente l'une des premières interventions pour appuyer les parents, particulièrement à l'arrivée d'un nouvel enfant^{24, 25, 26}. Les politiques sur les congés de maternité et parentaux constituent un élément d'un ensemble de politiques et d'aide publiques en milieu de travail pouvant aider les parents à établir un

équilibre entre le travail et la vie de famille. Les congés de base sont importants, bien que des études révèlent également que des pratiques parentales positives peuvent exiger davantage de flexibilité et de congés pouvant être pris au cours de l'enfance²⁷.

On a instauré les premiers congés de maternité dans certains pays au début du 20^e siècle. On a conçu des programmes en reconnaissance des effets de l'accouchement sur la santé de la mère ainsi que des avantages de l'allaitement sur la santé des enfants. Actuellement, plus de 100 pays, y compris presque tous les pays industrialisés, possèdent une certaine forme de congé de maternité ou parental²⁶. La plupart de ces congés garantissent aux femmes le droit de prendre congé pendant au moins deux à trois mois à l'accouchement. À l'heure actuelle, on a tendance à prolonger la durée du congé, à encourager les pères à se prévaloir à leur tour du congé parental, et à augmenter la flexibilité.

La Suède et les Pays-Bas sont deux pays dont les politiques appuyant les congés parentaux et familiaux sont dignes d'être soulignées en raison de leur engagement envers la flexibilité^{28, 29}. D'autres pays possèdent des politiques plus restrictives et moins flexibles que celles du Canada. Par exemple, les politiques sur les congés parentaux aux États-Unis « sont atypiques de celles du reste des pays industrialisés »²⁶.

Que se passe-t-il au Canada au sujet des politiques sur les congés parentaux?

La décision du gouvernement fédéral de prolonger le congé parental, pour les personnes admissibles à l'assurance-emploi*, place les pratiques du Canada au rang des meilleures en ce qui concerne la durée du congé. Cette décision a également modifié le comportement des parents d'une façon considérée généralement positive pour le développement des enfants.

Un rapport de 2003 de Statistique Canada a fait les constatations suivantes³⁰ :

* Pour être admissibles, les parents doivent avoir cumulé un minimum de 600 heures de travail au cours des 52 dernières semaines et payé des cotisations d'assurance-emploi par l'entremise de leur employeur. Les travailleurs indépendants ne sont pas admissibles. On verse les prestations à un taux de 55 % de la rémunération moyenne, jusqu'à concurrence de 413 \$ par semaine. On donne des prestations de maternité pendant 15 semaines et des prestations parentales pendant 35 semaines supplémentaires, pour un total de 50 semaines de prestations.

Congés parentaux en Suède²⁸

Le congé de base comporte 360 jours indemnisés à 80 % du salaire antérieur (plafonné à environ 3 500 \$ par mois). De plus, une série de dispositions particulières fournissent d'autres avantages.

- 30 jours sont compensés à 90 % du salaire.
- Depuis le 1^{er} janvier 2002, on a ajouté un treizième mois, réservé à « l'autre » parent, de façon à inciter davantage de pères à se prévaloir des congés parentaux.
- On a droit à 90 jours supplémentaires à un taux réduit (pour un total de 450).
- On peut prendre le congé à n'importe quel moment jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 8 ans.
- Il n'est pas obligatoire de prendre le congé en une seule fois.
- Les parents ont le droit de réduire leur durée de travail de 25 %, jusqu'à ce que le plus jeune enfant ait atteint l'âge de 8 ans.
- Ce congé parental ne comprend pas les 60 jours de congé par an et par enfant permettant de prendre soin d'un enfant malade.

Loi sur le travail et les soins aux Pays-Bas²⁹

Les réformes de 2001 aux Pays-Bas ont eu pour résultat l'intégration de différents types de congés destinés aux soins des enfants et d'autres parents en un cadre global : la loi sur le travail et les soins, adoptée en décembre 2001. En plus des 16 semaines de congé de maternité payé, des deux semaines de congé de paternité payé et du congé parental non payé (pour un maximum de six mois à temps partiel), les familles peuvent réclamer les congés suivants :

- Congé d'urgence de courte durée à plein salaire permettant de gérer une situation urgente imprévue à la maison;
- Congé de courte durée d'un maximum de 10 jours par an permettant à l'employé de prendre soin de son enfant ou de son partenaire malade;
- Congé de six mois permettant une pause dans la carrière, payé à 70 % du salaire minimum (bien que la durée puisse être plus longue selon l'employeur).

Le gouvernement a également donné aux employés la possibilité d'utiliser leurs vacances d'une façon plus flexible (elles peuvent être utilisées, sans perte de droit, sur une période de cinq ans).

Congé parental en Suède et aux Pays-Bas

Les politiques sur les congés de maternité et parentaux peuvent aider les parents à concilier travail et famille.

- « Depuis que les prestations parentales sont passées de 10 à 35 semaines, les employées bénéficiaires ont augmenté (ou planifiaient augmenter) leur période d'absence du travail de 6 mois en 2000 à 10 mois en 2001. »
- « Le quart des mères ayant touché des prestations en 2001 sont retournées au travail à l'intérieur d'une période de huit mois. Ces femmes étaient plus susceptibles d'avoir un emploi non permanent ou faiblement rémunéré, ou d'avoir un conjoint ayant réclamé des prestations parentales. »
- « La période d'absence moyenne des mères n'ayant pas touché de prestations de maternité ou parentales et qui sont retournées au travail est demeurée de quatre mois en 2001. »
- « En 2001, un plus grand nombre de nouvelles mères ont touché des prestations de maternité ou parentales qu'en 2000 (61 % comparativement à 54 %). » Cette situation peut être attribuable à la réduction du nombre d'heures requises pour bénéficier des prestations et à la plus forte participation des femmes à la population active.
- À la suite de l'augmentation du congé parental, les réclamations de congé des pères « sont passées de 3 % en 2000 à 10 % en 2001. »

Certaines provinces garantissent également des formes supplémentaires de congés familiaux^{31, 32, 33, 34}.

Congé parental pour prendre soin des enfants (provinces sélectionnées)

Colombie-Britannique³¹ : Un employé a droit à un congé non payé pouvant atteindre cinq jours par année de travail pour remplir des obligations ayant trait aux soins, à la santé ou à l'éducation de tout membre de sa famille immédiate. La notion de « famille immédiate » comprend le conjoint, l'enfant, les parents, le tuteur, les sœurs et les frères, les petits-enfants ou grands-parents ou toute personne vivant avec l'employé en tant que membre de sa famille.

Québec³² : Un employé a droit à un congé non payé pouvant atteindre cinq jours par année de travail pour remplir des obligations ayant trait aux soins, à la santé ou à l'éducation d'un enfant mineur. Un employé a également droit à un congé de cinq jours au moment de la naissance ou de l'adoption d'un enfant. Après deux mois de travail, on paye les deux premiers jours. Toutefois, si l'employé adopte l'enfant de son conjoint, il n'a droit qu'à deux jours de congé non payé.

Ontario³³ : Les employés d'une entreprise qui compte normalement au moins 50 employés ont le droit de prendre jusqu'à 10 jours de congé non payé chaque année civile en cas de maladie, de blessures, de certaines urgences médicales ou d'autres urgences. On appelle ce genre de congé un congé spécial. Un employé peut prendre un congé spécial non payé pour des motifs familiaux tels qu'une maladie, une blessure, une urgence médicale ou une autre urgence visant un membre de la famille.

Nouveau-Brunswick³⁴ : La province exige des employeurs, à la demande de l'employé, qu'ils accordent des congés autorisés non payés pouvant atteindre trois jours au cours d'une période de 12 mois pour remplir des obligations ayant trait à la santé, aux soins ou à l'éducation d'une personne ayant un lien de parenté étroit avec l'employé.

Soins et services aux jeunes enfants et aux familles à faible revenu

Un deuxième groupe de politiques et de programmes liés à de bonnes compétences parentales et familiales comprend les soins et les services dispensés aux jeunes enfants de familles à faible revenu. Ils se sont avérés positifs dans les résultats du développement chez les enfants²⁹. La pauvreté a tendance à compromettre la santé immédiate et à long terme ainsi que le développement des enfants. En fournissant l'accès à des services de qualité aux jeunes enfants, on peut aider à modifier certains des effets négatifs que comporte la vie dans un milieu défavorisé³⁵. Plusieurs services de garde sont axés sur les enfants et les familles à faible revenu.

programmes en 1995 et comprend maintenant plus de 700 programmes communautaires au service de plus de 60 000 enfants de zéro à cinq ans.

Early Head Start est un programme pour les parents et les enfants qui offre des services liés aux compétences parentales et des services exhaustifs liés au développement de l'enfant au moyen de programmes en établissement, à domicile ou une combinaison des deux.

Selon une évaluation du programme *Early Head Start*, des enfants de trois ans inscrits au programme ont obtenu des résultats considérablement meilleurs que ceux du groupe témoin choisi au hasard en

En fournissant l'accès à des services de qualité aux jeunes enfants, on peut aider à modifier certains des effets négatifs que comporte la vie dans un milieu défavorisé.

Early Head Start

Head Start est un programme de premier plan aux États-Unis depuis les années 1960. Son successeur, *Early Head Start*, a été lancé en 1995 et est conçu pour fournir, dans le cadre du développement de l'enfant et de la famille, des services de qualité aux femmes enceintes et aux familles à faible revenu qui ont des bébés ou des tout-petits. Il incluait 68

ce qui concerne une série de mesures du développement cognitif, de l'acquisition du langage et du développement socio-émotionnel³⁶. Les parents ont également obtenu des résultats sensiblement plus élevés que ceux du groupe témoin sur de nombreux aspects de leur milieu de vie et de leur comportement en tant que parents. Par ailleurs, on a établi un lien entre les programmes *Early Head Start* et les progrès des parents en matière de travail

Les experts reconnaissent que les meilleurs services de garde résident en un système préscolaire ou de services de jour accessible et solide sur le plan de l'éducation.

et de planification des naissances subséquentes. On a observé des résultats positifs particulièrement importants chez les familles inscrites pendant la grossesse.

Il s'agissait de programmes en établissement, à domicile ou une combinaison des deux qui nécessitaient la participation des parents. Les enfants inscrits à des programmes en établissement connaissaient plus souvent une amélioration dans leur développement cognitif et socio-émotionnel. Il y avait aussi des corrélations positives avec de bonnes compétences parentales, mais peu avec l'indépendance économique des parents.

Abecedarian Early Childhood Intervention, É.-U.

Cette étude expérimentale s'est penchée sur l'efficacité des services préscolaires intensifs fournis aux enfants âgés de zéro à cinq ans issus de familles à faible revenu. Étant donné que sa conception était expérimentale, l'étude comprenait deux groupes d'enfants, un qui participait au programme et un autre qui formait un groupe témoin. Les enfants des deux groupes ont reçu des services médicaux et nutritionnels. Ceux qui participaient au programme avaient accès au centre de soins hors école de 7 h 30 à 17 h 30. Le rapport enseignant/enfant du programme était faible pour les enfants en bas âge et plus âgés. Le curriculum mettait l'accent sur l'acquisition du langage, sans toutefois exclure les autres types de développement de l'enfant.

Comparativement aux enfants du groupe témoin dans leur phase préscolaire, les enfants inscrits au programme obtenaient des résultats plus élevés dans les mesures standard de l'intelligence. À 8 et 12 ans, leur QI se révélait sensiblement plus élevé et leurs résultats aux examens de mathématiques et de lecture étaient meilleurs. À 15 ans, on observait des différences moins grandes dans leur QI, mais les résultats aux examens de mathématiques et de lecture demeuraient considérablement différents. À 21 ans, les participants au programme étaient plus susceptibles que les enfants du groupe témoin d'avoir fait des études collégiales d'une durée de quatre ans et on observait encore des différences sur le plan de l'intelligence et des accomplissements.

Lorsque les évaluateurs du programme ont comparé les avantages de ce programme aux coûts qu'il a engendrés, ils ont découvert que ce type de programme préscolaire intensif présentait des avantages à long terme et s'avérait être un investissement valable pour le secteur public soit plus ou moins quatre dollars américains en profit pour chaque dollar investi. Les participants n'étaient pas les seuls à avoir tiré profit du programme; la société entière en a aussi profité grâce à une productivité accrue, un rendement scolaire et des niveaux de revenu plus élevés ainsi qu'une meilleure santé générale, qui a à son tour diminué les demandes de soutien du revenu et de programmes de soins de santé³⁷.

Éducation et accueil en établissement aux jeunes enfants

Les soins et l'éducation en établissement à la jeune enfance forment le troisième groupe de politiques et de programmes relatifs à de bonnes compétences parentales et familiales. Les services de garde représentent le service que l'on fournit le plus souvent afin de concilier efficacement travail et vie de famille²⁷. Ces services sont importants non seulement parce qu'ils permettent aux parents de créer un équilibre entre leurs obligations au travail et à la maison, mais aussi parce qu'ils peuvent contribuer à des résultats positifs de développement.

Les experts reconnaissent que les meilleurs services de garde résident en un système préscolaire ou de services de jour accessible et solide sur le plan de l'éducation. La recherche désigne constamment trois caractéristiques des garderies de qualité : ratios enfants/adultes faibles, personnel hautement instruit et ayant suivi une formation spécialisée, établissements et équipements offrant des activités stimulantes³⁸. Ces dimensions constituent une séparation évidente entre les services de garde qui visent le développement de la jeune enfance et les soins « d'assistance » de jour (crèche familiale). « La recherche a établi un lien entre les soins de qualité, définis en ces termes, et les aptitudes linguistiques, cognitives et sociales des enfants en bas âge³⁸. Par exemple, on a découvert que les enfants pris en charge par des établissements en

dehors de la maison, « qu'ils soient réglementés ou non, ont un vocabulaire plus riche que ceux qui ne le sont pas », comparativement aux enfants recevant des soins non réglementés à la maison³⁸.

Les enfants de ménages à faible revenu ont tendance à bénéficier le plus des services de garde de qualité. Le temps passé dans des garderies en établissement peut accroître la préparation à l'école (p. ex. le développement cognitif et l'acquisition du langage) par rapport aux enfants qui passent la majeure partie de leur temps à la maison³⁵.

Par exemple, des chercheurs de la Colombie-Britannique ont étudié des enfants qui ont fréquenté des services de garde autorisés pendant leurs années préscolaires et des enfants qui n'en ont pas fréquentés. Ils ont comparé les notes données par leurs enseignants pour évaluer leurs aptitudes aux études au cours de leurs premières années à l'école. Les chercheurs ont découvert que les enfants ayant participé à des programmes de garde autorisés en établissement au cours de leurs années préscolaires avaient obtenu des résultats d'évaluation plus élevés que ceux des enfants n'ayant pas participé à ce type de programme¹⁷.

OCDE et Éducation et accueil des jeunes enfants

En 2001, l'OCDE a examiné les preuves de l'Éducation et accueil des jeunes enfants (EAJE) et a recommandé que l'on investisse davantage dans de tels programmes.

L'éducation et l'accueil des jeunes enfants ont suscité ces dix dernières années une vague d'intérêt dans les pays de l'OCDE. Cet intérêt a été en partie motivé par des recherches montrant, dans le court terme, l'importance d'expériences précoces et de qualité pour le développement cognitif, émotionnel et social de l'enfant et, dans le long terme, pour sa réussite à l'école et dans la vie. De plus, des soucis d'équité ont conduit les décideurs à concentrer leur attention sur le fait que l'accès à des services de qualité pour les jeunes enfants peut tempérer certains des effets négatifs dus à des inconvénients et contribuer à l'intégration sociale. [...] En résumé, les décideurs reconnaissent que

Le Canada prend des mesures pour investir davantage dans l'éducation et l'accueil des jeunes enfants.

La qualité des environnements des enfants influe sur leur développement. La participation à un programme de garderie de qualité occupe une importance particulière pour les enfants défavorisés dont les milieux de vie sont souvent plus limités et qui commencent l'école avec une base moins solide que celle des enfants de leur âge provenant d'un milieu plus favorisé³⁹. La recherche a démontré que le coût élevé des services de garde entrave la participation des parents à faible revenu à la vie active³⁹. Dans de nombreuses études, les mères issues de milieux autrement défavorisés déclarent que leur présence sur le marché du travail a des effets positifs sur leurs enfants³⁹.

L'accessibilité et la qualité représentent deux caractéristiques que l'on a associées à des programmes efficaces pour les enfants³. On présente des stratégies particulières, mises au point par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et les États-Unis, tout en posant un regard sur les politiques des services de garde au Canada.

l'accès équitable des jeunes enfants à une éducation et un accueil de qualité peut renforcer les fondements de l'apprentissage de tous les enfants toute la durée de la vie et contribuer à satisfaire les vastes besoins éducatifs et sociaux des familles⁴⁰.

Éducation et accueil des jeunes enfants : leçons des pays de l'OCDE résume les tendances récentes des pays de l'OCDE afin d'améliorer l'éducation et l'accueil des jeunes enfants et, selon cet inventaire, les éléments clés de la politique susceptibles de promouvoir l'accès équitable à une éducation et un accueil de qualité à la jeune enfance⁴⁰. Dans un document de l'OCDE de 2003, on affirme que la « participation à des programmes de bonne qualité de l'Éducation et accueil des jeunes enfants ne fait non seulement aucun tort, mais a aussi des répercussions positives sur les enfants en ce qui concerne le développement cognitif, social et émotionnel, la préparation à l'école et le rendement scolaire²⁵.

Centres pour le contrôle des maladies, États-Unis

On recommande fortement les programmes publics en établissement sur le développement de la jeune enfance pour réduire le retard du développement cognitif chez les enfants de trois à cinq ans d'une famille à faible revenu⁴¹. Cette recommandation vient du guide communautaire des centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis. Les responsables du guide communautaire effectuent des examens systématiques de la documentation scientifique et émettent des recommandations fondées sur des preuves, incluant ce qui suit⁴¹ :

Un examen systématique des études publiées, mené par une équipe d'experts pour le compte du groupe de travail sur les services communautaires préventifs, a permis de découvrir que les programmes de développement de la jeune enfance sont efficaces pour améliorer la préparation à l'apprentissage : les enfants ayant participé à ces programmes sont plus susceptibles que

les enfants non inscrits de réussir leurs cours avec leurs camarades de classe et moins susceptibles d'être placés dans des classes spécialisées. En s'appuyant sur les preuves solides de ces examens, le groupe de travail a recommandé la mise en œuvre de cette intervention.

Que se passe-t-il au Canada au sujet des politiques sur les services de garde?

Dans son budget de février 2003, le gouvernement fédéral a annoncé une injection de 935 millions de dollars étalés sur cinq ans pour aider les provinces, les territoires et les Premières nations à améliorer l'accès à des services de garde de qualité pour les enfants (particulièrement pour les familles monoparentales et à faible revenu). Tout comme beaucoup d'autres pays de l'OCDE, le Canada prend des mesures pour investir davantage dans l'éducation et l'accueil des jeunes enfants en raison des avantages importants pour leur développement³⁸.

L'OCDE a entrepris une comparaison systématique de l'éducation et de l'accueil des jeunes enfants dans 12 pays; le Canada n'y a pas participé. Le rapport a identifié « sept tendances actuelles transnationales dans les politiques » de l'éducation et l'accueil des jeunes enfants :

1. Expansion de la prestation pour un accès universel;
2. Augmentation de la qualité de la prestation;
3. Promotion de la cohérence et de la coordination de la politique et des services;
4. Exploration de stratégies assurant un investissement adéquat dans le système;
5. Amélioration de la formation du personnel et des conditions de travail;
6. Élaboration de cadres instructifs convenant aux jeunes enfants;
7. Participation des parents, des familles et des collectivités.

Le rapport a énuméré huit éléments clés de la politique susceptibles de promouvoir l'accès équitable à une éducation et un accueil de qualité pour la petite enfance.

1. Approche systématique et intégrée à l'élaboration et la mise en œuvre de politiques;
2. Partenariat solide et équitable avec le système éducatif;
3. Approche universelle à l'accès et attention particulière portée aux enfants ayant besoin de soutien spécial;
4. Investissement public substantiel dans les services et l'infrastructure;
5. Approche participative à l'amélioration et l'assurance de la qualité;
6. Formation pertinente et conditions de travail appropriées pour le personnel;
7. Attention systématique portée à la surveillance et à la collecte de données;
8. Cadre stable et programme à long terme.

Selon le rapport de l'OCDE, l'inclusion de ce type de politique mènerait à l'inclusion de plusieurs intervenants et s'inscrirait dans la foulée des efforts pour diminuer la pauvreté infantile, promouvoir l'équité des sexes, améliorer la scolarité, respecter la diversité et augmenter la qualité de vie des parents et des enfants.

Éducation et accueil des jeunes enfants : leçons des pays de l'OCDE⁴⁰

Selon les données de 1994-1995 de l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes, malgré l'importance que revêtent les garderies de qualité pour les enfants défavorisés, moins de la moitié des jeunes Canadiens de quatre ans issus de familles à faible revenu ont fréquenté des services de garde autorisés ou suivi des programmes de pré-maternelle³⁸. Des recherches plus récentes sont nécessaires pour comprendre la situation actuelle dans l'accès aux garderies.

L'unité de ressources et de recherche en services de garde de l'Université de Toronto a récemment fourni un aperçu de l'éducation et de l'accueil des jeunes enfants au Canada.

Chaque secteur de compétence du Canada possède sa propre approche à l'éducation et à l'accueil des jeunes enfants. Chacun détient un certain nombre de programmes destinés à « l'accueil », à « l'éducation » et à l'atteinte

Bien que toutes les provinces et tous les territoires (ainsi que certaines municipalités) subventionnent une partie ou la totalité des coûts des services de garde autorisés pour les parents à faible revenu, les subventions ne couvrent habituellement pas tous les frais et excluent de nombreux parents admissibles⁴². Par conséquent, l'ensemble des services de garde sont payants au Canada et beaucoup de familles ne peuvent avoir accès à des services de qualité en raison de leurs coûts²⁷. Ainsi, le nombre de services de garde de qualité ne répond pas à la demande et ceux à la disposition des familles sont dispendieux²⁷.

La Fédération canadienne des services de garde à l'enfance et l'Association canadienne pour la promotion des services de garde à l'enfance ont publié un rapport en 2003 sur la perception du public face aux services de garde de qualité. Neuf répondants sur 10 ont affirmé qu'un service de garde de qualité est important pour le développement de l'enfant. Cinquante-six pour cent ont qualifié les services de garde au Canada « d'excellents » ou

Le public canadien s'attend à ce que les gouvernements s'assurent de l'accessibilité et de l'abordabilité des services de garde de qualité.

d'autres objectifs tels que la réduction des effets de la pauvreté et le soutien aux parents. Dans l'ensemble, le Canada n'a pas une stratégie nationale sur l'Éducation et l'accueil aux jeunes enfants (EAJE). [...] Ces programmes, services de garde autorisés et écoles maternelles (épaulés par des programmes de ressources pour les familles visant principalement à soutenir les parents, un assortiment de paiements permettant aux parents de payer pour les services et les congés parentaux), constituent l'Éducation et l'accueil aux jeunes enfants au Canada. [...] La gamme des services d'éducation et d'accueil à la petite enfance ainsi que l'accès à ceux-ci varient énormément selon la région et les circonstances. Toutefois, aucune région du Canada ne fournit actuellement un système de services bien conçu et financé en matière d'éducation et d'accueil des jeunes enfants afin de répondre aux besoins de la majorité des familles et des enfants⁴².

« bons », alors que 40 % les ont qualifiés de « passables » ou « médiocres ». Selon 90 % des répondants à l'enquête, le public canadien s'attend à ce que les gouvernements garantissent des services de garde de qualité accessibles et abordables au moyen d'un système coordonné à l'échelle nationale⁴³.

Programmes de détection précoce et d'intervention

Les programmes de détection précoce et d'intervention explorés dans le présent chapitre représentent le quatrième groupe d'exemples de politiques et de programmes liés à de bonnes compétences parentales et familiales. Cette section présente des exemples de programmes de détection précoce et d'intervention visant à avantager les femmes et les familles défavorisées.

Dispensaire diététique de Montréal

Le Dispensaire diététique de Montréal a été mis sur pied dans les années 1960 dans le but d'améliorer l'issue des grossesses chez les femmes urbaines défavorisées sur le plan social. Le Dispensaire diététique de Montréal (qui fait aussi maintenant partie d'un projet du Programme canadien de nutrition prénatale) travaille avec les femmes pauvres à risque élevé, ce qui comprend les adolescentes enceintes, dans la région métropolitaine de Montréal. Le programme commence par une première visite à domicile permettant d'établir une relation et se poursuit avec l'éducation et la motivation des femmes au moyen du counseling. Il a pour objectif d'améliorer le régime alimentaire de ces femmes afin de répondre aux fortes demandes nutritionnelles de la grossesse et de réduire les risques d'avoir un bébé dont le poids est faible à la naissance.

Quatre-vingt-quatorze pour cent des clientes du Dispensaire diététique de Montréal reçoivent des compléments alimentaires. En 1991, seulement 5 % des bébés des clientes du Dispensaire avaient un poids insuffisant à la naissance — soit moins de la moitié de la norme chez ce groupe de population⁴⁴. Par ailleurs, on a observé une diminution des problèmes associés à l'insuffisance de poids à la naissance et des dépenses de santé qui en découlent. Une étude sur le budget de 1997 du programme a démontré que l'on économisait huit dollars en coûts liés aux soins de santé pour chaque dollar dépensé

des projets visent les femmes enceintes vulnérables (p. ex. les adolescentes, les femmes autochtones, les femmes ayant immigré récemment, celles à faible revenu ou isolées sur le plan géographique, les fumeuses, les femmes qui consomment de l'alcool ou d'autres substances et les femmes ayant difficilement accès aux services). Les modèles de prestation des programmes sont conçus en fonction des besoins de la collectivité et varient donc entre chacune d'entre elles. On encourage les collectivités à participer à la conception et à la prestation du programme. Elles peuvent faire leur choix parmi divers éléments de programmes, soit : suppléments alimentaires; soutien à l'allaitement; counseling nutritionnel individuel; suppléments vitaminiques et évaluation de l'alimentation; éducation et conseils sur le style de vie; formation sur la préparation alimentaire; soutien par les pairs; cuisines collectives; visites à domicile; garderies et aide à l'accès aux services.

Les données recueillies au moyen de 350 projets du PCNP de 1996 à 2002 montrent que 79 % des participantes ont commencé à allaiter¹⁶. Santé Canada affirme que même si les taux d'allaitement des enquêtes ne sont pas directement comparables, ceux du PCNP semblent être plus élevés que ceux des groupes à risque semblables de la population générale. Les stratégies utilisées pour encourager l'allaitement comprennent des modèles de soutien par les pairs et de soutien professionnel ainsi qu'un partenariat de collaboration avec les initiatives d'allaitement des collectivités locales⁴⁸.

Des programmes bien conçus de visites à domicile peuvent améliorer le bien-être physique, social et émotionnel des familles.

sur une cliente du Dispensaire. L'étude a estimé que les six millions de dollars nécessaires aux interventions effectuées à un moment donné, à l'échelle provinciale, sur toutes les femmes enceintes à faible revenu pourraient être entièrement récupérés au moyen de coûts réduits de soins de santé à l'intérieur de 12 à 14 mois⁴⁵.

Programme canadien de nutrition prénatale

Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) est un programme alimentaire exhaustif s'efforçant de réduire le nombre de nouveau-nés ayant un poids insuffisant à la naissance, d'améliorer la santé des nouveau-nés et de leur mère et d'encourager l'allaitement maternel¹⁶. Plus de 95 %

Visites à domicile

Diverses études ont montré que des programmes de visites à domicile bien conçus peuvent améliorer le bien-être physique, social et émotionnel des familles²⁷. Les services d'un certain nombre d'agences publiques incluent les visites à domicile. Ces dernières représentent l'une des formes les plus anciennes de la politique publique pour les familles. Des travailleurs sociaux, incluant Jane Adams de Chicago et Florence Nightingale de la Grande-Bretagne, en ont fait la promotion à la fin du 19^e siècle et au début du 20^e siècle. On a introduit les visites à domicile comme un moyen de réduire les taux de mortalité infantile et d'améliorer de façon générale les conditions de vie des familles pauvres.

On utilise le plus souvent les visites à domicile pour les familles dites « à risque » telles que celles dirigées par de jeunes mères célibataires, les familles ayant peu de ressources économiques et celles qui n'ont pas accès à d'autres services communautaires. De tels programmes possèdent divers objectifs, dont la promotion des compétences parentales, la prévention de la violence et de la négligence à l'égard des enfants, la promotion d'un développement sain et l'amélioration de la vie des parents en fournissant l'information sur les possibilités d'éducation ou de planification familiale.

Le programme créé et mis en œuvre par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre est un exemple de ces programmes. Son programme de visites à domicile pour les femmes enceintes peu instruites et à faible revenu, intitulé « Naître égaux — Grandir en santé », a commencé en 1994. Il comprenait à la fois les visites prénatales et l'approvisionnement en nourriture saine. Une évaluation a montré des améliorations considérables chez ces nouvelles mères : taux inférieurs de dépression postnatale, moins d'anémie, meilleures habitudes alimentaires et taux plus élevés d'allaitement ou d'utilisation de substituts de qualité⁴⁶.

Milieux communautaires favorables

Les programmes mis sur pied afin de créer des milieux communautaires favorables ont tendance à être variés, en grande partie parce qu'ils visent certaines régions géographiques (collectivités définies géographiquement) ou certains groupes de population (collectivités définies selon d'autres critères, comme le revenu).

fondations familiales privées comme McConnell, Bronfman, Laidlaw, Donner et Atkinson) et dépendent également parfois de contributions majeures des bénévoles. Il se peut que seule une petite partie du soutien financier de ces initiatives provienne du secteur public.

Un examen commandé par l'ISPC en 2003 et portant sur un certain nombre de programmes de mobilisation des collectivités au Canada, a permis de constater que tout était fondé dans une large mesure sur l'initiative communautaire elle-même²⁷. Les auteurs ont conclu que l'examen de ces programmes est difficile, car beaucoup d'entre eux sont introduits comme projets pilotes avec une évaluation restreinte. Les paragraphes qui suivent présentent deux exemples de projets appuyant des milieux communautaires favorables.

Projet de recherche du programme Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur

Le programme Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur a vu le jour en Ontario en 1990 en tant que « projet de démonstration longitudinal de 25 ans pour la recherche sur les politiques de prévention qui fournit l'information sur l'efficacité de la prévention comme politique pour les enfants⁴⁹. » On a mis sur pied des programmes dans des quartiers défavorisés socialement et économiquement de huit régions de l'Ontario : Guelph, Kingston Nord, sud-est d'Ottawa, un quartier du centre-ville de Toronto, Île Walpole, Cornwall, Highfield et Sudbury.

Afin de s'assurer que les constatations de la recherche sont comparables pour toutes les régions, le gouvernement a financé l'unité de coordination

Plusieurs projets communautaires dépendent de contributions majeures des bénévoles.

De plus, certains programmes sont des initiatives non gouvernementales, dans lesquelles l'influence de la politique publique directe peut être restreinte. Ces programmes sont mis en place par des agences telles que Centraide, YMCA/YWCA, des organisations de services communautaires comme Kiwanis et Rotary, des unités de recherche et ainsi de suite, souvent en partenariat avec les gouvernements. Ils sont parfois appuyés par des fondations (comme les membres de Fondations communautaires du Canada ou les

de la recherche de Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur. La recherche a pour but d'évaluer les résultats à court terme (5 ans) et à long terme (10 ans et plus) des enfants et des familles et de déterminer les processus et les activités que l'on utilise dans les projets locaux pour accroître la capacité, intégrer les services et créer des quartiers plus favorisés pour les jeunes enfants. L'unité de recherche a préparé un rapport de constatations à court terme qui comprend les mesures des résultats de plus de 1 400 enfants, leur famille et leur quartier

dans les régions touchées par le programme Partir d'un bon pas au cours des cinq premières années de sa mise en œuvre, en les comparant à plusieurs régions témoins et en évaluant les coûts d'opération des programmes⁴⁹.

On a tiré certaines leçons de l'expérience dans les huit régions et on a relevé des résultats clés à court terme dans sept secteurs :

- **Élaboration de programmes** : On a créé plusieurs programmes, nouveaux ou améliorés, axés sur les enfants et les familles, les parents, les écoles et les collectivités dans les huit sites participants⁴⁹. Ces programmes, bien que présents généralement dans les quartiers de la classe moyenne, n'existaient pas dans les sites participants⁴⁹.
- **Participation des résidents** : Les résidents locaux ont joué des rôles essentiels dans la gestion du projet et le processus décisionnel, l'élaboration de programmes et le recrutement de personnel pour les programmes⁴⁹. Leur participation a contribué à réduire les coûts associés aux programmes, à augmenter l'adoption des programmes et à « améliorer les compétences et l'employabilité des résidents participants. »⁴⁹
- **Intégration des services** : On a établi « d'importants partenariats » avec « d'autres programmes dans les services sociaux, la santé et l'éducation. »⁴⁹ Cela a permis le partage des ressources et « la collaboration dans d'autres initiatives axées sur la famille et les enfants. »⁴⁹
- **Résultats pour les enfants** : « Les tendances les plus fréquentes et consistantes des résultats positifs pour les enfants se situaient dans le fonctionnement émotionnel, de comportement et social. »⁴⁹
- **Résultats pour les parents et les familles** : Un site en particulier, Highfield, a affiché les plus importants résultats pour les parents. « Les parents ont déclaré moins d'événements à tension, moins de tension à équilibrer les soins aux enfants et d'autres responsabilités, plus de soutien social, une consommation réduite de l'alcool et plus d'exercices physiques. »⁴⁹ Les chercheurs « veulent attirer notre attention sur une caractéristique distincte du programme Highfield qui aurait pu faire la différence entre ce site et d'autres... Highfield a tenté de façon consistante et continue d'impliquer les parents dans ses programmes et dans les manifestations scolaires et pour débattre les questions soulevées sur les enfants et les familles. »⁴⁹

Messages clés :

- S'attaquer à trois grands secteurs d'intervention améliorerait probablement les résultats de développement des jeunes enfants au Canada :
 - Assurer un revenu suffisant;
 - Appuyer de bonnes compétences parentales et familiales;
 - Créer des milieux communautaires favorables.
- De nombreux programmes et services, faisant partie de l'une des quatre catégories ci-dessous, se sont révélés efficaces :
 - Programmes de renforcement des familles (p. ex. congé parental, programmes d'intervention précoce);
 - Programmes en établissement axés sur l'éducation et l'accueil des jeunes enfants;
 - Programmes de détection précoce et d'intervention avec extension des services (p. ex. visites à domicile);
 - Programmes de mobilisation des collectivités.
- La politique canadienne sur les congés parentaux se place au rang des meilleures pratiques au monde en ce qui concerne la durée du congé. Toutefois, les programmes canadiens d'éducation et d'accueil des jeunes enfants varient considérablement d'un bout à l'autre du pays.

- **Résultats pour les quartiers** : Certains sites ont affiché « une amélioration dans la satisfaction générale par rapport au quartier et à l’habitat »⁴⁹. Deux sites, Guelph et Kingston, « ont déclaré entre autres des améliorations dans l’homogénéité collective, une réduction des niveaux de déviance (consommation d’alcool et de drogues, violence et vols) »⁴⁹.
- **Résultats scolaires** : Dans un site, « les parents ont déclaré des résultats améliorés par rapport aux instituteurs et l’école de leurs enfants »⁴⁹. Les chercheurs soulignent que « la valeur des programmes destinés à forger activement des connexions et une participation entre les parents et l’école » contribue potentiellement à ces résultats améliorés⁴⁹.

En résumant les résultats de l’évaluation, les chercheurs ont mis l’accent sur la contribution du programme Partir d’un bon pas pour un avenir meilleur à la participation communautaire active des résidents locaux (une énorme réalisation dans les quartiers défavorisés) et à la création de partenariats fructueux avec d’autres organismes de services (pour répondre aux besoins locaux des jeunes enfants et de leur famille et aux besoins du quartier et de la collectivité en général)⁴⁹.

Programme d’action communautaire pour les enfants (PACE) de la région de Waterloo

Ce programme cherche à fournir des services en fonction de la participation de la collectivité. Grâce aux fonds provenant de Santé Canada et avec 42 autres partenaires, il affecte les ressources aux secteurs qui, selon la collectivité, en ont besoin le plus, soit les enfants d’âge préscolaire vivant dans

Le programme offre une variété d’activités : activités axées sur les enfants (comme les séances préscolaires), sur les parents (comme les ateliers et les groupes de soutien), sur la famille (comme les groupes pour les enfants et les parents), et activités de développement communautaire (comme les ateliers éducatifs destinés aux membres de la collectivité et portant sur divers sujets)⁵⁰.

