

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

Rapport sommaire

Améliorer la santé des Canadiens



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

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

ISBN 1-55392-366-9

© 2004 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title:
Improving the Health of Canadians Summary Report 2004 ISBN 1-55392-365-0

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

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

Rapport sommaire

Améliorer la santé des Canadiens



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

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

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

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

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

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

Préface

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* constitue le premier d'une série de rapports bisannuels produits par l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Il examine ce que nous savons des facteurs qui jouent sur la santé des Canadiens, les façons de l'améliorer et les répercussions des choix politiques sur la santé. Il s'appuie sur des rapports antérieurs portant sur l'état de santé de la population canadienne et provenant du Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population.

Le rapport sommaire dresse un survol du rapport intégral. Nous vous encourageons à consulter les conclusions et les données détaillées issues des études qui ont permis de préparer ce document. Les graphiques, les tableaux et toutes les références figurent dans le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* que l'on peut consulter gratuitement à l'adresse suivante : www.icis.ca.

Remerciements

L'Initiative sur la santé de la population canadienne et l'Institut canadien d'information sur la santé tiennent à souligner la précieuse collaboration de bien des personnes et organismes qui ont contribué à l'élaboration du rapport *Améliorer la santé des Canadiens* (veuillez consulter le rapport principal pour obtenir des détails).

Nous tenons également à remercier Ann Silversides et Susan Swanson qui ont participé à la préparation du *Rapport sommaire*.

Table des matières

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne	iii
À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé	iii
Préface	v
Remerciements	v
Pour obtenir d'autres renseignements	1
Introduction	3
Le revenu	5
Les conséquences du revenu sur la santé	6
Les personnes à faible revenu au Canada	7
Politiques et programmes	8
Développement de la jeune enfance	11
L'importance du développement du jeune enfant et la santé	12
Politiques et programmes favorisant le développement sain du jeune enfant	13
La santé des Autochtones	17
Les Autochtones du Canada	18
État de santé des Autochtones du Canada	18
Principaux déterminants de la santé	19
Tendances politiques et besoins critiques	20
L'obésité	23
L'obésité et le fardeau de la maladie au Canada	24
L'ampleur du problème au Canada	24
Tendances relatives à la consommation alimentaire et à l'activité physique au Canada	25
Comment régler le problème de l'obésité?	26
Sommaire et conclusion	29
Trois sujets pour un nouveau message	30
Demande publique, volonté politique	31
Priorités futures	31

Pour obtenir d'autres renseignements

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

Institut canadien d'information sur la santé Bureau des commandes

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

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

Le Web, une mine de renseignements!

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

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



Introduction

Depuis l'introduction de l'assurance-maladie, notre système de santé est devenu, comme le hockey et la feuille d'érable, un signe distinctif des Canadiens. Lorsque la maladie frappe les Canadiens, nous sommes fiers de pouvoir dire que le revenu n'est pas un obstacle aux soins de santé de base. Mais des rapports sur le système de santé publiés dernièrement par les gouvernements fédéral et provinciaux indiquent que, pour améliorer la santé des Canadiens, il faudra compter sur un financement de l'extérieur du système de soins de santé. Les rapports soulignent que, pour réaliser des gains à long terme, nous devons comprendre les facteurs généraux qui influent sur notre santé.

Dans l'ensemble, les Canadiens sont relativement en bonne santé. À vrai dire, notre espérance de vie (plus de 79 ans en 2001) est l'une des plus élevées au monde. Mais, comme il est mentionné plus loin, on note des différences étonnantes dans l'état de santé de la population canadienne — des inégalités qui touchent tant les enfants que les adultes.

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* porte sur quatre perspectives différentes de l'état de santé de la population : les déterminants de base de la santé, le cours de la vie, l'expérience de différents groupes de population et la variété de problèmes de santé qui existent. On explore en profondeur un aspect clé de chacune des perspectives que l'ISPC croit primordiales pour la santé nationale à l'aube du 21^e siècle :

Le revenu

Le revenu détermine en grande partie la capacité des Canadiens à acheter les effets nécessaires à une vie saine. Il s'agit aussi d'un déterminant majeur et d'un indicateur des chances que les gens ont de participer à la société dans laquelle ils vivent et à laquelle ils appartiennent, une condition essentielle pour la santé.

Le développement de la jeune enfance

La jeune enfance est une période fondamentale pour la formation de la santé d'une personne. Un mauvais départ peut menacer ou retarder le développement et entraîner une série de résultats négatifs à l'âge adulte.

La santé des Autochtones

En général, les Autochtones du Canada sont en moins bonne santé que les autres Canadiens, et on remarque de grands écarts dans les états de santé entre les collectivités autochtones.

L'obésité

Au cours des deux dernières décennies, le nombre de Canadiens, jeunes et adultes, qui accusent un surpoids et sont obèses a augmenté. Cette tendance entraîne de graves répercussions sur la santé et les soins de santé.

Comme on l'explique dans ce rapport, il faudra examiner les décisions prises à l'extérieur du système de santé pour s'attaquer à ces enjeux. Les décisions comprennent la façon de faire fonctionner l'économie et les choix relatifs aux dépenses à partir de la richesse collective consacrées aux programmes publics, dont l'éducation, le soutien social, l'aide au revenu et les soins de santé. Bien des choix sont faits à l'extérieur du secteur de la santé — par exemple, par les ministères des finances, de l'éducation, des services sociaux, des ressources humaines, du logement et de la justice. Les choix des groupes communautaires, des écoles, des entreprises et d'autres jouent également un rôle important.

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* s'adresse à tous ceux qui désirent laisser leur marque dans le secteur de la santé au Canada ou comprendre les conséquences possibles sur la santé des mesures prises avec d'autres objectifs en tête.



Le revenu

De meilleures conditions socio-économiques se traduisent par un meilleur état de santé global. Les chercheurs qui étudient ce lien ont généralement recours au revenu comme marqueur des conditions socio-économiques et au taux de mortalité (espérance de vie et mortalité infantile) et de morbidité (maladie et incapacité) comme mesures de l'état de santé. Dans le rapport *Améliorer la santé des Canadiens*, le chapitre portant sur le revenu se divise en trois parties : un survol des conséquences du revenu sur la santé, une discussion des tendances dans la répartition du revenu au Canada, quelles sont les personnes à faible revenu ainsi qu'une étude de quelques politiques et programmes visant à améliorer les conditions socio-économiques.

Les conséquences du revenu sur la santé

En règle générale, les habitants des pays à revenu plus élevé vivent plus longtemps et en meilleure santé que les ceux des pays à plus faible revenu. Au-delà d'un certain seuil, cependant, les avantages d'accroître le revenu national par rapport à la santé diminuent.

Au cours des 25 dernières années, l'espérance de vie et le revenu moyen ont augmenté au Canada, mais les écarts dans l'état de santé entre les groupes de revenu persistent. Les Canadiens à plus faible revenu sont les plus susceptibles d'être en mauvaise santé.

L'ampleur de l'écart entre les groupes à faible revenu et à revenu élevé peut également avoir un effet sur l'état de santé. Certaines données indiquent que plus l'écart de revenu dans un pays ou une ville est restreint, plus la santé de la population est bonne. D'autres études, par contre, portent à croire que l'effet de l'inégalité du revenu sur la santé n'est pas automatique. D'après certains spécialistes, la santé varie selon les ententes à l'échelle institutionnelle et sociale — par exemple, l'accès à l'éducation publique et aux soins de santé publics — qui permettent d'amortir l'effet de l'inégalité du revenu.

Les Canadiens dans le quintile urbain le plus pauvre ont dû attendre jusqu'au milieu des années 1990 pour atteindre l'espérance de vie du quintile le plus riche il y a 25 ans.

Les personnes à revenu plus élevé bénéficient d'un taux d'espérance de vie plus élevé que celles à revenu moyen qui, à leur tour, ont une espérance de vie plus élevée que les gens à plus faible revenu.

La différence persistante et très répandue dans l'état de santé entre les divers groupes de revenu se nomme le gradient de la santé. Une importante enquête britannique, les études Whitehall, indique que même pour une population de fonctionnaires possédant un revenu et un emploi stables, l'état de santé était meilleur pour les employés à revenu plus élevé. D'autres facteurs rattachés au poste dans la hiérarchie professionnelle jouaient un rôle, dont le stress, le contrôle sur le travail ainsi que les habiletés d'adaptation.

Les personnes à faible revenu au Canada

Pour comprendre qui peut être à risque d'avoir un état de santé plus précaire, il est important de comprendre l'ensemble des tendances relatives au revenu au Canada. Les Canadiens reçoivent un revenu de deux principales sources : le revenu du « marché » (d'un emploi, d'un investissement, etc.) et le revenu de « transfert » (pensions publiques, assurance-emploi, aide sociale, etc.). En règle générale, plus le revenu familial est faible, plus la famille compte sur le revenu de transfert. En moyenne, le revenu des Canadiens augmente, mais pas pour tous.

