

Pour un avenir en santé

Deuxième rapport

sur la santé

de la population

canadienne

Also available in English under the title *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*.

La présente publication est offerte en d'autres formats, sur demande.

© Sa Majesté la Reine du droit du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999

La reproduction non commerciale du présent ouvrage est autorisée à des fins éducatives ou de planification des services, à condition qu'on énonce clairement la source.

N° de catalogue H39-468/1999F

ISBN 0-662-83541-7



Avant-propos

Le document *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* est le fruit d'une heureuse collaboration qui a engagé la participation du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, de Santé Canada, de Statistique Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé et d'une équipe de projet rattachée au Centre de promotion de la santé de l'Université de Toronto.

Le rôle du Comité consultatif consiste à conseiller la Conférence des sous-ministres de la Santé sur les stratégies nationales et interprovinciales visant à améliorer l'état de santé de la population canadienne et à définir une approche plus intégrée portant sur la santé de la population.

Comme l'indique le titre, il s'agit du deuxième rapport qui résume et commente l'état de santé de la population du pays. Le premier rapport a été publié en septembre 1996. Le présent rapport se distingue du premier de maintes façons. Il s'attarde davantage à l'influence du sexe et du statut socio-économique sur la santé. L'ajout de chapitres portant sur le développement sain de l'enfant, sur la biologie et sur la génétique permet de brosser un tableau plus complet des divers facteurs déterminants de la santé. Le chapitre sur l'environnement physique a été approfondi de façon à aider le lecteur à mieux comprendre les effets du milieu physique sur la qualité de santé des Canadiennes et Canadiens.

Ce rapport constitue un bilan des plus récentes informations disponibles sur la santé de la population canadienne et invite le lecteur à réfléchir aux répercussions de ces résultats sur les politiques, les pratiques et les recherches courantes et futures. Il s'agit d'un outil efficace pour sensibiliser les décideurs, les praticiens et le public aux défis actuels et futurs en matière de santé et pour aider à définir des mesures à prendre en vue d'améliorer la santé des Canadiennes et Canadiens.

Une publication distincte produite sous l'égide du Comité consultatif, soit le *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (1999)*, fournit des statistiques et des renseignements plus détaillés.



Les personnes qui désirent obtenir des exemplaires du présent rapport et du *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* peuvent s'adresser à :

Santé Canada
Publications-communications
Pré Tunney (LA 0900C2)
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 954-5995
Télec. : (613) 941-5366
Courriel : Info@www.hc-sc.gc.ca

ou au ministère de la santé de leur province ou de leur territoire.

Le texte intégral des deux rapports est également disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca>. Le *Rapport statistique* se trouve également à : <http://www.statcan.ca> et à <http://www.cihi.ca>.

Les membres du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population accueilleront volontiers vos commentaires sur le présent rapport. Veuillez consulter, à cette fin, le questionnaire joint à la dernière page du rapport.



Remerciements

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP) désire remercier les nombreuses personnes qui ont collaboré à l'élaboration et à la production de *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*.

Les membres de l'équipe de projet du Centre de promotion de la santé de l'Université de Toronto étaient : Irving Rootman (directeur du centre), Peggy Edwards (rédactrice), Reg Warren (analyste), Rick Wilson (coordonnateur) et Katherine Joly (production des versions précédentes).

Des révisions utiles des versions précédentes ont été effectuées par les membres du groupe de travail du CCSP et du groupe de travail de Santé Canada. Soulignons également la collaboration de Thomas Stephens, rédacteur scientifique du *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*.

La conception, l'édition et la production sont l'oeuvre de la firme Allium Consulting Group Inc. (Ottawa). Communications Essema a assuré la traduction du document.

Les personnes suivantes ont assuré la bonne gestion du projet, soit Carol Silcoff (Santé Canada), avec l'aide de Stephanie Wilson (jusqu'en septembre 1998), puis Lynda Bottoms (jusqu'en janvier 1999). Les membres suivants du personnel de Santé Canada ont également collaboré à la planification et à la mise en oeuvre du projet : Nancy Hamilton, Suzanne Desilets, Dyanne Wilson, Johanna Laporte, Jacqueline Goudal, Jerry Dybka, Roslyn Nudell, Jeffrey Pender, Elisabeth Gebhardt, Marie-Josée Thérien et Rolande Ostiguy (et beaucoup d'autres que nous ne pouvons tous nommer).

Les membres du CCSP, du groupe de travail du CCSP et du groupe de travail de Santé Canada sont énumérés à l'annexe A. Le CCSP tient à remercier John Millar d'avoir assuré la présidence du groupe de travail jusqu'au mois de décembre 1998, de même que Shaun Peck et Kim Elmslie qui agissent à titre de coprésidents depuis cette date.



Sommaire

Le présent rapport constitue un condensé de l'information la plus à jour dont nous disposons sur la santé des Canadiens. À ce titre, il s'agit d'un outil utile pour sensibiliser les décideurs, les praticiens et le public aux défis actuels et futurs en matière de santé, et pour aider à déterminer les mesures à prendre en vue d'améliorer la santé des Canadiennes et des Canadiens.

Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas ?

L'histoire toute simple qui suit reflète la complexité des facteurs globaux ou des conditions qui déterminent dans quelle mesure les gens seront en santé ou pas.

« Pourquoi Éric est-il à l'hôpital ?

Parce qu'il a une grave infection à la jambe.

Pourquoi a-t-il cette infection ?

Parce qu'il s'est coupé gravement à la jambe et qu'elle s'est infectée.

Mais pourquoi cela s'est-il produit ?

Parce qu'il jouait dans le parc à ferrailles près de l'immeuble où il habite, et qu'il est tombé sur un morceau d'acier tranchant qui s'y trouvait.

Mais pourquoi jouait-il dans un parc à ferrailles ?

Parce que son quartier est délabré. Beaucoup d'enfants jouent là sans surveillance.

Mais pourquoi habite-t-il ce quartier ?

Parce que ses parents ne peuvent se permettre mieux.

Mais pourquoi ses parents ne peuvent-ils habiter un plus beau quartier ?

Parce que son père est sans emploi et que sa mère est malade.

Mais pourquoi son père est-il sans emploi ?

Parce qu'il n'est pas très instruit et qu'il ne peut trouver un emploi.

Mais pourquoi... ? »

Comme le suggère cette histoire, la santé, la maladie et le décès précoce reposent sur une gamme de facteurs ou de « déterminants » qui affectent les individus, les familles et les pays. Pour pouvoir agir sur la cause même de la maladie d'Éric et sur les autres problèmes de santé que connaît le Canada actuellement, il faut d'abord agir sur ces grands déterminants de la santé. Il faut aussi continuer de fournir des services de santé de haute qualité qui favoriseront la guérison d'Éric.

Le présent rapport indique que des facteurs tels que l'environnement socio-économique et physique, ainsi que les expériences au cours de la petite enfance, les habitudes de santé personnelles et la biologie ont un grand effet sur la santé. Ces facteurs agissent indépendamment des investissements qui se font au niveau des soins de santé. La section suivante présente les faits saillants qui illustrent ces constats.

Faits saillants

Dans quelle mesure les Canadiens sont-ils en santé?

- ◆ Le Canada se classe parmi les trois premiers pays développés du monde en ce qui a trait à l'espérance de vie, à l'état de santé autoévalué et aux taux de mortalité. L'espérance de vie de la population canadienne a atteint un nouveau sommet, soit 75,7 ans pour les hommes et 81,4 ans pour les femmes (chapitre 1).
- ◆ La plupart des immigrants récents du Canada sont en bonne santé et la vaste majorité des personnes âgées continuent de jouir de leur autonomie et d'une bonne santé au fur et à mesure qu'ils vieillissent (chapitres 1, 3, 5 et 7).
- ◆ En 1996, pour la toute première fois, le taux de mortalité infantile du Canada a chuté sous le seuil de 6 décès par 1 000 naissances vivantes (chapitres 1 et 3).
- ◆ Le Canada se classe premier au monde selon l'Indice de développement humain des Nations Unies. Il chute toutefois au dixième rang lorsque l'Indice de pauvreté humaine des pays industrialisés s'applique (chapitre 1).

Le sexe et l'âge influent sur la santé

- ◆ Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de mourir prématurément, surtout en raison de maladies du cœur, de blessures accidentelles mortelles, de cancer et de suicide. Les taux d'années potentielles de vie perdues avant 70 ans sont presque deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et environ trois fois plus élevés chez les hommes de 20 à 34 ans (chapitre 1).
- ◆ Même si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles sont plus susceptibles de souffrir de dépression, d'excès de stress (souvent attribuable aux efforts pour équilibrer vie familiale et professionnelle), d'affections chroniques comme l'arthrite et les allergies, ainsi que de blessures et de décès liés à la violence familiale (chapitres 1 et 2).
- ◆ Quoique les taux globaux de décès résultant d'un cancer aient diminué chez les hommes, ils sont demeurés obstinément persistants chez les femmes, surtout à cause de l'accroissement des décès par suite d'un cancer du poumon. Les adolescentes sont désormais plus aptes à fumer que les adolescents. Si on n'arrive pas à contrer cette augmentation du tabagisme chez les jeunes femmes, les taux de cancer du poumon chez les femmes continueront de s'accroître (chapitres 1, 3 et 5).

- ◆ Les Canadiens âgés sont beaucoup plus susceptibles que leurs jeunes compatriotes de souffrir de maladies. Néanmoins, ce sont les jeunes (de 12 à 19 ans) qui affichent les niveaux de bien-être psychologique les plus faibles (chapitres 1, 3 et 7).
- ◆ Les blessures non intentionnelles constituent encore la cause principale de décès chez les enfants et les adolescents, de même qu'une source d'incapacité tragique et coûteuse pour ces jeunes Canadiens. Les blessures accidentelles sont plus fréquentes et plus graves chez les garçons et les adolescents que chez les fillettes et les jeunes femmes (chapitres 1 et 3).
- ◆ Le taux d'activité physique chute rapidement au fur et à mesure que les gens vieillissent, et les hommes sont plus actifs que les femmes dans tous les groupes d'âge. La pratique régulière d'activités modérées est liée à une meilleure santé, à un risque réduit d'affections chroniques et à une plus longue vie (chapitre 5).

Le revenu et la distribution du revenu influent sur la santé

- ◆ Seulement 47 p. 100 des Canadiens qui se situent aux échelons de revenu inférieurs se disent en excellente ou en très bonne santé, contrairement à 73 p. 100 des Canadiens qui se situent aux échelons de revenu supérieurs (chapitre 1).
- ◆ Les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles de mourir prématurément et de souffrir de maladies que les Canadiens à revenu élevé, peu importe l'âge, le sexe, la race et le lieu de résidence (chapitres 1 et 2).
- ◆ Pour chaque échelon de plus de l'échelle de revenu, les Canadiens ont moins tendance à être malades et jouissent d'une plus grande espérance de vie et d'une meilleure santé (chapitres 2 et 3).
- ◆ En 1995, ce sont les enfants, les jeunes et les personnes âgées seules (surtout des femmes) qui avaient le plus tendance à vivre dans des conditions de faible revenu (sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada) (chapitres 2 et 3).
- ◆ En 1995, près de 50 p. 100 des familles monoparentales dont le chef était une femme avaient un faible revenu. La pauvreté ne se limitait cependant pas aux familles monoparentales. Entre 1990 et 1995, le pourcentage de couples mariés avec des enfants en situation de faible revenu a augmenté, passant de 9,5 p. 100 à 13 p. 100 (totalisant presque 460 000 familles) (chapitre 2).
- ◆ En ce qui a trait à l'accessibilité de la nourriture et du logement, les familles autochtones éprouvent plus de problèmes que les familles canadiennes en général (chapitre 4). En 1995, un taux alarmant de 44 p. 100 de la population autochtone affichaient un faible revenu (chapitre 2).
- ◆ Des études indiquent que la distribution du revenu dans une société peut constituer un déterminant plus important de la santé que le montant total de revenu gagné par les membres de cette société. Des écarts importants dans la distribution du revenu entraînent un accroissement des problèmes sociaux et une baisse de qualité de la santé au sein de la population totale (chapitres 1, 2 et 8).



- ◆ En général, la mesure d'inégalité de distribution du revenu est demeurée relativement stable au Canada entre 1985 et 1995, grâce surtout à la redistribution des taxes et aux politiques de transfert qui avait contribué à compenser les écarts croissants entre les 10 p. 100 de Canadiens au revenu inférieur et les 10 p. 100 de Canadiens au revenu supérieur (chapitre 2). Il y aurait lieu de tenir compte des tendances dans l'inégalité de distribution du revenu après 1995 dans le cadre des analyses futures.
- ◆ Les changements dans la répartition du revenu sont étroitement liés aux changements qui affectent l'emploi et le salaire. Au cours des dernières années, certains travailleurs ont marqué des gains, surtout les travailleurs âgés et les personnes hautement spécialisées. D'autres, surtout les jeunes travailleurs et les hommes peu qualifiés et mal payés, ont connu un déclin.
- ◆ Même si la situation des femmes s'est améliorée au sein du marché du travail, elles continuent de gagner moins que les hommes, surtout parce qu'elles occupent les emplois les moins bien rémunérés.

L'environnement social influe sur la santé

- ◆ Les Canadiens forment une société particulièrement généreuse. Ils déclarent des niveaux élevés de soutien social, de soins prodigués à autrui, de bénévolat et de participation communautaire. Ce sont là d'importants recours en période de stress (chapitre 2).
- ◆ La violence familiale a un effet désastreux sur la santé des femmes et des enfants à court et à long terme. En 1996, ce sont des membres de la famille qui, dans 24 p. 100 des cas, ont été accusés d'agressions à l'endroit des enfants, et la proportion s'avérait bien plus élevée encore dans le cas des très jeunes enfants. En 1997, environ 40 p. 100 de toutes les femmes victimes d'homicide ont été tuées par un homme avec qui elles avaient eu une relation intime (chapitre 2).
- ◆ Une étude de 1996 menée auprès de jeunes de 15 ans révèle que la moitié des garçons et le quart des filles considèrent les comportements d'intimidation ou violents comme étant un problème (chapitre 3). Bien que l'incidence de crimes violents par des jeunes ait diminué ces dernières années, elle demeure beaucoup plus élevée qu'il y a 10 ans (chapitre 2).

Le niveau de scolarité et d'alphabétisation influent sur la santé

- ◆ Les Canadiens qui éprouvent des difficultés à lire et à écrire sont plus susceptibles d'être pauvres et sans emploi, d'être en moins bonne santé et de mourir plus jeunes que les Canadiens dont la capacité de lire et d'écrire est élevée (chapitres 1 et 2).
- ◆ En 1994-1995, environ 17 p. 100 des Canadiens se classaient au dernier rang lors de l'évaluation des capacités de lecture de textes suivis. Une autre tranche de 26 p. 100 atteignaient le deuxième rang, c'est-à-dire qu'ils pouvaient lire, mais avec difficulté (chapitre 2).
- ◆ En 1995, le Canada comptait plus du double de citoyens illettrés que la Suède, le pays qui se classe au premier rang de l'indice d'alphabétisation des Nations Unies (chapitre 1).

- ◆ Les personnes dont le niveau de scolarité est élevé ont davantage accès à des environnements physiques sains (chapitre 4) et sont plus en mesure de bien préparer leurs enfants à commencer l'école que les personnes dont le niveau de scolarité est faible (chapitre 3). En outre, ils ont plus tendance à fumer moins, à être plus actifs physiquement et à consommer des aliments plus sains.
- ◆ En 1996, un nombre plus élevé que jamais de jeunes Canadiens (surtout des femmes) ont obtenu un diplôme d'études supérieures. Il existe néanmoins un noyau de jeunes qui continuent d'abandonner le secondaire prématurément. La plupart du temps, il s'agit de jeunes hommes qui ont de la difficulté à l'école et qui ont un soutien affectif et financier trop restreint pour les inciter à rester à l'école. Dans le cas des jeunes femmes, le décrochage scolaire résulte surtout d'une grossesse ou de problèmes familiaux (chapitres 2 et 3).

L'environnement physique influe sur la santé

- ◆ La prévalence de l'asthme chez les enfants a augmenté considérablement au cours des deux dernières décennies, surtout chez les 0 à 6 ans. Les enfants (surtout les enfants pauvres) sont plus sensibles que les adultes aux contaminants aéroportés et aux autres toxines présentes dans l'environnement. En 1995, au moins 1,4 million d'enfants ont été exposés à la fumée de tabac ambiante à domicile (chapitre 4).
- ◆ En 1996, beaucoup de Canadiens éprouvaient des difficultés à trouver un logement abordable. Environ 58 p. 100 des familles monoparentales et 59 p. 100 des aînés vivant seuls consacraient plus de 30 p. 100 de leur revenu au logement. On estimait à 200 000 le nombre de Canadiens sans abri, dont un nombre croissant de femmes et d'enfants, d'Autochtones, d'adolescents et de personnes avec des maladies mentales (chapitre 4).
- ◆ Les changements climatiques et les dangers environnementaux qui menacent l'approvisionnement alimentaire ont des conséquences particulièrement néfastes sur les peuples autochtones (chapitre 4).

Les habitudes de santé personnelles influent sur la santé

- ◆ Le tabagisme est responsable, au bas mot, du quart de tous les décès d'adultes âgés de 35 à 84 ans (chapitre 1). Au cours des dix dernières années, les taux de tabagisme ont augmenté considérablement chez les jeunes, surtout les jeunes femmes. En ce qui a trait aux Autochtones, les taux de tabagisme sont deux fois plus élevés au sein de ces collectivités que partout ailleurs au Canada. De plus, les enfants autochtones commencent à fumer beaucoup plus tôt que les enfants d'autres collectivités (chapitres 1 et 5).
- ◆ Les comportements à risques multiples et les relations sexuelles sans protection demeurent particulièrement élevés chez les jeunes gens, surtout les jeunes hommes (chapitre 5). L'utilisation de drogues multiples (p. ex., une combinaison d'alcool, de tabac et de cannabis) s'est accrue chez les étudiants du secondaire, dans les régions où une enquête a été menée sur ce point.

- ◆ Le nombre de cas de sida attribués aux relations sexuelles entre hommes a diminué régulièrement, passant de près de 80 p. 100 dans les années 80 à un peu plus de 50 p. 100 en 1997. Par contre, en 1997, 20 p. 100 des cas de sida chez les adultes étaient attribués à l'utilisation de drogues injectables, comparativement à 2 p. 100 avant 1990, et à 5 p. 100 en 1993.

Les services de santé influent sur la santé

- ◆ Les activités de prévention des maladies et des blessures dans des domaines comme la vaccination (chapitre 3) et le recours à la mammographie (chapitre 6) montrent des effets positifs. Il est essentiel de continuer ces activités pour maintenir les progrès.
- ◆ Le traitement du VIH/sida et d'autres maladies a contribué à prolonger la durée de vie et à rehausser la qualité de vie des personnes qui vivent avec des maladies et dont la vie est menacée (chapitre 1).
- ◆ Au Canada, le taux de croissance annuelle des dépenses au niveau des soins de santé assurés a chuté, passant de 11,1 p. 100 (entre 1975 et 1991) à 2,5 p. 100 entre 1991 et 1996 (chapitre 6). Malgré ce ralentissement, le nombre de Canadiens exprimant des besoins non comblés par rapport aux soins (chapitre 6) n'a pas augmenté de façon significative et la plupart des mesures de santé de la population ont continué de s'améliorer (chapitre 1).
- ◆ On note une importante baisse dans la durée moyenne des séjours à l'hôpital. Le fardeau financier, physique et émotif accru imposé aux familles, particulièrement aux femmes, en raison du déplacement des soins en milieu hospitalier vers des soins en milieu communautaire et des soins à domicile soulève certaines inquiétudes (chapitres 2 et 6). La demande pour des soins à domicile a augmenté dans plusieurs régions et la question de l'accès équitable à de tels services s'avère préoccupante (chapitre 6).
- ◆ Il existe très peu de données portant sur la qualité des soins ou sur les répercussions de la restructuration sur la qualité des soins. Néanmoins, même si l'opinion du public quant à la qualité générale du système de soins de santé s'avère hautement favorable, elle s'est détériorée depuis le début de la décennie. En février 1998, 29 p. 100 des Canadiens qualifiaient « d'excellent » ou de « très bon » le système de soins de santé, ce qui constituait une baisse par rapport à 1991, alors que 61 p. 100 étaient de cet avis (chapitre 6).
- ◆ Même si l'accès aux soins de santé régis par une assurance universelle demeure largement indépendant du revenu, nombre de Canadiens ayant un revenu inférieur ou moyen ont un accès limité ou inexistant à des services de santé tels que les soins ophtalmologiques, les soins dentaires, la consultation en santé mentale et les médicaments sur ordonnance (chapitre 6).
- ◆ Les dépenses pour les médicaments et le taux de consommation de médicaments sur ordonnance ont grimpé en flèche depuis 1975. En 1996-1997, 30 p. 100 des Canadiens de 12 ans ou plus et 46 p. 100 des Canadiens de 75 ans et plus consommaient trois médicaments ou plus (chapitre 6).

La biologie et la génétique influent sur la santé

- ◆ Des études neurobiologiques confirment que lorsqu'on réunit toutes les conditions optimales de développement de l'enfant durant la phase d'investissement (entre le moment de la conception et l'âge de 5 ans), le cerveau se développe d'une façon qui entraîne des résultats favorables tout au long de la vie (chapitres 3 et 7).
- ◆ Vieillesse et maladie ne vont pas nécessairement de pair. Le fait de vivre une vie active et d'explorer diverses possibilités d'apprentissage la vie durant peuvent grandement contribuer au maintien de la santé mentale et des facultés intellectuelles à un âge avancé (chapitre 7).

Groupes de population clés

Le présent rapport décrit les possibilités plus réduites de bien-être optimal au sein de trois grands groupes de la population, soit les enfants, les jeunes et les Autochtones.

Petite enfance

Beaucoup d'enfants peuvent arriver à surmonter les désavantages des premières années s'ils ont accès à des soins et à un soutien constant au fil des ans. Cependant, la stratégie privilégiée consiste plutôt à prévenir les problèmes en offrant à tous les enfants l'environnement social, économique et physique qu'il leur faut pour s'épanouir pleinement.

Mais pour assurer le meilleur développement possible de l'enfant durant la petite enfance, il faut obtenir le soutien direct du secteur de la santé et l'apport d'autres secteurs (p. ex., l'éducation, les services sociaux, le logement et la fiscalité) et des nombreuses personnes et institutions qui jouent un rôle dans le développement de l'enfant (p. ex., les familles, les écoles, les collectivités, les milieux de travail, les gouvernements et les médias).

- ◆ Les liens sécurisants qui s'établissent entre les bébés, leurs parents et les autres personnes qui s'occupent d'eux au cours des 18 premiers mois de vie aident l'enfant de développer la confiance, l'estime de soi et la maîtrise affective. Ils lui permettent aussi de cultiver des rapports constructifs avec autrui plus tard dans la vie (chapitres 3 et 7). Le soutien des familles et des parents par une gamme complète de stratégies s'avère la meilleure façon d'assurer aux enfants un bon départ dans la vie et un sain développement.
- ◆ Ce sont les expériences vécues au cours de la période de la conception à six ans qui, de toutes les étapes du cycle de vie, ont le plus d'incidences sur le « réseautage » et le modelage des neurones du cerveau. La stimulation positive au cours des premières étapes de vie améliore la capacité d'apprentissage, les comportements et la santé jusqu'à l'âge adulte.
- ◆ Les bébés et les enfants négligés ou maltraités risquent plus de subir des blessures, de connaître divers problèmes de comportement et de problèmes sociaux et cognitifs plus tard dans la vie et de mourir (chapitres 2, 3 et 7). En 1996, près de 70 p. 100 des enfants violentés âgés de moins de 3 ans ont été agressés par un membre de leur famille (chapitre 2).

- ◆ Le degré de préparation scolaire d'un enfant constitue un bon indicateur du niveau de maturité de l'enfant et de son aptitude à bien réussir à l'école. En 1996-1997, environ 15 p. 100 de tous les enfants d'âge préscolaire arrivaient à l'école avec de faibles résultats cognitifs, et 14 p. 100 des enfants affichaient des problèmes de comportement. Les enfants qui vivaient dans des quartiers favorisés et sécuritaires et dont les mères avaient un niveau de scolarité élevé étaient plus aptes que les autres à être prêts à commencer l'école (chapitres 3 et 7).
- ◆ Une enfance saine se prépare avant même la conception et se poursuit tout au long de la période de grossesse. Une bonne nutrition prénatale et la qualité du soutien accordé aux femmes enceintes peuvent contribuer à réduire l'insuffisance de poids à la naissance et les autres problèmes liés à l'accouchement. En 1996, 5,8 p. 100 de toutes les naissances vivantes au Canada résultaient en l'accouchement de bébés à faible poids (un total de 21 025 bébés) (chapitres 1, 2, 3 et 7).
- ◆ Malgré une résolution parlementaire visant à éliminer la pauvreté des enfants d'ici l'an 2000, la proportion de jeunes enfants vivant au sein de familles à faible revenu est passée de un sur cinq en 1990 à un sur quatre en 1995. Ces nombres sont plus élevés encore chez les Autochtones et les nouveaux immigrants, et dans les familles ayant à leur tête de très jeunes parents ou une mère monoparentale (chapitre 2).
- ◆ On note un plus haut taux de mortalité infantile et d'insuffisance de poids à la naissance chez les enfants de familles à faible revenu et de quartiers défavorisés. Ils sont plus susceptibles de connaître des retards de développement, d'être exposés à des contaminants environnementaux à effets nuisibles sur la santé et de subir des taux plus élevés de blessures non intentionnelles ou intentionnelles que les enfants élevés au sein de familles ayant des revenus supérieurs (chapitres 2 et 3).
- ◆ En même temps, il n'existe pas de ligne de démarcation précise au-dessus de laquelle tous les enfants réussissent bien. Une plus grande proportion d'enfants qui ont des difficultés se situent au 20 p. 100 inférieur de l'échelle socio-économique. Néanmoins, en raison de l'ampleur de la classe moyenne au Canada, la plupart des enfants qui ne réussissent pas aussi bien qu'ils pourraient sont issus de familles de classe moyenne.

Jeunesse

Tout en soulignant l'urgence d'investir dans l'avenir des jeunes enfants, le présent rapport souligne le besoin de répondre aux besoins particuliers des adolescents et adolescentes. Les jeunes gens méritent tous qu'on les aime et qu'on respecte leur identité. Ils sont au cœur des efforts qui seront déployés en vue d'affermir le rôle du Canada à titre de nation respectueuse et productive. Les jeunes doivent participer directement l'identification des problèmes et des solutions, et collaborer aux décisions afférentes aux politiques et aux programmes qui affectent leur bien-être.

- ◆ À certains égards, les jeunes se portent bien. À preuve, le bénévolat chez les jeunes a augmenté radicalement et le nombre de jeunes femmes qui atteignent un niveau de scolarité post-secondaire n'a jamais été aussi élevé (chapitre 2).
- ◆ Parallèlement, chaque chapitre du présent rapport souligne d'inquiétantes tendances face au bien-être psychosocial de la jeunesse canadienne.

- ◆ Les prédicteurs négatifs de la santé chez les jeunes femmes comprennent des niveaux élevés de stress et de dépression déclarés, et de faibles niveaux de bien-être psychologique (chapitre 1). Beaucoup de jeunes femmes affirment fumer pour gérer le stress (chapitres 1 et 5).
- ◆ Chez les jeunes hommes, les taux élevés de suicide (surtout dans les communautés autochtones) et de blessures accidentelles contribuent aux décès prématurés (chapitre 1). Le décrochage scolaire et les comportements à risques multiples (incluant la consommation d'alcool, la conduite avec facultés affaiblies et les relations sexuelles sans protection) sont des symptômes de désespoir qui n'augurent rien de bon pour la santé actuelle et future des jeunes hommes canadiens (chapitres 2 et 5).
- ◆ Malgré des améliorations récentes, le chômage et le sous-emploi demeurent des problèmes persistants pour les jeunes gens. Cette situation est reliée à l'accroissement du nombre de jeunes qui vivent au sein de familles à faible revenu et du nombre de jeunes familles à faible revenu au Canada (chapitre 2).

Peuples autochtones du Canada

Il revient avant tout aux collectivités autochtones de prendre les devants et d'agir pour aider leurs membres à prendre leur santé en main. Mais pour ce faire, ils doivent pouvoir compter sur l'appui de tous les Canadiens. Les décideurs et les praticiens non autochtones doivent collaborer avec les Premières nations pour trouver ensemble des façons d'améliorer la santé et le bien-être qui respectent pleinement le contexte culturel des Autochtones.

- ◆ Malgré de grandes améliorations au niveau des taux de mortalité infantile et de scolarité, et la réduction de la toxicomanie au sein de nombreuses collectivités autochtones, les peuples des Premières nations et les Inuit demeurent à risque plus élevé de maladie, de mortalité infantile et de décès précoce que la population canadienne en général (chapitres 1 et 3).
- ◆ Les peuples autochtones souffrent davantage de maladies chroniques comme le diabète et les maladies du cœur que la population générale, et tout porte à croire que ces affections s'accroissent au sein des groupes autochtones (chapitre 1).
- ◆ Malgré des améliorations marquées depuis les années 70, les taux de mortalité infantile sont encore deux fois plus élevés au sein des collectivités des Premières nations qu'au Canada dans son ensemble (chapitres 1 et 3).
- ◆ On estime que le taux de suicide parmi la population autochtone est, en moyenne, de deux à sept fois plus élevé que celui de la population du Canada dans son ensemble. Les jeunes hommes autochtones (surtout les jeunes Inuit), sont plus susceptibles de s'enlever la vie que les autres jeunes (chapitres 1 et 3).
- ◆ Les jeunes Autochtones sont à risque plus élevé de blessures accidentelles et de décès précoce par suite de noyade ou d'autres causes que les autres jeunes (chapitres 1 et 5).
- ◆ Les familles autochtones ont plus de difficulté à trouver un logement et à se nourrir à coût abordable que l'ensemble des Canadiens.

Défis actuels et futurs de la santé à relever au Canada

Le présent rapport souligne la nécessité d'adopter une approche globale et de collaboration pour améliorer la santé des Canadiens, qui aborde les causes sous-jacentes des maladies et des décès prématurés. Ce type de stratégie a été nommée « approche axée sur la santé de la population » par les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux.

Une approche axée sur la santé de la population

L'approche axée sur la santé de la population étudie les facteurs et les conditions interreliés qui influencent la santé, puis utilise l'information qui en résulte pour suggérer des mesures aptes à améliorer la santé et le bien-être de tous les Canadiens. L'approche axée sur la santé de la population utilise des stratégies à court et à long terme en vue :

- ◆ d'améliorer les conditions sous-jacentes interreliées présentes dans le milieu pouvant aider tous les Canadiens à jouir d'une bonne santé;
- ◆ de réduire les inégalités au niveau des facteurs sous-jacents qui peuvent empêcher certains groupes de Canadiens d'atteindre et de maintenir le meilleur état de santé et de bien-être possible.

Champs d'action prioritaires

Même si l'amélioration de la santé présente de nombreux défis, le CCSP souligne l'importance de trois champs d'action prioritaires. La sélection de ces priorités tient compte des constatations du présent rapport ainsi que de l'expérience et de l'expertise collective des membres du Comité et de leurs partenaires. Le chapitre 8 présente de plus amples détails sur les grandes stratégies d'action.

1. *Le renouvellement et la réorientation du secteur de la santé* nécessitent des efforts de collaboration pour :
 - agir afin de relever les nouveaux défis de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des blessures, et de protection de la santé, de même que de services de traitement;
 - accroître l'imputabilité des services de santé en favorisant une meilleure surveillance de la qualité des services de santé et de l'accès aux services requis;
 - mieux comprendre en quoi les déterminants fondamentaux de la santé affectent notre bien-être personnel et collectif;
 - évaluer et identifier des stratégies, des politiques et programmes efficaces;
 - influencer des secteurs extérieurs à la santé qui peuvent avoir des effets significatifs sur l'état de santé.
2. *L'investissement dans la santé et le bien-être de groupes clés de la population*, en réponse à des possibilités réduites de bien-être qui affectent trois groupes, soit les enfants, les jeunes et les peuples autochtones.

