



# PROJET DE RECHERCHE SUR LES POLITIQUES HORIZONS

Volume 2 Numéro 3

Septembre 1999

APÉRÇU DE LA RECHERCHE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES

## Dans ce numéro

Bienvenue! 1

Du soutien pour nos enfants 1

L'importance des premières années 1

Mot de la directrice exécutive 2

Un point à temps en épargne cent

Liens canadiens 3

Le coin du livre 3

Capsules des réseaux 4

Activités à venir 5

Regard vers l'avenir 6

Les inégalités sociales en matière de santé

Chroniqueur d'un réseau 8

Évaluation de la santé des Canadiens

Témoins 10

Le Canada de demain : oui à la famille

De la recherche à l'action 11

Le développement des compétences dans une économie axée sur le savoir 12

Dans le web 13

Regard sur l'extérieur 14

Perspective mondiale sur la santé

Partout au Canada 15

Mesures et interventions au Manitoba en matière de soins de santé

Chroniqueur invité 16

La première génération de minorités visibles du Canada atteint sa majorité

Un milieu de travail convivial pour la génération Nexus 17

Sommaire de recherche 18

Une base pour la prise de décision fondées sur des données

Données sur quatre déterminants de la santé des populations 19

Données sur quatre déterminants de la santé des populations

Courriel à l'éditeur 20

Témoins 22

Gérer la politique horizontale

Le saviez-vous... 24

## Bienvenue!

Les décideurs sont sûrement captivés par le thème central de ce numéro, à savoir la santé des populations. Les articles dans ce numéro s'intéressent aux mesures de base du bien-être individuel et social et aux interventions politiques précises pour maintenir le potentiel et le bonheur humains que nous nommons par euphémisme « qualité de vie ». Précisons pour les non-initiés que la recherche est basée en grande partie sur la prémisse suivante : autant un climat micro-économique propice est essentiel à une perfor-

mance solide, autant un climat micro-social propice est essentiel à la libération du potentiel humain. Le défi consiste à définir ce climat et à l'instaurer.

Les travaux dans ce secteur largement inexploré sont dans la plupart des cas au stade de la recherche primaire. Nous vous invitons à en découvrir les possibilités fascinantes.

*Secrétariat de la recherche sur les politiques*

## Du soutien pour nos enfants

« Les enfants et les jeunes ont besoin d'appui – de la part de leurs parents, de leurs gardiennes, de leurs professeurs, de leurs pairs, de leurs instructeurs et de leurs communautés – jusqu'à ce qu'ils soient adultes. Même si un dollar de prévention donne plus de résultats au cours des premières années avant que les portes se ferment et que le cerveau soit complètement formé et sculpté, aucun programme de prévention, aucune série de programmes de prévention concentrés sur un âge et un stade uniques ne peuvent, seuls, contrer les effets combinés d'un héritage génétique adverse et de l'exposition à long terme à des milieux corrosifs. » [Traduction]

*The Sparrow Lake Alliance. Proposals Regarding the National Children's Agenda, The Centre for Health Promotion de l'Université de Toronto et Canadians Against Child Poverty. 1999, p. 15.*

## Reflexion

« Nous sommes les gardiens permanents de problèmes permanents. »

Arthur Krøeger,  
fonctionnaire canadien

## L'importance des premières années

« Il est clair que les premières années, de la conception à l'âge de six ans, sont celles qui ont le plus d'importance sur le développement du cerveau et sur l'apprentissage, le comportement et la santé à venir. Les effets des premières expériences, particulièrement pendant les trois premières années, sur la mise en place du « câblage » du cerveau, sur sa formation et sur le branchement des milliards de neurones qui le parcourent en tout sens, se font sentir toute une vie... Il est prouvé que de bons programmes de développement auxquels participent les parents ou autres personnes ayant la charge des enfants auront une influence sur la manière dont ces premiers s'occupent des enfants à la maison, et peuvent grandement améliorer le comportement des enfants, la manière dont ils apprennent et leur santé plus tard. Ces programmes sont d'autant plus efficaces qu'ils auront commencé plus tôt. Ils peuvent profiter aux enfants et aux familles de tous les groupes socio-économiques de la société. Pour avoir une population compétente et éduquée, cette période de la vie est aussi importante que n'importe quelle autre. Et, à cause de cela, la société doit lui accorder au moins autant d'attention qu'aux périodes scolaires et d'enseignement postsecondaire. » [Traduction]

Government of Ontario Reference Group, coprésidé par Margaret Norrie McCain et J. Fraser Mustard. « Early Years Study: Final Report », avril 1999, p. 52. En direct à <http://www.childsec.gov.on.ca/newsrel/apr2099-f.html>



*Mot de la directrice exécutive*



## Un point à temps en épargne cent

La santé des populations – étude des éléments qui font qu'une population est en bonne santé – est un domaine relativement récent des politiques publiques, mais ses antécédents philosophiques sont aussi anciens que l'histoire écrite. Les composantes qui rendent les sociétés prospères et heureuses sont un des sujets liés à la gouvernance que l'on retrouve tout autant dans la République de Platon que dans le code d'Hammourabi et l'indice de développement du PDNU.

politiques et des programmes particuliers fondés sur les connaissances actuelles. Si le domaine de la santé des populations était une technologie industrielle, elle en serait à la phase précommerciale avec des entrepreneurs brillants, des investisseurs anxieux et beaucoup de discussions à ce sujet.

Un point à temps en épargne cent. Mais, il reste encore à déterminer où et quand mettre en route

dans la « commercialisation » de la santé des populations. Il faudra maintenir des normes de recherche élevées, en se servant notamment d'évaluations prudentes de la qualité des données. Les chercheurs devraient être félicités du professionnalisme dont ils ont fait preuve jusqu'à présent en résistant à la tentation de mettre en avant des conclusions qui n'étaient pas étayées par les données. En ce faisant, ils créent, une base de connaissances de plus en plus solide comme, par exemple, l'Enquête nationale sur la santé des populations, l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes, et le programme « La santé des populations » de l'Institut canadien des recherches avancées.

À court et à moyen terme, les responsables de l'élaboration des politiques devront faire fond sur cette base de connaissances. Comme l'a dit Aaron Wildavsky, « l'art de politiques publiques consiste à trouver un problème que l'on doit et que l'on peut régler ». La recherche sur la santé des populations nous mène vers un remaniement fondamental de nombreux aspects des politiques publiques.

***Un point à temps en épargne cent. Mais, il reste encore à déterminer où et quand mettre en route des interventions stratégiques. La recherche sur la santé des populations doit être tout au moins aussi efficace et précise qu'une opération chirurgicale.***

Récemment, ce type de recherche a pris un nouvel élan du fait des progrès rapides des sciences biologiques qui redessinent notre compréhension du potentiel humain. Sont également essentiels les progrès réalisés dans les méthodes statistiques, particulièrement celles qui ont trait à la disponibilité des données et aux liens entre elles, et dans la sociologie qui crée des portraits pénétrants de la vie des Canadiens à la fin du siècle. Une fois réunis d'une manière créative et multidisciplinaire, les résultats ont de puissantes implications en matière de politiques publiques.

La santé des populations est un domaine de recherche à la fois tentant et frustrant. Tentant parce que c'est une démarche qui fait appel à la compréhension et frustrant parce qu'il reste encore difficile de concevoir des

des interventions politiques. La recherche sur la santé des populations doit être tout au moins aussi efficace et précise qu'une opération chirurgicale. Comme dans de nombreux domaines de politiques, les chercheurs en santé des populations doivent combler l'écart entre les résultats abstraits et la vie quotidienne. Pour passer de l'association à la causalité, il faut élaborer des ensembles encore plus robustes de données d'une texture et d'une profondeur plus marquées. En définitive, cela signifie qu'il faut trouver des manières d'influencer les choix de vie et d'améliorer les résultats de manière à promouvoir le développement de la petite enfance, réduire la morbidité et améliorer la qualité de vie.

Le resserrement des liens entre la recherche et l'élaboration de politiques est un important pas en avant

Laura A. Chapman  
Directrice exécutive  
Secrétariat de la recherche sur les politiques

Pour apprendre comment resserrer les liens entre la recherche et l'élaboration des politiques dans le domaine de la santé des populations, venez assister à la conférence « Perspectives sur la santé de la population : mettre à profit la recherche » qui aura lieu à Winnipeg du 5 au 7 octobre 1999. En direct à <http://recherchepolitique.gc.ca/pophealth99/index-f.htm>

## Liens canadiens



Les sites web ci-dessous peuvent vous aider à trouver des renseignements pertinents au sujet de la santé de la population au Canada. Un grand répertoire de la recherche canadienne sur la santé des populations peut être trouvé dans la section « Sites thématiques » du site web du Secrétariat de la recherche sur les politiques <http://recherchepolitique.gc.ca>

### SANTÉ CANADA

<http://www.hc-sc.gc.ca/>

Le site de Santé Canada nous renseigne sur une variété d'aspects par rapport à la santé des Canadiens. On retrouve, par exemple, de l'information dans la Direction générale de la promotion et des programmes de santé (<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/>) sur la santé de tous les groupes d'âge (les enfants, les jeunes, les adultes et les personnes âgées). De plus, la Direction générale de la protection de la santé (<http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/>) nous informe sur des moyens pour améliorer et protéger la santé des Canadiens. On peut également retrouver de l'information sur le système de santé canadien (<http://www.hc-sc.gc.ca/datapcb/datahesa/hex.htm>), sur la santé des femmes (<http://www.hc-sc.gc.ca/datapcb/datawhb/frepage.htm>) et sur le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/pnrds/index.html>)

### FONDS DE LA RECHERCHE EN SANTÉ DU QUÉBEC

<http://www.frsq.gouv.qc.ca/>

Le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) est un organisme qui favorise le développement de la recherche en matière de santé au Québec. Leur site web permet aux chercheurs d'avoir un accès facile à de nombreux domaines de recherche liés à la santé des Québécois, tels que la santé dans le milieu de travail, la santé mentale, les services de santé, la nutrition, la toxicologie, la gérontologie et la pollution. On retrouve également des liens à d'autres sites web qui s'intéressent à la santé des individus, une liste de noms de chercheurs et leur bulletin intitulé « Recherche en santé ».

### INVESTINKIDS

<http://www.investinkids.ca>

Parrainée par les entreprises, cette initiative vise à fournir des renseignements aux parents ayant des jeunes enfants afin d'assurer que ces derniers puissent maximiser leur potentiel. Le but est de réunir les entreprises, les représentants en matière de santé et les communautés de recherche. Félicitations pour une bonne initiative!

## Le coin du livre



### Créer des liens à la manière de la santé des populations

« Dans cette description des différents intervenants (en matière de santé des populations) — décideurs, responsables des fonds de recherche, chercheurs, et fournisseurs du savoir — qui participent dans le processus d'élaboration des politiques axées sur les données, l'accent est mis sur trois choses:

- L'intégration des données dans le processus d'élaboration des politiques, par exemple, en matière de recherche sur les services de santé implique non seulement la création de liens directs entre les décideurs et les chercheurs mais aussi l'adoption d'une stratégie qui comprend plusieurs étapes.
- Chaque étape permet d'améliorer les relations et la communication entre les quatre groupes d'intervenants dans le domaine de la santé.
- L'élaboration des politiques axées sur les données est un « cycle vertueux » et tout lien faible dans ce cycle risque de freiner l'intégration de la recherche dans la prise de décisions. »

Canadian Health Services Research Foundation. *Growth Through Innovation: 1998 Final Report*. p. 34.

### Le coût de l'empathie

« Les femmes semblent être plus affectées que les hommes par les événements qui atteignent les personnes auxquelles elles sont attachées, particulièrement dans le cas de leurs conjoints. Autrement dit, elles réagissent davantage aux expériences négatives des autres, et cette différence de réactivité a d'importantes implications pour la santé mentale. Ces données appuient la théorie du coût de l'empathie... et réfutent l'hypothèse (supplémentaire) que les femmes sont plus portées à la dépression parce qu'elles sont moins capables que les hommes de faire face aux situations stressantes. » [Traduction]

Turner, R. Jan et William Avison, "Gender and Depression: Assessing Exposure and Vulnerability to Life Events in a Chronically Strained Population", dans David Cobourn, Carl D'Arcy, and George Torrance (eds.), *Health and Canadian Society: Sociological Perspectives*. Toronto: University of Toronto Press, 1998, p. 255.

Tous les sites web mentionnés dans le présent numéro d'*Horizons* sont facilement accessibles à partir du site web du Projet de la recherche sur les politiques, à l'adresse <http://recherchepolitique.gc.ca>



## Capsules des réseaux

### MONDIALISATION

#### *Se protéger contre les fluctuations mondiales de la monnaie : Mesures prudentes pour les pays en voie de développement*

« Les gouvernements (dans les pays en voie de développement) visent à avoir en place les bonnes politiques pour attirer l'investissement et à renforcer les agences qui sont capables de faire respecter les normes nationales (par exemple, les politiques de travail et de l'environnement).

Les gouvernements peuvent aussi aider à promouvoir le développement local en protégeant con-

tre la volatilité macro-économique indésirable qui résulte de l'investissement étranger direct. La valeur de la monnaie locale aura tendance à s'accroître dans les petits pays en particulier, si l'investissement étranger direct fait augmenter le total des exportations... L'investissement étranger direct peu aussi causer des problèmes dans la balance des paiements si les sorties des dividendes et des droits d'auteur sont plus

élevés que les entrées de capital. **Donc, les gouvernements devraient raffiner leurs habilités macro-économiques et créer des modèles de coûts – bénéfiques pour pouvoir mieux planifier et gérer les conséquences d'investissements spécifiques.** » [Traduction]

Saravanamuttou, Neil. *Foreign Direct Investment and Poverty Reduction in Developing Countries*. Toronto : Turn-Course Solutions, avril 1999, chap. 4, p. 21.