Les niveaux de faible revenu au Canada ont chuté tous les ans de 1996 à 2001 :

- Moins de 8 % des familles comptant deux personnes ou plus avaient un faible revenu en 2001, une baisse par rapport aux 11 % enregistrés en 1996.
- De même, 32 % des femmes monoparentales avaient un faible revenu en 2001, un tiers de moins qu'il y a cinq ans.
- Le pourcentage des enfants vivant dans une famille à faible revenu a diminué tous les ans depuis 1996; en 2001, il était à son plus bas niveau depuis 1980.
- Même si le taux global du niveau de faible revenu diminue, le revenu moyen des

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

Le revenu d'emploi moyen des Canadiens en 2000 s'élevait à 31 757 \$, une hausse globale de presque 9 % depuis 1980. En mettant l'accent sur la moyenne, toutefois, on passe sous silence des écarts notables :

- Le nombre de personnes à revenu plus élevé (plus de 80 000 \$) a monté en flèche au cours des années 1990. La plupart de ces personnes faisaient partie des groupes d'âge plus élevés.
- Les personnes plus jeunes qui touchent un revenu (moins de 40 ans) n'ont pas connu d'augmentation du revenu moyen au cours des deux dernières décennies et certaines ont même connu une diminution.

familles à faible revenu est des milliers de dollars sous la barre du niveau du seuil de faible revenu (mesure la plus utilisée du faible revenu de Statistique Canada) et cet écart s'est accentué de 6 % au cours des années 1990.

Il ne s'agit pas nécessairement des mêmes personnes qui obtiennent un faible revenu d'un mois à l'autre ou d'une année à l'autre. Selon une étude, cependant, certains groupes sont plus à risque de toujours avoir un faible revenu : les parents seuls ayant au moins un enfant de moins de 18 ans, les personnes aux prises avec une invalidité de longue durée, les Autochtones vivant à l'extérieur des réserves, les récents immigrants et les célibataires âgés de 45 à 59 ans.

Le nombre de personnes à faible revenu diminue, mais bien des gens appartenant au groupe à revenu inférieur sont toujours très pauvres par rapport au reste des Canadiens.

La hausse de l'inégalité du revenu disponible

L'inégalité du revenu disponible (revenu après impôts et transferts) est demeurée relativement stable de 1980 à 1994; puis, elle a commencé à augmenter. Depuis 1994,

Politiques et programmes

On compte plusieurs politiques et programmes, portant notamment sur les soins de santé et l'éducation, qui contribuent à réduire le niveau de faible revenu, à diminuer l'inégalité du revenu

Dans le cas de l'ensemble de la richesse dans les 30 dernières années, les riches se sont enrichis et les pauvres se sont appauvris.

L'inégalité du revenu total et disponible a augmenté plus rapidement que l'inégalité du revenu du marché.

La hausse récente de l'inégalité du revenu disponible est apparente lorsque l'on examine les tendances de la répartition du revenu des ménages. De 1993 à 2001, le revenu moyen (après avoir tenu compte des transferts et après déduction des impôts) des familles dans le quintile supérieur a augmenté de 21 900 \$, une augmentation de 24 % par rapport à 1993. La hausse du revenu moyen des familles dans le quintile inférieur, toutefois, a été plus modeste, soit 1 800 \$ ou tout juste sous la barre des 10 % depuis 1993. L'écart en dollars entre ces deux groupes de revenu est passé de 72 800 \$ en 1993 à 92 900 \$ en 2001, une hausse de 28 %.

Le revenu actuel est insuffisant pour indiquer la capacité économique. Les gens possédant plus de richesse (plus de biens) comptent également plus de ressources pour faire face à une perte d'emploi, à une invalidité de longue durée, à un éclatement de la famille ou à d'autres crises. Au cours des 30 dernières années, les 10 % des ménages canadiens les plus riches ont accru leur avoir net de plus d'un demi-million de dollars tandis que les 10 % les plus pauvres ont connu une réduction de leur avoir net.

et à offrir un soutien aux personnes à faible revenu, y compris :

- **Les programmes qui permettent de prévenir ou de réduire le faible revenu et l'inégalité du revenu**, dont les programmes de transfert d'argent, les dispositions réglementaires sur le revenu ainsi que les politiques de l'impôt sur le revenu. Il s'agit, par exemple, des prestations publiques pour les aînés, les prestations pour enfants, les allocations familiales, les programmes d'aide sociale, les programmes rattachés aux revenus, dont les prestations en cas d'invalidité ou de maladie, les lois relatives au salaire minimum et les dispositions relatives au soutien d'un enfant.
- **Les programmes qui permettent d'appuyer les gens qui sont déjà à faible revenu** afin de promouvoir activement, de créer ou d'assurer leur indépendance. Il s'agit, par exemple, des programmes d'acquisition de compétences professionnelles et de développement économique dans les collectivités; des soins éducatifs à la petite enfance; du soutien en matière de nutrition prénatale; des visites à domicile et du personnel infirmier; de l'appui offert aux enfants en bas âge, aux enfants d'âge préscolaire et scolaire.

La politique publique est importante. Les programmes et politiques qui jouent un rôle sur le revenu et la répartition du revenu peuvent avoir un effet sur la santé.

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

La politique sur l'impôt et les programmes de transfert du revenu ont grandement permis de réduire le nombre d'ânés à faible revenu au Canada. Comme en fait foi l'expérience auprès des ânés et celle d'autres pays, les programmes d'impôt et de transfert du gouvernement pourraient permettre de réduire considérablement le taux de personnes à faible revenu chez d'autres groupes, notamment les enfants et les familles.

De telles politiques, en particulier si elles sont jumelées à des mesures visant à assurer le succès du rôle parental et du développement

Aînés

Le Canada a connu plus de succès à réduire le taux de faible revenu chez les ânés et il fait bonne figure à ce chapitre par rapport à d'autres pays. Les programmes canadiens ont permis de réduire le taux de 90 % chez les ânés au début des années 1990.

Familles ayant des enfants

Bien des pays ont recours aux prestations pour enfants, aux allocations familiales, aux transferts et à l'impôt pour réduire le taux de faible revenu des familles ayant des enfants. L'engagement de certains pays est plus ferme que celui du Canada. Dans les années 1990, par exemple, le taux de pauvreté chez les enfants avant les transferts et l'impôt, était relativement semblable au Canada (24,6 %), en France (28,7 %) et en Suède

Même si divers facteurs ont des conséquences sur le taux de faible revenu, les politiques du gouvernement jouent un rôle essentiel.

de la jeune enfance (voir « Développement de la jeune enfance »), peuvent améliorer l'état de santé des enfants et des familles.

Même si divers facteurs jouent un rôle sur le taux de faible revenu, les politiques gouvernementales sont primordiales. Grâce aux programmes sur l'impôt et du transfert du revenu, le Canada a pu réduire, au cours des années 1990, son taux global de faible revenu de 30 % par rapport au pourcentage qui aurait probablement été observé en l'absence de telles politiques. Au cours de la même période, le taux a été réduit de seulement 11 % aux États-Unis. Toutefois, beaucoup d'autres pays ont pu réduire davantage le taux de faible revenu s'y rattachant. En Belgique, le taux a diminué de presque 80 % au cours de la même période.

On note des écarts concernant le succès du Canada à réduire le taux de faible revenu chez certaines populations.

(23,4 %). Grâce à l'adoption de politiques sur les transferts et l'impôt, la France et la Suède ont réussi à réduire ces taux (à 7,9 % et 2,6 %, respectivement) nettement plus qu'au Canada où le taux a été réduit à 15,5 %.

Familles monoparentales

L'importance des prestations pour enfants sont particulièrement manifestes lorsque l'on examine la situation des familles monoparentales. Sans intervention du gouvernement par le truchement du système d'impôt et des programmes de transfert, les familles monoparentales seraient plus susceptibles d'avoir un faible revenu. L'impôt et les transferts peuvent permettre de réduire considérablement cette probabilité.

Les programmes qui offrent un appui et favorisent l'indépendance

Les programmes communautaires d'aide à l'emploi peuvent être efficaces pour offrir un soutien aux personnes à faible revenu et accroître le niveau d'emploi et de revenu chez les prestataires d'aide sociale.