3. *L'amélioration de la santé par la réduction des inégalités liées à l'alphabétisation, au niveau de scolarité et à la distribution du revenu au Canada* se rapporte aux constatations du présent rapport indiquant des liens directs entre la mauvaise santé et le décès précoce et les faibles niveaux de revenu, de scolarité et d'alphabétisation.

Le besoin de dialogue et de collaboration

Il est clair que le secteur de la santé a un rôle de premier plan à jouer pour améliorer la santé de la population. Mais puisque de nombreux facteurs déterminants de la santé sont extérieurs au système de santé traditionnel, il importe de miser largement sur la formation d'alliances avec d'autres secteurs pour améliorer la santé de la population. Parmi les autres secteurs qui influencent la santé, il importe de souligner les finances, la justice, le logement, l'éducation, l'environnement physique, l'emploi, le transport, les loisirs et les services sociaux.

L'issue idéale de ces collaborations sera l'adoption de politiques publiques saines touchant une variété de secteurs déterminants de la santé, ainsi que le secteur de la santé même. Ce dernier secteur ne saurait tout faire, pas plus qu'il ne peut imposer son programme à d'autres secteurs. Cependant, il peut ouvrir le dialogue avec d'autres secteurs dont les actions sont déterminantes pour la santé, établir des alliances et agir à titre de collaborateur pour instaurer le changement.

Tous les secteurs peuvent tirer profit des améliorations apportées à la santé et aux conditions qui affectent la santé. Des citoyens productifs, instruits et en santé qui s'occupent bien de leurs enfants et qui vivent au sein d'une société civile, égalitaire et durable sentent qu'ils ont la main mise sur leur destinée. Ils sont plus en mesure de relever les défis locaux, provinciaux, territoriaux, nationaux et globaux du nouveau millénaire.

La collaboration centrée sur la santé du public doit avoir lieu à tous les niveaux, soit au sein des familles, des quartiers, des collectivités, des provinces ou territoires, des régions et du pays entier. Les partenaires doivent comprendre des bénévoles, des professionnels, des entreprises, des associations de consommateurs, des syndicats, des gouvernements, des représentants religieux et culturels, de même que les porte-parole de divers groupes démographiques et de groupes défavorisés.

Pour un avenir en santé

Le présent rapport fait état d'importants défis et tendances à relever. Mais tendances ne veut pas dire destinée. On peut les contrer et arriver à rehausser la santé de toute la population en mettant en œuvre une stratégie avec un rôle pour toutes les instances, soit le secteur public, le secteur privé et les groupes sans but lucratif.

À l'orée du nouveau siècle, il y a lieu de miser sur nos réalisations passées et sur notre engagement collectif à améliorer le bien-être de toute la population canadienne en vue d'explorer des possibilités nouvelles et de relever les défis présentés tout au long du rapport. De fait, le plus précieux cadeau que nous puissions léguer à la prochaine génération, c'est la promesse d'un avenir en santé.



Table des matières

Avant-propos.....	iii
Remerciements	v
Sommaire	vii
Introduction	1
Pour un avenir en santé.....	1
Survol du présent rapport.....	3
Sources des données et limites du présent rapport.....	4
Population canadienne.....	6
Approche axée sur la santé de la population	7
Notes en fin de chapitre — Introduction	8
PARTIE A : Dans quelle mesure les Canadiens sont-ils en santé?	
1. L'état de santé des Canadiennes et Canadiens.....	11
Faits saillants	13
État de santé autoévalué.....	14
Bien-être psychologique.....	15
Maladies et affections choisies	17
Maladies chroniques	17
Dépression.....	18
VIH et sida.....	18
Blessures.....	19
Incapacité et limitation des activités.....	20
Principales causes de décès	21
Maladie cardiovasculaire	21
Cancer.....	21
Blessures non intentionnelles.....	23
Suicide.....	23
Homicide	25
Mortalité infantile	25
Décès attribuables au tabagisme	26
Espérance de vie à la naissance	26
Années potentielles de vie perdues.....	27
Comment le Canada se compare-t-il aux autres pays?	28
Commentaires.....	31
Notes en fin de chapitre — Chapitre 1	33



PARTIE B : Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou non?	
2. L'environnement socio-économique	39
Faits saillants	41
Revenu et santé	42
Tendances du faible revenu échelonnées sur 15 ans	43
Tendances du faible revenu, 1990 à 1995.....	45
Répartition du revenu.....	48
Niveau de scolarité et alphabétisation.....	50
Niveau de scolarité	50
Alphabétisation	52
Emploi et chômage.....	54
Conditions de travail.....	57
Satisfaction au travail et stress professionnel	57
Travail non rémunéré	57
Accidents de travail.....	58
Environnement social.....	59
Soutien social	60
Violence familiale.....	60
Violence au sein de la collectivité.....	61
Bénévolat	61
Participation communautaire	62
Dons de bienfaisance	62
Commentaires.....	63
Notes en fin de chapitre — Chapitre 2	67
3. Sain développement de l'enfant.....	71
Faits saillants	73
Grandir en santé	74
Stade prénatal et petite enfance	75
Enfants d'âge préscolaire	79
Enfants d'âge scolaire.....	80
Adolescence	82
Facteurs clés affectant le sain développement de l'enfant.....	84
Pauvreté des familles et des enfants.....	84
Sécurité et protection des enfants et des adolescents.....	86
Modifications apportées aux structures familiales.....	87
Importance de l'approche parentale et des services de garde de qualité.....	87
Le besoin de services intégrés.....	88
Commentaires.....	88
Notes en fin de chapitre — Chapitre 3	91
4. Environnement physique	95
Faits saillants	96
Développement durable et santé	97
Empreinte de pied écologique.....	98
Environnement naturel.....	98
Appauvrissement de la couche d'ozone.....	98
Exposition au soleil et protection du soleil	99
Climat	100
Air	101

Toxines de l'environnement	102
Eau	102
Aliments.....	102
Environnement bâti.....	104
Fumée de tabac ambiante.....	104
Transport.....	105
Logement abordable	105
Personnes sans-abri.....	106
Ce que font les Canadiens.....	108
Commentaires.....	108
Notes en fin de chapitre — Chapitre 4	110
5. Habitudes de santé personnelles.....	113
Faits saillants.....	114
Tendances des habitudes de santé.....	115
Activité physique.....	115
Saines habitudes alimentaires.....	117
Poids sain.....	117
Tabagisme	119
Consommation d'alcool	121
Utilisation de drogues illicites.....	123
Tendances inquiétantes au niveau de la consommation et de l'abus de drogues ...	123
Recours à l'équipement de sécurité pour prévenir les blessures.....	124
Jeux de hasard	126
Relations sexuelles.....	127
Tests de dépistage du VIH	128
Comportements à risques multiples.....	128
Commentaires.....	130
Notes en fin de chapitre — Chapitre 5	132
6. Services de santé	135
Faits saillants.....	137
Dépenses de santé	138
Prestation de services	141
Hôpitaux.....	141
Services d'urgence.....	143
Soins à domicile	144
Soins de longue durée.....	145
Qualité des soins	145
Accès et recours aux services de santé.....	145
Consultations auprès d'un omnipraticien ou d'un médecin de famille.....	145
Test de Pap.....	146
Mammographie.....	147
Accès à des professionnels de la santé autres que les médecins.....	147
Visites chez le dentiste	148
Examen de la vue et verres correcteurs.....	149
Consultation d'un chiropraticien.....	149
Services de santé mentale	149
Médicaments : dépenses et recours	150

Besoins non comblés en matière de soins de santé	152
Services de santé parallèles.....	153
Commentaires.....	154
Notes en fin de chapitre — Chapitre 6	156
7. Biologie et patrimoine génétique	159
Faits saillants.....	160
Liens entre la biologie et l'environnement.....	161
Biologie et malformations congénitales.....	161
Nouvelles technologies de reproduction et génétiques (NTRG).....	163
Biologie du développement du cerveau.....	165
Vieillesse et santé	165
Effets d'autres facteurs déterminants de la santé sur le vieillissement sain.....	169
Commentaires.....	170
Notes en fin de chapitre — Chapitre 7	171
PARTIE C : Améliorer la santé	
8. Améliorer la santé.....	175
De bonnes raisons de se réjouir.....	175
L'approche axée sur la santé de la population	175
Champs d'action prioritaires.....	177
1. Renouveler et réorienter le secteur de la santé.....	177
2. Investir dans la santé et le bien-être de groupes clés de la population.....	181
3. Améliorer la santé en réduisant les inégalités en rapport avec la répartition du revenu, le taux d'alphabétisation et le niveau de scolarité	187
Vision d'avenir	191
Conclusion	192
Notes en fin de chapitre — Chapitre 8	193
Annexes	
Annexe A : Membres du Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population (CCSP) et des groupes de travail, et experts-conseils en production.....	197
Annexe B : Indicateurs de santé choisis — Canada, les provinces et les territoires.....	205
Annexe C : Ouvrages de référence choisis.....	221
Annexe D : Index de mots-clés.....	225



Introduction

Pour un avenir en santé

A l'aube du nouveau millénaire, les Canadiennes et les Canadiens ont beaucoup à célébrer. La plupart des mesures indiquent que le Canada est un endroit sain où vivre. Depuis les deux dernières années, les Nations Unies ont classé le Canada au premier rang de l'Indice du développement humain, qui tient compte de l'espérance de vie, du niveau d'instruction et du revenu. Les Canadiens vivent plus longtemps que jamais auparavant et présentent moins d'incapacités dans leurs vieux jours. Le taux de mortalité des bébés âgés de moins d'un an a baissé et les décès prématurés attribuables aux maladies cardiovasculaires continuent de diminuer. Beaucoup de Canadiens prennent des mesures pour améliorer leur santé : ils fument moins et font davantage d'exercice. Le niveau de salubrité des aliments et la qualité de l'air et de l'eau potable sont parmi les plus élevés au monde. Et malgré les bouleversements récents qui ont ébranlé le système de santé, les Canadiens profitent encore d'un accès universel aux services de santé assurés.

Cela dit, ce niveau de santé élevé ne profite pas également à tous les secteurs de la société. En ce qui touche l'état de santé par exemple, il existe des disparités évidentes en fonction du sexe, de l'âge, du statut socio-économique et du lieu de résidence. De fait, le rapport des Nations Unies de 1998 sur le développement humain prend le Canada à partie pour ne pas avoir su garantir à chaque membre de la société la possibilité de jouir d'un niveau de vie enviable. Selon le rapport annuel de l'ONU¹, le Canada et la France font face à de graves problèmes de pauvreté et leurs progrès face au développement humain sont très inégaux.

En plus de faire état des problèmes découlant de ces inégalités, le présent rapport souligne que la plupart des maladies et des décès précoces qui affectent les Canadiens sont évitables. À titre d'exemple, la majorité des maladies, des invalidités et des décès précoces découlant de l'usage du tabac ou encore de blessures intentionnelles ou non intentionnelles peuvent être évités.

L'annexe B fait état des différences qui existent d'une province à l'autre et entre les territoires. Aucune province ou aucun territoire ne semble détenir le record de santé et on note, dans certains cas, d'énormes écarts entre les résultats des provinces et les territoires en fonction d'indices de santé précis. Il faut toutefois interpréter ces données avec prudence, en raison des différences dans les tailles d'échantillonnage et les méthodes de collecte de données. Malheureusement, les données du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest (T.-N.-O.) ne sont pas complètes parce que les résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) effectuée dans ces régions étaient encore en cours d'analyse. Les données relatives au Nunavut étaient incluses dans la bases de données des T.-N.-O. et n'avaient pas encore été mises à part.

Les chapitres suivants précisent en quoi différents facteurs influent sur la santé, notamment le sexe, l'âge, la génétique, les habitudes de santé personnelles, la faculté d'adaptation, le soutien social, les conditions de travail, l'environnement physique et les expériences de vie dans la petite enfance. Le niveau socio-économique constitue sans doute l'influence la plus forte sur la santé et se mesure en fonction du revenu et du niveau d'instruction. Qu'on se penche sur la façon dont les gens évaluent leur propre santé, sur la mortalité précoce, sur le bien-être psychologique ou sur l'incidence des maladies chroniques, le statut socio-économique demeure fortement lié à l'état de santé. Les résultats du présent rapport indiquent également qu'un gradient socio-économique est à l'œuvre. Autrement dit, la santé des gens s'améliore selon presque toutes les mesures et tous les facteurs qui influent sur la santé à mesure que s'accroissent le revenu et le niveau de scolarité.

Le présent rapport conclut qu'il existe un écart persistant de l'état de santé entre les Canadiens au revenu élevé et ceux à faible revenu. Le chapitre 2 explique pourquoi la répartition du revenu dans une société est tout aussi importante pour la santé de la population que les niveaux de revenu absolus. En effet, on estime que si tous les Canadiens avaient les mêmes taux de décès que les Canadiens au revenu supérieur, on pourrait éviter plus d'un cinquième de toutes les années potentielles de vie perdues avant l'âge de 65 ans.

En dépit d'inégalités persistantes et troublantes au niveau de l'état de santé, la plupart des Canadiens vivent plus longtemps qu'avant et leur état général de santé continue de s'améliorer. Dans le contexte d'une société vieillissante, il s'agit de bonnes nouvelles.

À l'aube du nouveau millénaire, il y a lieu de se réjouir de nos progrès et réalisations techniques, et de notre potentiel d'avancement. Au fur et à mesure que nous planifions un saine avenir, il importe grandement d'investir dans nos ressources humaines les plus précieuses. Bien que nos enfants et nos jeunes gens soient à l'apogée de leur santé physique, le rapport révèle des faits troublants sur leur état de bien-être économique et social.

Un saine avenir est le plus précieux héritage nous puissions léguer à la prochaine génération. Le présent rapport doit nous aider à évaluer où nous en sommes et à mesurer le progrès accompli au fil du temps. Il s'agit d'une première étape essentielle pour arriver à relever les défis du prochain millénaire en matière de santé.

Différents facteurs
 influent sur la santé,
 notamment le sexe, l'âge,
 la génétique, les habitudes
 de santé personnelles,
 la faculté d'adaptation,
 le soutien social, les
 conditions de travail,
 l'environnement physique
 et les expériences de vie
 dans la petite enfance.

Survol du présent rapport

Ce rapport constitue un bilan des plus récentes données nationales sur la santé de la population canadienne. Il invite le lecteur à réfléchir aux répercussions de tels résultats sur les politiques, les pratiques et les recherches actuelles et futures. Il ne s'agit pas d'un bulletin scolaire visant à évaluer la santé ou le système de santé, mais plutôt d'un outil qui sert à sensibiliser les décideurs, les praticiens et le public aux défis actuels et futurs en matière de santé, et à identifier des grandes stratégies pour agir efficacement sur les facteurs majeurs qui influencent la santé. Ce document, le second d'une série de rapports portant sur la santé des Canadiennes et des Canadiens, constitue également un outil de suivi important puisqu'il propose des balises pour mesurer nos progrès futurs.

Dans ce rapport, la définition de la santé surpasse de beaucoup le concept d'absence de maladie. Il s'inspire de la définition de l'Organisation mondiale de la santé qui considère la santé comme un état complet de bien-être physique, mental, social et affectif. La santé est une ressource de vie qui permet aux gens de tout âge de réaliser leurs espoirs et de combler leurs besoins, de changer leur environnement ou de s'y adapter².

Conformément à cette définition globale de la santé, le rapport a été structuré en fonction des principaux facteurs qui influencent la santé. Ces facteurs — qui incluent les services de santé traditionnels et bien d'autres — ont été désignés « préalables à la santé » dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* de 1986³. En 1994, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a publié un document intitulé *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé de la population*⁴ qui développait cette notion. Ce document identifiait les influences clés ou « facteurs déterminants » suivants de la santé : les conditions de vie et de travail (environnement socio-économique), l'environnement physique, les services de santé, le développement au cours de la petite enfance, le soutien social, les habitudes de santé personnelles et la capacité d'adaptation, ainsi que la biologie et le patrimoine génétique. Bien que chacune de ces influences soit traitée dans un chapitre distinct du présent rapport, c'est l'interaction de tous ces facteurs qui détermine, en bout de ligne, à quel point les personnes, les familles et les collectivités seront en santé ou non. On qualifie cette façon d'examiner la santé d'approche axée sur la santé de la population.

Outre les facteurs susmentionnés, le sexe, la culture et l'appartenance à des groupes de population précis affectent aussi grandement l'état de santé. Les auteurs du rapport ont déployé des efforts particuliers pour analyser l'effet de tels facteurs sur l'état de santé et sur les déterminants de la santé, dans les limites de disponibilité de données.

Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne a été rédigé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP), en collaboration avec Statistique Canada, Santé Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et une équipe de rédacteurs du Centre de promotion de la santé de l'Université de Toronto. Comme son titre le suggère, il s'agit du deuxième rapport qui résume et commente l'état de santé au pays. Le premier *Rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes* a été publié en septembre 1996⁵.

Le présent rapport se distingue du premier de maintes façons. D'une part, il examine plus en profondeur les inégalités et l'influence du sexe sur la santé. De l'autre, les auteurs ont ajouté des chapitres portant sur le sain développement de l'enfant, sur la biologie et sur la génétique, de manière à brosser un tableau englobant des grands facteurs déterminants de la santé. Le chapitre sur l'environnement physique a été rallongé de façon à mieux expliquer les effets de ce facteur particulier sur la qualité de santé des Canadiennes et des Canadiens.

Chaque chapitre débute par une rubrique de faits saillants qui donne un bref aperçu de l'information clé. Suit l'exposé plus détaillé d'aspects choisis de la santé de la population accompagné de commentaires sur les conclusions et les défis majeurs afférents aux dossiers abordés dans le cadre du chapitre. Le dernier chapitre propose une vision de la santé pour le nouveau millénaire et reprend divers thèmes, défis et stratégies qui reviennent au fil des chapitres précédents. C'est ainsi qu'il trace un tableau général des grands défis qui exigeront l'adoption de mesures immédiates pour guider les démarches à court et à long terme.

Sources des données et limites du présent rapport

Chaque année, au Canada, on s'affaire à recueillir d'énormes quantités de renseignements portant sur la santé de la population. Ces renseignements comprennent des statistiques sur l'état civil comme les naissances et les décès, des données sur les rapports des gens avec le système de santé, ainsi que de l'information extérieure aux domaines traditionnels de santé portant sur d'importants sujets comme les collisions de la route, le logement et l'emploi. Ces renseignements sont glanés au moyen de systèmes de surveillance qui tiennent compte des problèmes de santé actuels et naissants, ainsi que des sondages nationaux, provinciaux et locaux portant sur la santé.

Il n'y a pas de façon simple et complète de résumer tous ces renseignements en un seul rapport pratique. Par conséquent, il a fallu s'en tenir à une gamme limitée de sujets et de tendances naissantes liés à des aspects clés de la santé des Canadiens, et aux facteurs qui influent sur la santé. Le présent rapport s'inspire principalement des données du *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*^b qui ont été tirées de diverses sources topiques, récentes et à portée nationale. Les cycles de 1994-1995 et de 1996-1997 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), le recensement de 1996 et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (cycles 1 et 2) constituent les principales sources d'information utilisées pour rédiger le présent rapport.

Même si, dans la mesure du possible, les sujets de santé dont il est question dans le rapport ont été documentés par d'autres sources de données et de rapports, il n'est pas envisageable de rendre justice à la diversité de la population canadienne en un seul rapport national. On a tenu compte des données sur les peuples autochtones, sur les nouveaux arrivants au Canada et sur les disparités provinciales et territoriales lorsqu'elles étaient disponibles, mais la référence à de telles entités s'avère inégale à l'échelle du document. À cet égard, il pourrait être nécessaire de produire un certain nombre de rapports supplémentaires qui examineraient de façon plus détaillée et précise les comparaisons provinciales et les influences sur la santé comme le sexe, le revenu, la culture et l'appartenance à des groupes de population spécifiques.

Dans d'autres cas, comme celui du développement de la petite enfance et de la santé, on trouve déjà plusieurs excellents rapports (voir l'annexe C). Le présent rapport ne vise pas à reproduire ces études mais à situer leur contenu dans une large perspective nationale sur le sain développement de l'enfant qui en fait un facteur clé de l'état de santé actuel et futur des Canadiens. Le chapitre sur la biologie et la génétique constitue une introduction à cet important déterminant de la santé. Il serait extrêmement utile de rédiger un rapport plus précis et plus détaillé portant sur ce sujet.

Le recours à des sources d'information différentes entraîne des écarts dans les groupes d'âge recensés. L'ENSP de 1996-1997 a un avantage net sur les autres enquêtes nationales en ce que les catégories d'âge sont plus détaillées que dans les enquêtes antérieures. Cela permet au lecteur de constater des différences marquantes entre la façon d'être et d'agir des jeunes à 12 ans et à 19 ans. Cela permet aussi au lecteur de considérer « l'effet de cohorte ». De fait, l'existence et les expériences de vie de la génération des Canadiens

de 75 ans ont probablement été très différentes de celle de concitoyens plus jeunes. L'effet de cohorte présente un intérêt particulier lorsqu'on envisage les prédictions pour l'avenir. Parallèlement, les facteurs qui influent sur la santé sont susceptibles d'avoir un effet intergénérationnel à moins qu'ils ne soient renversés. Les enfants qui grandissent dans des quartiers défavorisés à faible revenu, par exemple, ont souvent tendance à élever leurs propres enfants dans le même type de quartier, à moins qu'ils n'aient l'occasion de rompre ce cycle.

Le présent rapport examine aussi les tendances temporelles et se concentre sur les changements par rapport à l'information contenue dans le rapport précédent. Dans certains cas, on se réfère à des périodes de temps plus longues pour avoir une meilleure perspective sur l'évolution au fil des ans. Cela dit, les tendances temporelles entre les deux enquêtes nationales sur la santé de la population offrent les comparaisons les plus fiables, puisqu'on a eu recours à des méthodes et à des tailles d'échantillon semblables.

Bien que le recours à de vastes sources de données nationales donne une bonne perspective globale exacte de santé des Canadiens, il arrive souvent que les nombres ne sont suffisants pour faire des observations fiables sur les sous-catégories au sein de groupes démographiques ou de groupes de population particuliers comme les Autochtones. Il faut user de prudence au moment de faire des comparaisons provinciales au niveau des indicateurs de santé de l'annexe B en raison des tailles réduites d'échantillonnage dans certaines provinces. Même les statistiques propres à chaque province tendent à masquer la nature hétérogène des groupes d'une région particulière. Ainsi, même si les mesures globales de la santé sont élevées dans une province donnée, il peut exister, au sein des sous-populations culturelles ou socio-économiques de cette même province, d'importants écarts que ne reflètent pas les grandes bases de données. À moins d'avis contraire, les estimations provinciales et territoriales contenues dans le présent rapport ne sont pas normalisées en fonction de l'âge.

Au moment de la rédaction, les données de l'ENSP de 1996-1997 dans les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon étaient encore en cours d'analyse. De plus, le nouveau territoire du Nunavut a été créé pendant cette même période, un événement d'une grande importance historique pour le Canada. Ainsi, il n'a pas été possible de séparer les données propres au Nunavut des données générales sur les T.-N.-O. Bien que tout ait été mis en œuvre pour obtenir des données provenant d'autres enquêtes ou documents, il n'est toujours pas possible de tracer un tableau clair et précis de la santé des résidents du nord canadien.

Il faut aussi traiter avec prudence l'information sur les peuples autochtones, puisque lors de Recensement de 1996, le sous-dénombrement était considérablement plus élevé chez ces peuples que dans tout autre segment de la population. Quelque 77 réserves et établissements indiens et inuit (soit 44 000 personnes selon les estimations) n'ont été que partiellement recensés. En outre, il y avait peu d'information disponible pour distinguer les résultats parmi les divers sous-groupes de la population autochtone (p. ex., les Inuit, les Métis, les Indiens inscrits [dans et hors réserve] et les Indiens non inscrits). Heureusement, les résultats préliminaires des Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit (ERSPNI) — qui comportaient des questions semblables à celles de l'ENSP, et qui ont été menées auprès des collectivités des Premières nations vivant dans des réserves, et des communautés d'Inuit du Labrador — nous ont été transmis vers la fin de l'étape de rédaction du présent rapport. Une analyse plus poussée de ces enquêtes enrichira grandement le contenu actuel.

Même si l'on note plusieurs lacunes précises au niveau des données présentées à l'échelle du rapport, il importe de souligner deux domaines particuliers. Le premier tient à la pénurie de renseignements sur la qualité (et non la quantité) des services de santé et au fait que la plupart des données sur les services de santé s'appliquent au milieu hospitalier.

Au fur et à mesure que le système de santé s'ancre dans la collectivité, il faut en savoir plus sur les soins offerts en milieu communautaire. La seconde lacune tient à l'absence de mesures de santé axées sur la population. Tel qu'indiqué au chapitre 1, la plupart des renseignements contenus dans le présent rapport ont trait aux mesures de santé individuelle. Les prochains rapports du genre auraient avantage à tenir compte de mesures additionnelles de bien-être collectif calculées à partir de solides méthodologies et d'un ensemble d'indices.

Population canadienne

La composition selon l'âge et le sexe d'un groupe de gens peut avoir un effet saisissant sur des aspects de la santé comme les taux de fertilité et le recours aux services de santé. Les paragraphes suivants font état de statistiques importantes tirées du Recensement de 1996.

En 1996, le Canada comptait un peu plus de 30 millions d'habitants. Quelque 27 p. 100 de la population avait 19 ans et moins, et environ 12 p. 100 avait 65 ans et plus. Cela reflète une baisse importante du nombre d'enfants et d'adolescents au Canada et témoigne du vieillissement global de la population. Le nombre de Canadiens âgés de 20 à 64 ans est passé de 53 p. 100 en 1971 à 61 p. 100 en 1996; au cours de la même période, le nombre de Canadiens âgés de 65 ans et plus a grimpé de 8 p. 100 à 12 p. 100. En raison de l'espérance de vie plus longue des femmes, le Canada comptait plus de femmes que d'hommes de plus de 65 ans; dans tous les groupes d'âge inférieur, le nombre d'hommes et de femmes est à peu près égal. L'on prévoit que la proportion de Canadiens de 65 ans et plus aura plus que doublé d'ici 2041 pour atteindre quelque 10 millions de personnes (entre 22 et 25 p. 100 de la population).

Environ 3 p. 100 de la population canadienne est d'origine autochtone. En 1996, on comptait environ 1 192 600 personnes autochtones au Canada, dont 507 200 étaient des Indiens inscrits, 57 000 des Inuit, 205 800 des Métis et 422 600 autres avaient un statut différent ou n'avaient aucun statut particulier.

La population autochtone du Canada est beaucoup plus jeune que la population générale. L'âge moyen de la population autochtone inscrite au recensement de 1996 était de 25,5 ans, quelque 10 ans de moins que la moyenne générale. Les enfants de moins de 15 ans représentaient 35 p. 100 de toute la population autochtone, comparativement à seulement 20 p. 100 au sein de la population générale.

La majorité des Canadiennes et des Canadiens vivent en Ontario (38 p. 100) et au Québec (24 p. 100). On note d'énormes différences dans la taille de population entre les provinces, et les populations territoriales sont même inférieures à la population de la plus petite province (Île-du-Prince-Édouard). Bien que la majorité des Canadiens vivent dans les grands centres urbains, un nombre considérable de gens vivent et travaillent en milieu rural.

En 1996, les immigrants constituaient 17 p. 100 de la population canadienne, soit cinq millions de personnes environ. Les immigrants (des personnes nées dans un autre pays dont les parents ne sont pas des Canadiens) constituent un élément vital de la société canadienne depuis plus de 400 ans. La population canadienne devient de plus en plus diversifiée. Les premières vagues d'immigrants venant de l'Europe ont été largement remplacées par des nouveau-venus d'Asie, du Moyen-Orient et d'Afrique. En 1996, on comptait 226 000 immigrants reçus au Canada ; environ un immigrant sur six était classé réfugié, et 47 p. 100 de tous les immigrants de 1996 avaient entre 25 et 44 ans. Les trois quarts des immigrants récents vivent en Ontario ou en Colombie-Britannique, et le Québec et l'Alberta attirent les proportions les plus importantes des autres nouveaux arrivants. Les immigrants récents sont particulièrement attirés par les trois grands centres urbains que sont Toronto, Vancouver et Montréal.

Peu importe leur pays d'origine, les immigrants récents tendent à être en meilleure santé que les citoyens nés au pays. Cela est probablement attribuable au processus d'immigration, puisque les gens en bonne santé sont plus enclins à émigrer que ceux qui sont en mauvaise santé, et que les candidats à l'immigration doivent subir un dépistage médical pour vérifier l'existence d'affections graves. Plus longtemps les immigrants demeurent au pays par contre, plus leur état de santé commence à ressembler à l'état de santé des Canadiens de souche⁷.

Approche axée sur la santé de la population

En janvier 1997, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a défini la santé de la population comme suit :

La santé de la population désigne la santé d'une population telle qu'elle est mesurée par des indicateurs de l'état de santé et telle qu'elle est influencée par les environnements social, économique et physique, les habitudes de santé personnelles, la capacité individuelle et les aptitudes à l'adaptation, la biologie humaine, le développement de la petite enfance et les services de santé.

Comme approche, la santé de la population est axée sur les conditions et facteurs interreliés qui influent sur la santé des populations au cours d'une vie; elle repère les variations systématiques de fréquence de leur apparition, et applique les informations qui en résultent à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de mesures visant à améliorer la santé et le bien-être de ces populations.

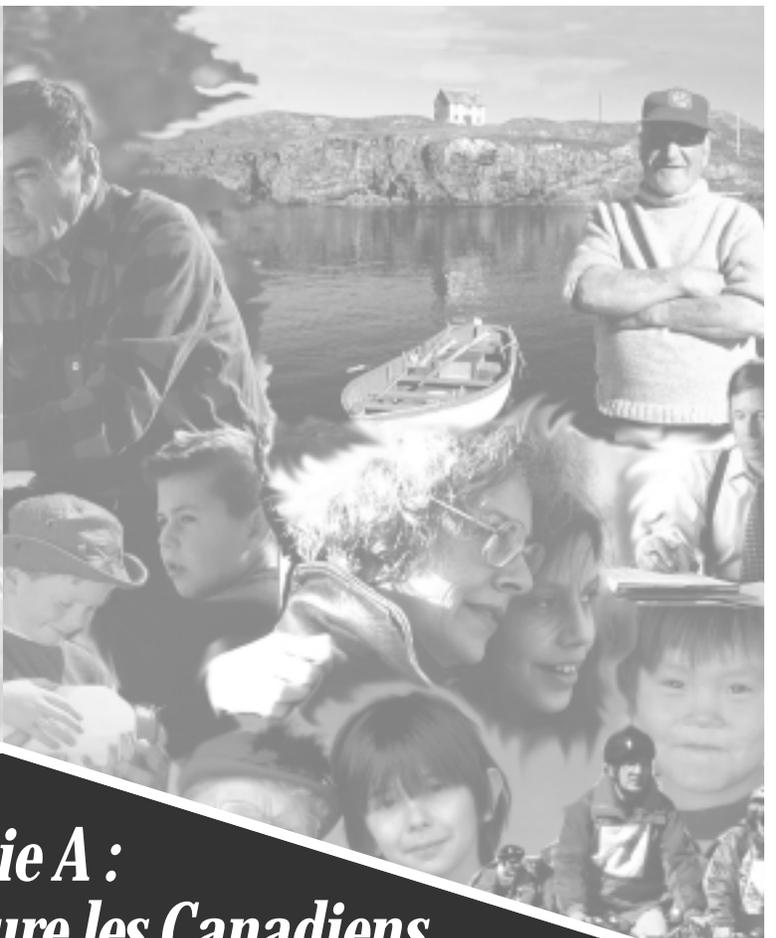
Définitions

- ◆ La population des **Premières nations** désigne les personnes qui sont inscrites à titre d'Indiens en vertu des dispositions de la *Loi sur les Indiens*, et dont le nom figure au Registre des Indiens tenu par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien.
- ◆ Les **Autochtones** englobent toutes les personnes indigènes du Canada de descendance nord-américaine, indienne ou métis, y compris les personnes inscrites au Registre des Indiens.
- ◆ Statistique Canada définit les **immigrants** comme étant toutes les personnes qui sont, ou qui ont déjà été des **immigrants reçus**. Les immigrants reçus sont des personnes qui ont obtenu la permission de vivre au Canada de façon permanente de la part des responsables de l'immigration. Les **immigrants récents** désignent les personnes arrivées au Canada au cours des cinq dernières années.