### Développement humain

#### *Le visage de la pauvreté change : certaines familles canadiennes connaissent des risques élevés d'être pauvres*

« En 1996, 15,5 % de l'ensemble des familles canadiennes avaient un revenu inférieur au taux de faible revenu. La pauvreté se concentre de plus en plus dans cinq groupes à risque élevé :

- **les familles monoparentales dirigées par des femmes** (taux de faible revenu de 61 %);
- **les familles dont le chef est une personne handicapée** (taux de faible revenu de 56 %);
- **les immigrants récents** (taux de faible revenu de 47 % pour les familles et de 64 % pour les particuliers arrivés après 1989);
- **les Autochtones** (taux de faible revenu de 44 % pour les Autochtones hors réserve; le problème est vraisemblablement plus grave encore dans le cas de ceux et celles qui vivent dans une réserve, mais les chiffres les concernant ne sont pas disponibles);
- **les femmes âgées vivant seules** (taux de faible revenu de 53 %). »

*Soutenir la croissance, le développement humain et la cohésion sociale dans un contexte de mondialisation*, Ottawa, Projet de recherche sur les politiques, février 1999, chap. 3, p.17. En direct à : <http://recherchepolitique.gc.ca>

### Économie et société axées sur le savoir (ESAS) *Importance croissante des technologies de l'information*

« Au cours des deux dernières décennies, les technologies de l'information ont attiré une proportion croissante de l'investissement industriel au Canada, particulièrement dans le secteur des services où la part des technologies de l'information s'est accrue de 13,5 points entre 1971 et 1990... Les résultats de plusieurs études récentes montrent que l'investissement dans les technologies de l'information stimule la croissance de la productivité des industries... Selon les estimations, le taux de rendement de l'investissement dans les TI varie entre 27 et 36 p. 100.

**Un rapport récent du Forum économique mondial fait également état des progrès accomplis par le Canada en vue du développement des assises d'une économie axée sur le savoir. Dans un article du Forum 1997, avec le titre de « Global Competitiveness Report », le Canada se classe premier parmi les pays du G7 au plan du « potentiel technologique », indice déterminé à partir de diverses caractéristiques relatives aux technologies de l'information et au capital humain. »**

Gera, Surrendra. *La nouvelle économie mondiale axée sur le savoir*, communication présentée dans le cadre de la conférence *Le développement des compétences dans une économie axée sur le savoir*, 22-23 juin 1999.

*Activités à venir*



**Croissance**  
**Nouvelles tendances**  
**de l'investissement**

« ...Les sorties d'IED (investissement étranger direct) ont surpassé les entrées d'IED en 1996, **faisant ainsi du Canada un exportateur net d'IED pour la première fois de son histoire**. Le ratio du stock des sorties au stock des entrées d'IED est passé de 75 p. 100 en 1990 à un peu plus de 103 p. 100 en 1997. (...) Contrairement à la tendance observée pour les entrées d'IED, les investisseurs canadiens ne choisissent pas d'investir avant tout dans l'économie de notre partenaire de l'ALE. Le marché américain demeure encore la principale destination de l'investissement direct du Canada à l'étranger (IDCE), mais il a perdu progressivement de l'importance ces deux dernières décennies. »

« Un bilan de la situation canadienne en matière de commerce et d'investissement », *Micro*. Ottawa : Industrie Canada, vol. 5, printemps 1999. Disponible en ligne à : [http://strategis.ic.gc.ca/sc\\_ecnm/y/mera/frndoc/01.html](http://strategis.ic.gc.ca/sc_ecnm/y/mera/frndoc/01.html)

**Cohésion sociale**  
**Dégradation du tissu**  
**communautaire**

« **Le fait d'investir du temps, de l'argent et de l'énergie dans les collectivités aide les gens à se fixer des buts communs et à déterminer eux-mêmes leur avenir**. En raison des pressions grandissantes auxquelles est soumise la classe moyenne, de la réorientation des valeurs qui se manifeste par un individualisme croissant parmi les Canadiens dans leur ensemble et de la marginalisa-

**DATE**      **ACTIVITÉS**

**LES 17 ET 18 SEPTEMBRE 1999**      « **Le Canada au XXI<sup>e</sup> siècle : tendances et perspectives** »  
 Cette conférence parrainée par Industrie Canada, en collaboration avec le Centre d'étude des niveaux de vie, rassemblera des hauts représentants des gouvernements, du monde des affaires, des syndicats, du milieu universitaire et d'autres groupes intéressés afin de discuter de questions économiques et des défis qui se posent au Canada en cette fin de siècle.

Cet événement s'organisera autour d'une série d'études prospectives commandées par Industrie Canada sur des sujets tels : les tendances mondiales; les défis démographiques; l'évolution du marché du travail; la productivité et les niveaux de vie; l'environnement et le développement durable; le commerce international et l'investissement étranger; et l'investissement et l'innovation. Veuillez communiquer avec Andrew Sharpe au (613) 233-8891 ou à : [csls@csls.ca](mailto:csls@csls.ca), ou encore consulter le site web <http://www.csls.ca/french.html>

**DU 5 AU 7 OCTOBRE 1999**      « **Perspectives sur la santé de la population : mettre à profit la recherche** »  
 Le Secrétariat de la recherche sur les politiques, l'Institut canadien d'information sur la santé, Santé Canada, le Centre manitobain des politiques et d'évaluation en matière de santé et Statistique Canada organisent une conférence à Winnipeg, au Manitoba. Le but est d'encourager l'utilisation des enquêtes dans le domaine de la santé et d'aborder l'application des résultats à l'élaboration des politiques. Cet événement ne manquera pas d'intéresser les chercheurs, les décideurs fédéraux et provinciaux, les gestionnaires régionaux de la santé, les responsables des services de santé communautaire, les autres professionnels de la santé et les étudiants. Contacter Roger Roberge au (613) 943-8412 ou encore consulter le site web <http://recherchepolitique.gc.ca>

**LES 25 ET 26 NOVEMBRE 1999**      « **Conférence nationale de recherche sur les politiques : analyse des tendances** »  
 La deuxième conférence nationale de la recherche sur les politiques à Ottawa mettra l'accent sur les nouveaux thèmes horizontaux de recherche comme la mondialisation, le développement durable, la différenciation sociale, l'intégration nord-américaine et les technologies de l'information. On traitera également des résultats de la recherche du Projet sur les tendances du Centre de recherches en sciences humaines et du PRP. Contacter Vasanthi Srinivasan au (613) 992-8161 ou bien vous inscrire en ligne à <http://recherchepolitique.gc.ca>

tion accrue de segments de la population, moins de gens sont capables d'investir dans le capital social et disposés à le faire. Pourtant, l'importance de cette forme d'investissement s'accroît

à mesure que les gouvernements se retirent de la prestation des services. »

*Croissance, développement humain et cohésion sociale : Rapport intérimaire, le 4 octobre 1996, p. 41-42.*



*Regard vers l'avenir*



## Les inégalités sociales en matière de santé

Pourquoi les hauts fonctionnaires vivent-ils plus longtemps que leurs subalternes? De façon plus générale, pourquoi les gens (ou les babouins) haut placés jouissent-ils d'une meilleure santé? Si nous connaissons les réponses à ces questions, nous en saurions plus long à propos des facteurs déterminants de la santé et des maladies (c'est-à-dire pourquoi certaines personnes sont en santé et d'autres ne le sont pas) et, peut-être, de la façon de les aborder. « L'hétérogénéité des populations, dit Robert Sapolsky, [est] une base d'accroissement des connaissances. » L'information réside dans la variété. Il s'agit simplement de la trouver.

La stratégie fondamentale est plutôt simple. On groupe d'abord les membres d'une population selon une certaine caractéristique : par exemple, sexe, ou lieu, revenu ou occupation, ou encore couleur des cheveux. On mesure ensuite leur état de santé à l'aide d'un critère relativement non équivoque, comme l'espérance de vie. (Prendre garde de NE PAS se laisser entraîner dans une discussion de ce en quoi consiste la santé.) Si des différences systématiques se dégagent entre les groupes, c'est que la mesure de l'état de santé est liée de quelque manière à la caractéristique utilisée pour les différencier. Et ce lien recouvre quelque part une relation de cause à effet.

Le modèle peut être complexe. Le fait que les femmes vivent plus longtemps que les hommes pose une énigme classique. Mais les hommes *vivants* sont en moyenne en meilleure santé. Les interprétations varient, mais les données sont ce qu'elles sont.

Le regroupement des caractéristiques utilisées pour différencier les membres d'une population sous la

rubrique générale de situation socio-économique retient de plus en plus l'attention. En effet, lorsqu'on classe les gens selon leur revenu, ou leur niveau d'instruction, ou leur prestige professionnel, ou leur situation au sein d'organisations, on obtient un modèle uniforme. Plus les gens sont riches, plus ils sont en santé – en moyenne – et les différences sont grandes. On peut établir que cette variation socio-économique graduelle remonte au début du siècle, et sa persistance a des incidences importantes.

Les progrès considérables accomplis par la médecine au cours de cette période ont profité à l'ensemble de la population des sociétés développées. Et pourtant, la variation graduelle subsiste. Elle ne découle apparemment pas d'une différence d'accès aux soins de santé. La situation sociale se reflète principalement dans une différence de susceptibilité aux maladies, et non pas dans les modes de traitement, c'est-à-dire dans l'incidence de crises cardiaques, par exemple, plutôt que dans l'accès aux soins de cardiologie.

Les États-Unis font exception à cet égard; leur système particulier de soins de santé crée des différences d'accès selon les classes sociales qui se répercutent sur la santé. Mais c'est là une autre histoire.

Les principales causes de décès ont également changé notablement au cours du siècle, passant des maladies infectieuses aux affections dégénératives. Mais les membres des classes inférieures de la société continuent de mourir plus jeunes. De même, des études modernes révèlent des variations graduelles de mortalité par rapport à un certain nombre de maladies différentes, ce qui laisse supposer qu'un facteur plus fondamental lié

à la situation sociale influe sur la vulnérabilité à beaucoup de maladies différentes.

Ce facteur pourrait-il être la pauvreté? Il est certain que le dénuement matériel peut causer du tort sur les plans physique et mental. Mais, là encore, toute la structure des revenus a augmenté de façon spectaculaire au cours des cent dernières années. Si le revenu est la clé des variations graduelles, ce doit être le revenu relatif qui importe. En effet, le fait que la variation est graduelle et qu'il existe des différences d'état de santé à tous les niveaux de l'échelle sociale ne peut s'expliquer uniquement par le dénuement absolu *ou* relatif des « pauvres ». Il ne s'agit pas seulement de « leur » problème; la variation graduelle s'applique à nous tous.

Cette connaissance est le fruit de recherches effectuées au cours du dernier quart de siècle. Elle soulève deux questions fondamentales. Premièrement, qu'est-ce qui fait que la situation socio-économique influe sur la santé? Deuxièmement, comment « s'introduit-elle dans l'organisme » pour produire les effets biologiques de la maladie et de la mort?

Le processus biologique déterminant semble être la réaction au stress, ou le syndrome de « lutte ou fuite ». Les impressions produites sur le système nerveux par une menace perçue déclenchent toute une suite de processus physiologiques qui concentrent un maximum d'énergie et d'attention sur la lutte contre la menace et détournent l'organisme des fonctions « optimistes » de croissance, de reconstitution et de reproduction. Cette réaction est fortement adaptative, en particulier dans une région peuplée par des tigres.

*Suite à la page 7*

*Suite de la page 6*

Mais la « perception de menace » prolongée ou continue (ou sentiment de vulnérabilité constant) peut affaiblir en permanence la réaction au stress. On ne peut l'éliminer. Cela peut occasionner diverses formes de dommages physiologiques (par exemple, diminution de la fonction immunitaire et augmentation de l'athérosclérose) susceptibles de se manifester sous la forme de nombreuses maladies différentes.

Le contraire de la vulnérabilité est le contrôle, c'est-à-dire la capacité de faire face aux exigences ou menaces actuelles ou potentielles. On a examiné, dans le cadre d'études sur les milieux de travail, l'équilibre entre les exigences de différents emplois et la capacité des travailleurs de déterminer comment y faire face. Il semble que le contrôle qu'a une personne sur son milieu de travail, quelles qu'en soient les exigences, est dans une large mesure lié à sa santé. Et le contrôle est, bien sûr, étroitement lié à la situation hiérarchique. De façon plus générale, le revenu, l'instruction et l'appui social correspondent tous à la capacité de faire face aux situations ou à la vulnérabilité perçues chez une personne. Autrement dit, à quelles ressources celle-ci peut-elle faire appel lorsqu'elle est confrontée à un problème?

Mais ce n'est pas tout. Les réactions physiologiques et de comportement face aux menaces sont « acquises », en ce sens qu'elles peuvent être fixées biologiquement par une expérience antérieure. Et ce processus est le plus actif en très bas âge, au moment où le cerveau et le système nerveux sont les plus

malléables : pensons, par exemple, à l'acquisition du langage. Les expériences de ces premières années « sculptent » et forment le système nerveux de manières qui déterminent profondément si, face à des stress ultérieurs, l'individu s'adaptera ou

---

***Les progrès considérables accomplis par la médecine au cours de cette période ont profité à l'ensemble de la population des sociétés développées. Et pourtant, la variation graduelle subsiste. Elle ne découle apparemment pas d'une différence d'accès aux soins de santé. La situation sociale se reflète principalement dans une différence de susceptibilité aux maladies, et non pas dans les modes de traitement, c'est-à-dire dans l'incidence de crises cardiaques, par exemple, plutôt que dans l'accès aux soins de cardiologie.***

---

subira du tort. La variété et la sécurité sont fondamentales pour l'éducation optimale des enfants.