Des projets pilotes ayant servi à accroître le revenu et les chances d'emploi des parents bénéficiant d'une aide sociale affichent des résultats positifs. Par exemple, les programmes relatifs au revenu garanti ont permis de réduire le taux de faible

Ce chapitre est sans équivoque : le revenu est important pour la santé. Comme l'indiquent les données comparatives sur le rôle du système d'impôt gouvernemental et les programmes de transfert de revenu, la politique publique à cet égard est importante pour la répartition du revenu.

Les exemples de programmes de prestations pour enfants et d'aide à l'emploi présentés dans le chapitre sur le revenu du rapport *Améliorer la santé des Canadiens* indiquent que les efforts de collaboration entre les secteurs, déployés sur de longues périodes, peuvent être efficaces.

revenu et d'accroître, dans certains cas, le taux d'emplois. Des chercheurs ont observé les résultats d'un projet à Gary, en Indiana, qui a permis d'accroître le poids à la naissance des bébés nés dans une famille bénéficiant d'un supplément spécial au revenu et cette situation serait attribuable au fait que les mères ont amélioré leur régime alimentaire.



Développement de la jeune enfance

Les premières années de la vie, de la conception à l'âge scolaire, sont cruciales pour le développement humain. Les premières expériences de vie d'une personne jouent un rôle important sur ses aptitudes d'apprentissage, ses habiletés d'adaptation, sa résilience ainsi que son état de santé à l'âge adulte. Elles sont influencées par la génétique, mais également par les plus vastes déterminants de la santé, y compris les conditions socio-économiques et l'environnement physique. Les programmes qui répondent aux besoins de base des enfants peuvent grandement améliorer les chances de grandir et de se développer.

L'importance du développement du jeune enfant et la santé

Le développement sain du jeune enfant est tributaire de plusieurs facteurs : une bonne alimentation, une bonne santé (pour la mère et l'enfant), l'efficacité du rôle parental, un solide appui social et la stimulation de l'interaction avec les autres à l'extérieur du foyer.

Accord sur le développement de la petite enfance au Canada

Les décideurs canadiens reconnaissent l'importance du développement du jeune enfant pour la santé, ce qui est reflété dans *l'Accord sur le développement de la petite enfance* que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont conclu en septembre 2000.

Les premières expériences de l'enfant ont d'importantes conséquences sur la santé tout au long de la vie.

L'importance du développement du jeune enfant est soulignée par le fait qu'un mauvais départ dans la vie non seulement menace ou retarde le développement, mais peut susciter également une série de problèmes plus tard. Le piètre développement du jeune enfant peut restreindre le développement du cerveau; réduire le développement du langage, la capacité à communiquer, l'alphabétisme et causer des problèmes physiques et mentaux tout au long de la vie.

Comme en fait foi le chapitre sur le revenu, le revenu familial affecte la santé des enfants. Les taux de mauvaise santé, d'hyperactivité et de retard dans le développement du vocabulaire sont plus élevés chez les enfants vivant dans une famille à faible revenu que chez les enfants d'une famille à revenu moyen ou élevé. Ces résultats persistent bien souvent jusqu'à l'âge adulte.

Le revenu n'est toutefois pas le seul prédicteur du développement tardif. Les enfants aux prises avec des problèmes cognitifs et comportementaux, peu importe le revenu familial, peuvent avoir des chances réduites de vivre un développement optimal.

En vertu de cet accord, les gouvernements se sont engagés à améliorer la santé physique et émotionnelle des enfants, leur sécurité, leur disposition à apprendre, l'engagement et la responsabilité du point de vue social. Ils ont également convenu de rendre compte des résultats à intervalles réguliers. Le premier rapport, publié à l'automne 2002, indique que quatre bébés sur cinq avaient un poids santé à la naissance et que quatre enfants sur cinq de la naissance à 3 ans avaient reçu ou recevaient le sein. De plus, neuf enfants sur dix jusqu'à trois ans avaient un développement moteur et social moyen à avancé. Il reste toutefois beaucoup à faire. Vus sous un autre angle, les mêmes chiffres indiquent qu'un enfant sur cinq peut devoir faire face à des problèmes de santé en raison d'un poids insuffisant à la naissance, un enfant sur cinq n'est jamais allaité et un sur 10 est confronté à un développement moteur et social inférieur à la moyenne.

Politiques et programmes favorisant le développement sain du jeune enfant

Des interventions précoces peuvent modifier la trajectoire de toute une vie des enfants qui sont nés dans une famille à faible revenu ou qui sont privés des occasions de grandir et de se développer offertes aux enfants issus d'une famille plus aisée. Ces données proviennent d'évaluations de vastes programmes publics et de projets expérimentaux plus modestes. Selon des études canadiennes et américaines, le rendement économique découlant de l'investissement dans les jeunes enfants peut être élevé.

Le fait de se pencher sur trois grands secteurs devrait permettre d'améliorer les résultats sur le développement du jeune enfant au Canada :

1. Un revenu adéquat et équitable
2. De bons parents et de bonnes familles
3. Des milieux communautaires favorables

De bons parents et de bonnes familles

Divers programmes et politiques peuvent encourager et appuyer le rôle parental et, par conséquent, renforcer les familles. Voici quatre approches :

- **Congés parentaux et familiaux**

La décision du gouvernement fédéral de prolonger le congé parental de 10 à 35 semaines (pour les personnes admissibles à l'assurance-emploi) place les pratiques du Canada au rang des meilleures en ce qui concerne la durée du congé. Cette politique a permis de modifier les comportements parentaux et elle est considérée comme étant généralement positive pour le développement de l'enfant. En 2001, le temps moyen que les mères salariées, bénéficiaires de prestations de maternité ou parentales, ont consacré (ou prévoyaient consacrer) à l'extérieur du travail est passé de six à 10 mois en 2000. De plus, plus de nouvelles mères ont reçu des prestations parentales en 2001 qu'en 2000, ce qui peut être attribuable à la réduction du nombre d'heures requis

Plusieurs programmes et services sont efficaces pour améliorer les résultats sur le développement du jeune enfant.

Revenu adéquat et équitable

Des programmes et des politiques visant à s'assurer que les familles ont un revenu adéquat et équitable peuvent permettre de traiter les effets potentiels du revenu et de l'inégalité du revenu sur le développement de l'enfant. On approfondit la question des prestations pour enfants et des allocations familiales au Canada et dans d'autres pays dans le chapitre sur le revenu.

pour recevoir des prestations d'assurance-emploi. Les pères étaient également plus susceptibles de s'absenter : les demandes sont passées de 3 à 10 %. L'absence des mères qui ne recevaient pas de prestations de maternité ni parentales est demeurée à quatre mois.

Certaines provinces garantissent d'autres formes de congés pour raisons familiales dans le cas des enfants.

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

Des services de haute qualité aux jeunes enfants peuvent atténuer certains des effets négatifs vécus par les enfants provenant d'un milieu défavorisé. Parmi quelques exemples américains, mentionnons les initiatives *Early Head Start* et *Abecedarian Early Childhood*.

- L'initiative *Early Head Start* a une vaste portée (plus de 700 programmes) qui offre des programmes de qualité aux familles et aux enfants à faible revenu, y compris des services sur l'acquisition d'aptitudes pour les parents et des services complets sur le développement de l'enfant qui sont offerts dans un centre, au foyer ou aux deux endroits. Des enfants de trois ans inscrits à ce programme ont des résultats nettement supérieurs par rapport à ceux des groupes de contrôle en ce qui concerne le développement cognitif et émotionnel. Les enfants participant à un programme dans un centre en profitent le plus.

- **Éducation et accueil en établissement aux jeunes enfants**

Les programmes d'éducation et de soins en établissement offrent manifestement des avantages aux enfants et ceux provenant d'un milieu à faible revenu en bénéficient le plus. Selon diverses études, voici les trois éléments servant à définir des soins de qualité : un faible ratio entre les enfants et les adultes, du personnel bien formé comptant une spécialisation, des installations et de l'équipement qui offrent des activités stimulantes. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a recommandé que l'on investisse davantage dans l'éducation et les soins offerts aux jeunes enfants. De plus, les centres américains pour le contrôle des maladies ont fortement recommandé l'adoption de programmes publics offerts en établissement pour le développement du jeune enfant afin de réduire les retards de développement cognitif chez les enfants de 3 à 5 ans vivant dans une famille à faible revenu.

Même si la politique sur les congés parentaux du Canada est maintenant digne des meilleures pratiques au chapitre de la durée des congés, le pays est dépourvu de stratégie nationale coordonnée pour l'éducation et les soins offerts aux jeunes enfants. À l'échelle canadienne, on note divers programmes et politiques et les besoins de tous les enfants et des familles ne sont pas tous comblés.