L'objectif d'une approche axée sur la santé de la population consiste à maintenir et à améliorer l'état de santé de toute la population et à réduire les inégalités de santé entre divers groupes. Cela exige un examen minutieux et permanent de l'état de santé et des facteurs qui le déterminent ou l'influencent. Les données actuelles et l'analyse de la documentation servent à prendre des décisions concernant les futurs projets de recherche, les politiques et les programmes. Le présent rapport et son prédécesseur constituent de précieux outils de travail pour aider à comprendre et à mettre en œuvre une approche axée sur la santé de la population au Canada.

Notes en fin de chapitre — Introduction

1. Programme de développement humain des Nations Unies, *Rapport mondial sur le développement humain 1998*, New York, Oxford University Press, 1998.
2. Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique (ACSP), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa, ACSP, 1986.
3. *Ibidem*.
4. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1994.
5. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, préparé pour la conférence des ministres de la Santé, Toronto, septembre 1996, Ottawa, Santé Canada, 1996.
6. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : Annexe technique*, préparé pour la conférence des ministres de la Santé, Toronto, septembre 1996, Ottawa, Santé Canada, 1996.
7. Chen, J., Ng, E. et R. Wilkins (Statistique Canada), « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, vol. 7, n° 4, printemps 1996, p. 33-45 (Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB).



*Partie A :
Dans quelle mesure les Canadiens
sont-ils en santé?*





L'état de santé des Canadiennes et Canadiens

Une bonne santé permet aux gens de mener une vie productive et satisfaisante. Pour le Canada dans son ensemble, un niveau élevé de santé contribue à une plus grande prospérité et à une stabilité sociale générale.

— *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes, 1996*

Le présent chapitre pose trois questions interreliées : « Dans quelle mesure les Canadiens sont-ils en santé ? », « L'état de santé des Canadiens s'améliore-t-il ? » et « Qui est en santé, qui ne l'est pas ? » Les réponses à ces questions contribueront à diriger nos efforts en vue d'améliorer la santé de toutes les Canadiennes et de tous les Canadiens.

Dans l'ensemble, les Canadiens jouissent d'un niveau élevé de santé selon presque toutes les mesures. Néanmoins, tous les segments de la population ne jouissent pas au même degré d'une bonne santé et n'ont pas tous les mêmes occasions d'améliorer leur l'état de santé. Le présent chapitre confirme le fait que le sexe et l'âge influent de maintes façons sur l'état de santé. Il démontre également des liens étroits entre le revenu et la santé dans presque toutes les mesures de la santé.

Le présent chapitre a recours à une vaste gamme d'indices ou de mesures de la santé pour décrire la qualité de santé des Canadiens. Hormis l'Indice du développement humain des Nations Unies, ce sont toutes des mesures applicables à l'état de santé individuel. Les futurs rapports sur l'état de santé de la population canadienne dans son ensemble gagneraient à utiliser des indices collectifs additionnels fondés sur une méthodologie fiable qui combinerait un certain nombre de mesures.

Définitions et mesures

- ◆ **L'état de santé autoévalué** décrit la façon dont les Canadiens perçoivent et évaluent leur propre santé physique et mentale.
- ◆ Le **bien-être psychologique** utilise trois mesures. La première, soit le sens de cohérence, tient au sentiment que la vie a un sens, que les problèmes sont surmontables et que les événements de la vie sont compréhensibles. La deuxième, soit l'estime de soi, désigne l'impression d'une personne face à sa propre valeur. La troisième, soit la maîtrise de la situation, décrit la mesure dans laquelle les gens croient avoir une emprise sur les circonstances de leur vie.
- ◆ Les **maladies et affections choisies** servent à observer l'incidence de maladies et d'affections choisies sur une certaine période de temps.
- ◆ Les **jours d'incapacité** mesurent la fréquence à laquelle des problèmes de santé ont obligé une personne à réduire ses activités régulières (à la maison, à l'école et au travail) pour une bonne partie de la journée dans les deux dernières semaines.
- ◆ La **limitation des activités** permet d'établir dans quelle mesure une personne est limitée dans ses activités normales au travail, à la maison ou à l'école en raison d'une incapacité à long terme (plus de six mois) ou d'un problème de santé.
- ◆ Les **principales causes de décès** énoncent ce qui entraîne principalement la mort.
- ◆ La **mortalité infantile** mesure le nombre de bébés qui meurent dans leur première année, sans compter les bébés mort-nés. La **mortalité périnatale** est la combinaison des mortinaissances et des décès néonataux précoces (décès dans les sept premiers jours de vie).
- ◆ **L'espérance de vie à la naissance** mesure le nombre d'années pendant lesquelles un bébé qui naît aujourd'hui peut espérer vivre, selon les données actuelles sur la mortalité.
- ◆ Les **années potentielles de vie perdues** décrivent le nombre d'années de vie perdues lorsqu'un décès survient avant l'âge de 70 ans.
- ◆ **L'Indice du développement humain** est une mesure collective utilisée par les Nations Unies pour comparer les progrès réalisés par divers pays en matière de développement humain. Il mesure l'espérance de vie, le niveau d'instruction et le revenu ajusté. Le rapport des Nations Unies de 1998 a intégré trois mesures additionnelles, soit l'Indice de pauvreté humaine, l'Indice du développement sexospécifique et la Mesure de l'habilitation sexospécifique. Ces dernières sont décrites plus en détail ailleurs dans ce chapitre.

Faits saillants

De nombreux Canadiens jouissent d'un niveau de santé élevé qui continue de s'améliorer.

État de santé autoévalué : Soixante-trois pour cent des adultes canadiens se déclarent en excellente ou en très bonne santé, et seulement 9 p. 100 décrivent leur état de santé comme moyen ou mauvais. Ces taux, qui sont stables depuis 1985, représentent un des niveaux de santé autoévalués les plus élevés parmi les citoyens des pays industrialisés.

Mortalité infantile : En 1996, pour la première fois, le taux de mortalité infantile du Canada (5,6 par 1 000 naissances vivantes) a chuté sous le niveau de 6 décès par 1 000 naissances vivantes. Même s'il s'agit d'une réalisation notoire, ce nombre s'avère tout de même bien plus élevé que celui du Japon, qui affiche le taux de mortalité infantile le plus faible au monde (3,8 décès par 1 000 naissances vivantes).

Espérance de vie : Selon les modèles actuels du taux de mortalité, un enfant canadien né en 1996 peut espérer vivre jusqu'à 78,6 ans (hommes 75,7, femmes 81,4). Cette espérance de vie représente un nouveau sommet pour le Canada et figure parmi les plus élevées du monde industrialisé, n'étant surpassée qu'en Suisse et au Japon (parmi les 12 pays de l'OCDE qui divulguent ce genre d'information).

Le sexe et l'âge ont des incidences variables sur l'état de santé.

- ◆ Les hommes sont beaucoup plus susceptibles que les femmes de mourir avant l'âge de 70 ans. Ceci tient surtout à des variables liées au sexe en rapport avec les décès attribuables aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au suicide et aux blessures non intentionnelles. Le taux d'années potentielles de vie perdues est presque deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, et environ trois fois plus élevé chez les hommes de 20 à 34 ans.
- ◆ Bien que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles sont plus susceptibles de souffrir de limitation des activités à long terme et d'affections chroniques comme l'ostéoporose, l'arthrite et la migraine.
- ◆ Bien que les Canadiens plus âgés soient beaucoup plus susceptibles que les jeunes de souffrir de maladies et d'affections physiques, les jeunes (de 12 à 19 ans) affichent les plus faibles niveaux de bien-être psychologique. Les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables à la dépression.
- ◆ Les taux de suicide chez les jeunes hommes sont particulièrement élevés au Canada, comparativement aux taux des autres pays. De fait, il semble que le nombre de suicides parmi les membres de groupes autochtones (surtout les Inuit) pourrait même s'avérer de deux à sept fois plus élevé qu'au sein de la population en général.
- ◆ Même si les blessures non intentionnelles chez les enfants ont diminué avec le temps, elles demeurent la principale cause de décès chez les jeunes et les enfants. Elles sont également une cause importante d'incapacité au niveau des enfants et des adolescents. Les garçons et les jeunes hommes ont tendance à subir des blessures non intentionnelles plus nombreuses et plus graves que les filles et les femmes.

Les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles de souffrir de maladies et de mourir prématurément que les Canadiens à revenu élevé.

- ◆ Seulement 47 p. 100 des Canadiens qui affichent le revenu le plus faible se disent en excellente santé ou très bonne santé, contre 73 p. 100 des Canadiens qui affichent le revenu le plus élevé.
- ◆ Les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles de mourir prématurément et de souffrir de maladies que les Canadiens à revenu élevés. On estime que si tous les Canadiens avaient les mêmes taux de décès que les citoyens les plus fortunés, on pourrait ainsi prévenir plus du cinquième des années potentielles de vie perdues avant l'âge de 65 ans.

Selon l'Indice du développement humain des Nations Unies, les inégalités dans la répartition du revenu et le niveau d'alphabétisation ont déclassé le Canada du premier rang au dixième rang au monde.

- ◆ Le rapport des Nations Unies de 1998 sur le développement humain classait le Canada premier du monde (parmi 174 pays) quant au développement humain, mesuré selon l'espérance de vie, le niveau d'instruction et le revenu ajusté.
- ◆ Ce classement a chuté à la dixième place lorsqu'on a appliqué l'Indice de pauvreté humaine (qui tient compte du taux d'alphabétisation, du chômage, du pourcentage de gens qui vivent sous le seuil de pauvreté et du pourcentage de gens qui ne devraient pas vivre au-delà de 60 ans). Le rapport des Nations Unies suggère que cette chute est attribuable au fait que le Canada connaît d'importants problèmes de pauvreté et que ses progrès au niveau du développement humain n'ont pas été équitablement répartis.

Les peuples autochtones du Canada sont plus aptes à avoir une mauvaise santé et à mourir prématurément que la population canadienne dans son ensemble.

- ◆ Malgré des améliorations considérables depuis 1979, les taux de mortalité infantile chez les peuples des Premières nations sont encore deux fois plus élevés que ceux de la population canadienne dans son ensemble.
- ◆ L'espérance de vie est toujours nettement inférieure à celle de la population canadienne en général. Cette différence tient, en partie, aux taux élevés de suicide et de blessures non intentionnelles mortelles chez les jeunes Inuit et les jeunes des Premières nations.
- ◆ La prévalence de toutes les principales maladies chroniques, y compris le diabète, les problèmes cardiaques, le cancer, l'hypertension et l'arthrite ou le rhumatisme, est plus forte au sein des collectivités autochtones qu'ailleurs et elle semble s'accroître.

État de santé autoévalué

L'état de santé autoévalué s'est avéré fiable comme prédicteur des problèmes de santé, de l'utilisation des soins de santé et de la longévité¹. En 1996-1997, un quart des Canadiens de 12 ans et plus ont décrit leur santé comme étant excellente, et plus d'un tiers l'ont qualifiée de très bonne. Moins d'un Canadien sur dix s'est dit en moyenne santé ou en mauvaise santé. Les femmes étaient légèrement moins enclines que les hommes (65 p. 100) à se dire en excellente santé ou en très bonne santé (62 p. 100).

La qualification de l'état de santé comme moyen ou mauvais semblait s'accroître d'un groupe d'âge à l'autre, passant de 2 p. 100 chez les jeunes de 12 à 14 ans à 27 p. 100 chez les Canadiens de plus de 75 ans².

La figure 1.1 indique une variation nette de l'état de santé autoévalué qui est fortement liée au revenu. Chez les adultes canadiens faisant partie de la plus faible catégorie de revenu, 47 p. 100 qualifiaient leur santé d'excellente ou de très bonne, et 21 p. 100 la qualifiaient de moyenne ou mauvaise.

Parmi les Canadiens au revenu supérieur, 73 p. 100 qualifiaient leur santé d'excellente ou de très bonne, tandis que seulement 5 p. 100 la jugeaient moyenne ou mauvaise. Les Canadiens vivant dans les ménages au revenu le plus faible étaient quatre fois plus susceptibles de décrire leur état de santé comme moyen ou mauvais que ceux de ménages au revenu le plus élevé.

On note d'importants écarts entre les provinces quant à l'état de santé autoévalué. Seulement 17 p. 100 des Saskatchewanais se considèrent en excellente santé, contre 27 p. 100 des Québécois. Les gens de la Nouvelle-Écosse sont les plus susceptibles de considérer leur état de santé comme moyen ou mauvais (10 p. 100), tandis que les résidents de Terre-Neuve (7 p. 100) et du Québec (8 p. 100) sont les moins aptes à qualifier ainsi leur état de santé.

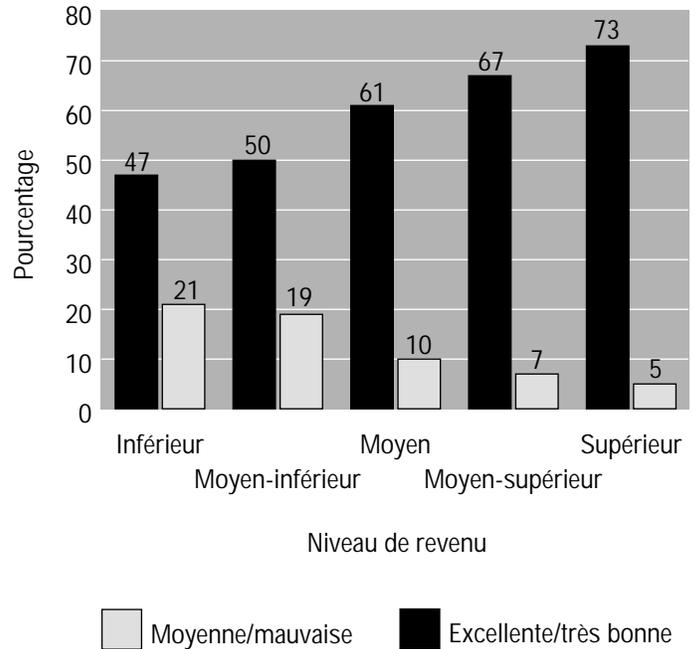
Bien-être psychologique³

Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995, les résultats de l'évaluation portant sur le sens de cohérence, l'estime de soi et la maîtrise de la situation étaient basés sur une série de questions d'entrevue normalisées. Les résultats « élevé », « adéquat » ou « faible » étaient attribués selon des sommets dans la répartition des points. Cela permet les comparaisons entre groupes, mais rend non significatives les déclarations portant sur les niveaux absolus de bien-être psychologique.

En 1994-1995, environ 28 p. 100 des Canadiens affichaient un sens de cohérence élevé (un sentiment que la vie a un sens, que les événements sont compréhensibles et que les problèmes sont surmontables). Quarante-neuf pour cent avaient une forte estime de soi et 21 p. 100 croyaient avoir une bonne maîtrise de la situation (la mesure dans laquelle les gens croient avoir une emprise sur les circonstances de leur vie). Comme c'était la première fois que ces questions étaient posées dans le cadre d'une enquête nationale, il n'est pas possible de déceler des tendances ou d'établir des comparaisons avec d'autres pays. Ces mesures révèlent toutefois d'importantes variations parmi les membres de divers groupes d'âge à l'échelle du Canada.

Figure 1.1

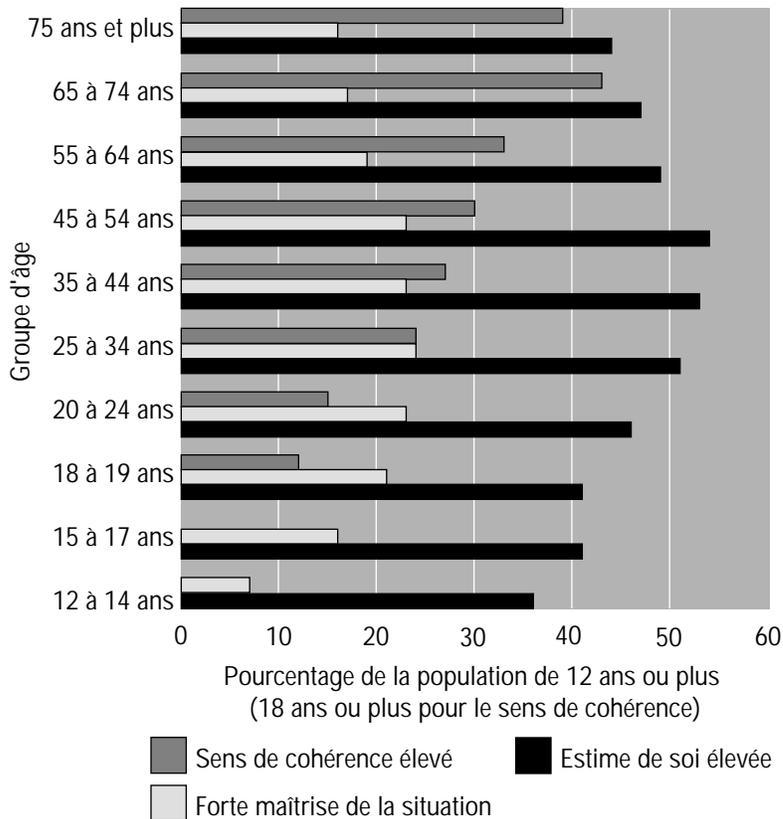
État de santé autoévalué selon le niveau de revenu*, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996-1997



* Les niveaux de revenu de cette figure et des figures suivantes, qui sont basés sur l'ENSP, représentent le revenu total du ménage avant impôt et sont ajustés à la taille du ménage.

Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Figure 1.2 Trois indicateurs de bien-être psychologique, selon l'âge, Canada, 1994-1995



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*.

pour cette mesure et quasiment nulle pour les deux autres. L'absence de différences dans l'estime de soi autodéclarée entre les jeunes hommes et les jeunes femmes est étonnante puisque nombre d'autres études ont conclu que les jeunes femmes avaient des taux d'estime de soi inférieurs à ceux des jeunes hommes⁵.

La figure 1.3 révèle que les trois mesures de bien-être psychologique ont un lien positif avec le niveau de revenu. L'estime de soi et la maîtrise de la situation ont également un lien positif avec le taux de scolarité.

Figure 1.3 Pourcentage de Canadiens déclarant une faible estime de soi, un faible sentiment de maîtrise et un faible sens de cohérence, selon le revenu, 1994-1995

Niveau de revenu	Faible estime de soi	Faible sentiment de maîtrise	Faible sens de cohérence
Inférieur	18 p. 100	31 p. 100	47 p. 100
Moyen	13 p. 100	22 p. 100	33 p. 100
Supérieur	10 p. 100	12 p. 100	26 p. 100

Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*.

Maladies et affections choisies

Maladies chroniques

L'étude comparée des données des enquêtes nationales sur la santé de la population de 1994-1995 et de 1996-1997 révèle que les principales maladies chroniques ayant eu la plus forte incidence de nouveaux cas étaient les maux de dos non arthritiques, de même que l'arthrite ou le rhumatisme. Le taux d'incidence de la plupart des maladies chroniques était plus élevé chez les femmes que chez les hommes quoique dans certains cas, ces écarts n'étaient pas significatifs au plan statistique.

L'ENSP de 1994-1995 a révélé que 81 p. 100 de toutes les personnes de plus de 65 ans vivant dans un ménage privé déclaraient souffrir d'au moins une affection chronique. L'arthrite et le rhumatisme s'avéraient les problèmes de santé chroniques les plus répandus. Trois pour cent des Canadiens de 12 ans et plus disaient avoir le diabète et précisaient que cette maladie avait été diagnostiquée par un professionnel de la santé. Ce taux s'établissait juste au-dessus de 10 p. 100 chez les Canadiens de plus de 65 ans. Même si les divergences dans les taux de diabète variaient peu entre les sexes ou entre les habitants des zones rurales ou urbaines, on notait un taux de diabète passablement plus élevé chez les Canadiens à faible revenu⁶.

Selon un article récent de Young et collaborateurs, la prévalence de toutes les principales maladies chroniques est beaucoup plus élevée au sein des collectivités autochtones et semble être à la hausse (figure 1.4)⁷. C'est ainsi, par exemple,

que le taux de diabète des hommes des Premières nations et des hommes Inuit est 3 fois plus élevé que celui des autres Canadiens et que le taux de diabète des femmes des Premières nations et des femmes Inuit est 5 fois plus élevé que celui des autres Canadiennes.

En 1994-1995, les affections chroniques étaient moins répandues parmi les immigrants (50 p. 100) que parmi la population née au Canada (57 p. 100). Les immigrants non européens récents avaient une prévalence remarquablement faible d'affections chroniques (37 p. 100), mais à mesure que s'allonge leur séjour au Canada, cette prévalence augmente. Cinquante et un pour cent des immigrants non européens de longue date déclaraient au moins une affection chronique⁸.

Ce résultat est probablement attribuable à un certain nombre de facteurs. D'une part, les politiques d'immigration du Canada tendent à favoriser les immigrants en bonne santé. De l'autre, nombre d'immigrants et de réfugiés sont jeunes lorsqu'ils arrivent au pays. On comprend moins bien les raisons pour lesquelles la prévalence des affections chroniques s'accroît avec la durée du séjour au Canada. En outre, le processus normal du vieillissement constitue nettement un facteur, tout comme l'adoption de mauvaises habitudes de vie comme le tabagisme (qui est plus répandu chez certains groupes du Canada que dans d'autres pays), suivant l'arrivée au pays⁹.

Figure 1.4

Rapport (normalisé selon l'âge) de maladies chroniques choisies entre les Premières nations et le Canada, 1997

Maladie	Rapport : Hommes	Rapport : Femmes
Diabète	3:1	5:1
Problèmes cardiaques	3:1	3:1
Cancer	2:1	2:1
Hypertension	3:1	3:1
Arthrite ou rhumatisme	2:1	2:1

Source : Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit, 1997.

Dépression¹⁰

L'ENSP de 1996-1997 a révélé que 6 p. 100 des Canadiens de 12 ans et plus étaient à risque possible ou probable de dépression. Bien que les femmes déclaraient des taux de dépression (8 p. 100) légèrement supérieurs à ceux des hommes (5 p. 100), les taux applicables aux femmes comme aux hommes étaient généralement inférieurs à ceux de 1994-1995. Ce sont les jeunes femmes de 15 à 19 ans qui semblaient les plus susceptibles de manifester des symptômes de dépression (8 à 9 p. 100) parmi tous les groupes d'âge et entre les deux sexes. Le risque de dépression semblait plus élevé pendant les jeunes années (surtout à 18 et 19 ans), tant chez les hommes que chez les femmes.

C'est parmi les personnes au revenu inférieur que le risque de dépression s'avérait le plus élevé, tant au niveau des hommes que des femmes. Treize pour cent des femmes du groupe au revenu inférieur étaient aptes à souffrir de dépression contre 5 p. 100 des femmes du groupe au revenu supérieur. Chez les hommes, le taux de dépression variait de 11 p. 100 pour ceux au revenu inférieur à 4 p. 100 pour les individus au revenu supérieur.

VIH et sida

Au 30 juin 1998, un total de 15 935 cas cumulatifs de sida avaient été déclarés au Canada, mais cause des retards de déclaration, le chiffre réel se situe plutôt autour de 20 000.

Presque les trois quarts des personnes considérées comme des cas déclarés de sida (plus de 11 000 personnes) étaient décédées à cette date. Mais depuis 1995, on note une baisse très considérable du nombre de cas déclarés de sida et du nombre de Canadiens morts du sida (figure 1.5). Cela est attribuable, en partie du moins, aux nouveaux traitements

antirétroviraux qui retardent l'apparition du sida et qui aident les sidatiques à vivre plus longtemps¹¹.

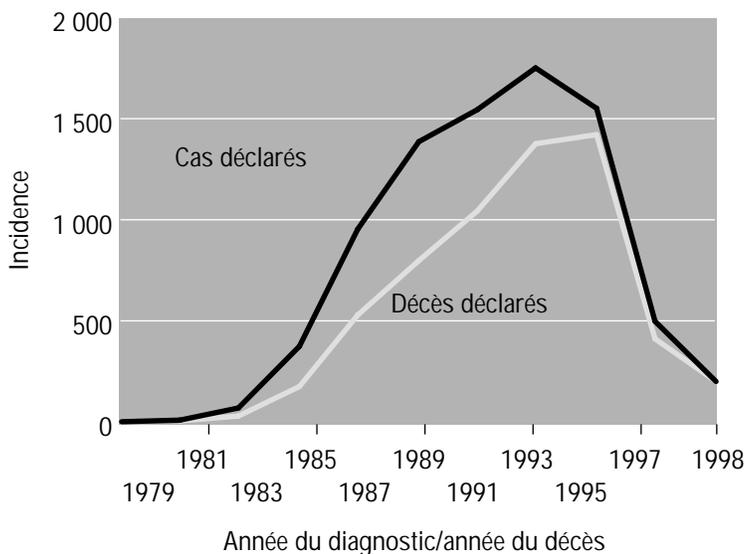
En ce qui a trait au nombre de cas et de décès déclarés, les hommes surclassaient les femmes dans une proportion de 14 à 1. Mais ce rapport est en voie de changer. Avant 1995, les femmes ne constituaient que 6 p. 100 de tous les cas adultes. En 1997, ce pourcentage grimpait jusqu'à 13 p. 100¹².

La figure 1.6 fait état du nombre approximatif de nouveaux cas d'infection à VIH qui surgissent chaque année au Canada. La méthode du calcul à rebours pour établir le nombre de cas de sida a été utilisée pour les années 1975 à 1989 mais non après, en raison des nouveaux traitements qui retardent l'évolution du sida et du long intervalle entre le moment de l'infection à VIH et

l'apparition du sida. Après 1989, on a eu recours à d'autres méthodes pour estimer le nombre annuel d'infections à VIH pour le groupement des années 1989 à 1994 (présentées en un seul bloc à la figure 1.6) et pour l'année 1996. En 1996, on estimait à 4 200 le nombre de nouvelles infections à VIH au pays. Ce nombre est plus bas que le point culminant

Figure 1.5

Cas déclarés de sida et décès déclarés attribuables au sida, Canada, 1979 à 1998



Source : Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, décembre 1998.

de 5 000 cas d'infections à VIH ou plus par année environ qu'on a observé vers le milieu des années 80, mais plus haut que le nombre approximatif de 2 500 à 3 000 cas par année établi pour la période de 1989 à 1994. La hausse du nombre de cas récents d'infection à VIH semble surtout toucher les utilisateurs de drogues intraveineuses qui constituent maintenant la moitié de tous les nouveaux cas d'infection. (Voir le chapitre 5 pour en savoir plus à ce sujet.) En outre, les données actuelles indiquent une hausse du nombre de cas d'infection à VIH chez les Autochtones et les femmes¹³.

Les personnes qui subissent un test de dépistage du VIH et sont séropositifs constituent une faible portion de la population infectée.

À la fin de 1996, Santé Canada a établi que parmi les 40 000 Canadiens séropositifs, de 11 000 à 17 000 personnes n'étaient pas conscientes de leur infection¹⁴.

Blessures

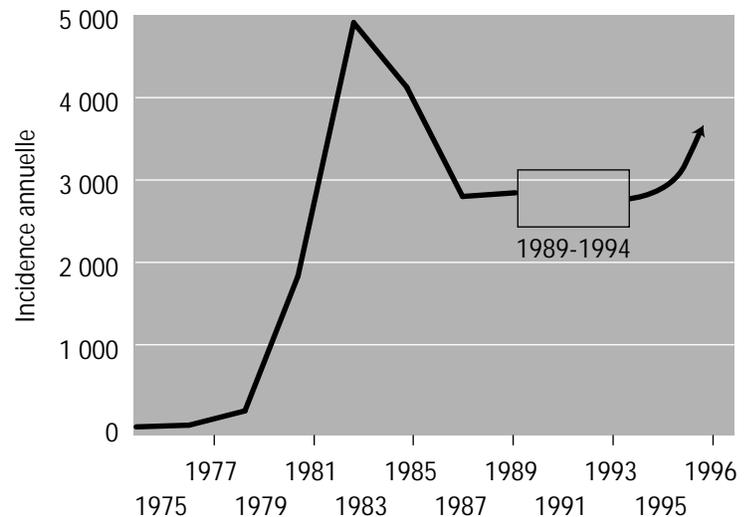
En 1995-1996, on a dénombré 217 000 cas d'hospitalisation par suite de blessures. Les taux les plus élevés d'hospitalisation par suite de blessures appartiennent de loin au groupe des personnes de plus de 65 ans (235 pour 10 000 habitants chez les femmes âgées et 152 pour 10 000 chez les hommes). Le taux d'hospitalisation en raison de blessures est beaucoup moins élevé chez les personnes de moins de 45 ans. Dans ce groupe d'âge, les garçons et les hommes constituent 69 p. 100 des cas d'hospitalisation résultant de blessures¹⁵.

La grande majorité des blessures sont accidentelles — presque deux hospitalisations sur trois dues aux blessures sont le résultat de chutes et de collisions de la route. Les blessures infligées intentionnellement par une autre personne représentent 5 p. 100 de toutes les hospitalisations par suite de blessures, tandis que les blessures auto-infligées sont à la source d'environ 2 p. 100 des hospitalisations¹⁶.

Bien que le taux de chutes soit particulièrement élevé chez les Canadiens de plus de 60 ans, les chutes constituent également une cause importante de blessures chez les enfants de moins de 11 ans et chez les adolescents de 11 à 20 ans. En outre, l'empoisonnement s'avèrait la deuxième cause d'hospitalisation liée aux blessures chez les enfants en 1996. Dans le cas des adolescents et des adultes de moins de 60 ans, ce sont les collisions de la route qui constituaient la deuxième cause d'hospitalisation¹⁷.

Figure 1.6

Nombre estimatif de nouveaux cas d'infection à VIH au Canada, 1975 à 1996



Source : Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, juillet 1997.

Incapacité et limitation des activités¹⁸

Comme l'indique la figure 1.7 entre les cycles de 1994-1995 et de 1996-1997 de l'ENSP, il y a eu diminution du pourcentage de femmes et d'hommes canadiens ayant déclaré un jour d'incapacité ou plus sur une période de deux semaines, et une affection continuelle qui limitait leurs activités normales à la maison, à l'école ou au travail. La figure 1.7 révèle une diminution considérable de limitation des activités entre les deux enquêtes. Les améliorations étaient surtout apparentes au niveau des Canadiens de plus de 55 ans. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer à la fois des jours

d'incapacité et une limitation des activités à long terme.

Tel qu'indiqué dans l'ENSP et illustré à la figure 1.8, les Canadiens qui devaient limiter les activités étaient plus susceptibles d'avoir un faible revenu. Chez les hommes du groupe au revenu inférieur, 32 p. 100 indiquaient une limitation des activités contre 12 p. 100 des hommes du groupe au revenu supérieur. Du côté des femmes, le taux de limitation des activités déclarées allait de 28 p. 100 dans le groupe au revenu inférieur à 16 p. 100 chez les femmes au revenu supérieur. La relation entre le revenu et l'incapacité n'est pas encore manifeste. La limitation des activités et les incapacités mènent-elles à un faible revenu, ou est-ce l'inverse qui se produit? Même si ces deux facteurs entrent probablement en jeu, c'est un domaine qui mérite d'être approfondi.