Que dire du tout-puissant gène? La constitution génétique semble également influencer sur la vulnérabilité. Certaines personnes naissent « hypersensibles » au stress, en ce sens

qu'elles ont une prédisposition à avoir des réactions physiologiques et de comportement caractéristiques pendant toute leur vie. Mais les modes d'éducation en bas âge, essentiellement les très bons soins parentaux, peuvent atténuer cette prédisposition génétique et la transformer en un avantage plutôt qu'en une tendance à « se mettre dans tous ses états » face à des situations stressantes.

Pour revenir à la variation graduelle, il existe un lien entre, d'une part, la situation sociale et, d'autre part, l'exposition au stress (risques, tracas) ainsi que les moyens d'y faire face, soit argent, amis, savoir, mais aussi confiance en soi et réactions d'adaptation physiologiques et de comportement. Les expériences qui fixent ces modes de réaction, en particulier celles de la petite enfance, sont également liées au rang qu'une personne occupe dans l'échelle sociale.

Il s'ensuit que l'exposition au stress et les moyens d'y faire face semblent être répartis plus également dans les sociétés relativement égalitaires, où l'état de santé général est meilleur. Cela a aussi des incidences sur l'organisation du milieu de travail. Mais il faut accorder une attention particulière à la situation des enfants en bas âge — message que l'on semble commencer à entendre au Canada. L'arbre pousse du côté où il penche. [Traduction]

**Robert G. Evans**  
Professeur d'économique et membre de la société Manulife/Syd Jackson  
Institut canadien des recherches avancées



*Chroniqueur d'un réseau*



## Évaluation de la santé des Canadiens

L'évaluation de la santé des Canadiens peut sembler une tâche relativement simple, mais elle ne représente pas moins un défi de taille pour les chercheurs et les analystes oeuvrant dans le domaine des politiques en matière de santé. Encore aujourd'hui, on évalue la santé d'une personne en termes très généraux. On dira que son état de santé est excellent, bon, passable ou encore mauvais. De telles généralisations ne conviennent pas aux impératifs de l'évaluation rigoureuse de nos programmes de santé et sociaux. S'ils pouvaient évaluer de façon normalisée et quantifiable l'état de santé d'un individu, les responsables de l'élaboration des politiques seraient en mesure de suivre et d'évaluer l'état de santé d'une population en regard d'une gamme d'interventions dans le domaine de la santé.

Bien qu'il existe de nombreux indicateurs de santé, la plupart se rapportent principalement aux « intrants ». Le nombre et le type d'interventions chirurgicales, le coût du système de soins de santé, le nombre de professionnels de la santé, l'incidence et la prévalence de la maladie et les profils de risque sont autant d'exemples d'éléments qui ne peuvent que servir d'indicateurs indirects de la santé des Canadiens. L'accent qui est mis, par exemple, sur le nombre d'interventions, laisse entendre que plus ce nombre est élevé, meilleurs sont les résultats sur le plan de la santé. Il faudrait mesurer la « santé » ou la qualité de vie plutôt que la morbidité des Canadiens. On pourrait ainsi mieux cerner l'état de santé des Canadiens ainsi que l'impact des mesures qui sont prises dans le domaine de la santé.

L'espérance de vie (EV) est un indicateur classique de la santé d'une population. Fournissant une mesure absolue, les données sur la mortalité sont recueillies de façon systématique,

saisies aux fins d'analyse et mises à la disposition des chercheurs. Comme on dispose de données antérieures sur l'espérance de vie et qu'on peut aisément établir des comparaisons à l'échelle internationale, les données EV se prêtent particulièrement bien aux activités de surveillance et d'évaluation d'envergure limitée. Cependant, l'espérance de vie, à elle seule, ne tient aucunement compte de la

méthode consiste à combiner l'espérance de vie et une évaluation de l'état de santé de façon à obtenir une évaluation de l'espérance de vie résiduelle qui tient compte de l'état de santé. De façon générale, les indicateurs de l'état de santé permettent d'établir un bilan en fonction d'une échelle allant de 0 (personne décédée) à 1,0 (personne en pleine santé) et tenant compte de divers facteurs (ouïe, vue, santé men-

***L'accent qui est mis, par exemple, sur le nombre d'interventions, laisse entendre que plus ce nombre est élevé, meilleurs sont les résultats sur le plan de la santé. Il faudrait mesurer la « santé » ou la qualité plutôt que la morbidité des Canadiens. On pourrait ainsi mieux cerner l'état de santé des Canadiens ainsi que l'impact des mesures qui sont prises dans le domaine de la santé.***

morbidity ni de l'état de santé d'une population. On assiste en ce moment à des percées dans le domaine des soins de santé qui, de plus en plus, se traduisent non seulement par la prolongation de la vie, mais également par des améliorations de la santé et de la qualité de la vie qui y est associée. D'importantes ressources étant affectées à cet aspect des soins de santé, les décideurs doivent pouvoir se baser sur un indicateur qui permet de mesurer la morbidité globale ou le fardeau que représente le mauvais état de santé dans une population, tout en continuant d'avoir accès aux données sur la mortalité.

Au Canada et ailleurs dans le monde, on a recours à un indicateur, l'espérance de vie corrigée en fonction de l'état de santé (HALE pour Health-Adjusted Life Expectancy). Cette

tale, mobilité). D'autres techniques d'évaluation plus complexes tiennent compte des préférences d'une population ou de certains facteurs de pondération pour classer l'état de santé d'un individu au sein de cette population, ce qui constitue pour les chercheurs une échelle utile pour la réalisation d'évaluations de nature économique. Il existe actuellement plusieurs versions d'indicateurs « génériques » de l'état de santé à l'échelle d'une population (McMaster Health Utility Index, EQ-5D, SF-36, WHOQOL (évaluation de la qualité de vie de l'Organisation mondiale de la santé)). Ces indicateurs ont servi à la fois à surveiller l'état de santé des populations et à réaliser des évaluations économiques. Au Canada, le McMaster Health Utility Index est inclus depuis 1994 à l'Enquête

*Suite à la page 9*



Suite de la page 8

**TABLEAU 1 :**  
**Espérance de vie (EV) et espérance de vie corrigée en fonction de l'état de santé (HALE) de la population canadienne âgée de 30 ans, établies en fonction de certains indicateurs socio-économiques (1991).<sup>2</sup>**

|                                   | HOMMES      |               |                    |        | FEMMES      |               |                    |        |
|-----------------------------------|-------------|---------------|--------------------|--------|-------------|---------------|--------------------|--------|
|                                   | EV (Années) | HALE (Années) | EV - HALE (Années) | (%)    | EV (Années) | HALE (Années) | EV - HALE (Années) | (%)    |
| <b>Globale</b>                    | 46,2        | 40,6          | 5,6                | 12,1 % | 51,9        | 44,3          | 7,6                | 14,6 % |
| <b>Quartile des revenus :</b>     |             |               |                    |        |             |               |                    |        |
| Plus faibles-1                    | 43,3        | 36,8          | 6,5                | 15,0 % | 51,2        | 42,5          | 8,7                | 17,0 % |
| 2                                 | 46,5        | 40,6          | 5,9                | 12,7 % | 51,4        | 43,6          | 7,9                | 15,4 % |
| 3                                 | 46,5        | 41,1          | 5,3                | 11,4 % | 52,9        | 45,9          | 7,0                | 13,2 % |
| Plus élevés-4                     | 48,3        | 43,4          | 4,9                | 10,1 % | 53,4        | 46,2          | 7,2                | 13,5 % |
| <b>Quartile de la scolarité :</b> |             |               |                    |        |             |               |                    |        |
| Plus faibles-1                    | 44,5        | 37,5          | 7,0                | 15,7 % | 51,0        | 41,0          | 10,0               | 19,6 % |
| 2                                 | 45,2        | 39,5          | 5,7                | 12,6 % | 52,0        | 44,5          | 7,5                | 14,4 % |
| 3                                 | 47,6        | 41,8          | 5,8                | 12,2 % | 52,2        | 45,0          | 7,2                | 13,8 % |
| Plus élevés-4                     | 47,7        | 42,8          | 4,9                | 10,3 % | 53,2        | 46,2          | 7,0                | 13,2 % |
| <b>État civil :</b>               |             |               |                    |        |             |               |                    |        |
| Célibataire                       | 43,3        | 37,3          | 6,0                | 13,9 % | 51,1        | 43,0          | 8,2                | 16,0 % |
| Veuf (veuve)                      | 44,7        | 39,4          | 5,3                | 11,9 % | 51,3        | 43,3          | 7,9                | 15,4 % |
| Divorcé(e)                        | 46,0        | 40,0          | 6,0                | 13,0 % | 51,5        | 43,3          | 8,2                | 15,9 % |
| Marié(e)                          | 46,6        | 40,9          | 5,7                | 12,2 % | 52,1        | 44,2          | 7,8                | 15,0 % |

naionale sur la santé de la population effectuée par Statistique Canada.

Le tableau 1 montre l'utilité éventuelle de l'HALE. Si l'on prend, par exemple, l'espérance de vie des hommes de 30 ans, en fonction de leurs revenus, on constate que ceux qui se situent dans le quartile des revenus les plus faibles peuvent espérer vivre en moyenne 43,3 années de plus. Après correction pour tenir compte de l'état de santé, ces mêmes individus peuvent s'attendre à vivre en « pleine santé » 36,8 années équivalentes de plus, ou l'équivalent de 6,5 années en mauvaise santé<sup>1</sup>. Vu sous un autre angle, on peut dire que l'espérance de vie résiduelle de ce groupe sera affectée par des problèmes de santé dans une proportion de 15 %. Par opposition, ceux qui se situent dans le quartile des revenus les plus élevés peuvent espérer vivre 48,3 années de plus, soit 5 années de plus que ceux dans le quartile des revenus les plus faibles. Cette disparité se manifeste également au niveau de la santé, les individus plus riches n'ayant que 4,9 années équivalentes

ou 10,1 % de leur espérance de vie résiduelle touchée par la maladie. « L'écart-santé » entre les hommes de revenu élevé et de revenu faible est de 6,6 années. Comparées aux seuils de pauvreté et aux mesures de l'inégalité du revenu, ces disparités frappantes sont peu connues à l'extérieur du milieu de la recherche sur les politiques en matière de santé.

L'évaluation régulière de l'espérance de vie corrigée en fonction de l'état de santé (HALE) ou d'indicateurs de l'état de santé fournit aux décideurs un outil susceptible de les aider à déterminer l'état de santé des Canadiens. En tant qu'outil de surveillance, cette évaluation peut se prêter à la détermination des sous-populations vulnérables, comme les fumeurs, les personnes handicapées ou certains groupes à faibles revenus. De plus, les mesures de type HALE peuvent contribuer à l'évaluation des interventions de santé auprès de ces mêmes sous-populations en fournissant aux cliniciens et aux responsables de la santé des évaluations objectives de divers programmes,

comme ceux visant l'abandon du tabac, des pratiques médicales ou des programmes de petits déjeuners/déjeuners dans les écoles.

Les indicateurs des résultats sur le plan de la santé constituent un nouvel outil pour l'évaluation de la santé des populations. Cette approche intègre des ensembles de données administratives, des enquêtes longitudinales contenant des indicateurs fiables des résultats, des évaluations détaillées et périodiques des sous-populations vulnérables ainsi que des activités de coopération intersectorielles et multidisciplinaires. Les mesures de type HALE contribuent à faire en sorte que les analyses portent sur l'évaluation des résultats plutôt que sur les intrants. Bien qu'encore au stade initial, cette transition joue un rôle déterminant dans les efforts continus que le Canada déploie pour améliorer la santé de tous.

**Roger Roberge**  
 Agent principal  
 Secrétariat de la recherche sur les politiques

1 L'expression « années équivalentes » se rapporte à la somme des problèmes de santé plus ou moins graves qu'un individu peut avoir au cours des années qu'il peut espérer vivre.

2 Nault, F., Roberge, R., Berthelot, J.-M. Cahiers québécois de démographie, automne 1996.



Jémoins



## Le Canada de demain : oui à la famille

La conférence annuelle de l'Institut international sur la politique sociale, de l'Université Queen's, intitulée « Canada in International Perspective 99 », a constitué une excellente occasion d'examiner les politiques sociales dans une perspective à la fois canadienne et internationale. Le quatrième des cinq jours de la conférence (26 août) a été consacré aux enfants et aux jeunes. Des exposés y ont été présentés par des chercheurs et des intervenants utilisant divers outils de travail allant de la psychologie à la sociologie en passant par l'économie et l'administration publique.

Il a également beaucoup été question de froids calculs politiques. Tim Smeeding (Maxwell School) s'est intéressé à l'épineuse question du portefeuille des contribuables (« Pourquoi paierais-je pour l'éducation de vos enfants? »). Dans sa réponse, il a lancé un appel à l'égalité des chances tout en parlant de la nécessité d'aider les familles écrasées sous le fardeau. Il a également fait observer que les enfants sont un bien public en ce sens que (si on les élève convenablement) la plupart deviendront des contribuables plus ou moins responsables. De toute façon, l'État a clairement intérêt à assurer sa propre descendance.