- Dans le cadre du programme *Abecedarian Intervention*, on a comparé des enfants provenant d'une famille à faible revenu et bénéficiant de services préscolaires intensifs à ceux d'un groupe de contrôle. On a assuré de manière périodique le suivi des enfants faisant partie du programme et de ceux des groupes de contrôle. Les enfants appartenant au programme ont obtenu de façon constante de meilleurs résultats à l'aide de mesures types de l'intelligence et de réalisations et, à 21 ans, étaient plus susceptibles d'avoir suivi un programme collégial de quatre ans.

Bien des pays développés investissent davantage que le Canada dans les soins offerts aux enfants et le développement du jeune enfant. Le Canada n'est pas doté de politiques ni de stratégies nationales sur l'éducation et les soins offerts aux jeunes enfants; de plus, l'accès aux soins et la qualité des soins varient largement à l'échelle du pays. Comme bien d'autres pays de l'OCDE, toutefois, le Canada entend investir davantage dans l'éducation au jeune enfant en raison des avantages s'y rattachant. Les municipalités, les provinces et les territoires ont mis sur pied divers programmes. Dans le budget fédéral de février 2003, on a aussi annoncé un financement de 935 millions de dollars

sur cinq ans pour les provinces, les territoires et les Premières nations afin d'accroître l'accès à des soins de qualité pour les enfants, en particulier pour les familles à faible revenu et les familles monoparentales.

- **Programmes de détection précoce et d'intervention**

Le Canada compte certains exemples de longue date de politiques et de programmes de détection précoce et d'intervention visant les femmes et les enfants défavorisés. Par exemple, le dispensaire diététique de Montréal a amorcé ses activités dans les années 1960 afin d'améliorer l'issue des grossesses chez les urbaines défavorisées sur le plan social. En 1991, seulement 5 % des bébés nés de ces femmes avaient un faible poids à la naissance; c'est la moitié moins que la norme pour cette population. Une étude axée sur le budget du programme de 1997 indique que pour chaque dollar consacré à une cliente du dispensaire, on économisait 8 \$ en soins de santé.

Les visites à domicile représentent l'une des plus anciennes formes de politique publique pour les familles. À titre d'exemple, mentionnons le programme Naître égaux — Grandir en santé de Montréal qui a donné des très bons résultats chez les nouvelles mères : taux moins élevés de dépression postnatale, moins d'anémie, meilleures habitudes alimentaires et taux plus élevés d'allaitement maternel ou de recours à des substituts de qualité. Le Programme canadien de nutrition prénatale a vu le jour en 1994 afin de réduire le taux des nouveau-nés ayant un poids insuffisant, d'améliorer leur santé et celle de leur mère et de promouvoir l'allaitement maternel. Plus de 95 % des projets visent les femmes enceintes à risque élevé. Les projets varient selon les besoins locaux et les premiers résultats indiquent une augmentation du taux d'allaitement maternel.

Milieus communautaires favorables

Les programmes de mobilisation communautaire au Canada varient en grande partie parce qu'ils sont conçus pour répondre aux besoins de certains secteurs ou de certaines populations. De tels programmes — tant les initiatives publiques que privées — s'appuient dans une large mesure sur l'initiative communautaire. Le projet de recherche Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur et le programme d'action communautaire pour les enfants de la région de Waterloo représentent deux exemples qui favorisent un milieu communautaire positif.

- Le projet Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur a été mis sur pied en Ontario en 1990. Il s'agit d'un projet de recherche de 25 ans visant à démontrer l'efficacité de la prévention en tant que politique pour les enfants. Il a été établi à huit endroits dans la province. On a mesuré les résultats en fonction des enfants, des parents et familles, des quartiers et des écoles. Les conclusions de l'évaluation soulignent que le programme a contribué à susciter, chez les résidents des régions, une participation communautaire active et à établir des partenariats significatifs avec d'autres organismes de services.
- Le programme d'action communautaire pour les enfants de la région de Waterloo oriente les ressources vers les enfants d'âge préscolaire vivant dans des conditions à risque et englobe des activités pour les enfants, les parents et les familles ainsi que des activités de développement communautaire. En règle générale, les participants ont évalué le programme comme étant « excellent » et ont déclaré qu'il a eu des retombées sur leurs enfants, leurs compétences parentales et les liens à l'échelle communautaire.

Les premières expériences de l'enfant sont cruciales pour assurer le succès et le plein potentiel du développement humain. Les données relatives aux politiques et aux programmes sur le développement du jeune enfant sont prometteuses. Des spécialistes ont remarqué que les programmes efficaces semblent avoir certains principes et caractéristiques en commun : qualité; portée, globalité, durée, moment et intensité propices; disponibilité et accessibilité; engagement communautaire; responsabilisation.

On pourrait adopter des stratégies, des politiques et des programmes efficaces pour assurer un développement sain du jeune enfant tout en approfondissant la recherche pour enrichir nos connaissances sur la meilleure façon d'améliorer les mesures qui permettent d'appuyer de bons résultats.



La santé des Autochtones

Les conditions sociales, économiques et environnementales ont eu un effet marquant sur la santé des Autochtones au Canada. Les négociations de traités, la perte de territoires au profit des pionniers, l'organisation du pouvoir et de la gouvernance ainsi que la prestation de services, dont l'éducation et la santé, ont eu de lourdes retombées sur la vie, la culture et la santé des Autochtones et des collectivités. Les principaux déterminants de la santé pour les Autochtones sont semblables à ceux qui touchent l'ensemble de la population canadienne, mais les chercheurs autochtones relèvent bien souvent des facteurs particuliers. Il s'agit notamment du colonialisme et de l'héritage des pensionnats, du pouvoir communautaire et de l'autodétermination ainsi que les effets du changement climatique et des contaminants de l'environnement sur la santé des Inuits.

Les Autochtones du Canada

Au Canada, on entend par « Autochtones » les peuples des Premières nations, les Métis ainsi que les Inuits. Selon le recensement de 2001, plus d'un million de personnes ont une ascendance autochtone au Canada — environ 4 % de la population canadienne. La plupart des données existantes sur la santé des Autochtones proviennent seulement des chiffres sur les Indiens de plein droit. Ce facteur peut causer des problèmes lorsqu'on essaie de comprendre la santé globale des Autochtones du Canada.

Les peuples autochtones se composent des Premières nations, des Métis et des Inuits

Premières nations

Les peuples des Premières nations, qui regroupent environ 50 groupes distincts sur le plan culturel et linguistique, comptent pour approximativement 62 % de la population autochtone au Canada. Il s'agit des membres inscrits au titre de la *Loi sur les Indiens* (Indiens de plein droit ou inscrits) ainsi que ceux qui ne sont pas inscrits. En 2000, 58 % des Premières nations de plein droit vivaient sur une réserve.

Inuits

Les Inuits comptent pour environ 5 % de la population autochtone au Canada. La plupart vivent dans 55 collectivités, qui sont presque toutes des collectivités côtières accessibles seulement par voie aérienne. Environ la moitié des Inuits vivent au Nunavut et le reste dans l'Ouest arctique, le nord du Québec et le nord du Labrador. La culture ainsi que la langue inuites sont bien ancrées et 65 % des Inuits vivant dans l'Arctique s'expriment en inuktitut.

Métis

Les Métis comptent pour environ 30 % de la population autochtone du Canada. Les hommes européens et les femmes des Premières nations sont les ancêtres des Métis d'aujourd'hui, mais leur progéniture a établi une identité unique ainsi que leur propre langue, soit le michif. Pour les Métis, il existe actuellement peu de données précises, notamment sur la santé.

Les Autochtones reconnaissent l'identité culturelle comme étant fondamentale à leur santé et leur bien-être

La culture, la langue et les traditions composent la vision holistique de la santé qu'ont les Autochtones du Canada. Tout comme dans de nombreuses indigènes dans le monde, le bien-être est reconnu comme une interaction complexe entre des facteurs physiques, mentaux, intellectuels, spirituels et émotionnels.

État de santé des Autochtones du Canada

Les données suivantes dressent un certain tableau de l'état de santé des Autochtones :

- La durée de vie moyenne des femmes inuites est inférieure de plus de 14 ans à celle des femmes non autochtones tandis que pour les hommes, l'écart comparable est supérieur à six ans. En moyenne, les Premières nations et les Inuits vivent de cinq à 10 ans moins longtemps que les non-Autochtones.
- Le taux de mortalité infantile chez les Premières nations vivant sur les réserves ainsi que les Inuits est de deux à trois fois plus élevé que le taux pour l'ensemble des Canadiens.

L'espérance de vie des Autochtones s'est améliorée, mais leur état de santé, comme l'indiquent l'espérance de vie et bien d'autres mesures sur la santé, est nettement plus précaire que celui de l'ensemble des Canadiens.