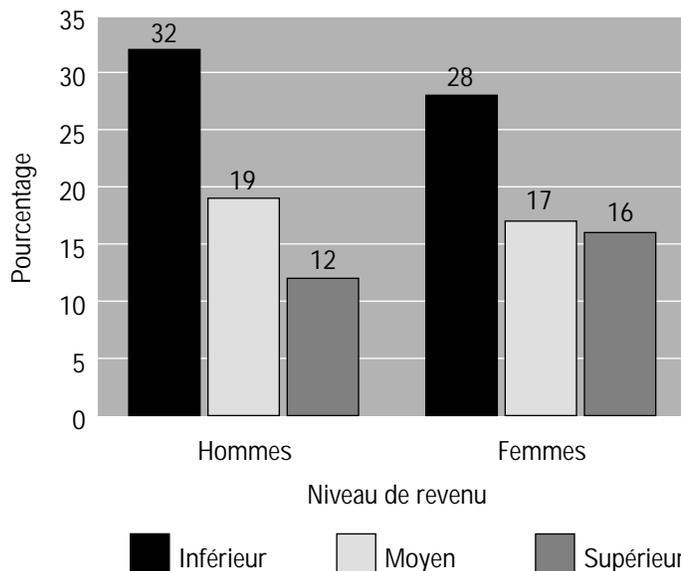
En général, les immigrants canadiens sont moins susceptibles que les Canadiens de souche d'avoir une incapacité à long terme quelconque. On arrive toutefois à établir des liens entre le sexe et l'incapacité, et entre le statut socio-économique et l'incapacité au sein du groupe des immigrants. L'incapacité et la dépendance sont plus fortement associées aux ménages à faible revenu et au fait d'être femme qu'au statut d'immigrant¹⁹.

Figure 1.7 Pourcentage des hommes et des femmes déclarant des jours d'incapacité et une limitation des activités, 12 ans ou plus, 1994-1995 et 1996-1997

	1994-1995	1996-1997
Jours d'incapacité		
◆ Hommes	13 p. 100	12 p. 100
◆ Femmes	17 p. 100	14 p. 100
Limitation des activités		
◆ Hommes	20 p. 100	15 p. 100
◆ Femmes	21 p. 100	17 p. 100

Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997*.

Figure 1.8 Pourcentage des Canadiens et Canadiennes déclarant une limitation des activités ou une incapacité, selon le revenu et le sexe, 12 ans ou plus, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Principales causes de décès

Au Canada, les taux de mortalité liée aux principales causes de décès ont chuté depuis 1970, surtout dans le cas de la maladie coronarienne. On note une exception, soit les décès par cancer dont le taux a continué de croître jusqu'au milieu des années 80, puis a fléchi régulièrement chez les hommes et s'est stabilisé chez les femmes.

Maladie cardiovasculaire

La maladie cardiovasculaire est la principale cause de décès au Canada. Elle comporte deux éléments principaux, soit la cardiopathie ischémique (CI), qui comprend l'infarctus du myocarde aigu ou la crise cardiaque, et l'accident cérébrovasculaire (ACV). En 1996, 37 p. 100 de tous les décès au Canada étaient attribuables à la maladie cardiovasculaire. Bien qu'une plus grande proportion d'hommes que de femmes soient morts d'une

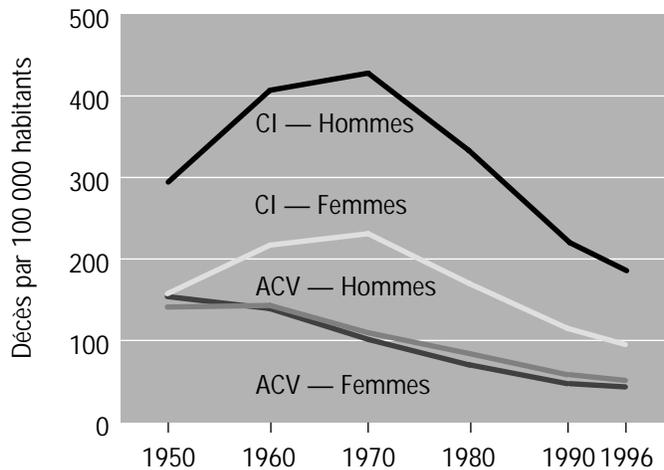
cardiopathie ischémique (22 contre 19 p. 100), les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de mourir des suites d'un accident cérébrovasculaire (9 contre 6 p. 100)²⁰.

Comme l'illustre la figure 1.9, les décès attribués à la maladie cardiovasculaire sont en baisse au Canada depuis 1970, tant chez les hommes que chez les femmes, bien que la baisse soit plus lente chez ces dernières. Le Canada affiche l'un des plus faibles taux de mortalité attribuable à la maladie cardiovasculaire parmi les pays développés²¹.

Les taux de mortalité liés à la maladie cardiovasculaire ont toujours été plus élevés dans les provinces atlantiques que dans les provinces de l'Ouest. Les taux de prévalence des provinces en rapport avec le tabagisme, l'hypertension artérielle et l'obésité progressent parallèlement au taux de la maladie cardiovasculaire²².

Figure 1.9

Décès dus à la cardiopathie ischémique (CI) et à l'accident cérébrovasculaire (ACV), Canada, 1950 à 1996*



* Normalisé en fonction de l'âge, selon la population canadienne de 1991.

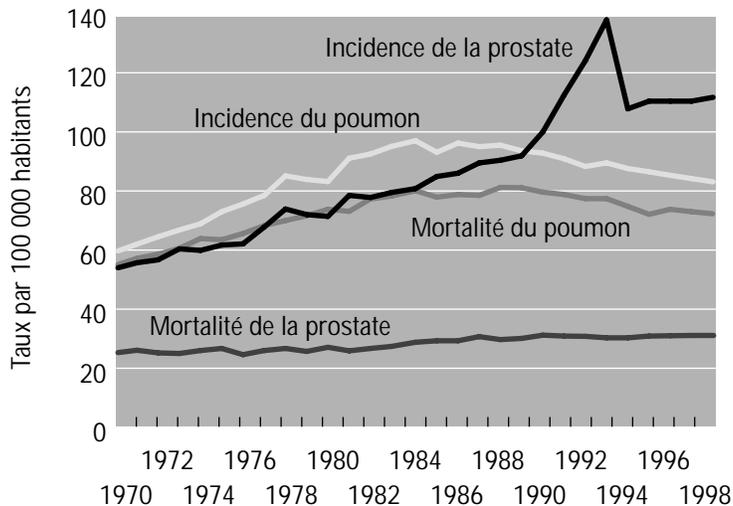
Source : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999* (Statistique Canada, n° de catalogue 82-221-XCB)

Cancer²³

Le cancer, sous toutes ses formes, constitue la deuxième cause de décès au Canada et la cause première des années potentielles de vie perdues avant 70 ans. Chez les hommes, la chute du nombre de la plupart des cancers a été contrecarrée par la hausse radicale du taux de dépistage du cancer de la prostate (mais non du taux de décès associés au cancer de la prostate). Cela résulte surtout de l'introduction du test de dépistage PSA. L'incidence de nouveaux diagnostics de cancer chez les femmes est demeurée relativement stable depuis le début des années 80. Les taux de décès par cancer ont chuté lentement depuis 1990 chez les hommes mais sont demeurés assez stables chez les femmes au cours de la même période.

Figure 1.10

Taux d'incidence et de mortalité de sites de cancer choisis, normalisés en fonction de l'âge, hommes, Canada, 1970 à 1998*



* Les taux d'incidence de 1994 à 1998 sont estimatifs, comme les taux de mortalité de 1996 à 1998.

Source : Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*.

Comme l'indique la figure 1.10, le type de nouveau cancer le plus répandu chez les hommes est le cancer de la prostate. Le sommet de nouveaux cas de cancer de la prostate en 1993 est attribuable à l'introduction du PSA. Par ailleurs, les taux de mortalité liés au cancer de la prostate sont demeurés plutôt stables. Puisque le cancer de la prostate est habituellement un cancer à évolution lente associé au vieil âge, beaucoup d'hommes atteints du cancer de la prostate meurent d'autres causes.

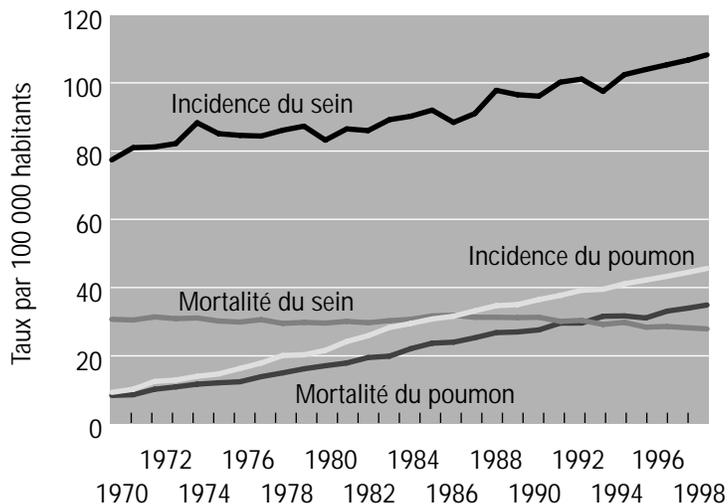
Le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon chez les hommes a chuté depuis les années 80, vraisemblablement en raison de la diminution du tabagisme chez les hommes depuis 30 ans. Cela dit, les décès attribués au cancer du poumon continuent d'excéder amplement ceux attribués au cancer de la prostate.

Comme l'indique la figure 1.11, l'incidence du cancer du sein et du cancer du poumon a augmenté chez les femmes depuis les années 70. En 1998, on estimait que le cancer du sein s'avérait le cancer nouvellement diagnostiqué le plus répandu. On prévoyait néanmoins que la principale cause de décès demeurerait le cancer du poumon.

Ainsi, bien que le cancer constitue toujours un problème sérieux, nous commençons à voir que les mesures de prévention et les stratégies de traitement peuvent s'avérer efficaces pour un certain nombre de cancers. Ces résultats favorables sont cependant obscurcis par la hausse continue du cancer du poumon chez les femmes (attribuable en grande partie à la pratique de plus en plus populaire du tabagisme chez les

Figure 1.11

Taux d'incidence et de mortalité de sites de cancer choisis, normalisés en fonction de l'âge, femmes, Canada, 1970 à 1998*



* Les taux d'incidence de 1994 à 1998 sont estimatifs, comme les taux de mortalité de 1996 à 1998.

Source : Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*.

femmes) et par l'augmentation subite transitoire du cancer de la prostate (mais non du taux de mortalité) chez les hommes. Seul l'avenir nous dira si les mesures de dépistage précoce du cancer de la prostate affectent le taux de mortalité.

On note d'importantes divergences dans les taux d'incidence du cancer et de mortalité due au cancer d'une province à l'autre. La Nouvelle-Écosse affiche les plus hauts taux normalisés d'incidence et de mortalité en fonction de l'âge chez les hommes. Cela tient largement au fait que cette province possède aussi un taux de cancer du poumon plus élevé que la moyenne canadienne. En ce qui a trait aux femmes, c'est encore en Nouvelle-Écosse que l'on retrouve le plus haut taux d'incidence de nouveaux cancers. En outre, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard possèdent aussi les plus hauts taux de mortalité.

Blessures non intentionnelles

Les blessures non intentionnelles constituent la troisième grande cause de décès, ayant causé la mort de 8 663 personnes (29 pour 100 000) en 1996. Par ailleurs, elles demeurent la cause première de décès des Canadiens de 1an à 44 ans. En ce sens, elles contribuent grandement aux années potentielles de vie perdues. Bien que de nombreuses sources persistent à qualifier ces événements « d'accidents », l'on estime que 90 p. 100 des décès causés par des blessures non intentionnelles sont évitables. Elles demeurent la cause de décès la plus répandue chez les enfants et les adolescents, malgré une réduction de 50 p. 100 des taux de décès d'enfants résultant de blessures entre 1970 et 1991²⁴.

Les blessures et les empoisonnements constituent la première cause de décès au sein de la population des Premières nations (taux brut de 154 pour une population de 100 000). En 1993, le taux de blessures normalisé en fonction de l'âge au sein des Premières nations était 3,8 fois plus élevé que le taux au Canada en général. Les enfants et adolescents autochtones ont des taux de décès par suite de blessures beaucoup plus élevés que ceux des autres jeunes Canadiens. Chez les bébés, le taux de décès est presque quatre fois plus élevé; chez les enfants d'âge préscolaire, il est cinq fois plus élevé et chez les adolescents, il est le triple de celui de la population en général²⁵.

Ce sont toutefois les collisions de la route qui constituent la principale cause de décès attribuables à des blessures non intentionnelles. En 1994, les collisions de la route ont causé 38 p. 100 décès. Suivent d'autres causes comme les chutes (31 p. 100), l'empoisonnement (9 p. 100), la noyade et l'asphyxie (5 p. 100) et les incendies (4 p. 100). Les collisions de la route sont une cause particulièrement importante de blessures et de décès chez les enfants et les adolescents. Mais grâce, en partie, au port plus fréquent des ceintures de sécurité et à la réduction de la conduite avec facultés affaiblies, le nombre de décès attribuables aux collisions de la route a considérablement chuté ces dernières années, passant de 5 253 en 1997 à 3 082 en 1996²⁶. Les chutes demeurent une cause très importante de décès chez les personnes âgées, entraînant presque trois décès sur quatre attribuables aux blessures non intentionnelles au sein de la population canadienne de plus de 70 ans²⁷.

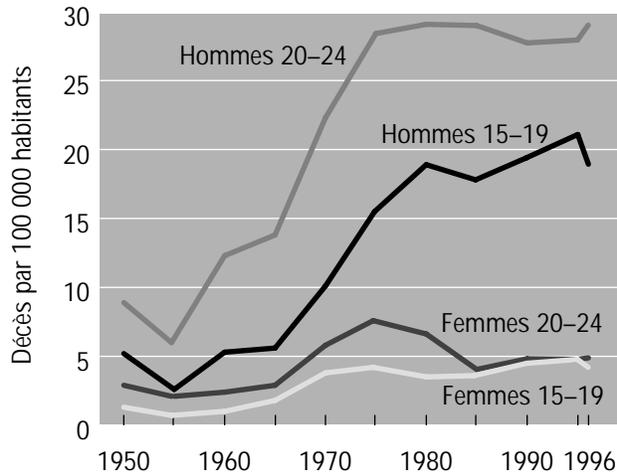
Suicide

Le suicide est un événement tragique et une importante cause évitable de décès et d'années potentielles de vie perdues. En 1996, on a dénombré 3 941 suicides au Canada, soit presque 11 par jour²⁸. Il faut toutefois interpréter avec prudence les tendances et les taux du suicide, puisque les statistiques officielles tendent à les sous-estimer. De plus, les changements qui surviennent au fil du temps peuvent refléter certaines divergences au niveau des procédures officielles de constatation et d'enregistrement des décès.

Les variations dans les taux de suicide entre les sexes et les groupes d'âge sont saisissantes. En 1996, les hommes étaient quatre fois plus susceptibles que les femmes de se suicider. Le taux de suicide masculin le plus élevé se rapporte aux individus de 20 à 24 ans (29 pour 100 000) et à ceux de 35 à 44 ans (30 pour 100 000). Chez les femmes, c'est parmi les 45 à 54 ans (10 pour 100 000) qu'on compte le plus de suicides²⁹.

Les tentatives de suicide des jeunes hommes sont beaucoup plus susceptibles de mener à la mort que celles des jeunes femmes. Les raisons de ces choix demeurent obscures mais ont probablement trait aux différences entre les hommes et les femmes dans la façon de demander de l'aide, dans la nature des problèmes sous-jacents, dans les réactions acquises au stress et dans l'accès à des méthodes fatales (comme les armes à feu et la pendaison) chez les jeunes hommes.

Figure 1.12 Taux de suicide chez les jeunes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans, Canada, 1950 à 1996



Source : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé*, 1996 et totalisations non publiées.

Les femmes tentent de se suicider plus souvent que les hommes, mais le rapport entre les tentatives déployées par chaque sexe est controversé en raison des grandes variations dans le mode de collecte des données. Les types de personnes qui attendent à leurs jours sont nombreux et hétérogènes, et peuvent différer grandement des types de personnes qui réussissent à s'enlever la vie. C'est ainsi que la plupart des personnes qui tentent de se suicider ne meurent pas par suicide, malgré des tentatives répétées, et que beaucoup de personnes qui meurent par suicide n'ont pas fait de tentative antérieure³⁰. Il est probable que plus de femmes que d'hommes qui posent des gestes suicidaires ne cherchent pas vraiment à s'enlever la vie³¹.

Le taux de suicide chez les jeunes est élevé au Canada comparativement au taux de suicide dans d'autres pays. En 1973, le Canada était le seul pays, parmi 21 nations occidentales, où le taux de suicide chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans égalait ou excédait le taux de suicide au sein la population masculine en général. En 1987, seulement quatre autres pays partageaient ce classement³². Entre 1991 et 1993, le taux de suicide des jeunes hommes canadiens n'était surpassé que par ceux de l'Australie et de la Fédération de Russie (parmi 10 pays industrialisés). Le taux de suicide féminin était plus élevé que dans tous les autres pays, sauf la Suède et la Fédération de Russie³³.

Comme l'indique la figure 1.12, on note une augmentation régulière et significative des taux de suicide chez les jeunes hommes de 15 à 19 ans depuis 1950. Le taux de suicide de 18,5 par 100 000 de 1996 applicable aux jeunes hommes de 15 à 19 ans est presque deux fois plus élevé que le taux de 1970. Les jeunes hommes de 20 à 24 ans ont un taux de suicide plus élevé encore. Ces taux ont atteint un sommet au début des années 80 et fluctuent autour de ce chiffre depuis cette époque. En 1996, le taux de suicide masculin pour ce groupe d'âge s'établissait à 29 par 100 000. Durant les années 90, on a compté, en moyenne, près de 39 suicides par année chez les enfants de 10 à 14 ans (surtout des garçons), ce qui constitue une hausse par rapport à la moyenne de 27 suicides par année durant les années 80³⁴.

Les rapports indiquent qu'au Canada, les taux de suicide au sein des groupes autochtones pourraient être de deux à sept fois plus élevés qu'au sein de la population en général. En ce qui a trait aux Territoires du Nord-Ouest (T.-N.-O.) et au Nunavut pris ensemble, le fait que le nombre de suicides semble avoir augmenté dans nombre

de collectivités a suscité beaucoup d'attention. En 1992, on estimait à 23 par 100 000 le taux de suicide normalisé selon l'âge pour les populations des T.-N.-O. et du Nunavut pris ensemble, comparativement à 13 par 100 000 au sein de la population en général³⁵.

Au Nunavut, la population se compose avant tout d'Inuit. En 1997, une étude exhaustive portant sur le suicide dans les T.-N.-O. et le Nunavut ensemble révélait qu'en comparaison avec les membres de groupes ethniques, les Inuit avaient le plus haut taux de suicide, soit 79 par 100 000, comparativement à 29 par 100 000 pour les Dene et à 15 par 100 000 pour tous les autres groupes ethniques, qui comprenaient surtout des non autochtones. Une étude comparée répartie sur trois cycles de cinq ans entre 1982 et 1996 révèle que les taux de suicide sont à la hausse, surtout au Nunavut. Ce sont les jeunes hommes Inuit qui sont les personnes les plus susceptibles de se suicider. Trente-six pour cent des individus qui se suicident viennent de vivre un bris avec leur famille ou une personne proche, et 21 p. 100 font face à des poursuites judiciaires. Il y aurait lieu d'examiner plus en détail la situation pour mieux comprendre les circonstances qui peuvent inciter au suicide³⁶.

Il existe divers autres groupes où les taux de suicide sont élevés, entre autres les personnes qui souffrent de dépression et celles aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Des études indiquent que les homosexuels, les lesbiennes et les personnes qui ont été victimes d'abus sexuels dans l'enfance peuvent aussi être à risque³⁷.

Homicide

On a déclaré 581 meurtres au Canada en 1997. Il s'agit d'une baisse de 9 p. 100 par rapport à 1996, qui confirme le déclin régulier du taux d'homicide au pays. Après des augmentations rapides à la fin des années 60 et le début des années 70, le taux d'homicide a atteint, en 1997, son point le plus faible depuis 1969. Les hommes représentent presque deux tiers (64 p. 100) de toutes les victimes d'homicide, et 84 p. 100 des accusés³⁸.

Le taux d'homicide du Canada en 1997, qui se situe à 1,92 pour 100 000, représente moins du tiers de celui des États-Unis (6,70), mais est plus élevé que celui de la plupart des pays d'Europe comme l'Angleterre et le pays de Galles (1,00) et la France (1,66).

En 1997, 193 meurtres ont été commis à l'aide d'armes à feu, soit 19 de moins qu'en 1996. Malgré cette baisse, les armes à feu sont toujours à la source d'un meurtre sur trois environ³⁹.

Mortalité infantile

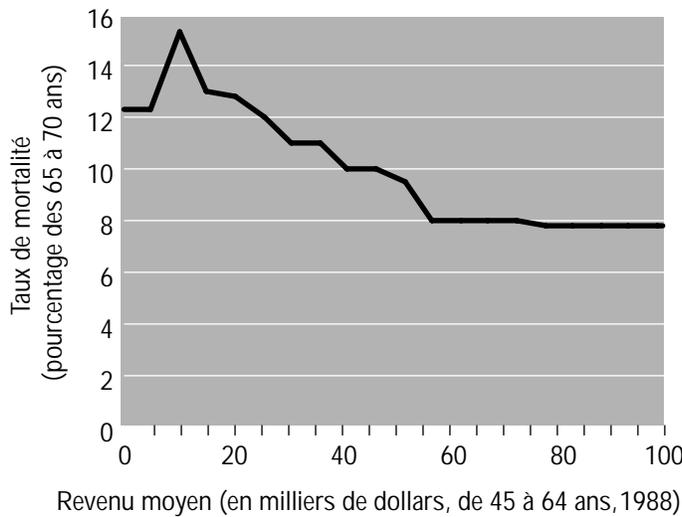
En 1996, les taux de mortalité infantile ont chuté pour la première fois sous le niveau de 6 par 1 000 naissances⁴⁰. Même s'il s'agit d'un accomplissement important, ce taux n'en demeure pas moins beaucoup plus élevé que celui du Japon, qui affiche le taux de mortalité infantile le plus faible du monde (3,8 décès par 1 000 naissances vivantes)⁴¹.

Les complications périnatales s'avèrent la cause première de mortalité infantile et périnatale⁴². Au Canada, on note d'importantes différences dans les taux de mortalité infantile parmi les divers groupes de revenu. Malgré une baisse radicale des taux de mortalité infantile parmi les Premières nations depuis 1979, le taux de mortalité infantile s'avère encore deux fois plus élevé chez les peuples des Premières nations qu'au sein de la population canadienne en général, d'après les données de 1994⁴³. Ces résultats sont étudiés plus à fond au chapitre 3 portant sur le Sain développement de l'enfant.

Décès attribuables au tabagisme

La pratique du tabagisme entraîne beaucoup plus de décès prématurés que le suicide, les collisions, le sida et les meurtres mis ensemble⁴⁴. Au Canada, on estime qu'un quart au moins de tous les décès d'adultes de 35 à 84 ans est attribuable au tabagisme⁴⁵. En 1991, la cigarette a causé plus de 45 000 décès⁴⁶. En général, les hommes ont encore plus tendance à fumer que les femmes, et à fumer plus. C'est pourquoi les taux de mortalité liée au tabagisme sont considérablement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. On peut toutefois s'attendre à ce que cette différence entre les sexes diminue au fur et à mesure que l'écart dans les taux de tabagisme rétrécit.

Figure 1.13 Revenu professionnel et décès pour 500 000 hommes canadiens



Source : Wolfson, M.C. et coll., « Career Earnings and Death: A Longitudinal Analysis of Older Men », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 47, n° 4 (1993), p. S167-179.

plus faibles et des espérances de vie plus élevées que les citoyens nés au Canada. En 1991, 41 p. 100 des hommes et 57 p. 100 des femmes qui étaient des immigrants non européens pouvaient espérer vivre jusqu'à 85 ans, contre 23 p. 100 des hommes et 45 p. 100 des femmes nés au Canada⁴⁸.

Selon une étude de Robine et Ritchie publiée en 1991, les hommes canadiens qui se trouvent dans le quart supérieur de la distribution du revenu peuvent espérer vivre 6,3 années de plus et 14,3 années de plus sans incapacité que ceux du quart inférieur. Dans le cas des femmes, ces différences sont de 3 et 7,6 ans respectivement⁴⁹.

Par ailleurs, une étude menée par Michael Wolfson en 1993 a démontré un lien étroit entre le revenu professionnel et l'âge du décès chez les hommes canadiens. En effet, au fur et à mesure que s'accroît le revenu, le taux de décès prématuré fléchit (figure 1.13). Les résultats de l'étude de Wolfson indiquent que ce modèle ne tient pas surtout au fait que la maladie empêche les gens de travailler et d'avoir un revenu plus élevé, mais plutôt qu'un faible statut socio-économique expose les personnes à des conditions de vie malsaines qui affectent la santé et qui entraînent un décès prématuré⁵⁰.

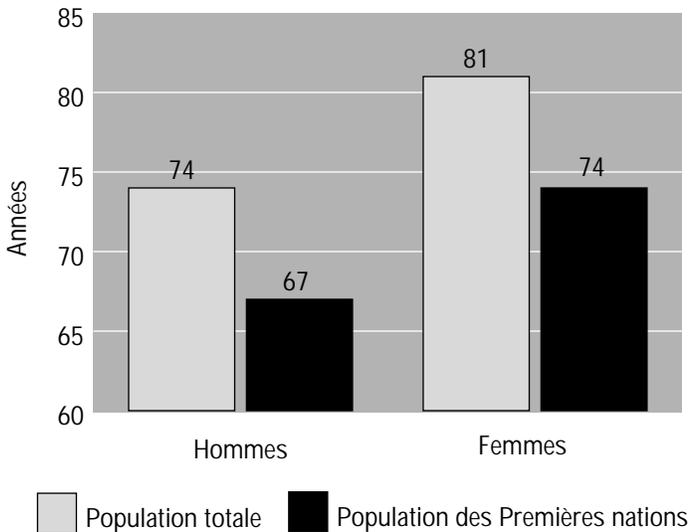
Ces découvertes sont conformes aux résultats d'une étude sur l'espérance de vie des peuples des Premières nations, dont bon nombre vivent au sein de collectivités pauvres. Comme l'indique la figure 1.14, l'espérance de vie des peuples des Premières nations en 1990 s'avérait inférieure de sept ans à celle de l'ensemble de la population canadienne en 1991⁵¹.

Espérance de vie à la naissance

D'après les modèles courants de mortalité, un enfant canadien né en 1996 peut s'attendre à vivre jusqu'à 78,6 ans (hommes 75,7 ans et femmes 81,4 ans). Cette espérance de vie représente un nouveau sommet au Canada, peut-être en raison de la diminution des taux de mortalité attribués à plusieurs causes de décès. À tout âge, les femmes ont une meilleure espérance de vie que les hommes, quoique l'écart dans les mesures d'espérance de vie à la naissance continue de diminuer, étant passé de 7,5 ans en 1978 à 5,7 ans en 1996⁴⁷.

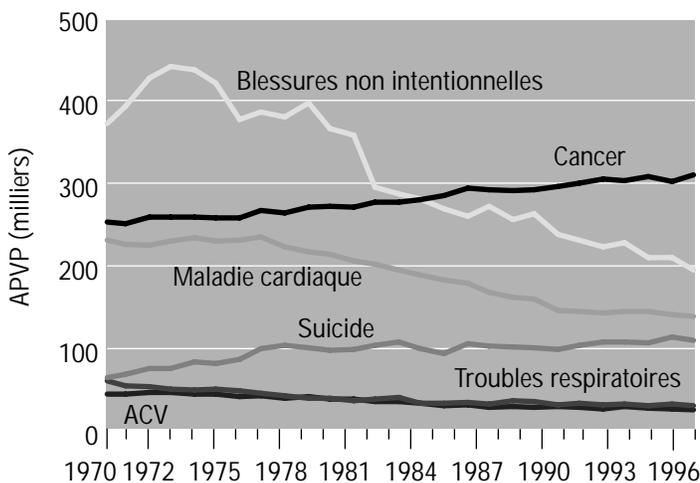
L'immigration contribue aux taux élevés d'espérance de vie du Canada. En effet, les immigrants, surtout ceux de pays non européens, ont des taux de mortalité

Figure 1.14 Espérance de vie, population des Premières nations (1990) et population totale, Canada (1991)



Source : Affaires indiennes et du Nord Canada (Indiens inscrits), Statistique Canada, *Naissances et décès, 1993*.

Figure 1.15 Années potentielles de vie perdues (APVP), selon la cause de décès, Canada, 1970 à 1996



Source : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999* (Statistique Canada, n° de catalogue 82-221-XCB).

Ontario aux taux très élevés de 4 742 au Yukon et de 7 695 dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut pris ensemble (figure 1.16). Les taux d'APVP en vigueur dans les Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut sont plus du double de ceux du reste du Canada. Ce sont les décès prématurés résultant de blessures non intentionnelles et de suicides dans les trois territoires qui expliquent, en grande partie, cet écart.

Années potentielles de vie perdues⁵²

Les années potentielles de vie perdues (APVP) font référence à la perte de vie avant 70 ans. Par conséquent, les mesures qui ciblent les causes des APVP devraient avoir un effet considérable sur l'espérance de vie et l'état de santé en général.

En 1996, il y a eu plus d'un million d'APVP, toutes causes confondues. Comme l'indique la figure 1.15, la principale cause des APVP était le cancer (30 p. 100 du total). Les deux et trois autres grands responsables étaient les blessures non intentionnelles (19 p. 100) et la maladie cardiaque (13 p. 100). Le cancer demeure la principale cause des APVP depuis 1984 et, avec le suicide, s'avère la seule cause principale ayant augmenté depuis 1970.

Entre 1970 et 1996, on a remarqué une amélioration sensible des APVP attribuables aux blessures non intentionnelles chez les jeunes, surtout ceux entre 10 et 19 ans.

Le calcul des années potentielles de vie perdues par 100 000 habitants permet de comparer le fardeau de mortalité précoce que portent divers groupes. Il appert d'abord que ces taux sont presque deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et environ trois fois plus élevés chez les hommes de 20 à 34 ans. Les taux élevés de mortalité précoce chez les hommes résultent, en large partie, de la forte incidence de cancer, de maladies du cœur, de suicide et de blessures non intentionnelles.

Le nombre d'APVP par 100 000 habitants varie considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre, passant du taux minimal de 3 453 en

Figure 1.16 Nombre d'années potentielles de vie perdues par 100 000 habitants, selon la cause et selon la province et le territoire, 1996

	Total	Néoplasmes	Accidents	Suicide	Troubles respiratoires	Maladie cardiaque	ACV	Autres
Terre-Neuve	3 721	1 152	759	224	77	663	110	737
Île-du-Prince-Édouard	3 687	1 189	829	188	144	642	138	557
Nouvelle-Écosse	3 983	1 264	860	367	147	592	64	689
Nouveau-Brunswick	3 736	1 126	758	394	77	589	82	711
Québec	4 032	1 192	735	660	108	521	98	717
Ontario	3 453	1 079	601	284	110	475	93	810
Manitoba	4 066	1 147	936	351	140	546	121	824
Saskatchewan	4 203	1 086	964	508	161	523	82	879
Alberta	3 943	1 009	963	529	129	492	86	735
Colombie-Britannique	3 986	960	828	279	102	385	75	1 357
Yukon	4 742	775	1 788	457	86	559	0	1 078
Territoires du Nord-Ouest et Nunavut	7 695	1 479	2 309	1 480	370	481	269	1 308

On peut observer de légères différences entre le total et la somme des colonnes de « causes » en raison de l'arrondissement.

Source : Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, calculé à partir de la source suivante : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999* (Statistique Canada, n° de catalogue 82-221-XCB).

On repère des différences appréciables entre les groupes socio-économiques au chapitre des APVP. Selon une étude de Wilkins publiée en 1995, les résidents des quartiers les plus défavorisés avaient des taux de décès attribuables aux troubles circulatoires, au cancer du poumon, aux blessures et au suicide beaucoup plus élevés que les résidents des quartiers plus riches. Autrement dit, les personnes désavantagées sur le plan socio-économique ne souffrent pas davantage d'une maladie en particulier, mais affichent plutôt une vulnérabilité accrue à un décès précoce attribuable à diverses causes. Wilkins conclut que si tous les Canadiens obtenaient les mêmes taux de décès que le groupe au revenu supérieur pour toutes les causes de décès, on pourrait prévenir plus du cinquième des années potentielles de vie perdues avant l'âge de 65 ans⁵³.