On a créé un comité d’évaluation qui agit en tant que sous-comité de l’équipe d’action régionale composé de représentants des secteurs locaux, d’un coordinateur de programme et d’un conseiller. En 2000, le *Centre for Research and Education in Human Services* à Kitchener-Waterloo a évalué le PACE au moyen de rapports du programme, du formulaire d’admission et du questionnaire sur la satisfaction des participants. Cela comprenait également les données sur la description des participants, leurs rôles et leur niveau de satisfaction. Les réponses des participants ont révélé leur satisfaction élevée à l’égard de la qualité du PACE dans leur collectivité. Près des trois quarts des participants trouvaient que la programmation était « excellente ». Les participants ont déclaré que le programme avait des répercussions sur leurs enfants, leurs compétences parentales et leur degré d’intégration à la collectivité⁵⁰.

La participation de la collectivité constituait un ingrédient essentiel au projet de recherche de Partir d’un bon pas pour un avenir meilleur et au Programme d’action communautaire pour les enfants de Waterloo. On a également déterminé que la participation de la collectivité représentait l’un des principes d’un programme efficace³.

Les résultats du programme comprennent une participation active des résidents ainsi que des partenariats fructueux avec des organismes de service.

des conditions à risque. Il s’agit de programmes communautaires, c’est-à-dire de programmes accessibles, qui comportent un service extérieur aux groupes de la collectivité, qui font participer la collectivité à la prise de décisions et qui répondent aux besoins de la collectivité en établissant des partenariats communautaires.

Résumé

Le développement de la jeune enfance joue un rôle fondamental dans le succès et l'épanouissement humain. Des rapports de chercheurs, de commissions et de gouvernements renforcent l'importance du développement du jeune enfant pour de nombreux résultats cliniques et de développement au cours d'une vie. Par ailleurs, un nombre de programmes contribuent efficacement aux résultats cliniques et de développement des enfants. Beaucoup d'interventions s'avèrent efficaces pour le soutien des familles ayant des enfants exposés à un risque de retard dans leur développement.

Bien que la durée du congé parental au pays se place maintenant au rang des meilleures pratiques, les programmes d'éducation et d'accueil des jeunes enfants varient considérablement. D'un bout à l'autre du pays, il existe un ensemble de politiques et de programmes qui ne répondent pas à tous les besoins des enfants et des familles. Par exemple, le Comité des Nations Unies des droits de l'enfant a encouragé le gouvernement canadien à accorder la priorité aux services de garde à l'enfance^{52, 53}.

Bien que les programmes examinés dans le présent chapitre fassent preuve d'efficacité, on a besoin de plus de recherches poussées. Plusieurs des évaluations de programmes effectuées jusqu'à maintenant contiennent davantage d'information qui décrivent les processus de mise sur pied et les processus opérationnels et moins d'information concernant les répercussions des programmes sur le développement des enfants et d'autres résultats ainsi que la manière dont se comparent les coûts et les avantages des différentes approches.

On doit mener plus de recherches sur la généralisabilité, étant donné qu'on a appliqué beaucoup de programmes à des populations particulières d'enfants et de familles, c'est-à-dire les populations défavorisées d'une manière ou d'une autre. On ne sait pas clairement si les constatations de ces études s'appliquent à tous les enfants et à toutes les familles.

La base des preuves des politiques et des programmes de développement de la jeune enfance est porteuse d'avenir. Même si on en apprendra davantage dans le futur grâce aux conclusions d'autres recherches dans les domaines en question dans ce chapitre, on a identifié certaines caractéristiques et certains principes des programmes efficaces. Ces caractéristiques comprennent : qualité, portée appropriée, intégralité, durée, moment et intensité, disponibilité et accessibilité, portée communautaire et responsabilité de rendre des comptes^{3, 53}. Des recherches supplémentaires pourraient nous faire comprendre davantage la meilleure façon d'améliorer l'élaboration, la mise en œuvre, la gestion et l'évaluation des interventions qui favorisent des résultats efficaces.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

<p>Que savons-nous?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le développement de la jeune enfance est indispensable à la santé et au bien-être à long terme. • Plusieurs politiques et programmes se sont révélés efficaces pour améliorer les résultats de développement du jeune enfant; les caractéristiques clés de ces programmes comprennent la qualité, l'accessibilité et la participation de la collectivité. • L'éducation et l'accueil aux jeunes enfants donnés en établissement peuvent améliorer les aptitudes scolaires des enfants et leur développement à long terme. • Les programmes de nutrition, tels que le Dispensaire diététique de Montréal, peuvent contribuer à un meilleur départ dans la vie des enfants. • Il existe des preuves selon lesquelles les retombées économiques des investissements consacrés aux jeunes enfants peuvent être élevées. Les profits l'emportent généralement sur les coûts du programme révisé. Par exemple, les programmes montrent une diminution des coûts pour les services de santé et les services sociaux plus tard dans la vie. Les programmes intensifs de services de garde, bien que dispendieux, peuvent être efficaces et générer des profits à long terme qui dépassent les coûts initiaux du programme, particulièrement pour les enfants à risque élevé.
<p>Que devons-nous savoir?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'efficacité relative de divers programmes et politiques visant à améliorer le développement du jeune enfant. • L'efficacité des programmes destinés à tous les enfants, sans égard au niveau de revenu ou au risque.
<p>Que se passe-t-il?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des services sociaux ont conclu une entente en 2000 concernant un cadre permettant d'accroître l'accès à des programmes provinciaux et territoriaux abordables et de qualité en matière de services de garde et d'apprentissage précoce autorisés; ils ont convenu de rendre compte régulièrement des résultats des enfants. Le prochain rapport sortira en 2004. • Dans son budget de février 2003, le gouvernement fédéral a annoncé une injection de 935 millions de dollars étalés sur cinq ans pour aider les provinces, les territoires et les Premières nations à améliorer l'accès à des services de garde de qualité pour les enfants.

Pour en savoir davantage

- 1 M. RIOUX, D. I. HAY. *Well-Being: A Conceptual Framework*, Vancouver, Social Planning and Research Council of British Columbia, 1993.
- 2 C. HERTZMAN. *Leave No Child Behind. Social Exclusion and Child Development*, Toronto, Laidlaw Foundation, 2003.
- 3 C. HERTZMAN. *À la défense d'une stratégie de développement des jeunes enfants*, Isuma, 2000, 1(2), 11-18.
- 4 D. I. HAY, A. WACHTEL. *The Well-Being of British Columbia's Children and Youth: A Framework for Understanding and Action*, Vancouver, First Call, 1998.
- 5 D. DODGE. *Human Capital, Early Childhood Development, and Economic Growth: An Economist's Perspective*, discours à l'attention de l'Alliance Sparrow Lake, Sparrow Lake, 2003. <www.sparrowlake.org/news/SparrowLakeAlliance-speech-2May03-smallprint.pdf>.
- 6 N. MCCAIN, J. F. MUSTARD, L'INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES AVANCÉES. *The Early Years Study Three Years Later, from Early Child Development to Human Development — Enabling Communities*, Toronto, L'Institut canadien de recherches avancées, 2002.
- 7 C. HERTZMAN, F. MUSTARD. *A healthy childhood = A healthy adult life*, Entropy, 1997, 1(1), 3-4.
- 8 B. D. PERRY. *Incubated in Terror: Neurodevelopmental Factors in the "Cycle of Violence."* Dans J. D. Osofsky (Ed), *Children in a Violent Society*, New York, Guilford, 1997.
- 9 C. HERTZMAN, M. WIENS. *Child development and long-term outcomes: A population health perspective and summary of successful interventions*, Social Science and Medicine, 1996, 43(7), 1083-1095.
- 10 J. D. WILLMS. *Vulnerable Children: Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*, Edmonton, University of Alberta Press, Hull, Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée, 2002.
- 11 C. HERTZMAN. *Population Health and Human Development*. Dans D. P. Keating, C. Hertzman (Eds.), *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological and Educational Dynamics*, New York, Guilford, 1999.
- 12 B. JEFFERIS, C. POWER, C. HERTZMAN. *Birth weight, childhood socioeconomic environment, and cognitive development in the 1958 British birth cohort study*, British Medical Journal, 2002, 325, 305.
- 13 COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. *Pour un avenir en santé – Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, préparé pour la réunion des ministres de la Santé, Charlottetown, Î.-P.-É., Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, septembre 1999.
- 14 M. S. TREMBLAY, J. D. WILLMS. *Is the Canadian childhood obesity epidemic related to physical inactivity? International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2003, 27(9), 1100-1105.
- 15 C. HERTZMAN, S. A. MCLEAN, D. KOHEN, J. DUNN, T. EVANS. *Développement de la jeune enfance à Vancouver : Rapport du Community Asset Mapping Project (CAMP)*, Vancouver, Human Early Learning Partnership, 2003.
- 16 SANTÉ CANADA, DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA et AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. *Accord fédéral-provincial-territorial sur le développement de la petite enfance : rapport sur les activités et dépenses du gouvernement du Canada pour 2000-2001*. <www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/ecd_report_f.pdf>.
- 17 DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA, SANTÉ CANADA. *Le bien-être des jeunes enfants au Canada*, Ottawa, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2002.
- 18 D. P. KEATING, C. HERTZMAN. *Modernity's Paradox*. Dans D. P. Keating, C. Hertzman (Eds.), *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological, and Educational Dynamics*, New York, Guilford, 1999.

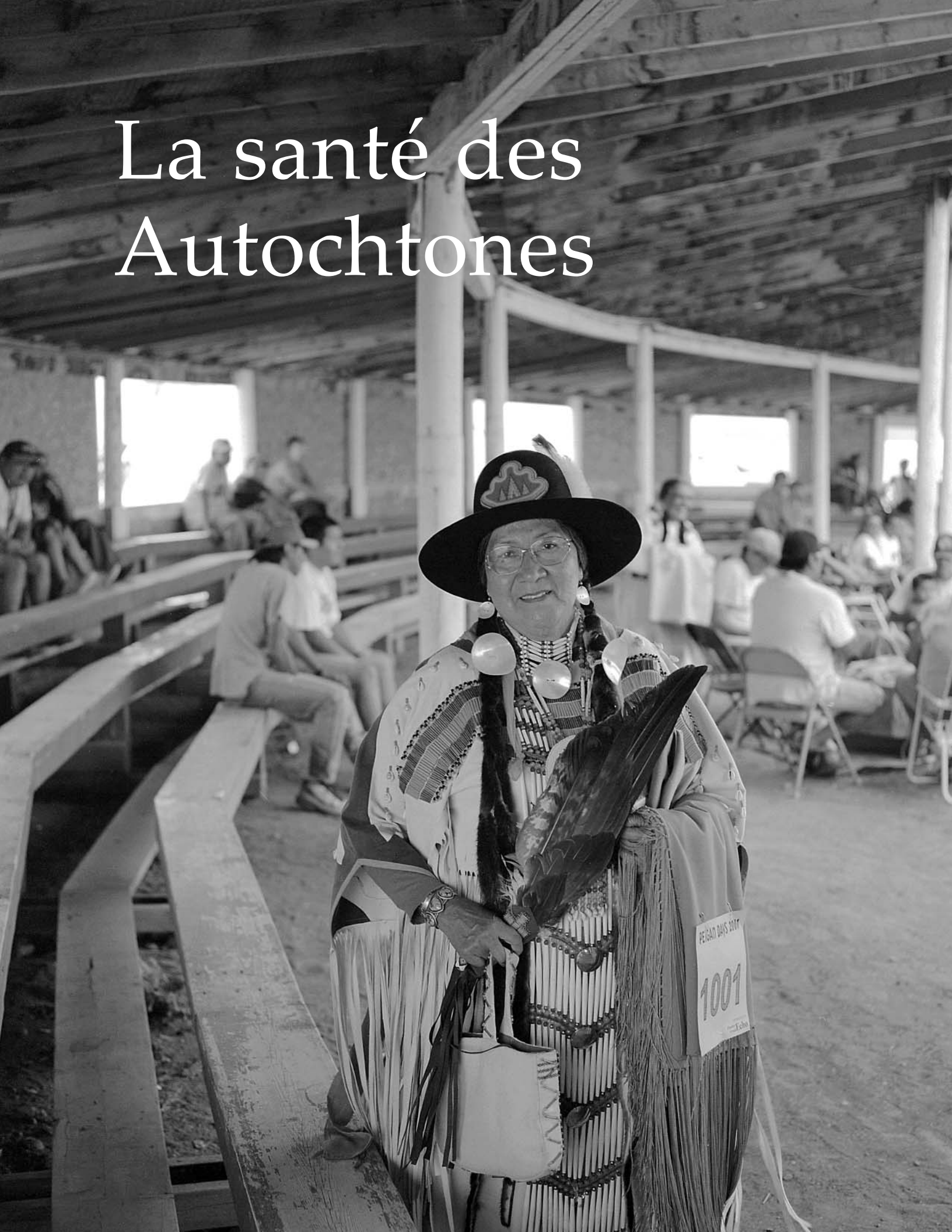
- 19 M. E. YOUNG. *From Early Child Development to Human Development*, Washington DC, Banque internationale, 2002.
- 20 L. J. SCHWEINHART. *Significant Benefits: The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 27*, Ypsilanti, Michigan, High/Scope Press, 1993.
- 21 A. J. REYNOLDS, J. A. TEMPLE, D. L. ROBERTSON, E. A. MANN. *Age 21 Cost-Benefit Analysis of the Title 1 Chicago Child-Parent Centers*, Educational Evaluation and Policy Analysis, 2002, 24(4), 267-303.
- 22 G. CLEVELAND, M. KRASHINSKY. *Facts and Fantasy: Eight Myths About Early Childhood Education and care*, Toronto, Childcare Resource and Research Unit, Université de Toronto, 2003. <www.childcarecanada.org/pubs/other/FF/Factandfantasy.pdf>.
- 23 S. M. STROICK, J. JENSON. *What is the Best Policy Mix for Canada's Young Children?*, Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 1999.
- 24 C. RUHM. *Incidences de l'emploi des parents et des congés parentaux sur la santé et sur le développement des enfants*. Dans R. E. Tremblay, R. G. Barr, R. DeV. Peters (Eds), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, Montréal, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 2002. <www.excellencejeunesenfants.ca>.
- 25 S. B. KAMERMAN, M. NEUMAN, J. WALDFOGEL, J. BROOKS-GUNN. *Social Policies, Family Types and Child Outcomes in Selected OECD Countries*, Paris, OCDE, 2003.
- 26 D. LERO. *Recherche sur les politiques concernant les congés parentaux et le développement des enfants : implications pour les décideurs politiques et pour les prestataires de services*. Dans R. E. Tremblay, R. G. Barr, R. DeV. Peters (Eds), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, Montréal, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 2003. <www.excellence-earlychildhood.ca>.
- 27 C. BEAUVAIS, J. JENSON. *Efforts politiques pour assurer la santé et le développement de la jeune enfance*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
- 28 G. PRONOVOST. *Le congé parental en Suède*, Recherches sur la famille, Conseil de développement de la recherche sur la famille du Québec, 2003, 4(1), 12.
- 29 ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. *Babies and Bosses: Reconciling Work and Family Life, Vol. 1, Australia, Denmark and the Netherlands*. Paris, OCDE, 2002.
- 30 STATISTIQUE CANADA. *L'avantage du congé parental prolongé, L'emploi et le revenu en perspective*, 4(3), catalogue n° 75-001-XIF, 2003. <www.statcan.ca/english/indepth/75-001/online/00303/hi-fs_200303_01_a.html>.
- 31 GOUVERNEMENT DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE. *A Guide to the Employment Standards Act*, 2002. <www.labour.gov.bc.ca/esb/esaguide/>.
- 32 COMMISSION DES NORMES DU TRAVAIL. *Les normes du travail au Québec*, 2002. <www.cnt.gouv.qc.ca/fr/index>.
- 33 GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO. *Famille*, 2003. <www.gov.on.ca/MBS/french/government/family.html>.
- 34 NOUVEAU-BRUNSWICK CANADA. *Congé pour obligations familiales*, 2000. <www.gnb.ca/0308/FactSheets/14.pdf>.
- 35 B. FULLER, S. L. KAGAN, G. L. CASPARY, C. A. GAUTHIER. *Welfare Reform and Child Care Options for Low- Income Families*. Dans *The Future of Children*, 2002, 12(1), 97-119. <www.futureofchildren.org>.
- 36 MATHEMATICA POLICY RESEARCH, INC. et COLUMBIA UNIVERSITY'S CENTER FOR CHILDREN AND FAMILIES. *Making a Difference in the Lives of Infants and Toddlers and Their Families: The Impacts of Early Head Start*, sommaire exécutif Washington, DC, Child Outcomes Research and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services, 2002. <www.acf.hhs.gov/programs/core/ongoing_research/ehs/impacts_exesum/impacts_exesum_title.html>.

- 37 L. N. MASSE, S. W. BARNETT. *A Benefit Cost Analysis of the Abecedarian Early Childhood Intervention*, New Brunswick, NJ, National Institute for Early Education Research, 2002.
- 38 D. KOHEN, C. HERTZMAN, J. D. WILLMS. *The Importance of Quality Child Care*, Dans J. D. Willms (Ed), *Vulnerable Children: Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*, Edmonton, The University of Alberta Press, Hull, Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée, 2002.
- 39 C. DAGENAIS. *Effets de la politique familiale du Gouvernement du Québec sur la pauvreté des enfants vivant dans des familles à faible revenu*, Montréal, Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé (OMISS), 2001. <www.omiss.ca/recherche/pdf/cdagenais.pdf>.
- 40 ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. *Petite enfance, grands défis: Education et structures d'accueil*, Paris, OCDE, 2001.
- 41 L. M. ANDERSON, C. SHINN, J. ST. CHARLES. *Publicly Funded, Centre-Based Early Childhood Development Programs are Strongly Recommended to Reduce Cognitive Developmental Delay*, 2003. <www.thecommunityguide.org/social/soc-int-eed.pdf>.
- 42 M. FRIENDLY, J. BEACH, M. TURIANO. *Early Childhood Education and Care in Canada 2001*, Toronto, Childcare Resource and Research Unit, 2002. <www.childcarecanada.org/>.
- 43 FÉDÉRATION CANADIENNE DES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE. *Child Care in Canada : What Does the Public Want?*, 2003. <www.cccf-fcsge.ca/pressroom/images/FS-poll-2.pdf>.
- 44 GRANDIR EN SANTÉ AU CANADA. *Stratégies*, Dispensaire diététique de Montréal, <www.growinghealthykids.com/francais/strategies/index.html>. Dernier accès en date du 15 décembre 2003.
- 45 OUTILS DE CHANGEMENT. *Dispensaire diététique de Montréal*, 1999. <www.toolsofchange.com/Francais/firstsplit.asp>.
- 46 SANTÉ CANADA. *Programme canadien de nutrition prénatale*, 2002. <www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/pcnp_objectifs_f.html>.
- 47 INFANT FEEDING ACTION COALITION CANADA. *Canada Breastfeeds News*, bulletin, printemps 2002. <www.infactcanada.ca/Canada_Prenatal_Nutrition_Program.htm>. Dernier accès en date du 1^{er} décembre 2003.
- 48 RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Naître égaux — Grandir en santé : Des résultats pour poursuivre le chantier*, Rapport synthèse, 5(2), 2001. <www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/synthese/rapv5n2.pdf>.
- 49 R. DEV. PETERS, R. AMOLD, K. PETRUNKA, D. E. ANGUS, K. BROPHY, S. O. BURKE, G. CAMERON, S. EVERS, Y. HENRY, D. LEVESQUE, S. M. PANCER, G. ROBERTS-FIATI, S. TOWSON, W. K. WARREN. *Le développement des aptitudes et des compétences dans les communautés Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur : rapport des résultats à court terme*, sommaire exécutif, Kingston, Unité de coordination de la recherche « Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur », 2000. <bbbf.queensu.ca>.
- 50 CENTRE FOR RESEARCH AND EDUCATION IN HUMAN SERVICES. *CAPC of Waterloo Region Final Evaluation Report*, Kitchener, Centre for Research and Education in Human Services, 2000.
- 51 FÉDÉRATION CANADIENNE DES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE. *Les pressions internationales s'accroissent pour que le Canada prenne des mesures concernant la garde à l'enfance*, 2003. <www.cccf-fcsge.ca/pressroom/children%27s%20rights-Oct.2003-release-f.htm>.
- 52 HAUT COMMISSAIRE AUX DROITS DE L'HOMME DES NATIONS UNIES. *Comité des droits de l'enfant, observations finales : Canada, Examen des rapports présentés par les états parties en application de l'article 44 de la convention*, Genève, Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2003. <[www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/CRC.C.83.Add.6.Fr?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/CRC.C.83.Add.6.Fr?OpenDocument)>.
- 53 H. YOSHIKAWA. *Long-term effects of early childhood programs on social outcomes and delinquency*, *The Future of Children*, 1995, 5(3), 51-75.

Chapitre

4

La santé des Autochtones



Les conditions sociales, économiques et environnementales ont eu d'énormes répercussions sur la santé des Autochtones au Canada. Les négociations des traités, la perte de territoires au profit des pionniers, l'organisation du pouvoir et de la gouvernance, la prestation des services tels que ceux de santé et d'éducation, ne sont que quelques facteurs qui ont entraîné de grands bouleversements sur la vie, la culture et la santé des Autochtones et de leurs collectivités.

La santé et le bien-être contemporains des Autochtones du Canada doivent être vus dans ce contexte élargi historique et social. Les chercheurs autochtones ont de nombreux points de vue sur ce qui affecte la santé des Autochtones¹. Plusieurs facteurs sont similaires à ceux qui affectent les Canadiens en général, mais certains, spécifiques aux Autochtones et souvent mentionnés, comprennent le colonialisme et l'héritage des pensionnats, les effets du changement climatique ainsi que des contaminants environnementaux sur la santé des Inuits, le pouvoir communautaire et l'autodétermination.

Le présent chapitre commence tout d'abord par un aperçu des caractéristiques démographiques et de l'état de santé des Autochtones du Canada. Les principaux déterminants de la santé des Autochtones y sont présentés. La dernière partie du chapitre donne une vue d'ensemble des tendances politiques et des orientations.

Les Autochtones du Canada

Au Canada, le terme « Autochtone » fait référence aux Métis, aux Premières nations et aux Inuits, tel que décrit dans l'article 35 de la *Loi constitutionnelle* de 1982. Selon le recensement de 2001, plus

La population des Premières nations est plus jeune que la population canadienne générale. Ainsi en 2001, 35 % des Premières nations avaient moins de 14 ans, tandis que 19 % de la population non autochtone se situait dans ce groupe d'âge².

Au Canada, le terme « Autochtone » fait référence aux Métis, aux Premières nations et aux Inuits.

d'un million de personnes ont une ascendance autochtone au Canada, ce qui représente environ 4 % des Canadiens.

Les Métis, les Premières nations et les Inuits sont différents et se distinguent les uns des autres par leur histoire. De plus, on trouve une importante diversité dans les groupes. La plupart des données canadiennes existantes sur les Autochtones sont tirées de la population indienne de plein droit. Ce facteur peut causer des problèmes considérables lorsqu'on essaie de comprendre la santé générale des Autochtones du Canada.

Les Premières nations

D'après le recensement de 2001, les Premières nations représentent approximativement 62 % des Autochtones du Canada². On compte plus de 600 collectivités de Premières nations, qui se divisent en près de 50 groupes culturels et linguistiques distincts attachés à des assises territoriales traditionnelles³. Les membres des Premières nations comprennent ceux enregistrés selon la *Loi sur les Indiens*, reconnus comme des Indiens de plein droit ou des Indiens inscrits, ainsi

Les Inuits

Les Inuits représentent approximativement 5 % des Autochtones du Canada. Entre 1996 et 2001, la population inuite a augmenté de 12 %. À l'opposé, la population totale non autochtone n'a augmenté que de 3,4 % au cours de cette période. Soixante-dix pour cent de tous les Inuits peuvent au moins maintenir des conversations fluides en inuktitut et 65 % des Inuits de l'Arctique le parlent à la maison².

La majorité des Inuits vivent principalement dans 55 collectivités qui s'étendent sur deux provinces et deux territoires^{2, 3}. À l'exception d'une seule, elles sont toutes des collectivités côtières et presque toutes accessibles par la voie des airs seulement. Les collectivités inuites sont divisées en quatre régions au Canada (figure 1)² :

- Nunavut — la moitié de tous les Inuits
- Inuvialuit (Arctique occidental) — environ 9 % des Inuits
- Nunavik (Québec nordique) — 21 % des Inuits
- Nunatsiavut (Labrador nordique) — 10 % des Inuits

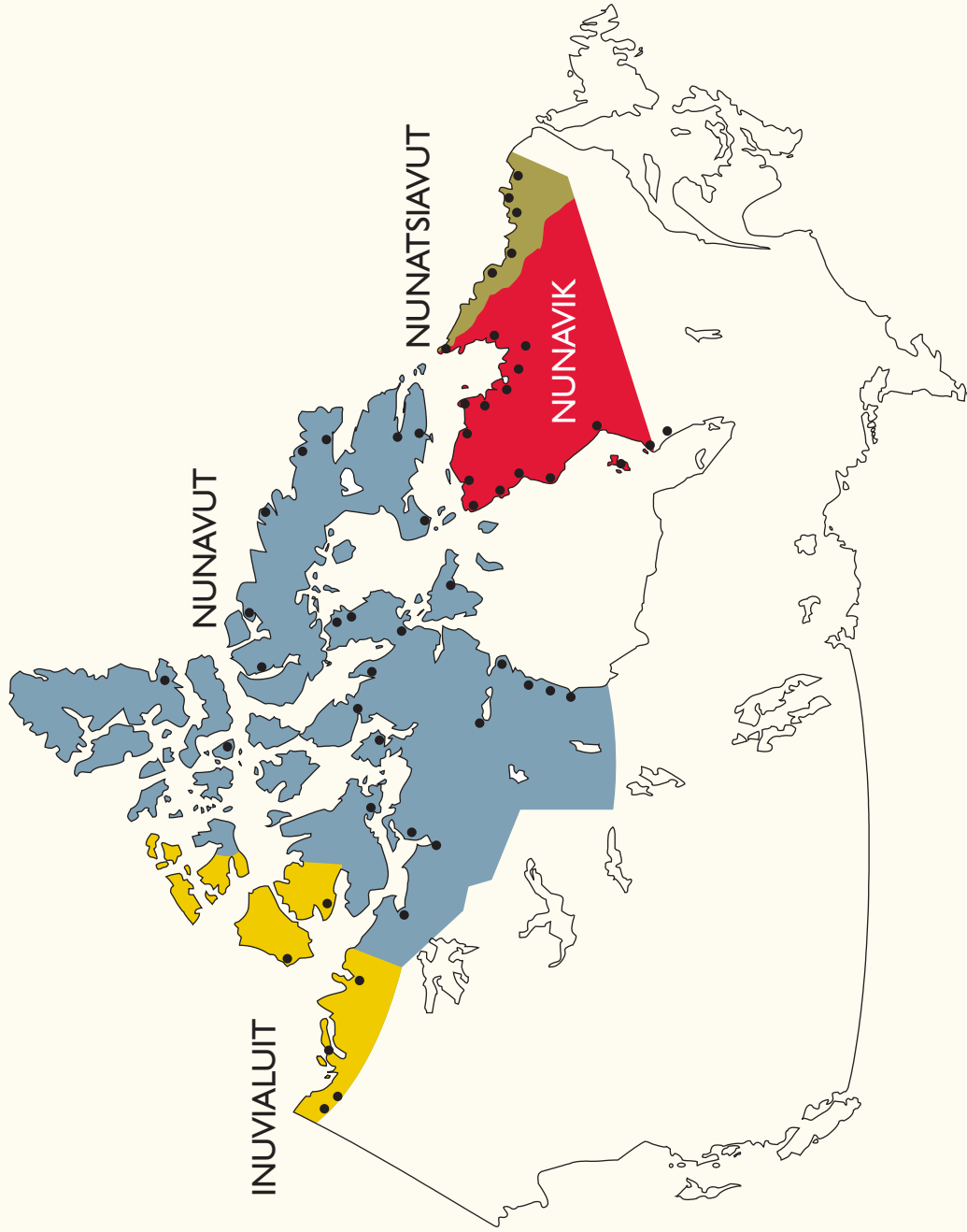
La plupart des données canadiennes existantes sur les Autochtones sont tirées de la population indienne de plein droit.

Données sur la santé de la population des Autochtones du Canada
voir page 98

que ceux non enregistrés, soit les Indiens non inscrits. Les Indiens inscrits ont le droit d'avoir leur nom écrit dans le Registre des Indiens (une liste officielle gérée par le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada). Selon cette loi, ils peuvent se prévaloir de certains droits et avantages. Dans le présent rapport, le nom Premières nations inscrites fait référence à ce groupe. En 2000, 58 % des Premières nations inscrites vivaient dans des réserves et 42 %, à l'extérieur de ces dernières⁴.

L'économie, fondée sur la terre, représente plus qu'une activité économique — elle fait partie intégrante du processus culturel et social du mode de vie des Inuits⁵. Ces derniers ont réussi à négocier des ententes de revendications de territoires, dont une seule reste à conclure au Labrador, où on s'est entendu sur une entente de principe avec le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador⁶.

Figure 1
Régions et
collectivités
inuites au Canada



Source : Inuit Tapiriit Kanatami, *Inuit of Canada*, Ottawa, 2003.

Les Métis

Selon le recensement de 2001, les Métis, un groupe d'Autochtones distinct au Canada, représentent approximativement 30 % des Autochtones du Canada². Ils se différencient des Premières nations et des Inuits par leur langue et leur patrimoine culturel. Bien que les ancêtres des Métis d'aujourd'hui étaient des Européens et des femmes des Premières nations, leur descendance s'est forgée une collectivité unique et bien distincte, de par sa langue, le michif, ses traditions sociales et politiques ainsi que son identité de groupe présente avant et après la grande colonisation européenne. À ce jour, il existe bien peu de données propres aux Métis, ce qui comprend la santé.

Les différences entre les Autochtones

Les différences entre les groupes d'Autochtones constituent une partie importante de la réalité autochtone. Elles ont des incidences politiques sur la recherche, sur les ressources et sur l'amélioration de la santé des Autochtones. La figure 2 dresse le portrait des différences entre les origines, l'histoire, la culture et les langues des peuples autochtones du Canada.

La culture, la langue et les traditions composent la vision holistique de la santé qu'ont les Autochtones du Canada⁷. Tout comme dans de nombreuses cultures indigènes dans le monde, le bien-être est reconnu comme une interaction complexe entre des facteurs physiques, mentaux, intellectuels, spirituels et émotionnels⁸. De tels éléments ne sont pas classés dans une hiérarchie de besoins humains, mais comme des composantes tout aussi importantes et nécessaires « pour être en vie et bien » (le concept de santé des Cris)⁹. Le bien-être provient du maintien d'un équilibre et d'une harmonie entre tous les besoins et avec la nature. Ceci signifie que les besoins spirituels sont aussi importants que la soif, par exemple¹⁰.

Étant donné l'approche holistique à la santé et au bien-être, il n'est pas étonnant de constater une relation étroite entre les contacts historiques entre

Autochtones et non-Autochtones, les politiques d'assimilation et l'état de santé des Autochtones d'aujourd'hui¹¹. Selon un sondage d'opinion réalisé en 2002, 63 % des répondants des Premières nations et 57 % des répondants des Métis ont indiqué que la perte de territoire et de culture sont d'importants facteurs qui entraînent un état de santé appauvri^{12, 13}. Parallèlement, 80 % des répondants à l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits de 1997 étaient d'accord pour dire qu'un retour aux modes traditionnels favorise la promotion du bien-être¹⁴.

Messages clés

- Plus d'un million de personnes ont une ascendance autochtone au Canada, soit plus de 4 % des Canadiens.
- Le groupe des Autochtones se compose des Premières nations, des Métis et des Inuits.
- Les Autochtones reconnaissent que l'identité culturelle est primordiale pour la santé et le bien-être.

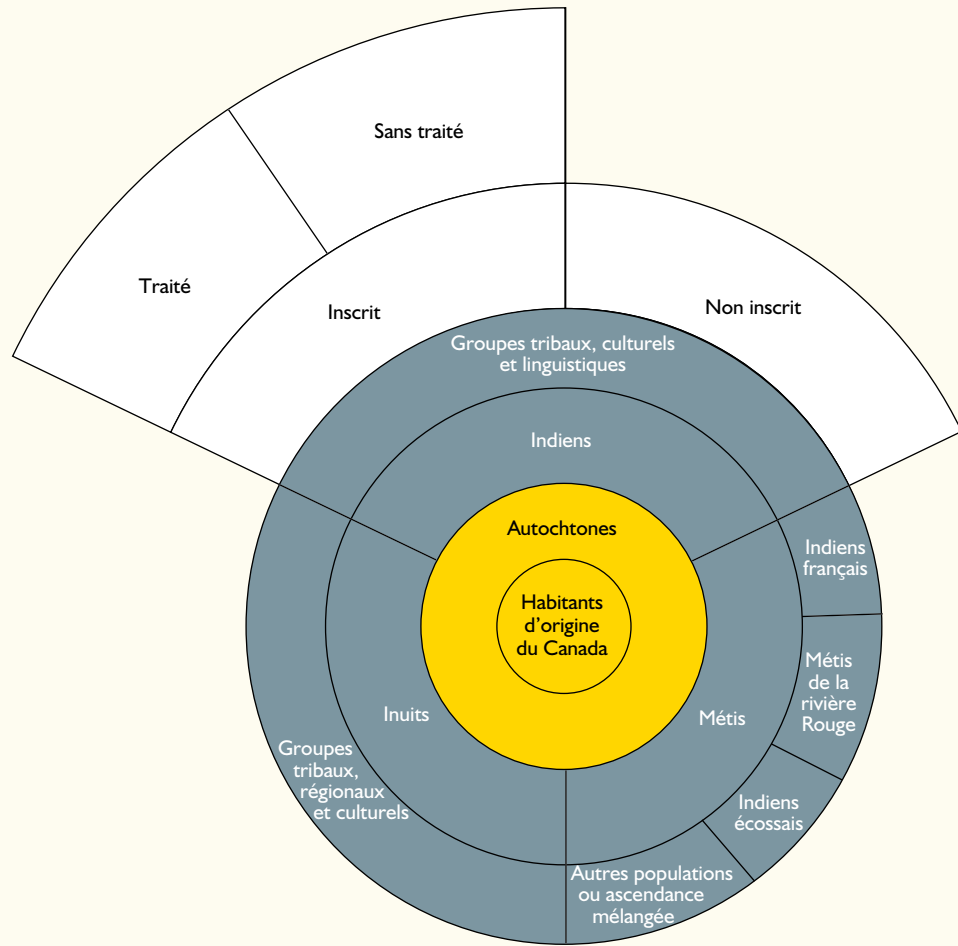
État de santé des Autochtones du Canada

L'espérance de vie a augmenté chez les Autochtones. Toutefois, la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, pratiquement dans toutes les mesures d'état de santé et tous les problèmes de santé, est pire que celle de la population canadienne générale. Les figures et les tableaux suivants présentent quelques indicateurs de la santé des Autochtones.

Le tableau 1 indique que l'espérance de vie moyenne d'une femme inuite, par exemple, est plus de 14 ans inférieure à la moyenne des femmes non autochtones. Chez les hommes, l'écart est de 6 ans. En moyenne, les Premières nations et les Inuits vivent de 5 à 10 ans de moins que les non-Autochtones.

Les différences entre les groupes d'Autochtones ont des incidences politiques sur la recherche, sur les ressources et sur l'amélioration de la santé des Autochtones.

Figure 2
Les Autochtones
du Canada



Source : Manitoba Round Table on Environment and Economy. *Priorities for Action: Towards a Strategy for Aboriginal People Living In Winnipeg*. Final Report, Conclusions, Findings and Recommendations of the Manitoba Round Table on Environment and Economy Urban Aboriginal Strategy Public Consultation Process, Winnipeg, Manitoba Conservation, gouvernement du Manitoba, 1998.
<www.gov.mb.ca/conservation/susresmb/pub/>.

Il y a également des écarts dans les causes spécifiques de mortalité. Par exemple, les Inuits ont un taux de mortalité infantile qui est le triple du taux canadien. Dans le cas des suicides, le taux chez les Premières nations dans des réserves est le double du taux canadien. Au Nunavut, où 85 % de la population est inuite, le taux de suicides est plus de six fois supérieur au taux canadien.

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un autre indicateur du fardeau de la maladie. Les APVP entre 0 et 74 ans sont un indicateur qui sert à illustrer les effets du décès prématuré sur la population. De ce fait, les APVP tendent à souligner les causes de décès à un plus jeune âge. La figure 3

Messages clés

- L'espérance de vie des Autochtones a augmenté.
- L'état de santé des Autochtones, mesuré selon l'espérance de vie et de nombreux autres indicateurs de santé, est bien pire que celui des Canadiens en général.
- Les blessures constituent la cause principale de décès prématuré chez les Premières nations qui vivent dans des réserves. Leur taux est quatre fois plus élevé que celui des Canadiens en général.

présente les APVP des Premières nations dans les réserves⁷. Les APVP pour cette population sont plus élevées que pour l'ensemble des Canadiens en ce qui a trait à toutes les causes de décès, exception faite du cancer et des maladies de l'appareil circulatoire.