Sur la scène canadienne, Judith Maxwell (Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques) a fait remarquer qu'une « occasion historique » se présentait de mettre en place l'une des dernières pièces importantes dont l'infrastructure sociale du Canada a besoin. Les personnes présentes en ont toutes convenu, mais certaines ont poliment manifesté leur désaccord quant aux outils d'intervention à utiliser. Katherine Scott (Centre canadien de développement social), quant à elle, soutient que le leitmotiv des politiques sociales sur les enfants devrait être « à bas le ciblage; vive l'universalité », tandis que les termes « choix », « personnalisation » et « nécessité d'un bouquet de programmes » ont été la marque des autres exposés. En particulier, les initiatives du Québec dans en matière de soins d'enfants ont été applaudies.

La volonté politique de repenser les politiques sur les enfants et les jeunes familles repose sur un nombre croissant d'études traitant de la petite enfance et de son développement. Ray Peters (Université Queen's) met en garde contre le danger d'appliquer les vieilles études-démonstration (ou à petite échelle) à une mise en œuvre à grande échelle. À ceux qui voudraient consulter des analyses complètes de ce que nous savons et ne savons pas sur les jeunes enfants, il recommande les études

de la Rand Corporation [www.rand.org](http://www.rand.org) et de la fondation Packard [www.futureofchildren.org](http://www.futureofchildren.org). Il implore également les décideurs d'intégrer le financement à long terme dans l'évaluation des programmes, comme dans le cas du programme ontarien « Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur » dont on attend les premiers résultats à l'automne.

Dan Offord (Université McMaster) a présenté un exposé convaincant sur les

bienfaits d'une intervention précoce pour la santé des enfants. Les cas d'enfants dysfonctionnels et d'enfants en difficulté sont plus fréquents chez les pauvres, mais ils existent dans tous les groupes de revenu. On assiste à une augmentation du nombre de jeunes Canadiens montrant des signes de difficultés comportementales et émotives et ayant des problèmes d'apprentissage. Offord rejette la « solution Ritalin » qui consiste à traiter tous les comportements hors norme comme des cas cliniques et à bourrer les enfants de pilules. Il préconise plutôt une meilleure cohésion sociale et un plus grand civisme. Pour lui, une collectivité saine pour les enfants et les jeunes familles est un milieu où tous les enfants peuvent participer à des activités sportives et culturelles, où les parents s'occupent des enfants des autres et où les lieux de travail s'adaptent aux obligations familiales. Son exposé a mis en relief la nécessité d'améliorer la vie collective des enfants et des jeunes familles au Canada.

***Offord rejette la « solution Ritalin » qui consiste à traiter tous les comportements hors norme comme des cas cliniques et à bourrer les enfants de pilules. Il préconise plutôt une meilleure cohésion sociale et un plus grand civisme.***

## De la recherche à l'action : le rôle de la recherche dans les services de santé

Plus de 2 000 cliniciens, infirmières, administrateurs, économistes, décideurs et chercheurs dans le domaine de la santé se sont réunis à Chicago, du 27 au 29 juin, à l'occasion de la 16<sup>e</sup> conférence annuelle de l'American Health Services Research Association (AHSR) pour débattre du rôle de la recherche sur les services de santé dans l'élaboration des politiques en matière de santé. On estime que le congrès de l'AHSR constitue un forum de première importance aux États-Unis, un forum qui permet aux chercheurs, au public et aux décideurs américains d'échanger de l'information et de définir les orientations futures de la recherche.

Le discours entendu au cours des réunions de l'AHSR a considérablement évolué depuis une vingtaine d'années. Dans les années 80, le débat portait sur la nécessité d'offrir une protection minimale en matière de soins de santé à toute la population américaine (à l'heure actuelle, 45 millions d'Américains n'ont aucune assurance). Lorsque les coûts ont commencé à augmenter à la fin des années 80 et au début des années 90, le débat s'est axé sur la compression des coûts, grâce aux organisations de soins de santé intégrés (OSSI). Puis, avec la reprise économique, on est revenu au point de départ, et les décideurs se sont mis à examiner de nouveau la possibilité d'offrir une protection en matière de soins de santé à toute la population américaine. On estimait autrefois que les OSSI étaient les chefs de file de la prestation de soins de santé à un prix abordable, mais elles sont de plus en plus critiquées par les patients en raison du choix limité des traitements offerts. Uwe Reinhardt, critique éminent des soins de santé américains de l'université Princeton, a envisagé un avenir qui prendrait la forme d'un système

20/60/20 : 20 % de la population recevraient des soins de qualité supérieure, 60 % recevraient des soins intégrés moins que satisfaisants et 20 % ne recevraient aucuns soins.

Même si la conférence était axée sur le système de santé américain, l'expérience du Canada a été au cœur d'un certain nombre de débats. Au cours d'une séance parrainée par le Fond du Commonwealth, Robert Evans (Université de la Colombie-Britannique) a déclaré que le débat sur les soins de santé au Canada portait essentiellement sur la question de l'équité. M. Evans a affirmé que des pressions ont été exercées au cours de la dernière décennie pour déplacer le fardeau financier imposé par le système de santé, qui ne reposerait plus sur les épaules des mieux nantis de la société mais sur celles des moins fortunés, selon le principe de l'utilisateur-payeur. Or les plus défavorisés de la société ne peuvent pas supporter un tel fardeau, particulièrement ceux qui vivent en établissements. L'équité n'est pas la seule question en jeu, divers intervenants continuent d'évoquer le spectre d'un système de santé en déclin — surchargé et à court de ressources. Même si ces intervenants (médecins/infirmières) ont fourni des évaluations objectives de l'état du système de santé, leurs demandes portaient davantage sur les augmentations de salaires que sur le nombre de travailleurs de la santé et leur répartition dans les régions. De plus, les statistiques actuelles sur la mortalité et la morbidité ne confirment pas l'existence d'une crise au sein du système, mais brossent plutôt un portrait enviable sur le plan de l'espérance de vie, du taux de mortalité infantile et de l'état de santé de la population.

Jack Tu, de l'Institute for Clinical Evaluative Sciences, a présenté les

résultats d'une recherche comparative sur la prévalence et l'incidence des interventions (chirurgicales) cardiaques pratiquées au Canada (Ontario) et aux États-Unis (État de New York). **Les interventions chirurgicales étaient beaucoup plus courantes aux États-Unis qu'au Canada, où l'on préférerait avoir recours à la surveillance et à des traitements pharmacologiques moins effractifs. On n'observait toutefois aucune différence entre les deux pays sur le plan de la mortalité. Les interventions plus coûteuses et effractives pratiquées par les chirurgiens américains ne permettaient pas de réduire la mortalité.** Par contre, des données non scientifiques laissaient supposer que les interventions chirurgicales amélioreraient la qualité de vie des malades (atténuation des symptômes associés à l'angine de poitrine, retour au travail plus rapide).

Plusieurs participants ont critiqué le Canada, l'accusant de faire preuve d'une certaine « suffisance » dans le débat sur les soins de santé. On percevait que lorsque la structure du système de santé américain, y compris l'utilisation de modèles de prestation des soins nouveaux et novateurs, faisait l'objet d'une vigoureuse discussion, le discours sur les politiques canadiennes ne laissait guère de place à un tel débat. Bien que critique à l'égard du système américain, le Canada faisait peu pour résoudre ses problèmes les plus graves et se contentait, en apparence, de définir son propre système de santé par opposition au système américain. Les mêmes participants ont reconnu toutefois qu'en règle générale, les résultats de santé de la population canadienne étaient enviables et qu'il y avait des leçons à en tirer.





## Témoins

# Le développement des compétences dans une économie axée sur le savoir

Les 22 et 23 juin, plus de 200 personnes se sont réunies à Moncton pour examiner le défi que pose le développement des compétences dans une économie axée sur le savoir. La conférence a été organisée par cinq partenaires importants, soit l'Agence de promotion économique du Canada Atlantique (APECA), le Conseil

**Il est important d'insérer les compétences et leurs résultats dans un contexte très large.** Une société composée d'individus compétents et polyvalents est le fait de processus longs et complexes auxquels sont associés un grand nombre d'intervenants, notamment les familles, les gouvernements et les entreprises. Plusieurs des conférenciers en plénière ont réussi à faire comprendre cette idée. Thomas Healey (OCDE) a fait état de recherches effectuées par l'OCDE et d'autres travaux de recherche qui indiquent que les compétences ont une incidence sur la réussite économique et sur des facteurs non économiques, par exemple la cohésion sociale et la qualité de vie. Il a fait remarquer que l'on accorde de plus en plus d'importance à la « nature sociale de la compétence ». Avrim Lazar (DRHC) a rappelé aux participants l'importance d'investir dans la petite enfance. Lors de la table ronde d'orientation qui a été tenue à la fin de la conférence, Elizabeth Beale (CEPA) s'est demandée si le Canada n'était pas dénué de la capacité d'intégrer ces nombreux intervenants et d'avoir une réflexion stratégique sur le développement de la main-d'œuvre ou s'il n'y avait pas renoncé.

### QUELLES COMPÉTENCES?

La question des ensembles de compétences à privilégier a donné lieu à un débat et fait apparaître des divergences de vues. Des pressions sont

économique des provinces de l'Atlantique (CÉPA), Industrie Canada (IC), Développement des ressources humaines Canada (DRHC) et le Secrétariat de la recherche sur les politiques (SRP). La conférence regroupait les perspectives internationales et nationales et elle faisait une plus large place aux provinces de l'Atlantique

exercées sur les universités, les collèges communautaires et même les écoles pour les amener à développer des compétences dans des domaines qui, estime-t-on, s'appliquent plus directement à l'économie axée sur le savoir. Certains des exposés qui ont été présentés faisaient état des efforts que déploient les universités pour réaménager leurs programmes en conséquence. Ces efforts ne font pas l'affaire de certains défenseurs du rôle et de la vision traditionnels des universités. Les participants ont été mis au courant de recherches qui indiquent que les compétences vraiment importantes dans une économie axée sur le savoir – travail d'équipe, leadership, autogestion – ne sont peut-être pas les types de compétences qui sont généralement associées à une conception étroite, professionnelle de la formation.

### Le développement des compétences produit des gagnants et des perdants.

Healey, Beale et Lazar ont tous exhorté les participants à se rappeler que l'économie axée sur le savoir fait des victimes. Healey a dit qu'il était important « d'accorder une importance particulière aux groupes à risque »; Lazar a souligné que les politiques économiques devraient être au service de l'humanité, et il a exhorté les décideurs à bien peser leurs choix afin que nous puissions compter sur un ensemble de politiques sociales et économiques qui nous permettra de nous assurer que l'économie axée sur

avec les défis uniques que pose le perfectionnement des travailleurs du savoir dans et pour cette région.

La vaste gamme de perspectives, la perspective régionale en particulier, a permis de dégager un certain nombre de conclusions principales.

le savoir améliorera notre qualité de vie.

**La fuite des cerveaux et le mythe de la pénurie nationale de main-d'œuvre qualifiée.** La conférence a permis aux chercheurs de réagir face à certains mythes très répandus. Par exemple, les chercheurs de DRHC ont fait savoir aux participants qu'ils n'avaient trouvé aucune indication permettant de confirmer l'existence d'une lacune généralisée dans les compétences au Canada. Un certain nombre de conférenciers ont aussi contesté les chiffres exagérés concernant l'exode des cerveaux aux États-Unis et l'idée d'une réduction d'impôt pour remédier à la situation.

**Les perspectives régionales sont fondamentales.** Les problèmes peuvent être masqués dans des agrégats nationaux. La conférence a aidé les participants à se rendre compte de l'importance d'étudier sous l'angle régional les questions complexes relatives à la recherche sur les politiques. Voici quelques constatations à cet égard :

- La région de l'Atlantique est plus rurale que le reste du pays, et l'économie axée sur le savoir y est un phénomène surtout urbain. Selon beaucoup d'indicateurs clés de l'économie axée sur le savoir (brevets, formation en milieu de travail, dépenses de R et D), la région de l'Atlantique traîne derrière le reste du Canada.

*Suite à la page 13*

*Suite de la page 12*

• L'affaire de l'exode des cerveaux est peut-être amplifiée pour l'ensemble du pays, l'importation de travailleurs intellectuels par le biais des nouveaux immigrants dépassant de loin la perte de talents au profit des États-Unis (surtout), mais l'exode des cerveaux est une réalité de longue date dans la région de l'Atlantique. La région attire relativement peu d'immigrants pour contrebalancer le nombre d'émigrants vers d'autres provinces et vers les États-Unis.

- La structure économique est importante. Dans la région de l'Atlantique, le secteur privé est constitué en majeure partie de petites et de moyennes entreprises, ce qui a des conséquences importantes sur le plan de la formation, les petites et moyennes entreprises n'offrant pas autant de formation que les entreprises de plus grande taille.
- La portion de la population qui n'a que des capacités élémentaires de lecture et d'écriture est plus importante au Québec et dans les provinces de l'Atlantique (58 % au Québec et 54 % dans les provinces de l'Atlantique, par rapport à 47 %

pour l'ensemble du Canada et 43 % en Ontario).

**Les compétences ne sont qu'une des dimensions d'une économie et d'une société prospères.** Comme l'a dit Lazar, les compétences sont « une condition nécessaire, mais qui n'est pas suffisante ». La discussion, surtout parmi les participants de la région de l'Atlantique, où il y a une bonne réserve de diplômés dans le secteur de la haute technologie, a permis de mettre en évidence d'autres obstacles potentiels à une économie prospère, axée sur le savoir; par exemple, l'esprit d'entreprise et les effets dynamiques du rassemblement d'une masse critique d'entreprises de haute technologie.