Comment le Canada se compare-t-il aux autres pays?

Selon nombre d'indicateurs, le niveau de santé des Canadiens figure parmi les meilleurs au monde. Comparé à d'autres pays développés membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada se classe troisième au chapitre de l'espérance de vie, juste derrière la Suisse et le Japon. Les taux de mortalité du Canada sont parmi les plus faibles du monde industrialisé. De fait, seuls la Corée du Sud, le Japon, l'Islande et la Suisse en affichent de plus faibles. Et parmi les pays qui déclarent des états de santé autoévalués, le Canada n'est dépassé que par la Norvège et devance de loin des pays comme la Suède, l'Espagne, la Finlande, l'Allemagne et la Corée du Sud (figure 1.17)⁵⁴.

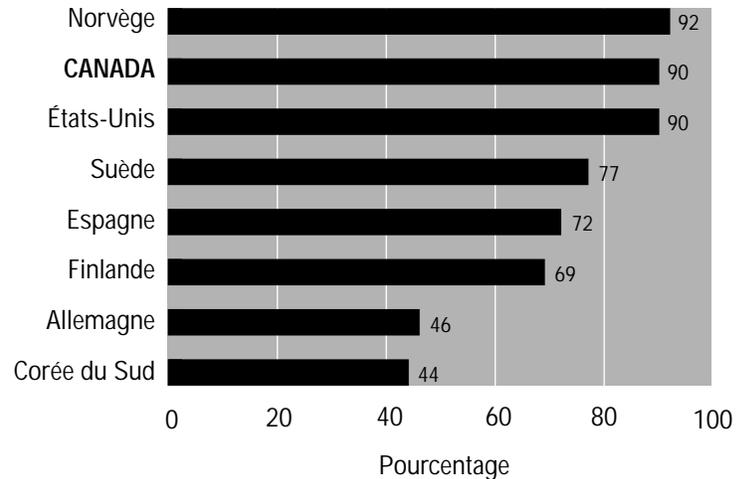
Cela dit, il y a tout de même place à l'amélioration.

Malgré la baisse constante du taux de mortalité infantile au pays, le taux d'amélioration est plus lent que dans la plupart des pays industrialisés. En 1990, le Canada se classait au cinquième rang parmi 17 pays de l'OCDE, alors qu'en 1996, il était au douzième rang. Cette année là, le taux canadien de 5,6 décès par 1 000 naissances vivantes n'était surpassé que par les États-Unis, la Nouvelle-Zélande, la Grèce, l'Australie et le Royaume-Uni⁵⁵. Ce classement plus récent pourrait tenir, en large partie, aux critères de déclaration des décès infantiles utilisé dans divers pays.

La notion de « développement humain » a été introduite par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 1990 en vue d'offrir une vision parallèle du développement qui ne serait pas uniquement associée à la croissance économique. Compte tenu des mesures utilisées pour évaluer le progrès (espérance de vie, niveau d'instruction et niveau de vie), l'Indice de développement humain constitue une importante mesure internationale pour déterminer l'état de santé de la population. Les Canadiennes et Canadiens sont extrêmement fiers d'avoir remporté la première place parmi plus de 170 pays du monde dans les deux derniers rapports de l'ONU. Néanmoins, les réalisations du Canada en matière de développement humain s'avèrent moins impressionnantes lorsqu'on applique des mesures additionnelles pour établir les inégalités⁵⁶.

En 1998, l'ONU a introduit deux nouvelles mesures du développement humain. La première, soit l'Indice de pauvreté humaine (IPH-2), évalue diverses manifestations de la pauvreté dans les pays industrialisés, y compris le manque de survie, de connaissances et de revenu personnel disponible, et l'exclusion sociale (mesurée en fonction du chômage à long terme). La deuxième mesure, soit l'habilitation sexospécifique, évalue les possibilités qui s'offrent aux femmes d'occuper des postes de décision dans les domaines économique, professionnel et politique. La figure 1.18 résume les quatre mesures du développement humain utilisées par l'ONU dans son rapport de 1998.

Figure 1.17 État de santé bon ou meilleur autoévalué, population de 15 ans ou plus, pays de l'OCDE choisis, 1995



Remarque : Les données relatives au Canada se rapportent à 1996-1997 et comprennent l'élément « excellente santé ».

Source : OCDE, *Eco-Santé 98*, (CD-ROM), Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.

Figure 1.18 Mesures du développement humain des Nations Unies

	Longévité	Connaissances	Niveau de vie	Participation
Indice du développement humain	Espérance de vie	Taux d'alphabétisme et inscription scolaire	Revenu rajusté par habitant	
Indice du développement sexospécifique	Différences entre hommes et femmes	Différences entre hommes et femmes	Différences entre hommes et femmes	
Indice-2 de pauvreté humaine (pays développés)	Pourcentage de personnes dont l'espérance de vie ne dépasse pas 60 ans	Taux d'analphabetisme fonctionnel	Pourcentage des personnes vivant sous le seuil de pauvreté : moins de 50 p. 100 du revenu moyen disponible	Chômage (12 mois ou plus)
Mesure de l'habilitation sexospécifique			Part du revenu gagné par les femmes comme pourcentage de celui des hommes	Participation des femmes à la politique et aux postes de décision

Source : Programme de développement humain des Nations Unies, *Rapport mondial sur le développement humain, 1998*.

Comme l'indiquent les figures 1.19 et 1.20, le Canada s'est classé premier au monde en vertu de l'Indice du développement humain en général et lorsque la notion du sexe figurait dans les trois mesures du développement humain. Toutefois, lorsqu'on applique l'IPH-2, le Canada chute à la dixième place parmi les 17 pays (Figure 1.21) où cette mesure a été appliquée. Le rapport des Nations Unies suggère que cette chute est attribuable au fait que le « Canada a d'importants problèmes de pauvreté et que ses progrès en matière de développement humain n'ont pas été équitablement répartis ». La documentation à l'appui du rapport indique qu'en 1995, le Canada comptait plus du double d'analphabètes que la Suède, le pays qui possède le taux d'alphabétisation le plus élevé au monde. En outre, 11,7 p. 100 de la population canadienne (1990) vivait sous le seuil de la pauvreté, contre 6,7 p. 100 en Suède et 5,9 p. 100 en Allemagne.

Fait intéressant, l'étendue de la pauvreté humaine telle que mesurée à l'aide de l'IPH-2 de l'ONU a peu à voir avec le niveau moyen de revenu. Les États-Unis, qui détiennent le niveau de revenu par habitant le plus élevé parmi les 17 pays ont également l'Indice de pauvreté humaine le plus élevé. La Suède, qui occupe le premier rang selon l'Indice de pauvreté humaine, se classe au treizième rang en ce qui a trait au revenu moyen. Ceci porte à deux conclusions. D'une part, on peut affirmer que la « pauvreté » n'est pas liée

Figure 1.19

Indice du développement humain 1995* Rang mondial (1= le meilleur)

1	CANADA
2	France
3	Norvège
4	États-Unis
5	Islande
6	Finlande
7	Pays-Bas
8	Japon
9	Nouvelle-Zélande
10	Suède

* total de 174 pays

Figure 1.20

Indice du développement sexospécifique 1995* Rang mondial (1= le meilleur)

1	CANADA
2	Norvège
3	Suède
4	Islande
5	Finlande
6	États-Unis
7	France
8	Nouvelle-Zélande
9	Australie
10	Danemark

* total de 102 pays

Figure 1.21

Indice de pauvreté humaine 1995* Rang mondial (1= le meilleur)

1	Suède
2	Pays-Bas
3	Allemagne
4	Norvège
5	Italie
6	Finlande
7	France
8	Japon
9	Danemark
10	CANADA

* total de 17 pays industrialisés

Figure 1.22

Mesure de l'habilitation sexospécifique 1995* Rang mondial (1= le meilleur)

1	Suède
2	Norvège
3	Danemark
4	Nouvelle-Zélande
5	Finlande
6	Islande
7	CANADA
8	Allemagne
9	Pays-Bas
10	Autriche

* total de 174 pays

Source : Programme de développement humain des Nations Unies, *Rapport mondial sur le développement humain, 1998*.

uniquement au revenu mais au manque de possibilités d'emploi, d'instruction et de participation à la vie politique. De l'autre, on peut constater que le progrès de tout pays en matière de développement humain est étroitement lié aux taux d'inégalité et de disparité dans la distribution du revenu.

La figure 1.22 laisse entendre que le Canada doit faciliter l'accès des femmes au pouvoir décisionnel en rapport avec la politique, les affaires et les professions, tout en diminuant l'écart de revenu entre les sexes. Encore une fois, le revenu par habitant a peu à voir avec la façon dont un pays habilite les femmes. Dans certains cas, les pays en voie de développement atteignent plus facilement ces objectifs que les pays industrialisés. À preuve, Trinidad et la Barbade devancent le Royaume-Uni et l'Irlande à ce chapitre.

Commentaires

Réduire les inégalités

À l'aube d'un nouveau millénaire, l'un des plus grands défis qui se pose au Canada consiste à réduire les inégalités persistantes dans l'état de santé de divers groupes, de manière à favoriser la santé de tous les membres de la population. Peu importe la mesure utilisée, il appert que l'état de santé des Canadiennes et Canadiens à faible revenu qui sont peu scolarisés (deux facteurs habituellement liés) est moins bon que l'état de santé des autres citoyens. Ils tendent également à mourir plus tôt que les autres Canadiens, peu importe la cause du décès.

Le présent chapitre révèle aussi que la santé compromise ne résulte pas seulement de la carence socio-économique. De fait, une variation active est à l'œuvre. Autrement dit, l'état de santé de tous les Canadiens s'améliore à chaque échelon de l'échelle socio-économique. L'on croit, à l'heure actuelle, que ce fait peut tenir à une susceptibilité accrue aux processus morbides liés au stress engendré par des situations défavorisées et aux facultés d'adaptation des gens, de même qu'à l'exposition accrue aux dangers qui menacent l'environnement physique⁵⁷.

Le rapport reconnaît les défis inhérents à l'objectif de réduction des inégalités. Presque toutes les sociétés sont aux prises avec ce problème. Même s'il est utopique de croire qu'on peut obtenir la pleine égalité au plan de la santé, on peut tendre vers un accès « équitable » et juste aux possibilités et aux mesures d'entraide aptes à favoriser la santé de tous les citoyens. Il s'agit d'un objectif louable et réalisable que peut se donner une société solidaire et civilisée. Le rapport des Nations Unies sur le développement humain conclut que les mesures visant à réduire la pauvreté relative et de multiplier les possibilités d'instruction, d'emploi, de salaire et de participation aux sphères politique et économique constituent des stratégies clés pour réduire les inégalités et par conséquent, pour améliorer la santé et le bien-être des Canadiens.

Traiter des différences entre les groupes de population

Le présent rapport et d'autres soulignent l'urgence de trouver des façons efficaces d'améliorer la santé des peuples autochtones du Canada. À défaut de traiter les inégalités de santé et de statut socio-économique des peuples autochtones, cette population continuera de vivre des inégalités et subira un accroissement inévitable de la maladie, de la souffrance et des décès prématurés.

Les collectivités autochtones sont appelées à jouer un rôle de premier plan en vue d'habiliter leurs membres, de les aider à prendre leur santé en main et d'arriver à l'améliorer. Mais pour ce faire, il importe que les décideurs et les praticiens (tant autochtones que

non autochtones) collaborent avec les Premières nations pour trouver des façons efficaces d'améliorer la santé et le bien-être des Autochtones, tout en respectant leurs particularités culturelles.

Le sexe influe grandement sur la santé

Même si, dans la dernière moitié du siècle, les femmes ont eu tendance à vivre plus longtemps que les hommes, l'écart au niveau de l'espérance de vie à la naissance chez les deux sexes ne cesse de diminuer, étant passé de 7,5 ans en 1978 à 5,7 ans en 1996⁵⁸. Cela peut tenir à divers facteurs, dont l'accroissement du stress chez les femmes et la réduction des principales causes de décès prématurés chez les hommes, surtout la cardiopathie ischémique (CI) et le cancer du poumon.

Cette diminution des deux causes principales de décès constitue évidemment une bonne nouvelle. Cela dit, les taux de mortalité prématurée continuent d'être considérablement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Pour arriver à réduire davantage les taux de mortalité masculins, il faudra porter une attention particulière aux autres grandes causes de décès chez les hommes, notamment les blessures mortelles, et le suicide.

Si la diminution des décès par cancer du poumon a de quoi réjouir les hommes, les taux de décès par cancer n'en demeurent pas moins persistants chez les femmes, principalement en raison de l'accroissement continu des décès par cancer du poumon. En même temps, les taux de tabagisme chez les jeunes femmes ont continué de grimper (chapitre 5). En effet, les adolescentes sont aujourd'hui plus aptes à fumer que les adolescents. À moins que cette tendance ne soit rapidement renversée, le cancer du poumon deviendra un tueur de plus en plus important dans le cas des femmes.

La qualité de vie importe autant que la durée de vie. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais elles souffrent aussi davantage d'affections chroniques et d'incapacités. Les efforts déployés pour prévenir ces problèmes au troisième âge sont essentiels au maintien et à l'amélioration de la santé chez les femmes comme chez les hommes, mais importent peut-être plus encore pour les femmes.

Le présent chapitre et les suivants soulignent le besoin pressant de traiter du bien-être psychologique chez les jeunes. Des signaux d'alarme comme de faibles résultats à l'indice de bien-être psychologique et des cotes élevées de dépression probable, doublés de taux élevés de suicide, témoignent clairement de la détresse qui accable nombre de jeunes Canadiens. L'accroissement de la toxicomanie et des comportements à risques multiples dont il sera question dans les prochains chapitres sont d'autres signes du malaise de la jeunesse. Le chapitre suivant indique que l'élargissement des débouchés, les incitations à poursuivre les études et l'engagement de collectivités attentives peuvent tous contribuer à rehausser le niveau de bien-être des jeunes gens du Canada.

Accroître les activités de promotion de la santé et de prévention des blessures et des maladies dans des domaines clés

La plupart des causes de maladie, d'incapacité et de décès prématuré explorées dans ce chapitre sont évitables. Dans le cas des maladies cardiaques et du cancer, les efforts constants de prévention et de réduction commencent à porter fruit. Ces initiatives (et d'autres) doivent continuer et s'orienter vers les Canadiens peu instruits qui affichent un faible revenu et un faible taux d'instruction.

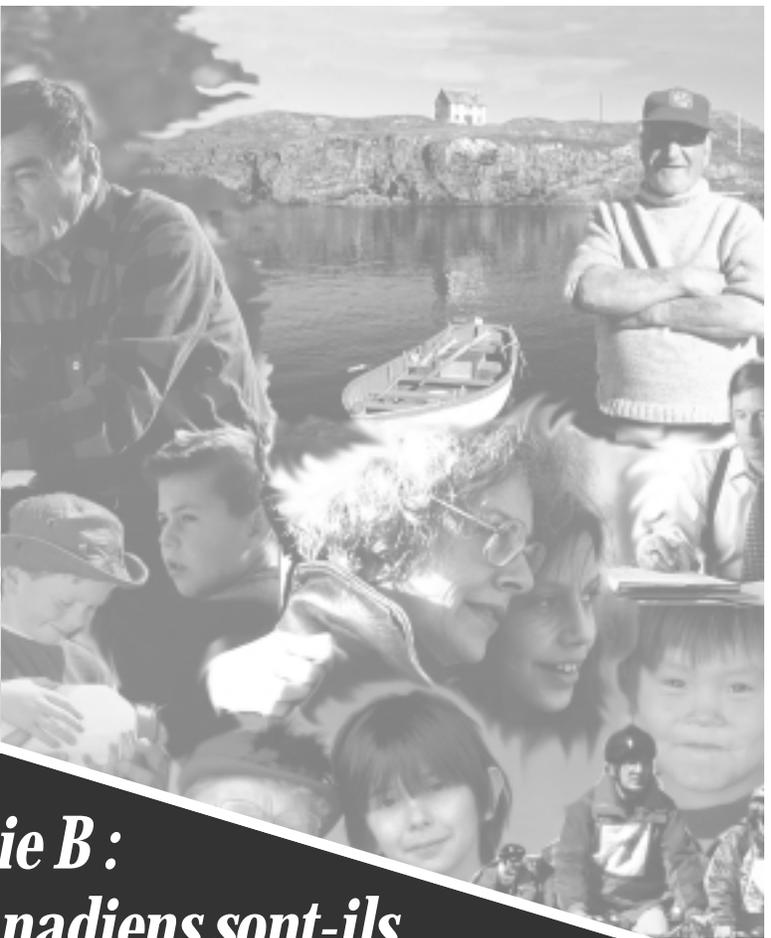
Les décès et les incapacités imputables au tabagisme et aux blessures non intentionnelles sont presque tous évitables. À ce titre, ils doivent demeurer une priorité absolue pour les décideurs et les praticiens. Pour ce qui est des blessures, nous devons tenir compte, selon le sexe et l'âge, des comportements à risque à l'origine des blessures intentionnelles et accidentelles, et trouver des façons de les prévenir. Nous devons également déployer de sérieux efforts pour réduire les taux très élevés de blessures et de décès attribuables aux blessures chez les jeunes Autochtones.

Notes en fin de chapitre — Chapitre 1

1. Adams, O., « L'état de santé », dans *Santé et Bien-être social Canada, Enquête promotion santé Canada 1985 : Rapport technique*, Ottawa, ministre d'Approvisionnement et Services Canada, (n° de catalogue H39-119), 1988.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*, totalisations spéciales.
4. Stephens, T., *Population Mental Health in Canada*, rapport rédigé pour l'Unité de la promotion de la santé mentale, Santé Canada, mai 1998.
5. Edwards, P., *Self-Esteem, Sport and Physical Activity*, Ottawa, Association canadienne pour l'avancement des femmes, du sport et de l'activité physique, 1993.
6. James, R., T. Kue Young et A. Cameron, « La santé des diabétiques au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 9, n° 3, (hiver 1997), p. 47-52.
7. Young, T., J. O'Neil, B. Elias, et coll., « Les maladies chroniques » dans les *Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit*, Ottawa, Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit, Comité de direction, 1999.
8. Chen, J., E. Ng et R. Wilkins (Statistique Canada), « La santé des immigrants au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 7, n° 4, (printemps 1996), p. 33-45 (n° de catalogue 82-003-XPB).
9. *Ibidem*.
10. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997*, totalisations spéciales.
11. Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, totalisations spéciales.
12. Santé Canada, *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1997*, Ottawa, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, avril 1998.
13. Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada*, novembre 1998.
14. Santé Canada, « Tests de dépistage de l'infection à VIH chez les Canadiens : environ 11 000 à 17 000 cas récents d'infection à VIH peuvent ne pas être diagnostiqués », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, Ottawa, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, mai 1998.
15. Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport du Registre national des traumatismes (données 1995-1996) sur les hospitalisations à la suite de blessures*, Ottawa, ICIS, 1998.
16. *Ibidem*.
17. SmartRisk Foundation, *Le fardeau économique des blessures non intentionnelles au Canada*, Toronto, SmartRisk Foundation, 1998.
18. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997*.

19. Chen, J., E. Ng et R. Wilkins (Statistique Canada), « La santé des immigrants au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 7, n° 4, (printemps 1996), p. 33-45.
20. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, statistiques démographiques inédites de 1996, totalisations spéciales.
21. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999* (n° de catalogue 82-221-XCB).
22. Fondation des maladies du cœur du Canada, *Les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Ottawa, Fondation des maladies du cœur, 1997.
23. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*, Toronto, INCC, 1998.
24. SmartRisk Foundation, *Le fardeau économique des blessures non intentionnelles au Canada*, Toronto, SmartRisk Foundation, 1998.
25. MacMillan, H., C. Walsh, E. Jamieson et coll., « La santé des enfants », Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit, Comité de direction, 1999.
26. Transports Canada, *Totaux des collisions et des victimes 1977-1996*, Ottawa, Transports Canada, 1999, <http://www.tc.gc.ca/roadsafety/Stats/stats96/st96totf.htm>
27. SmartRisk Foundation, *Le fardeau économique des blessures non intentionnelles au Canada*, Toronto, SmartRisk Foundation, 1998.
28. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1997*, (n° de catalogue 82-221-XDF).
29. *Ibidem*.
30. Santé Canada, *Le suicide au Canada : Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, ministre d'Approvisionnement et Services Canada, 1994, (n° de catalogue H39-107/1995F).
31. Canetto, S. et I. Sakinofsky, « The Gender Paradox in Suicide », *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, vol. 28, n° 1, 1998, p. 1-23.
32. Santé Canada, *Le suicide au Canada : Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*.
33. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Le Progrès des Nations, 1996*, New York, UNICEF, 1996.
34. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1997*, (n° de catalogue 82-221-XDF).
35. Santé Canada, *Le suicide au Canada : Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Ottawa, Direction générale des programmes et des services de santé, 1995, (n° de catalogue H39-107/1995F).
36. Isaacs, S., S. Keoghs, C. Menard et coll., « Le suicide dans les Territoires du Nord-Ouest : Un examen descriptif », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 19, n° 4 (1998), p. 152-156.
37. Santé Canada, *Le suicide au Canada : Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Ottawa, Direction générale des programmes et des services de santé, 1995, (n° de catalogue H39-107/1995F).
38. Fedorowycz, O., « L'Homicide au Canada — 1997 », *Juristat*, vol. 18, n° 12 (1998), Statistique Canada, (n° de catalogue 85-002-XPF).
39. Kong, R., « Statistiques de la criminalité au Canada, 1997 », *Juristat*, vol. 18, n° 11 (1998), Statistique Canada, (n° de catalogue 85-002-XIF).
40. Statistique Canada, « Naissances en 1996 », *Le Quotidien*, 8 juillet 1998, (n° de catalogue 11-001-XIF).
41. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé 98*, (CD-ROM).
42. Statistique Canada, *Compendium de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, Ottawa, Statistique Canada, (n° de catalogue 84-214-XPF).
43. Santé Canada, Direction générale des services médicaux, *Analyse des programmes de santé, Programmes de santé des Premières nations et des Inuit*, Ottawa, DGSM, 1996.

44. Ellison, L., H.I. Morrison, M. de Groh, et coll., « Les conséquences du tabagisme sur la santé des fumeurs canadiens : Mise à jour », *Maladies chroniques au Canada*, Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, 1998.
45. Collishaw, N.E. et K. Leahy, « Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, 1988, vol. 79, p. 166-169.
46. Ellison, L., Y. Mao et L. Gibbons, « Projections de la mortalité imputable au tabagisme au Canada, 1991-2000 », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 16, n° 2, (printemps 1995), p. 84-89.
47. Statistique Canada, *Compendium de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, automne 1998, (n° de catalogue 84-214-XPF).
48. Chen, J., R. Wilkins et E. Ng (Statistique Canada), « Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991 », *Rapports sur la santé*, vol. 8, n° 3, (hiver 1996), p. 29-37.
49. Robine, J. et K. Ritchie, « Healthy Life Expectancy: Evaluation of Global Indicators of Change in Population Health », *British Medical Journal*, vol. 302, (1991), p. 457-460.
50. Wolfson, M., G. Rowe, J. Gentleman et coll. (1993), « Career Earnings and Death: A Longitudinal Analysis of Older Men », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 47, n° 4, (1993), p. S167-179.
51. Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (Statut des Indiens), *Statistique Canada, Naissances et décès en 1993*.
52. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé*, 1999.
53. Wilkins, R., « Mortality by Neighbourhood in Canada », présenté à la conférence de la Société canadienne du cancer sur l'épidémiologie et la biostatistique, Saint-Jean, Terre-Neuve, août 1995.
54. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé 98*, (CD-ROM).
55. Statistique Canada, *Compendium de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*.
56. Programme de développement humain des Nations Unies, *Rapport mondial sur le développement humain 1998*, New York, Oxford University Press, 1998.
57. Evans, R., *Être ou ne pas être en bonne santé?*, document de travail canadien n° 20, Toronto, Institut canadien de recherches avancées, programme en santé de la population, décembre 1992.
58. Statistique Canada, « Les décès en 1996 », *Le Quotidien*, 16 avril 1998, (n° de catalogue 11-001-XIF). Consultez le site Web de Statistique Canada : www.statcan.ca



Partie B :
Pourquoi les Canadiens sont-ils
en santé ou non?





L'environnement socio-économique

Ce qui compte, au moment d'établir la mortalité et la santé d'une société, ce n'est pas autant la richesse globale d'une société donnée que la mesure dans laquelle cette richesse est équitablement répartie. Plus la richesse est également distribuée, plus la santé de la population est bonne.

— Le rédacteur en chef, *The British Medical Journal*, 1996¹.

On connaît depuis longtemps le puissant effet de l'environnement sur la santé. Il y a plus de 25 ans, la *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* affirmait que la santé subissait l'influence de quatre facteurs ou éléments clés, soit le mode de vie, la biologie et la génétique, les soins de santé et l'environnement². Au chapitre de l'environnement, les conditions sociales et économiques (qualifiées ici comme l'environnement socio-économique) ont un effet déterminant sur le bien-être individuel et collectif. L'influence d'une autre composante, soit l'environnement physique, est abordée au chapitre 4.

On a vu au chapitre précédent que l'état de santé est directement lié au statut socio-économique. Bien que l'on s'entende sur le fait que le revenu est lié à la santé, les raisons de ce lien méritent d'être approfondies. On ne s'entend pas non plus sur ce qui constitue la meilleure mesure du statut socio-économique (SSE). Certains chercheurs préfèrent avoir recours au niveau d'instruction ou au statut d'emploi, alors que d'autres examinent plutôt le revenu. Le présent rapport se sert du revenu comme mesure du SSE dans la plupart des cas, bien que le niveau d'instruction soit utilisé lorsqu'il relève partiellement du sujet traité. En outre, ce rapport ne constitue pas une étude exhaustive sur les liens qui existent entre le revenu et la santé. Il faudrait prévoir un autre rapport à cette fin, ce qui permettrait d'enrichir encore plus nos connaissances.

Même si de nombreux facteurs relatifs à l'environnement socio-économique influent sur la santé, le présent chapitre aborde cinq influences clés : le revenu (et la répartition du revenu), le niveau de scolarité et l'alphabétisation, l'emploi et le chômage, les conditions de travail et les facteurs qui affectent l'environnement social.

Définitions et mesures

- ◆ L'**environnement socio-économique** désigne les conditions de vie et de travail dans les sphères économique et sociale. Les grands effets de la dimension économique de l'environnement comprennent le revenu et la répartition du revenu. Les principaux déterminants de la dimension sociale de l'environnement englobent le taux de scolarité et d'alphabétisme, l'emploi et les conditions de travail, les niveaux de soutien social, la violence au sein des collectivités et des familles, l'engagement communautaire et le bénévolat.
- ◆ Le **faible revenu** se rapporte aux familles économiques et aux personnes seules qui ont des revenus inférieurs à la base de 1992 des seuils de faible revenu (SFR) de Statistique Canada. Ces seuils ont été choisis en fonction du fait que les familles et les personnes seules dont les revenus sont inférieurs à ces limites consacrent plus de 54,7 p. 100 de leur revenu à l'épicerie, au logement et aux vêtements. Par conséquent, on considère qu'elles connaissent certaines difficultés financières.
- ◆ Statistique Canada a souligné à maintes reprises que les SFR diffèrent grandement des mesures de pauvreté et le Ministère n'approuve pas leur utilisation à cette fin. Toutefois, les SFR se fondent sur une méthodologie cohérente et bien définie qui permet de repérer les personnes considérablement moins bien nanties que la moyenne. À défaut d'une définition reconnue de la pauvreté, nombre d'analystes ont utilisé ces statistiques pour étudier les caractéristiques des groupes relativement défavorisés au sein du Canada.
- ◆ Le terme **pauvreté**, tel qu'utilisé dans le cadre du présent chapitre, sert à définir une situation de faible revenu.
- ◆ Le recours à la notion de **famille économique** plutôt qu'à celle de famille de recensement sert à établir des seuils de faible revenu. La famille économique réunit toutes les personnes qui forment un ménage et qui ont entre elles des liens de sang, de mariage, d'union de droit commun ou d'adoption. Une **personne seule** est une personne de 15 ans ou plus qui vit seule ou dans un ménage où elle n'a aucun lien avec quiconque.
- ◆ Le **revenu total** comprend le revenu que reçoit une personne en provenance de toutes les sources, y compris les honoraires et le salaire, le travail autonome agricole ou non agricole, les paiements de transfert du gouvernement, le revenu d'investissement, les pensions de retraite et autres revenus monétaires.
- ◆ Les **données sur le revenu** sont présentées en dollars constants. Les revenus de recensements précédents ont été rajustés en fonction des changements du prix des biens et des services à l'aide de l'indice des prix à la consommation. À titre d'exemple, le revenu moyen réel d'une famille était de 54 000 \$ en 1995, comparativement à 51 300 \$ en 1990. Il s'agit d'une hausse de 6,4 p. 100 avant rajustement. Si l'on tient compte des changements de prix, le revenu familial réel (en dollars constants) a diminué de 4,8 p. 100 par rapport à 1990.
- ◆ L'**indice ou coefficient de Gini** est une mesure bien établie qui permet de calculer les inégalités en rapport avec le revenu. Si les revenus étaient répartis de façon entièrement équitable, chaque personne recevrait la même portion de revenu. L'indice de Gini mesure l'écart entre la répartition réelle du revenu et ce point de référence théorique. En théorie, le coefficient de Gini peut varier de 0 (répartition parfaite) à 1 (concentration entière chez une même personne). En pratique, les coefficients de Gini applicables au revenu par habitant varient de 0,25 à 0,60. Plus le coefficient de Gini est élevé, plus le revenu est mal réparti.
- ◆ La **capacité de lecture de textes suivis** désigne la capacité de lire et de comprendre un extrait de texte; la **capacité de lecture de documents** décrit l'aptitude à remplir des formulaires de base comme une demande d'emploi. La **capacité de calculer** exige des compétences arithmétiques de base. La capacité de lecture et d'écriture est cotée de un à cinq, cinq étant le niveau le plus élevé.
- ◆ Les **peuples autochtones** comprennent ceux qui se sont déclarés eux-mêmes Indiens, Métis ou Inuit d'Amérique du Nord lors du Recensement de 1996. Les **minorités visibles** désignent les personnes de races autres que blanche qui ne sont pas des Autochtones.

Faits saillants

Niveau de revenu et santé

- ◆ En général, les personnes qui ont un revenu supérieur vivent plus longtemps et jouissent d'une meilleure santé que les personnes qui ont un revenu inférieur.
- ◆ Entre 1990 et 1995, la proportion de Canadiens à faible revenu est passée de 16 p. 100 à 20 p. 100.
- ◆ En 1995, les très jeunes enfants (moins de 6 ans) et les jeunes (de 18 à 24 ans) étaient les plus susceptibles de vivre dans des situations de faible revenu. On estime que 1,3 million d'enfants de moins de 15 ans vivaient au sein de familles à faible revenu en 1995, soit 300 000 enfants de plus que cinq ans auparavant.
- ◆ Entre 1980 et 1996, il y a eu une baisse substantielle et souhaitée du nombre de Canadiens âgés sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada. Toutefois, une personne âgée sur cinq (surtout les femmes seules) est encore susceptible d'afficher un faible revenu.
- ◆ On note toujours une proportion démesurée d'Autochtones et de minorités visibles au sein des groupes à faible revenu. En 1995, quelque 36 p. 100 des membres de minorités visibles et 44 p. 100 des membres de collectivités autochtones avaient un faible revenu.
- ◆ En 1995, près de la moitié des femmes monoparentales accusaient un faible revenu. La pauvreté n'était cependant pas l'apanage des familles monoparentales. De 1990 à 1995, le pourcentage de gens mariés avec des enfants ayant un faible revenu a augmenté de 9,5 p. 100 à 13 p. 100 (ce qui représente près de 460 000 familles). En 1995, le revenu annuel d'une famille moyenne à faible revenu avec deux enfants était inférieur de 11 641 \$ au seuil de pauvreté établi par Statistique Canada.