Les blessures sont la principale cause des APVP chez les Premières nations dans les réserves. Ce groupe compte 4 909 années potentielles de vie perdues, par 100 000 membres, par rapport à 1 271 pour l'ensemble des Canadiens⁷. La catégorie des blessures englobe des incidents comme le suicide et les blessures auto-infligées, les accidents de véhicules à moteur, la noyade et la submersion, les décès causés par le feu, les homicides et les empoisonnements accidentels, pour ne nommer que ceux-là. Chez les membres des Premières nations âgés de moins de 45 ans, les principales causes de décès sont les accidents de véhicules à moteur, le suicide, la noyade et le feu.

On ne dispose pas de données comparables sur les APVP par groupe d'âge pour les Métis et les Inuits. Toutefois, au Nunavut, le taux d'années potentielles de vie perdues lié à des blessures accidentelles est presque quatre fois supérieur au taux national (2 686 années perdues par 100 000 habitants par rapport à 725). Le taux d'APVP lié au suicide est plus de sept fois supérieur au taux canadien (3 359 contre 450), selon des données de 1996¹⁵. Une baisse modeste des taux de blessures chez les membres des Premières nations dans les réserves et au Nunavut réduirait considérablement les APVP.

Le tableau 2 présente certains indicateurs de problèmes de santé et de comportements liés à la santé chez les Autochtones par rapport à l'ensemble des Canadiens. Exception faite du diabète, de l'arthrite et du rhumatisme chez les Inuits, les résultats sont pires pour tous les indicateurs chez les Autochtones hors réserve, les membres des Premières nations dans les réserves, les Inuits et les Métis. Les Autochtones ont des taux plus élevés de maladies chroniques et infectieuses et d'obésité. Au moins deux fois plus d'Autochtones fument comparativement aux non-Autochtones.

La diversité chez les Autochtones, entre les Premières nations dans les réserves, les Inuits et les Métis, est aussi évidente dans le tableau 2. Les taux de diabète sont plus élevés chez les Premières nations que chez les Inuits ou les Métis. Les taux de tuberculose chez les Inuits sont trois fois plus élevés que ceux des Premières nations et 70 fois plus élevés que ceux des non-Autochtones. De même, les taux de chlamydia sont beaucoup plus élevés au Nunavut que pour les Premières nations dans les réserves et la prévalence dans ces deux groupes est six fois supérieure à la prévalence dans l'ensemble des Canadiens.

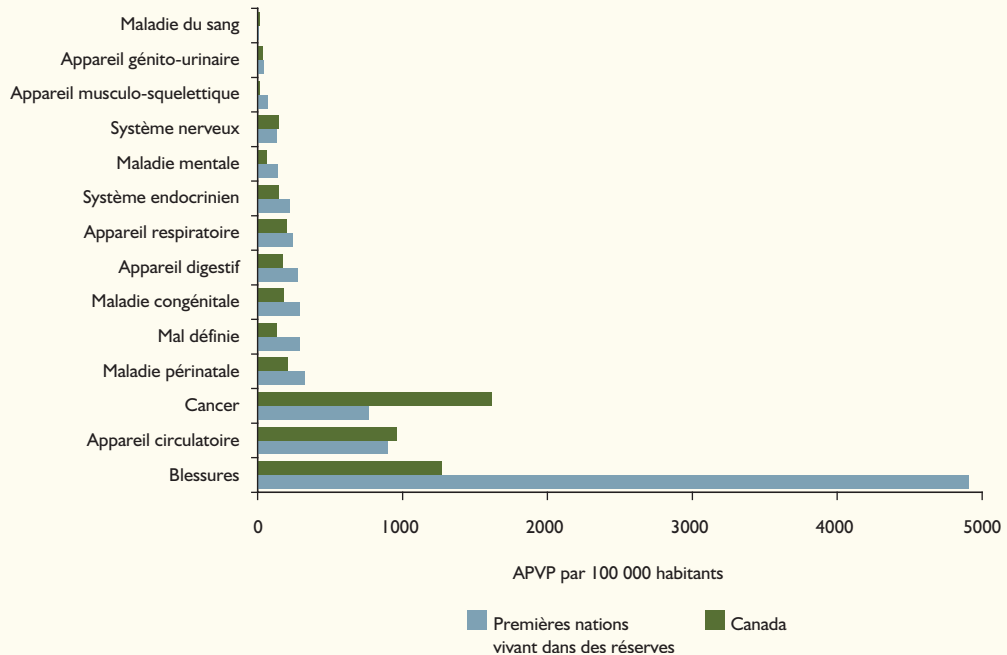
Déterminants clés de la santé

Une variété de déterminants joue sur l'état de santé des Autochtones. La section qui suit présente des faits sur des déterminants clés. Le tableau 3 compare les déterminants sociaux et économiques pour les Autochtones hors réserve, les populations canadiennes non autochtones, les Premières nations inscrites, le Nunavut et les Métis. Cela sera suivi de faits sur quatre déterminants souvent mentionnés de la santé des Autochtones : la relation entre le logement et la santé, l'héritage des pensionnats, les changements climatiques et les contaminants qui ont une influence sur les Inuits ainsi que le pouvoir communautaire et l'autodétermination.

Tableau 1 État de santé : Espérance de vie, mortalité infantile, décès à la suite d'un suicide et santé auto-évaluée		Autochtones (hors réserve)	Canada	Premières nations (vivant dans des réserves ^d) Indiens inscrits ⁱ	Inuits ^{b,m} (Nunavut)	Métis
	Espérance de vie à la naissance					
Femmes	s.o.	82 ^d	77 ⁱ	68 ^d	s.o.	
Hommes	s.o.	76 ^d	69 ⁱ	70 ^d	s.o.	
Mortalité infantile (décès par 1 000 naissances vivantes)						
	s.o.	5,3 ^j	8,0 ^g	15 ^j	s.o.	
Décès à la suite d'un suicide (décès par 100 000 habitants)						
	s.o.	13 ^g	28 ^g	79 ^m	s.o.	
État de santé auto-évalué (%)						
Excellent, très bon	56 ^b	61 ^e	40 ^f	56 ^b	58 ^b	
Bon	26 ^b	27 ^e	33 ^f	32 ^b	25 ^b	
Passable, médiocre	17 ^b	12 ^e	27 ^f	12 ^b	17 ^b	
Toutes les données sont des taux bruts. Les références des sources de données se trouvent à la fin du chapitre.						

L'espérance de vie a augmenté chez les Autochtones mais leur état de santé est pire que celui de l'ensemble des Canadiens.

Figure 3
**Années
 potentielles de
 vie perdues
 (APVP) selon la
 cause de décès,
 Premières nations
 et Canada, 1999**



Source : Santé Canada. *Profil statistique de la Santé des Premières nations au Canada*, Ottawa, 2003.

Les blessures sont la principale cause des années potentielles de vie perdues chez les Premières nations dans les réserves — le taux est quatre fois supérieur à celui du reste du Canada.

Tableau 2 Problèmes de santé : Poids corporel, maladies chroniques et infectieuses et comportements de santé — Tabagisme		Autochtones ^c (hors réserve ^{a, b})	Canada ^{g, h} non-Autochtones ^{a, c}	Premières nations (vivant dans des réserves ^{g, h} , hors réserve ^b Indiens inscrits ^c)	Inuits ^{b, c} (Nunavut ^b)	Métis ^b et Indiens non inscrits ^c
	Poids corporel (indice de masse corporelle, % de la population)					
Surpoids		34 ^a	32 ^a	35 ^b	35 ^b	35 ^b
Obésité		25 ^a	14 ^a	24 ^b	22 ^b	23 ^b
Taux de prévalence des maladies chroniques (%)						
Diabète		9 ^a	3 (M) ^h 3 (F) ^h 4 ^a	11 (M) ^h 17 (F) ^h	2 ^b	6 ^b
Arthrite et rhumatisme		26 ^a	16 ^a	18 (M) ^h 25 (F) ^h	9 ^b	20 ^b
Problèmes cardiaques		7 ^b	4 (M) ^h 4 (F) ^h	13 (M) ^h 11 (F) ^h	5 ^b	7 ^b
Hypertension		15 ^a	8 (M) ^h 11 (F) ^h 13 ^a	22 (M) ^h 26 (F) ^h	8 ^b	13 ^b
Maladies infectieuses (taux par 100 000 habitants/année)						
Tuberculose		21 ^c	1,3 ^c	30 ^c	92 ^c	5,6 ^c
Chlamydia		s.o.	82 (M) ^g 194 (F) ^g	532 (M) ^g 1366 (F) ^g	1410 (M) ^k 2918 (F) ^k	s.o.
Comportements liés à la santé (% de la population)						
Tabagisme		42 ^a	22 ^a	38 ^b	61 ^b	37 ^b
Les cellules ombrées indiquent que les données sont ajustées selon l'âge. Toutes les autres données ne sont pas ajustées selon l'âge. Veuillez vous référer aux sources des données en référence à la fin du chapitre pour de plus amples renseignements.						
Remarquez que bon nombre de ces comparaisons auraient idéalement besoin d'être ajustées selon l'âge afin d'obtenir une vraie comparabilité, étant donné que les structures d'âge des populations autochtones et canadiennes non autochtones sont différentes. Toutefois, les données pour ce genre de comparaison ne sont pas régulièrement disponibles.						

La diversité chez les Autochtones est aussi évidente. Par exemple, les taux de diabète sont plus élevés chez les Premières nations.

Déterminants sociaux et économiques choisis de la santé des Autochtones

Le tableau 3 montre que l'état social et économique des Autochtones est inférieur à celui des Canadiens non autochtones dans pratiquement tous les cas. Le rendement scolaire est inférieur, moins de personnes ont un emploi et les revenus moyens sont plus bas. Les conditions défavorables auxquelles les Autochtones sont confrontés pourraient contribuer à leur état de santé inférieur comparativement aux personnes non autochtones du Canada.

Le logement et la santé

La Société canadienne d'hypothèques et de logement utilise le terme « besoins impérieux de logement » pour classer les logements qui ne répondent pas aux normes acceptées de qualité, de taille et d'abordabilité*. En 1996, 34 % des ménages des Premières nations hors réserve, 27 % des ménages de Métis et 33 % des ménages d'Inuits avaient des besoins impérieux de logement, comparativement à 18 % des ménages non autochtones¹⁶.

Plus spécifiquement, les Autochtones vivent souvent dans des maisons surpeuplées†. Selon le recensement de 2001, 17 % des Autochtones vivaient dans des conditions de surpeuplement, comparativement à 7 % pour la population totale canadienne⁸.

La recherche a relevé des liens entre les conditions pauvres de logement et une quantité de problèmes de santé, mais chez les collectivités des Premières

de santé tels que les complications des systèmes respiratoire et immunitaire^{7,17}. Une recherche de 1997 a conclu que le surpeuplement des ménages, le manque d'eau sous conduite et l'évacuation inadéquate des eaux usées étaient grandement associés à l'incidence accrue de shigellose (une maladie infectieuse intestinale) chez les Premières nations vivant dans des réserves¹⁸.

La figure 4 présente les résultats d'une recherche menée en 1999 par Santé Canada, qui démontre un lien entre les taux de tuberculose et le nombre de personnes par chambre dans un logement⁷. Au cours des années 1990, le taux normalisé selon l'âge pour la tuberculose chez les collectivités des Premières nations était au moins sept fois supérieur au taux de l'ensemble du Canada (62 par 100 000 habitants en 1999, par rapport à 5,9 par 100 000 habitants en 1999)⁷. Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001, 53 % des Inuits vivaient dans des conditions de surpeuplement et 3,6 % souffraient de tuberculose⁸.

L'héritage des pensionnats

La Fondation autochtone de guérison estime qu'il y a 93 000 anciens étudiants de pensionnats vivants¹⁹. Le système de pensionnat a officiellement commencé en 1892¹⁹. La plupart de ces écoles ont cessé tout fonctionnement au milieu des années 1970. Toutefois, le dernier pensionnat de gestion fédérale au Canada a fermé ses portes en 1996²⁰. Tel que mentionné dans la Commission royale sur les Autochtones, le système de pensionnat était fondé sur la politique d'assimilation, conçue pour « civiliser » les Autochtones par l'entremise du pouvoir de socialisation de l'éducation¹¹. Les enfants ont

Les conditions sociales et économiques auxquelles les Autochtones sont confrontés pourraient contribuer à leur état de santé inférieur par rapport aux personnes non autochtones du Canada.

nations et des Inuits, il n'y a pas assez de preuves pour étayer un lien direct de causalité⁷. Par exemple, une mauvaise construction, isolation et ventilation peuvent former de la moisissure, d'où des problèmes

été retirés de leur foyer et placés dans des établissements isolés, financés par le gouvernement fédéral et gérés en grande partie par les églises (anglicane, catholique, méthodiste et

* La Société canadienne d'hypothèques et de logement définit les « besoins impérieux de logement » comme suit : « Un ménage éprouve des besoins impérieux de logement si son logement ne répond pas à au moins l'une des normes de logement de qualité convenable, de taille convenable ou d'abordabilité et qu'il aurait à consacrer au moins 30 % ou plus de son revenu pour payer le loyer d'un autre logement sur le marché local qui répond aux trois normes. » Un logement est dit de *qualité convenable* s'il ne nécessite pas de réparations majeures, il est dit de *taille convenable* s'il comporte un nombre suffisant de chambres à coucher et il est dit *abordable* si les frais de logement qu'il requiert sont inférieurs à 30 % du revenu avant impôt du ménage qui l'occupe.

† L'Enquête auprès des peuples autochtones parle de surpeuplement lorsqu'un logement est habité par l'équivalent d'une personne ou plus par pièce.

Tableau 3
Éducation,
situation
d'emploi
et revenu

	Autochtones	Non-Autochtones	Premières nations*	Inuits**	Métis**
Grade, certificat ou diplôme le plus élevé (% 15 ans et plus)					
Aucun grade, diplôme ou certificat	52	33	55	66	46
Diplôme d'études secondaires	18	23	17	11	20
Diplôme collégial ou d'une école de métiers (ou un certificat de niveau universitaire)	25	29	24	21	28
Baccalauréat	4,4	16	4,1	1,9	5,3
Situation d'emploi (% 15 ans et plus)					
Taux de chômage	19	7	22	22	14
A travaillé toute l'année à temps plein	26	37	23	23	31
Revenu (% 15 ans et plus)					
Faible revenu en 2000	34	16	40	24	28
<p>Source : Statistique Canada, Recensement de 2001, Totalisation personnalisée, 2003. Les données ne sont pas normalisées selon l'âge.</p> <p>* Selon le recensement de 2001 où les Indiens nord-américains constituaient la catégorie de réponse. Les réponses qui identifient divers groupes autochtones ne sont pas incluses.</p> <p>** Les réponses qui identifient divers groupes autochtones ne sont pas incluses.</p>					

L'état social et économique des Autochtones est inférieur à celui des Canadiens non autochtones dans pratiquement tous les cas.

presbytérienne)¹⁹. Des chercheurs ont documenté les conditions à l'intérieur des pensionnats et ils étaient considérés, dans la plupart des cas, comme des lieux de privation physique, émotionnelle et intellectuelle¹⁹. Ils ont également souligné qu'on interdisait aux enfants de parler leur propre langue et de pratiquer leurs traditions et croyances^{11,19,21}. Cette assimilation forcée a entraîné la perte de la culture et de la langue, ce qui a affaibli l'identité collective des Autochtones¹¹. En 1998, le gouvernement fédéral a reconnu dans une lettre d'excuses que certains enfants avaient été victimes d'abus physiques et sexuels²².

Les études n'ont pas pu isoler les effets particuliers des pensionnats sur les résultats de santé à long terme des anciens étudiants²¹. D'autres facteurs qui influent sur la santé (p. ex. l'éducation, l'emploi et le revenu inadéquats) rendent difficile l'évaluation des répercussions particulières des études dans un pensionnat²¹. Néanmoins, les chercheurs estiment que les conséquences des pensionnats sur la santé ont été considérables^{3,11,19,21}.

Le système de pensionnat a laissé un héritage intergénérationnel où les moyens traditionnels d'éducation et le rôle parental se sont perdus et, dans plusieurs cas, a détruit la famille élargie²¹. Selon deux sondages récents de l'Organisation nationale de la santé autochtone, 68 % des répondants des Premières nations et 62 % des répondants des Métis ont identifié les effets indésirables des pensionnats comme des agents importants qui ont entraîné un état de santé appauvri^{12,13}.

totale soit tirée de cette source²³. Elle contient plus de protéine, de fer et de zinc que la nourriture importée, et le fait de s'éloigner de ces habitudes alimentaires traditionnelles est lié au diabète, aux maladies cardiovasculaires et à l'obésité²³.

La recherche sur le changement climatique indique que des modifications importantes se produisent déjà dans les régions nordiques du Canada. Par exemple, les 40 dernières années ont enregistré un réchauffement moyen de 1,5°C dans l'ouest de l'Arctique canadien²⁴ et une hausse de 0,5°C dans l'Arctique central. On prévoit que la température planétaire moyenne de surface augmentera de 1,4°C à 5,8°C au cours de la période allant de 1990 à 2100, selon le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, une collaboration internationale scientifique majeure que l'Organisation météorologique mondiale et le Programme des Nations Unies pour l'environnement ont établie en 1988²⁵.

Plusieurs aspects du changement climatique pourraient avoir des répercussions négatives directes sur la santé des Inuits :

- Exposition aux extrêmes thermiques, ce qui modifierait les taux de maladies et de décès liés à la chaleur et au froid²⁶;
- Changements dans les caractéristiques climatiques, ce qui amplifierait les conséquences des catastrophes naturelles et la fréquence d'épisodes climatiques extrêmes. Cette situation peut mener à une hausse des traumatismes et du nombre de sans-abri²⁷;

Au cours des années 1990, le taux de tuberculose chez les Premières nations était au moins sept fois supérieur à celui de l'ensemble du Canada.

Le changement climatique, les contaminants et les Inuits

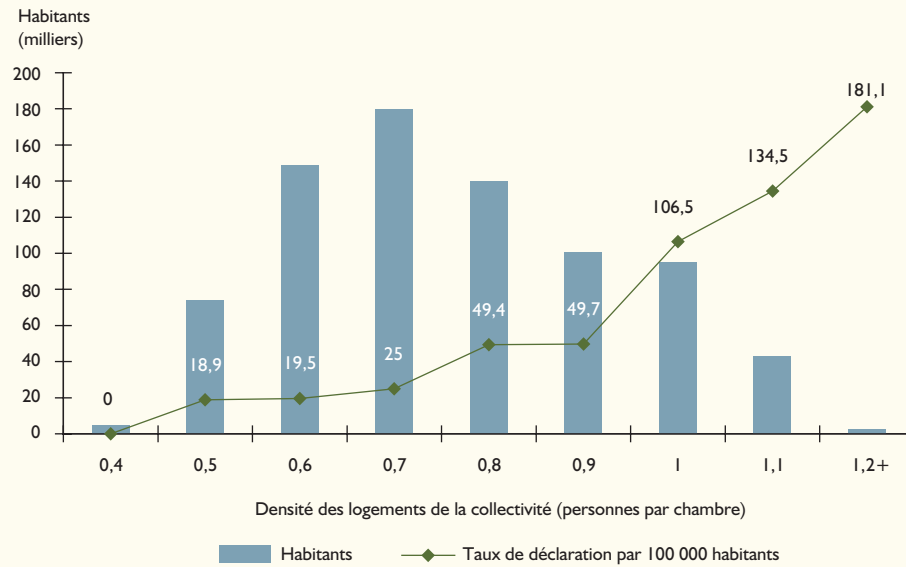
L'état du milieu physique et les effets du changement climatique mondial touchent tous les Canadiens. Toutefois, l'environnement est particulièrement important pour les Inuits, parce qu'il affecte la pierre angulaire de la vie et de la culture inuites : la récolte et la nourriture traditionnelle. Les constatations de la recherche démontrent les avantages nutritionnels considérables de la nourriture traditionnelle, bien que seulement entre 6 % et 40 % de l'énergie alimentaire

- Exposition accrue aux rayons ultraviolets, ce qui accentuerait le risque de cancer de la peau et de dommages aux yeux²⁷.

Les contaminants environnementaux bioaccumulés dans la faune arctique menacent également les Inuits²⁸. La recherche a permis de relever les répercussions potentielles des contaminants sur la santé des Inuits :

- Selon une recherche en 1997, plus de 50 % des Inuits d'une collectivité sur l'Île de Baffin étaient exposés, dans leur alimentation, au mercure, au toxaphène et au chlordane à différents degrés qui dépassent les niveaux de l'appart quotidien

Figure 4
Population totale et taux de déclaration de tuberculose par densité du logement de la collectivité, de 1997 à 1999



Source : Santé Canada. *La tuberculose dans les communautés des Premières nations*, 1999, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001.

Il y a un lien entre les taux de tuberculose et le nombre de personnes par chambre dans un logement.

admissible ou les niveaux de l'apport quotidien provisoire établis par Santé Canada et l'Organisation mondiale de la Santé. Les degrés d'apport de la couche supérieure de consommateurs (95^e percentile) étaient 6 fois supérieurs dans le cas du mercure et plus de 20 fois supérieurs dans le cas du chlordane et du toxaphène²⁹.

- En 2003, les mères inuites affichaient des degrés d'oxychlordane et de pesticides *trans*-nonachlores 6 à 12 fois supérieurs à ceux des personnes de race blanche, des Dénés (Premières nations), des Métis ou d'autres groupes ethniques²³.
- Les mères inuites ont des niveaux supérieurs de mercure dans le sang par rapport à d'autres groupes ethniques²³.
- Les mères inuites ont des niveaux supérieurs de diphényle polychloré à ceux des mères de race blanche, des Dénés (Premières nations) et des Métis²³.

Pendant que les chercheurs continuent à surveiller l'état de l'environnement arctique, les Inuits récoltent et consomment toujours la nourriture traditionnelle, puisque le changement de l'alimentation pour des produits d'épicerie pourrait également menacer la santé des Inuits²³. La chasse, la pêche ainsi que les ressources naturelles et le partage de ces produits à la grandeur de la collectivité sont d'importants facteurs qui jouent sur la santé et le bien-être des Inuits²³.

Pouvoir communautaire et autodétermination

La Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) et le rapport *Rassembler nos forces : le plan d'action du Canada pour les questions autochtones*, la réponse du gouvernement fédéral, reconnaissent l'importance pour les Autochtones de prendre leur destin en main^{30, 31}.

L'absence de contrôle sur ces importantes dimensions de l'existence est en elle-même un facteur de mauvaise santé. Les autochtones [*sic*] veulent exercer leur propre jugement, appliquer leur compréhension de ce qui contribue à leur santé, et talents pour résoudre leurs problèmes de santé et sociaux³⁰.

Une recherche a avancé des preuves du lien entre le degré de pouvoir qu'une collectivité possède et l'état de santé³². Dans une recherche menée en 1998 sur le suicide chez les jeunes des Premières nations de la Colombie-Britannique, les chercheurs ont trouvé que les collectivités qui ont posé des gestes concrets afin de préserver et de réadapter leur propre culture sont celles où les taux de suicide chez les jeunes sont considérablement plus bas³².

Messages clés

- En règle générale, les situations sociales, économiques et environnementales des Autochtones sont pires que celles des personnes non autochtones. Elles comprennent l'éducation, la situation d'emploi, le revenu, le logement, l'eau et les systèmes d'égouts ainsi que les choix nutritionnels facilement accessibles et abordables.
- Les Autochtones estiment que l'héritage des pensionnats constitue un déterminant de santé unique.
- Le changement climatique et les contaminants environnementaux ainsi que le pouvoir communautaire et l'autodétermination sont également des facteurs clés fréquemment cités qui jouent sur la santé des Autochtones.

La recherche sur le changement climatique indique que des modifications importantes se produisent déjà dans les régions nordiques du Canada. Plusieurs aspects du changement climatique pourraient avoir des répercussions négatives directes sur la santé des Inuits.

Le concept de la « continuité culturelle » sert à décrire les efforts de préservation et de promotion des pratiques culturelles, de maîtrise et de gestion des ressources disponibles devant les forces acculturatives³². Dans cette recherche, le degré de continuité culturelle au sein des différentes collectivités des Premières nations en Colombie-Britannique a été associé au nombre de suicides³². On a utilisé les indicateurs suivants pour créer un indice de continuité culturelle : l'autogestion de la collectivité, le pouvoir sur les assises territoriales traditionnelles, la présence d'écoles gérées par les bandes, le pouvoir communautaire sur les services de santé, la présence d'aménagements culturels et le pouvoir sur les services de police et d'incendie. Au sein des collectivités dépourvues de ces caractéristiques, le taux de suicide chez les jeunes était de 138 par 100 000 habitants. Dans les collectivités où les six caractéristiques étaient présentes, on ne comptait pratiquement aucun suicide (voir la figure 5).

Une autre recherche a relevé « l'autorité morale interne » comme une variable clé dans l'assurance de la santé de la collectivité¹⁰. L'autorité morale interne est la présence d'un ensemble de normes et de comportements acceptables sur lesquels tous se sont mis d'accord et mettent en application. La recherche a déclaré que l'établissement d'une autorité morale interne a permis à une collectivité, en l'occurrence les Premières nations de Hollow Water au Manitoba, de mettre fin aux taux élevés d'abus physiques et sexuels¹⁰.

Actuellement, un processus de réconciliation en 13 étapes, nommé le Processus holistique de réconciliation, est en place à Hollow Water pour les victimes de sévices sexuels, les contrevenants, les familles des victimes et des contrevenants ainsi que pour la collectivité³³. On a négocié des ententes avec les services fédéraux et provinciaux policiers, juridiques, correctionnels, sociaux et de santé afin d'appuyer le rôle du Processus holistique de réconciliation. On a mis en application ce dernier auprès de plus de 100 abuseurs depuis sa mise en vigueur en 1989³⁴. On met beaucoup l'accent sur la responsabilité des abuseurs envers leurs victimes, les familles et la collectivité. Le Solliciteur général du Canada et la Fondation autochtone de guérison ont effectué une analyse coûts-avantages du Processus holistique de réconciliation et ils ont découvert d'importantes économies financières. Ensemble, pour chaque 2 \$ que les gouvernements fédéral et provinciaux versent, la collectivité reçoit de 6,21 à 15,90 \$ en services et autres avantages à valeur

ajoutée³⁴. Le faible taux de récidive est également un avantage pour les gouvernements et la collectivité : moins de 2 % au cours des 10 dernières années, deux cas sur 107, ont récidivé³⁴. En comparaison, le taux des abuseurs sexuels de l'ensemble du Canada est établi à 13 %, et pour toutes formes de récidive confondues, le taux est d'environ 36 %. L'analyse a également constaté des changements importants au sein de la collectivité. Par exemple, plus de personnes finissent leurs études, adoptent de meilleures habiletés parentales, renforcent leur pouvoir personnel dans la collectivité, se sentent davantage en sécurité, reprennent les cérémonies traditionnelles et remarquent une diminution de la violence³⁴.

Tendances politiques et orientations

De nombreuses politiques ont été élaborées depuis la publication du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones en 1996. On y trouve les recommandations de la Commission, la réponse du gouvernement fédéral, les tendances à l'échelle nationale, locale et communautaire ainsi que les orientations pour améliorer l'état de santé des Autochtones.

La Commission royale sur les peuples autochtones et la réponse du gouvernement fédéral

En 1996, la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) a publié son rapport contenant 440 recommandations. Le rapport de la CRPA proposait un programme étendu de changements fondamentaux dans la relation entre les Autochtones, les populations non autochtones et les gouvernements du Canada. On a demandé des mesures concrètes dans quatre domaines : la guérison, le développement économique et des ressources humaines ainsi que le renforcement des institutions¹¹. La stratégie de santé de la Commission était fondée sur quatre principes :

- « Accès équitable aux services de santé et résultats équitables de l'état de santé;
- Approches holistiques aux services de traitement et préventifs;
- Pouvoir autochtone sur les services;
- Approches variées qui répondent aux priorités culturelles et aux besoins de la collectivité »¹¹.

En réponse à la Commission royale, le gouvernement fédéral a publié *Rassembler nos forces : le plan d'action du Canada pour les questions autochtones*. Dans le plan, le gouvernement a dit :

Pour ce faire, il faut élaborer, en matière d'autonomie gouvernementale, des ententes efficaces, légitimes et responsables, qui possèdent la force requise pour créer des possibilités et pour réaliser l'autosuffisance, et qui peuvent fonctionner de manière coordonnée avec les autres gouvernements³¹.

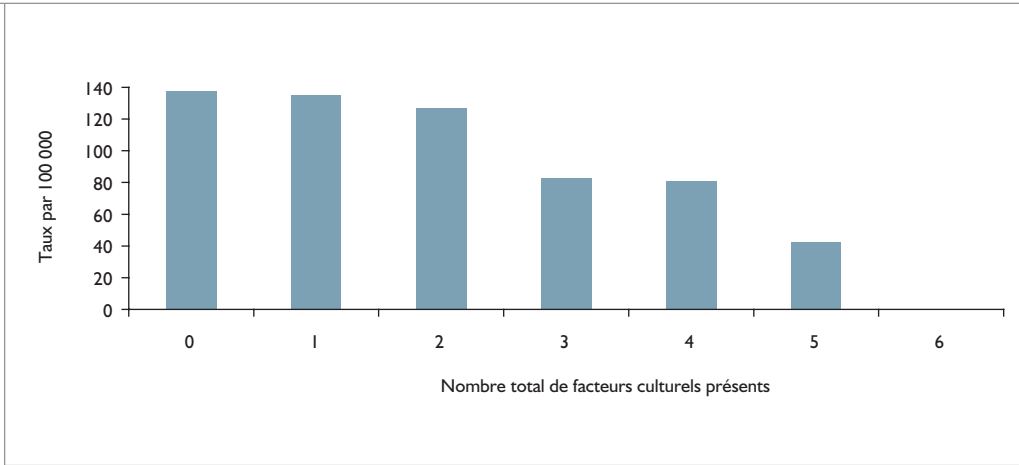
En reconnaissant que les résultats de santé proviennent de la prospérité partagée, d'un environnement propre et sécuritaire, d'un sentiment de maîtrise des circonstances de la vie, des soins de santé de haute qualité et des choix sains de modes de vie, le plan du gouvernement fédéral a énoncé qu'une meilleure santé émergera des changements structureux à long terme.

À court terme, on a établi de nombreuses actions (très semblables à la stratégie de santé de la Commission) pour améliorer le système de santé pour les Autochtones :

- Confier les leviers de commande aux Autochtones;
- Adopter une approche holistique à la santé personnelle et sociale;
- Fournir un éventail de services adaptés aux cultures et aux priorités des Autochtones et aux conditions particulières expliquant leur mauvais état de santé;
- Mettre les Autochtones au même niveau que les autres Canadiens en matière de santé³¹.

On a consacré 350 millions de dollars à la Fondation autochtone de guérison (voir ci-dessous), à l'extension de l'Initiative d'aide préscolaire aux Autochtones (centres d'enseignement préscolaire), à un Fonds pour l'innovation en matière de logement, à des projets supplémentaires concernant l'eau et les égouts, et pour appuyer la création de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). On reconnaît aussi la nécessité d'améliorer les données sur la santé des Autochtones³⁵.

Figure 5
Taux de suicide chez les jeunes des Premières nations de la Colombie-Britannique, par nombre de facteurs culturels dans la collectivité



Source : M. J. Chandler et C. Lalonde, *Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations*, *Transcultural Psychiatry*, 1998, vol. 35, pages 191-219.

Dans une recherche sur le suicide chez les jeunes des Premières nations de la Colombie-Britannique, les chercheurs ont trouvé que les taux de suicide étaient plus bas dans les collectivités qui ont posé des gestes concrets pour préserver et réadapter leur propre culture.

Qu'est-il arrivé depuis 1996?

Tendances des politiques à l'échelle nationale

Trois changements clés sur la santé de la population se sont produits à l'échelle nationale : la création d'institutions pour les Autochtones et gérées par ces derniers, de nouvelles relations et de nouveaux rôles dans les programmes pour répondre aux questions sur la santé des Autochtones et de nouveaux mécanismes pour rassembler l'information sur leur état de santé.

Les nouvelles institutions comprennent :

- Créée en 2000, l'Organisation nationale de la santé autochtone est un organisme conçu et géré par les Autochtones. Son mandat consiste à influencer et à faire progresser la santé et le bien-être des peuples autochtones au moyen de stratégies fondées sur la connaissance;
- L'Institut de la santé des Autochtones, un des 13 instituts des Instituts de recherche en santé du Canada, a été établi en juin 2000. Il appuie la recherche axée sur les besoins spéciaux en santé des peuples autochtones canadiens;

Les développements se sont aussi attaqués au manque de données sur la santé des Autochtones :

- On a d'abord mené l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations en 1997 et répété l'expérience en 2002-2003. Elle constitue la toute première enquête sur la santé conçue pour les Autochtones et gérée par ces derniers;
- Le deuxième développement clé est l'Enquête auprès des peuples autochtones de Statistique Canada. Menée pour la première fois en 1991, l'enquête de 2001 comprend une partie sur les Inuits et une sur les Métis;
- En 2002, le gouvernement fédéral a proposé un Institut de statistique des Premières Nations qui aurait le mandat et l'autorité de fournir une information statistique et une analyse des situations sociales et économiques des peuples des Premières nations.

On doit également souligner les nombreux développements positifs à l'échelle provinciale et territoriale dans le renforcement des capacités de recherche et sur les partenariats entre les universités et les Autochtones.

Le rapport de la CRPA proposait un programme étendu de changements fondamentaux. On a demandé des mesures concrètes dans quatre domaines : la guérison, le développement économique et des ressources humaines et le renforcement des institutions.

- Créée en 1998, la Fondation autochtone de guérison est le premier organisme national autochtone à appuyer les démarches de guérison qui s'attaquent particulièrement aux effets des pensionnats.

Les processus et les types de programmes qui répondent aux besoins des Autochtones ont changé au cours des sept dernières années. Ils sont plus nombreux à avoir adopté une approche de partenariat. Par exemple, un comité de direction national dirige l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Le comité se compose de six organismes autochtones³⁶. De plus, le gouvernement fédéral a mis en œuvre des programmes pour s'attaquer au problème des sans-abri, y compris une stratégie autochtone en milieu urbain.

Tendances politiques à l'échelle communautaire : un transfert de pouvoir

À l'échelle communautaire, le changement le plus important est le transfert de pouvoir des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans la prestation des services aux mains des Premières nations, des Inuits et, d'une façon moins considérable, des Métis. Le transfert de pouvoir s'est produit de deux façons. L'une d'elles s'effectue par l'entremise de l'établissement de l'autonomie gouvernementale et des ententes sur les revendications territoriales (pour les Premières nations et les Inuits). Entre avril 1970 et septembre 2003, 1 216 revendications ont été négociées avec le gouvernement fédéral sur l'autonomie gouvernementale, les restitutions territoriales et d'autres thèmes³⁷.

L'autre façon consiste en un changement par étapes, selon des ententes de transfert qui lèguent, par secteur, l'autorité des programmes de prestation aux Premières nations, principalement dans les services sociaux et de santé. Depuis les années 1980, les provinces lèguent la responsabilité du placement des enfants en famille d'accueil aux Autochtones. En mars 2001, 83 % des collectivités des Premières nations participaient au programme de transfert des services de santé de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits³⁵. Il comprend des programmes de promotion et de prévention tels que les soins infirmiers communautaires, les représentants en santé communautaire, l'éducation en matière de santé, la nutrition, les services de santé du milieu, la prévention de l'abus d'alcool et de drogues et la nutrition prénatale³⁵.

Grâce à l'analyse d'une étude de cas de 2002, l'Organisation nationale de la santé autochtone a identifié certaines collectivités où le transfert du pouvoir des services de santé a créé des systèmes de santé « attentifs, viables, accessibles et axés sur la clientèle »³⁸. En voici deux exemples. Le premier est un modèle exhaustif à l'échelle communautaire d'un système de santé autochtone. Le deuxième est une autorité régionale partiellement assumée dans les peuplements de Métis dans le Nord de l'Alberta.

Les Premières nations d'Eskasoni

Les Premières nations d'Eskasoni en Nouvelle-Écosse ont pris le contrôle sur les services de santé au sein de leur collectivité en créant des services communautaires intégrés. Le projet de soins primaires pour les Premières nations d'Eskasoni a été mis en œuvre en 1999. Il faisait appel à la collaboration multi-sectorielle entre le Conseil de bande d'Eskasoni et trois partenaires : le gouvernement fédéral (Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada), le gouvernement provincial et le département de médecine familiale de l'Université Dalhousie. On a construit un nouvel établissement pour

accueillir le centre de santé Eskasoni³⁹. On a changé une tradition vieille de 30 ans, tradition où les médecins de famille tenaient des cliniques régulières selon une rémunération à l'acte, pour un modèle de soins primaires et de santé publique intégrés où les médecins sont salariés. Avec le nouveau modèle, l'accès aux services de santé a été étendu sur cinq jours par semaine. On a diversifié l'équipe de soins primaires pour y inclure une infirmière de soins primaires, des infirmières de santé communautaire, un coordonnateur de soins prénatals, un éducateur en matière de santé/nutritionniste et un pharmacien³⁸.