- Au Nunavut, le taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) lié à des blessures accidentelles est presque quatre fois supérieur au taux national. Le taux d'APVP lié au suicide est plus de sept fois supérieur au taux canadien, selon des données de 1996.
- Les blessures sont la principale cause des décès prématurés chez les Premières nations vivant sur une réserve, avec un taux quatre fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population canadienne.

Principaux déterminants de la santé

En général, les conditions sociales, économiques et environnementales des Autochtones sont plus précaires que celles des non-Autochtones. Ces conditions peuvent avoir de lourdes retombées sur la santé. Il s'agit notamment de l'éducation, de la situation de travail, du revenu, du logement, de la canalisation d'aqueduc et d'égout et de l'accès à des choix nutritionnels abordables.

Voici certains déterminants sociaux et économiques :

- **Éducation, emploi et revenu**
La moyenne du niveau de scolarité est inférieure pour les Autochtones, moins d'Autochtones travaillent et leur revenu moyen est inférieur. Les conditions sociales et économiques plus précaires auxquelles les Autochtones sont confrontés peuvent contribuer à leur moins bon état de santé par rapport aux non-Autochtones au Canada.
- **Logement**
En 1996, 34 % des ménages hors-réserve des Premières nations, 27 % des ménages métis et 33 % des ménages inuits faisaient face à des besoins impérieux en matière de logement — c'est-à-dire qu'ils vivaient dans un logement qui ne répondait pas aux normes acceptées par la Société canadienne d'hypothèques et de logement en ce qui concerne le caractère adéquat du logement, l'adaptation ou l'abordabilité. Le taux s'établit à 18 % pour les ménages non autochtones aux prises avec des besoins impérieux en matière de logement. De piètres conditions de logement suscitent

bien des problèmes de santé. Les peuples autochtones vivent souvent dans des logements encombrés. Le taux de tuberculose augmente avec le nombre de personnes par pièce dans un logement. Dans les années 1990, le taux de tuberculose pour les collectivités des Premières nations était au moins sept fois plus élevé que le taux canadien global.

Les Autochtones désignent l'héritage des pensionnats comme un déterminant unique de la santé. Le changement climatique, les contaminants de l'environnement ainsi que le pouvoir communautaire et l'autodétermination représentent également des facteurs qui ont un effet sur la santé des Autochtones.

- **L'héritage des pensionnats**
Selon les estimations de la Fondation autochtone de guérison, 93 000 anciens élèves des pensionnats sont toujours vivants aujourd'hui. Le système des pensionnats a officiellement vu le jour en 1892 et, même si la plupart ont cessé d'exister au milieu des années 1970, le dernier pensionnat fédéral au Canada a fermé ses portes en 1996. Les enfants ont été retirés de leur foyer et placés dans un établissement isolé financé par le gouvernement fédéral dont l'exploitation était largement assurée par l'église. La plupart des chercheurs qui ont documenté les conditions des pensionnats indiquent une carence physique, affective et intellectuelle dans ces milieux, d'où la présence d'effets intergénérationnels sur les familles et la culture autochtones. D'après deux sondages menés récemment par l'Organisation nationale de la santé autochtone, 68 % des répondants des Premières nations et 62 % des répondants métis ont indiqué que les effets néfastes des pensionnats ont largement contribué à la précarité de leur état de santé.
- **Le changement climatique, les contaminants et les Inuits**
L'état de l'environnement physique ainsi que les effets du changement climatique mondial touchent tous les Canadiens. L'environnement est particulièrement important pour les Inuits, car il est au cœur de leur vie — la récolte et la nourriture traditionnelle. Les recherches portent à croire que des changements considérables

se produisent déjà dans le Nord. Ces changements pourraient avoir des incidences négatives directes sur la santé des Inuits, y compris l'exposition à des conditions thermiques extrêmes, à des changements relatifs aux conditions atmosphériques et à une exposition accrue aux rayons ultraviolets.

Les Inuits sont également touchés par les contaminants de l'environnement qui se sont accumulés dans la faune arctique. Par exemple, selon une étude en 1997, plus de 50 % des Inuits vivant dans une collectivité

Une collectivité des Premières nations du Manitoba, Hollow Water, qui a décidé de contrôler le problème de l'abus sexuel, a réussi à améliorer le bien-être de la collectivité en réduisant les agressions sexuelles en série. On a mis sur pied en 1989 un processus de guérison qui mise sur la responsabilisation des abuseurs auprès de leurs victimes, des familles et de la collectivité. Depuis, seulement deux des 107 clients ont récidivé. Ce taux est nettement moindre que les 13 % d'agressions sexuelles en série pour l'ensemble du Canada. Parmi les autres changements dans la collectivité, mentionnons l'augmentation

Plusieurs initiatives sont en cours pouvant contribuer à améliorer la santé des peuples autochtones.

sur l'île de Baffin étaient exposés à des niveaux de mercure, de toxaphène et de chlordane présents dans leur alimentation dont les niveaux de consommation quotidienne excédaient le taux de tolérance établi par Santé Canada et l'Organisation mondiale de la Santé. En 2003, les mères inuites avaient un niveau de pesticide qui était de six à 12 fois plus élevé que celui d'autres groupes ethniques.

- **Pouvoir communautaire et, autodétermination**

Le gouvernement fédéral a reconnu que le manque de contrôle de certains peuples autochtones sur d'importants aspects de la vie peut contribuer à leur mauvaise santé. Selon une étude des Premières nations en Colombie-Britannique, le taux de suicide chez les jeunes était nettement moins élevé dans les collectivités qui œuvrent activement à préserver et à promouvoir les pratiques culturelles. Dans le cadre de cette étude, on a eu recours à six indicateurs de contrôle : autogestion de la collectivité, pouvoir sur les assises territoriales traditionnelles, présence d'écoles gérées par les bandes, contrôle communautaire sur les services de santé, présence d'aménagements culturels et pouvoir sur les services de police et d'incendie. Dans les collectivités dépourvues de ces caractéristiques, le taux de suicide chez les jeunes s'élevait à 138 par 100 000 habitants. Dans les communautés dotées de ces six fonctions, on ne comptait pratiquement aucun suicide.

du nombre de personnes qui terminent leurs études, de meilleures compétences parentales, un sentiment de sécurité, un retour aux cérémonies traditionnelles et une diminution de la violence.

Tendances politiques et besoins critiques

La Commission royale sur les peuples autochtones de 1996 ainsi que la réponse du gouvernement fédéral, *Rassembler nos forces : le plan d'action du Canada pour les questions autochtones*, ont reconnu qu'il faut des changements structureux à long terme pour améliorer l'état de santé. À court terme, le gouvernement a recommandé d'apporter des changements au système de santé, dont confier les leviers de commande aux Autochtones. On a consacré 350 millions de dollars pour financer plusieurs interventions : l'établissement de nouvelles institutions, un programme élargi d'éducation préscolaire, d'autres projets d'aqueduc et d'égout, un fond d'innovation sur le logement ainsi que l'enrichissement des données sur la santé.

Les politiques élaborées depuis 1996 englobent des mesures à l'échelle nationale et locale.

Échelle nationale

- Établissement de nouvelles institutions**
 L'Organisation nationale de la santé autochtone, mise sur pied en 2000, est un organisme conçu et contrôlé par les Autochtones. La même année, on a créé l'Institut de la santé des Autochtones (l'un des 13 instituts faisant partie des Instituts de recherche en santé du Canada). La Fondation autochtone de guérison a vu le jour en 1998 pour lutter contre les effets du système de pensionnat.
- Initiatives visant à combler le manque de données sur la santé des Autochtones**
 L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations de 1997 et de 2002-2003 représente le premier sondage sur la santé effectué entièrement par et pour les Autochtones. L'Enquête auprès des peuples autochtones menée par Statistique Canada (effectuée pour la première fois en 1991) a permis d'ajouter un complément sur les Inuits et les Métis en 2001. En 2002, le gouvernement fédéral a proposé l'établissement d'un Institut de la statistique des Premières nations.