*Dans le web*

**En plus des soins de santé...**

On s'intéresse de plus en plus, dans le monde entier, à ce qui, en dehors du système de santé traditionnel, fait qu'une population est en bonne santé. Voici quelques sites intéressants.

**DEPARTMENT OF EPIDEMIOLOGY & PUBLIC HEALTH (DÉPARTEMENT D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE), UNIVERSITY COLLEGE LONDON**  
<http://www.ucl.ac.uk/epidemiology/>

Le département a été le témoin d'un certain nombre de progrès dans la recherche sur la santé des populations, notamment l'étude de Michael Marmot sur le revenu, le statut et la santé parmi les fonctionnaires britanniques, et des enquêtes innovatrices sur la santé en Angleterre et en Écosse. Cette tradition d'excellence se poursuit avec l'International Centre for Health and Society qui organise des séminaires pour des praticiens de la santé. On trouvera sur le site une liste complète des publications du personnel.

**NATIONAL CENTRE FOR EPIDEMIOLOGY AND POPULATION HEALTH (NCEPH) (CENTRE NATIONAL D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ DES POPULATIONS), AUSTRALIAN NATIONAL UNIVERSITY**  
<http://nceph.anu.edu.au/>

Ce Centre de recherches multidisciplinaires consacre ses efforts à l'amélioration de la santé, tant au niveau

national qu'international. Ses recherches et son enseignement se concentrent dans le domaine de l'épidémiologie, de la santé des populations, et des politiques et des pratiques en santé publique. Le site donne un profil de la recherche du Centre sur les maladies transmissibles, la santé environnementale, les systèmes intégrés de soins de santé et les inégalités au niveau de la santé. Le web donne une liste de documents de discussion, de documents de travail et de publications sur la santé des femmes et des Autochtones. On peut obtenir ces documents sur demande. Actuellement, le centre effectue une étude de faisabilité pour un projet national de collaboration sur la santé et la situation socio-économique, intitulé Health Inequalities Research Collaboration. On peut obtenir en ligne un document de discussion et le premier rapport d'atelier sur cette initiative.

**INITIATIVE VERONA**  
<http://www.who.dk/Verona/main.htm>

L'initiative Verona, menée par le bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, a pour objet de discuter comment investir dans la santé en améliorant les conditions économiques et sociales. Cette initiative organise trois symposiums, dont le second aura lieu en automne de 1999 et qui fera fond sur les conférences et les initiatives internationales précédentes. Le site contient des articles provenant d'un contexte européen et un sommaire du premier symposium « Benchmark I ». L'initiative est également en liaison avec *Santé 21*, politique-cadre de la « Santé pour tous » pour la région européenne de l'OMS.



## Regard sur l'extérieur

### Perspective mondiale sur la santé

Un regard sur les progrès énormes que nous avons réalisés pour améliorer la santé, ainsi qu'un regard sur les défis pour l'avenir : c'est le point central du *Rapport sur la santé dans le monde, 1999* — *Pour un réel changement*, tout premier rapport publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sous la direction de Gro Harlem Brundtland.

Dans son introduction du rapport, Brundtland insiste sur une des leçons qu'elle a tirées lorsqu'elle a dirigé de façon novatrice la Commission mondiale de l'environnement et du développement (Commission Brundtland) : « **On ne peut apporter de vrais changements sociaux si on ne comprend pas pleinement la dimension économique de la question** ». Puisque les gouvernements tarderont à prendre des mesures jusqu'à ce qu'on connaisse les coûts liés à une mauvaise santé et les avantages de l'investissement dans la santé, elle a fixé comme objectif pour l'OMS la collecte, l'analyse et la diffusion de preuves de ce lien.

Certes, il peut être difficile de ne pas perdre de vue les énormes progrès réalisés au chapitre de la santé au cours du dernier siècle, ou de fait, au cours des 20 dernières années depuis l'adoption, à Alma-Ata en 1978, de l'objectif de « santé pour tous » par l'OMS. L'état de santé de milliards de personnes s'est amélioré grandement grâce à l'amélioration des soins de santé primaires et du niveau de vie, et à la production et à l'application de nouvelles connaissances sur les maladies et le contrôle des maladies. Mentionnons le cas du Chili, où l'espérance de vie des hommes et des femmes a connu une hausse

époustouflante de 45 ans depuis le début du siècle. L'amélioration de la santé a aussi contribué à l'essor économique rapide d'un grand nombre de pays : d'ailleurs, la Banque asiatique de développement attribue du tiers à la moitié de la croissance économique est-asiatique à l'amélioration de la santé. Il est clair que les questions sociales ont une incidence économique importante.

Ironie du sort, ces progrès ont créé de nouveaux défis. Comme on le dit dans le rapport, « Le monde d'aujourd'hui a peut-être dépassé quelque peu le milieu de la période de deux siècles au cours de laquelle les caractéristiques démographiques de la population humaine vont se transformer entièrement ». Lorsque les pays connaissent une telle évolution, ils sont confrontés à une croissance démographique, à une hausse du taux de dépendance des aînés et à des changements fondamentaux en ce qui concerne les causes de décès les plus fréquentes, des maladies infectieuses aux maladies non transmissibles, comme les problèmes neuropsychiatriques, le cancer et les maladies cardiaques. Le vieillissement de la société est l'une des principales questions de politiques publiques pour le siècle à venir (voir *Horizons*, vol. 2, n° 2).

L'autre grande question énoncée par le rapport est le problème des personnes laissées pour compte dans le cadre de cette transition. Cela concerne non seulement les pays pauvres du monde, mais aussi les pauvres de tous les pays qui constituent les « sous-populations épidémiologiquement polarisées » qui continuent d'être confrontés à des maladies

évitable, à la malnutrition et aux complications à la naissance, malgré l'existence d'outils efficaces et peu coûteux. « [...] **Plus d'un milliard de personnes vont franchir le seuil du XXI<sup>e</sup> siècle sans avoir bénéficié de ces avancées : leur vie demeure brève et marquée par la maladie.** »

Le reste du rapport s'attache aux façons de relever ces défis au cours du prochain siècle. Parmi les mesures énoncées, mentionnons les suivantes : renforcer les systèmes de soins de santé afin qu'ils fonctionnent d'une manière plus efficace et qu'on poursuive les progrès vers la couverture universelle; résoudre le problème de la malaria dans les pays en développement; et lutter contre « l'épidémie du tabagisme » et les coûts énormes qu'elle occasionne au chapitre de la santé et de l'économie.

Le *Rapport sur la santé dans le monde* se termine par un examen des obstacles à la santé et à la qualité de vie partout dans le monde. On souligne le besoin de leadership à l'égard de ces questions, et on fait appel à une plus grande mobilisation en ce qui concerne les maladies qui touchent de façon disproportionnée les pauvres, l'adoption de solutions proactives aux facteurs qui menacent la santé, l'amélioration des systèmes de soins de santé et l'expansion d'une bonne base de connaissances.

*Rapport sur la santé dans le monde, 1999 — Pour un réel changement*, Organisation mondiale de la santé : Genève, 1999. <http://www.who.int/wahr/>

Partout au Canada



## Mesures et interventions au Manitoba en matière de soins de santé

Pour qu'un pays soit en santé, il faut non seulement soigner ses malades mais déterminer tout d'abord pourquoi leur état de santé est déficient. Pouvons-nous faire en sorte qu'il y ait moins de gens malades au Canada en consacrant plus d'argent aux soins de santé? À l'opposé, risquons-nous d'aggraver la situation en réduisant le budget des soins de santé? Quel serait l'impact de transferts de fonds vers d'autres programmes liés aux soins de santé? Voilà le genre de questions qui font l'objet des recherches du Centre manitobain des politiques et d'évaluation en matière de santé (CMPEMS).

Rattaché à la faculté de médecine de l'Université du Manitoba, le CMPEMS examine les profils de développement de la maladie parmi la population du Manitoba, étudie comment celle-ci utilise les services de soins de santé qui lui sont offerts et décrit les facteurs qui influent sur la santé. La majeure partie des recherches du Centre est fondée sur une vaste base de données. On y trouve des données recueillies régulièrement sur l'administration des services de soins de santé financés par la province, des données de Statistique Canada, ainsi que des données provenant de sondages. L'organisme Canada Foundation for Innovation a récemment accordé de l'argent au CMPEMS pour lui permettre d'enrichir sa base de données au moyen de données sur les services sociaux et l'éducation. Le Centre sera ainsi mieux outillé pour étudier les facteurs qui influent sur la santé.

Endossées à une vaste échelle, les conclusions des recherches avant-gardistes menées par le CMPEMS sur les liens qui existent entre les différences socio-économiques et l'état de santé font ressortir que l'appartenance à une classe sociale semble de plus en plus avoir une incidence sur l'état de santé. En règle générale, les gens les plus pauvres et les moins instruits sont plus malades que la population de la classe moyenne, qui est elle-même plus sujette à la maladie que les mieux nantis et les plus scolarisés. Au Canada, le système des soins de santé public a jusqu'à présent été à la hauteur au chapitre de la prestation des services – médecins, médicaments et soins hospitaliers – à la population en ayant le plus besoin, ce qui ne semble toutefois rien changer à l'écart qui caractérise les différentes classes sociales. En dépit d'un meilleur accès aux soins de santé, c'est chez les plus pauvres que le taux de maladie demeure le plus élevé. Le CMPEMS continue donc de chercher comment il est possible de réduire les écarts sociaux en ce qui a trait à l'état de santé.

L'utilité de ses recherches aux fins de l'élaboration de politiques et de mesures est l'un des points forts du CMPEMS, malgré une indépendance totale par rapport au gouvernement. Les membres de cette unité de recherche universitaire travaillent en effet en étroite collaboration avec les autorités publiques dans le but de formuler et de définir des sujets de recherche et d'en communiquer les résultats aux décideurs. L'interaction

avec ces intervenants est justement l'un des thèmes du récent ouvrage du CMPEMS, *Academics at the Policy Interface*. Ce livre présente les conclusions de recherches menées sur l'incidence que peuvent avoir sur la santé les politiques sociales et publiques, ainsi qu'une réflexion sur le rôle de la recherche en matière d'élaboration de politiques. L'ouvrage est publié sous la forme d'un supplément au numéro de juin 1999 de la publication *Medical Care*.

Les récents rapports produits par le Centre manitobain des politiques et d'évaluation en matière de santé peuvent être consultés (en versions abrégée et intégrale) en cliquant sur « Reports » au menu du site web du Centre, dont voici l'adresse : <http://www.umanitoba.ca/centres/mchpe>

**Carolyn DeCoster et Charlyn Black**  
 Centre manitobain des politiques et d'évaluation en matière de santé

### Avis de recherche :

#### Des idées

Le domaine de la recherche et des idées sur les politiques ne cesse d'évoluer. En dépit de ce que vous avez peut-être entendu, aucun ministère, aucune discipline et aucune source ne possèdent toutes les réponses ni même toutes les questions à ce sujet. **C'est pourquoi nous sommes toujours à l'affût de recherches, d'idées et de découvertes avant-gardistes au sujet des politiques que nous pourrions traiter dans Horizons.** Si vous avez vent de recherches horizontales intéressantes sur les politiques, veuillez entrer en communication avec nous à [a.sutherland@prs-srp.gc.ca](mailto:a.sutherland@prs-srp.gc.ca)

Merci.

On peut se procurer l'ouvrage *Academics at the Policy Interface* (au coût de 19,95 \$) par la poste à l'adresse Health Sciences Bookstore, 140, Brodie Centre, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba) Canada R3E 3P5, par téléphone au (204) 789-3601 ou par courrier électronique à l'adresse [medbookstore@umanitoba.ca](mailto:medbookstore@umanitoba.ca)

## Chroniqueur invité

# La première génération de minorités visibles du Canada atteint sa majorité

L'un des défis que doivent relever les décideurs canadiens est de comprendre la première génération de minorités visibles du pays et de se rapprocher de ceux et de celles qui en font partie. Il sera essentiel, afin que les politiques qu'adoptera le gouvernement dans le futur répondent à leurs besoins, de tenir compte des expériences distinctes qui caractérisent les membres de ce segment de la génération Nexus (formée des Canadiens et Canadiennes âgés de 18 à 34 ans) – expériences qui n'ont rien à voir avec celles qu'ont vécues leurs parents ou la population en général – de leurs croyances et de la manière dont ils se définissent.

### QU'EST-CE QUE LA GÉNÉRATION NEXUS?

La génération Nexus est composée de 7 millions de Canadiens et Canadiennes âgés de 18 à 34 ans. Une proportion importante de cette génération (20 p. 100) est formée de membres des minorités visibles. La valeur cachée de cette génération réside dans son identité – elle est la génération qui fait le lien (« nexus » en anglais) entre le passé et le futur, entre l'ère industrielle et l'ère de l'information, entre les « baby-boomers » et leurs enfants, et entre la Révolution industrielle et la Révolution technologique. La génération Nexus est la génération de transition, qui fait le pont entre les nouvelles réalités et les valeurs actuelles.