Selon un rapport d'évaluation, le projet de soins primaires a engendré bon nombre de nouvelles initiatives, y compris « le transfert continu de l'administration des soins de santé du gouvernement fédéral à la bande, une meilleure utilisation des médecins, des hôpitaux et des médicaments prescrits, l'intégration de services médicaux avec les programmes de santé communautaire et l'établissement de liens avec le centre de santé régional »⁴⁰. Le projet a également amélioré l'efficacité et l'efficacité des programmes⁴⁰. Après neuf mois d'application du nouveau modèle de soins primaires, une évaluation du projet a permis d'établir les changements suivants⁴¹ :

- Le nombre de visites chez le médecin par habitant est passé de 11 par année en 1997 à 4 par année en 2000;
- De 1997 à 2000, on estime que les visites au service d'urgence ou en consultation externe à l'hôpital régional ont diminué de 40 %;
- Actuellement, 96 % de toutes les grossesses sont suivies, des soins prénatals aux soins postnatals, en passant par l'accouchement (en 1997, la plupart des femmes n'ont reçu aucune forme de soins prénatals et se sont présentées à l'hôpital sans antécédents médicaux, ni indication de continuité de soins);

Trois changements clés se sont produits à l'échelle nationale : la création d'institutions, de nouvelles relations et de nouveaux rôles dans les programmes et de nouveaux mécanismes pour rassembler l'information sur l'état de santé des Autochtones.

- Les références de médecins à un éducateur en matière de santé/nutritionniste dans le cas de la prise en charge des diabétiques et des soins prénatals ont augmenté de 850 % entre juillet 1999 et janvier 2001;

Selon l'étude de cas de 2002, les peuplements ont amélioré leurs habiletés à s'occuper de leurs propres besoins³⁸. On a garanti le financement permanent de quatre infirmières au sein de la collectivité en partie en raison de ces débuts prometteurs. Les évaluations

Les programmes qui répondent au besoin des Autochtones ont changé dans les sept dernières années.

- Le coût des produits prescrits a diminué de 7 %, malgré une augmentation de la population de l'ordre de 10 %;
- Une épargne de 200 000 dollars dans le budget des transports médicaux a été réalisée en raison de la disponibilité accrue des services de santé dans la collectivité.

De tous les patients répondants, 89 % croyaient que la qualité des services de santé d'Eskasoni s'était améliorée en 2000 comparativement à cinq ans auparavant⁴¹. Les avantages et les coûts à long terme restent à déterminer.

Projet de santé des peuplements de Métis

Dans le Nord-Est de l'Alberta, un projet nommé la Santé pour tous, financé par le Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada, a amélioré les services de santé des peuplements de Métis de la région régionale de la santé de Lakeland⁴⁰. En 1997, on a établi un Conseil de santé communautaire pour les quatre peuplements de Métis de l'Est afin de travailler en collaboration avec la région régionale de la santé à ce projet³⁹.

Insuffisamment de temps s'est écoulé depuis le début du programme pour identifier des changements dans l'état de santé. Toutefois, les évaluations préliminaires portent à croire ceci⁴² :

- Accessibilité améliorée aux services de santé mentale et à d'autres services de santé⁴³;
- Taux améliorés d'immunisation, d'allaitement et de santé buccale³⁹;
- Meilleure connaissance des questions relatives à la santé⁴³;
- Dépistage précoce, tests et traitements améliorés du diabète⁴⁴;
- Jusqu'à 83 % des clients croient que des services de soins infirmiers sur place sont très importants et utiles dans l'amélioration de la santé personnelle et familiale³⁸.

portent à croire qu'on a amélioré les programmes de soins de santé primaires, de santé publique et de services à domicile dans les collectivités grâce à la participation communautaire et aux partenariats. Le partenariat de collaboration de cinq ans entre les peuplements de Métis et la région régionale de la santé de Lakeland a engendré des actions conjointes à entreprendre dans le but d'améliorer l'état de santé des résidents des peuplements de Métis³⁹.

D'autres Premières nations ont connu des réussites semblables dans l'obtention du pouvoir sur les services de santé. Dans le cas des Premières nations de Kahnawake au Québec, de Nisga'a en Colombie-Britannique, ainsi que des Inuits au Labrador et à Nunavik, on a établi une autorité sanitaire à laquelle on a octroyé l'entière autorité, sinon partielle, de l'administration des services de santé. Dans le cas des Nisga'a, le financement global est un avantage qui permet une certaine flexibilité administrative pour changer les programmes et être sensibles aux besoins de la collectivité. Les repères et les objectifs sont des outils que la collectivité utilise afin de surveiller l'efficacité. De plus, un système budgétaire imposant est conçu pour repérer l'optimisation des ressources selon des programmes particuliers³⁸. On a identifié les facteurs clés suivants comme des instigateurs de changements positifs dans les systèmes autochtones de la santé³⁸ :

- Pouvoir et propriété autochtones;
- Concentration sur les soins primaires;
- Liens avec le système de santé provincial;
- Prestation de services intégrés;
- Point de mire holistique et intégration des méthodes traditionnelles dans les soins généraux.

Plusieurs experts estiment que le transfert de pouvoir est une étape nécessaire et primordiale pour améliorer la santé des Autochtones. On devra effectuer d'autres évaluations des changements afin de comprendre la nature et l'ampleur des effets des résultats cliniques.

Orientations pour améliorer l'état de santé

Une gamme de programmes des ministères des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones ainsi que des organismes à l'échelle locale aborde une variété de déterminants de la santé. Il existe cependant très peu d'information sur les effets qu'ont les programmes sur l'état de santé³⁵.

La difficulté d'améliorer la santé des Autochtones soulève de nombreuses questions. Bon nombre de collectivités se butent à la suivante : Comment atteindre un équilibre entre le besoin de répondre

aux urgences sociales et aux problèmes de santé et le besoin d'aborder les déterminants sous-jacents de la santé?

Lors d'un forum sur la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis en juin 2002, auquel de grands penseurs et des décisionnaires de partout au pays ont pris part, les participants ont proposé un système de santé fondé sur la vision qui suit³⁸ :

- Un changement de paradigme d'un modèle fondé sur la maladie à un modèle qui s'appuie sur la population, et met l'accent sur la prévention, la prise de décisions personnelles et la responsabilité pour la santé;

L'ONSA a identifié certaines collectivités où le transfert du pouvoir des services de santé a créé des systèmes de santé « attentifs, viables, accessibles et axés sur la clientèle. »

Messages clés

- De nombreuses initiatives susceptibles d'améliorer la santé des Autochtones sont en cours :
 - Création de nouvelles institutions
 - Investissements accrus et élaboration de programmes et d'une infrastructure communautaires
 - Investissement dans la recherche sur les Autochtones et élaboration de l'infrastructure de l'information et des outils
 - Transfert d'autorité et de pouvoir aux Autochtones
- On se doit de mieux comprendre la santé et ce qui fonctionne pour améliorer celle des Autochtones.

- Un cadre holistique où les services de santé sont reliés aux services sociaux, à l'éducation, au logement, au développement économique, aux services juridiques, policiers et autres services communautaires;
- Une gouvernance locale et une participation autochtone dans tous les aspects du système de santé, de la conception à l'évaluation, en passant par la mise en œuvre et l'administration;
- Les décisions concernant les services et la médecine traditionnelle à déterminer selon les préférences et les besoins de la collectivité;
- Une planification et un financement stable à long terme.

Des rapports publiés à la fin de 2002 sur la réforme du système de santé du Canada ont également abordé les besoins en matière de santé des Autochtones et exigent une nouvelle méthode pour traiter de la santé des Autochtones^{45, 46}. Le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (le rapport Kirby) et celui de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (le rapport Romanow) ont réitéré les problèmes que les Autochtones ont soulevés. Parmi les problèmes particuliers identifiés, on compte la fragmentation des services en raison des obstacles des secteurs de compétence et les questions d'accès relatives aux divisions chez les Autochtones, dont certains, tels que les Métis et les Indiens non inscrits, restent dans le néant juridictionnel. Le rapport Kirby a invité le

gouvernement fédéral à prendre un rôle de leader dans l'élaboration d'un plan d'action national exhaustif sur la santé des Autochtones. Le rapport Romanow a renvoyé l'écho de cette idée en recommandant de consolider les ressources existantes dans le but de créer un partenariat sur la santé des Autochtones. L'objectif consistait à s'attaquer aux « causes fondamentales des problèmes de santé des Autochtones » en se penchant sur l'amélioration de l'état de santé des Autochtones et en surmontant les obstacles administratifs et juridictionnels des services de soins de santé⁴⁶.

Résumé

Selon les meilleures données disponibles, l'état de santé des Autochtones est moins bon que celui des Canadiens en général. Bien que de nombreuses personnes se portent bien, à titre de population, les Autochtones meurent plus jeunes et souffrent davantage de maladies que les autres Canadiens. Une révision des déterminants clés de la santé démontre que les Autochtones s'en tirent à moins bon compte dans les aspects sociaux et économiques. Outre le logement, on aborde dans ce chapitre trois autres influences importantes sur la santé des Autochtones : les répercussions des pensionnats, celles des changements climatiques et des contaminants environnementaux et la relation entre le pouvoir communautaire, l'autodétermination et les résultats de santé.

Au cours des sept dernières années, les commissions nationales ont recommandé des changements importants dans les orientations et les politiques publiques. On a cité, en exemple de progrès pour améliorer l'état de santé, le transfert d'autorité des services de santé. Cependant, les incidences de ce changement avec la grande variété de programmes qui abordent les déterminants de la santé exigent une évaluation approfondie. La création d'institutions nationales autochtones a établi certaines des infrastructures nécessaires afin de progresser en collaboration avec les peuples et les organismes non autochtones.

Deux besoins se précisent à partir de cette révision : de meilleures données pour la surveillance et l'évaluation ainsi que des actions pour aborder les déterminants de la santé.

Le besoin de meilleures données

On parle tout au long de ce chapitre du manque de données cohérentes, exhaustives et comparables sur les Autochtones. Les données de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations de 2002-2003 et de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 aident à combler ce vide. Cette dernière comprend des rapports spéciaux sur les pensionnats ainsi que des données des enquêtes supplémentaires sur les Inuits et les Métis. Néanmoins, le besoin de stabiliser et d'étendre l'infrastructure actuelle des données demeure présent. Étant donné les histoires et les expériences divergentes des Autochtones du Canada, les données sur les Premières nations à elles seules ne constituent pas un indicateur adéquat de l'état de santé des trois groupes autochtones reconnus.

L'Organisation nationale de la santé autochtone recommande d'élaborer les mécanismes afin de recueillir et d'analyser de façon systématique l'information longitudinale sur la santé autochtone⁴⁷. Plus particulièrement, on a relevé cinq besoins prioritaires en matière d'information³⁵ :

1. La création de systèmes d'information sur la santé pour les Métis;
2. Les estimations des changements démographiques actuels et prévus;
3. L'information sur l'incidence et la prévalence de la série complète de maladies et d'affections identifiées (actuellement, l'accent est mis sur les maladies transmissibles et sur certaines maladies chroniques);
4. L'examen des nouvelles tendances et des enjeux qui surgissent;
5. La surveillance de la qualité environnementale (l'eau, l'air, la terre et les sources alimentaires).

Plusieurs experts estiment que le transfert de pouvoir est une étape nécessaire et primordiale pour améliorer la santé des Autochtones.

Les Autochtones meurent plus jeunes et sont plus malades que les autres Canadiens.

L'Organisation nationale de la santé autochtone a également soulevé des questions clés sur les systèmes d'information sur la santé autochtone³⁵ :

- Propriété de l'information;
- Confidentialité dans les petites collectivités;
- Identification de la population par l'entremise des traits ethniques;
- Différences juridictionnelles entre les gouvernements qui recueillent l'information sur les Autochtones;
- Nouvelles relations entre les chercheurs, les organismes autochtones et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux;
- Développement de la capacité et de l'infrastructure pour recueillir et utiliser l'information.

Les besoins en information sont particulièrement pertinents « depuis que de plus en plus d'organismes autochtones prennent le pouvoir des programmes de santé et exigent que l'information sur la santé réponde aux besoins de la collectivité »³⁵. L'aptitude à établir des repères permettra aux collectivités de surveiller les répercussions liées à l'obtention du pouvoir sur les prestations de services. Une meilleure information aidera également les collectivités à surveiller et à évaluer l'efficacité des programmes conçus pour améliorer l'état de santé.

Le besoin d'aborder les déterminants de la santé

Afin d'avoir une meilleure santé, les collectivités autochtones ont besoin de ressources et d'aptitudes pour dépasser le simple fait de répondre aux situations de crise et commencer à aborder les déterminants de la santé. On a déclaré ceci dans un rapport inuit :

Jusqu'à ce que les pénuries de logement soient éliminées, jusqu'à ce qu'une économie capable de subvenir aux besoins d'un nombre croissant de jeunes en âge de travailler persiste, jusqu'à ce que le système d'éducation puisse produire davantage de diplômés d'études secondaires et jusqu'à ce qu'une grande variété de possibilités à la suite du secondaire existe dans le Nord, la situation risque de rester telle quelle⁴⁸.

Dans le même ordre d'idées, selon un rapport du Manitoba, une utilisation accrue des services de soins de santé de la part des Premières nations signifiait que le système semblait répondre aux besoins de ceux qui sont en mauvaise santé, ce qui est une bonne nouvelle. La mauvaise nouvelle est que la santé appauvrie n'est pas vraisemblablement liée au manque de services de soins de santé⁴⁹.

Assurément, les données sur les déterminants de la santé portent à croire que les améliorations continues de l'état de santé des Autochtones exigeront des actions sur les grands facteurs qui entraînent une mauvaise santé. Les exemples cités fréquemment comprennent les situations économiques et sociales (le rendement scolaire, l'emploi et le revenu), les conditions environnementales et l'autodétermination.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

<p>Que savons-nous?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'état de santé des Autochtones s'améliore, mais il est considérablement inférieur à celui de la moyenne canadienne. • Les Autochtones s'en sortent moins bien que les autres Canadiens en ce qui concerne les situations sociales et économiques. Celles-ci ont des incidences profondes sur leur santé. • Certaines indications préliminaires portent à croire que le transfert de pouvoir de la prestation des services aux Premières nations entraîne de meilleurs résultats cliniques. • Il reste beaucoup à faire pour améliorer la santé des Autochtones.
<p>Que devons-nous savoir?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plus de données fiables sur l'état de santé et les déterminants de la santé des Autochtones. • Les répercussions de la prise de pouvoir sur les services de santé et autres : <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que les collectivités qui assument l'autorité des services de santé sont en mesure d'aborder les déterminants de la santé et d'assigner à nouveau les ressources selon leurs priorités? - Est-ce que ces changements ont amélioré l'état de santé?
<p>Que se passe-t-il?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Davantage de données seront disponibles lors de la publication de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 de Statistique Canada et de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations, 2002-2003. • L'Initiative sur la santé de la population canadienne finance d'autres recherches sur la relation entre la continuité culturelle et le suicide chez les jeunes en Colombie-Britannique. • L'Initiative sur la santé de la population canadienne entreprend une revue en profondeur des réponses politiques à certaines des recommandations de la Commission royale sur les peuples autochtones. • L'Institut de la santé des Autochtones des Instituts de recherche en santé du Canada élabore actuellement un réseau de centres nationaux et régionaux de recherche par l'entremise des Cadres de développement de la capacité autochtone de recherche en santé. Un centre de recherche et de sondage sur la santé des Autochtones est également mis sur pied afin de faire la collecte de données tirées des enquêtes de recherche qui serviront à l'élaboration de politiques et de programmes dont l'objectif consistera à aider à éliminer les écarts en matière de santé.

Données sur la santé de la population des Autochtones du Canada

Une grande partie des données sur les Autochtones au Canada semble porter sur les Indiens de plein droit, c'est-à-dire les personnes des Premières nations inscrites dans le Registre des Indiens, et souvent seulement sur la portion de la population qui vit dans des réserves. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et Santé Canada font la collecte de ces données. En 2003, Santé Canada a publié le rapport *Profil statistique de la Santé des Premières nations au Canada*. Bien qu'utiles pour comprendre cette population, ces données ne donnent pas une information adéquate sur l'état de santé des trois groupes autochtones reconnus, ni ne dressent le portrait complet des Premières nations (par exemple, les populations des Premières nations non inscrites ou qui ne vivent pas dans des réserves peuvent être exclues).

Bien que tous les citoyens soient compris dans le recensement, les Premières nations qui vivent dans des réserves ne sont pas couvertes dans la majorité des enquêtes nationales qui traitent des enjeux sur la santé de la population au Canada. Par exemple, les Premières nations qui vivent dans des réserves ne sont pas comprises dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, l'Enquête nationale sur la santé de la population, l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes, l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu, ni dans l'Enquête sur la population active. L'exclusion

des territoires dans certaines de ces enquêtes signifie que la population inuite n'est pas totalement couverte. On remarque également une irrégularité dans l'aptitude à identifier les Autochtones et les groupes autochtones particuliers, c'est-à-dire les Premières nations, les Métis et les Inuits.

Deux enquêtes nationales ont fait la collecte de données spécifiquement sur les populations autochtones du Canada. En 1991 ainsi qu'en 2001, Statistique Canada a mené l'Enquête auprès des peuples autochtones. Elle couvre les populations autochtones à l'extérieur des réserves et comprend une information spécifique aux Inuits, aux Métis et aux Premières nations (Indiens de l'Amérique du Nord). Les résultats initiaux de l'enquête de 2001 sont donnés dans le présent rapport. L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations constitue la première enquête menée par les Autochtones et pour les Autochtones. La première enquête en 1997 a fourni une information sur les collectivités des Premières nations (dans des réserves) et sur la population inuite du Labrador. Ces données sont utilisées dans le présent rapport. Les données recueillies sur les collectivités des Premières nations lors de la deuxième enquête en 2002-2003 seront disponibles en 2004. Elles constitueront une source exhaustive d'information sur les populations des Premières nations dans les réserves.

Sources de données des tableaux 1 et 2

Sources de données sur les Autochtones (tous les Autochtones et ceux vivant à l'extérieur des réserves) :

- a M.Tjepkema, *La santé des Autochtones hors-réserve*, Rapports sur la santé — Supplément, 13,1-16. Les données sur les populations autochtones et non autochtones sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001. Ces données sont normalisées selon l'âge de la population canadienne telle qu'utilisée dans cette dernière.
- b Statistique Canada, *Enquête auprès des peuples autochtones, 2003*, Ottawa, Industrie Canada. Analyse sans strate d'âges. Totalisation spéciale.
- c Santé Canada, Nouveaux cas actifs et ces de rechute de tuberculose signalés et taux d'incidence pour 100 000 — Canada et provinces/territoires : 2000, La tuberculose au Canada, Ottawa, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 2000. <www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/tbcan00/pdf/tbcan_2000_f.pdf>.

Sources de données sur le Canada et les peuples non autochtones des références « a, g, h » et ce qui suit :

- d Statistique Canada. Tableau CANSIM 102-0025, Espérance de vie — table de mortalité abrégée, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles (Années), 2003. L'espérance de vie à la naissance pour le Nunavut doit être interprétée avec prudence en raison du petit nombre sous-jacent.
- e Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001. Analyse sans strate d'âges*. Données recueillies dans toutes les provinces et tous les territoires, auprès de personnes de 12 ans et plus, 2003. <www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/00502/tables/html/1115.htm>.

Remarque : La source « a » compare les populations autochtones et non autochtones au sein de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les sources « g, h, et e » représentent la population canadienne en général.

Sources de données pour les Premières nations :

- f Organisation nationale de la santé autochtone, *Sondage d'opinion de l'Organisation nationale de la santé autochtone sur la santé et les soins de santé autochtones, résultats préliminaires*, Ottawa, 2003. Ce sondage a été réalisé en 2002 sur 1 209 adultes des Premières nations qui vivent dans ou non loin des réserves. Les résultats sont précis à +/- 2,83 près, 19 sur 20.
- g Santé Canada. *Profil statistique de la Santé des Premières nations au Canada*, Ottawa, (2003). Les bureaux régionaux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et les ministères provinciaux de la Santé font la collecte de données sur les Premières nations vivant dans des réserves. Les statistiques démographiques proviennent du Registre des Indiens qui estime la population dans les réserves en date du mois de décembre 1999 pour toutes les provinces, à l'exception de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, où les populations dans et à l'extérieur des réserves sont comprises. Ces données ne sont pas ajustées selon l'âge. Les taux canadiens de chlamydia sont tirés des données de Santé Canada.
- h T. K. Young, J. O'Neil, B. Elias, A. Leader, J. Reading, G. McDonald, *Maladies chroniques*, Saint-Régis, Québec, Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1997. Les données proviennent de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits. Les données sur le diabète, l'arthrite, le rhumatisme, les problèmes cardiaques, le cancer et l'hypertension sont propres à l'âge et au sexe et ajustées selon l'âge selon la population canadienne telle qu'utilisée dans l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994. Les taux concernant tous les Canadiens sont tirés de cette dernière. Tous les points de données proviennent d'une totalisation spéciale de l'auteur.
- i Affaires indiennes et du Nord Canada, (2001). *Données ministérielles de base — 2000*, espérance de vie prévue à la naissance des Indiens inscrits, 2001.

Les sources des données sur les Inuits proviennent des références « b et m » ainsi que des données du Nunavut (85 % de la population sont des Inuits) :

- j Statistique Canada, Mortalité infantile, selon le sexe et le poids à la naissance, Canada, provinces et territoires, données annuelles, tableau 102-0030, 2003. Tous les poids à la naissance en 1999. Il faudrait interpréter le taux de mortalité infantile au Nunavut avec prudence en raison du petit nombre de naissances.
- k Santé Canada, Cas et taux de chlamydia génitale rapportés au Canada par province/territoire et selon le sexe, 1991 à 2000. Source de données : Santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, 2002. Les taux de 2001 proviennent du site Web de l'Institut canadien d'information sur la santé à www.icis.ca.
- m Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, *Le suicide dans les Territoires du Nord-Ouest : un examen descriptif*, 1998. Source des données : base de données sur le suicide du GTNO et données du coroner 1994 à 1996. Données non normalisées selon l'âge. www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/suicide/summary/sec01.htm.

Les sources de données sur les Métis proviennent des références « b et c ».

Pour en savoir davantage

- 1 ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE. *Orientations stratégiques pour un cadre de prise de décisions fondée sur des preuves à l'ONSA*, Ottawa, Organisation nationale de la santé autochtone, 2001.
- 2 STATISTIQUE CANADA. *Peuples autochtones du Canada : un profil démographique, Recensement de 2001*, Série « analyses », Ottawa, Statistique Canada, catalogue n° 96F0030XIF2001007, 2003.
- 3 J. SMYLLIE. *A Guide for Health Care Professionals Working with Aboriginal Peoples*, *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, 2001, 23(3), pp. 255-61.
- 4 AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. *La tuberculose dans les communautés des Premières nations, 1999*, Santé Canada, données ministérielles de base, taux normalisés selon la population canadienne de 1996, 2001.
- 5 LE CONFERENCE BOARD DU CANADA. *An Examination of the Nunavut Economy*, sommaire exécutif, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2001.
- 6 INUIT TAPIIRIT KANATAMI. *Inuit of Canada*, Ottawa, Inuit Tapiuit Kanatami, 2003.
- 7 SANTÉ CANADA. *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*, Ottawa, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 2003.
- 8 STATISTIQUE CANADA. *Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 — Premiers résultats : Bien-être de la population autochtone vivant hors réserve*, Ottawa, ministère de l'Industrie, catalogue n° 89-589-XIF, 2003.
- 9 N. ADELSON. *"Being Alive Well": Health and the Politics of Cree Well-Being*, Toronto, University of Toronto Press, 2000.
- 10 K. SCOTT. *L'équilibre comme moyen de promotion de la santé dans les communautés autochtones, volume 3, La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, études commandées par le Forum national de la santé*, Ottawa, Éditions Multimondes, 1998.
- 11 COMMISSION ROYALE SUR LES PEUPLES AUTOCHTONES. *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 1996.
<www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/index_f.html>.
- 12 ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE. *Sondage d'opinion de l'Organisation nationale de la santé autochtone sur la santé et les soins de santé autochtone, résultats préliminaires*, Ottawa, 2003.
- 13 ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE. *Public Opinion Poll on Aboriginal Health Issues, Métis Preliminary Findings*, Ottawa, 2003.
- 14 K. A. SVENSON, C. LAFONTAINE. *The Search for Wellness*, dans *First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee (Eds), First Nations and Inuit Regional Health Survey, National Report*, St-Régis, Québec, Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999.
- 15 STATISTIQUE CANADA. *Taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) 1996*, Indicateurs de la santé, tableaux de données, catalogue n° 82-221-XIF, 2001.
<www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/01201/hlthstatus/deaths_f.htm>.
- 16 P. SPURR, I. MELZER, J. ENGELAND. *Études spéciales sur le recensement de 1996 : Les conditions de logement des ménages des Indiens d'Amérique du Nord, des Métis et des Inuits au Canada*, *Faits saillants de la recherche*, Série socio-économique, 2002, 55-10, 1-15.
- 17 B. BOLES. *Une étude des problèmes périodiques de moisissure dans la réserve Roseau River, Manitoba*, *Le point en recherche*, Série technique, 1998, 99-101.
<www.cmhc-schl.gc.ca/publications/fr/rh-pr/tech/99-101_f.pdf>.

- 18 T. ROSENBERG, O. KENDALL, J. BLANCHARD, S. MARTEL, C. WAKELIN, M. FAST. *Shigellosis on Indian reserves in Manitoba, Canada: Its relationship to crowded housing, lack of running water, and inadequate sewage disposal*, American Journal of Public Health, 1997, 87(9), 1547-1551.
- 19 FONDATION AUTOCHTONE DE GUÉRISON. *La Guérison est en marche : mise à jour opérationnelle sur la Fondation autochtone de guérison*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 2002.
- 20 RÉOLUTION DES QUESTIONS DES PENSIONNATS POUR INDIENS CANADA. *Histoire des pensionnats : survol historique*, Gouvernement du Canada, 2003. <www.irsr-rqpa.gc.ca/francais/histoire.html>.
- 21 J. READING, B. ELIAS. *Un examen des pensionnats et de la santé des aînés*, dans First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee (Eds), Ottawa, 1999, First Nations and Inuit Regional Health Survey, National Report, St-Régis, Québec, Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999.
- 22 AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. *Déclaration de réconciliation : les leçons à tirer du passé*, discours prononcé par l'honorable Jane Stewart, ministre aux Affaires indiennes et du Nord Canada, le 7 janvier 1998. <www.irsr-rqpi.gc.ca/francais/reconciliation.html>.
- 23 AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. *Le Rapport d'évaluation des contaminants dans l'Arctique canadien II*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2003.
- 24 ENVIRONNEMENT CANADA. *Troisième rapport national du Canada sur les changements climatiques*, 2001. <www.climatechange.gc.ca/french/3rn/toc.html>.
- 25 INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE. *Climate Change 2001: The Scientific Basis. Contribution of Working Group 1 to the Third Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001.
- 26 A. J. MCMICHAEL, A. HAINES. *Global climate change: the potential effects on health*, British Medical Journal, 1997, 315, 805-809.
- 27 A. J. MCMICHAEL, D. H. CAMPBELL-LENDRUM, C. F. CORVALAN, K. L. EBI, A. GITHEKO, J. D. SCHERAGA, A. WOODWARD. *Climate Change and Human Health—Risks and Responses*, sommaire, France, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
- 28 L. O. REIERSEN. *Local and Transboundary Pollutants*, dans M. Nuttall et T. V. Callaghan (Eds), The Arctic: Environment, People, and Policy, Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 2002.
- 29 H. M. CHAN, P. BERTI, O. RECEVEUR, H. KUHNLEIN. *Evaluation of the population distribution of dietary contaminant exposure in an Arctic population using Monte Carlo statistics*, Environmental Health Statistics, 1997, 105(3), 316-321.
- 30 COMMISSION ROYALE SUR LES PEUPLES AUTOCHTONES. *À l'aube d'un rapprochement, Points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1996.
- 31 AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. *Rassembler nos forces, Le plan d'action du Canada pour les questions autochtones*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 1997.
- 32 M. J. CHANDLER, C. LALONDE. *Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations*, Transcultural Psychiatry, 1998, 35, 191-219.
- 33 B. BUSHIE. *Community Holistic Circle Healing: A Community Approach*, document présenté à la conférence Building Strong Partnerships for Restorative Practice, du 5 au 7 août 1999, Burlington, Vermont, 2002. <www.realjustice.org/Pages/vt99papers/vt_bushie.html>.
- 34 J. COURURE, T. PARKER, R. COUTURE, P. LABOUCANE. *A Cost-Benefit Analysis of Hollow Water's Community Holistic Circle Healing Process*, Ottawa, Solliciteur général du Canada, 2001.

- 35 D. KINNON. *Améliorer les programmes et les services destinés aux autochtones en santé de la population, en prévention des maladies et en promotion et protection de la santé: Recommandations pour les activités de l'ONSA*, Ottawa, Organisation nationale de la santé autochtone, 2002.
- 36 SANTÉ CANADA. *Initiative sur le diabète chez les autochtones-Introduction*, 2003. <www.hc-sc.gc.ca/dgspni/pc/ida/introduction.htm>.
- 37 AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. *Mini-sommaire national*, Direction générale des revendications particulières, 2003. <www.ainc-inac.gc.ca/ps/clm/nms_f.html>.
- 38 R. JOCK, L. LEMCHUK-FAVEL. *A Resource Document on Aboriginal Health Systems in Canada*, Ottawa, Organisation nationale de la santé autochtone, 2002.
- 39 INITIATIVE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION CANADIENNE. *Directions initiales : procès-verbal de la réunion sur la santé des Autochtones*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2003.
- 40 A. MABLE, J. MARRIOTT. *De la connaissance à la pratique. Le fonds pour l'adaptation des services de santé*, série de rapports de synthèse, les soins primaires, Ottawa, 2002. <www.hc-sc.gc.ca>.
- 41 M. J. HAMPTON. *Projet tripartite d'élaboration d'un nouveau modèle de soins primaires pour la Première nation d'Eskasoni*, Ottawa, Santé Canada, Le Fonds pour l'adaptation des services de santé, projet n° NA305, 2001.
- 42 ALBERTA HEALTH AND WELLNESS. *Umbrella Alberta Primary Health Care Project-Health for All-Métis Settlements*, (en date du 19 décembre 2003). <www.health.gov.ab.ca>.
- 43 LAKELAND REGIONAL HEALTH AUTHORITY. *Health for All: Final Team Project*, Santé Canada, Le Fonds pour l'adaptation des services de santé, 2001.
- 44 MATTHIAS ENTERPRISES LTD. *Evaluation of the Health for All Project in the Lakeland Health Region; Final Report*, Ottawa, Santé Canada, Le Fonds pour l'adaptation des services de santé, 2000.
- 45 COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE. *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*, Ottawa, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, 2002.
- 46 COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada — Rapport final*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Commission Roy J. Romanow, 2002.
- 47 ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE. *Supplément de : An Examination of Aboriginal Health Services Issues and Federal Aboriginal Health Policy*, Ottawa, ONSA, 2001.
- 48 L. ARCHIBALD, R. GREY. *Evaluation Models of Health Care Delivery in Inuit Regions*, Ottawa, Inuit Tapirisat of Canada, 2000.
- 49 P. MARTENS, R. BOND, L. JEBAMANI, C. BURCHILL, N. ROOS, S. DERKSEN, M. BEAULIEU, C. STEINBACH, L. MACWILLIAM, R. WALLD, N. DIK, D. SANDERSON, M. TANNER-SPENCE, A. LEADER, B. ELIAS, J. O'NEIL, HEALTH INFORMATION AND RESEARCH COMMITTEE, ASSEMBLÉE DES CHEFS DU MANITOBA. *The Health and Health Care Use of Registered First Nations People Living in Manitoba: A Population-Based Study*, résumé du rapport, Winnipeg, Manitoba Centre for Health Policy, 2002.

Chapitre

5

L'obésité



L'obésité est un problème très répandu au Canada qui a d'importantes répercussions sur la santé publique. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a reconnu le nombre croissant de problèmes d'obésité comme une épidémie mondiale nécessitant l'adoption de mesures immédiates¹.

Qu'est-ce qui explique l'augmentation actuelle du nombre de problèmes d'obésité chez la population canadienne et comment peut-on renverser la tendance? Les déterminants de comportement associés au surpoids et à l'obésité sont bien connus — la consommation excessive d'aliments et le manque d'exercice physique. Toutefois, les campagnes publicitaires abondantes ainsi que l'accès facile à des boissons et des aliments peu coûteux et à teneur élevée en calories et faible en éléments nutritifs peuvent influencer nos choix alimentaires. Dans le même ordre d'idées, des facteurs généraux, y compris la façon utilisée par les collectivités pour accéder à des installations récréatives, peuvent jouer un rôle dans le niveau d'activités exercées.

Outre les choix individuels, divers facteurs sociaux influencent le régime alimentaire, l'activité physique, le poids corporel et les niveaux d'obésité chez la population. Selon des spécialistes, l'épidémie d'obésité est attribuable à de grands mouvements sociaux et environnementaux, dont la mondialisation des marchés d'alimentation, la diminution des efforts physiques exigés par le travail, l'urbanisation, l'utilisation accrue des moyens de transport automatisés, des technologies qui allègent les tâches domestiques ainsi que des loisirs passifs².

Le présent chapitre examine certaines preuves entourant l'obésité et la santé, les tendances des taux d'obésité, l'alimentation et l'exercice physique. Il décrit des politiques et des programmes visant à aborder le problème au Canada et dans le monde.

L'obésité et le fardeau de la maladie au Canada

L'obésité a des retombées importantes sur le fardeau de la maladie au Canada. Bien des études font un lien entre l'obésité et d'importantes maladies chroniques évitables, y compris le diabète de type 2, les maladies

La recherche indique également que l'obésité n'est pas seulement un problème pour les adultes au Canada, elle a également des retombées sur la santé des enfants. Par exemple, les enfants et les adolescents obèses ont plus de risques de souffrir d'hypertension et de cholestérol élevé, deux facteurs de risques connus de la maladie cardiovasculaire⁸. Diagnostiqué auparavant chez les adultes

L'obésité a des retombées importantes sur le fardeau de la maladie au Canada.

cardiovasculaires, l'hypertension, les accidents cérébrovasculaires, les maladies de la vésicule biliaire, ainsi que certains cancers^{3,4,5}.

Une analyse des facteurs rattachés au diabète, par exemple, indique que le risque progresse au même rythme que l'augmentation du poids chez les femmes et les hommes âgés de 45 à 64 ans (tableau 1). Comparativement aux adultes ayant un poids-santé, les adultes obèses ou avec un surpoids au Canada

uniquement, le diabète de type 2 est observé de plus en plus chez les enfants obèses, en particulier les adolescents⁹. Le surpoids, en particulier chez les jeunes adultes, peut accroître la probabilité d'un décès prématuré. Ainsi des études américaines montrent qu'un homme très obèse de 20 ans et de race blanche (IMC \geq à 45) pourrait voir le nombre d'années qui lui restent à vivre réduit de 22 % par rapport à une personne de poids normal¹⁰.

L'obésité n'est pas seulement un problème pour les adultes au Canada, elle a également des retombées sur la santé des enfants.

avaient de 1,5 à 10 fois plus de risques d'être victimes de diabète⁶. Cette évaluation du risque tient compte des écarts concernant les divers facteurs sociaux, démographiques et du style de vie, notamment le niveau d'études, de revenu et d'activité physique.

L'information recueillie aux États-Unis en 1998 indique que les tendances actuelles du surpoids et de l'obésité pourraient représenter 14 % des décès des suites d'un cancer chez les hommes et 20 % chez les femmes⁷. On a également démontré que l'obésité accroît le risque d'autres problèmes de santé, notamment les maladies de la vésicule biliaire, l'arthrose, les problèmes psychosociaux ainsi que les blessures causées par une chute.

Comment mesure-t-on l'obésité?
voir page 138

Messages clés :

- L'obésité est liée à diverses maladies chroniques chez les adultes et les enfants.
- L'obésité peut réduire considérablement l'espérance de vie.