Échelle locale et communautaire

- Transfert du pouvoir et du contrôle aux peuples autochtones**
 Le développement à l'échelle locale le plus marquant a été le transfert des pouvoirs des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le cas des services offerts aux peuples autochtones (principalement aux Premières nations et aux Inuits). On a pu y parvenir grâce aux règlements des revendications sur l'autonomie gouvernementale et sur les territoires. L'autre moyen a été assuré d'une façon fragmentée par des ententes de transferts, principalement en matière de services sociaux et de santé. Au mois

de mars 2001, 83 % des collectivités des Premières nations participaient au Programme de transfert des services de santé de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Selon une analyse d'étude de cas menée en 2002, l'Organisation nationale de la santé autochtone indique que le transfert de contrôle sur les services de santé a été couronné de succès dans plusieurs collectivités. Voici certains des principaux facteurs de succès : propriété et contrôle autochtones, concentration sur les soins primaires, liens avec le système de santé provincial, prestation de services intégrés, point de mire holistique et intégration des approches traditionnelles dans les soins généraux. Deux exemples sont présentés ci-dessous :

- La Première nation Eskasoni de la Nouvelle-Écosse a pris le contrôle des services de santé en 1999 et elle a apporté des changements notamment par la construction d'un nouveau centre de santé; la diversification de l'équipe de soins primaires pour y inclure une infirmière de soins primaires, des infirmières de santé communautaire, un coordonnateur de soins prénatals, un éducateur en matière de santé/nutritionniste et un pharmacien; l'embauche de médecins salariés plutôt que d'avoir recours à un omnipraticien facturant des honoraires à l'acte. On a ainsi pu constater une réduction du nombre de consultations en urgence, des économies pour le budget consacré au transport du personnel médical, car plus de patients sont traités à l'échelle locale, une nette amélioration des soins prénatals et une augmentation multipliée par huit des renvois à l'éducateur en matière de santé/nutritionniste. Il reste à déterminer les avantages et les coûts à long terme.

Il faut mieux comprendre l'état de santé des Autochtones et les facteurs qui contribuent à son amélioration afin d'éclairer les décisions sur l'adoption de politiques et de programmes judicieux.

- Un conseil de santé communautaire a vu le jour en 1997 pour les quatre peuplements métis dans le nord-est de l'Alberta afin de collaborer avec l'autorité sanitaire régionale en vue d'améliorer les services de santé. Des évaluations préliminaires ont révélé ce qui suit : amélioration de l'accès aux services de santé mentale et à d'autres services; amélioration du taux d'immunisation, de l'allaitement maternel et de la santé bucco-dentaire; meilleures connaissances des questions rattachées à la santé; dépistage précoce, tests et traitements améliorés du diabète.

La santé des Autochtones est plus précaire que celle de la moyenne canadienne. Selon les données sur les déterminants de la santé, pour améliorer l'état de santé des Autochtones, il faudra adopter des mesures portant sur des déterminants plus vastes de la santé, y compris le logement et les problèmes environnementaux, ainsi que sur les obstacles à l'éducation, l'emploi et l'autodétermination. Une des principales difficultés consiste à équilibrer la nécessité de faire face à des problèmes sociaux et de santé urgents et la nécessité de se pencher sur les déterminants sous-jacents à la santé. Il existe également des besoins prioritaires en matière d'information, dont l'information sur l'incidence et la prévalence de divers problèmes et maladies et les données sur l'état de santé des Métis et des Inuits.



L'obésité

Au cours des deux dernières décennies, le taux d'obésité dans la population canadienne a augmenté de façon marquée. L'Organisation mondiale de la Santé a reconnu le nombre croissant de problèmes d'obésité comme étant une épidémie mondiale nécessitant l'adoption de mesures immédiates. Les causes comportementales du surpoids et de l'obésité sont bien connues — la consommation excessive d'aliments et le manque d'exercice physique. Mais les campagnes publicitaires abondantes ainsi que l'accès facile à des aliments et à des boissons peu coûteux, à teneur élevée en calories et à faible teneur en éléments nutritifs, peuvent influencer nos choix alimentaires. Dans le même ordre d'idées, les niveaux d'activité peuvent être influencés par divers facteurs, dont l'accès communautaire à des installations récréatives. Bref, les preuves existantes semblent indiquer que l'épidémie rattachée à l'obésité repose certainement sur de grands mouvements sociaux et environnementaux, dont la mondialisation des marchés d'alimentation, moins d'efforts physiques exigés par le travail, l'urbanisation, l'utilisation accrue des moyens de transport automatisés, des techniques qui font gagner du temps à la maison ainsi que des loisirs passifs.

L'obésité et le fardeau de la maladie au Canada

Des études font un lien entre l'obésité et d'importantes maladies chroniques évitables, y compris le diabète type 2, les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension, les accidents cérébrovasculaires, les maladies de la vésicule biliaire et certains cancers. De nouvelles recherches menées pour le présent rapport indiquent que le risque

Enfants

De 1980 à 2001, le taux de surpoids et d'obésité chez les enfants âgés de 7 à 13 ans a augmenté de 1,5 à 5 fois. Par exemple, seulement 2 % des filles étaient obèses en 1981, mais on en comptait 10 % en 2001. Chez les garçons, 9 % accusaient un surpoids en 1981, mais on en comptait 20 % en 2001. Les dernières données portent à croire que le taux d'obésité chez les enfants peut s'être stabilisé.

L'obésité est liée à un large éventail de maladies chroniques chez les adultes et les enfants. Des données indiquent qu'elle peut réduire considérablement l'espérance de vie.

d'être victime de diabète est jusqu'à 10 fois plus élevé chez les adultes obèses d'âge moyen par rapport aux adultes d'âge moyen ayant un poids normal. De plus, des données américaines portent à croire que les tendances actuelles relatives au surpoids et à l'obésité pourraient compter pour 14 % des décès à la suite d'un cancer chez les hommes et de 20 % chez les femmes. De plus, les enfants et les adolescents obèses sont plus à risque de souffrir d'hypertension et de cholestérol élevé, deux facteurs de risque dans le cas des maladies cardiaques.

L'ampleur du problème au Canada

Adultes

D'après les données autodéclarées en 2001-2001, plus de 6 millions d'adultes âgés de 24 à 64 ans avaient un surpoids et presque 3 millions étaient obèses. Le taux variait entre les hommes et les femmes en 2000-2001 : plus d'hommes (56 %) que de femmes (39 %) ont déclaré avoir un surpoids ou être obèses.

Les différences géographiques

Adultes

Le taux d'obésité a augmenté dans tous les territoires et provinces de 1994-1995 à 2000-2001. Sauf pour le Québec et le Yukon, chaque province et territoire comptait des régions sanitaires où le taux d'obésité était nettement plus élevé que celui de la moyenne nationale, soit 14,9 %. Dans quelques provinces et territoires, la plupart des régions sanitaires avaient un taux d'obésité plus élevé que la moyenne — Territoires du Nord-Ouest, Nunavut, Saskatchewan, Manitoba, Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick.

Enfants

Les enfants du Canada Atlantique étaient plus susceptibles d'avoir un surpoids tandis que ceux des provinces des Prairies étaient à moindre risque par rapport au reste du pays.

Au cours des deux dernières décennies, le taux de surpoids et d'obésité a plus que doublé chez les adultes canadiens et a pratiquement triplé chez les enfants. Les dernières données portent à croire que le taux d'obésité chez les enfants peut s'être stabilisé.

Le taux de surpoids et d'obésité varie selon le revenu, mais le rapport est différent pour les hommes que pour les femmes

Chez les hommes, la probabilité d'avoir un surpoids ou d'être obèses augmente avec le revenu. On compte 61 % d'hommes ayant un revenu de 80 000 \$ ou plus souffrant d'embonpoint ou d'obésité par rapport à 49 % des hommes qui gagnent 15 000 \$ ou moins.

Chez les femmes, on observe une tendance inverse. Seulement 34 % des femmes ayant un revenu de 80 000 \$ ou plus sont victimes d'embonpoint ou d'obésité par rapport à 43 % des femmes faisant partie de la catégorie de revenu la moins élevée.

Chez les enfants âgés de 2 à 11 ans, ceux vivant dans des familles à faible revenu étaient 1,5 fois plus susceptibles d'être obèses par rapport aux autres enfants, en 1998-1999.

Le taux de surpoids et d'obésité semble nettement plus élevé chez les Autochtones

D'après les données autodéclarées sur la grandeur et le poids en 2000-2001, environ 25 % des adultes autochtones hors-réserve sont obèses et, d'après les chiffres provenant de certaines collectivités des Premières nations, le taux est même plus élevé sur les réserves. Les taux sont presque deux fois plus élevés que ceux pour l'ensemble des Canadiens adultes. Outre les inquiétudes suscitées par le taux élevé de diabète de

Plus de la moitié des adultes canadiens (56 %) ne sont pas actifs sur le plan physique. Quatre jeunes canadiens sur cinq ne sont pas assez actifs pour répondre aux directives internationales de croissance et de développement optimaux.

type 2 chez les Autochtones, ces taux élevés portent à croire qu'il est urgent de lutter contre l'obésité chez cette population.

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

Il existe peu de données approfondies sur la surveillance des habitudes alimentaires des Canadiens. De plus, il y a des contradictions dans les données disponibles sur l'apport énergétique.