### EN QUOI LA PREMIÈRE GÉNÉRATION DE MINORITÉS VISIBLES EST-ELLE IMPORTANTE?

Étant donné qu'actuellement les deux-tiers des Canadiens appartenant à une minorité visible sont âgés de moins de 34 ans, il est absolument nécessaire que les décideurs tiennent compte des motivations de ce groupe. Le nombre de représentants des minorités visibles au sein des plus jeunes générations est encore plus élevé. Selon un article paru récemment dans le magazine *MacLean's*, l'une des caractéristiques qui définissent la génération Y, dont les membres sont âgés de 5 à 15 ans, est le fait qu'il s'agit de la génération la plus hétérogène sur le plan racial à avoir jamais existé : parmi les individus qui la composent, un sur trois n'est pas caucasien.

### DOUBLE IDENTITÉ CULTURELLE

Pour comprendre les minorités visibles de première génération, il faut d'abord comprendre qu'elles ont une double identité culturelle – deux systèmes de valeurs, deux langues, souvent deux garde-robes, deux séries de vedettes de cinéma et de vidéoclips, deux types d'humour, et deux vies – l'une à la maison et l'autre dans le « monde extérieur ».

Cependant, il est un mythe qui persiste au sujet de ce groupe, selon lequel, en majeure partie, les premières générations s'assimileraient fortement à la société occidentale. En réalité, indique Marye Tharpe, une experte du marketing et des communications multiculturelles de l'Université du Texas, pour la première génération, acculturation n'est pas synonyme d'assimilation. Ses membres intègrent plutôt les valeurs de la société qui les entoure à celles de la culture de leurs parents. Et, comme l'explique Pierre Wu, directeur général de l'Asian Business Consortium, une communauté en ligne de Nord-Américains d'origine asiatique, les valeurs « fondamentales » de ce groupe proviennent d'une culture, qui est presque toujours la culture acquise à la maison. Pour les membres de ce groupe, la personne qu'ils choisissent de marier, la manière dont ils élèvent leurs enfants, les langues qu'ils parlent et leurs relations avec leur famille dépendent des valeurs héritées de la culture de leurs parents, et non pas de celles de la société d'adoption. Toutefois, pour ce qui est du travail, des relations sociales, des loisirs, des études, etc., les membres de ce groupe ont davantage tendance à adopter les valeurs qu'ils ont acquises dans la société occidentale.

### COMPRENDRE LES MINORITÉS VISIBLES DE PREMIÈRE GÉNÉRATION

#### A. LES RAPPORTS FAMILIAUX

L'autre expérience commune aux membres des minorités visibles de première génération et qui les définit est la relation unique qui les unit à leurs parents. Contrairement à la plupart des enfants des familles canadiennes, les jeunes appartenant aux minorités visibles de première génération ont vu leurs parents refaire leur vie dans un nouveau pays pour que leurs enfants puissent y jouir de meilleures chances. Comme l'explique Wu, ces enfants, qui sont devenus des adultes, se rappellent très bien les sacrifices qu'ont dû faire leurs parents. Oscillant entre la gratitude et la culpabilité, les individus de ce groupe éprouvent un profond respect envers leurs parents et envers les valeurs que ceux-ci souhaiteraient voir adoptées par leurs enfants.

De plus, les enfants des minorités visibles de première génération, contrairement aux enfants de la société majoritaire, ont été et sont encore dans une position inhabituelle, celle d'en savoir davantage que leurs parents dès un très jeune âge. Apprenant plus rapidement une nouvelle culture et une nouvelle langue, ces enfants ont commencé à agir comme traducteurs et conseillers pour leurs parents

Suite à la page 23



## Un milieu de travail convivial pour la génération Nexus

Optimistes, mais sceptiques. Doués de bon sens. Polyvalents. Très instruits. Doués d'un esprit « communautaire », mais coupés du gouvernement. Ce sont les mots utilisés par Jennifer Welsh, associée de d-Code inc., pour parler des qualités et des attitudes de la génération Nexus, cette cohorte de Canadiens qui ont entre 18 et 34 ans. M<sup>me</sup> Welsh était conférencière récemment à un forum intitulé « Comprendre la génération Nexus » qui a été organisé à Toronto par le Secrétariat de la recherche sur les politiques.

Les quelque 50 participants au forum, y compris de nombreux mem-

Pourquoi? M<sup>me</sup> Welsh et d'autres ont dit penser qu'il fallait chercher des raisons plus complexes que les possibilités d'emploi limitées pour expliquer la situation. Le « déclin de la déférence » et la baisse de la confiance envers les institutions publiques est le fait de toutes les générations. Dans le même ordre d'idées, beaucoup ont fait observer que **dans les années 60 et 70, la fonction publique était un choix évident pour les jeunes gens « qui voulaient avoir une certaine influence sur le cours des choses ». Une époque agitée sur le plan économique ainsi que les compressions gouvernementales des dernières décennies ont eu un**

de travail dynamique, souple et « entrepreneurial » (entendre que l'on accorde beaucoup de valeur à l'expérience et au développement personnel, pas à la sécurité d'emploi). Des participants ont soutenu que ce sont peut-être les possibilités offertes, et non pas les impôts, qui attirent certains de leurs pairs au sud de la frontière. La qualité de vie, c'est-à-dire l'esprit communautaire dans le milieu de travail et la capacité de réaliser l'équilibre entre travail et vie familiale, est un élément essentiel. Une suggestion pratique qui a été présentée pour une stratégie de maintien en fonction consiste à élaborer des outils (p. ex. des sondages) pour les employés faisant partie de la génération Nexus afin d'enregistrer de façon continue les niveaux de satisfaction au travail.

La perception semble aussi être un facteur à considérer. Le gouvernement est un choix de carrière passionnant et enrichissant, ont dit un certain nombre de fonctionnaires présents (jeunes et moins jeunes) et d'autres participants. Ce qu'il faut, c'est communiquer ce message aux fonctionnaires éventuels de la génération suivante ou de la génération Nexus actuelle.

À la suite du forum, le Secrétariat de la recherche sur les politiques a créé un groupe de discussion en ligne, « Comprendre la génération Nexus », qui sera considéré comme un projet pilote jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre. Envoyez un message à l'adresse [nexus\\_subscribe@topica.com](mailto:nexus_subscribe@topica.com) pour savoir comment procéder pour vous joindre au groupe.

Peters, Joseph. « An Era of Change; Government Employment Trends in the 1980s and 1990s », CPRN, 1990. En direct à <http://www.cprn.org/rcrpp.html>. Appuyez sur « Publications ».

**Selon une étude effectuée par le Centre de recherche sur la gestion publique pour le compte de la Commission de la fonction publique du Canada, en mars 1997, 8,1 % des employés de la fonction publique fédérale travaillant à plein temps ou nommés pour une période indéterminée avaient moins de 30 ans, et 12,4 % avaient entre 30 et 34 ans.**

« Relever le défi : Recruter la prochaine génération de diplômés universitaires pour la fonction publique ». Gouvernement du Canada, 1998. On peut également consulter ce document en ligne à l'adresse suivante : <http://jobs.gc.ca/recruit/dl/univfr.pdf>

bres éventuels de la génération Nexus, ont passé une soirée à parler de leur génération. Ce qui est très intéressant, c'est que les échanges ont tourné autour de la « capacité » et des questions concernant les ressources humaines, c'est-à-dire le recrutement et le maintien en fonction de jeunes travailleurs du savoir. Cela constitue un défi pour tous les employeurs, se sont fait dire les participants, mais surtout pour la fonction publique.

**impact persistant sur ceux qui font partie de la génération Nexus, dont beaucoup ont grandi sans avoir jamais vu le gouvernement « proposer une vision ou bâtir un projet ».**

Des objectifs stratégiques revitalisés peuvent donc aider à attirer dans la fonction publique plus de membres de la génération Nexus. Pour ce qui est de l'environnement de travail, nous avons aussi appris que ce groupe cherche un milieu



## Sommaire de recherche

### Une base pour la prise de décisions fondées sur des données : indicateurs de l'emploi et des conditions de travail

Supposons qu'un chercheur de renom annonce l'existence d'une preuve irréfutable selon laquelle les personnes qui traversent l'expérience du chômage vivent moins longtemps et moins en santé que ceux qui n'y sont jamais confrontés. Mais il ne s'arrête pas là. Il annonce aussi qu'il peut prouver, sans doute, que les personnes qui n'ont pas de sécurité d'emploi — c'est-à-dire qui craignent de perdre leur poste — vivent moins longtemps et moins en santé que leurs collègues dont le poste est sûr. De plus, sa déclaration s'applique aussi aux personnes qui occupent un poste difficile : les personnes qui doivent assumer des tâches exigeantes sur le plan psychologique, mais qui disposent d'une marge de manoeuvre limitée pour le faire, mènent une vie plus courte et moins saine que ceux dont le poste est moins exigeant.

Maintenant, supposons que vous êtes responsable de l'élaboration des politiques et qu'on vous charge d'établir des indicateurs au niveau de la population pour suivre l'état de santé d'une population ou d'un sous-groupe de la population. Vous entendez parler de l'annonce du chercheur, et vous savez qu'en général, lorsqu'on envisage les facteurs déterminants de la santé, les politiques et les programmes sont conceptualisés, conçus et évalués en fonction de facteurs déterminants de la santé comme ceux qu'on mentionne dans l'annonce. Par conséquent, il est plus sensé de s'attacher à des indicateurs liés aux facteurs déterminants de la santé (comme ceux qui sont mentionnés dans l'annonce) plutôt qu'à des indicateurs liés aux conséquences de ces facteurs déterminants sur la santé. Vous songez à vous concentrer sur le taux de chômage, sur la proportion de personnes qui estiment que

leur emploi n'est pas sûr et sur la proportion de personnes qui occupent un poste très exigeant.

Comme aucun chercheur n'a fait une telle annonce, et qu'aucun décideur n'a pris l'initiative de proposer qu'on assure le suivi d'un ensemble d'indicateurs au niveau de la population, nous tenterons de jeter les bases de l'évaluation de l'applicabilité des indicateurs au niveau de la population liés à l'emploi/aux conditions de travail dans un contexte s'attachant aux facteurs déterminants de la santé. Nous avons conçu un cadre d'expérience de travail pertinent, examiné systématiquement des études qui évaluent le lien entre les mesures touchant ces expériences et les mesures relatives à la santé, et examiné les mesures au niveau de la population connexes qu'on pourrait utiliser immédiatement ou à court terme à titre d'indicateurs au niveau de la population.

Même si les résultats de notre examen systématique ne nous permettent pas d'être aussi confiants que le chercheur décrit plus haut, nous pouvons néanmoins recommander un ensemble d'indicateurs au niveau de la population liés à la disponibilité et à la nature du travail dont chacun est coté en fonction de la pertinence des données recueillies. Nos recommandations sont fondées sur une comparaison d'indicateurs possibles au niveau de la population avec les données et la validité d'études qui évaluent le lien entre les mesures individuelles et la santé. Les trois premiers indicateurs au niveau de la population exigent l'obtention de données qui sont déjà régulièrement recueillies et diffusées (notre appui à l'égard des recommandations est indiqué entre parenthèses) :

1. taux de chômage (fort);
2. taux de chômage à long terme (limité);
3. taux des mises à pied permanentes (limité).

Les autres indicateurs au niveau de la population exigent l'obtention de données qui ne sont pas habituellement recueillies (notre appui à l'égard des recommandations est indiqué entre parenthèses) :

1. insécurité liée à la perte imminente d'un emploi (limité);
2. insécurité liée à la possibilité d'un important remaniement organisationnel (limité);
3. insécurité liée à un important remaniement organisationnel (limité);
4. pression liée au travail, au moyen d'un modèle élaboré par Robert Karasek et Tores Theorell qui s'attache aux exigences psychologiques d'un poste et à la marge de manoeuvre accordée au titulaire du poste (moyen).

Ces indicateurs au niveau de la population peuvent être utilisés pour suivre les facteurs liés à l'emploi qui jouent un rôle déterminant sur la santé d'une population ou d'un sous-groupe de la population, afin d'obtenir des données pour la conceptualisation, la conception et l'évaluation de politiques et de programmes liés à ces facteurs déterminants.

Cependant, en raison des limites des études au niveau de la population lorsqu'elles sont appliquées à des liens dont l'existence au niveau de l'individu est posée en principe, les indicateurs au niveau de la population qui sont recommandés ne

*Suite à la page 23*

## Données sur quatre déterminants de la santé des populations

L'approche de la santé des populations tient compte d'un vaste éventail de facteurs à la fois individuels et sociaux qui déterminent l'état de santé. On examine ici quatre « nouveaux » déterminants de la santé : **l'inégalité de revenu, l'influence de la petite enfance sur la santé à l'âge adulte, le contrôle non axé et axé sur le travail, et le capital social.**

Chaque déterminant est représenté par un vaste éventail d'indicateurs et de mesures à divers stades du développement. Les mesures du contrôle non axé sur le travail (locus de contrôle, vigueur, auto-efficacité et sentiment de cohérence) et du contrôle axé sur le travail (exigences/contrôle, effort/récompense), par exemple, existent et évoluent depuis plusieurs décennies, alors que les mesures du capital social sont relativement nouvelles. Le concept du capital social en est encore à l'étape de la définition, des discussions et de la construction, et il en est de même pour les indicateurs servant à le mesurer. Aussi ce déterminant présente-t-il toujours des problèmes de validité de structure et de contenu. Les indicateurs et les mécanismes hypothétiques des effets de la petite enfance sur la santé à l'âge adulte sont principalement menacés par le caractère distant de la relation et, par conséquent, par le risque considérable que des facteurs confusionnels (tels que la situation socio-économique) médient la relation. Pour ce qui est de l'inégalité de revenu, on s'entend au moins un peu sur sa mesure, mais on ne dispose pas d'explication théorique claire de la manière dont elle influe sur la santé. Il reste certaines questions concernant les mesures et indicateurs spécifiques de chaque nouveau déterminant, mais elles n'éclipsent pas l'importance potentielle de chacun par rapport à la santé des populations.