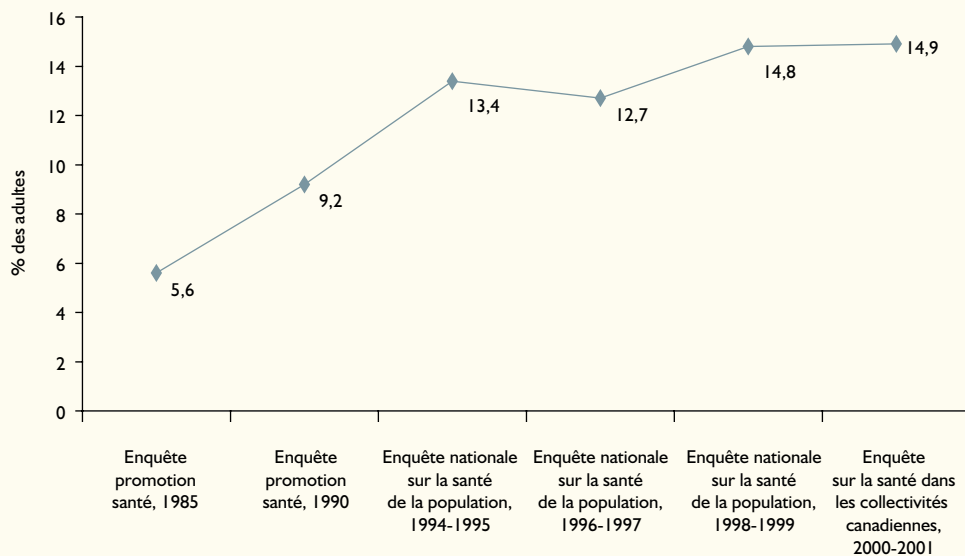
Tableau 1 Les adultes obèses ou avec un surpoids (45 à 64 ans) sont plus à risque d'être diabétiques*		Hommes (Risque**)	Femmes (Risque**)
	Indice de masse corporelle (IMC)		
	Poids normal (18,5-24,9)	1,00	1,00
	Surpoids (25,0-29,9)	1,54	2,10
	Obésité (30,0 +)	3,32	6,29
	Classe I (30-34,9)	2,87	5,39
	Classe II (35-39,9)	4,70	8,08
	Classe III (40+)	6,63	10,44
<p>Source : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. <i>Socio-demographic and Lifestyle Correlates of Obesity</i>, 2004. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé. Analyse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001.</p>			

* Ajusté selon l'âge, le niveau d'études, le revenu, la situation familiale, la langue, l'origine ethnique, la région, le niveau d'activité physique, la consommation de fruits et de légumes et les habitudes liées au tabagisme.

** Le risque renvoie au rapport de cotes.

Les adultes obèses ou avec un surpoids au Canada avaient de 1,5 à 10 fois plus de risques d'être victimes de diabète.

Figure 1
L'obésité en hausse chez les adultes canadiens, de 1985 à 2000-2001 *

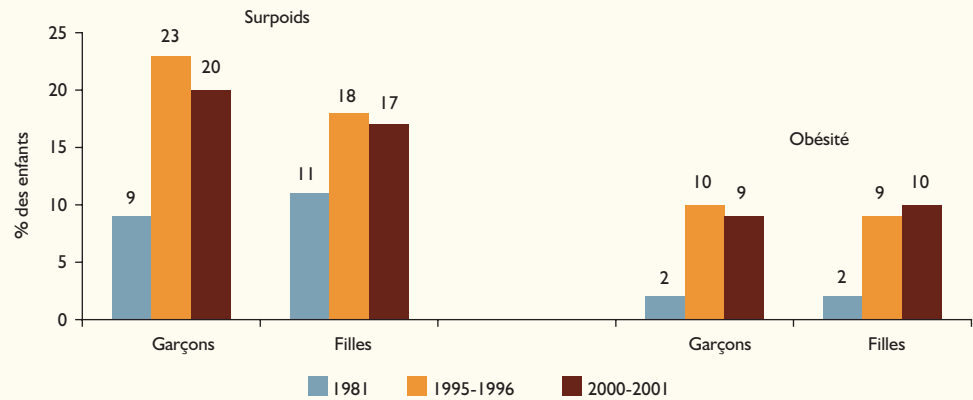


* Enquêtes promotion santé, adultes âgés de 20 à 98 ans; Enquêtes nationales sur la santé de la population, adultes âgés de 20 à 64 ans; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, adultes âgés de 20 à 64 ans. Toutes les données sur le poids et la grandeur sont autodéclarées.

Sources : P. T. Katzmarzyk, *The Canadian obesity epidemic, 1985-1998*, Journal de l'Association médicale canadienne, 166(8), 1039-1040 et Statistique Canada, *Indice de masse corporelle (IMC), norme internationale, selon le sexe, population à domicile de 20 à 64 ans excluant les femmes enceintes, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, 2000-2001*, Indicateurs sur la santé, catalogue 82-221-XIF, 2002. <www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/01002/tables/pdf/1225-f.htm>.

En 2000-2001, plus de 6 millions d'adultes âgés de 20 à 64 ans avaient un surpoids et presque 3 millions étaient obèses.

Figure 2
Le surpoids et l'obésité chez les enfants (de 7 à 13 ans)*, de 1981 à 2000-2001

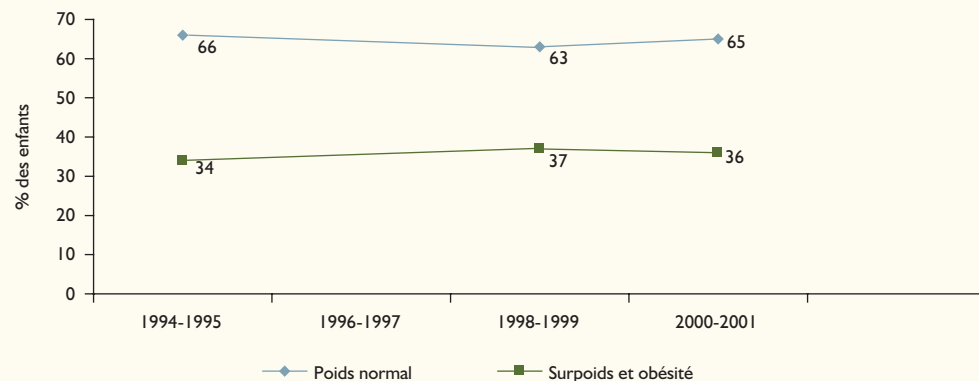


* D'après la taille et le poids déclarés par les parents.

Source : M. S. Tremblay, P. T. Katzmarzyk, J. D. Willms, *Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996*, International Journal of Obesity, 2002, 26(4), 538-543. Statistique Canada, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 2000-2001*, totalisation spéciale, 2003.

Entre 1981 et le milieu des années 1990, les taux de surpoids et d'obésité ont augmenté chez les enfants. Ils se sont peut-être stabilisés dans les dernières années.

Figure 3
Le surpoids et l'obésité chez les enfants (de 2 à 11 ans)*, de 1994-1995 à 2000-2001



* D'après les définitions internationales du surpoids et de l'obésité chez les enfants; taille et poids déclarés par les parents.

Source : Statistique Canada. Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : enfants obèses. *Le Quotidien*, 18 octobre 2002 et Statistique Canada. (2003). *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 2000-2001*, totalisation spéciale, 2002.

L'ampleur du problème au Canada

Augmentation du nombre d'adultes obèses

Au cours des deux dernières décennies, la prévalence de l'obésité a progressé de plus de deux fois et demie chez les adultes canadiens (figure 1)^{12, 13, 14, 15}. D'après les données autodéclarées en 2000-2001, plus de 6 millions d'adultes âgés de 20 à 64 ans avaient un surpoids et presque 3 millions étaient obèses¹⁵.

Le taux de surpoids et d'obésité varie entre les hommes et les femmes. En 2000-2001, plus d'hommes (56 %) que de femmes (39 %) ont déclaré avoir un surpoids ou être obèses¹⁵.

Progression du taux d'obésité chez les enfants aussi

Le taux de surpoids et d'obésité a également augmenté chez les enfants canadiens. La figure 2 présente le taux de surpoids et d'obésité de 1981 à 2001 chez les enfants âgés de 7 à 13 ans, qui est de 1,5 à 5 fois plus élevé.

Une nouvelle étude commandée par l'Initiative sur la santé de la population canadienne indique que les taux chez les enfants pourraient s'être stabilisés au cours des dernières années. Le taux de surpoids et d'obésité était semblable entre 1994-1995 et 2000-2001 pour les enfants âgés de 7 à 13 ans (figure 2) et pour ceux de 2 à 11 ans (figure 3).

En 2000-2001, près de 5 % des enfants âgés de 12 à 19 ans étaient considérés obèses, le taux étant plus élevé chez les garçons (6 %) que chez les filles (3 %)¹⁶; le taux de surpoids était de 17 % chez les garçons et de 10 % chez les filles. La prévalence du surpoids était supérieure chez les garçons de 12 à 15 ans (18 %) par rapport à ceux de 16 à 19 ans (15 %); le taux de prévalence de surpoids chez les filles était semblable dans les deux groupes d'âge (10 %)¹⁶.

Messages clés

- Au cours des deux dernières décennies, le taux de surpoids et d'obésité a plus que doublé chez les adultes canadiens.
- Au cours des deux dernières décennies, le taux de surpoids et d'obésité a pratiquement triplé chez les enfants canadiens, même si les dernières données portent à croire que le taux d'obésité peut s'être stabilisé.
- Les taux d'obésité affichent des différences géographiques, mais certaines régions dans presque toutes les provinces et tous les territoires ont des taux supérieurs à la moyenne nationale.
- Le taux de surpoids et d'obésité varie selon le revenu, mais le rapport est différent chez les hommes et les femmes.
- Le taux de surpoids et d'obésité semble nettement plus élevé chez les Autochtones.

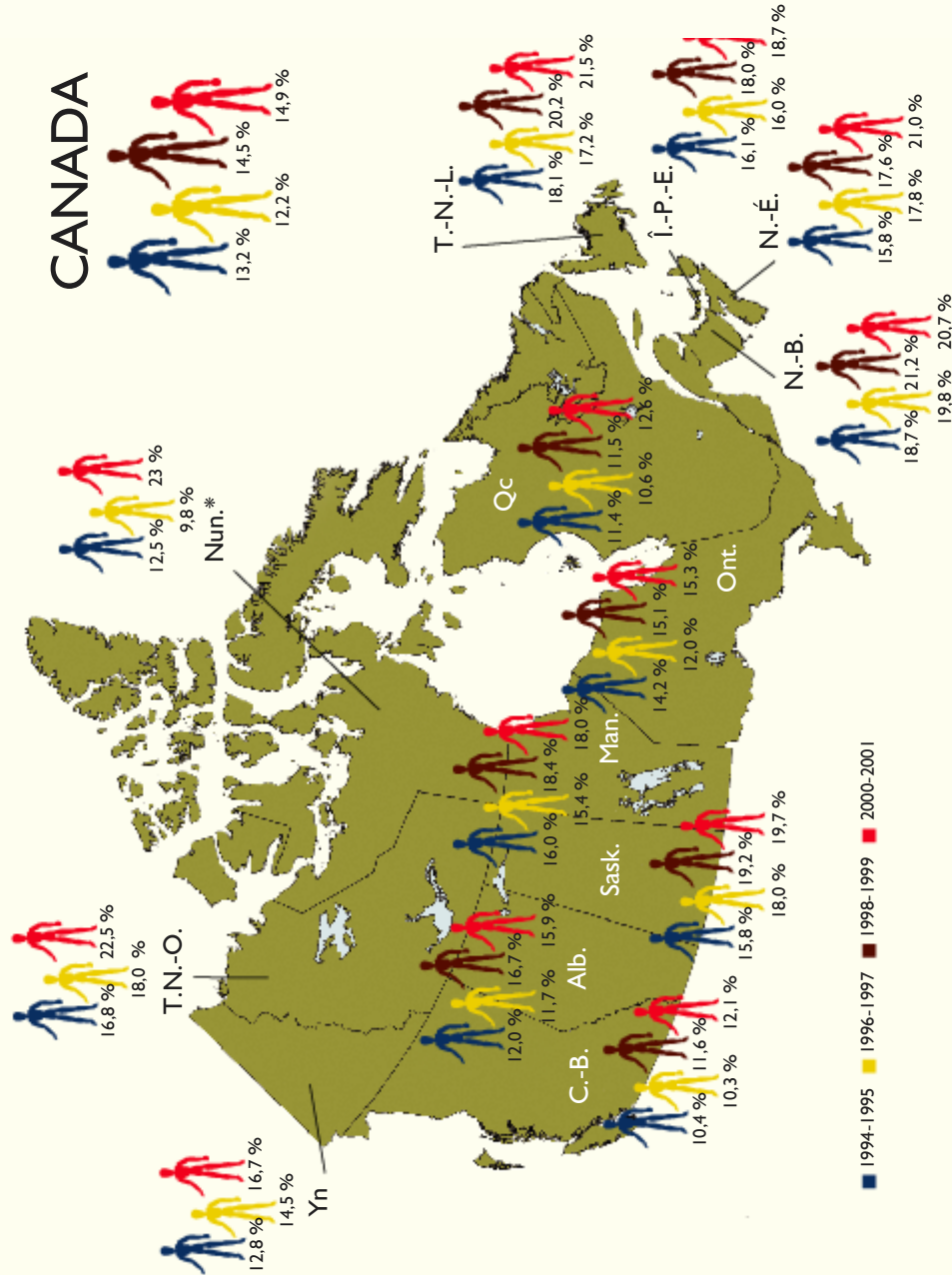
Le portrait de l'obésité au Canada

Entre 1994-1995 et 2000-2001, l'obésité a connu une hausse dans l'ensemble des provinces et territoires (figure 4). La figure 4 illustre les moyennes provinciales et territoriales chez les adultes canadiens, tandis que la figure 5 présente le taux d'obésité des adultes dans diverses régions sanitaires au Canada en 2000-2001. À l'exception du Québec et du Yukon, de nombreuses régions sanitaires de chaque province et territoire ont affiché un taux d'obésité considérablement supérieur à la moyenne nationale de 14,9 %. Dans quelques provinces et territoires, les régions sanitaires qui ont affiché un taux d'obésité supérieur à la moyenne nationale étaient majoritaires, à savoir les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut, la Saskatchewan, le Manitoba, Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick. Les enfants du Canada Atlantique étaient plus susceptibles d'avoir

Entre 1994-1995 et 2000-2001, l'obésité a connu une hausse dans l'ensemble des provinces et territoires.

un surpoids que ceux des provinces des Prairies (Manitoba, Saskatchewan et Alberta) dont le risque de surpoids était le moins élevé par rapport aux enfants du reste du pays¹⁷.

Figure 4
L'obésité
($IMC \geq 30$)
chez les adultes
(de 20 à 64 ans),
au Canada
et dans les
provinces,
de 1994-1995
à 2000-2001

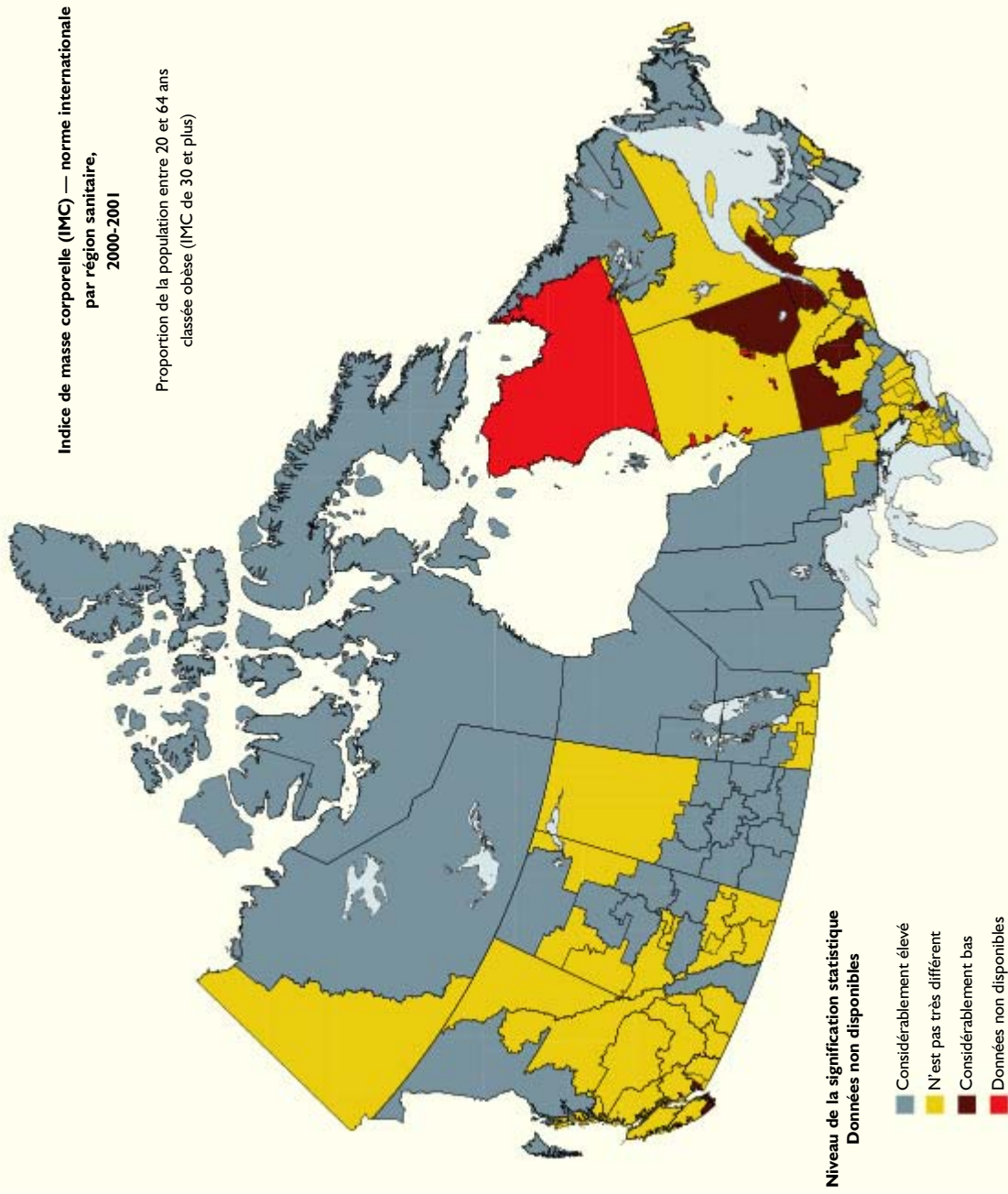


* Les données pour le Nunavut en 1994-1995 et 1996-1997 doivent être interprétées avec prudence.

Sources : Statistique Canada, *Indice de masse corporelle (IMC), norme internationale, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 20 à 64 ans excluant les femmes enceintes, Canada et provinces, 2000-2001*, Indicateurs de la santé, 2001, catalogue 82-221-XIF. <www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/1225_f.htm>.

Statistique Canada, *Indice de masse corporelle (IMC), norme internationale, selon le sexe, population à domicile de 20 à 64 ans excluant les femmes enceintes, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, 2000-2001*, Indicateurs de la santé, 2002, catalogue 82-221-XIF. <www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/1226_f.htm>.

Figure 5
L'obésité
($IMC \geq 30$)
par région sani-
taire au Canada,
2000-2001



Source : Statistique Canada, *Indice de masse corporelle (IMC), norme internationale, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 20 à 64 ans excluant les femmes enceintes, Canada, 2000-2001*, Indicateurs de la santé, 2001, catalogue 82-221-XIF. <www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/1225_f.htm>.

La relation entre le revenu et l'obésité

En 2000-2001, le taux de surpoids et d'obésité chez les hommes a augmenté au même rythme que le niveau du revenu (figure 6). Les femmes ayant un revenu élevé, par contre, étaient moins susceptibles d'avoir du surpoids ou d'être obèses. Les autres groupes de revenu des femmes obtiennent un taux relativement semblable.

En 1998-1999, les enfants âgés de 2 à 11 ans vivant dans des familles à faible revenu étaient 1,5 fois plus susceptibles d'être obèses que les enfants vivant dans des familles à revenu élevé¹⁸.

La situation chez les peuples autochtones

Le taux d'obésité autodéclaré était de 25 % chez les Autochtones vivant à l'extérieur des réserves en 2000-2001¹⁹. Même s'il n'existe pas de données exhaustives sur les Autochtones vivant dans les réserves, des chiffres provenant de certaines collectivités des Premières nations révèlent un taux plus élevé dans les réserves. Par exemple, une étude modeste sur les adultes dans deux collectivités ojibwe indique un taux de prévalence de l'obésité de 29 %²⁰. Ces taux sont pratiquement deux fois plus élevés que le taux canadien global chez les adultes. Outre les taux élevés de diabète de type 2 chez les membres des collectivités autochtones (chapitre 4, La santé des Autochtones) qui suscitent des inquiétudes, ces chiffres indiquent qu'il est particulièrement urgent de traiter la question de l'obésité chez ce groupe.

Tendances relatives à la consommation alimentaire et à l'activité physique au Canada

Les Canadiens mangent-ils bien?

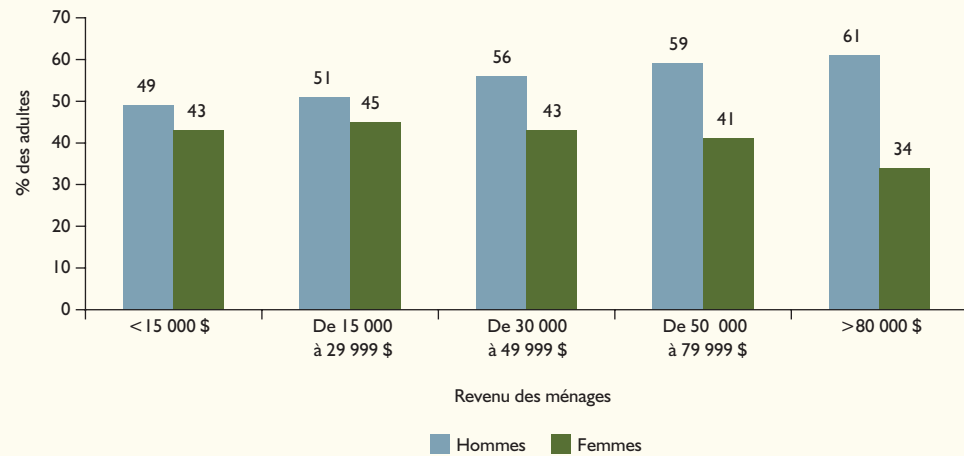
Le Canada n'effectue pas de surveillance alimentaire de routine. La seule enquête nutritionnelle à l'échelle nationale portant sur tous les groupes d'âge a été menée il y a 30 ans (Nutrition Canada, 1970-1972). Pendant les années 1990, les enquêtes nutritionnelles provinciales sur les adultes ont permis de recueillir des renseignements détaillés sur l'apport alimentaire et une petite enquête nationale a été menée en 1997-1998^{21, 22, 23, 24, 25}. Selon les conclusions générales de toutes les enquêtes, l'apport énergétique déclaré était moindre, la consommation déclarée de gras avait diminué et on a une réduction dans le pourcentage d'énergie provenant du gras, et ce, par rapport à il y a 30 ans. Par exemple, l'enquête nationale a indiqué que l'absorption de gras en tant que pourcentage d'énergie a diminué d'environ 10 points de pourcentage chez les adultes²⁵. L'absorption moyenne déclarée en 1997-1998 correspondait à la portion acceptable en gras de 20 à 35 % du total d'énergie^{25, 26}.

Cette tendance va de pair avec les données de l'enquête nutritionnelle à long terme provenant des É.-U. et du Royaume-Uni (R.-U.) qui montre une diminution de l'apport énergétique depuis les années 1960 (qui s'est stabilisée graduellement au cours des dernières années). Cela porte à croire qu'une diminution de l'activité physique plutôt qu'une augmentation de l'apport énergétique peut expliquer une augmentation des niveaux de surpoids et d'obésité^{27, 28}.

Le Canada n'effectue pas de surveillance alimentaire de routine. Il est donc difficile d'évaluer l'ampleur de l'augmentation ou de la diminution de l'apport énergétique.

Figure 6

Le surpoids et l'obésité (IMC > 25) selon le revenu chez les adultes canadiens (de 20 à 64 ans), 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Fichier de microdonnées à grande diffusion, Statistique Canada, analyse de l'Initiative sur la santé de la population canadienne.

Le taux de surpoids et d'obésité chez les hommes a augmenté au même rythme que le niveau du revenu.

Les femmes ayant un revenu élevé étaient moins susceptibles d'avoir du surpoids ou d'être obèses.

Une autre façon rudimentaire d'examiner les tendances relatives à l'alimentation consiste à étudier la disparition d'aliments ou leur disponibilité.

Les spécialistes s'entendent généralement pour dire que l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes représente un des indicateurs d'une

Disponibilité alimentaire, consommation et disparition

Les estimations brutes de l'apport énergétique proviennent de données écologiques. Ces dernières estiment le type d'aliments et d'éléments nutritifs disponibles pour la consommation à partir des données sur la disparition des aliments [(production + importation + stock de départ) - (exportation + utilisation industrielle + stock final)]³⁰.

Les données sur la disparition par habitant surestiment la consommation, car elles ne tiennent pas compte du gaspillage ni des déchets. Toutefois, si on présume que le gaspillage et les déchets demeurent constants au fil du temps, les données écologiques représentent des indicateurs valides des tendances de la consommation au fil du temps.

Les chiffres sur la disparition des aliments présentés dans le rapport *Statistiques sur les aliments 2002* de Statistique Canada montrent des données contraires à celles des enquêtes nutritionnelles mentionnées précédemment²⁹. Selon Statistique Canada, le total d'énergie absorbée par habitant par jour a augmenté de plus de 18 % de 1991 à 2002. Ce rapport souligne une augmentation de la consommation de gras qui serait attribuable à cette augmentation globale, car le pourcentage d'énergie absorbée provenant des glucides était environ le même et le pourcentage de protéines absorbées est demeuré stable^{29,30}. Le manque de données canadiennes sur les habitudes alimentaires complique l'évaluation de l'ampleur à laquelle l'apport énergétique augmente ou diminue³¹.

saine alimentation. Même si les données sur la surveillance des habitudes alimentaires sont insuffisantes au Canada, certains renseignements — y compris la consommation de fruits et de légumes — peuvent être recueillis à partir d'enquêtes. Le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* recommande cinq à 10 portions de fruits et légumes par jour³².

Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, environ un Canadien sur trois a déclaré manger cinq à 10 portions de fruits et légumes par jour⁶. La fréquence de consommation des hommes (28 %) était moindre que celle des femmes (39 %). Les femmes et les hommes obèses sont un peu moins susceptibles de manger des fruits et des légumes de cinq à 10 fois par jour par rapport aux personnes ayant un poids normal³⁵.

Guide alimentaire canadien pour manger sainement

Le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, publié pour la dernière fois par Santé Canada en 1992, est conçu pour éclairer la population canadienne sur de saines habitudes alimentaires³². Il vise à répondre aux exigences en matière d'absorption d'énergie et d'éléments nutritifs et est conscient que les besoins en énergie varient. Il s'inspire des lignes directrices alimentaires provenant des *Recommandations sur la nutrition* (1990)³³, qui décrivent les habitudes alimentaires permettant de combler les niveaux recommandés d'éléments nutritifs essentiels et de réduire le risque de maladies chroniques. On présente les portions recommandées par jour ainsi que la quantité d'aliments des quatre groupes alimentaires : produits céréaliers (5 à 12 portions), légumes et fruits (5 à 10 portions), produits laitiers (2 à 4 portions), viandes et substituts (2 à 3 portions).

Le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* reprend les *Recommandations sur la nutrition* et les *Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens*³⁴ en présentant des conseils concrets au public canadien. Les recommandations suivantes présentent les principaux messages à communiquer aux Canadiens en santé âgés de plus de deux ans :

- Manger une variété d'aliments;
- Miser sur les céréales, le pain, d'autres produits céréaliers, les fruits et les légumes;
- Choisir des produits laitiers à faible teneur en gras, des viandes moins grasses et des aliments préparés avec peu ou pas de gras;
- Atteindre et conserver un poids-santé en exerçant une activité physique régulière et de saines habitudes alimentaires;
- Limiter la quantité de sel, d'alcool et de caféine.

Figure 7a

Consommation
annuelle de
boissons gazeuses
par habitant

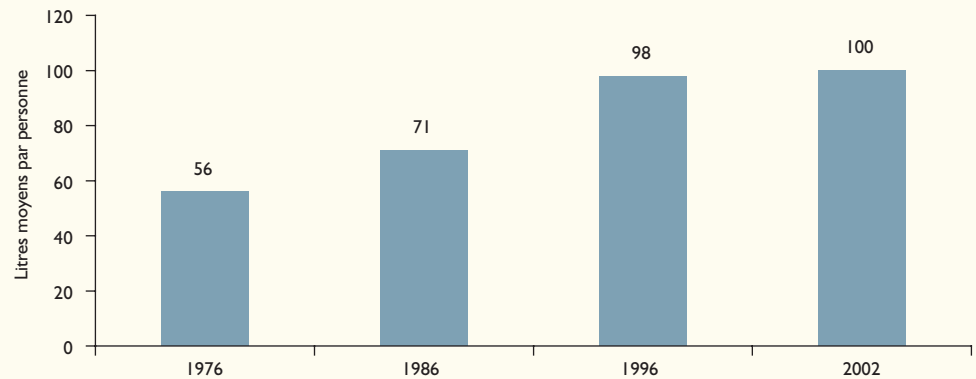
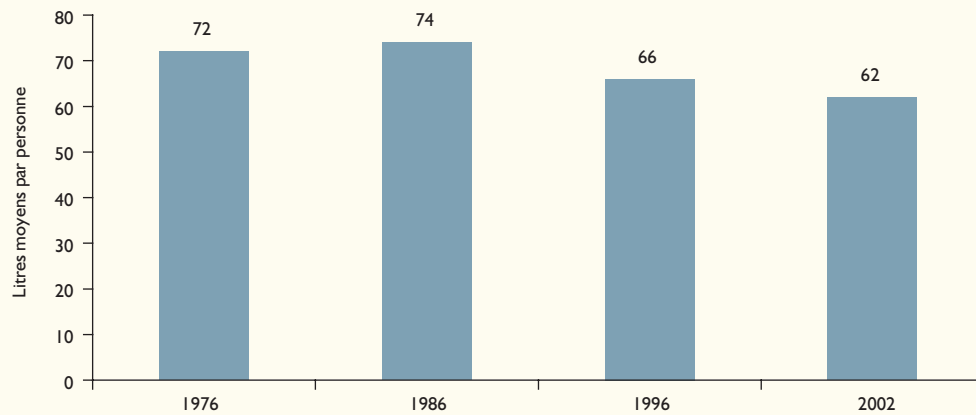


Figure 7b

Consommation
annuelle de lait
de consommation
par habitant



* D'après les données sur la disparition des aliments ajustées pour tenir compte de la perte au détail, dans les ménages, au moment de la cuisson et dans les assiettes.

Source : Division de l'agriculture de Statistique Canada, Agriculture et Agroalimentaire Canada, Rapport sur les données sur la disparition des aliments, Statistique des aliments au Canada, 2003, 2(2). www.statcan.ca/francais/freepub/21-020-XIF/21-020-XIF02001.pdf. N° 21-020-XIF au catalogue.

L'augmentation de la quantité de boissons gazeuses consommées représente une autre tendance rattachée à l'obésité.

Le prix des aliments bons pour la santé est souvent plus élevé que les aliments à haute teneur en gras, en sucres ou en amidon.

L'augmentation de la quantité de boissons gazeuses consommées représente une autre tendance rattachée à l'obésité (figures 7a et 7b). À l'échelle nationale, la population canadienne suit cette tendance. En 1976, chaque Canadien consommait en moyenne 56 litres de boissons gazeuses annuellement; en 2002, la quantité était passée à 100 litres par personne, soit une augmentation de presque 80 %²⁹. Au cours de cette même période, la consommation globale de lait a chuté, même si le pourcentage de produits laitiers faibles en gras consommés a augmenté.

Quels sont les facteurs qui influencent les habitudes alimentaires?

Des recherches américaines indiquent que la présence de supermarchés dans les quartiers est positive, car l'on peut respecter les directives alimentaires relatives aux fruits et aux légumes même en tenant compte du niveau d'études des personnes et de la capacité à acheter des produits alimentaires bons pour la santé³⁶. On ne sait pas si les plus petites épiceries, que l'on retrouve communément dans les quartiers à faible revenu, possèdent des fruits et des légumes en quantité suffisante pour permettre aux consommateurs de choisir des produits alimentaires bons pour la santé³⁷. Le prix des aliments bons pour la santé est souvent

plus élevé que les aliments à haute teneur en gras, en sucres ou en amidon. D'après les études canadiennes, le coût des aliments est plus élevé dans les quartiers à faible revenu et il peut être difficile pour les familles à faible revenu de se rendre dans un marché alimentaire dont les prix sont abordables³⁸. Dans bien des collectivités éloignées, y compris les Premières nations, l'accès à des produits alimentaires nutritifs et abordables est limité par l'isolement géographique³⁹.

Il est difficile pour les familles à faible revenu de se permettre l'achat d'aliments nutritifs, car d'autres dépenses ont préséance sur l'alimentation. Par exemple, le logement et le transport représentent bien souvent des frais fixes nécessaires qu'elles doivent combler avant l'achat d'aliments^{40, 41}. En raison de tous ces facteurs, il peut être difficile de choisir d'adopter de saines habitudes alimentaires.

L'exposition à des campagnes publicitaires sur l'alimentation peut également influencer les choix relatifs aux aliments riches en gras, en sucres ou en amidon et à faible teneur en valeur nutritive. Les recherches indiquent que les aliments hautement publicisés sont généralement surconsommés par rapport aux recommandations établies, tandis que les aliments dont la publicité est moins fréquente font l'objet de sous-consommation^{42, 43}.

Publicité des aliments et saines habitudes alimentaires

En Nouvelle-Zélande, une étude de 269 campagnes publicitaires de produits alimentaires diffusées en 42 heures de programmation télévisée destinée aux enfants indique que 63 % des aliments étaient riches en gras et en sucres et 14 % représentaient des mets prêt-à-manger⁴³. Si l'on devait adopter un régime axé sur les aliments publicisés, on excéderait les recommandations relatives au gras, aux sucres et au sodium et on

ne pourrait pas respecter les exigences relatives aux fibres et à plusieurs micronutriments. Les auteurs concluent que « les campagnes publicitaires d'aliments destinées aux enfants reflètent généralement des habitudes alimentaires associées à un risque accru d'obésité et de caries dentaires chez les enfants; d'une maladie cardiovasculaire, de diabète et de cancer chez les adultes »⁴³.

Augmentation du nombre d'interdictions de vendre des boissons gazeuses aux États-Unis

Une hausse vertigineuse de la consommation de boissons gazeuses chez les enfants et les jeunes américains au cours des dernières années a suscité la présence de mouvements croissants

aux États-Unis contre la vente de boissons gazeuses dans les écoles, y compris l'interdiction d'installer des distributrices automatiques de boissons gazeuses⁴⁴.

L'activité physique chez les Canadiens

La pratique d'activités physiques régulières permet de lutter contre le surpoids, l'obésité et plusieurs maladies chroniques. L'inactivité physique et les styles de vie sédentaires augmentent le risque de diverses maladies chroniques, de décès prématuré ou d'incapacité. L'inactivité physique, en particulier dans un contexte professionnel et récréatif, favorise le surpoids et l'obésité⁴⁵.

Les adultes sont inactifs

En 2000-2001, 44 % des Canadiens ont déclaré être actifs ou modérément actifs pendant leurs loisirs, ce qui signifie que 56 % des Canadiens étaient inactifs

Les enfants sont également inactifs

Au Canada, le taux d'activité physique a augmenté chez les enfants âgés de 12 à 19 ans entre 1994-1995 et 2000-2001^{49, 50}. En 2000-2001, 75 % des garçons et 61 % des filles ont déclaré être actifs ou modérément actifs, une légère augmentation par rapport à 1994-1995. De 1995 à 2000, le temps consacré à l'activité physique a augmenté chez les enfants de 1 à 4 ans et de 5 à 12 ans et est demeuré le même chez les adolescents (figure 8). Toutefois, en 2000-2001, 82 % des jeunes Canadiens âgés de 12 à 19 ans n'étaient pas encore suffisamment actifs pour répondre aux directives internationales de croissance et de développement optimaux⁶.

En 2000-2001, 56 % des Canadiens étaient inactifs physiquement.

physiquement. Selon les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, les cinq activités physiques les plus populaires déclarées par les adultes canadiens étaient la marche (69 %), le jardinage et le travail sur le terrain (48 %), l'exercice à la maison (29 %), la natation (24%) et le cyclisme (24 %)⁴⁸.