D'après les données autodéclarées sur l'apport alimentaire, les Canadiens consomment moins de calories et moins de gras. Les données découlant de sondages menés aux États-Unis et au Royaume-Uni abondent dans le même sens. Toutefois, selon les rapports de Statistique Canada portant sur la disparition d'aliments, la consommation d'énergie quotidienne a augmenté de 18 % chez les Canadiens au cours de la dernière décennie, principalement à cause d'une augmentation de la consommation de gras. Parmi les autres habitudes alimentaires liées à l'obésité, mentionnons une consommation moindre de portions recommandées de fruits et de légumes et l'augmentation de la consommation de boissons gazeuses. En raison du manque de données exhaustives sur la surveillance des habitudes alimentaires, il est difficile d'évaluer l'augmentation ou la diminution de l'apport énergétique.

Facteurs qui influencent les habitudes alimentaires

La disponibilité des produits alimentaires aurait un effet sur la consommation. Le prix joue également un rôle, car les aliments bons

pour la santé coûtent souvent plus cher que les aliments à teneur élevée en gras, en sucres ou en amidon. De plus, les recherches portent

à croire que les aliments hautement publicisés sont généralement surconsommés par rapport aux recommandations établies pour un régime alimentaire équilibré tandis que les aliments moins publicisés font l'objet de sous-consommation.

Activité physique et santé

La pratique d'activités physiques régulières permet de lutter contre le surpoids, l'obésité et plusieurs maladies chroniques. L'inactivité physique et les styles de vie sédentaires augmentent le risque de souffrir de diverses maladies chroniques et d'être victime prématurément de décès ou d'incapacité. Santé Canada recommande aux adultes d'exercer une activité physique modérée de 30 à 60 minutes la plupart des jours. De plus, le *Guide d'activité physique canadien pour les jeunes* recommande que les enfants et les jeunes inactifs commencent par accroître leur niveau d'activité physique de 30 minutes par jour et, après quelques mois, accumuler 90 minutes d'activité physique quotidienne.

L'inactivité chez les adultes varie selon la province et le revenu

La Colombie-Britannique, l'Alberta ainsi que les territoires obtiennent le taux d'inactivité le moins élevé tandis que le Québec, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador ont les taux les plus élevés.

L'activité physique pour les jeunes et les enfants d'âge scolaire est souvent liée au milieu scolaire

Même si 54 % de toutes les écoles canadiennes ont déclaré en 2001 avoir une politique pour offrir des cours d'éducation physique quotidiens, seulement 16 % le faisait réellement. La moyenne du temps hebdomadaire consacré en classe à l'éducation physique allait de 40 minutes pour les enfants au primaire à 75 minutes pour les élèves au secondaire. Les données de 1995 à 2000 indiquent que le taux d'activité pour les enfants est stable ou augmente dans une certaine mesure. Toutefois, en 1998, seulement un peu plus du tiers des enfants se rendaient à l'école à pied (37 % des enfants de 5 à 13 ans et 33 % pour ceux de 14 à 18 ans).

Comment régler le problème de l'obésité?

Compte tenu de la complexité des causes et des solutions dans le cas du surpoids et de l'obésité, diverses interventions devront probablement être adoptées.

Solutions efficaces au problème de l'obésité

Il est possible d'appliquer des solutions efficaces pour combattre le problème de l'obésité — il existe de vastes données

Il faut adopter des mesures pour promouvoir de saines habitudes alimentaires et une augmentation de l'activité physique chez les enfants et les adultes au Canada.

L'inactivité physique chez les hommes et les femmes se rapporte également au niveau du revenu familial. Les adultes à plus faible revenu sont moins susceptibles d'être actifs que les Canadiens à revenu plus élevé. On observe les mêmes tendances chez les enfants.

pour appuyer diverses interventions. Un groupe international de travail composé de spécialistes provenant des Nations Unies et de l'Organisation mondiale de la Santé a conclu récemment que l'obésité est causée par une grande consommation d'aliments riches en gras, en sucres ou en amidon; le style de vie sédentaire; une campagne

publicitaire de grande envergure sur les établissements de restauration rapide, les aliments et les boissons riches en calories et faible en nutriments; des conditions économiques défavorables. Parmi les facteurs de protection, mentionnons l'apport élevé en fibres alimentaires, l'activité physique régulière, l'allaitement maternel ainsi qu'un milieu à l'école et à la maison propice à opter pour des aliments sains et des activités. Selon ce groupe de travail, on devrait accorder la priorité à la prévention de l'obésité chez les bébés et les enfants.

D'après un résumé des données provenant de diverses sources, cinq stratégies semblent être efficaces pour prévenir l'obésité, soit en augmentant l'activité physique, soit en améliorant les habitudes alimentaires ou les deux.

1. Encourager l'allaitement maternel

Les données ne cessent d'indiquer que plus on augmente le temps consacré à l'allaitement maternel « exclusif » (le nourrisson s'alimente exclusivement de lait maternel), plus on diminue le risque de souffrir d'obésité plus tard dans l'enfance. Même si 78 % des femmes canadiennes ont déclaré avoir commencé à donner le sein en 1996-1997, d'autres études indiquent qu'environ 40 % de celles qui ont donné le sein l'ont fait pendant moins de trois mois. En Suède, par contre, on a déclaré en 1993 un taux d'allaitement maternel exclusif de 61 % pouvant aller jusqu'à quatre mois. On peut encourager l'allaitement maternel par un service de consultation personnalisée, l'éducation, un appui offert dans la collectivité et au travail.

2. Réduire le temps passé à regarder la télévision

Regarder la télévision est l'activité sédentaire la plus répandue chez les enfants et le taux d'obésité progresse au même rythme que le temps consacré à regarder la télévision. Des études ont démontré que l'obésité chez les enfants et les adolescents peut être réduite en diminuant le temps passé à regarder la télévision.

3. Promouvoir l'éducation physique régulière

Selon les études, les cours d'éducation physique offerts à l'école sont efficaces pour améliorer le niveau d'activité physique et la condition physique. L'Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse recommande 150 minutes d'éducation physique par semaine. Or, seulement une école canadienne sur cinq offre des cours d'éducation physique tous les jours et le Québec est la seule province qui exige des cours d'éducation physique dans le programme scolaire jusqu'à l'obtention du diplôme. Toutefois, les pratiques changent dans certaines régions du pays. En 2003, par exemple, l'Alberta a annoncé qu'il sera obligatoire d'ici 2005 de donner des cours d'éducation physique quotidiens de 20 à 30 minutes de la 1^e à la 12^e année.

4. Mettre sur pied des programmes intégrés sur la santé en milieu scolaire

D'après des spécialistes, un programme intégré sur la santé en milieu scolaire devrait comporter les éléments connexes suivants : services et éducation en santé, services alimentaires, environnement scolaire, activités parascolaires, cours d'éducation physique et participation des parents. À Singapour, un programme intégré en milieu scolaire a permis de réduire la prévalence de l'obésité de 14 à 10 % sur une période de 10 ans. L'Alberta s'affaire à adopter un programme intégré sur la santé en milieu scolaire qui s'inspire d'un modèle sur la santé du cœur et les responsables du projet *Kahnawake Schools Diabetes Prevention* ont mis sur pied une initiative semblable pour les élèves Mohawk. Voici deux exemples d'activités prometteuses dans le cadre d'un programme intégré sur la santé en milieu scolaire : la supervision de groupes d'enfants qui se rendent à l'école à pied ou à bicyclette et la présentation de fruits et de légumes gratuits ou peu coûteux aux enfants de l'école. D'après les données disponibles, la diminution des prix peut être plus incitative que les messages sur la santé afin d'accroître la consommation d'aliments bons pour la santé.

5. Appliquer des programmes à l'échelle communautaire

Le transport, les loisirs et l'aménagement du territoire ont tous des conséquences sur un milieu de vie sain. Le groupe de travail américain sur les stratégies de prévention communautaire recommande la mise en œuvre de campagnes de visibilité à large échelle pour accroître l'activité physique, le nombre d'événements communautaires et les changements environnementaux et stratégiques, comme la création de sentiers pédestres. La stratégie *In Motion* a été lancée à Saskatoon en 1999 pour promouvoir un mode de vie actif et de saines habitudes alimentaires. Le pourcentage de la population assez active pour en bénéficier sur le plan de la santé est passé de 36 % en 1999 à 49 % en 2002.

Autres solutions possibles au problème de l'obésité

Des gouvernements, écoles et entreprises privés envisagent ou entreprennent d'adopter plusieurs autres solutions possibles — des solutions prometteuses mais dont l'efficacité n'a pas encore été prouvée pour lutter contre l'obésité. Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* en présente quelques-unes : reprendre ce qui a réussi pour le programme sur le contrôle du tabagisme, faire preuve de leadership, collaborer à une stratégie pancanadienne sur un mode de vie sain, renforcer la surveillance, améliorer la capacité de la santé publique, appuyer les écoles désireuses d'adopter un mode de vie sain, collaborer avec l'industrie alimentaire pour contrôler et réglementer la mise en marché de produits alimentaires et l'information nutritionnelle, améliorer la planification communautaire et l'aménagement du territoire.