Revenu, distribution du revenu et santé

- ◆ La distribution du revenu au sein d'une société donnée peut constituer un déterminant de santé de la population plus important que le montant absolu de revenu accumulé par ses membres.
- ◆ Dans l'ensemble, les inégalités dans la distribution du revenu sont demeurées relativement constantes au Canada entre 1985 et 1995. Cela tient en grande partie aux effets de la taxation redistributive et aux politiques de transfert qui ont servi à contrebalancer l'écart grandissant qui sépare le 10 p. 100 de Canadiens au revenu le plus bas du 10 p. 100 de Canadiens au revenu le plus élevé. Les tendances des inégalités dans la distribution du revenu après 1995 n'étaient pas disponibles au moment de rédiger ce rapport. Il y aurait cependant lieu d'en tenir compte dans le cadre des prochaines analyses.
- ◆ Certains groupes ont accusé des progrès au niveau des taux et niveaux de rémunération, notamment les travailleurs plus âgés et les personnes plus spécialisées et bien rémunérées. D'autres groupes ont connu un déclin remarquable, notamment les jeunes hommes non spécialisés, les jeunes en général et les hommes peu spécialisés et mal rémunérés.

- ◆ Même si le taux de rémunération moyen des femmes a augmenté quelque peu, ces dernières sont toujours beaucoup plus exposées que les hommes à avoir un faible revenu. En 1996, 19 p. 100 des femmes adultes tombaient sous la catégorie des personnes à faible revenu comparativement à 13 p. 100 des hommes adultes.

Niveaux de scolarité et d'alphabétisation

- ◆ Les niveaux de scolarité et d'alphabétisation constituent d'importants facteurs déterminants de la santé et du bien-être.
- ◆ Dans le cadre de l'ENSP de 1996-1997, seulement 19 p. 100 des répondants n'ayant pas terminé leur cours secondaire qualifiaient leur santé d'excellente, contre 30 p. 100 des diplômés universitaires.
- ◆ Au cours des 15 dernières années, les niveaux de scolarité ont continué d'augmenter pour tous les groupes de population du Canada. En 1996, on comptait quatre fois plus de femmes diplômées universitaires qu'en 1971.
- ◆ En 1994-1995, environ 17 p. 100 des Canadiens appartenaient à la plus faible catégorie de lecture de textes suivis (niveau 1), tandis que 26 p. 100 atteignaient le niveau 2, indiquant qu'ils pouvaient lire, quoique difficilement.

Emploi et santé

- ◆ Les taux constamment élevés de chômage et de sous-emploi chez les jeunes, les Autochtones, les adultes ayant un faible taux d'instruction et les habitants de certaines régions des provinces maritimes nuisent à la qualité de santé des Canadiens qui font partie de ces groupes vulnérables.

Environnement social et santé

- ◆ Les conditions de travail (rémunéré ou non), le soutien social et le niveau de sécurité personnelle à domicile et dans le milieu affectent grandement la santé.
- ◆ Les conditions de travail et la surcharge de responsabilités associées aux rôles (pour arriver à équilibrer le travail et la vie familiale) constituent d'importants facteurs de stress au niveau des femmes, particulièrement des jeunes femmes.
- ◆ Les Canadiens ont déclaré des niveaux élevés de soutien social, d'aide à autrui, de bénévolat et de participation communautaire. Ce sont là d'importants secours pour palier au stress.
- ◆ La violence faite aux épouses et aux enfants, les formes les plus communes de violence familiale, ont un effet désastreux sur la santé et le bien-être des femmes et des enfants à court et à long terme. En ce qui a trait aux agressions contre les enfants, ce sont des membres de la famille qui ont été accusés dans 24 p. 100 des cas, en 1996. Environ 40 p. 100 de toutes les femmes qui sont victimes d'homicide ont été tuées par un homme avec qui elles avaient eu une relation intime.

Revenu et santé

Le chapitre précédent a démontré la relation étroite entre le revenu, l'état de santé et d'autres facteurs déterminants de la santé. C'est ainsi que les Canadiens au revenu inférieur étaient quatre fois plus susceptibles que ceux au revenu supérieur de qualifier leur santé

de moyenne ou mauvaise, deux fois plus susceptibles de devoir limiter leurs activités à long terme et trois fois moins susceptibles de détenir une assurance dentaire (voir le chapitre 6). Les écarts dans l'état de santé ressortent clairement lorsqu'on établit des comparaisons entre les groupes au revenu supérieur et ceux au revenu inférieur. Une variation active de l'état de santé du niveau inférieur à moyen, et de moyen à supérieur de revenu s'observe aussi dans presque toutes les mesures de mortalité et de morbidité. Autrement dit, les Canadiens au revenu supérieur sont plus susceptibles d'être en santé que ceux au revenu moyen, et ces derniers ont une meilleure santé que les Canadiens à faible revenu.

Étant donné les liens étroits entre le revenu et la santé, il importe de bien comprendre les tendances actuelles relatives au niveau de revenu. Ce chapitre donne un aperçu des tendances à court et à long terme (1990-1995) en rapport avec les populations canadiennes à faible revenu, telles que déterminées à l'aide des seuils de faible revenu (SFR) de Statistique Canada. (Voir la section sur les définitions et mesures au début du chapitre.) À moins d'avis contraire, les chiffres totaux portant sur le revenu sont tirés du recensement de 1991 (d'après les données de 1990) et du recensement de 1996 (d'après les données de 1995). Malheureusement, il n'existait pas de données nationales fiables après 1995 au moment de la rédaction du document.

Revenu par opposition à richesse

La distribution du revenu au sein d'une société est intimement liée à la répartition et à la concentration de la richesse, mais les deux notions ne sont pas synonymes pour autant. La richesse est un concept beaucoup plus vaste que le revenu, puisqu'elle englobe la propriété d'actifs financiers (revenu, épargne, investissement, obligations et actions, etc.) et d'autres types de biens (immobiliers, propriété domiciliaire, immeubles, terrain, œuvres d'art, etc.). La relation entre la richesse et la santé a été beaucoup moins analysée que celle entre le revenu et la santé. Les deux sujets méritent qu'on s'y attarde davantage.

Tendances du faible revenu échelonnées sur 15 ans³

Selon le recensement de 1996, quelque 16 p. 100 (ou 1,3 million) de toutes les familles économiques du Canada se situaient sous le seuil de faible revenu (SFR) en 1995. De même, environ 20 p. 100 de tous les individus (un peu plus de 5,5 millions de personnes) vivaient sous le SFR.

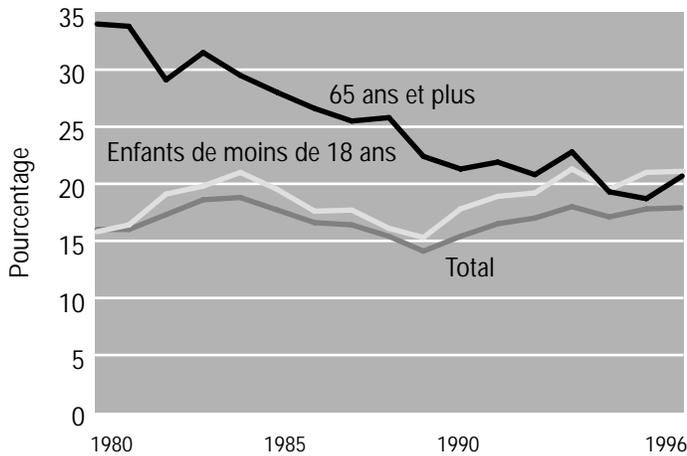
La figure 2.1 indique que la prévalence des personnes à faible revenu de tous les âges a varié entre 1980 et 1996, passant de 16 p. 100 en 1980 à un plafond de 19 p. 100 en 1983 et 1984, pour revenir au minimum de 14 p. 100 en 1989. La prévalence du faible revenu a regrimpé à plus de 18 p. 100 en 1996 pour atteindre un niveau quasiment identique à celui du milieu des années 80.

Au cours de cette même période toutefois, l'aspect du faible revenu s'est radicalement modifié. Il y a eu une diminution substantielle et heureuse du nombre de Canadiens âgés vivant sous le seuil de faible revenu. Il faut toutefois noter qu'en 1995, un aîné sur cinq (surtout des femmes âgées seules) vivaient encore sous le SFR.

Parallèlement, on a noté une augmentation assez radicale de la portion d'enfants (de moins de 18 ans) et de familles à faible revenu, surtout au début des années 90. En 1995, 21 p. 100 des enfants vivaient au sein de ménages à faible revenu.

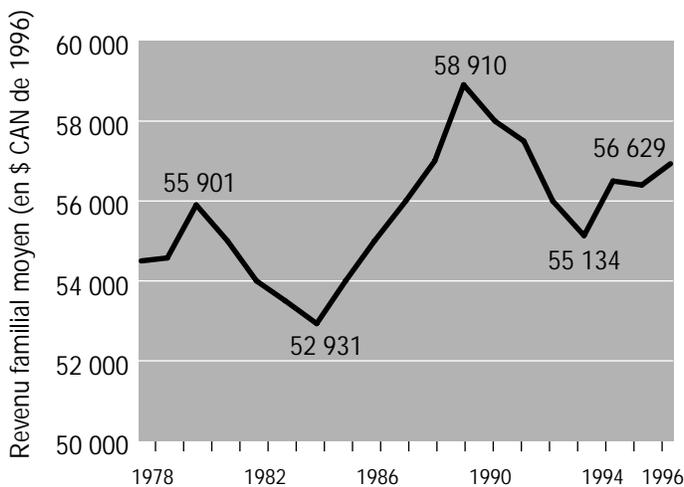
Cette situation porte à croire que les politiques gouvernementales axées sur le maintien et l'amélioration du niveau économique des aînés, jumelées à l'entrée d'une nouvelle cohorte (au revenu plus élevé) dans ce groupe d'âge, ont grandement réduit la pauvreté parmi les Canadiens âgés. En même temps, les ralentissements de l'économie ainsi que les changements affectant la structure des familles et de l'emploi ont propulsé les taux de pauvreté des enfants et des familles à des sommets jamais atteints en plus de 15 ans.

Figure 2.1 Pourcentage des Canadiens à faible revenu, selon l'âge, Canada, 1980 à 1996



Source : Statistique Canada, Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu, 1996, n° de catalogue 13-207-XPB.

Figure 2.2 Revenu familial moyen (dollars de 1996), Canada, 1978 à 1996



Source : Statistique Canada, Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu, 1996, n° de catalogue 13-207-XPB.

En 1995, les quelque 21 millions de personnes qui affichaient un revenu (provenant de toutes les sources, y compris les salaires, le travail autonome, les paiements de transfert du gouvernement, le revenu d'investissement, les pensions de retraite et autres revenus monétaires) gagnaient un total de 25 196 \$ en moyenne, soit une baisse de 6 p. 100 par rapport à 1990, après indexation. Cette réduction a annulé les progrès réalisés au cours de la deuxième partie des années 80. Par conséquent, le revenu total moyen en 1995 était presque identique à celui de 1985 et légèrement inférieur à celui de 1980.

Comme l'indique la figure 2.2, les revenus familiaux moyens (en dollars constants) ont varié énormément entre 1978 et 1996. Entre 1980 et 1984, il y a eu une baisse constante du revenu familial moyen, qui a atteint un plancher de 52 931 \$ en 1984. Il a ensuite atteint un plafond de 58 910 \$ en 1989. Ensuite, le revenu familial a baissé considérablement pour atteindre 56 629 \$ en 1996. Autrement dit, en 1996, le revenu familial moyen était encore au même niveau qu'en 1988, malgré la reprise économique survenue après le ralentissement du début des années 90.

En 1996, la majorité des dépenses des familles étaient consacrées à l'impôt (22 p. 100) et aux nécessités comme le logement (17 p. 100), la nourriture (12 p. 100) et le transport (12 p. 100). Ces quatre coûts combinés représentaient presque les deux tiers des dépenses moyennes d'une famille canadienne⁴. Le chapitre 4 sur

l'environnement physique laisse entendre que les coûts du logement sont devenus problématiques pour bon nombre de Canadiens à faible revenu depuis quelques années.

Même si les taux du SFR font état du pourcentage de la population vivant sous des seuils de revenu prédéterminés, ils ne font aucune distinction entre les gens qui vivent dans une pauvreté absolue et ceux à qui il ne manque que quelques dollars pour franchir le SFR. À cette fin, il faut des mesures qui calculent la profondeur de la pauvreté. La figure 2.3 indique la profondeur de la pauvreté (ou l'écart de revenu entre le revenu familial et le SFR) par type de famille en 1990 et 1995. En ce qui concerne la proportion des familles

à faible revenu, les mères monoparentales demeurent les plus mal nanties, car presque la moitié ont un faible revenu qui s'avère inférieur de 10 165 \$ au seuil de faible revenu de 1995. La pauvreté ne se limite toutefois pas aux familles monoparentales. De 1990 à 1995, le pourcentage des couples mariés avec enfants à faible revenu est passé de 9,5 à 13 p. 100. En 1995, les familles à faible revenu composées d'un couple marié avec des enfants avaient un revenu annuel de 11 641 \$ inférieur au SFR⁵.

Tendances du faible revenu, 1990 à 1995

Dans l'ensemble, la proportion de Canadiens au statut de faible revenu s'est accrue de 16 à 20 p. 100 entre 1990 et 1995, mais certains groupes de la population ont été plus durement touchés que d'autres. En 1995, les enfants, les jeunes et les personnes âgées seules (surtout des femmes) étaient les plus susceptibles d'afficher un faible revenu.

Le tableau 2.4 indique le nombre accru d'enfants et d'adolescents (de 0 à 24 ans) qui vivent dans des situations à faible revenu. En 1995, les très jeunes enfants (moins de 6 ans) et les jeunes (de 18 à 24 ans) étaient les plus susceptibles d'être pauvres⁶.

Comme l'indique la figure 2.5, l'écart entre le pourcentage d'hommes et de femmes qui appartiennent à la catégorie du faible revenu n'a presque pas bougé. Cette disparité a persisté en dépit du fait que le revenu moyen des hommes a chuté de 7,8 p. 100 entre 1990 (33 733 \$) et 1995 (31 117 \$), tandis que celui des femmes n'a baissé que de 2 p. 100

Figure 2.3

Déficit du revenu* selon la structure de la famille, Canada, 1990 et 1995

	Faible revenu (%)	Nombre de familles à faible revenu	Revenu total moyen (\$)	Déficit du revenu familial* (\$)
1990				
Toutes les familles économiques	13	961 835	13 615	10 111
Couples mariés seulement	9	210 145	11 345	8 233
Couples mariés ayant des enfants	9,5	332 200	15 951	10 963
Familles monoparentales dont le parent est masculin	18	24 290	11 665	9 929
Familles monoparentales dont le parent est féminin	44	300 240	12 092	10 337
1995				
Toutes les familles économiques	16	1 267 205	13 778	10 223
Couples mariés seulement	10	252 765	11 223	7 398
Couples mariés ayant des enfants	13	456 930	16 199	11 641
Familles monoparentales dont le parent est masculin	24	39 325	11 612	9 412
Familles monoparentales dont le parent est féminin	48	396 245	12 032	10 165

* Le déficit du revenu est la différence entre le revenu familial et le seuil de faible revenu en vigueur.

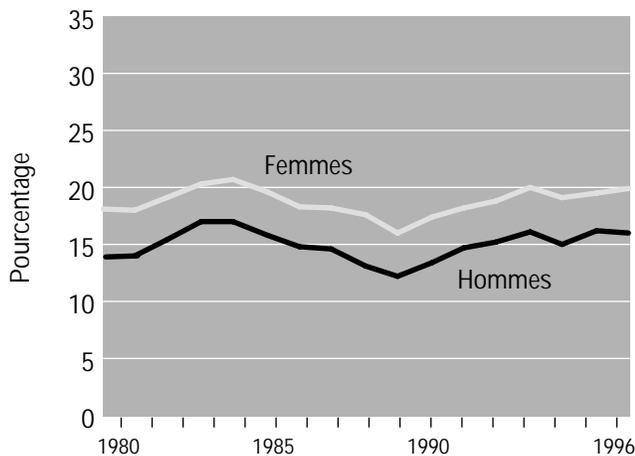
Source : Statistique Canada, « Recensement de 1996 : sources de revenu, gains et revenu total, et revenu des familles », *Le Quotidien*, 12 mai 1998 (Statistique Canada, n° de catalogue 11-001-XIF).

Figure 2.4 Nombre et pourcentage d'enfants, de jeunes et de personnes âgées ayant un faible revenu, Canada, 1990 et 1995

	1990		1995	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Enfants de moins de 6 ans	447 230	20	582 905	26
Enfants de 6 à 14 ans	576 100	17	761 620	22
Jeunes de 15 à 17 ans	180 455	16,5	229 210	20
Jeunes de 18 à 24 ans	548 805	21	675 365	26
Adultes de 65 à 69 ans	169 410	16	182 730	17
Adultes de 70 ans et plus	415 135	23	441 265	20,5

Source : Statistique Canada, « Recensement de 1996 : sources de revenu, gains et revenu total, et revenu des familles », *Le Quotidien*, 12 mai 1998 (Statistique Canada, n° de catalogue 11-001-XIF).

Figure 2.5 Pourcentage des femmes et des hommes à faible revenu, Canada, 1980 à 1996



Source : Statistique Canada, *Personnes à faible revenu, 1980 à 1996*, n° de catalogue 13-569-XPB.

(de 19 630 \$ à 19 208 \$). Une raison qui explique cet écart tient au fait que les femmes détiennent encore la majorité des emplois les moins bien rémunérés. Selon le recensement de 1996, ce sont encore les femmes qui occupent 20 des 25 emplois situés au bas de l'échelle salariale. Ce sont les femmes de 18 à 24 ans et de 70 ans et plus qui étaient les plus aptes à afficher un faible revenu, en 1990 comme en 1995. Presque la moitié des mères monoparentales (quelque 400 000 familles) vivaient sous le SFR⁷.

Comme l'illustre la figure 2.6, les peuples autochtones et les minorités visibles continuent d'être sur-représentés au sein de la proportion des Canadiens à faible revenu. En 1995, environ 36 p. 100 des membres de minorités visibles au Canada et 45 p. 100 des enfants de moins de six ans issus de familles de minorités visibles accusaient un

faible revenu. Au moins 44 p. 100 de la population autochtone et un bon 60 p. 100 des enfants autochtones de moins de six ans issus de ces familles vivaient sous le seuil de faible revenu. Ces chiffres sous-estiment probablement le problème, puisque le recensement de 1996 n'a pas tenu compte comme il faut des quelque 44 000 personnes vivant dans les réserves et autres établissements.

Disparités provinciales : De 1990 à 1995, les taux de faible revenu se sont accrus dans toutes les provinces hormis la Saskatchewan. C'est en Ontario qu'on a remarqué les augmentations les plus importantes du nombre et des proportions de Canadiens à faible revenu. En 1995, ce sont encore les résidents du Québec (23 p. 100), de Terre-Neuve (21 p. 100) et du Manitoba (21 p. 100) qui affichaient les taux les plus élevés de faible revenu.

Comme on peut le constater à la figure 2.7, les augmentations les plus fortes en rapport avec le nombre et la proportion de personnes à faible revenu ont été enregistrées dans les provinces les plus peuplées. En 1990, c'est l'Ontario qui avait le taux le moins élevé de faible revenu au pays (13 p. 100) mais en 1995, 18 p. 100 des Ontariens vivaient d'un faible revenu, soit une augmentation de presque un demi-million de personnes. Des augmentations considérables des taux de faible revenu ont également été recensées au Québec (19 p. 100 en 1990 et 23 p. 100 en 1995), et en Colombie-Britannique (16 p. 100 en 1990 et 20 p. 100 en 1995) (figure 2.7).

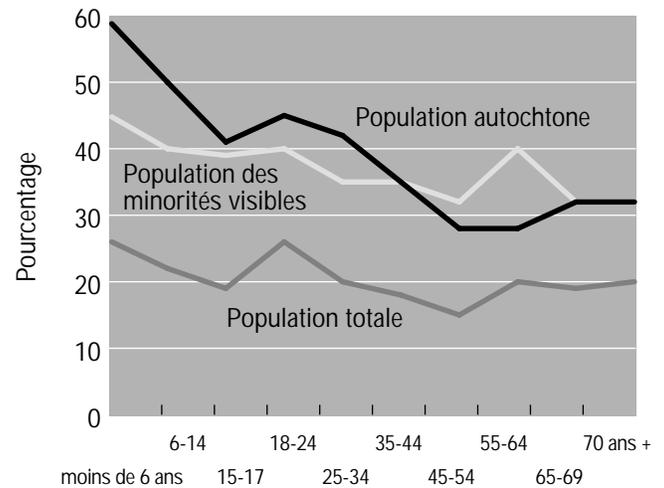
Familles : Comme l'indique la figure 2.8, la proportion de tous les types de familles à faible revenu s'est accrue de 1990 à 1995. Les familles dirigées par de jeunes parents de 15 à 24 ans ont été très durement frappées. En outre, les familles monoparentales ayant une femme à leur tête étaient encore les plus susceptibles d'afficher un faible revenu.

La figure 2.8 indique également l'augmentation radicale du nombre d'enfants et de jeunes à faible revenu. Malgré une résolution parlementaire visant à éliminer la pauvreté chez les enfants d'ici l'an 2000, le nombre d'enfants (de moins de 15 ans) et de jeunes (de 15 à 24 ans) vivant sous le seuil de faible revenu est passé de un sur cinq en 1990 à un sur quatre en 1995.

La pauvreté ne menace pas seulement les familles monoparentales. Bien qu'on compte une proportion plus grande de familles monoparentales vivant sous le seuil de la pauvreté, ce sont encore les familles à faible revenu avec deux parents à leur tête qui sont les plus aptes à afficher un faible revenu, en chiffres absolus (figure 2.8).

Figure 2.6

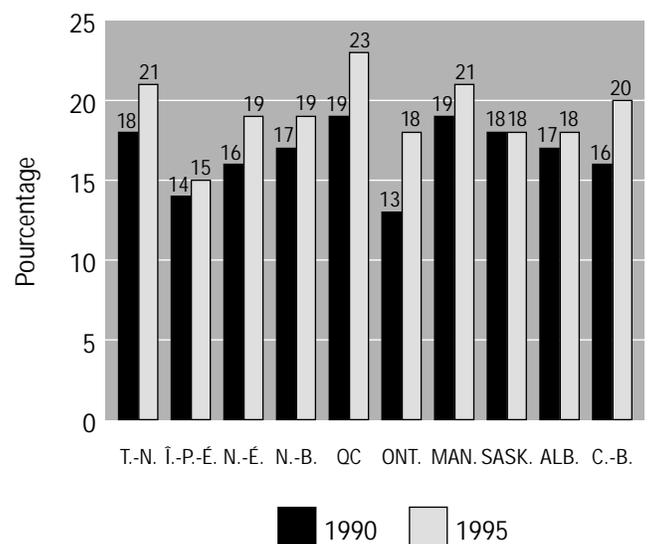
Pourcentage de la population autochtone, des minorités visibles et de la population totale à faible revenu, selon l'âge, Canada, 1995



Source : Statistique Canada, « Recensement de 1996 : sources de revenu, gains et revenu total, et revenu des familles », *Le Quotidien*, 12 mai 1998 (Statistique Canada, n° de catalogue 11-001-XIF).

Figure 2.7

Pourcentage des personnes à faible revenu, selon la province, 1990 et 1995



Source : Statistique Canada, « Recensement de 1996 : sources de revenu, gains et revenu total, et revenu des familles », *Le Quotidien*, 12 mai 1998 (Statistique Canada, n° de catalogue 11-001-XIF).

Répartition du revenu

Il existe de solides preuves à l'effet que la santé d'une population donnée tient plus à la répartition équitable du revenu qu'à l'importance du revenu moyen. Plus l'écart entre les riches et les pauvres est prononcé, plus la santé de la population est affectée. Comme l'affirmait Sir Frances Bacon, « l'argent est comme le fumier — inutile sauf si on l'épand bien »⁸.

Figure 2.8

Revenu moyen des familles, pourcentage des familles à faible revenu selon le type de famille et nombre de familles à faible revenu, 1990 et 1995

Revenu moyen des familles	1990	1995
◆ Familles biparentales (tous âges)	61 053 \$	58 763 \$
◆ Familles monoparentales dont le parent est jeune (15 à 24 ans)	29 313 \$	23 115 \$
◆ Familles monoparentales dont le parent est masculin (tous âges)	45 557 \$	40 974 \$
◆ Familles monoparentales dont le parent est féminin (tous âges)	29 652 \$	27 721 \$
Pourcentage des familles à faible revenu, selon le type de famille		
◆ Familles biparentales	9 p. 100	12 p. 100
◆ Familles monoparentales dont le parent est masculin	18 p. 100	24 p. 100
◆ Familles monoparentales dont le parent est féminin	44 p. 100	48 p. 100
Pourcentage des enfants et des jeunes vivant dans des familles à faible revenu		
◆ Enfants de moins de 15 ans	20 p. 100	25 p. 100
◆ Jeunes de 15 à 24 ans	21 p. 100	26 p. 100
Nombre total de familles à faible revenu		
◆ Familles biparentales	577 075	759 630
◆ Familles monoparentales dont le parent est masculin	24 290	39 325
◆ Familles monoparentales dont le parent est féminin	300 240	396 245

Source : Statistique Canada, « Recensement de 1996 : sources de revenu, gains et revenu total, et revenu des familles », *Le Quotidien*, 12 mai 1998 (Statistique Canada, n° de catalogue 11-001-XIF).

La documentation sur la mesure de l'inégalité du revenu est solidement établie. Les indicateurs typiques sont les parts de revenu de divers quintiles de revenu, et des mesures sommaires comme l'indice d'inégalité de Gini. Le coefficient de Gini mesure les inégalités dans la distribution du revenu. En gros, plus le revenu est élevé, plus il est inégalement distribué.

Un récent article de Michael Wolfson et Brian Murphy conclut que l'inégalité du revenu au Canada est demeurée relativement stable entre 1985 et 1995. Les auteurs ont examiné le revenu familial disponible, défini comme étant le revenu monétaire total moins les impôts fédéral et provincial et les charges sociales (RPC, RRQ, EIC) rajusté selon la structure familiale. Ils ont constaté que le coefficient de Gini, qui mesure l'inégalité du revenu, était en réalité plus faible en 1995 qu'en 1985.

En comparant le Canada et les États-Unis, Wolfson et Murphy suggèrent en outre que si la valeur des services de santé financés par l'État était incluse dans l'analyse, les revenus des familles canadiennes seraient plus élevés par rapport à ceux des familles américaines et le taux d'inégalité entre les revenus canadiens aurait diminué⁹.

Certains économistes préfèrent mesurer les inégalités en comparant simplement les groupes qui se situent aux dixièmes percentiles les plus riches et les plus pauvres. Cette mesure est facile à comprendre et se rapproche beaucoup du coefficient de Gini. Cependant, elle n'indique pas la distribution dans les groupes à revenu moyen, un facteur qui peut fausser le portrait d'ensemble de l'inégalité. À l'aide de cette mesure, le Centre de justice sociale de Toronto a révélé des écarts de revenu croissants entre les familles les plus riches et les plus pauvres du Canada. Selon cette étude, le revenu moyen des familles avec enfants qui s'inscrivaient dans le 10 p. 100 supérieur de l'échelle de revenus en 1973 était 8,5 fois plus élevé que le revenu moyen des familles situées au 10 p. 100 inférieur de l'échelle de revenus. En 1996, cet écart s'était prononcé pour atteindre 10,2. La figure 2.9 indique en quoi les revenus gagnés du 10 p. 100 des familles avec enfants les plus riches ont augmenté de 122 000 \$ en 1981 à 138 000 \$ en 1996. Par contre, les revenus gagnés des familles avec enfants les plus pauvres n'ont presque pas changé entre 1981 et 1996 (se maintenant à 14 000 \$ environ)¹⁰.

Puisque les revenus d'emploi constituent la principale source de revenu de la plupart des Canadiens, tout changement dans l'inégalité des revenus est étroitement lié aux changements qui affectent les taux de rémunération, les revenus et les heures travaillées. Au cours des dernières années, certains groupes ont marqué des gains, surtout les travailleurs âgés et les personnes qui occupent des postes hautement spécialisés et bien rémunérés, alors que d'autres groupes ont subi un déclin, en particulier les jeunes travailleurs et les hommes peu spécialisés et mal rémunérés¹¹.

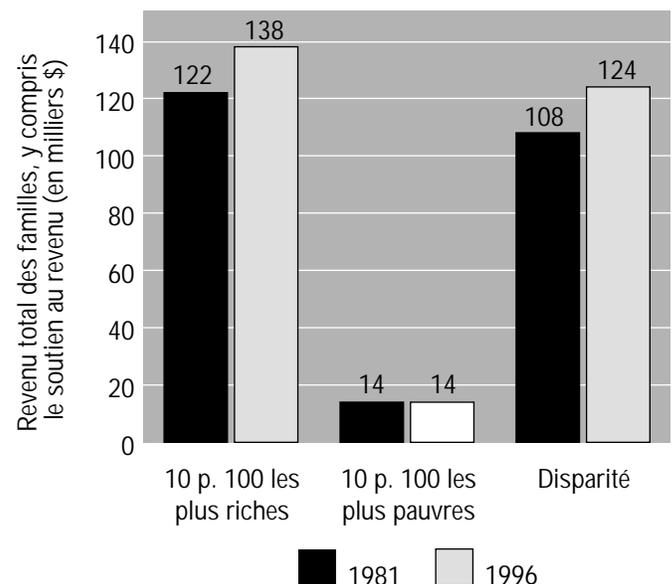
Les paiements de transfert du gouvernement et l'impôt sur le revenu des particuliers jouent un rôle important en vue de réduire l'inégalité du revenu au Canada. L'effet des paiements de transfert du gouvernement et de l'impôt sur le revenu des particuliers sur la réduction des inégalités devient apparent lorsqu'on tient compte des résultats du coefficient de Gini présentés à la figure 2.10. En 1995, on comptait près de 16 points de pourcentage entre le coefficient de Gini avant les transferts (0,458) et après impôt (0,300)¹².

La figure 2.10 indique également que l'inégalité du revenu avant les transferts et l'impôt a augmenté considérablement de 1970 à 1995. Mais dans les faits, l'inégalité du revenu après l'impôt et les transferts a néanmoins décliné, passant de 0,316 à 0,300.

Les tendances de l'inégalité du revenu après 1995 n'étaient pas disponibles au moment de rédiger le présent rapport, mais les récentes réductions des

Figure 2.9

Écart du revenu chez les familles ayant des enfants de moins de 18 ans, en dollars de 1996 (milliers), Canada, 1981 et 1996



Source : Yalnizyan, A., *The Growing Gap*, Toronto, Centre for Social Justice, 1998.

paiements de transfert, dans plusieurs régions, soulèvent certaines inquiétudes. Les paiements de transfert du gouvernement sont essentiels aux familles à faible revenu. Ils représentent 55 p. 100 du revenu moyen total des familles à faible revenu et 66 p. 100 de celui des femmes monoparentales à faible revenu. Il y aurait lieu de tenir compte des tendances après 1995 dans le cadre des prochaines analyses.

Outre le fait de comprendre les inégalités dans la distribution du revenu au Canada, il importe d'examiner où les gens pauvres sont les plus susceptibles de vivre. Les études ont démontré une concentration croissante de la pauvreté dans certaines zones centrales des grands centres urbains canadiens. En 1990, les villes de Winnipeg, de Montréal et de Québec, qui regroupent ensemble le septième de la population du Canada, détenaient presque la moitié des quartiers urbains défavorisés du Canada. À Winnipeg, les peuples autochtones étaient largement sur-représentés dans ces quartiers¹³. Les enfants et les jeunes qui grandissent dans de tels quartiers sont particulièrement vulnérables aux désavantages sociaux et à la marginalisation associés aux quartiers pauvres, ce qui peut à son tour perpétuer un cycle de pauvreté et de mauvaise santé.

Figure 2.10 Coefficients de Gini pour la distribution du revenu des familles, 1970 à 1995

	1970	1980	1985	1990	1995
◆ Revenu total	0,352	0,351	0,359	0,357	0,373
◆ Revenu avant transferts	0,388	0,401	0,425	0,425	0,458
◆ Revenu après impôt	0,316	0,293	0,304	0,295	0,300

Remarque : Plus le coefficient de Gini est élevé, plus l'inégalité dans la distribution du revenu est grande.