Le tableau de l'inactivité physique au Canada

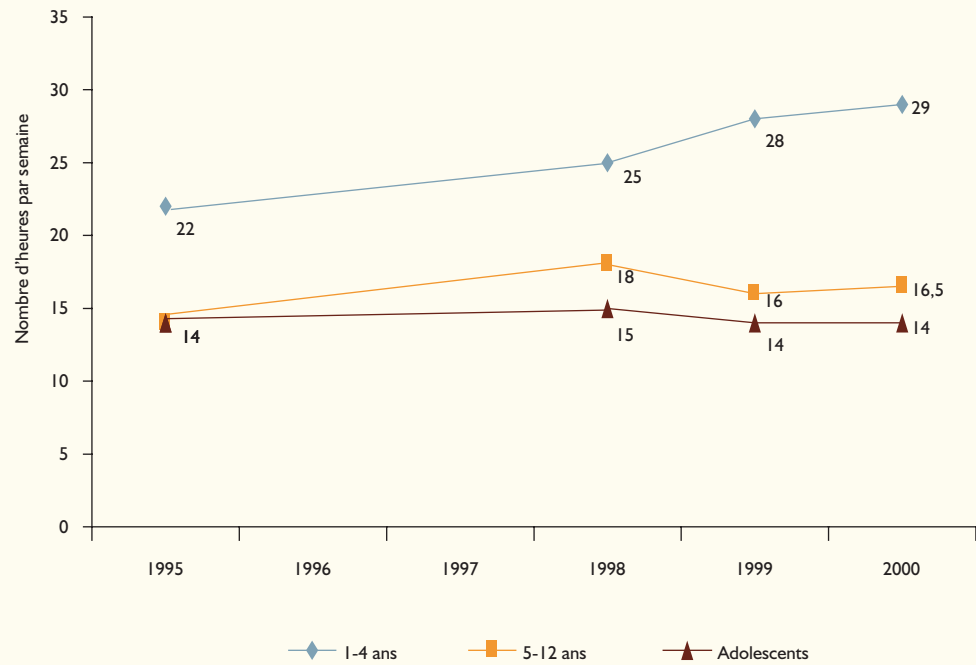
On note des niveaux variables d'inactivité chez les adultes dans les différentes régions du pays. Comme il est indiqué dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard affichent les niveaux les plus élevés d'inactivité, tandis que la Colombie-Britannique, l'Alberta et les territoires affichent les niveaux les moins élevés (figure 9).

On entend par « activité physique » toute forme de mouvements produits par les muscles squelettiques, qui augmente l'énergie dépensée dans tous les aspects de la vie quotidienne. La quantité précise d'activité physique nécessaire pour prévenir une augmentation nocive de poids est inconnue. Santé Canada recommande au moins 30 minutes d'activité physique à intensité modérée à exercer la plupart des jours pour réduire les maladies cardiovasculaires et le taux global de mortalité⁴⁶. Son *Guide d'activité physique canadien pour une vie saine* pour les adultes recommande d'exercer une activité physique modérée de 30 à 60 minutes la plupart des jours, de préférence chaque jour. Une personne en bénéficie le plus lorsqu'elle était sédentaire et devient modérément active⁴⁵.

Le *Guide d'activité physique canadien pour les jeunes* recommande que les enfants et les jeunes inactifs augmentent d'au moins 30 minutes par jour le temps qu'ils consacrent actuellement à être actifs sur le plan physique, et diminuent de 30 minutes le temps consacré à des activités sédentaires⁴⁷. Sur plusieurs mois, le *Guide* indique que les enfants et les jeunes devraient exercer au moins 90 minutes de plus d'activité physique par jour et réduire de 90 minutes par jour les activités sédentaires, comme les jeux vidéo et le temps passé à regarder la télévision.

Quel est le niveau suffisant d'activité physique?

Figure 8
Heures moyennes par semaine consacrées à l'activité physique par les enfants canadiens

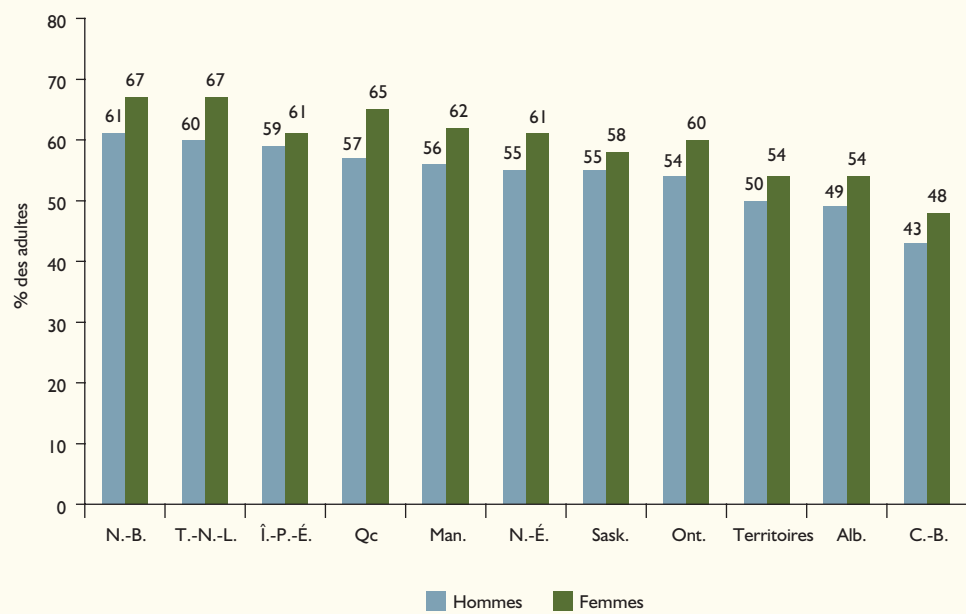


Source : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. *Sondage indicateur de l'activité physique en 2000, Sondage indicateur de l'activité physique en 1999, Sondage indicateur de l'activité physique en 1998, Sondage indicateur de l'activité physique en 1995.*
<www.cflri.ca/cflri/pa/surveys/2000survey/2000survey.html>.

Les taux d'activité physique chez les enfants sont stables ou augmentent.

Mais en 2000-2001, quatre Canadiens sur cinq âgés entre 12 et 19 ans n'étaient pas assez actifs pour répondre aux directives internationales de croissance et de développement optimaux.

Figure 9
L'inactivité (%)
chez les adultes
(20 ans et plus)
par province
et territoire,
2000-2001



Source : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, *Socio-demographic and Lifestyle Correlates of Obesity*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, analyse de l'Enquête de 2000-2001 sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2004.

Le revenu et l'activité physique

Le niveau d'activité physique des femmes et des hommes se rapporte également au niveau du revenu familial. Les Canadiens adultes à faible revenu ont tendance à être moins actifs que ceux au revenu supérieur (figure 10)⁶. On observe une tendance semblable chez les enfants⁵¹.

Le niveau d'activité durant les temps libres

L'étude des principales activités exercées pendant les temps libres peut contribuer à indiquer le niveau d'activité des personnes. Selon l'Enquête sociale générale (ESG) de 1998, regarder la télévision représente le principal passe-temps des adultes canadiens⁵². En 1998, les Canadiens de 15 ans et

L'activité au travail

Certaines des raisons qui, selon les Canadiens, entravent l'activité physique peuvent nous éclairer sur la façon d'accroître les niveaux d'activité physique chez la population. Le Sondage indicateur de l'activité physique en 2001 indique que deux Canadiens à l'emploi sur cinq ont affirmé que des échéanciers serrés constants au travail représentent une raison importante de leur inactivité. Les personnes occupant un poste de gestion (54 %) étaient nettement plus susceptibles de relever le manque de temps causé par le travail comme un obstacle par rapport aux personnes occupant un poste de manœuvre ou de métier (37 %). Cette même enquête indique que la probabilité de n'avoir aucune journée d'absence du travail augmentait à mesure que les niveaux d'activité physique des travailleurs progressaient⁴⁸.

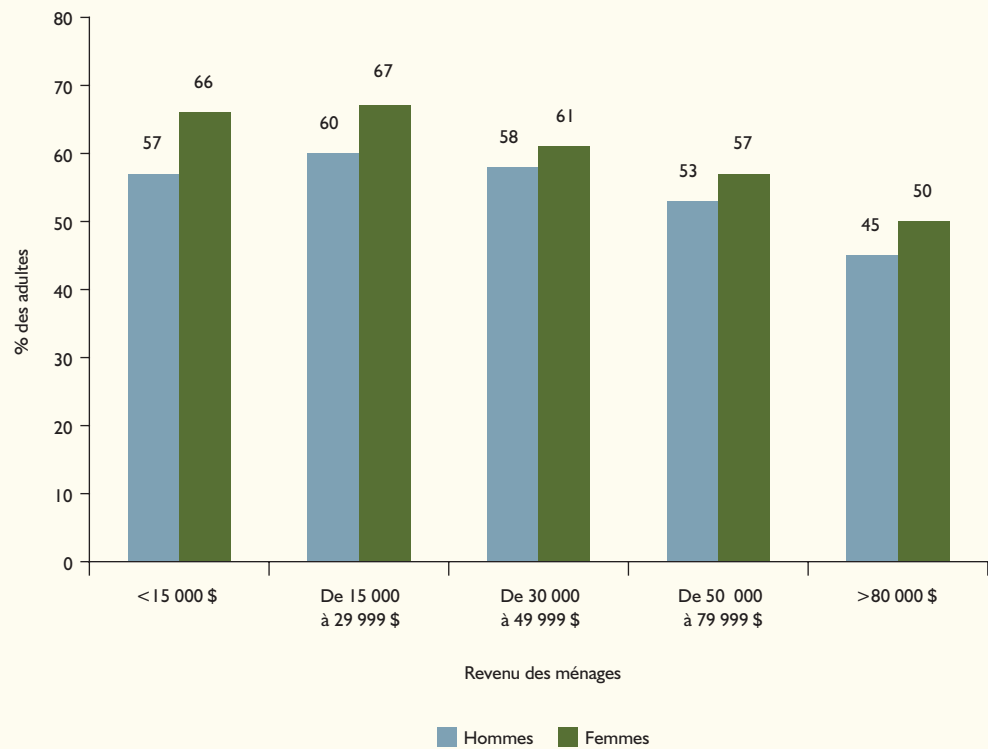
L'étude des activités exercées pendant les temps libres peut contribuer à indiquer le niveau d'activité des personnes.

plus ont consacré en moyenne 15 heures par semaine à regarder la télévision par rapport à seulement sept heures par semaine consacrées à des loisirs actifs. En 2001, le temps hebdomadaire moyen consacré à regarder la télévision chez les femmes et les hommes de 18 ans et plus était de 25 et 21 heures respectivement⁵³.

Regarder la télévision est le principal passe-temps des adultes canadiens.

Plus de temps consacré à l'Internet, aux ordinateurs et aux jeux vidéo peut contribuer à amplifier la tendance de la diminution de l'activité pendant les temps libres. Une étude a indiqué que la télévision et les jeux vidéo peuvent augmenter le risque de surpoids ou d'obésité chez les enfants canadiens de 7 à 11 ans par rapport aux enfants qui participent à une activité physique ou à des sports⁵⁴.

Figure 10
L'inactivité
chez les adultes
canadiens par
revenu des
ménages,
2000-2001



Source : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, *Socio-demographic and Lifestyle Correlates of Obesity*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, analyse de l'Enquête de 2000-2001 sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2004.

Les Canadiens à faible revenu ont tendance à être moins actifs que ceux au revenu supérieur.

Le niveau d'activité à l'école

Les occasions qu'ont les enfants et les jeunes d'âge scolaire d'exercer une activité physique se rapportent bien souvent au milieu scolaire. Le programme quotidien d'éducation physique dans les écoles représente un important moyen de favoriser les occasions d'accroître l'activité physique chez les enfants et les jeunes⁵⁵.

Au Canada, seulement 16 % des écoles offraient de l'éducation physique tous les jours.

Au Canada, en 2001, environ la moitié (54 %) de toutes les écoles ont déclaré être dotées d'une politique pour offrir des cours d'éducation physique quotidiens aux élèves, même si seulement 16 % des écoles le faisaient⁵⁶. La moyenne du temps hebdomadaire en classe consacré à l'éducation physique allait de moins d'une heure (40 minutes)

Plus de la moitié des parents canadiens croient que leurs enfants font assez d'activité physique grâce à l'éducation physique à l'école.

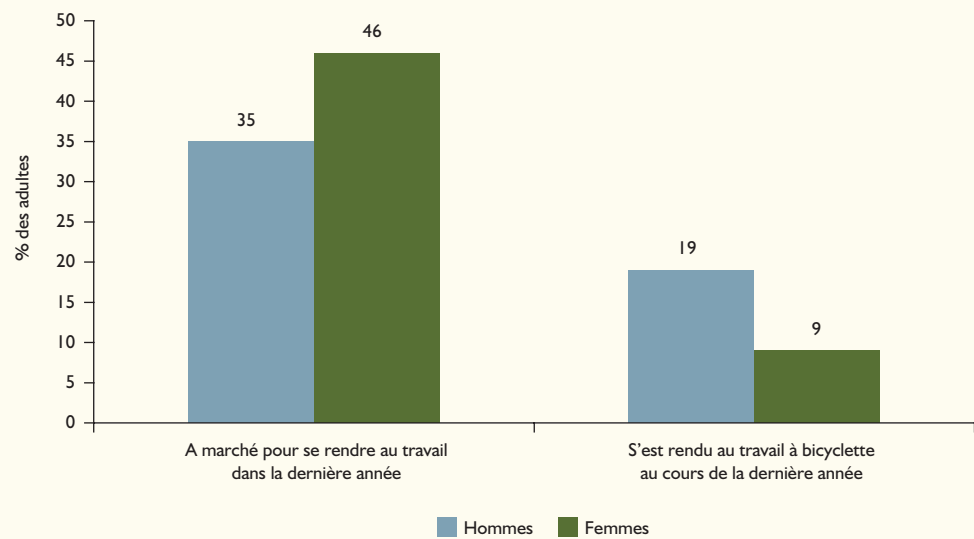
pour les élèves au primaire à 75 minutes pour les élèves au secondaire. Le nombre de semaines de cours en éducation physique a diminué dans les niveaux plus élevés. Par exemple, les écoles secondaires offraient des cours d'éducation physique pendant 35 semaines par année comparativement à 40 semaines par année dans les écoles primaires⁵⁶.

En 2000, un parent sur cinq (21 %) a déclaré que ses enfants recevaient des cours d'éducation physique quotidiens, 27 % des parents ont affirmé que leurs enfants recevaient de l'éducation physique de trois à quatre jours par semaine, moins de la moitié (41 %) ont signalé de une à deux fois par semaine tandis que 10 % ont déclaré que leurs enfants ne recevaient aucun cours d'éducation physique à l'école. Cependant, plus de la moitié (56 %) des parents canadiens croient que leurs enfants font suffisamment d'activité physique grâce au cours d'éducation physique offert à l'école⁵⁷.

Le niveau de déplacement actif vers le travail et l'école

Les déplacements actifs (à pied ou à vélo pendant au moins 10 minutes pour aller travailler) représentent une façon d'accroître le niveau d'activité physique, mais ils sont moins répandus que l'utilisation du véhicule chez les Canadiens. Le tiers (33 %) des Canadiens peuvent parcourir la distance à vélo (8 km) et 14 % en marchant (2,5 km) pour se rendre à leur travail⁵⁸. Selon le Sondage indicateur de l'activité physique en 2001, les habitudes des déplacements actifs des femmes et des hommes varient. Les hommes sont plus susceptibles de se déplacer à vélo et les femmes, de marcher (figure 11)⁴⁸. Plus du quart (28 %) des Canadiens vivant dans un rayon de 2,5 km d'une destination ne choisissent jamais la marche comme moyen de déplacement. On compte 72 % des Canadiens vivant dans un rayon de 8 km d'une destination qui ne choisissent jamais la bicyclette comme moyen de déplacement⁵⁸.

Figure 11
Les déplacements actifs vers le travail



Source : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, Appuyer une main-d'œuvre physiquement active pour accroître l'activité physique, *Sondage indicateur de l'activité physique en 2001*. <www.cfri.ca/pdf/f/siap2001.pdf>.

En 2001, une majorité de Canadiens ont indiqué un intérêt à pratiquer davantage la marche (82 %) et le cyclisme (66 %), mais ont déclaré qu'il existe des obstacles au déplacement actif. Par exemple, la moitié ont indiqué que le cyclisme était dangereux en raison de la circulation et plus des deux tiers ont signalé qu'ils se déplaceraient à vélo pendant 30 minutes ou plus pour se rendre au travail s'il y avait des pistes cyclables⁵⁸.

En 1998, au Canada, seulement 37 % des enfants de 5 à 13 ans et 33 % des jeunes de 14 à 18 ans se rendaient à l'école à pied et de 2 à 4 %, à bicyclette. La moitié des parents (53%) notent la distance pour se rendre à l'école du quartier comme étant un obstacle à la marche. De plus, la sécurité des enfants suscitant des inquiétudes, les enfants se rendent plus fréquemment à l'école en auto ou en autobus⁵⁸.

Vingt-huit pour cent des Canadiens vivant dans un rayon de 2,5 km d'une destination ne choisissent jamais la marche comme moyen de déplacement.

Dans le même ordre d'idées, les déplacements pour se rendre à l'école et revenir de l'école offrent aux enfants et aux jeunes l'occasion d'exercer une activité physique grâce à la marche ou à la bicyclette.

Messages clés

- On note un manque de données exhaustives sur la surveillance des habitudes alimentaires des Canadiens.
- On note un écart entre les données sur l'apport énergétique. Les données sur la disparition des aliments indiquent que l'énergie absorbée par les Canadiens a augmenté de 18 % au cours de la dernière décennie, mais les données des enquêtes montrent une diminution de l'apport énergétique total.
- Plus de la moitié des adultes canadiens (56 %) sont inactifs sur le plan physique. Quatre jeunes Canadiens sur cinq ne sont pas assez actifs pour répondre aux recommandations internationales relatives à la croissance et au développement optimaux.

La structure communautaire peut-elle jouer un rôle dans les déplacements actifs?

On s'intéresse de plus en plus au rapport qui existe entre l'étalement urbain et l'augmentation des déplacements par automobile et l'influence de ces tendances sur les habitudes d'activité physique⁵⁹. Les zones suburbaines à faible densité démographique s'élargissant aux limites des villes à haute densité, il est fréquent — bien souvent obligatoire par le zonage — dans le cadre des différentes utilisations de terrain (logement, commerce de détail, bureau, loisir) de les séparer les unes des autres. À mesure que l'on sépare l'utilisation des terrains, les distances augmentent, les routes sont plus souvent accessibles que les pistes cyclables ou les trottoirs et on préfère alors se déplacer en automobile^{59, 60}.

Les recherches montrent que les caractéristiques physiques des quartiers, dont l'accès à des sentiers pédestres, la vitesse de la circulation et la sécurité contre le crime, sont des facteurs rattachés à la probabilité de se déplacer à pied pour se rendre au travail⁶¹. Les quartiers dont le taux de criminalité constituent un obstacle aux activités sécuritaires et abordables, dont la marche, peuvent dissuader la pratique d'activités extérieures et encourager la poursuite d'activités intérieures sédentaires, comme regarder la télévision⁴².

Comment régler le problème de l'obésité?

Pour régler le problème de l'obésité, la difficulté consiste à créer une approche à la santé publique à plusieurs facettes permettant de réduire à long terme les taux relatifs au surpoids et à l'obésité. Il faut se doter de divers instruments stratégiques qui auront des retombées sur la prévalence de l'obésité.

poids. On a relevé certaines solutions efficaces et potentielles pour régler le problème de l'obésité au Canada et elles sont présentées dans la dernière partie du présent chapitre. Ce dernier n'aborde pas les approches à l'obésité qui visent principalement les personnes, entre autres, tous les types de régimes alimentaires, la gestion du comportement, la pharmacothérapie, la chirurgie, les programmes de réduction de poids et les produits servant à perdre du poids.

Il faut se doter de divers instruments stratégiques qui auront des retombées sur la prévalence de l'obésité.

Afin de réduire le problème d'obésité chez la population, il faudra compter sur l'engagement des institutions, des systèmes et structures de la société ainsi que sur divers groupes, comme les organisations internationales du commerce, les industries alimentaires et agricoles, les associations professionnelles, les syndicats, les groupes de consommateurs, les dirigeants d'entreprises, les médias, les groupes de parents, les commissions scolaires ainsi que les organismes communautaires.

Tout d'abord, il y a des solutions axées sur la population qu'on considère *efficaces* — il s'agit de politiques et de programmes recommandés par des spécialistes après étude systématique de la documentation. Ensuite, il y a les solutions *potentielles*, qui englobent les politiques et les programmes qui semblent être prometteurs pour réduire le taux d'obésité, mais qui n'ont pas encore été éprouvés.

On peut réduire les risques pour la santé rattachés au surpoids et à l'obésité même par une faible diminution du poids corporel (aussi peu que 10 %), peu importe que l'on ait atteint un IMC « idéal »⁶². L'adoption de plusieurs stratégies peut favoriser la réduction du

Facteurs déterminants

- Apport élevé d'aliments riches en gras, en sucres ou en amidon.
- Style de vie sédentaire.
- Campagne publicitaire de grande envergure sur les établissements de restauration rapide, les aliments et les boissons riches en énergie et faibles en micronutriments.
- Conditions économiques défavorables dans les pays développés (en particulier chez les femmes).

Facteurs de protection

- Apport élevé en fibres alimentaires.
- Activité physique régulière.
- Milieux à l'école et à la maison propices à adopter des choix d'aliments sains et à faire de l'activité.
- Allaitement maternel.

Conclusions du Comité mixte FAO-OMS d'experts de l'obésité⁴⁵

Solutions efficaces au problème de l'obésité

Le Comité mixte de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), formé d'experts de l'alimentation, de la nutrition et de la prévention des maladies chroniques, a récemment passé en revue les dernières données scientifiques sur les habitudes alimentaires et le style de vie dans le cas des maladies chroniques. Ils ont formulé

Encourager l'allaitement maternel

Les études menées appuient l'importance d'une alimentation saine chez le nourrisson afin de prévenir bien des maladies chroniques. Les données portent à croire de plus en plus que la réduction du risque d'obésité peut être directement liée à la durée de l'allaitement maternel « exclusif » (c'est-à-dire que le nourrisson s'alimente exclusivement de lait maternel) même si cet effet peut n'être apparent que plus tard dans l'enfance^{45, 63}.

Selon le Comité mixte FAO-OMS, la priorité devrait être accordée à la prévention de l'obésité chez les bébés et les enfants.

des recommandations de stratégies et de politiques pour relever les défis relatifs à la santé publique concernant l'alimentation et la santé. À la lumière d'une analyse rigoureuse et d'une évaluation des faits, ils ont relevé des facteurs déterminants et de protection rattachés à l'obésité.

Selon le Comité mixte FAO-OMS, la priorité devrait être accordée à la prévention de l'obésité chez les bébés et les enfants⁴⁵. Le rapport du Comité mixte résume les données existantes et indique que plusieurs stratégies sont efficaces pour prévenir l'obésité. À la lumière du rapport de consultation du Comité mixte d'experts FAO-OMS, des rapports d'un groupe de travail américain portant sur des services de prévention communautaire et de plusieurs autres études systématiques publiées, cinq stratégies semblent être efficaces pour prévenir l'obésité, soit en augmentant le niveau d'activité physique, soit en adoptant un meilleur régime alimentaire, ou les deux. Quatre des cinq stratégies misent sur le milieu familial et scolaire et l'autre, sur le milieu communautaire.

Au Canada, en 1996-1997, 78 % des femmes ont déclaré avoir pratiqué l'allaitement maternel⁷⁰. Le taux de l'initiation à l'allaitement maternel varie de 53 % dans les provinces de l'Atlantique à 87 % en Colombie-Britannique⁷¹. Le taux concernant l'allaitement maternel tend à être inférieur chez les jeunes mères, les mères célibataires ainsi que les mères dont le niveau de scolarité et le revenu sont moins élevés. Même si le taux d'allaitement maternel augmente lentement au Canada, la durée moyenne de quelques semaines est nettement moins que les six mois ou plus recommandés comme mesure optimale. Par exemple, environ 40 % des mères qui ont donné le sein ont déclaré le faire pendant moins de trois mois⁷¹. Malgré les données documentées sur les taux d'initiation à l'allaitement maternel au Canada, le taux ainsi que la durée de l'allaitement maternel exclusif ne sont pas connus. Dans le cadre d'une étude menée au Québec, en 1998, seulement 6 % des enfants recevaient exclusivement du lait maternel à quatre mois⁷⁷. Aux États-Unis, en 1998, 10 % des enfants étaient nourris exclusivement de lait maternel à l'âge de six mois⁷³.

Stratégies axées sur des données pour l'adoption de mesures à l'échelle de la population afin de réduire l'obésité

- Allaitement maternel (preuves croissantes)^{45, 63}
- Éducation physique régulière (preuves solides et croissantes)^{64, 65}
- Réduction du temps consacré à regarder la télévision (preuves croissantes)^{66, 67, 68, 69}
- Ensemble de programmes sur la santé à l'école (preuves solides)⁶⁵
- Interventions à l'échelle communautaire (preuves solides)^{64, 75}

En 1993, la Suède faisait bonne figure parmi les pays occidentaux grâce à un taux d'allaitement maternel exclusif de 61 % pour les enfants, jusqu'à quatre mois⁷⁴.

Les mesures visant à promouvoir l'allaitement exclusif pourraient cibler les individus (p. ex. services de consultation prénataux et postnataux, encadrement), les ménages et les familles (p. ex. éducation, soutien) et les collectivités (p. ex. aires consacrées à l'allaitement maternel, groupes de soutien par les pairs). Les professionnels de la santé publique ainsi que les dispensateurs de soins de santé peuvent jouer un rôle important afin de promouvoir de façon constante l'allaitement maternel, mais les employeurs, les entreprises ainsi que les gouvernements locaux peuvent également contribuer à créer des milieux propices à l'allaitement maternel. L'amélioration de l'infrastructure en santé publique pourrait accroître la coordination des efforts globaux et intersectoriels pour favoriser l'allaitement.

Réduction du temps passé à regarder la télévision

Regarder la télévision est l'activité sédentaire la plus commune chez les enfants, et le taux d'obésité progresse au même rythme que le temps consacré

Promouvoir l'activité physique régulière dans les écoles

Le milieu scolaire peut offrir des occasions aux enfants et aux jeunes de pratiquer de bonnes habitudes alimentaires et une activité physique dans le cadre du programme scolaire et en dehors des heures de classe (avant l'école, pendant la période du midi, la récréation et après l'école).

Un examen des études publiées par le groupe de travail américain sur les services de prévention communautaire indique que les cours d'éducation physique donnés à l'école sont efficaces pour améliorer la condition et le niveau d'activité physiques chez les enfants d'âge scolaire⁷⁵. D'après ces résultats, le groupe de travail a recommandé l'application de programmes qui permettent d'accroître la durée ou le niveau des cours d'éducation physique à l'école à la lumière des faits révélateurs sur leur efficacité⁷⁶.

À l'heure actuelle, moins de une école canadienne sur cinq (16 %) offre des cours d'éducation physique tous les jours⁵⁶. Le Québec est la seule province qui exige des cours d'éducation physique dans le programme scolaire jusqu'à l'obtention du diplôme. Dans d'autres provinces, l'éducation physique est facultative à partir de la 8^e année⁷⁸. Toutefois, les

L'obésité chez les enfants et les adolescents peut être réduite en diminuant le temps consacré à regarder la télévision.

à regarder la télévision⁶⁷. Des études ont démontré que l'obésité chez les enfants et les adolescents peut être réduite en diminuant le temps consacré à regarder la télévision^{67, 68}.

pratiques actuelles sont en voie de changer dans certaines parties du pays. En 2003, par exemple, l'Alberta a annoncé qu'il serait obligatoire d'ici 2005 de donner des cours d'éducation physique quotidiens de 20 à 30 minutes de la 1^{re} à la 12^e année⁷⁹.

L'Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse (ACSEPLD) a élaboré des recommandations pour offrir au quotidien une éducation physique de qualité aux élèves de la maternelle jusqu'au diplôme d'études secondaires. L'ACSEPLD recommande non seulement une éducation

physique quotidienne obligatoire, mais également des activités physiques internes et interscolaires pour tous les élèves. En tout, l'ACSEPLD recommande 150 minutes d'éducation physique par semaine afin de répondre aux normes d'une éducation physique de qualité au quotidien (EPQQ)⁷⁹.

Éducation physique quotidienne de qualité

Le fait de s'attaquer à l'obésité chez les enfants canadiens grâce à l'éducation physique a des incidences sur les politiques générales pour les ministères de l'Éducation et des Finances des provinces. Outre la contribution des gouvernements provinciaux qui mettent sur pied des politiques globales sur l'éducation physique dans les écoles et offrent des ressources, les responsables des programmes de formation des enseignants, les associations professionnelles, les commissions scolaires ainsi que les organismes de parents jouent également un rôle essentiel.

Mise sur pied de programmes intégrés sur la santé en milieu scolaire

Une approche globale à la santé en milieu scolaire ne se limite pas à la santé et à l'éducation physique, mais elle englobe les politiques scolaires, le milieu physique et social à l'école ainsi que les rapports qui existent entre les écoles, les familles et les collectivités.

Certaines données indiquent qu'un programme intégré sur la santé en milieu scolaire peut constituer une approche efficace pour promouvoir l'activité physique, de saines habitudes alimentaires et possiblement la réduction de l'obésité^{55, 56}. Un examen des études sur les programmes scolaires porte à croire que pour obtenir des résultats, ces programmes doivent compter de multiples facettes et faire appel à des composantes interdépendantes, dont^{55, 56} :

- Éducation en santé
- Services de santé
- Environnement scolaire

- Services alimentaires
- Activités parascolaires
- Cours d'éducation physique
- Participation des parents

Le programme de remise en forme à Singapour, un programme intégré de prévention de l'obésité en milieu scolaire, mesurait les résultats du poids corporel, et incorporait l'éducation sur l'alimentation et l'activité physique dans le programme scolaire. Parmi les autres composantes du programme, mentionnons la formation des enseignants, de meilleurs aliments offerts et un contrôle du poids. Depuis la mise sur pied du programme en 1992, la prévalence de l'obésité à l'école est passée, sur une période de 10 ans, de 14 % à 10 %⁸⁰.

On commence au Canada à voir des exemples de programmes intégrés sur la santé en milieu scolaire, mais on continue toujours à recueillir des preuves sur leur efficacité. Par exemple, *Alberta Learning* et les commissions scolaires de la province s'affairent actuellement à adopter un programme intégré sur la santé en milieu scolaire qui s'inspire du modèle *Calgary Comprehensive Schools Heart Health*⁸². Le programme ainsi que le milieu scolaire favorisent particulièrement de saines habitudes alimentaires, la pratique d'activités physiques et la réduction du tabagisme. Le projet *Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project (KSDPP)* représente une autre initiative canadienne prometteuse qui mise particulièrement sur l'enrichissement du programme de santé, des activités physiques en milieu scolaire et des politiques sur de saines habitudes alimentaires pour les élèves autochtones (Mohawk)⁸³.

Les cours d'éducation physique donnés à l'école sont efficaces pour améliorer la condition physique et le niveau d'activité physique chez les enfants d'âge scolaire.

Les programmes intégrés sur la santé en milieu scolaire peuvent être efficaces

L'étude sur la prévention de l'obésité à Kiel (Allemagne) (EPOK), mesures d'interventions globales très surveillées, encourage la consommation de fruits et de légumes, les choix d'aliments à faible teneur en gras, l'augmentation de l'activité physique et la diminution du temps consacré à regarder la télévision. Pour ce faire, on a sensibilisé les enfants et les parents, on a offert des occasions quotidiennes d'exercer

une activité physique et des conseils personnalisés pour les enfants obèses grâce à un partenariat avec un organisme voué au sport. L'EPOK représente une mesure d'intervention longitudinale. Les premières conclusions (un an après l'intervention) montrent des améliorations du comportement et des habitudes alimentaires axés sur la santé⁸¹.

L'adoption de programmes visant à offrir des parcours sécuritaires pour se rendre à l'école représente un autre aspect d'une approche en milieu scolaire. Le programme national et à but non lucratif sur la vie active et l'environnement Vert l'action offre un volet sur des parcours actifs sécuritaires vers

de produits sains⁸⁸. Une étude américaine menée dans les écoles et les milieux de travail indique que lorsque l'on a réduit les prix des collations à faible teneur en gras dans les distributrices, on a noté une plus grande consommation chez les adultes et les adolescents⁸⁹.

Un programme intégré sur la santé en milieu scolaire peut constituer une approche efficace pour promouvoir l'activité physique, de saines habitudes alimentaires et possiblement la réduction de l'obésité.

l'école. On y présente des autobus scolaires pédestres et cyclistes supervisés par les parents qui permettent de rassembler des groupes d'enfants pour se rendre à l'école à pied ou à bicyclette⁸⁴. Aucune évaluation du programme Vert l'action n'a été menée à ce jour.

Une autre mesure qui s'inscrit dans une approche globale à la santé en milieu scolaire vise à promouvoir des choix sur de saines habitudes alimentaires en apportant des changements aux politiques sur l'alimentation en milieu scolaire⁸⁵. Le fait d'offrir des fruits et des légumes à peu de frais ou gratuitement à des enfants d'âge scolaire représente une approche prometteuse qui a été essayée pendant plusieurs années en Norvège (en collaboration avec l'office de commercialisation des fruits et des légumes)⁸⁶ et fait actuellement l'objet d'essais dans des écoles américaines. Ce programme relève du ministère américain de l'Agriculture⁸⁷. Les études portent à croire qu'une réduction des prix peut représenter un moyen plus efficace que les messages sur la santé pour accroître la consommation

Application de programmes à l'échelle communautaire

Les gouvernements locaux peuvent jouer un grand rôle pour offrir un milieu favorable, car ils sont les principaux responsables de beaucoup de secteurs ayant des conséquences directes sur un milieu de vie sain, par exemple, le transport, les loisirs et l'aménagement du territoire. Les entreprises et les industries — en particulier les restaurants, les épiceries, les centres de conditionnement — représentent des contextes clés pour permettre et encourager une vie saine. Les médias locaux peuvent grandement influencer la compréhension et l'adoption de saines pratiques de vie en étant un partenaire crucial pour les membres de la collectivité qui ont à composer avec des facteurs sociaux, économiques, environnementaux et politiques associés à un mode de vie actif et sain.

Une étude des recherches sur l'efficacité des interventions communautaires menée par le groupe de travail américain sur les services de prévention communautaire recommande l'adoption de diverses interventions communautaires pour accroître l'activité physique et améliorer la santé et la condition physique à la lumière des preuves solides de leur efficacité⁷⁵.

D'après les données recueillies, ce groupe de travail recommande fortement l'adoption de campagnes communautaires. Il s'agit :

- de vastes campagnes visibles avec des messages qui s'adressent à un grand public;
- d'évènements et de stratégies à l'échelle communautaire;

- de changements dans l'environnement et les politiques, dont la création de sentiers pédestres.

D'après les données recueillies, ce groupe de travail recommande également fortement :

- de créer des endroits pour y exercer des activités physiques ou y améliorer l'accès (sentiers pédestres, installations facilitant l'exercice, accès aux installations avoisinantes existantes) et de diffuser l'information;
- d'appliquer des mesures d'intervention de soutien social en milieu communautaire pour pratiquer des activités physiques (groupes de marche, systèmes de jumelage, contrats pour exercer une activité physique)⁶⁴.

Les interventions communautaires peuvent être efficaces

Un exemple d'un programme d'intervention communautaire est le projet de la Carélie du Nord mené en Finlande, qui visait à créer une infrastructure communautaire propice à l'adoption de comportements pour avoir un cœur en santé. On misait principalement sur l'adoption d'un bon régime alimentaire. Sur une période de 20 ans, la consommation de gras a été réduite et on a réussi à stabiliser les niveaux d'obésité⁹⁰.

Les programmes communautaires intégrés ont permis de hausser le niveau d'activité physique, mais il existe peu de données pour savoir s'ils permettent de diminuer les taux d'obésité. Les programmes communautaires visant à lutter contre le problème de poids nuisible à la santé sont susceptibles d'avoir peu d'incidences, à moins de pouvoir compter également sur de grands changements environnementaux dans des secteurs comme l'aménagement urbain, le transport et le prix des aliments ainsi que les campagnes publicitaires⁹⁴. Pour assurer le succès des programmes communautaires, les gouvernements locaux doivent collaborer avec tous les secteurs, y compris les entreprises, les organismes non gouvernementaux, les citoyens ainsi que les paliers gouvernementaux supérieurs.

Messages clés

- Il faut promouvoir des habitudes alimentaires plus saines et accroître l'activité physique chez les enfants et les adultes au Canada.
- Parmi les solutions efficaces, mentionnons l'allaitement maternel, des cours réguliers d'éducation physique en milieu scolaire, des programmes intégrés sur la santé en milieu scolaire, la réduction du temps consacré à regarder la télévision et l'adoption de mesures communautaires.