Les données reliant ces déterminants de la santé sont encore en train d'être recueillies. Les accroissements de l'inégalité de revenu, mesurés au moyen du coefficient de Gini ou d'autres moyens, et les diminutions du capital social, mesurées au moyen des niveaux de confiance et de l'adhésion à des associations, par exemple, sont associés à des taux accrus de mortalité au niveau de la population. Un contrôle accru par rapport aux exigences au travail offre une protection contre la mortalité et la morbidité attribuables aux maladies cardio-vasculaires. Il y a cependant de grands écarts dans le degré d'association observé. Par exemple, les estimations de la capacité de l'inégalité de

revenu d'expliquer le gradient socio-économique observé par rapport à la mortalité s'échelonnent entre 0 et 75 %. De même, les données établissant un lien entre des facteurs de la petite enfance et la santé à l'âge adulte commencent à peine à s'organiser autour de thèmes, concepts et indicateurs fondamentaux; elles présentent un retard considérable par rapport à d'autres secteurs dans l'élaboration d'outils de mesure.

Même si chaque déterminant est individuellement lié à la santé, il n'est pas nécessairement indépendant des autres déterminants. Les nouvelles données recueillies laissent clairement entrevoir des liens possibles entre ces déterminants. Par exemple, l'inégalité de revenu a été reliée à la fois au capital social et aux facteurs de la petite enfance. On a découvert que le capital social médie la relation entre l'inégalité de revenu et la santé, en réduisant l'effet. On ignore la raison de cette occurrence. Le capital social a été associé à divers facteurs de l'enfance et de l'adolescence qui peuvent, à long terme, influencer sur la santé à l'âge adulte. Les effets cumulatifs d'une inégalité de revenu prolongée dans la petite enfance peuvent avoir des conséquences à long terme pour la santé à l'âge adulte. Il faut donc absolument examiner les déterminants de la santé dans un contexte plus vaste, pour arriver à mieux comprendre les liens qui existent entre eux et, en définitive, entre eux et la santé.

**Les données actuelles semblent révéler un certain degré d'association entre les déterminants identifiés et la santé. Cependant, il est clair que nous commençons à peine à comprendre précisément comment ces déterminants agissent entre eux et agissent ultimement sur la santé.** Nous devrions continuer d'étudier ces déterminants parce qu'il est essentiel d'apprendre à mieux connaître les causes des problèmes de santé pour identifier les politiques qu'il faudrait adopter en vue d'agir sur la santé des populations. [Traduction]

**Kimberlyn M. McGrail  
 Aleck Ostry  
 Vince Salazar Thomas  
 Claudia Sanmartin**

*Déterminants de la santé des populations : synthèse de la documentation, rapport final préparé pour Santé Canada, décembre 1998.*



## Courriel à l'éditeur



### MONSIEUR,

J'ai été un peu étonné de lire, à la page 18 de mon exemplaire d'« Horizons » d'avril 1999, que les assises de 1999 de l'American Economics Association, à New York, avaient représenté « l'économique à son mieux ». Y ayant moi-même assisté et, en fait, donné une communication sur « Les tendances du bien-être au Canada et aux États-Unis », je conviens que nombre des séances ont été excellentes, mais pas toutes. De plus, aux fins des politiques canadiennes, on voudra peut-être se reporter aux données sur le Canada, ou aux études théoriques axées sur les réalités canadiennes : de façon générale, on ne voudrait sans doute pas présumer, réflexivement, que tout ce qui se produit à New York est ce qu'il y a de mieux, en particulier dans le contexte canadien de la « recherche sur les politiques ».

Les assises de 1999 de l'Association canadienne d'économie, dont le programme est disponible sur Internet, à l'adresse <http://economics.ca/conference.html>, prouvent que les économistes canadiens *abordent* nombre des questions fondamentales auxquelles la société canadienne est confrontée, et que leurs travaux sont disponibles *ici même*.

On se préoccupe beaucoup, à l'heure actuelle, de la performance du Canada au chapitre de la productivité et de ses incidences. Un délégué à la conférence de l'Association canadienne d'économie s'intéressant aux causes profondes de cette performance aurait pu opter pour les séances du vendredi sur les causes et les conséquences de la R et D et sur l'adoption de la nouvelle technologie, puis pour les séances sur la propriété intellectuelle et sur les meilleures mesures de l'activité économique. Le samedi, il aurait pu choisir d'assister aux séances intitulées « Qu'est-ce qui explique l'écart de productivité entre le Canada et les États-Unis dans le secteur manufacturier? », « La productivité au Canada », « La situation des Canadiens en 1999 est-elle meilleure qu'en 1989? » et « La qualité de la vie au travail a-t-elle diminué? ». La séance du dimanche matin sur la rémunération au rendement et celle sur les faits nouveaux dans l'étude de l'innovation auraient également satisfait son intérêt.

Toutefois, les tendances de la productivité ne sont pas la seule question fondamentale de politique économique à laquelle l'économie canadienne doit faire face. La dépréciation du dollar canadien par rapport au dollar américain a constitué récemment un problème majeur, et l'une des décisions stratégiques importantes que le Canada devra prendre à long terme consiste à savoir s'il conservera un taux de change flottant ou s'il optera pour un taux de change fixe ou adoptera peut-être même le dollar américain. Les délégués intéressés par cet ensemble de questions auraient probablement opté pour les séances du

vendredi sur les fluctuations du taux de change, sur la parité du pouvoir d'achat et le taux de change réel, et pour les tables rondes sur les raisons pour lesquelles la valeur du dollar canadien est si faible, et sur la politique canadienne touchant le taux de change. La question a été examinée de nouveau en profondeur au cours des séances du samedi sur les enseignements découlant des crises monétaires récentes, sur le choix de régimes de taux de change et sur l'instabilité financière mondiale. De plus, le conférencier invité au déjeuner Purvis du midi a exposé les arguments militant en faveur d'une union monétaire nord-américaine.

De nombreux Canadiens ne considèrent plus la croissance économique comme une bénédiction sans mélange, en raison de la prise de conscience nouvelle des effets possibles de l'économie sur l'environnement. Une série de séances portant sur le réchauffement planétaire et ses incidences économiques a occupé toute la journée du vendredi. Le samedi, il y a eu des séances sur l'économie des pêches, sur la politique environnementale et ses incidences, sur la réglementation environnementale, sur l'estimation des avantages environnementaux et, le dimanche matin, sur le commerce et l'environnement, ainsi que sur le commerce, les droits de propriété et les espèces menacées.

Les niveaux croissants d'inégalité économique et de pauvreté constituent en outre un problème majeur pour la société canadienne. Des séances ont été consacrées, le vendredi, aux sujets suivants : les tendances de la répartition des revenus au Canada, les tendances de la pauvreté, l'inégalité de la richesse en Amérique du Nord, et les tendances, les causes et les conséquences de l'inégalité au Canada. Le samedi, deux séances tenues en matinée ont porté sur l'économie de l'aide sociale et, dans l'après-midi, on a abordé les sujets suivants : les enfants et les quartiers, questions de politique sociale, les effets de la cohorte sur les salaires, et la rémunération du travail pour les jeunes et pour les vieux. Le dimanche matin, la séance intitulée « Indices de pauvreté et déduction » ainsi que l'étude de pointe présentée sous le titre « L'inégalité des revenus : le Canada est-il différent ou en retard sur son temps? » ont développé le même thème.

Lorsqu'on pense aux grandes questions de politiques auxquelles le gouvernement fédéral a fait face au cours des douze dernières années, il est clair que trois des plus grandes décisions qu'il a dû prendre ont eu trait à l'Accord de libre-échange, à l'adoption de la « stabilité des prix » en tant que seul objectif de la politique monétaire et à l'élimination du déficit budgétaire (ainsi qu'à l'affectation de l'excédent budgétaire qui commence à se dégager). Les questions soulevées par la politique commerciale, la politique monétaire et la politique financière sont toujours d'importance capitale et ont été examinées en profondeur.

*Suite à la page 21*

*Suite de la page 20*

Les économistes se préoccupent en outre parfois des microproblèmes d'industries particulières : tel a été le cas des séances consacrées, le dimanche, aux fusions de banques et à la concurrence dans l'industrie aéronautique, ainsi que des séances du samedi après-midi qui ont porté sur l'économie des médicaments et sur la déréglementation de l'électricité. Une question comme l'immigration suscite toutefois des préoccupations plus larges, qui ont été abordées dans le cadre de séances tenues le vendredi et le samedi, en matinée. Le point de vue proposé dans la conférence Innis, donnée par Shelley Phipps, sur l'économie et le bien-être des enfants canadiens a été encore plus large.

J'ai essayé de faire voir, dans cette lettre, la profondeur de même que l'envergure des résultats des travaux de recherche présentés lors des assises de 1999 de l'Association canadienne d'économique. Il n'est cependant pas dans mon propos de chercher à discuter l'importance sociale de chacune des 142 séances que celles-ci ont comportées. Du reste, ces séances représentent seulement un échantillon des programmes de recherche des économistes canadiens, car beaucoup de leurs travaux sont présentés

lors de réunions de spécialistes et de conférences internationales. Mais mon argument général est que les économistes canadiens *étudient* nombre des questions, grandes et petites, qui intéressent la société canadienne.

Bien sûr, nous pourrions faire mieux. On n'examine pas suffisamment certaines questions. L'argent a de l'importance. Les économistes (comme les autres chercheurs en sciences sociales) pourraient accomplir un travail encore meilleur s'ils disposaient de plus de ressources. Le but de cette lettre, toutefois, est de souligner l'existence d'une base de réalisations solide sur laquelle nous pouvons bâtir, ici même, au Canada.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

**Lars Osberg**

Président

Association canadienne d'économique

Professeur d'économique (chaire McCulloch)

Université Dalhousie

**La distribution du revenu et la santé vues sous un autre angle**

« Ce que la démarche « santé des populations » signifie pour les politiques sur la santé, c'est qu'on pourrait désormais inclure, parmi les politiques qui visent à améliorer la santé des populations, des politiques visant les conditions de vie et de travail, le milieu physique et des questions plus traditionnelles comme les habitudes d'hygiène personnelles, le mode de vie et les services de santé. Mais, les responsables de l'élaboration des politiques ne semblent pas prêts à suivre cette approche de santé des populations jusqu'à sa conclusion logique... Il semble clair que le Canada n'a pas encore dans son programme de politiques un effort concerté visant la répartition équitable du revenu comme moyen d'améliorer la santé globale des populations. » [Traduction]

Townson, Monica. *Health and Wealth: How Social and Economic Factors Affect our Well Being*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives, 1999, p. 15-16.

**Politique sur le génome humain : ne perdons pas la carte**

Certains domaines de politique suscitent plus de questions que de réponses. La biotechnologie et le génome humain sont du nombre. Or il faudra se poser les bonnes questions pour élaborer des solides politiques gouvernementales sur le génome humain; aujourd'hui, cette définition des enjeux représente non seulement un défi, mais un impératif. C'est dans cette perspective que le ministre du Solliciteur général a tenu, le 24 février 1999, un atelier novateur sur le génome humain, qui a examiné certaines des questions entourant ce nouveau domaine de politiques qui évolue rapidement.

Les participants se sont penchés sur les aspects scientifiques et économiques du génome humain afin de mieux comprendre les répercussions possibles des biotechnologies et de la génétique sur le plan de la justice sociale, des droits de la personne et des politiques en matière de santé. Citons, par exemple, les manipulations génétiques entre différentes espèces qui visent à augmenter la production alimentaire et la création d'animaux génétiquement modifiés, dont les organes pourraient être greffés chez des humains (c'est-à-dire xénotransplantation). L'utilisation et les abus possibles des banques d'ADN ont constitué une autre préoccupation importante. De telles banques peuvent contribuer au développement de la pharmacogénomique, c'est-à-dire la mise au point de médicaments faits sur mesure pour des marqueurs génétiques individuels ou collectifs. Cependant, dans un scénario qui rappelle le film *Gattaca*, les personnes qui présentent des facteurs de risque particuliers pourraient être victimes de discrimination, par exemple, dans les domaines de l'assurance-vie, de l'accès aux soins médicaux ou sur le plan professionnel. À mesure que la révolution de biotechnologie prend de plus en plus de force, le nombre de questions, de dilemmes et même de paradoxes dans le domaine des politiques publiques continuera de s'accroître de façon marquante.

Pour une introduction aux enjeux liés au génome humain, voir : <http://www.sgc.gc.ca/WhoWeAre/PPC/fscan.htm> ainsi que la « Stratégie canadienne en matière de biotechnologie de 1998 : un processus de renouvellement permanent », Industrie Canada, 1998.



Témoins



## Gérer la politique horizontale

L'apparition de questions horizontales dans des domaines comme le cyberterrorisme et le crime international, ainsi que la nécessité de coordonner l'action des membres du portefeuille, ont incité le ministère du Solliciteur général à organiser un atelier de perfectionnement à l'intention des agents. Cet atelier sur la « Gestion efficace de la politique horizontale » a eu lieu le 3 juin 1999.