Voici quelques exemples :

- Les campagnes de contrôle de la publicité pourraient s'inspirer des réussites des programmes sur le tabagisme. En général, les campagnes publicitaires au Canada sont autoréglementées sauf au Québec, où la *Loi sur la protection du consommateur* interdit les publicités destinées aux enfants. La Suède interdit également ce genre d'activités. Plusieurs États membres de l'Union européenne envisagent également de restreindre la publicité sur les aliments à haute teneur en gras et en sucres, comme dans le cas des interdictions sur le tabac.
- Il serait utile d'enrichir les connaissances sur la surveillance concernant le poids, le régime alimentaire et l'activité physique des Canadiens.
- De nouveaux règlements exigeant l'étiquetage obligatoire de l'information nutritionnelle sur les aliments préemballés au Canada permettraient aux consommateurs de faire des choix éclairés.
- La planification communautaire ainsi que l'aménagement du territoire pourraient permettre d'accroître l'activité physique et d'améliorer l'accès à des aliments sains. Par exemple, le développement résidentiel à faible densité décourage en règle générale la marche et le cyclisme tandis que les sentiers pédestres et les pistes cyclables notamment ont l'effet contraire. Dans le même ordre d'idées, les quartiers à faible revenu ainsi que les collectivités éloignées peuvent devoir compter sur des services d'aide particuliers pour s'assurer d'obtenir des fruits et des légumes abordables et rendre le milieu sécuritaire pour la marche et le jeu.

Pour réduire le taux de surpoids et d'obésité, il sera nécessaire d'apporter de grands changements aux facteurs sociaux et environnementaux qui favorisent un apport énergétique excessif et des modes de vie sédentaires. La responsabilité visant à adopter des solutions doit être partagée entre les secteurs et les paliers de gouvernement, avec les entreprises et l'industrie, les organismes bénévoles et les citoyens.



Sommaire et conclusion

Comme l'ont indiqué les rapports diffusés récemment par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les solutions visant à lutter contre les inégalités en matière de santé présentées dans le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* nécessitent l'adoption de nouveaux choix axés sur la prévention et la promotion de la santé. Un bon emploi, un revenu adéquat, un milieu familial et communautaire favorable, des services efficaces offerts à l'enfant et à la famille ainsi que l'amélioration du comportement relatif à la santé peuvent tous contribuer à réduire les inégalités en matière de santé.

Trois sujets pour un nouveau message

Améliorer la santé des Canadiens signale qu'il est temps de promouvoir le changement — de faire de nouveaux choix qui peuvent nous permettre d'améliorer notre santé. Ces choix reposent sur trois thèmes :

- Élargir les connaissances du public
- Réduire les inégalités relatives à la santé
- Collaborer

Selon diverses enquêtes, les Canadiens cherchent en général des réponses aux problèmes de santé dans le système de soins de santé et le style de vie plutôt que de croire que l'on pourra améliorer l'état de santé en se penchant sur des facteurs plus vastes qui influencent la santé, dont le développement du jeune enfant, le travail, le revenu et l'environnement.

Les études menées par l'Initiative sur la santé de la population canadienne pour connaître l'opinion publique sur les déterminants de la santé indiquent que les Canadiens reconnaissent l'importance de certains déterminants de la santé, en particulier les comportements rattachés à la santé et le style de vie ainsi que les enjeux environnementaux, notamment la pollution de l'air et de l'eau. Toutefois, seulement un Canadien sur trois a mentionné les déterminants plus vastes : les conditions sociales et économiques, dont le revenu et le logement, les caractéristiques communautaires, notamment les réseaux d'entraide. Manifestement, il reste beaucoup à faire pour mieux sensibiliser les Canadiens aux divers facteurs qui contribuent à améliorer l'état de santé.

Les inégalités en matière de santé dans la société canadienne sont grandement évitables, elles ne sont pas inévitables. On peut influencer et modifier les facteurs, dont le développement du jeune enfant, le travail, le revenu et l'environnement. Les Canadiens, à l'échelle individuelle et sociale, peuvent faire des choix pouvant influencer les conditions sociales, économiques, environnementales et autres pour réduire les inégalités relatives à la santé. Et même

si la responsabilité personnelle en matière de santé est importante, il est aussi vrai que les gens ont parfois besoin d'aide et de ressources supplémentaires pour faire des choix éclairés.

Enfin, les spécialistes indiquent que le changement nécessite nos meilleurs efforts de collaboration pour créer, appliquer et maintenir de multiples stratégies. Bien des acteurs doivent conjuguer leurs efforts pour adopter des politiques et des programmes intégrés et coordonnés. L'adoption d'une approche intégrée nécessitera un vaste engagement des secteurs (par exemple, les finances, l'environnement, les ressources humaines, les sports et loisirs, l'industrie) et de tous les niveaux de la société (personnes et familles, collectivités, régions, provinces/territoires et nation). Il s'agit d'assurer la participation des secteurs privé, public et à but non lucratif et de faire preuve de vigilance sur les effets de ces politiques et programmes sur la santé.

Les choix à faire sur les meilleurs programmes qui permettront d'améliorer la santé supposent un équilibre à assurer entre les approches universelles et ciblées. La discussion sur les politiques et les programmes tout au long du présent rapport porte à croire qu'il faudrait probablement compter sur une combinaison équilibrée d'approches universelles qui visent tous les Canadiens et d'approches ciblées qui s'adressent aux groupes vulnérables. Un regroupement d'approches universelles et ciblées peut également permettre de reconnaître l'obligation de faire preuve de latitude dans la prise de décisions en tenant compte du groupe de population ou de l'endroit précis.

Demande publique, volonté politique

La Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada a nommé son rapport *Guidé par nos valeurs* pour attirer l'attention sur l'importance des valeurs et des principes que les Canadiens appliquent à la santé et aux soins de santé. Ces valeurs sont fondamentales pour comprendre la santé et les soins de santé — universalité, équité, solidarité, impartialité, qualité, efficacité, bien-être et confiance. Elles ont été mentionnées dans un processus de dialogue avec les Canadiens qu'a mené la Commission.

Selon le *Rapport sur le dialogue entre Canadiens sur l'avenir des soins de santé au Canada*, les valeurs et les croyances des Canadiens ont changé et le Canada s'apprête à effectuer un important virage social : notre vision de la santé s'articulait autour de la maladie et elle porte maintenant sur le mieux-être. Selon les auteurs, il s'agit d'une excellente occasion d'amorcer une réforme des politiques publiques.

Pour apporter des solutions efficaces et possibles visant à améliorer la santé des Canadiens, cela suppose des efforts soutenus pendant une longue période. Il est probable que quelques politiques et programmes puissent améliorer la santé à court terme, tandis que d'autres nécessitent plus de temps afin d'apporter un changement soutenu et une amélioration de la santé.

Priorités futures

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* révèle à quel point nous avons peu de connaissances sur certaines questions très élémentaires. C'est d'autant plus vrai lorsqu'on étudie la santé des Autochtones du Canada. Les lacunes en information sur ce groupe de population sont considérables. Il faut également obtenir de meilleures données et un contrôle de surveillance de la santé de toute la population canadienne comme l'indique le rapport d'octobre 2003 du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. La présentation de données facilement accessibles et l'intégration des données administratives, des données sur les enquêtes, des données de recensement et des systèmes d'information géographiques en tenant compte de la protection des renseignements personnels aideront tous les secteurs soucieux de la santé des Canadiens à prendre des décisions éclairées. Il s'agit de tout un défi que l'Initiative sur la santé de la population canadienne, faisant partie de l'Institut canadien d'information sur la santé, entend relever de concert avec nos partenaires à Statistique Canada et à Santé Canada, dans les universités et les provinces, les territoires et les régions.

L'Initiative sur la santé de la population canadienne est mandatée pour contribuer à ce processus et continuera à résumer les meilleures preuves disponibles tirées des recherches, des politiques et des programmes qui ont une incidence sur la santé des Canadiens. L'ISPC est déterminée à rendre ces preuves disponibles et accessibles pour les décisionnaires de tous les secteurs et à tous les échelons.

La présente publication s'inscrit dans le cadre de l'examen continu de l'ISPC portant sur les caractéristiques de la santé au Canada. Conforme à nos constatations générales, elle reflète dans quelle mesure la santé des Canadiens est déterminée par la société, interreliée, complexe et changeante. L'ISPC est résolue à approfondir notre compréhension de ces caractéristiques.