Le programme Saskatoon In Motion En 1999, Saskatoon et le district de santé (que l'on nomme maintenant la région sanitaire de Saskatoon) ont déclaré que la vie active était une priorité dans leur stratégie de planification pour améliorer la santé par la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Cette région a mis au point une stratégie globale et communautaire sur la vie active en misant sur l'activité physique et la participation des partenaires communautaires : l'Université de la Saskatchewan, le Collège de kinésiologie; la ville de Saskatoon, le ministère des Services communautaires; ParticipACTION Canada⁹¹.

Le programme *In Motion* vise à favoriser la pratique d'une activité physique régulière au quotidien chez tous les citoyens de la région de Saskatoon. On compte notamment une campagne de sensibilisation du public à l'importance de l'activité physique et la promotion du mieux-être en milieu scolaire et professionnel; le leadership assumé par les pairs pour les adultes plus âgés; la consultation d'un médecin pour obtenir des conseils sur l'activité physique; des programmes d'activité physique et

de saines habitudes alimentaires ciblant les membres des communautés autochtones. Le programme *In Motion* vise l'acquisition de connaissances et un changement des comportements à inscrire dans la culture et le tissu de la collectivité. Les enquêtes menées à l'échelle communautaire permettront de déterminer l'incidence du programme sur le niveau d'activité physique de la région de Saskatoon⁹¹.

Les résultats préliminaires de l'évaluation indiquent que 43 % des résidents au courant de *In Motion* ont affirmé que le programme a accru leurs connaissances des bienfaits de l'activité physique⁹². Le pourcentage de la population de Saskatoon qui est assez active pour obtenir des avantages optimaux sur la santé est passé de 36 % en 2000 à 49 % en 2002 et on a observé une hausse des activités légères, modérées et vigoureuses⁹³. La recherche et l'évaluation permettront d'obtenir d'autres renseignements sur les incidences du programme *In Motion* concernant le niveau d'activité physique dans chacun des secteurs ciblés⁹².

Solutions potentielles au problème de l'obésité

Des leçons à tirer du programme de contrôle du tabagisme

Dans le cas de l'obésité, on peut tirer des leçons de l'expérience de la prévention du tabagisme. Il s'agit là d'une question de santé publique comportant d'importantes similitudes :

- La question représentait une crise de santé publique;
- La prévention a été efficace à cause des preuves acquises;
- Les coûts économiques du problème étaient élevés;
- Les économies prévues ont incité à apporter des changements;
- Des coalitions ont regroupé des personnes, des secteurs et des organismes œuvrant à une cause commune;
- Les pressions exercées par les médias ont suscité une certaine volonté du public d'apporter des changements;
- Les gouvernements ont participé aux changements à l'environnement et aux politiques⁹⁵.

Les programmes de contrôle du tabagisme continuent à cibler les milieux sociaux et les politiques d'intérêt public propices à apporter un grand changement social. Il s'agit là d'une importante leçon dans le cadre de la prévention de l'obésité⁹⁵.

Les organismes de santé peuvent faire preuve de leadership

Les organismes de santé à l'échelle fédérale, provinciale, territoriale et locale jouent un rôle clé dans la mise en œuvre de stratégies intégrées et multisectorielles sur la prévention de l'obésité, car ils sont bien placés pour examiner les politiques entre les secteurs et évaluer les retombées sur la santé et les coûts relatifs ainsi que les avantages de l'adoption de politiques pertinentes. Ils peuvent collaborer avec des organismes responsables de l'éducation, des finances, de l'alimentation et de l'agriculture, des transports, des sports, de l'industrie et de la planification pour s'assurer que les politiques ne cessent de promouvoir la santé.

Il faut faire preuve de leadership pour coordonner les efforts entre les secteurs. Dans bien des cas, il incombe aux ministres de la Santé d'élaborer et de mettre en œuvre des initiatives globales de prévention de la maladie qui font appel à des secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux connexes dans l'application de mesures coordonnées. En Suède, par exemple, le ministre de la Santé dirige un groupe directeur national qui assure la coordination du travail à l'échelle nationale, régionale et locale portant sur 11 objectifs de santé publique, y compris l'augmentation de l'activité physique ainsi que l'adoption de bonnes habitudes alimentaires et la présence de denrées alimentaires sécuritaires⁹⁶. Tous les organismes et les pouvoirs publics en Suède dont les activités et les tâches jouent un rôle dans la santé publique doivent tenir compte des incidences de leurs activités sur la santé publique.

En Suède, le ministre de la Santé dirige un groupe directeur national qui assure la coordination du travail à l'échelle nationale, régionale et locale portant sur 11 objectifs de santé publique, y compris l'augmentation de l'activité physique ainsi que l'adoption de bonnes habitudes alimentaires et la présence de denrées alimentaires sécuritaires.

L'adoption d'une stratégie axée sur un mode de vie sain pourrait permettre de prévenir l'obésité

Au Canada, la stratégie fédérale, provinciale et territoriale intégrée pour un mode de vie sain à l'échelle canadienne est une initiative politique transversale visant à améliorer les résultats cliniques et à réduire les disparités de l'état de santé qui pourrait jeter les bases de l'adoption d'une stratégie globale de prévention de l'obésité. En 2003, des tables rondes de consultations à l'échelle du pays, une tribune sur Internet ainsi qu'un symposium national ont guidé l'élaboration d'initiatives consistant à appuyer un mode de vie sain dans le contexte de collectivités saines. L'objectif de la stratégie consiste à atteindre un consensus sur des priorités et des mécanismes à mettre en œuvre et à élaborer pour l'adoption d'un plan d'action⁹⁷.

D'après les données passées en revue dans le présent chapitre, le succès de la stratégie pour un mode de vie sain est plus probable si la stratégie est globale, dresse des objectifs pour assurer un changement de système, élabore un plan d'action qui désigne les rôles et les responsabilités entre les secteurs internes et externes au gouvernement et offre des ressources pour des mesures intersectorielles.

Meilleure surveillance

La surveillance du poids corporel mesuré, du régime alimentaire, de l'activité physique et de l'issue des maladies chroniques est essentielle dans le cadre de l'élaboration et de la responsabilisation concernant les politiques et les programmes globaux. En 2004, dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), C2.2 Volet nutrition, on pourra obtenir de l'information autodéclarée sur la grandeur, le poids et le tour de taille ainsi que des précisions sur les habitudes alimentaires des Canadiens.

On insiste depuis longtemps pour obtenir de meilleures données de surveillance sur l'alimentation et la nutrition au Canada. Le partenariat entre Santé Canada et Statistique Canada dans l'étude du volet nutrition de l'ESCC permettra de mieux recueillir l'information sur l'apport alimentaire et nutritif et d'en assurer un meilleur suivi⁹⁸. Le partenariat entre ces deux organismes pour contrôler les résultats cliniques dresse un modèle de surveillance continue des mesures physiques rattachées à l'obésité et aux maladies chroniques. La participation d'autres partenaires peut aider à comprendre davantage la situation actuelle au Canada et à promouvoir les démarches appropriées selon les résultats de l'enquête.

Accroître la capacité en matière de santé publique

Le système de santé publique joue un rôle essentiel dans l'adoption de stratégies globales en matière de prévention. L'éducation publique ainsi que la promotion de la santé concernant l'alimentation et l'activité physique représentent d'importants outils sur la santé publique. Le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, les *Guides d'activité physique canadiens pour une vie saine* (enfants, jeunes, adultes, adultes plus âgés) ainsi que le programme *Vitalité* sont des exemples d'initiatives nationales sur la santé publique visant à promouvoir de saines habitudes alimentaires et un mode de vie actif^{32, 46, 47}. Au Canada, les gouvernements, les régions sanitaires et les autorités de la santé publique participent activement à l'éducation et à la promotion de la prévention de l'obésité et des maladies chroniques. Ces efforts seront enrichis par l'adoption d'un solide système de santé publique. La capacité du système de santé publique est un indicateur important de la capacité à mettre en œuvre et à conserver une stratégie globale de prévention de l'obésité.

On insiste depuis longtemps pour obtenir de meilleures données de surveillance sur l'alimentation et la nutrition au Canada.

Éclairer les politiques par la recherche

La recherche représente un outil important pour faire des choix éclairés lors de l'adoption de politiques. Au Canada, le ministre fédéral de la Santé a attribué 15 millions de dollars à l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour mener une enquête scientifique sur l'obésité⁹⁹. Parmi les domaines à étudier, mentionnons les déterminants de l'obésité, les stratégies de prévention ainsi que les pratiques alimentaires et nutritives. L'évaluation de l'efficacité des programmes et des politiques visant à prévenir l'obésité représente un objectif de recherche important pour soutenir les prochaines politiques à élaborer.

L'éducation peut jouer un rôle clé

Investir dans les écoles

La réduction de l'obésité chez les enfants devrait constituer une priorité dans le cadre d'une stratégie globale axée sur la population qui vise à réduire l'obésité. Les politiques sur l'éducation sont cruciales. Le milieu scolaire devrait offrir la possibilité d'être actif sur le plan physique et de choisir des aliments bons pour la santé. Les écoles dont le financement est adéquat n'ont pas à compter sur des revenus externes

Il faut compter sur une éducation physique de qualité au quotidien

Les programmes d'enseignement représentent également un outil important en éducation. Les preuves recueillies appuient fortement la valeur de l'éducation physique régulière pour la santé des enfants à long terme^{101, 102}. L'adoption d'exigences de programmes quotidiens d'éducation physique de qualité pourrait représenter un moyen de s'assurer que les enfants canadiens à l'école pratiquent suffisamment d'activité physique, un important élément d'une stratégie globale de prévention de l'obésité⁵⁶.

La solution repose en partie sur l'industrie et les corporations

Collaborer avec l'industrie alimentaire pour contrôler et réglementer la mise en marché de produits alimentaires

Le contrôle et la réglementation des méthodes de mise en marché adoptées par l'industrie alimentaire pourraient représenter une stratégie importante de prévention de l'obésité. La mise en marché d'aliments riches en gras, en sucres ou en amidon, dont les boissons gazeuses, les bonbons ainsi que les croustilles, destinés en particulier aux enfants, contribue possiblement à l'augmentation du taux d'obésité⁴⁵.

Certains fabricants américains de produits alimentaires ont annoncé publiquement leur intention de modifier les pratiques de mise en marché et de publicité destinées aux enfants dans le cas de produits alimentaires riches en gras, en sucres ou en amidon.

provenant de services offrant une mauvaise alimentation et de distributrices de friandises¹⁰⁰ et elles sont en meilleure mesure d'offrir des occasions de pratiquer une activité physique pour tous les élèves à l'intérieur et à l'extérieur de la classe⁵⁶.

Certains fabricants américains de produits alimentaires ont annoncé publiquement leur intention de modifier les pratiques de mise en marché et de publicité destinées aux enfants dans le cas de produits alimentaires riches en gras, en sucres ou en amidon¹⁰³.

Au Canada et dans plusieurs autres pays, la plupart des campagnes publicitaires sont autoréglées¹⁰⁴. La publicité destinée aux enfants dans les médias est régie par un code volontaire, le *Code de la publicité radio-télévisée destinée aux enfants*, dont l'administration est assurée par un organisme d'autorégulation, soit les Normes canadiennes de la publicité. Ce code stipule que « la publicité s'adressant aux enfants ne doit pas exploiter leur crédulité, leur manque d'expérience ou leur sens de la loyauté et ne doit pas comporter des textes ou des images susceptibles de leur porter un préjudice physique, émotif ou moral »¹⁰⁵. Contrairement au reste du Canada où la plupart des publicités sont autoréglées, la *Loi sur la protection du consommateur* du Québec interdit les publicités destinées aux enfants dans la province.

Certains pays ont adopté des lois qui interdisent les campagnes publicitaires visant les enfants. Par exemple, en 1991, la Suède a décidé d'interdire, sous forme de lois, les campagnes publicitaires télévisées s'adressant aux enfants de moins de 12 ans¹⁰⁶. On parle de plus en plus de restreindre la publicité d'aliments à haute teneur en énergie aux jeunes enfants et on propose des restrictions publicitaires sur des aliments à haute teneur en gras et en sucres, comme le cas des interdictions sur le tabac¹⁰⁷. Des États membres de l'Union européenne, la Grèce ainsi que le Danemark, et certains autres pays, envisagent à l'heure actuelle d'adopter cette approche¹⁰⁸.

Surveillance et réglementation de l'information sur la nutrition

La réglementation de l'information sur la nutrition présentée par les fabricants d'aliments aux consommateurs représente une mesure qui peut permettre d'aider les gens à faire des choix éclairés. Récemment, Santé Canada a adopté de nouveaux règlements qui exigent l'étiquetage obligatoire de l'information nutritionnelle sur la plupart des aliments préemballés vendus au Canada. En vertu des nouveaux règlements, les fabricants d'aliments préemballés sont tenus de fournir de l'information nutritionnelle de manière homogène sur leurs produits alimentaires et les règlements permettent également, pour la première fois au Canada, de faire des allusions à la santé concernant les habitudes alimentaires pour des aliments. La présentation de ces renseignements vise à permettre aux Canadiens de faire des choix éclairés en matière d'alimentation, de comparer les produits et d'évaluer la valeur nutritionnelle des aliments, d'où la promotion d'un meilleur état de santé¹⁰⁹.

La contribution de la planification et de l'aménagement du territoire

La conception des infrastructures communautaires peut contribuer à la santé

Les études n'ont pas encore permis d'évaluer la contribution de la planification physique, de la conception et de l'infrastructure, à l'augmentation du style de vie sédentaire sous-jacent aux tendances de l'obésité. Toutefois, il est manifeste que certaines caractéristiques relatives à la planification et à la conception favorisent l'activité physique (p. ex. installations récréatives, sentiers, pistes cyclables, mesures de ralentissement de la circulation), tandis que d'autres visent à dissuader les gens (p. ex. développement résidentiel décentralisé et à faible densité, augmentation du nombre d'artères et d'autoroutes, distinction entre l'aménagement commercial et résidentiel)^{59, 60, 110}.

Pour obtenir une stratégie globale de prévention de l'obésité, la planification et la conception communautaire pourraient faire partie des caractéristiques possibles d'une architecture politique. Les messages et les lignes directrices qui encouragent l'activité physique, accompagnés d'une infrastructure physique qui appuie un mode de vie actif, pourraient permettre d'améliorer l'efficacité de la promotion de la santé.

Les plans officiels sur la santé pourraient servir d'outil

Les municipalités canadiennes visent de plus en plus la santé de la collectivité dans leurs plans officiels. Au début des années 1990, par exemple, les 21 municipalités de la grande région de Vancouver ont conçu un plan stratégique d'habitabilité dans la région (LRSP) qui s'inscrit dans sa stratégie officielle de croissance régionale. Ce plan dresse un cadre pour prendre des décisions relatives à l'aménagement du territoire régional et aux transports en partenariat avec les municipalités membres, le gouvernement provincial et d'autres organismes¹¹¹. Jusqu'à maintenant, la zone écologique protégée a progressé d'environ 60 000 hectares¹¹¹.

Pour déterminer si le plan favorise des habitudes de déplacement actives, le LRSP surveille divers indicateurs de l'activité physique, y compris le nombre de véhicules par ménage et le pourcentage

d'enfants qui se rendent à l'école en marchant ou à vélo. La collecte de preuves sur les incidences des pratiques relatives à la planification et à la conception devrait représenter une priorité pour la recherche.

Des mesures directes visant à réduire le taux de faible revenu chez les familles ayant des enfants pourraient permettre de s'assurer que ces familles possèdent suffisamment de ressources pour acheter des produits alimentaires sains et participer à des

La sécurité dans les quartiers permettant aux familles et aux enfants de marcher et de jouer pourrait atténuer un obstacle important à l'activité physique.

Les besoins des quartiers à faible revenu et des collectivités éloignées

Les quartiers à faible revenu et les collectivités éloignées peuvent faire face à des problèmes particuliers lorsqu'ils essaient de réduire l'obésité. Plusieurs approches ont été suggérées, mais peu ont fait l'objet d'un examen pour évaluer les coûts et les avantages globaux. Par exemple, le fait de s'assurer que les écoles peuvent offrir des programmes internes, y compris l'équipement et le transport, et qu'il existe des magasins d'alimentation offrant une grande variété de fruits et de légumes abordables dans les quartiers à faible revenu, devrait contribuer à offrir des conditions propices à la réduction de l'obésité. La sécurité dans les quartiers permettant aux familles et aux enfants de marcher et de jouer pourrait atténuer un obstacle important à l'activité physique.

activités physiques (voir le chapitre 2 pour obtenir de l'information sur le soutien au revenu pour les familles ayant des enfants).

Dans le même ordre d'idées, des subventions visant à réduire le coût de transport des produits alimentaires sains vers les collectivités autochtones éloignées pourraient éliminer l'obstacle financier et encourager de saines habitudes alimentaires. D'autres possibilités englobent l'étude du potentiel pour une production locale des aliments.

Résumé

Les spécialistes s'entendent pour dire que la réduction de l'obésité à long terme nécessitera des changements dans les facteurs sociaux et environnementaux qui favorisent un apport énergétique excessif et un style de vie sédentaire, pour permettre aux personnes et aux familles de faire des choix plus sains et plus faciles à faire.

Les facteurs qui contribuent à l'augmentation du niveau d'obésité sont nombreux et incluent beaucoup d'intervenants. Comme il a été souligné dans le présent chapitre, il existe bien des politiques et des programmes qui pourraient contribuer à renverser les tendances de l'obésité au Canada. La responsabilité relative aux solutions à appliquer devra être partagée entre les secteurs et les paliers de gouvernement, les entreprises et l'industrie, les organismes bénévoles et les citoyens.

Messages clés

- Diverses interventions seront nécessaires compte tenu de la complexité des causes et des solutions dans le cas du surpoids et de l'obésité.
- La collaboration de plusieurs secteurs à l'adoption de stratégies complémentaires peut contribuer à renverser les tendances.
- Les secteurs pouvant faire preuve d'un leadership comprennent la santé, l'éducation, le secteur privé et les gouvernements locaux.

**Comment
mesure-t-on
l'obésité?**

Les tendances relatives à la prévalence de l'obésité s'appuient sur les lignes directrices de l'OMS selon lesquelles l'indice de masse corporelle (IMC) calculé à partir du poids (kg) et de la grandeur (mètres) (kg/m^2) permet de classer les adultes de 18 ans et plus comme suit¹ :

- Poids insuffisant ($\text{IMC} < 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$)
- Poids normal ($\text{IMC} = 18,5-24,9 \text{ kg}/\text{m}^2$)
- Surpoids ($\text{IMC} = 25,0-29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$)
- Obèse ($\text{IMC} > 30 \text{ kg}/\text{m}^2$).

Le Canada a récemment adopté ce système de classification de l'IMC¹¹ destiné aux adultes de 18 ans et plus. Dans le cas des enfants, on a également élaboré un seuil de l'IMC normalisé qu'on peut utiliser à titre de surveillance¹². On préfère utiliser la grandeur et le poids mesurés, plutôt que des données autodéclarées ou déclarées par le parent, en raison de la faible fiabilité de celles-ci.

Calcul de l'IMC :

Système métrique : une personne pesant 84 kg (185 lb) qui mesure 1,93 m (76 po) possède un IMC de 22,5 ($84 / 1,932$)

Système non métrique : $\text{IMC} = [\text{poids (185 lb)}/\text{grandeur (76 po)}^2] \times 703 = 22,5$

Source : National Institutes of Health, Clinical Guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. NIH Publication, 1998, No.98-4083.

L'IMC a des limites, car il classe l'obésité selon la grandeur et le poids seulement et ne tient pas compte de la composition corporelle (adiposité par rapport à une faible teneur en gras) ou de la répartition du gras dans le corps. Par conséquent, l'IMC ne peut être envisagé comme un facteur exact de prédiction des risques chez les personnes très musclées, les femmes enceintes, les jeunes qui n'ont pas encore atteint leur grandeur maximale ou les personnes âgées de 65 ans ou plus¹¹. Les risques pour la santé peuvent également varier chez différents groupes ethniques au même IMC¹¹. Cependant, cet indice permet d'obtenir des comparaisons significatives entre les populations et est relativement facile à déterminer à partir de données mesurées ou autodéclarées.

Malgré ses limites, l'IMC est un indicateur courant utile pour adopter des politiques et des pratiques cliniques¹¹. La mesure du tour de taille représente une autre méthode simple et pratique pour évaluer le gras du corps permettant de prédire les problèmes de santé rattachés à l'obésité¹. Le ratio taille/hanche est également efficace.

Au Canada, il n'existe aucune mesure de surveillance systématique qui a recours à la stature et la masse corporelle. Les données nationales sur l'IMC reposent sur le poids et la grandeur autodéclarés qui proviennent habituellement d'enquêtes sur des données autodéclarées de Statistique Canada, dont l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) et l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC). En 2004, toutefois, le cycle 2.2 Volet nutrition de l'ESCC permettra de recueillir des mesures physiques de la grandeur, du poids et du tour de taille ainsi que des données autodéclarées sur le poids et la grandeur.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

<p>Que savons-nous?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'obésité et le surpoids ont progressé chez les adultes et les enfants canadiens. • L'obésité est associée à de nombreuses maladies chroniques importantes au Canada. • Une augmentation de la consommation d'aliments riches en gras, en sucres ou en amidon, ainsi qu'un style de vie sédentaire, représentent les principales causes de l'augmentation de l'obésité. Les habitudes alimentaires et l'activité physique sont influencées par une vaste mise en marché de produits alimentaires nuisibles à la santé, un écart entre les revenus (particulièrement chez les femmes seules) et un milieu social qui n'encourage pas l'activité physique régulière. • Pour prévenir l'obésité, il faut présenter aux Canadiens des conditions favorables à l'adoption de saines habitudes alimentaires et à l'activité physique. • Les solutions appuyées par des preuves comprennent des programmes intégrés sur la santé en milieu scolaire, des programmes de mode de vie plus sain à l'échelle communautaire, l'éducation physique, une réduction du temps consacré à regarder la télévision et l'allaitement maternel.
<p>Que devons-nous savoir?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la mesure du poids et de la grandeur et donc l'IMC des Canadiens? Correspond-il vraiment à l'IMC autodéclaré? • Quelle est la contribution relative de l'activité physique et des habitudes alimentaires aux tendances observées? • Quels sont les principaux facteurs sociaux, environnementaux et économiques sous-jacents aux tendances actuelles de l'obésité? • Quelles sont les tendances relatives au poids corporel chez les Canadiens autochtones? • Pourquoi les résidents de certaines provinces et régions sont moins actifs sur le plan physique? Pourquoi certains adoptent de mauvaises habitudes alimentaires? • Quelles sont les retombées réelles sur la prévalence de l'obésité des politiques et des programmes de prévention qui permettent d'améliorer le régime alimentaire et d'accroître l'activité physique? • Quels sont les programmes et politiques de prévention les plus efficaces?
<p>Que se passe-t-il?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • On s'affaire à élaborer une stratégie fédérale, provinciale et territoriale pour un mode de vie sain. • Les <i>Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes</i> ont été diffusées en 2003. • Les <i>Guides d'activité physique canadiens pour une vie saine</i> ont été publiés en 1998, pour les adultes plus âgés en 1999 et pour les enfants et les jeunes en 2002. • On s'affaire actuellement à réviser le <i>Guide alimentaire canadien pour manger sainement</i>. • On a investi 15 millions de dollars dans la recherche sur l'obésité menée par l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des IRSC. • Les États membres de l'Union européenne, la Grèce et le Danemark, envisagent de restreindre la publicité télévisée destinée aux enfants. Des mesures législatives existent déjà en Suède et au Québec.

Pour en savoir davantage

- 1 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*, OMS, Série de rapports techniques n° 894, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
- 2 S. KUMANYIKA, R. W. JEFFREY, A. MORABIA, C. RITTENBAUGH, V. J. ANTIPAS, PUBLIC HEALTH APPROACHES TO THE PREVENTION OF OBESITY (PHAPO), WORKING GROUP OF THE INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE (IOF). *Obesity prevention: The case for action*, International Journal of Obesity, 2002, 26, 425-436.
- 3 R. T. JUNG. *Obesity as a disease*, British Medical Bulletin, 1997, 53(2),307-321.
- 4 S. PAERATAKUL, J. C. LOVEJOY, D. H. RYAN, G. A. BRAY. *The relation of gender, race and socioeconomic status to obesity and obesity comorbidities in a sample of US adults*, International Journal of Obesity, 2002, 26(9),1205-1210.
- 5 H. LAKKA, D. E. LAAKSONEN, T. A. LAKKA, L. K. NISKANEN, E. KUMPUSALO, J. TUOMILEHTO, J. T. SALONEN. *The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men*, Journal of the American Medical Association, 2002, 288(21),2709-2716.
- 6 INSTITUT CANADIEN DE LA RECHERCHE SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE MODE DE VIE. *Socio-demographic and Lifestyle Correlates of Obesity*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
- 7 E. CALLE, C. RODRIGUEZ, B. A. WALKER-THURMOND, J. THUN. *Overweight, obesity and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults*, New England Journal of Medicine, 2003, 348, 1625-1638.
- 8 C. TORGAN. *Childhood Obesity on the Rise*, The NIH Word on Health, 2002. <www.nih.gov/news/WordonHealth/jun2002/childhoodobesity.htm>.
- 9 A. MUST, R. S. STRAUSS. *Risks and consequences of childhood and adolescent obesity*, International Journal of Obesity, 1999, 23(Suppl. 2), 2-11.
- 10 K. R. FONTAINE, D. T. REDDEN, C. WANG, A. O. WESTFALL, D. B. ALLISON. *Years of life lost due to obesity*, Journal of the American Medical Association, 2003, 289,187-193.
- 11 SANTÉ CANADA. *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, Santé Canada, 2003.
- 12 T. J. COLE, M. BELLIZZI, K. M. FLEGAL, W. H. DIETZ. *Establishing a standard definition for childhood overweight and obesity worldwide: International survey*, British Medical Journal, 2000, 320,1-6.
- 13 P. T. KATZMARZYK. *The Canadian obesity epidemic, 1985-1998*, Journal de l'Association médicale canadienne, 2002, 166(8), 1039-1040.
- 14 M. S.TREMBLAY, P. T. KATZMARZYK, J. D. WILLMS. *Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996*, International Journal of Obesity, 2002, 26(4), 538-543.
- 15 STATISTIQUE CANADA. *Indice de masse corporelle (IMC), norme internationale, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 20 à 64 ans excluant les femmes enceintes, Canada, 2000-2001*, Indicateurs de la santé, catalogue n° 82-221-XIF, 2002. <www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/1225_f.htm>.
- 16 G. CARRIÈRE. *Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile*, catalogue n° 82-003-XIF, Rapports sur la santé — Supplément, 2003, (14), 29-39.
- 17 D. WILLMS, M. TREMBLAY, P. KATZMARZYK. *Geographic and Demographic Variation in the Prevalence of Overweight Canadian Children*, Obesity Research, 2003, 11, 668-673.
- 18 STATISTIQUE CANADA. *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : enfants obèses*, Le Quotidien, le vendredi 18 octobre 2002.
- 19 M. TJEPKEMA. *La santé des Autochtones hors-réserve*, catalogue n° 82-003-XIF, Rapports sur la santé — Supplément, 2002, 13,1-16.
- 20 B. DEGONZAGUE, O. RECEVEUR, D. WEDLL, H. V. KUHNLEIN. *Dietary intake and body mass index of adults in 2 Ojibwe communities*, Journal of the American Dietetic Association, 1999, 99, 710-716.

- 21 NOVA SCOTIA HEART HEALTH PROGRAM. *Report of the Nova Scotia Nutrition Survey*, Nouvelle-Écosse, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, 1993.
- 22 SANTÉ QUÉBEC. *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux? Rapport de L'Enquête québécoise sur la nutrition 1990*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1995.
- 23 UNIVERSITY OF SASKATCHEWAN. *Report of a Survey in the Province of Saskatchewan, 1993-1994*, Saskatchewan Nutrition Survey, Saskatoon, University of Saskatchewan, 2001.
- 24 J. TAYLOR, L. VAN TIL, D. MACLELLAN. *Prince Edward Island Nutrition Survey*, Charlottetown, Université de l'Île-du-Prince-Édouard et ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, 2002.
- 25 K. GRAY-DONALD, L. JACOBS-STARKEY, L. JOHNSON-DOWN. *Food habits of Canadians: Reduction in fat intake over a generation*, *Revue canadienne de santé publique*, 2000, 91, 381-385.
- 26 STANDING COMMITTEE ON THE SCIENTIFIC EVALUATION OF DIETARY REFERENCE INTAKES. *Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients)*, Washington D.C., National Academy Press, 2002.
- 27 A. M. STEPHEN, N. J. WALD. *Trends in individual consumption of dietary fat in the United States, 1920-1984*, *American Journal of Clinical Nutrition*, 1990, 52, 457-469.
- 28 A. M. STEPHEN, G. M. SIEBER. *Trends in individual fat consumption in the UK 1900-1985*, *British Journal of Nutrition*, 1994, 71, 775-788.
- 29 STATISTIQUE CANADA. *Statistiques sur les aliments, 2002*, volume 2, numéro 1, Ottawa, Statistique Canada, catalogue n° 21-020-XIF, 2003. <www.statcan.ca/francais/freepub/21-020-XIF/21-020-XIF02001.pdf>.
- 30 STATISTIQUE CANADA. *Statistiques sur les aliments, 2002*, volume 1, numéro 1, Ottawa, Statistique Canada, catalogue n° 21-020-XIF. <www.statcan.ca/francais/freepub/21-020-XIF/21-020-XIF02001.pdf>.
- 31 A. M. STEPHEN. *Consommation énergétique : ce que nous savons, ce que nous ignorons*, Toronto, un dialogue national sur le poids-santé, décembre 2001.
- 32 SANTÉ CANADA, BUREAU DE LA POLITIQUE ET DE LA PROMOTION DE LA NUTRITION. *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, 1992. <www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/food_guide_rainbow_f.html>.
- 33 SANTÉ CANADA, BUREAU DE LA POLITIQUE ET DE LA PROMOTION DE LA NUTRITION. *Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes*, 1990. <www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/guiding_canadians_leadership_f.html>.
- 34 SANTÉ CANADA, BUREAU DE LA POLITIQUE ET DE LA PROMOTION DE LA NUTRITION. *Inciter les Canadiens à manger sainement*, 1990. <www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/guiding_canadians_leadership_f.html>.
- 35 C. E. PEREZ. *Consommation de fruits et de légumes*, *Rapports sur la santé*, catalogue n° 82-003-XIF, 2001, 13(3), 23-31.
- 36 K. MORLAND, S. WING, A. DIEZ ROUX. *The contextual effect of the local food environment on residents' diets: The atherosclerosis risk in communities study*, *American Journal of Public Health*, 2002, 92(11), 1761-1767.
- 37 K. RAINE. *Le surpoids et l'obésité au Canada : Une perspective de la santé de la population*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
- 38 K. D. TRAVERS. *The Social Organization of Nutritional Inequities*, *Social Science and Medicine*, 1996, 43(4), 543-553.
- 39 K. D. TRAVERS. *Le recours à la recherche qualitative pour mieux comprendre les origines socioculturelles du diabète chez les Micmacs du cap Breton*, *Maladies chroniques au Canada*, 1995, 16(4), 140-143.

- 40 ONTARIO PREVENTION CLEARING HOUSE AND THE HEALTH COMMUNICATIONS UNIT. *In The News This Week! Poverty & Health—in Global arena (WTO), National (child poverty), Provincial (budget cuts) and Local (Toronto)*, OHPE Bulletin 133.1, 1999. <www.ohpe.ca/ebulletin/ViewFeatures.cfm?ISSUE_ID=133&startrow=191>.
- 41 DAILY BREAD FOOD BANK. *A Penny of Prevention is worth a dollar of cure Health Indicators of Food Bank Clients in the GTA*, Spring Food Drive, 2003. <www.dailybread.ca/research/pdf/penny.pdf>.
- 42 S. A. FRENCH, M. STORY, R. W. JEFFREY. *Environmental influences on eating and physical activity*, Annual Review of Public Health, 2001, 22, 309-335.
- 43 N. WILSON, R. QUIGLEY, O. MANSOOR. *Food ads on TV: A health hazard for children?*, Australian and New Zealand Journal of Public Health, 1999, 23(6), 647-650.
- 44 E. J. FRIED, M. NESTLE. *The growing political movement against soft drinks in schools*, Medical Student Journal of the American Medical Association, 2002, 288, 2181.
- 45 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease*, Série de rapports techniques n° 916, Consultation mixte d'experts FAO/OMS, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
- 46 SANTÉ CANADA. *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine*, Ottawa, Santé Canada, 1998.
- 47 SANTÉ CANADA. *Guide d'activité physique canadien pour les jeunes*, 2002. <www.hc-sc.gc.ca/hppb/guideap/enfants_jeunes/jeunes/quoi.html>.
- 48 C. CAMERON, C. L. CRAIG, T. STEPHENS, T. A. READY. *Increasing Physical Activity: Supporting an Active Workforce. 2001 Physical Activity Monitor*, Ottawa, Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 2002.
- 49 STATISTIQUE CANADA. *Activité physique durant les loisirs, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada et provinces, 1994/1995-1998/1999*, Indicateurs de la santé, 2001(3), catalogue n° 82-221-XIF, 2001. <www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/011103/tables/pdf/2161.pdf>.
- 50 STATISTIQUE CANADA. *Activité physique durant les loisirs, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2000/2001*, Indicateurs de la santé, 2002(1), catalogue n° 82-221-XIF, 2002. <www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/05002/tables/html/2165.htm>.
- 51 STATISTIQUE CANADA. *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : participation aux activités, 1998/1999*, Le Quotidien, 30 mai 2001. <www.statcan.ca/english/freepub/12F0080XIE/12F008XIE.pdf>.
- 52 STATISTIQUE CANADA. *Aperçu sur l'emploi du temps des Canadiens en 1998*, Enquête sociale générale, Ottawa, catalogue n° 12F0080XIF, 1999. <www.statcan.ca/english/freepub/12F0080XIE/12F0080XIE.pdf>.
- 53 STATISTIQUE CANADA. *Nombre moyen d'heures d'écoute hebdomadaire de la télévision*, catalogue n° 87F0006XPF, 2003. <www.statcan.ca/francais/Pgdb/arts23_f.htm>.
- 54 M. S. TREMBLAY, J. D. WILLMS. *Is the Canadian childhood obesity epidemic related to physical inactivity?*, International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 2003, 27, 1100-1105.
- 55 CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Guidelines for School and Community Programs to Promote Lifelong Physical Activity Among Young People*, Morbidity and Mortality Weekly Report, 1997, 46 (RR-6).
- 56 C. CAMERON, C. L. CRAIG, C. COLES, S. CRAGG. *Encourager l'activité physique en milieu scolaire : pour accroître l'activité physique*, Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2003.
- 57 C. L. CRAIG, C. CAMERON, S. J. RUSSELL, A. BEAULIEU. *Augmenter l'activité physique*, Sondage indicateur de l'activité physique mené en 2000, Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2001.
- 58 VERT L'ACTION/ENVIRONICS. *Étude nationale sur le transport actif en 1998*, Ottawa, Vert l'action, 1998.
- 59 H. FRUMKIN. *Urban sprawl and public health*, Public Health Reports, 2002, 117, 201-217.
- 60 R. J. JACKSON, C. KOCHTITZK. *Creating a healthy environment: The impact of the built environment on public health*, Sprawl Watch Clearinghouse Monograph Series, consulté le 6 mars 2003. <www.sprawlwatch.org>.