### COMPRENDRE LA POLITIQUE HORIZONTALE

Alex Himelfarb, coprésident du Projet de la recherche sur les politiques et sous-ministre de Patrimoine Canada, a amorcé la discussion en tentant de définir la politique horizontale. Selon M. Himelfarb (et de nombreux autres), l'horizontalité est un mot « laid ». Si l'horizontalité n'est pas nouvelle, elle comporte de nouvelles dimensions. En raison de la mondialisation, de la révolution des télécommunications et de la différenciation sociale croissante, le contexte de politiques publiques est assurément devenu plus complexe. De plus en plus, il faut internationaliser l'interne et internaliser l'international.

M. Himelfarb s'est également attardé au fondement intellectuel de la perception d'une horizontalité croissante. L'époque de la confiance excessive dans le consensus keynésien sur le rôle positif de l'État est révolue. Nous vivons à l'heure de l'austérité financière et de la méfiance des citoyens vis-à-vis des gouvernements et de leur efficacité. Au lieu de déplorer cet état de choses, M. Himelfarb a rappelé à l'assistance que « le doute marque le début de l'apprentissage et de la connaissance ». Devant l'ampleur des défis, la coopération peut être la seule voie possible.

Les réseaux seront essentiels au succès dans les dossiers horizontaux. Il faudra effectuer des investissements à long terme dans des partenariats avec d'autres instances publiques, les intervenants et les citoyens. Tout en reconnaissant la somme souvent sous-estimée de temps

et d'efforts que nécessite l'établissement de tels partenariats, M. Himelfarb a souligné que la collaboration horizontale, le souci de refléter la diversité et l'adoption de mécanismes organiques souples conviennent particulièrement bien à la tâche de réaliser l'équilibre entre les aspects économiques et sociaux de la vie humaine.

### ASPECTS DU PARTENARIAT

Le reste de la séance a porté sur différents aspects de l'amélioration des partenariats aux fins du traitement de dossiers horizontaux. Janice Charette (Justice Canada) a pris la parole d'abord à propos de la promotion du travail d'équipe et a donné de nombreux conseils pratiques. Elle a insisté sur l'importance de l'engagement commun envers le succès de l'équipe ainsi que sur la nécessité d'établir des règles de base claires, de partager des locaux et d'être sensible aux intérêts des différents participants. Gilles Paquet (Université d'Ottawa) a pour sa part parlé du leadership. Les leaders d'aujourd'hui dans le domaine de la politique horizontale amènent la communauté à regarder ses problèmes en face. Il s'est dit sceptique quant à la capacité du gouvernement d'établir des partenariats efficaces et a encouragé les cadres à tendre l'oreille davantage et à accepter le chaos qui accompagne la délégation.

*L'époque de la confiance excessive dans le consensus keynésien sur le rôle positif de l'État est révolue. Nous vivons à l'heure de l'austérité financière et de la méfiance des citoyens vis-à-vis des gouvernements et de leur efficacité. Au lieu de déplorer cet état de choses, M. Himelfarb a rappelé à l'assistance que « le doute marque le début de l'apprentissage et de la connaissance ». Devant l'ampleur des défis, la coopération peut être la seule voie possible.*

Jim Mitchell (Sussex Circle) a entretenu l'auditoire des réseaux et du maillage. Bien que ce dernier terme comporte une connotation d'avidité et de manipulation, il importe de nouer des relations de travail avec ses collègues à tous les niveaux. Les agents doivent user de « stratagèmes vertueux » et percevoir le fait que leur emploi s'étend au-delà de leur environnement immédiat. Selon cette vision optimiste du rôle de l'agent, la confiance importe plus que l'autorité, et le maillage efficace commence par les pause-café, petits-déjeuners ou déjeuners qu'on prend le temps de partager avec ses collègues.

*Suite de la page 16*

quand ils étaient tout jeunes et continuent encore aujourd'hui de jouer ce rôle.

**B. LA LUTTE PERPÉTUELLE POUR**

**« S'INTÉGRER »**

Comme pour leurs cousins de la génération Nexus appartenant à la société dominante, le paradoxe et l'instabilité sont des réalités omniprésentes pour les membres des minorités visibles de première génération et ce, tout au long de leur vie. Confrontés à un défi de taille, celui de concilier ce qu'une culture tient pour souhaitable avec ce que l'autre considère inacceptable, ce groupe a eu à choisir avec soin ses valeurs et les

situations dans lesquelles il pouvait les exprimer. Grandissant avec des systèmes de croyances qui ne pouvaient pas s'adapter en tout temps à leur réalité, ses membres ont eu à chercher et à fabriquer leurs propres modèles et structures de stabilité.

**RÉPERCUSSIONS SUR LE PLAN DES POLITIQUES**

La valeur distinctive de ce groupe réside dans sa capacité étonnante de fonctionner comme un point d'accès bidirectionnel entre la communauté majoritaire et la communauté d'immigrants à laquelle leurs parents appartiennent. Compte tenu de leurs rapports uniques avec leurs parents et de leur identité culturelle hybride,

les membres des minorités visibles de première génération offrent d'extraordinaires possibilités de nouer des liens avec les communautés d'immigrants. En comprenant la position culturelle unique de ce groupe et en en tirant parti, les décideurs peuvent communiquer de manière plus efficace avec les communautés multiculturelles canadiennes et leur fournir des services davantage ciblés.

Bani Dheer et Robert Barnard travaillent pour d-Code, une entreprise qui aide les organisations à comprendre, à attirer et à retenir les membres de la génération Nexus en tant que consommateurs, employés et citoyens. On peut les joindre à l'adresse [www.d-code.com](http://www.d-code.com) ou au 1 800 448-4044, si l'on désire formuler des commentaires ou obtenir des renseignements supplémentaires.

*Suite de la page 18*

peuvent être validés. Autrement dit, même si le choix d'un indicateur, comme le taux de chômage, sera fondé sur la preuve d'un lien entre une expérience personnelle connexe (chômage) et un résultat clinique, nous ne pouvons valider le choix d'un indicateur en évaluant le lien entre l'indicateur au niveau de la population et l'état de santé des populations. Néanmoins, ce projet établit une base solide pour la prise de décisions fondées sur des données quant au choix d'indicateurs au niveau de la population liés à l'emploi/aux conditions de travail.

**John N. Lavis, Cameron A. Mustard,  
 Jennifer I. Payne, Mark S.R. Farrant**

Lavis et coll. « Employment/Working Conditions and Health: Towards a Set of Population-Level Indicators », Rapport final de Santé Canada, le 15 octobre 1998. Personne-ressource : [jlavis@iwh.on.ca](mailto:jlavis@iwh.on.ca)

**Développer des indicateurs qui reflètent les valeurs communautaires**

« ... les indicateurs ne sont qu'utiles si le processus de les développer et de s'en servir permet à tous les membres d'une communauté d'examiner les objectifs présents et futurs ainsi que les valeurs de la communauté; si le processus produit des renseignements utiles dont la communauté peut se servir; et si le processus accroît les connaissances et le pouvoir de la communauté. **Il faut voir le développement des indicateurs comme une occasion qui permet de sensibiliser le public et les décideurs aux questions en matière de la santé et ses déterminants, et d'examiner les moyens de créer des communautés saines, durables, équitables, sans danger, bien pour vivre et prospères.** » [Traduction]

Hancock, Trevor, Rick Labonte et Rick Edwards. *Indicators that Count! — Measuring Population Health at the Community Level*. Rapport final de Santé Canada, novembre 1998, p.108.

*L'équipe Horizons du SRP*

**Éditeur**

Allen Sutherland

**Collaborateurs**

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| Sushma Barewal    | Heloise Mitchell |
| Micheal Brett     | Margaret Moore   |
| Tamara Candido    | Tracie Nofle     |
| Robert Kunimoto   | Annick Rollin    |
| Gaëtan Lafortune  | Roger Roberge    |
| Catherine Larmer  | Nancy Shipman    |
| Linda Lemieux     | Gita Sud         |
| Julie Lindblad    | Peggy Sun        |
| Alfred Leblanc    | Johanne Valcourt |
| Micheal MacKinnon |                  |

Conception et mise en page :  
 Zsuzsanna Liko Visual Communication

*Horizons* est publié à tous les deux mois par le Secrétariat de la recherche sur les politiques, dans le but de favoriser l'échange de renseignements entre les chercheurs de l'intérieur et de l'extérieur de l'administration publique fédérale qui s'intéressent aux politiques.

Pour les commentaires, les questions, les demandes d'abonnement ou les changements d'adresse, voici nos coordonnées:

Courriel : [a.sutherland@prs-srp.gc.ca](mailto:a.sutherland@prs-srp.gc.ca)  
 Téléphone : (613) 947-1956  
 Télécopieur : (613) 995-6006

© Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999



Le saviez-vous...



## Les tristes conséquences de la maladie au Canada

On estime à 329 000 le nombre de Canadiens (âgés de 15 ans et plus) ayant commencé à fumer pendant la période s'étendant entre 1994 et 1996. Environ la moitié de ceux qui ont commencé à fumer au cours de ces deux années ont continué de le faire quotidiennement. Toutefois, parmi les quelque 5,6 millions de Canadiens qui ont déclaré fumer tous les jours, 556 000 ont arrêté de fumer au cours de cette période, et 179 000 ont réduit leur usage de la cigarette et ne fument plus qu'occasionnellement.

*Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 (cycle 1) et 1996-1997 (cycle 2), Statistique Canada.*

On a évalué qu'en 1993, le coût total de la maladie au Canada s'est élevé à 156,9 milliards de dollars (71,7 milliards en coûts directs et 85,1 milliards en coûts indirects). Les soins hospitaliers ont représenté la plus grande part des coûts directs (26,1 milliards), suivis des soins médicaux (10,4 milliards), des médicaments (9,9 milliards), des dépenses de santé diverses (9,3 milliards) et de la recherche en sciences de la santé (752 millions). Quant aux coûts indirects, ils sont attribuables en majeure partie (38,3 milliards de dollars) à la valeur du temps perdu par suite d'une invalidité de longue durée.

*Moore et coll. Le fardeau économique de la maladie au Canada, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, 1993.*

Une étude examinant les liens existant entre la santé, le revenu et le statut social a révélé que les Canadiens dont le revenu se situe dans la tranche de revenu la plus élevée vivent plus vieux que ceux dont le revenu se situe dans la tranche la moins élevée. Environ 50 % des hommes des quartiers les plus pauvres vivent jusqu'à 75 ans. Par

comparaison, 70 % des hommes des quartiers les plus riches atteignent l'âge de 75 ans.

*Wilkins, R. Mortality by Neighbourhood Income in Urban Canada, 1986-1991, Statistique Canada.*

Plus de 210 000 personnes sont mortes en 1995 au Canada. La cause de décès principale a été le cancer, qui représente 27,4 % de l'ensemble des décès. Les maladies du cœur suivent de près, ayant été à l'origine de 27,3 % de l'ensemble des décès. Les dix autres causes de décès les plus importantes ont été, dans l'ordre, les maladies vasculaires cérébrales (7,4 %), les maladies pulmonaires obstructives chroniques (4,4 %), les accidents (4,2 %), la pneumonie et la grippe (3,5 %), le diabète (2,6 %), les maladies des artères, artérioles et capillaires (2,3 %), les affections du système nerveux central (2,3 %), et le suicide (1,9 %).

*Principales causes de décès sélectionnées, 1997, n° 84-210-X1B au catalogue, Statistique Canada.*

Un homme âgé de 15 ans (en 1994) peut s'attendre à vivre en moyenne 60,3 années de plus. De même, une femme âgée de 15 ans vivra en moyenne pendant encore 66,6 ans. Cependant, ils ne seront pas en bonne santé pendant toutes ces années. Lorsqu'on intègre le facteur de la morbidité au calcul de l'espérance de vie, on constate qu'à l'âge de 15 ans, les hommes peuvent s'attendre à connaître en moyenne 5,9 années de maladie au cours de leur vie, ce qui représente 9,8 % de leur espérance de vie. De même, les femmes connaîtront en moyenne 7,9 années de maladie, soit 11,9 % du temps qui leur reste à vivre.

*Adjusting Life Expectancy to Account for Morbidity in a National Population, R. Roberge, J.-M. Berthelot, M.C. Wolfson. Quality of Life. 1997.*

En 1994-1995, les jeunes adultes, particulièrement les jeunes hommes, étaient plus susceptibles de se livrer à des comportements à risques multiples. On entend par comportement à risques l'abus d'alcool, le tabagisme, les relations sexuelles sans condom et les relations sexuelles avec plusieurs partenaires. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995, les jeunes âgés de 20 à 24 ans étaient ceux qui prenaient le plus de risques, 22 % des hommes et 17 % des femmes de ce groupe d'âge ayant déclaré s'être livrés à au moins trois des quatre comportements à risque. Toutefois, 19 % des hommes et 31 % des femmes de 20 à 24 ans ont dit n'avoir eu aucun de ces comportements.

*Comportement à risques multiples chez les adolescents et les jeunes adultes, Rapports sur la santé, n° 82-003, automne 1998.*

En 1993, les maladies cardiovasculaires au Canada ont entraîné des coûts directs de 7,4 milliards de dollars et des coûts indirects de 12,4 milliards. Les trois autres plus importantes catégories de maladie, soit les maladies musculo-squelettiques, les blessures et le cancer, ont engendré des coûts directs relativement faibles de 2,5 milliards, 3,1 milliards et 3,2 milliards de dollars, respectivement. Les coûts directs de ces maladies ont été relativement modestes par comparaison à leurs énormes coûts indirects, qui se sont élevés respectivement à 15,3 milliards, 11,2 milliards et 9,8 milliards de dollars.

*Moore et coll. Le fardeau économique de la maladie au Canada, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, 1993.*