Source : Rashid, Abdul, « Inégalité du revenu des familles, 1970-1995 », *L'emploi et le revenu en perspective* (hiver 1998), p. 12-17, n° de catalogue 75-001-XPE.

Niveau de scolarité et alphabétisation

Les données sur le niveau de scolarité présentées dans cette section proviennent du recensement de 1996. L'information sur les capacités de lecture et d'écriture provient de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes de 1997, qui sondait les capacités de lecture de textes suivis et de documents ainsi que la capacité de calcul des Canadiens et des citoyens en provenance d'autres pays.

Niveau de scolarité

Le niveau de scolarité est largement reconnu comme l'une des principales composantes du statut socio-économique et comporte une association positive avec l'état et les habitudes de santé¹⁴. Par exemple, dans l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, seulement 19 p. 100 des répondants n'ayant pas terminé leurs études secondaires qualifiaient leur santé « d'excellente », comparativement à presque 30 p. 100 des diplômés universitaires¹⁵.

La figure 2.11 révèle qu'entre 1971 et 1996, il y a eu une baisse considérable du nombre de Canadiens de 15 ans et plus n'ayant pas terminé leur 9^e année (de 32 p. 100 à 12 p. 100) et une hausse correspondante dans la proportion de Canadiens ayant suivi des cours quelconques de niveau post-secondaire (de 17 p. 100 à 34 p. 100). Fait intéressant, 1996 constitue la première année recensée où le nombre de diplômés universitaires a surpassé le nombre de personnes n'ayant pas terminé leur 9^e année¹⁶.

En général, les femmes étaient légèrement plus susceptibles que les hommes d'avoir mis fin à leur éducation institutionnelle après le secondaire. Les femmes dans la vingtaine étaient toutefois plus susceptibles d'être diplômées d'un collège ou d'une université que les hommes du même âge. L'un des changements les plus significatifs observés entre 1971 et 1996 a été l'accroissement du nombre de femmes détenant un diplôme universitaire. En 1996, il y avait quatre fois plus de femmes âgées de plus de 25 ans qui étaient diplômées universitaires qu'en 1971¹⁷.

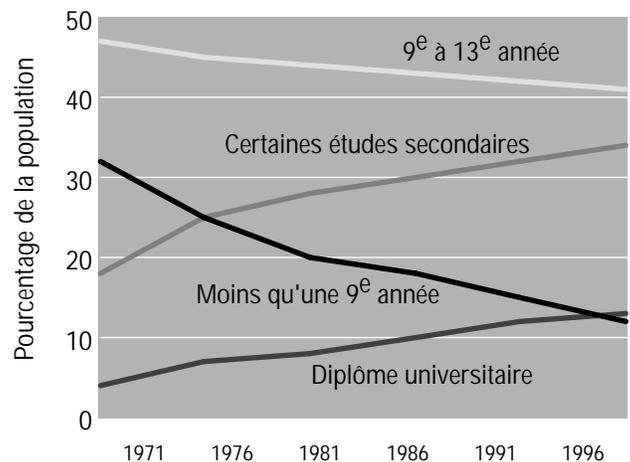
Les données font état d'une relation inverse marquée entre l'âge et le niveau de scolarité : à chaque cohorte plus âgée, la proportion des personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires augmente. Il existe aussi des variations considérables quant au nombre de personnes n'ayant pas terminé leur secondaire entre les provinces et les territoires, allant de 45 p. 100 à Terre-Neuve à 31 p. 100 en Colombie-Britannique et à 28 p. 100 au Yukon. Le nombre de diplômés universitaires était le plus élevé en Ontario (17 p. 100) et au Yukon (17 p. 100) et le plus faible, proportionnellement, à Terre-Neuve (10 p. 100)¹⁸.

Les Canadiens autochtones étaient moins susceptibles que le Canadien moyen de 15 ans et plus d'atteindre des niveaux élevés d'éducation institutionnelle. Toutefois, les comparaisons établies entre 1981 et 1996 indiquent un progrès certain quant au niveau de scolarité des Autochtones. Durant cette période, la proportion d'Autochtones n'ayant pas terminé leurs études secondaires a chuté de 59 à 45 p. 100. Chez les Autochtones de 20 à 29 ans, la proportion de diplômés collégiaux est passée de 19 à 23 p. 100 et celle des diplômés universitaires, de 3 à 4 p. 100¹⁹.

Les revenus d'emploi ont augmenté en proportion avec le niveau de scolarité. Ceci s'est avéré particulièrement vrai pour les diplômés universitaires, ce qui reflète la demande constante pour une main-d'œuvre hautement qualifiée au Canada. Les Canadiens n'ayant pas terminé leurs études secondaires ont déclaré des revenus de 18 639 \$ en 1995. Ce chiffre était nettement inférieur à la moyenne canadienne de 26 474 \$ et moins de la moitié du revenu moyen des diplômés universitaires (44 658 \$). Bien que de 1990 à 1995, le revenu ait diminué à tous les niveaux d'instruction, les baisses les plus importantes ont été ressenties par les Canadiens n'ayant pas terminé leur 9^e année²⁰.

Il existe un lien très étroit entre le niveau de scolarité des parents et le degré de préparation à l'école des enfants²¹. Comme l'indique la figure 2.12, les enfants dont un parent détient un diplôme collégial ou universitaire ont nettement plus tendance à s'inscrire dans la catégorie « avancé » en rapport avec le degré de préparation à l'école que les enfants de parents moins instruits. Veuillez consulter le chapitre 3 pour obtenir d'autres renseignements sur le concept de la préparation à l'école.

Figure 2.11 Taux de scolarité le plus élevé, 15 ans et plus, Canada, 1971 à 1996



Source : Statistique Canada, « Recensement de 1996 : éducation », série Le Pays, n^o de catalogue 93F0028XDB96001.

Alphabétisation

Les capacités de lecture, d'écriture et de calcul sont essentielles à une participation active à la vie en société. La société récompense les personnes compétentes et pénalise celles qui ne s'engagent pas pleinement au niveau de l'emploi, de la réussite professionnelle et de la participation communautaire. Les gens qui ont de la difficulté à lire et à écrire se sentent souvent marginalisés et ont du mal à accéder aux informations sur la santé et aux services de santé dont ils ont besoin. Par conséquent, ils sont en moins bonne santé que les personnes qui jouissent de plus grandes capacités. L'alphabétisation revêt aussi une grande importance aux yeux des pays, car de telles habiletés favorisent la création d'une

main-d'œuvre concurrentielle qui peut s'adapter aux exigences d'un monde en pleine évolution et contribuer à la croissance économique²².

L'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes de 1997 examinait trois grands domaines d'alphabétisation, soit la lecture de textes suivis, la lecture de documents et la lecture de chiffres (calcul). Le calcul des niveaux de compétence attribués à chaque domaine étaient fondés sur un barème de 1 à 5 (cinq étant la cote la plus élevée).

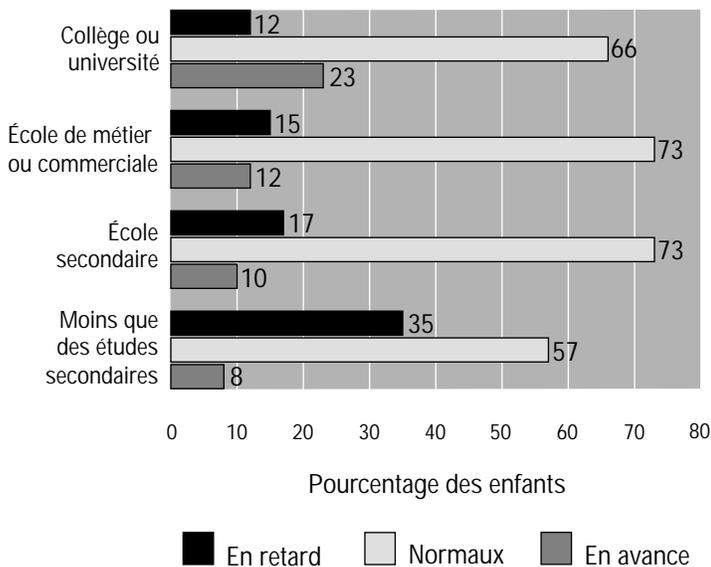
En 1994-1995, seulement 57 ou 58 p. 100 des Canadiens de 16 à 65 ans atteignaient le niveau 3 ou plus (sur un total de cinq niveaux) en lecture de textes suivis, en lecture de documents et en calcul. La répartition des taux d'alphabétisation par niveau au Canada s'avérait semblable à la répartition des taux aux États-Unis, malgré une concentration légèrement plus élevée de personnes au niveau 1 aux États-Unis. Les deux pays comptaient un nombre relativement élevé de personnes lisant au niveau 1 (surtout pour la lecture de documents) et aux niveaux 4 et 5. Les

résultats des Pays-Bas s'avéraient les plus uniformes de tous, alors que la Suède atteignait les plus hautes cotes dans les trois domaines d'alphabétisation. En ce qui a trait aux niveaux 4 et 5, le Canada se classait au deuxième rang parmi 11 pays ou régions inscrits, tant au niveau de la lecture de textes suivis que de la lecture de documents, et au cinquième rang au niveau du calcul²³.

En 1994-1995, on déterminait qu'environ 17 p. 100 des Canadiens de 16 à 65 ans se situaient au niveau 1 pour la lecture de textes suivis. Un autre 26 p. 100 atteignaient le deuxième niveau le plus bas. Ces Canadiens ne pouvaient lire que des textes simples qui ne comportaient pas d'instructions complexes. Malgré le lien évident entre les niveaux de scolarité et d'alphabétisation, environ 20 p. 100 des Canadiens affichaient un taux d'alphabétisation inférieur au taux normalement associé à leurs années de scolarité, et environ 16 p. 100 atteignaient des niveaux de lecture plus élevés. Il est clair que le nombre d'années passées à l'école ne détermine pas toujours les compétences de lecture d'une personne²⁴.

Figure 2.12

Maturité scolaire des enfants de 4 et 5 ans selon le niveau de scolarité des parents*, Canada, 1994-1995



* Niveau de scolarité du parent le plus instruit.

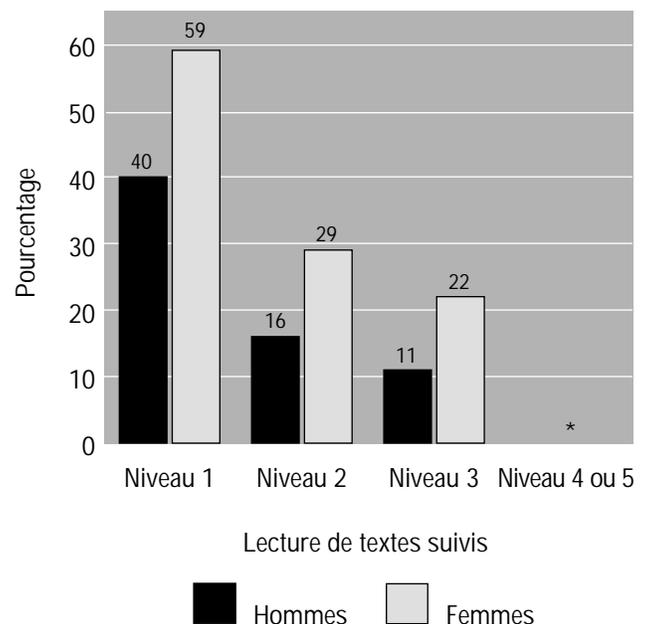
Source : Développement des ressources humaines et Statistique Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, novembre 1996 (Statistique Canada, n° de catalogue 89-550-MPF, n° 1).

L'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes a démontré d'importantes variations des compétences de lecture et d'écriture des Canadiens²⁵ :

- En général, il y avait plus d'adultes aux fortes capacités dans les provinces de l'Ouest et plus d'adultes aux faibles capacités dans l'Est.
- Les résultats non ajustés pour les jeunes peuvent être répartis en trois groupes. Le Manitoba et la Saskatchewan affichaient plus d'un an de scolarité au-dessus de la moyenne nationale; la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et le Québec se situaient près de la moyenne nationale, tandis que l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve et l'Île-du-Prince-Édouard affichaient un an de scolarité au-dessous de la moyenne nationale. Environ la moitié de la variation était attribuable aux différences quant aux antécédents socio-économiques divers des jeunes répondants²⁶.
- Les jeunes Québécois (francophones et anglophones) avaient une supériorité significative au niveau 3 et au-dessus en rapport avec les échelles de textes suivis et de calcul. Les niveaux de capacités des francophones hors Québec étaient en grande partie équivalents aux échelles de lecture de documents et de calcul. Cependant, leurs résultats en lecture de textes suivis tendaient à être inférieurs à ceux des francophones vivant au Québec. Ces résultats témoignent des avantages liés à l'accès élargi à l'instruction dans sa langue maternelle.
- Les résultats des femmes en ce qui concerne la lecture de textes suivis s'avéraient supérieurs à ceux des hommes dans tous les groupes d'âge. Il n'y a pas de différence significative quant à la lecture de documents. Les hommes avaient des résultats supérieurs à ceux des femmes en capacité de calcul, mais seulement dans les groupes d'âge de 16 à 25 ans et de plus de 65 ans.
- Même si une proportion nettement plus importante d'immigrants atteignait le niveau 1 en capacités de lecture et d'écriture dans leur nouvelle langue, la proportion d'immigrants ayant des capacités de niveau 4 et 5 en anglais ou en français était plus élevée que celle des Canadiens de souche. Ce résultat, qui distingue le Canada des autres pays ayant participé à l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes, reflète probablement les politiques d'immigration canadiennes qui accueillent tant les immigrants du milieu des affaires (qui ont généralement d'excellentes capacités de lecture et d'écriture) que les réfugiés et les familles (qui sont moins susceptibles d'être compétents en anglais ou en français).

Figure 2.13

Pourcentage des adultes en âge de travailler résidant dans des ménages à faible revenu, selon le niveau de capacité de lecture de textes suivis, hommes et femmes, 1994



* Nombre trop petit pour être déclaré.

Source : Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes Schalla et Schellenberg, 1998).

- Plus de 1,6 million de Canadiens de plus de 65 ans se sont classés au niveau 1 de l'alphabétisation. Des capacités faibles de lecture et d'écriture réduisent la qualité de vie des aînés et menacent davantage leur santé et leur sécurité.
- Une personne sans emploi était environ trois fois plus susceptible d'être au niveau 1 qu'une personne ayant un emploi. En outre, les travailleurs ayant de fortes capacités de lecture et d'écriture travaillaient aussi pendant plus de semaines dans l'année que ceux ayant de faibles capacités.

Les Canadiens qui éprouvent des difficultés à lire et à écrire sont durement pénalisés au chapitre du revenu. Chez les Canadiens qui ont le plus de misère à lire des textes suivis, 47 p. 100 vivaient dans des ménages à faible revenu, contre 8 p. 100 des Canadiens qui n'avaient aucun mal à lire des textes suivis. Les femmes aux faibles capacités de lecture et d'écriture sont particulièrement vulnérables. Chez celles du niveau 1, le taux de faible revenu était de 59 p. 100. Ce taux chutait à 22 p. 100 chez les femmes de niveau 3. Chez les hommes au niveau 1 (lecture de textes suivis), 40 p. 100 vivaient dans des ménages à faible revenu, contre 11 p. 100 de ceux de niveau 3 (figure 2.13)²⁷. Les bénéficiaires de l'aide sociale avaient des capacités de lecture et d'écriture nettement plus faibles que la population en général et que les prestataires de l'assurance-chômage²⁸.

Emploi et chômage

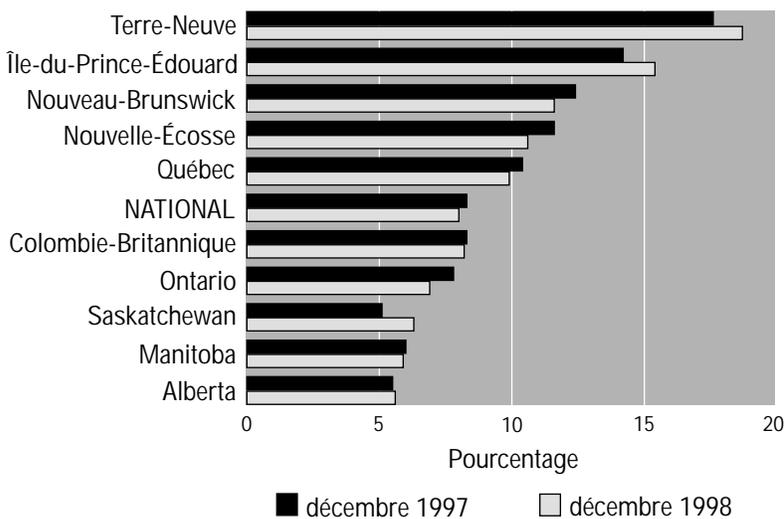
L'emploi affecte grandement la santé physique, mentale et sociale d'une personne. Le travail rémunéré ne procure pas seulement de l'argent, mais aussi un sens de son identité propre et de son utilité, des relations sociales et des possibilités de croissance personnelle. Le fait de perdre ces avantages peut avoir des effets désastreux sur la santé de la personne

et des membres de sa famille²⁹. Les personnes sans emploi ont une espérance de vie réduite et éprouvent beaucoup plus de problèmes de santé que celles qui travaillent³⁰.

En décembre 1998, un peu plus de 11,8 millions de personnes travaillaient à temps plein au Canada, soit 8 p. 100 de plus qu'au début de la décennie. Par contre, la proportion des travailleurs à temps partiel a augmenté de 24,4 p.100 au cours de la même période, pour atteindre un peu plus de 2,7 millions de personnes. En décembre 1998, quelque 1,3 million de travailleurs canadiens étaient sans emploi et le taux de chômage désaisonnalisé atteignait 8 p. 100³¹.

Depuis la récession du début des années 90, les taux de chômage ont lentement diminué, passant de 11,2 p. 100 en 1992 à 8 p. 100 en décembre 1998. On observe cependant d'énormes différences dans les taux de

Figure 2.14 Taux de chômage* par province, décembre 1997 et 1998



* ajustement saisonnier

Source : Statistique Canada, « Enquête sur la population active », *Le Quotidien*, 8 janvier 1999.

chômage entre diverses régions du pays et entre différents groupes. En décembre 1998, le taux de chômage désaisonnalisé était de 18,7 p. 100 à Terre-Neuve, de 15,4 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard, de 11,6 p. 100 au Nouveau-Brunswick et de 10,6 p. 100 en Nouvelle-Écosse. C'est dans les provinces de l'Ouest qu'on trouvait les plus faibles taux de chômage, soit en Alberta (5,7 p. 100), au Manitoba (5,9 p. 100) et en Saskatchewan (6,3 p. 100) (figure 2.14)³².

Comme l'indique la figure 2.15, la taille globale de la population active a augmenté considérablement au cours des 30 dernières années, surtout en raison de la participation accrue des femmes. L'arrivée massive des femmes dans la population active rémunérée revêt un intérêt particulier non seulement en raison de ses répercussions sur l'économie et la santé, mais aussi parce que les femmes ont un taux élevé de participation à des activités non rémunérées (figure 2.16). Ce sujet sera abordé à nouveau plus loin dans ce chapitre³³.

Une grande part de la croissance qui affecte la population active tient à la création d'emplois à temps partiel et de travail autonome, deux types d'activités professionnelles qui ne procurent pas d'avantages sociaux et de régimes de retraite. En 1998, environ 30 p. 100 des femmes adultes travaillant à temps partiel le faisaient involontairement, et un 20 p. 100 additionnel travaillaient à temps partiel pour pouvoir s'occuper de leurs enfants³⁴.

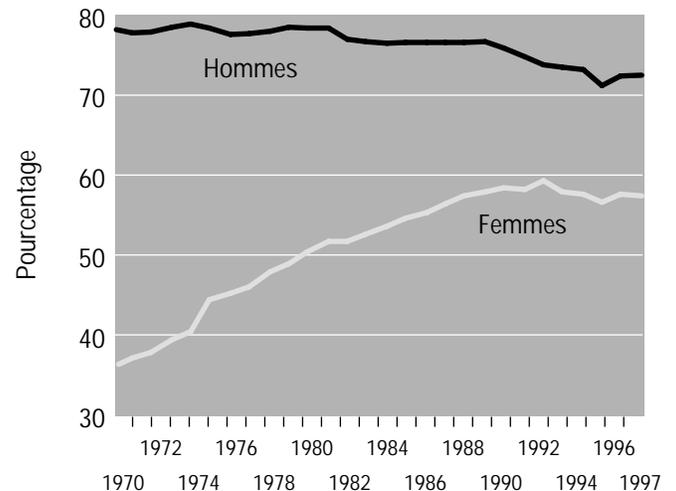
À l'instar d'autres pays développés, la nature du travail change également au Canada. La mondialisation, les structures changeantes du marché et l'avènement de nouvelles technologies ont eu un profond effet sur l'économie salariale canadienne. La croissance et la structure de l'emploi dans tous les secteurs se tournent vers les industries fortement axées sur la technologie et le savoir. Ce « relèvement des compétences » généralisé renforce la réorientation continue de la demande pour des travailleurs hautement spécialisés, plutôt que peu spécialisés³⁵.

En raison de ces tendances, bien des travailleurs canadiens s'inquiètent de leur capacité de suivre les exigences changeantes du marché du travail. Selon une étude récente, un tiers des travailleurs du pays estiment que leurs compétences sont déjà désuètes, et presque 40 p. 100 croient qu'elles le seront d'ici dix ans. Au Canada, il y a autant de gens qui croient qu'ils pourraient perdre leur emploi dans les deux prochaines années qu'il y en a qui se sentent en sécurité dans leur travail³⁶.

Les Canadiens peu instruits affichent les plus hauts taux de chômage et les plus faibles taux de participation au sein de l'économie salariale. Comme l'indique la figure 2.17, seulement 26 p. 100 des Canadiens n'ayant pas terminé leur cours secondaire font partie de la population active et 15 p. 100 sont sans emploi. Parmi ceux qui comptent quelques années d'études secondaires, 51 p. 100 font partie de la population active et 16 p. 100 sont sans emploi. Par contre, 83 p. 100 des diplômés universitaires canadiens font partie de la population active et seulement 5 p. 100 sont sans emploi.

Figure 2.15

Participation à la population active selon le sexe, population de 15 ans ou plus, Canada, 1970 à 1997



Source : Statistique Canada, Division des Statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999* (Statistique Canada, n° de catalogue 82-221-XCB).

Figure 2.16 Les femmes, les hommes et le travail en 1995 (à moins d'indication contraire)

Il existe plusieurs différences importantes entre la participation des hommes et celle des femmes à l'économie salariale et au travail non rémunéré.

	Hommes	Femmes
◆ Travail rémunéré à temps plein (y compris le travail autonome) ^a	56 p. 100	43 p. 100
◆ Augmentation du travail autonome entre 1991 et 1996 ^a	11 p. 100	21 p. 100
◆ Revenu d'emploi moyen ^b		
◆ Travail à temps plein	43 000 \$	30 000 \$
◆ Travail à temps partiel	18 000 \$	13 000 \$
◆ Taux de chômage ^c		
◆ Moins de 25 ans	20 p. 100	18 p. 100
◆ De 25 à 44 ans	8 p. 100	8 p. 100
◆ De 45 à 64 ans	7 p. 100	8 p. 100
◆ Temps consacré au travail rémunéré (heures par semaine) ^b	45,7	40,8
◆ Personne qui travaille et consacre 15 heures par semaine aux travaux ménagers sans rémunération ^b	25 p. 100	50 p. 100
◆ Personne qui travaille et consacre 30 heures par semaine aux travaux ménagers sans rémunération ^b	6 p. 100	20 p. 100
◆ Personne qui travaille, dans une famille biparentale, et consacre 30 heures + par semaine aux soins des enfants ^b	23 p. 100	55 p. 100
◆ Personne qui travaille, dans une famille biparentale, et consacre 60 heures + par semaine aux soins des enfants ^b	8 p. 100	25 p. 100

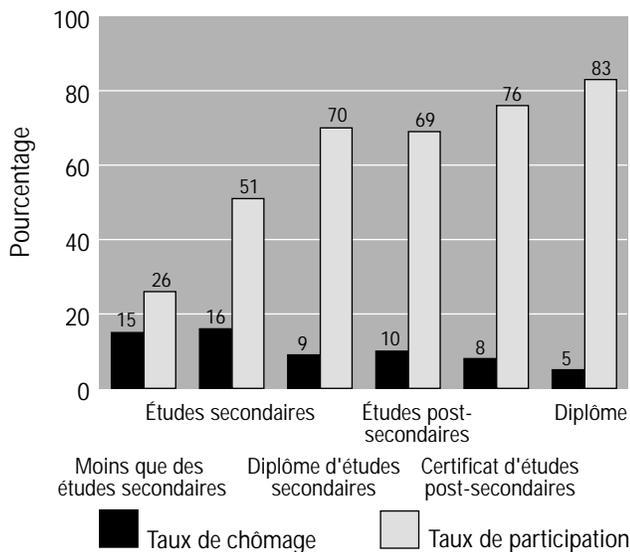
Sources :

a Statistique Canada, « Recensement de 1996 : activités sur le marché du travail, profession et industrie, lieu de travail, mode de transport pour se rendre au travail et travail non rémunéré », *Le Quotidien*, 17 mars 1998.

b Statistique Canada, « Recensement de 1996 : sources de revenu, gains et revenu total, et revenu des familles », *Le Quotidien*, 12 mai 1998.

c Statistique Canada, *Statistiques chronologiques sur la population active*, 1997, n^o de catalogue 71-201-XPB.

Figure 2.17 Participation à la population active et chômage, selon le niveau de scolarité, Canada, 1995



Source : Statistique Canada, « Recensement de 1996 : sources de revenu, gains et revenu total, et revenu des familles », *Le Quotidien*, 12 mai 1998.

Les peuples autochtones affichent aussi des taux de chômage élevés (tel que défini par Statistique Canada), comme l'illustre la figure 2.18. D'autres groupes ont également tendance à avoir des taux de chômage plus élevés que la moyenne, entre autres les membres de minorités visibles et les personnes qui ont des incapacités mentales et physiques³⁷.

Après des années de déclin, les emplois pour les jeunes de 15 à 24 ans ont connu un certain regain en 1998, grimant de 7 p. 100 par rapport à 1997. Les taux de chômage continuellement élevés chez les jeunes gens n'en demeurent pas moins une préoccupation majeure. En 1997, 25,5 p. 100 des jeunes entre 15 et 17 ans cherchaient de l'emploi et les taux de chômage s'établissaient à 18,4 p. 100 chez les jeunes de 18 et 19 ans, et à 13,6 p. 100 chez les 20 à 24 ans. Le taux de chômage des jeunes a toujours été plus élevé que celui des adultes dans la dernière

partie du siècle, même si les changements survenus en 1997 et 1998 ont légèrement réduit cet écart³⁸.

Il faut toutefois noter que les jeunes qui arrivent à trouver un emploi sont de plus en plus aptes à occuper un poste à temps partiel. Entre 1980 et 1995, la part du travail à temps partiel du secteur global de l'emploi pour les jeunes hommes a doublé (passant de 20 à 40 p. 100). Dans le cas des jeunes femmes, la part du travail à temps partiel s'est accrue de 81 p. 100 (passant de 28 à 51 p. 100)³⁹. En 1998, environ 23 p. 100 des jeunes travaillant à temps partiel auraient préféré un emploi à temps plein, et 68 p. 100 travaillaient à temps partiel parce qu'ils fréquentaient aussi l'école⁴⁰.

Figure 2.18

Emploi et chômage au sein de la population des Premières nations, 1996

	Dans les réserves	Hors des réserves
◆ Taux de participation à la population active	52 p. 100	57 p. 100
◆ Taux de chômage	29 p. 100	26 p. 100

Source : Recensement de 1996, Statistique Canada, ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, totalisations spéciales, août 1998.

Conditions de travail

Plus de la moitié des adultes canadiens consacrent une partie considérable de leur temps au travail chaque jour. Par conséquent, les conditions au travail (tant physiques que psychosociales) peuvent grandement affecter la santé et le bien-être affectif des gens⁴¹. Cependant, la participation à l'économie salariale ne constitue qu'une facette de la réalité. Nombre de Canadiens (surtout les femmes) consacrent presque autant d'heures au travail non rémunéré, comme les travaux ménagers et la prestation de soins aux enfants ou aux parents âgés. Quand ces deux charges de travail sont combinées de façon permanente et qu'aucun soutien n'est offert, le niveau de stress et la satisfaction professionnelle d'une personne ne peuvent qu'en souffrir.

*Satisfaction au travail et stress professionnel*⁴²

En général, les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'être satisfaits de leur travail, et la satisfaction professionnelle pour les deux sexes s'accroît visiblement avec l'âge. Entre 1991 et 1995, la proportion des travailleurs canadiens qui étaient « très satisfaits » de leur travail a diminué. Cette baisse de la satisfaction professionnelle était plus prononcée chez les femmes, où le pourcentage de celles qui se disent très satisfaites de leur travail a baissé de 58 à 49 p. 100. Les niveaux déclarés de stress professionnel suivaient la même courbe. En 1996-1997, selon l'ENSP, plus de femmes que d'hommes ont déclaré des niveaux élevés de stress professionnel dans tous les groupes d'âge. Les femmes de 20 à 24 ans étaient trois fois plus aptes que le travailleur canadien moyen à afficher un niveau de stress professionnel élevé.

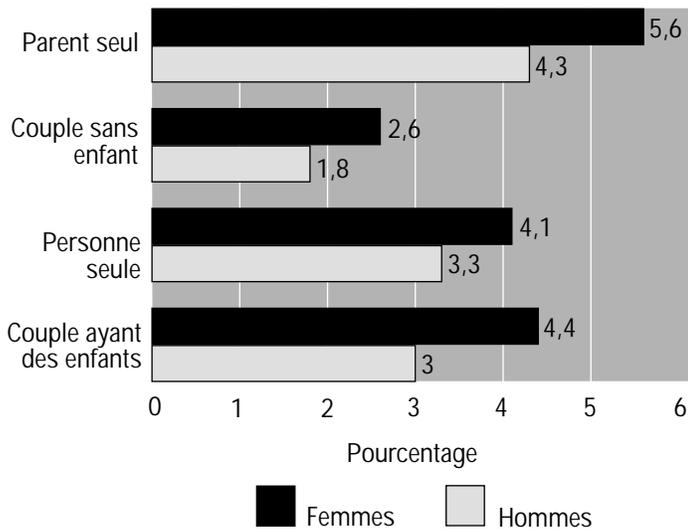
Comme l'indique la figure 2.19, bien que les déclarations de grand stress professionnel soient peu nombreuses, il y a des différences notables entre les niveaux de stress affectant divers types de ménage. Près de six pour cent des femmes monoparentales déclaraient un stress professionnel élevé, soit le double du pourcentage des personnes en couple sans enfant.

*Travail non rémunéré*⁴³

Qu'elles soient employées à l'extérieur du foyer ou pas, le fardeau des travaux ménagers sans rémunération revient aux Canadiennes de façon disproportionnée. Lors du recensement de 1996, une femme sur deux travaillant à temps plein déclarait consacrer au moins 15 heures par semaine aux travaux ménagers sans rémunération, contre un

Figure 2.19

Pourcentage de travailleurs déclarant un stress professionnel élevé, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge), Canada, 15 ans ou plus, 1994-1995



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*.

consacrer au moins 30 heures par semaine au soin des enfants sans rémunération, et une femme sur quatre affirme y allouer 60 heures ou plus. Chez les hommes qui sont dans une situation semblable, moins d'un sur quatre déclare consacrer 30 heures ou plus par semaine au soin des enfants, et moins d'un sur dix alloue plus de 60 heures à ses enfants.