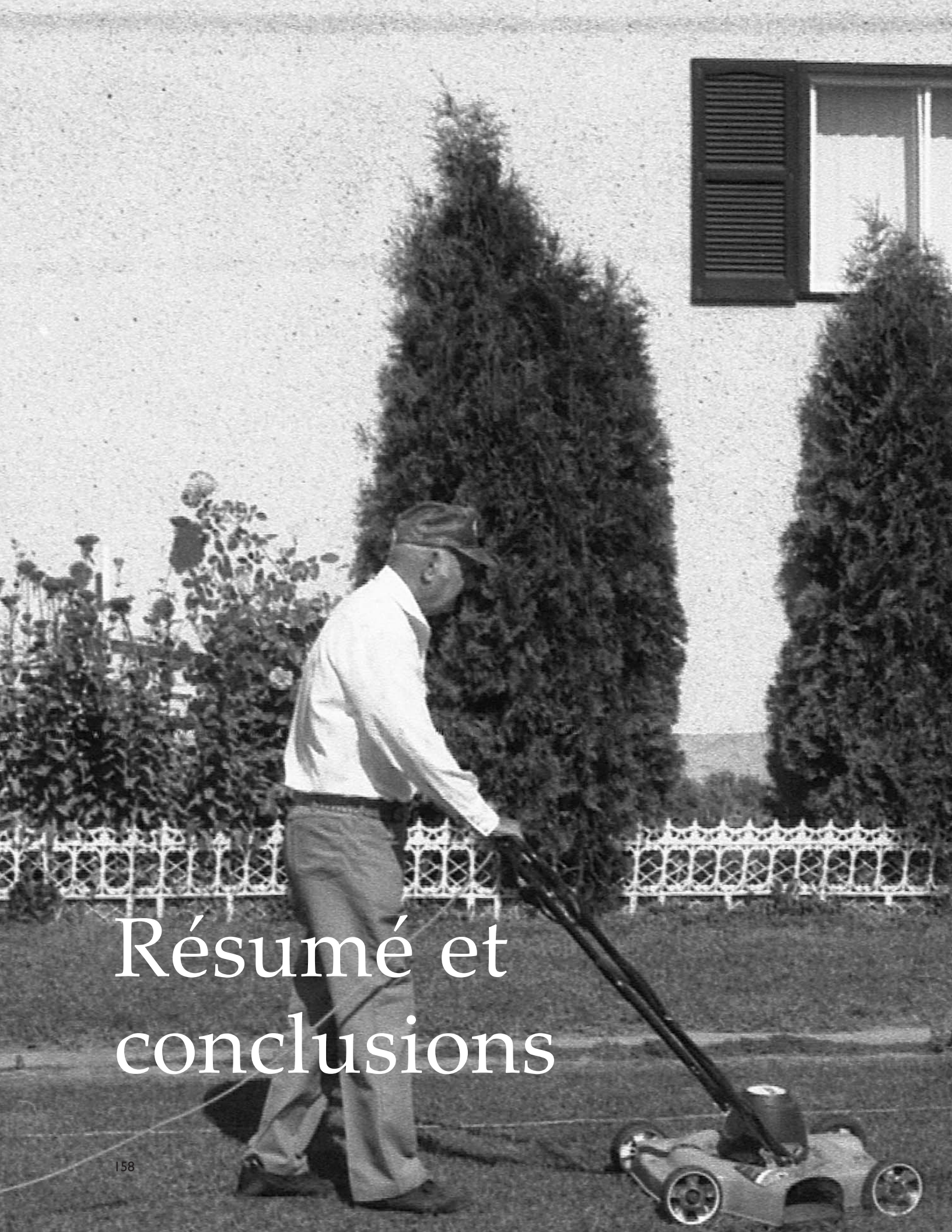
- 61 C. L. CRAIG, R. C. BROWNSON, S. E. CRAGG, A. L. DUNN. *Exploring the effect of the environment on physical activity, A study examining walking to work*, American Journal of Preventive Medicine, 2002, 23, 36-43.
- 62 NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE, NHLBI OBESITY EDUCATION INITIATIVE, NORTH AMERICAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY. *The Practical Guide: Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*, Bethesda, MD, National Heart, Lung and Blood Institute, 2000.
- 63 K. DEWEY. *Is breastfeeding protective against child obesity?*, Journal of Human Lactation, 2003, 19(1), 9-18.
- 64 E. B. KAHN, L. T. RAMSEY, R. C. BROWNSON, G. W. HEATH, E. H. HOWZE, M. D. POWELL, E. J. STONE, M. W. RAJAB, P. CORSO ET TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. *The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review*, American Journal of Preventive Medicine, 2002, 22, 73-107.
- 65 S. MICUCCI, H. THOMAS, J. VOHRA. *The effectiveness of school-based strategies for the primary prevention of obesity and for promoting physical activity and/or nutrition, the major modifiable risk factors for Type 2 diabetes: A review of reviews. Chronic Diseases and Injuries – Chronic Disease Prevention*, Dundas, Ontario, Public Health Research, Education and Development Program, 2002.
- 66 S. L. GORTMAKER, A. MUST, A. M. SOBOL, K. PETERSON, G. A. COLDITZ, W. H. DIETZ. *Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990*, Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 1996, 150, 356-362.
- 67 W. H. DIETZ, S. L. GORTMAKER. *Preventing obesity in children and adolescents*, Annual Review of Public Health, 2001, 22, 33-53.
- 68 T. N. ROBINSON. *Reducing children's television viewing to prevent obesity: A randomized control trial*, Journal of the American Medical Association, 1999, 282, 1561-1567.
- 69 F. B. HU, T. Y. LI, G. A. COLDITZ, W. C. WILLETT, J. E. MANSON. *Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and Type 2 diabetes mellitus in women*, Journal of the American Medical Association, 2003, 289(14), 1785-1791.
- 70 STATISTIQUE CANADA. *Allaitement*, Indicateurs de la santé, 2001(2). <www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/00601/tables/pdf/tables/p2171.pdf>.
- 71 PEI BREASTFEEDING COALITION. *PEI Breastfeeding Coalition – Strategic Plan*, 2000. <www.gov.pe.ca/photos/original/hss_breastfeed.pdf>.
- 72 L. DUBOIS, M. GIRARD. *Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: The results of the longitudinal study of child development in Quebec (ELDEQ 1998-2002)*, Revue canadienne de santé publique, 2003, 94(4), 300-305.
- 73 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Breastfeeding Frequently Asked Questions*. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2003. <www.cdc.gov/breastfeeding/faq.htm>.
- 74 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Global Data Bank on Breastfeeding*, consulté le 14 octobre 2003. <www.who.int/nut/db_bfd.htm>.
- 75 TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. *Recommendations to increase physical activity in communities*, American Journal of Preventive Medicine, 2002, 22 (Suppl. 4), 67-72.
- 76 TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. *Enhanced Physical Education Classes in Schools are Recommended to Increase Physical Activity Among Young People*, 2002. <www.thecommunityguide.org/pa/pa-int-school-pe.pdf>.
- 77 COALITION POUR LA VIE ACTIVE. *Making the Case for a National Physical Activity Strategy for the Health of Canadians*, 2002. <www.cpra.ca/cpra-new/Advocacy/Docs/CALFinance.pdf>.
- 78 T. OLSEN. *Alberta to order daily gym class: Strategy to combat rising rates of child obesity*, Calgary Herald, 20 août 2003, A1.

- 79 L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ, L'ÉDUCATION PHYSIQUE, LE LOISIR ET LA DANSE. *All You Need to Know About QDPE*, consulté le 19 décembre 2003. <www.cahperd.ca/f/epqq/ressources.htm>.
- 80 C. M. TOH, S. K. CHEW, C. C. TAN. *Prevention and control of non-communicable disease in Singapore: A review of national health promotion programmes*, Singapore Medical Journal, 2002, 43, 333-339.
- 81 M. J. MULLER, I. ASBECK, M. MAST, K. LANGNASE, A. GRUND. *Prevention of obesity—more than an intention, Concept and Fresh Results of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS)*, International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders, 2001, 25(Suppl 1), 66-74.
- 82 RÉGION SANITAIRE DE CALGARY. *Comprehensive School Health*, consulté le 19 décembre 2003. <www.calgaryhealthregion.ca/hecomm/schoolhealth/Topics/csh2.htm>.
- 83 A. C. MACAULAY, G. PARADIS, L. POTVIN et al. *Primary prevention of Type 2 diabetes in First Nations: Experiences of the Kahnawake schools diabetes prevention project*, Canadian Journal of Diabetes Care, 1998, 22(3), 44-49.
- 84 VERT L'ACTION, PROGRAMME SUR LA VIE ACTIVE ET L'ENVIRONNEMENT. « Ça marche comme sur des roulettes » : guide sur le transport actif pour la navette domicile-travail, consulté le 28 février 2003. <www.goforgreen.ca/transport_actif/walk_and_roll_f.htm>.
- 85 M. BRIGGS, S. SAFARI, D. L. BEALL, AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, SOCIETY FOR NUTRITION EDUCATION, AMERICAN SCHOOL FOOD SERVICE ASSOCIATION. *Position of the American Dietetic Association, Society for Nutrition Education, and American School Food Service Association—Nutrition services: An essential component of comprehensive school health programs*, Journal of the American Dietetic Association, 2003, 103(4), 505-514.
- 86 NATIONAL COUNCIL OF NUTRITION AND PHYSICAL ACTIVITY. *Substantial Increase in School Fruit*, consulté le 12 juin 2003. <www.sef.no/index.db2?id=11000137 le 12 juin 2003>.
- 87 UNITED FRESH FRUIT AND VEGETABLE ASSOCIATION. *Free Fruit/Veggie Snacks in School are Huge Success*, communiqué de presse, mars 2003. <www.uffva.org/news/news_view.cfm?ID=1043&>.
- 88 K. B. HORGAN, K. D. BROWNELL. *Comparison of price change and health message interventions in promoting healthy food choices*, Health Psychology, 2002, 21(5), 505-512.
- 89 S. A. FRENCH, R. W. JEFFERY, M. STORY et al. *Pricing and promotion effects on low fat vending snack purchases: The CHIPS study*, American Journal of Public Health, 2001, 91(1), 112-117.
- 90 P. PIETINEN, E. VARTAINEN, S. MANNISTO. *Trends in body mass index among adults in Finland from 1972-1992*, International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 1996, 20, 114-120.
- 91 IN MOTION. *Who we are*, 2003. <www.in-motion.ca/whoweare/>.
- 92 FAST CONSULTING. *Saskatoon Health Region In Motion Communication/Awareness Survey*, Saskatoon, région sanitaire de Saskatoon, 2002.
- 93 FAST CONSULTING. *Saskatoon Health Region In Motion Physical Activity Survey*, Saskatoon, région sanitaire de Saskatoon, 2002.
- 94 M. NESTLE, M. F. JACOBSON. *Halting the obesity epidemic: A public health policy approach*, Public Health Reports, 2000, 115, 12-24.
- 95 C. D. ECONOMOS, R. C. BROWNSON, M. A. DEANGELIS et al. *What lessons have been learned from other attempts to guide social change?*, Nutrition Reviews, 2001, 59(Suppl. 3), 40-56.
- 96 SWEDISH MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS. *Public Health Objectives, Fact Sheet*, Stockholm, Ministry of Health and Social Affairs, 2003.
- 97 STRATÉGIE PANCANADIENNE INTÉGRÉE EN MATIÈRE DE MODES DE VIE SAINS. *Document de discussions pour le Symposium sur les modes de vie sains*, Toronto, Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy, 2003.
- 98 SANTÉ CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 2.2. Cycle 2.2. Volet nutrition*, 2003. <www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/cchs_news_f.html>.

- 99 INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *La ministre McLellan lance un important programme de recherche sur l'obésité*, Ottawa, Instituts de recherche en santé du Canada, octobre 2002.
- 100 FOOD & NUTRITION SERVICE, UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE. *Foods Sold in Competition with USDA School Meal Programs: A Report to Congress*, 2001. <www.fns.usda.gov/cnd/Lunch/CompetitiveFoods/report_congress.htm>.
- 101 R. E. ANDERSEN. *The spread of the childhood obesity epidemic*, Canadian Medical Association Journal, 2000, 163(11), 1461-1462.
- 102 C. E. PÉREZ. *Children who become active*, Health Reports—Supplement, catalogue n° 82-003-XIF, 2003, 14, 17-28.
- 103 KRAFT FOODS. *Obesity Initiatives*, consulté le 18 décembre 2003. <www.kraft.com/obesity/responses.html>.
- 104 D. HARKER. *Canadian advertising regulation: Lessons for Australia*, Canadian Journal of Communications, 1998, 23, 1-12.
- 105 LES NORMES CANADIENNES DE LA PUBLICITÉ. *Code canadien de la publicité*, consulté le 20 avril 2002. <www.adstandards.com/en/standards/adstandards.asp>.
- 106 ADVERTISING EDUCATION FORUM. *Sweden Self-Regulatory Organisation*, consulté le 16 décembre 2003. <www.aeforum.org/european/Sweden.html>.
- 107 INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE ET LA EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY. *Obesity in Europe : The Case for Action*, Londres, International Obesity Task Force, 2002.
- 108 ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PUBLICITÉ. *Self-Regulation—Children as Consumers*, consulté le 20 avril 2003. <www.iaaglobal.org/selfRegulation.asp?articleID=123&navClicked=Children%20as%20Consumers&openNav=37>.
- 109 SANTÉ CANADA. *L'étiquetage nutritionnel*, 2003. <www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/labelling-etiquetage/index_f.html>.
- 110 L. D. FRANK, P. ENGELKE. *How land use and transportation systems impact public health: A literature review of the relationship between physical activity and built form. Active Community Environments (ACEs)*, Working Paper #1, consulté le 12 octobre 2003. <www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pdf/aces-workingpaper1.pdf>.
- 111 UN-HABITAT. *Urban planning and development practices*. Best Practices Briefs, consulté le 28 mars 2003. <bestpractices.org/bpbriefs/Urban_Development.html>.

Chapitre

6



Résumé et conclusions

Les Canadiens tiennent à leur santé. Cette valeur est souvent exprimée publiquement par l'importance que nous accordons à notre système de santé, un symbole national et un aspect caractéristique de ce que signifie être Canadien. Notre système de santé constitue une des raisons pour laquelle le Canada est un endroit aussi sain.

Toutefois, le succès du système de santé du Canada ne suffit pas à engendrer et à assurer la santé de tous les Canadiens. Certains s'en tirent bien, mais bon nombre pourrait faire mieux. Il y a toujours place à l'amélioration en matière de santé.

Dans tous les chapitres du rapport, on trouve un principe fondamental selon lequel la santé des Canadiens varie à cause des conditions sociales, économiques et environnementales. En conséquence, l'amélioration de la santé des Canadiens passe par des solutions sociales, économiques et environnementales.

Pour améliorer la santé, on doit élargir les connaissances et changer les attitudes sur la santé et les soins de santé, s'attarder aux moyens de réduire les inégalités en matière de santé et collaborer. Pour améliorer la santé, on a également besoin d'une demande publique et d'une volonté politique de créer et soutenir le changement.

Qu'a-t-on présenté dans le rapport *Améliorer la santé des Canadiens*?

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* étudie en profondeur quatre sujets clés que l'ISPC qualifie de fondamentaux pour la santé nationale, c'est-à-dire le revenu, le développement de la jeune enfance, la santé des Autochtones et l'obésité. Chaque chapitre revoit ce que les preuves de la recherche avancent et décrit certains programmes et politiques qui traitent ces sujets au Canada et dans d'autres pays.

Le revenu a de l'importance en matière de santé.

Les personnes à très faible revenu sont démunies et leur revenu peut être insuffisant pour acheter les choses essentielles de la vie, telles que la nourriture et un logement. Cependant, même lorsque le revenu répond aux besoins de base, les personnes peuvent être confrontées à de graves obstacles qui entravent leur développement personnel, leur participation et la maîtrise de leur vie. Ainsi, bien que ce soit vrai que les Canadiens à faible revenu sont en moins bonne santé en moyenne que ceux qui jouissent d'un revenu moyen, il est également vrai que ceux qui disposent d'un revenu élevé sont en meilleure santé que ceux qui ont un revenu moyen. Les explications sont complexes et ne sont pas bien comprises. Toutefois, il est évident qu'un revenu adéquat associé à d'autres facteurs, tels qu'une scolarisation adéquate, un emploi intéressant, un bon logement ainsi qu'un milieu social et physique favorable, forment les conditions qui optimisent la santé individuelle et collective.

Les programmes qui ont contribué à la réduction de la pauvreté, tels que les pensions pour les aînés, ont rarement été analysés afin d'en connaître les effets sur la santé. Toutefois, l'absence de preuves ne signifie pas l'absence d'effets. On ne les a simplement pas étudiés. On peut être raisonnablement certain que la réduction de la pauvreté améliorera la santé. Le Canada peut tirer des leçons d'autres pays, notamment la Suède et le Royaume-Uni, qui ont mis en œuvre des régimes exhaustifs de santé pour remédier aux inégalités en matière de santé, régimes dont l'essence même vise à réduire la pauvreté.

Le développement de la jeune enfance joue un rôle important pour une vie en santé.

Un revenu suffisant, l'appui des parents, un environnement sûr et stimulant ainsi que des ressources communautaires adéquates permettront vraisemblablement à l'enfant de démarrer sa vie du bon pied. L'absence de ces éléments peut menacer ou retarder le développement de l'enfant et, par conséquent, entraîner une série de faibles résultats à l'âge adulte. Par exemple, un mauvais départ peut être synonyme d'un langage restreint, d'un faible niveau d'alphabétisation et d'une capacité de communication diminuée. Ces capacités restreintes sont liées à la santé et ont des répercussions permanentes.

Le présent rapport fait état du fait que de nombreux programmes et services favorisent le développement sain du jeune enfant. Notamment, les programmes publics en établissement pour le développement de la jeune enfance ont été fortement recommandés dans le guide des services communautaires préventifs (le guide est un programme d'examen systématique des centres pour le contrôle et la prévention des

Chaque chapitre revoit ce que les preuves de la recherche avancent et décrit certains programmes et politiques au Canada et dans d'autres pays.

Le Canada continue de réduire considérablement la pauvreté chez les aînés à l'aide de pensions publiques et d'autres programmes de soutien du revenu. Les améliorations dans les prestations aux familles avec enfants depuis la fin des années 1990 peuvent avoir contribué à la réduction du taux de pauvreté, plus spécifiquement chez les familles monoparentales. Certains autres pays, tels que la France, la Suède et les Pays-Bas, ont obtenu davantage de succès que le Canada dans la réduction des niveaux de pauvreté chez les citoyens, particulièrement chez les familles avec enfants.

maladies aux États-Unis). On a recommandé ces programmes, car ils contribuent à la diminution du retard dans le développement cognitif et à l'amélioration de la préparation à l'apprentissage, particulièrement chez les enfants de trois à cinq ans issus de familles à faible revenu. Nous avons vu au troisième chapitre que certains pays ont effectué des investissements publics plus substantiels dans les programmes de développement de la jeune enfance que ne l'a fait le Canada.

Le chapitre sur la santé des Autochtones

fournit des preuves qui font état d'importantes améliorations dans la santé des Autochtones au Canada. Au cours des 50 dernières années, les taux de mortalité infantile ont diminué considérablement et l'espérance de vie a augmenté énormément. Cependant, les Autochtones continuent de faire face à des conditions sociales, économiques et environnementales en moyenne pires que celles des autres Canadiens. En partie pour ces raisons, l'état de santé des Autochtones est encore bien inférieur à celui des autres Canadiens. Par exemple, les blessures constituent une cause importante de décès et un fardeau qui accable trop souvent les jeunes Autochtones.

On décrit également certaines des initiatives qui visent à contribuer à l'amélioration de la santé des Autochtones. Elles comprennent le renforcement des institutions, le développement de l'infrastructure communautaire et le transfert d'autorité et de pouvoir (sur les territoires, les ressources et les services) aux Autochtones. Le changement des résultats cliniques ne justifie pas à lui seul toutes les initiatives, toutefois, le fait de modifier et d'améliorer les déterminants clés de la santé des Autochtones contribue probablement à l'amélioration de la santé, particulièrement en raison de la perspective qu'ont les Autochtones des déterminants de santé décrits dans ce chapitre. Ces initiatives exigeront une surveillance supplémentaire au fil du temps afin d'évaluer adéquatement leurs effets sur la santé.

Le quatrième sujet étudié dans le présent rapport porte sur l'obésité.

Les preuves présentées démontrent que les niveaux de surpoids et d'obésité chez les adultes canadiens ont augmenté depuis 1985. Plus d'adultes que jamais auparavant, actuellement près de 9 millions, accusent un surpoids ou sont obèses. Les enfants ne sont pas épargnés puisqu'ils affichent aussi une hausse dans tous les niveaux. Les répercussions de l'obésité sont immenses, notamment les risques élevés de nombreuses maladies chroniques telles que l'hypertension, les maladies cardiaques, les accidents cérébrovasculaires, le diabète et certains cancers. Assurément, cela entraîne des incidences sur le système de soins de santé et dans bien d'autres domaines de la société canadienne.

Pour s'attaquer à l'obésité, on devra élaborer des politiques et des programmes dans de nombreux domaines étant donné la gamme de facteurs sous-jacents au problème, tels que la mise en marché de la nourriture, les choix alimentaires, les loisirs

sédentaires, le travail moins exigeant physiquement et l'urbanisation grandissante. L'éducation physique et les programmes d'activité dans les écoles semblent promettre une réduction de l'obésité. Toutefois, on pourrait considérer des options politiques plus élargies, comme des activités dans la collectivité, des programmes de nutrition, des restrictions sur la mise en marché, un meilleur étiquetage des aliments ainsi que des incitatifs financiers et des sanctions pécuniaires. Les personnes et les familles, les entreprises et l'industrie, les organismes communautaires et le gouvernement — de tous les secteurs et à tous les niveaux — peuvent contribuer aux solutions dans leurs domaines de responsabilité, ils peuvent coordonner et collaborer avec d'autres partenaires pour assurer des répercussions maximales des efforts.

Qu'a-t-on appris du rapport *Améliorer la santé des Canadiens*?

Au cours du dernier siècle, la santé des Canadiens s'est considérablement améliorée. Au fil du temps, l'espérance de vie en hausse et les taux de décès à la suite d'une coronaropathie en baisse représentent deux mesures qui démontrent clairement une amélioration de la santé chez les Canadiens¹.

Ces améliorations en matière de santé ont été soutenues par les choix et les investissements que les Canadiens ont faits à titre de société dans le passé. Les choix comprennent l'investissement dans l'éducation et les soins de santé publics, le soutien du revenu tel que les pensions publiques pour les aînés, les taxes et les lois sur le tabac et l'alcool, la réglementation concernant le port de la ceinture de sécurité, les exigences spécifiques pour les sièges d'enfants et la diffusion publique d'information sur la façon de vivre plus sainement. Certains Canadiens ont utilisé cette information afin de changer leur comportement et faire de meilleurs choix, par exemple arrêter de fumer, manger mieux et faire davantage d'exercice.

Certains choix sociaux peuvent avoir miné la santé. Ces choix politiques se sont soldés par l'étalement urbain, les coupures dans la surveillance et la santé publique, la réduction des périodes d'éducation physique dans les écoles, les coupures dans les programmes de soutien du revenu ainsi que le manque d'éducation et de programmes de soins adéquats pour la jeune enfance.

Les solutions pour contrer les inégalités en matière de santé que le rapport a soulevées exigent de nouveaux choix qui mettent l'accent sur la prévention et la promotion de la santé. De bons emplois, des revenus adéquats, des milieux familiaux et communautaires favorables, des services efficaces pour les enfants et les familles et des comportements de santé améliorés peuvent aider à réduire les inégalités en matière de santé. Le remède ne se trouve pas chez le médecin ou à l'hôpital uniquement.

que les Canadiens comprennent davantage la série complète des facteurs qui peuvent améliorer la santé.

Deuxièmement, les inégalités en matière de santé au sein de la société canadienne sont grandement évitables, et non inévitables. On peut influencer et changer les facteurs tels que le développement de la jeune enfance, le travail, le revenu et l'environnement. Les Canadiens, à l'échelle personnelle et de la société, peuvent faire des choix qui auront des répercussions

Les améliorations en matière de santé ont été soutenues par les choix et les investissements que les Canadiens ont faits en tant que société.

Trois sujets pour un nouveau message

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* signale qu'il est temps de promouvoir le changement. On doit faire de nouveaux choix avantageux pour la santé, qui se situent dans les limites de trois sujets :

- Élargir les connaissances du public et changer les attitudes pour mettre l'accent sur les déterminants de santé « en amont »;
- Se concentrer sur les moyens de réduire les inégalités en matière de santé;
- S'engager, à tous les niveaux de la société, à travailler ensemble.

Premièrement, les enquêtes portent à croire que les Canadiens cherchent en général des réponses aux problèmes de santé principalement à l'aide du système de soins de santé et du mode de vie, au lieu de croire que la santé s'améliorera si on s'attaque aux multiples facteurs qui influent sur la santé, tels que le développement de la jeune enfance, le travail, le revenu et l'environnement.

La recherche que l'ISPC a effectuée sur les points de vue publics concernant les déterminants de la santé démontre que les Canadiens reconnaissent l'importance de certains déterminants, plus particulièrement le comportement et le mode de vie relatifs à la santé ainsi que les questions liées à l'environnement, telles que la pollution de l'air et de l'eau². D'autres déterminants relatifs aux conditions sociales et économiques, entre autres le revenu et le logement, et aux caractéristiques communautaires, entre autres les réseaux de soutien des collectivités, n'étaient mentionnés que par un Canadien sur trois. Assurément, beaucoup de travail reste à faire pour

sur les conditions sociales, économiques, environnementales et autres pour réduire les inégalités en matière de santé. Bien que la responsabilité personnelle à l'égard de la santé soit importante, les personnes ont parfois besoin de soutien et de ressources supplémentaires afin de faire des choix sains. Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* fournit des preuves et des exemples comme quoi plusieurs inégalités en matière de santé sont évitables dans la mesure où tous les acteurs de la société (p. ex. les politiciens, les représentants du gouvernement, les employeurs, les syndicats, les personnes et les dirigeants communautaires) en prennent la responsabilité.

Troisièmement, le changement exige nos meilleurs efforts de collaboration pour créer, mettre en application et assurer la viabilité des multiples stratégies. De nombreux joueurs doivent travailler ensemble sur des politiques et des programmes exhaustifs et coordonnés. La complexité de la corrélation entre les facteurs qui touchent la santé signifie qu'une grande participation est nécessaire dans tous les secteurs (p. ex. les finances, l'environnement, les ressources humaines, les sports et les loisirs, l'industrie) et à tous les niveaux de la société (p. ex. les personnes, les familles, les collectivités, les régions, les provinces, les territoires et le pays) afin de créer une approche intégrée. Cela signifie une participation qui dépasse le seuil des gouvernements et englobe les secteurs privé, public et à but non lucratif. De plus, cela veut dire être éveillé aux répercussions des politiques et des programmes sur la santé.

On se doit également de renforcer les fondations existantes et d'améliorer les mesures et l'apprentissage mutuel. Une participation élargie peut également aider à éviter les chevauchements, ce qui garantirait la meilleure utilisation des ressources disponibles.

Lorsqu'on fait des choix concernant les programmes qui amélioreront le plus la santé, une question reste sans réponse : Quelle est la meilleure façon d'équilibrer les approches universelles et ciblées? La discussion sur les politiques et les programmes tout au long du rapport porte à croire qu'un mélange des deux peut s'avérer nécessaire, c'est-à-dire un plan équilibré d'approches universelles qui touchent tous les Canadiens et des approches ciblées qui visent les groupes vulnérables. Un mélange d'approches

- Les Canadiens « connaissent le lien entre la santé et d'autres responsabilités du gouvernement comme l'environnement, les programmes sociaux et le logement; ils veulent des stratégies interministérielles communes qui se penchent sur les facteurs déterminants de la santé ».

Le *Rapport sur le dialogue entre Canadiens* stipule que les valeurs et les croyances des Canadiens ont changé et que les chances de réforme se sont concrétisées⁴ :

Sur la question du mieux-être, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, les citoyens ont exprimé des avis remarquablement uniformes d'un océan à l'autre. Les observateurs se sont demandés si la société canadienne est sur le point de substituer à la façon de penser fondée

On doit faire de nouveaux choix qui peuvent être avantageux pour la santé.

universelles et ciblées peut également répondre au besoin d'élaborer des politiques flexibles selon le groupe de population ou le lieu précis.

La demande publique, la volonté politique

La Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada a nommé son rapport *Guidé par nos valeurs* afin de porter l'attention sur l'importance des valeurs et des principes des Canadiens concernant la santé et les soins de santé. Ces valeurs, notamment l'universalité, l'équité, la solidarité, l'impartialité, la qualité, l'efficacité, le bien-être et la confiance, sont primordiales pour comprendre la santé et les soins de santé³. Elles ont émergé au cours du processus de dialogue avec les Canadiens dans le cadre de la commission⁴.

Selon le *Rapport sur le dialogue entre Canadiens sur l'avenir des soins de santé au Canada*⁴ :

- « Les Canadiens prennent à cœur le système de soins de santé et sont très inquiets de son avenir. »
- Le renouvellement du système de santé devrait « mettre l'accent sur le mieux-être, la prévention et l'éducation des patients ».
- Les Canadiens « s'engagent à prendre davantage la responsabilité de leur santé en mangeant mieux, en faisant de l'exercice et en menant une vie plus saine ».

sur la maladie une optique axée sur le mieux-être. [...] Mis ensemble, la vulnérabilité des Canadiens [aux risques de santé] et leur désir de mener une vie saine créent une ouverture remarquable aux politiques publiques qui touchent tout le spectre des programmes gouvernementaux.

Une perspective sur la santé de la population s'inquiète de l'ensemble élargi de facteurs sociaux et personnels qui ont des répercussions sur la santé. De plus, elle préconise la promotion et l'atteinte de résultats cliniques équitables^{5, 6, 7, 8, 9, 10, 11}. Le Canada peut tirer une leçon d'autres pays, tels que la Suède et le Royaume-Uni, qui ont des structures transversales de gouvernance pour répondre aux questions de santé d'une perspective générale et comprendre les conséquences des décisions sur la santé prises dans le domaine des finances, de l'environnement et de la planification de l'utilisation des terres. Les changements structureaux sont nécessaires pour répondre aux questions et aux problèmes entremêlés en matière de santé de la population.

Les solutions efficaces et potentielles présentées dans le rapport pour améliorer la santé des Canadiens exigent des efforts soutenus pendant une longue période. Certaines politiques et certains programmes amélioreront probablement la santé à court terme, tandis que d'autres prendront plus de temps à montrer des changements soutenus et une meilleure santé.

Les solutions efficaces et potentielles présentées dans le rapport pour améliorer la santé des Canadiens exigent des efforts soutenus pendant une longue période.

Priorités futures

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* révèle à quel point nous avons peu de connaissances sur certaines questions très élémentaires. C'est d'autant plus vrai lorsqu'on étudie la santé des Autochtones du Canada. Bien qu'on en sache davantage chaque année sur leur santé et ses déterminants, on doit absolument faire des efforts pour continuer à accorder la priorité à l'élaboration d'une infrastructure d'information dans le but de mieux comprendre la santé des Autochtones. Les lacunes en information concernant ce groupe de population sont énormes.

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* a également jeté de la lumière sur les preuves de l'efficacité de certains programmes et politiques qui influent sur la santé des Canadiens. Il identifie les lacunes qu'on se doit de combler. Premièrement, on a besoin de synthèses continues et de revues systématiques des recherches pour évaluer l'efficacité des programmes et des politiques en matière de résultats cliniques. On se doit de connaître ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et pourquoi. Deuxièmement, on doit investir de façon continue dans la gestion de l'information et les évaluations des politiques et des programmes élaborés pour améliorer la santé.

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* révèle à quel point nous avons peu de connaissances sur certaines questions très élémentaires.

On se doit d'avoir de meilleures données et de mieux surveiller la santé des Canadiens en général. On a relevé ce fait primordial dans le rapport du mois d'octobre 2003 du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique¹². Bien qu'il existe au Canada de nombreuses données pour comprendre les facteurs qui influent sur notre santé, elles ne sont pas toujours facilement disponibles ou accessibles. On doit trouver une solution à ce problème. De plus, l'intégration des données administratives, des données des enquêtes, des données des recensements et des systèmes d'information géographique, de façon à respecter la vie privée, les rendra bien plus utiles pour tous les secteurs qui se préoccupent de la santé des Canadiens. C'est un problème particulier pour lequel l'Initiative sur la santé de la population canadienne, membre de l'Institut canadien d'information sur la santé, ainsi que ses partenaires de Statistique Canada et Santé Canada, à l'aide des intervenants provinciaux, territoriaux et régionaux, sont bien placés pour régler.

L'Initiative sur la santé de la population canadienne est mandatée pour contribuer à ce processus et continuera de résumer les meilleures preuves disponibles tirées des recherches, des politiques et des programmes qui ont une incidence sur la santé des Canadiens. L'ISPC est déterminée à rendre ces preuves disponibles et accessibles pour les décisionnaires de tous les secteurs et à tous les échelons.

Prochains sujets

L'Initiative sur la santé de la population canadienne produira le prochain rapport *Améliorer la santé des Canadiens* en 2006. L'ISPC appuie la recherche continue dans des domaines tels que l'obésité, le lieu et la santé, les inégalités en matière de santé ainsi que la santé des jeunes et des enfants. De plus, elle continue de surveiller les progrès des politiques et des programmes qui visent à améliorer la santé ainsi que les opinions publiques sur la santé et les questions connexes. Le rapport de 2006 sera enrichi par l'ajout d'autres thèmes et groupes de population.

Pour en savoir davantage

- 1 INITIATIVE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION CANADIENNE. *Portrait des tendances de la santé de la population au Canada - 2003*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
- 2 INITIATIVE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION CANADIENNE. *Opinions publiques sur les déterminants de la santé*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
- 3 COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada - rapport final*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Commissaire Roy J. Romanow, 2002.
- 4 J. MAXWELL. *Report on Citizens' Dialogue on the Future of Health Care in Canada*, Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.
- 5 D. I. HAY, A. WACHTEL. *The Well-Being of British Columbia's Children and Youth: A Framework for Understanding and Action*, Vancouver, First Call Coalition, 1998.
- 6 R. G. EVANS, G. L. STODDART. *Consuming research, producing policy?*, *American Journal of Public Health*, 2003, 93(3), 371-379.
- 7 D. KINDIG, G. STODDART. *What is population health?*, *American Journal of Public Health*, 2003, 93(3), 380-383.
- 8 D. COBURN, K. KENNY, E. MYKHALOVSKIY, P. MCDONOUGH, A. ROBERTSON, R. LOVE. *Population health in Canada: A brief critique*, *American Journal of Public Health*, 2003, 93(3), 392-396.
- 9 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La santé pour tous au 21^e siècle*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.
- 10 M. WHITEHEAD. *Concepts et principes de l'égalité des chances en matière de santé*, Copenhague, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, 2000.
- 11 J. BENNET. *Investment in Population Health in Five OECD Countries*, Documents de travail sur la santé de l'OCDE, DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)2, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2003.
- 12 COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL SUR LE SRAS ET LA SANTÉ PUBLIQUE. *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada*, Ottawa, Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, 2003.

À vous la parole

Nous serons heureux de connaître vos commentaires sur le rapport *Améliorer la santé des Canadiens*, et sur la façon d'améliorer l'utilité et la valeur informative des rapports à venir. Veuillez remplir cette fiche d'évaluation ou envoyer vos idées par courriel à ispc@icis.ca.

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

**Rétroaction sur le rapport *Améliorer la santé des Canadiens*
Initiative sur la santé de la population canadienne
Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8**

Instructions

Pour chacune des questions, inscrivez « X » vis-à-vis la réponse la plus appropriée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous voulons seulement connaître votre opinion. Notre objectif consiste à améliorer les rapports à venir. Les réponses individuelles sont confidentielles.

Satisfaction générale à l'égard du rapport

1. Comment avez-vous obtenu un exemplaire du rapport *Améliorer la santé des Canadiens*?

- Par la poste Un collègue me l'a remis Sur Internet
 J'ai commandé mon propre exemplaire Autre (veuillez préciser) _____

2. Avez-vous lu tout le rapport?

- J'ai lu tout le rapport J'ai lu certains chapitres et parcouru tout le rapport
 J'ai parcouru tout le rapport

3. Comment trouvez-vous les aspects suivants du rapport?

- | | | | | |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Clarté | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Organisation/format | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Utilisation de figures | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Qualité des analyses | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Niveau de détail | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Longueur | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |

Utilité du rapport

4. Veuillez indiquer si vous avez trouvé ces sections utiles en inscrivant « X » vis-à-vis la catégorie la plus appropriée.

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| Chapitre 1 : Introduction | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lu |
| Chapitre 2 : Le revenu | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lu |
| Chapitre 3 : Développement
de la jeune enfance | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lu |
| Chapitre 4 : La santé des Autochtones | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lu |
| Chapitre 5 : L'obésité | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lu |
| Chapitre 6 : Résumé et conclusions | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lu |
| Documents d'information | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lu |

5. Comment prévoyez-vous utiliser l'information contenue dans le rapport?

6. Qu'est-ce qui vous a semblé le plus utile dans le rapport?

7. Que feriez-vous pour améliorer le rapport? Avez-vous des suggestions pour les rapports à venir?

Renseignements sur les lecteurs

8. Où habitez-vous?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terre-Neuve-et-Labrador | <input type="checkbox"/> Saskatchewan |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse | <input type="checkbox"/> Alberta |
| <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick | <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique |
| <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard | <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest |
| <input type="checkbox"/> Québec | <input type="checkbox"/> Yukon |
| <input type="checkbox"/> Ontario | <input type="checkbox"/> Nunavut |
| <input type="checkbox"/> Manitoba | <input type="checkbox"/> Étranger (veuillez préciser le pays) _____ |

9. Quel est votre poste ou votre rôle principal?

- Gestionnaire ou administrateur de services de santé
- Chercheur
- Analyste de politiques
- Membre d'un conseil d'administration
- Représentant élu
- Dispensateur de soins
- Étudiant
- Éducateur
- Autre (veuillez préciser) _____

Merci pour vos commentaires!