Dans l'ensemble, 19 p. 100 des femmes et 14 p. 100 des hommes déclarent s'occuper de personnes âgées. Les femmes semblent consacrer plus d'heures au soin des aînés en moyenne que les hommes. Sept pour cent des femmes et 4 p. 100 des hommes réservent au moins 5 heures par semaine au soin de personnes âgées sans rémunération. La responsabilité de prendre soin de parents âgés s'accroît généralement avec l'âge. Vingt-cinq pour cent des femmes de 45 à 64 ans ont prodigué des soins aux aînés dans la semaine précédant le recensement de 1996, contre 17 p. 100 des hommes des mêmes groupes d'âge.

Accidents de travail

Les employés qui deviennent malades ou qui subissent des blessures en raison de leurs conditions de travail sont soumis à diverses douleurs et constatent une baisse de leur qualité de vie et une réduction des gains de travail. Les maladies et blessures des employés représentent également une dépense importante pour les employeurs, sous forme de réclamations et de prestations d'assurance-santé, d'absentéisme, de roulement du personnel et de baisse de rendement professionnel. En 1994, on comptait une demande d'indemnités pour blessures subies par groupe de 13 travailleurs, ce qui entraînait des coûts médicaux directs de plus de 250 \$ par personne et peut-être le double en coûts médicaux indirects⁴⁴.

En général, il y a eu une baisse constante du taux d'heures perdues déclarées par suite d'accidents de travail, passant de 49 accidents pour 1 000 travailleurs en 1987 à 28 accidents pour 1 000 travailleurs en 1996. Les jeunes hommes de 15 à 29 ans étaient les plus à risque, puisque leur taux d'accidents de travail était de 43 pour 1 000 travailleurs, soit 57 p. 100 au-dessus de la moyenne, âge et sexe confondus. C'est dans le secteur de l'exploitation

travailleur masculin sur quatre. Presque une travailleuse sur cinq exécutait 30 heures ou plus de travaux ménagers par semaine, comparativement à moins d'un travailleur sur 15.

La figure 2.20 illustre l'augmentation substantielle du fardeau des travaux ménagers, tant pour les hommes que les femmes, lorsque ces personnes avaient des enfants : 60 p. 100 des femmes qui travaillent et 34 p. 100 des hommes qui travaillent et ont des enfants de moins de 15 ans ont déclaré au moins 15 heures par semaine de travaux ménagers sans rémunération.

Pour les époux comme pour les épouses, le temps consacré au travail rémunéré fait concurrence au temps disponible pour prendre soin des enfants. Cependant, comme on le constate à la figure 2.21, la responsabilité du soin des enfants incombe aux femmes de façon disproportionnée. Parmi les travailleuses dans des ménages époux-épouse ayant un enfant de moins de 6 ans, plus d'une femme sur deux déclare

forestière que les taux d'accidents de travail indemnisés étaient les plus élevés, quoique les taux étaient également bien au-dessus de la moyenne dans des secteurs comme le transport, le commerce de gros, la fabrication et la construction. Parmi les secteurs de cols blancs, le gouvernement et le secteur de la santé avaient les deux taux les plus élevés d'heures perdues par suite d'accidents de travail en 1996⁴⁵.

Selon l'ENSP de 1996-1997, deux millions de Canadiens de 12 ans ou plus sont estimés avoir subi le syndrome de tension répétée (STR) dans les 12 derniers mois. Les blessures au dos ou à la colonne représentent la plus grande part (20 p. 100) des STR chez les hommes, alors que les blessures aux poignets, aux mains ou aux doigts étaient les plus courantes (25 p. 100) chez les femmes. Dans le cas des deux sexes, la plupart des STR ont eu lieu au travail ou à l'école.

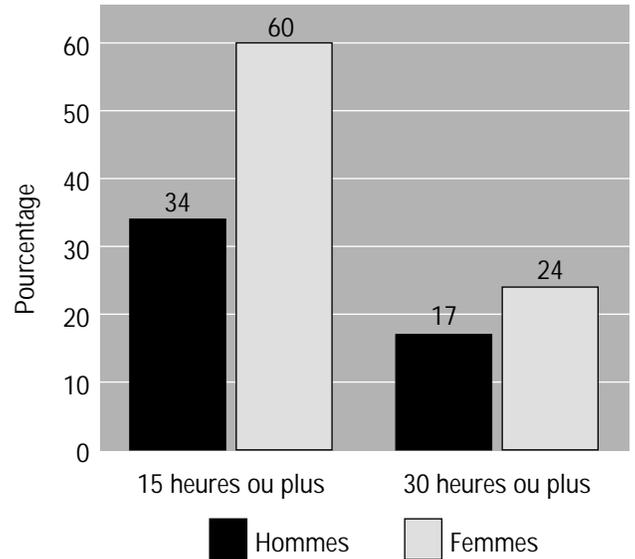
Environnement social

Les familles et les amis procurent un soutien affectif nécessaire en période de stress, en plus d'aider à fournir les préalables de base à la santé comme la nourriture, le logement et les vêtements. La sollicitude et le respect que démontrent les réseaux sociaux, et le sentiment de bien-être qui en résulte semblent protéger contre les problèmes de santé. En effet, certains experts du domaine croient que les relations sociales peuvent affecter autant la santé que des facteurs de risque éprouvés comme le tabagisme et l'hypertension⁴⁶.

L'importance du soutien social s'étend aussi à la collectivité dans son ensemble. La vitalité civique désigne la force des réseaux sociaux qui se créent au sein d'une collectivité, d'une région, d'une province ou d'un pays. Elle se reflète dans les institutions, dans les organisations et dans les gestes de charité informels que posent les gens pour arriver à partager leurs ressources et pour tisser des liens les uns avec les autres⁴⁷.

Figure 2.20

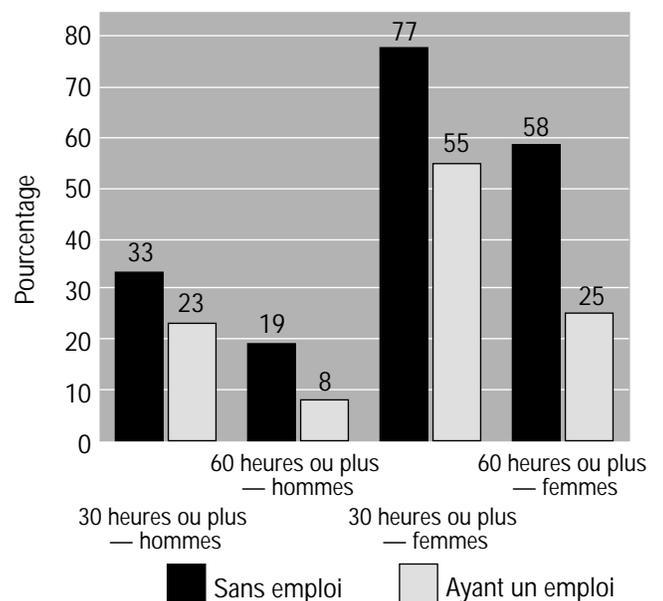
Temps consacré aux travaux ménagers sans rémunération, femmes et hommes ayant un emploi et vivant ensemble, avec des enfants de moins de 15 ans, 1996



Source : Statistique Canada, « Recensement de 1996 : activités sur le marché du travail, profession et industrie, lieu de travail, mode de transport pour se rendre au travail et travail non rémunéré », *Le Quotidien*, 17 mars 1998.

Figure 2.21

Temps consacré aux soins aux enfants, heures par semaine, femmes et hommes vivant ensemble, avec des enfants de moins de 6 ans, selon le statut d'emploi, 1995



Source : Statistique Canada, « Recensement de 1996 : activités sur le marché du travail, profession et industrie, lieu de travail, mode de transport pour se rendre au travail et travail non rémunéré », *Le Quotidien*, 17 mars 1998.

Cette section examine cinq indicateurs d'un environnement de soutien social : l'accès au soutien social, la sécurité personnelle (la violence au sein de la famille et de la collectivité), le bénévolat, la participation aux organismes communautaires et les dons de bienfaisance.

Soutien social

Dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, plus de quatre Canadiens sur cinq ont déclaré avoir une personne à qui se confier, une personne sur qui compter en cas de crise, une personne pour les conseiller et une personne qui leur procure le sentiment d'être aimé et soutenu. De même, on constate dans l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1994-1995 que les enfants de 10 et 11 ans ont une forte tendance à adopter un comportement prosocial et à se soucier d'autrui⁴⁸.

Les femmes qui ont participé à l'ENSP étaient plus aptes que les hommes à jouir d'un haut niveau de soutien social. Ce haut niveau de soutien semblait toutefois diminuer avec l'âge, puisque les adolescents et les jeunes adultes étaient les plus susceptibles, et les aînés les moins susceptibles, de rapporter des niveaux élevés de soutien. Néanmoins, presque les trois quarts des personnes âgées disaient avoir accès à des niveaux élevés de soutien.

Si l'on tient compte des types de ménage, les personnes seules jouissaient des niveaux les plus élevés de soutien social (89 p. 100 pour les femmes et 82 p. 100 pour les hommes) et les parents monoparentaux déclaraient les plus faibles (81 p. 100 pour les femmes et 72 p. 100 pour les hommes). Le revenu était aussi lié au niveau de soutien social. Les gens au revenu inférieur avaient le pourcentage le plus faible de soutien élevé (74 p. 100) comparativement à ceux au revenu supérieur (89 p. 100).

Violence familiale

La violence faite aux femmes et aux enfants constitue la forme la plus répandue de violence familiale. Elle peut avoir un effet désastreux sur la santé et le bien-être des femmes et des enfants, à court et à long terme.

En 1996, les enfants de moins de 18 ans ont été victimes de 22 p. 100 des agressions déclarées aux services de police, ce qui représente un total de presque 23 000 agressions déclarées. Les enfants forment une proportion beaucoup plus grande des victimes d'agression sexuelle (60 p. 100) que des victimes d'agression physique (18 p. 100). Les membres de la famille ont été accusés de 24 p. 100 de toutes les agressions contre les enfants. Presque 70 p. 100 des victimes de moins de 3 ans ont été agressées physiquement par des membres de leur famille et leurs parents étaient responsables de ces agressions dans 85 p. 100 des cas⁴⁹.

En 1993, un tiers des Canadiennes de plus de 16 ans ont déclaré avoir été victimes de violence aux mains d'un partenaire intime, à un moment ou l'autre de leur vie⁵⁰. En 1996, on comptait quelque 22 000 cas d'agressions conjugales déclarées à la police dont 89 p. 100 étaient perpétrées contre des femmes⁵¹. Quatre femmes et enfants sur cinq vivant dans des centres d'hébergement ou des refuges fuyaient une situation violente attribuable, dans la majorité des cas, à un partenaire (ou un père)⁵².

Les femmes qui sont agressées souffrent souvent de graves problèmes physiques et psychologiques. Certaines sont même assassinées. En 1997, 80 p. 100 des victimes d'homicides conjugaux étaient des femmes, et 19 autres femmes étaient assassinées par leur amoureux ou leur ex-amoureux. En tout, environ 40 p. 100 des femmes victimes de meurtres étaient tuées par un homme avec qui elles avaient eu une relation intime à un moment donné de leur vie⁵³.

En 1996, 2 p. 100 des crimes violents déclarés à la police ont été perpétrés contre des aînés (adultes de 65 ans et plus). Vingt pour cent des cas déclarés concernaient des membres de la famille : 44 p. 100 impliquaient les enfants et 34 p. 100 impliquaient les conjoints ou conjointes⁵⁴.

Violence au sein de la collectivité⁵⁵

Après avoir atteint un sommet en 1991, le taux de criminalité (y compris les homicides, les tentatives de meurtre, les vols qualifiés, les effractions, les vols de véhicules et la conduite avec facultés affaiblies) a diminué de 19 p. 100 en 1997. Malgré tout, ce taux national est encore plus du double de ce qu'il était il y a trente ans. De 1996 à 1997, le taux de criminalité a fléchi de 5 p. 100 à l'échelle nationale. Les baisses affichées par diverses provinces ont varié de 2 p. 100 en Nouvelle-Écosse à 10 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard. Seules la Saskatchewan (+ 4 p. 100) et l'Alberta (+ 2 p. 100) ont déclaré des hausses du taux de criminalité.

De 1996 à 1997, les taux de crime avec violence ont diminué dans 16 centres urbains sur 25. Les villes de Sherbrooke et de Trois-Rivières affichaient les taux les plus faibles, et les villes de Thunder Bay et de Regina, les taux les plus élevés. De fait, c'est Regina qui a déclaré la plus forte augmentation de crime avec violence au cours de cette période (29 p. 100).

Il y a eu 193 meurtres commis avec arme à feu en 1997, soit 19 de moins qu'en 1996. Malgré cette baisse, les armes à feu sont encore utilisées dans un tiers environ de tous les meurtres. Le taux de vols à main armée diminue depuis 1991, y compris une chute de 20 p. 100 en 1997.

Un nombre total de 111 736 jeunes gens de 12 à 17 ans ont été accusés d'infractions au Code criminel en 1997. Il s'agit d'une baisse de 7 p. 100 par rapport à l'année précédente. Plus de la moitié ont été accusés de crimes contre la propriété, alors que 20 p. 100 ont été accusés de crimes violents. Malgré ce déclin, le taux demeure deux fois plus élevé qu'il y a dix ans.

Ces dernières années, on s'inquiète de plus en plus des manifestations croissantes de violence chez les jeunes femmes. Au cours des dix dernières années, le taux de jeunes femmes accusées de crimes avec violence a augmenté deux fois plus rapidement que celui des jeunes hommes. En 1997 cependant, le taux des jeunes femmes accusées de crimes violents n'était encore que le tiers du taux des jeunes hommes.

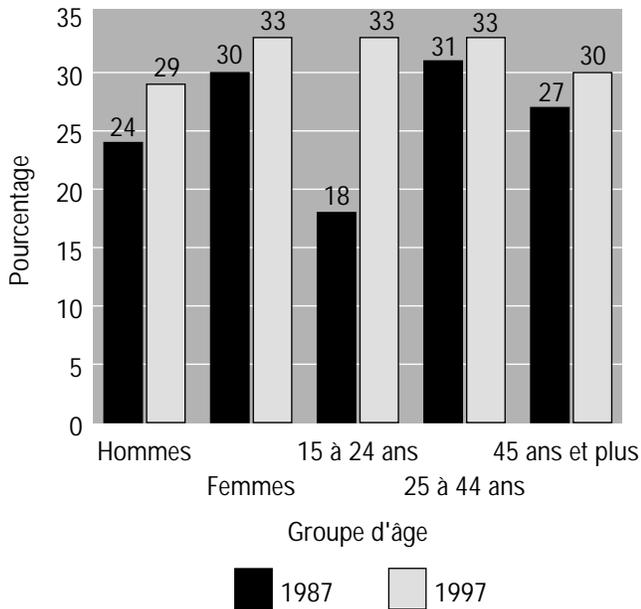
Bénévolat⁵⁶

Les Canadiennes et Canadiens sont très engagés au sein de leurs collectivités. De fait, on a constaté une augmentation considérable des activités bénévoles au Canada au cours des dix dernières années. Trente et un pour cent des adultes canadiens ont agi à titre bénévole auprès d'organismes sans but lucratif en 1996-1997. Il s'agit d'une augmentation de 40 p. 100 du nombre de bénévoles depuis 1987. Ces 7,5 millions de bénévoles ont consacré plus d'un milliard d'heures à des causes charitables, ce qui équivaut à 578 000 emplois à temps plein.

Les femmes (33 p. 100) étaient légèrement plus aptes que les hommes (29 p. 100) à déclarer qu'elles participaient à des activités bénévoles. Cependant, les hommes déclaraient consacrer un peu plus d'heures aux activités bénévoles que les femmes dans l'année, soit 160 heures en moyenne contre 140 heures pour les femmes.

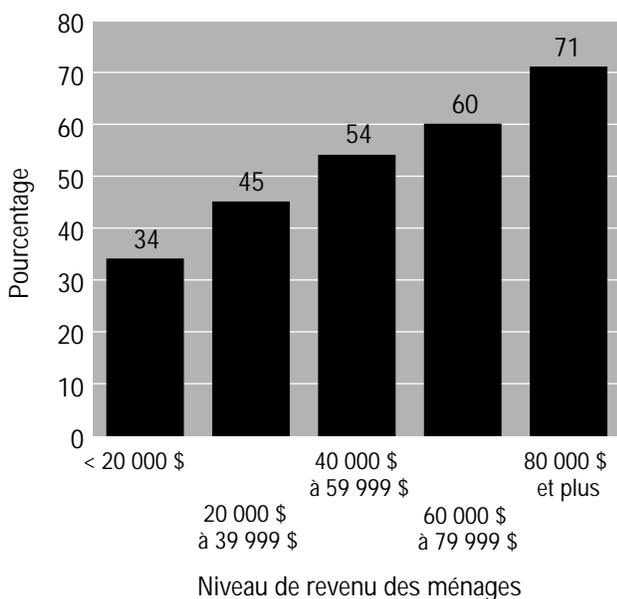
En général, le taux de bénévolat semblait augmenter avec le niveau de revenu. Le taux de la participation bénévole chez les Canadiens ayant un revenu supérieur (44 p. 100) était deux fois plus grand que chez les Canadiens qui gagnaient moins de 20 000 \$ (22 p. 100).

Figure 2.22 Taux de bénévolat, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 1987 et 1997



Source : Hall, M. et coll. (1998), *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : Points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1998.

Figure 2.23 Participation aux organismes communautaires, selon le revenu des ménages, Canada, 1996-1997



Source : Hall, M. et coll. (1998), *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : Points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1998.

Cela peut refléter l'incapacité de certains groupes à absorber les coûts directs liés au bénévolat comme le transport pour se rendre au site du programme ou la nécessité d'acheter des vêtements convenables, et le fait que les Canadiens à faible revenu soient en moins bonne santé que les autres.

On peut voir à la figure 2.22 que la plus importante hausse du bénévolat se retrouve chez les jeunes de 15 à 24 ans. Dans ce groupe d'âge, le taux des bénévoles a grimpé de 18 p. 100 en 1987 à 33 p. 100 en 1997. Les jeunes bénévoles tendent à s'adonner au bénévolat pour des motifs différents de ceux des autres bénévoles. Ils misent surtout sur le bénévolat pour améliorer leurs possibilités d'emploi (54 p. 100), pour perfectionner leurs aptitudes (68 p. 100) et pour mettre à profit leurs compétences et leurs talents (82 p. 100).

Participation communautaire

Un Canadien sur deux a déclaré participer à une organisation communautaire (par exemple, groupes liés au travail, aux sports et loisirs, à la religion, à l'école, à la culture, à l'éducation et à la politique).

Les hommes (53 p. 100) affichent un taux de participation communautaire légèrement plus élevé que celui des femmes (49 p. 100), et les Canadiens de 35 à 64 ans ont déclaré le taux le plus élevé de tous les groupes d'âge. Le prédicteur le plus fort de la participation communautaire est le statut socio-économique. Au fur et à mesure que s'accroît le revenu, la probabilité qu'une personne participe à des organisations communautaires augmente également (figure 2.23).

Dons de bienfaisance

En 1996-1997, 88 p. 100 des Canadiens ont fait des dons de bienfaisance, en espèces ou en nature, à des organismes charitables ou sans but lucratif en 1996-1997. Les femmes (81 p. 100) étaient un peu plus enclines que les hommes (75 p. 100) à avoir fait des dons financiers en 1995-1996.

Les contributions financières directes ont été estimées à 4,5 milliards de dollars. Même si ce sont les organismes de santé qui ont reçu le plus grand nombre de dons individuels, les organismes religieux ont accusé la plus grosse somme d'argent provenant de dons.

Le tiers des donateurs qui ont versé les plus gros dons financiers (150 \$ ou plus) ont contribué 86 p. 100 de la valeur totale des dons financiers (figure 2.24).

Commentaires

En étudiant l'environnement socio-économique comme déterminant de la santé, il est utile d'examiner d'abord les deux parties séparément, soit les tendances du statut économique (y compris de la distribution du revenu), puis les facteurs qui affectent l'environnement social.

Revenu, distribution du revenu et santé

En ce qui concerne le statut économique, il faut se préoccuper avant tout des personnes et des familles à faible revenu. Comme l'indique le chapitre 1, les personnes au revenu supérieur vivent plus longtemps et jouissent d'une meilleure santé que les gens à faible revenu. Cette relation persiste, peu importe le sexe, la culture ou la race, même si les causes de maladie et de décès varient⁵⁷.

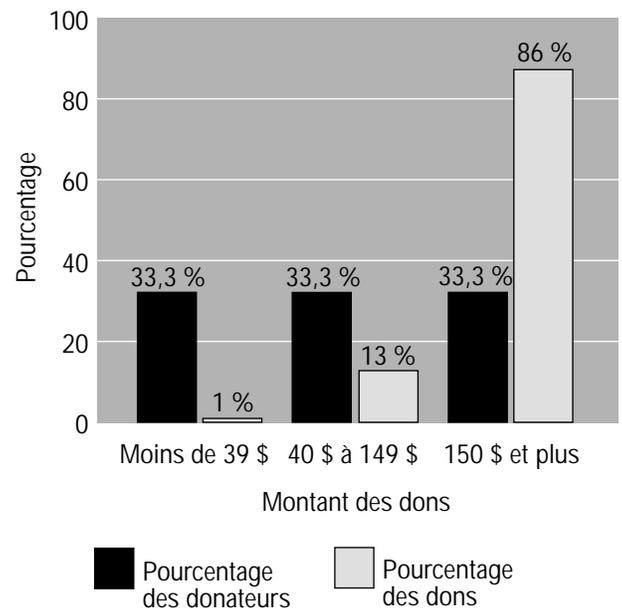
Au Canada, la faiblesse du revenu est souvent sexospécifique. Les femmes, surtout les mères célibataires et les femmes âgées seules, sont particulièrement vulnérables. Comme nous l'avons vu au présent chapitre, le statut de faible revenu est aussi lié à l'âge. En 1995, ce sont les très jeunes enfants (moins de 6 ans) et les jeunes (de 18 à 24 ans) qui étaient les plus susceptibles de vivre sous le SFR. Malgré les vœux des gouvernements et des organisations non gouvernementales de mettre fin à la pauvreté des enfants d'ici l'an 2000, le nombre de jeunes enfants à faible revenu est passé de un sur cinq à un sur quatre en 1995. Beaucoup de Canadiens jugent cette situation inacceptable dans un pays riche comme le Canada.

Les enfants sont pauvres parce que leurs familles sont pauvres. Les hausses de la pauvreté parmi tous les types de famille sont directement liées à diverses tendances : les récessions cycliques de l'économie, l'augmentation des inégalités du revenu (surtout entre les jeunes travailleurs et les plus âgés), les changements qui affectent la structure familiale, l'accès réduit au logement abordable (chapitre 4) et la réduction de l'aide sociale dans certaines régions. Il faut investir de nouveaux efforts en vue d'éliminer la pauvreté des enfants et des familles, et se doter d'un plan solide pour y arriver.

La deuxième préoccupation a trait à la distribution du revenu au Canada. La documentation sur la santé indique qu'à mesure que grandit l'écart entre les riches et les pauvres, il en va de même pour l'écart dans l'état de santé au sein de n'importe quelle

Figure 2.24

Répartition de tous les dons financiers selon l'importance du don, donateurs canadiens âgés de 15 ans ou plus, 1997



Source : Hall, M. et coll. (1998), *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : Points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1998.

population⁵⁸. Le présent chapitre a démontré que les politiques de redistribution des taxes et des paiements de transfert sont essentielles pour réduire les inégalités de revenu. Parallèlement, il faut égaliser les possibilités d'instruction, d'éducation permanente et d'emplois intéressants.

Les tentatives en vue de réduire les inégalités économiques au Canada profiteront aussi aux Canadiens au revenu moyen et supérieur, autant qu'à ceux à faible revenu. À long terme, les sommes et les efforts consacrés à la réduction des disparités aujourd'hui nous épargneront argent et tourments liés aux états de santé de plus en plus médiocres.

La réduction des inégalités importe également au maintien de la qualité de vie globale des collectivités du Canada. Richard Wilkinson a démontré que les sociétés dont les inégalités économiques sont prononcées commencent à se « désintégrer », c'est-à-dire qu'elles montrent des signes d'érosion de la cohésion sociale ou de l'engagement des citoyens envers la société⁵⁹.

Emploi et santé

Malgré une légère remontée en 1998, les niveaux constamment élevés de chômage combinés aux augmentations marquées de la quantité de travail à temps partiel ou temporaire ont mené à des baisses relatives élevées des salaires moyens chez les jeunes Canadiens. Ces tendances ont réduit les possibilités de mobilité économique pour les jeunes gens. Autrement dit, la jeune génération actuelle est moins susceptible d'atteindre ou de dépasser le niveau de vie de ses parents. Ces tendances ont également contribué à l'augmentation de la pauvreté chez les jeunes familles.

Si le Canada doit demeurer une société dynamique et productive dans le nouveau millénaire, il faut fournir aux jeunes plus de possibilités d'emplois valorisants.

Les femmes gagnent considérablement moins que les hommes, même à niveau d'instruction et d'alphabétisation égal. L'insécurité d'emploi est plus intense pour les femmes que les hommes étant donné qu'elles sont plus nombreuses à travailler à temps partiel ou à perdre leur ancienneté parce qu'elles prennent des congés de maternité. Quant à la satisfaction professionnelle, les femmes sont aussi désavantagées par rapport aux hommes parce qu'elles sont plus susceptibles de travailler dans des conditions qui leur laissent peu d'emprise sur le rythme et le contenu de leurs tâches⁶⁰. La relation entre l'absence d'emprise au travail et une mauvaise santé est bien documentée⁶¹.

Pour ce qui est du travail non rémunéré, la situation des femmes et celle des hommes divergent encore davantage. La surcharge du rôle décrite au présent chapitre crée beaucoup de stress. Dans une étude récente, 85 p. 100 des femmes au travail disaient ne pas trouver suffisamment d'heures dans une journée pour accomplir toutes les tâches qui leur incombaient et plus d'un quart d'entre elles avaient songé à quitter leur emploi parce que fait d'équilibrer travail et vie de famille créait trop de stress⁶².

En même temps, les jeunes femmes dans la vingtaine sont désormais plus aptes que les jeunes hommes du même âge à obtenir un diplôme d'un collège ou d'une université. De même, les travailleurs peu spécialisés ont été durement frappés par les récessions récentes. Comme les débouchés d'emploi deviennent de plus en plus fortement axés sur la technologie et le savoir, il faut inciter les jeunes hommes à poursuivre leurs études.

Instruction, alphabétisation et santé

Dans la plupart des cas, l'emploi, l'instruction et le revenu sont étroitement liés. Le monde du travail est de plus en plus exigeant : on estime que les deux tiers des nouveaux emplois en l'an 2000 exigeront plus de 17 ans de scolarité⁶³. Pour les jeunes gens, le niveau

d'instruction atteint constitue encore le facteur le plus important pour obtenir un emploi qui leur permettra de gagner leur vie et d'être soutien de famille. En 1994, par exemple, le taux de chômage des Canadiens de 25 à 29 ans dont le niveau d'instruction ne dépassait pas le primaire était presque le quadruple de celui des jeunes qui avaient fait des études universitaires⁶⁴.

De nombreux facteurs peuvent susciter ou entraver le désir et la capacité des jeunes de poursuivre leurs études, dont le plus important est la situation socio-économique. Le suivi de l'Enquête auprès des sortants⁶⁵ de 1995 indique que les jeunes gens qui quittent l'école secondaire avant l'obtention du diplôme (22 p. 100 des jeunes hommes et 14 p. 100 des jeunes femmes) ont plus tendance :

- à ne pas aimer l'école, à manquer des cours et à avoir des amis qui ne fréquentent plus l'école;
- à venir de familles où l'on ne croit pas qu'il est important de terminer les études secondaires;
- à venir de milieux où les antécédents socio-économiques sont faibles;
- à être mariés et à avoir des enfants à charge;
- à avoir échoué une année lors du cours primaire et à avoir obtenu des résultats plus faibles que la moyenne;
- à évoquer des raisons professionnelles (surtout les hommes) pour décrocher (p. ex., devoir travailler pour des raisons financières, préférer le travail à l'école);
- à citer des motifs familiaux pour quitter (surtout les femmes), (p. ex, une grossesse ou un mariage, des problèmes familiaux).

Ces résultats indiquent que les efforts en vue d'aider les jeunes gens à demeurer en classe devraient comprendre le soutien au développement de la petite enfance (chapitre 3), l'offre de milieux scolaires attentifs, le soutien communautaire des jeunes ayant des problèmes, des efforts concentrés pour prévenir la grossesse chez les adolescentes et le soutien des étudiants qui n'ont pas les moyens de poursuivre leurs études.

Bien que l'accroissement du nombre de diplômés universitaires (surtout des jeunes femmes) soit une bonne nouvelle, plusieurs études récentes soulignent une préoccupation croissante à propos de l'augmentation des droits de scolarité collégiaux ou universitaires. Tandis que nombre de jeunes hommes et femmes de familles au revenu supérieur profitent de possibilités d'instruction postsecondaire qui mènent à des carrières professionnelles, de plus en plus, les étudiantes et étudiants des familles à revenu faible et moyen ne peuvent pas se permettre de poursuivre leurs études sans s'endetter lourdement⁶⁶.

Les niveaux d'alphabétisation qui sont habituellement, mais pas toujours, liés aux niveaux d'instruction sont d'importants prédicteurs de l'emploi, de la participation communautaire active et de l'état de santé. Ils sont également d'importants prédicteurs de la réussite d'un pays. Comme en fait état le chapitre 2, le premier rang du Canada à l'indice du développement humain des Nations Unies devient une dixième place lorsqu'on tient compte de facteurs comme la distribution du revenu et l'alphabétisation. En 1995, le pays comptait au-delà de deux fois plus de citoyens illettrés que la Suède, qui domine à l'Indice de pauvreté humaine des pays industrialisés⁶⁷.

Environnement social et santé

Un nombre croissant d'études indiquent que moins le capital social est fort, plus on constate une augmentation de la maladie et des décès⁶⁸. Kawatchi et Kennedy, qui ont noté que des niveaux élevés de confiance et d'appartenance à des groupes aux États-Unis étaient associés à des taux de mortalité réduits, allèguent que les inégalités économiques contribuent à l'accroissement de la criminalité et de la violence, ce qui détériore la santé et le système d'éducation et entraîne d'autres problèmes sociaux⁶⁹.

Bien que le présent rapport indique une diminution de la criminalité dans la plupart des provinces et territoires, les taux de criminalité demeurent plus élevés qu'il y a dix ans. La violence familiale et l'abus constituent toujours des problèmes sociaux envahissants. Bon nombre de Canadiens se soucient également des incidents récents, très médiatisés, de l'aliénation et de la violence des jeunes en milieu scolaire.

La violence familiale et les agressions ont un effet désastreux sur la santé à court et à long terme. Tout le monde, y compris les membres de la famille, les voisins, les professionnels des services sociaux et de santé, les enseignants, les policiers, les dirigeants communautaires, les employeurs, les organisations bénévoles, le système judiciaire et les gouvernements, a un rôle à jouer dans la prévention de la violence familiale en intervenant pour protéger les victimes, qui sont le plus souvent des femmes et des enfants. Cette violence ne sera pas éliminée tant et aussi longtemps que la société entière ne la rendra pas inacceptable.

Les prédicteurs les plus sûrs des agressions conjugales sont le jeune âge d'un couple (de 18 à 24 ans), le chômage chronique du partenaire masculin, vivre au sein d'une union de fait, avoir été témoin d'agression durant l'enfance et la présence de violence affective dans une relation. La recherche indique également que les enfants qui sont victimes d'agression ou qui en sont témoins sont à risque élevé de devenir eux-mêmes des agresseurs⁷⁰. Ainsi, la violence familiale est une question d'ordre à la fois intergénérationnel et systémique. Les efforts pour la prévenir doivent inclure des stratégies en vue d'accroître le nombre d'emplois valorisants pour les jeunes, et de préparer ceux-ci à des relations intimes égalitaires et au rôle de parent.

L'information présentée ici sur le soutien social, le bénévolat et la participation communautaire révèle que les Canadiens forment, et de loin, une société généreuse. Richard Wilkinson et d'autres qui ont étudié à fond ce domaine indiquent que la poursuite d'un climat social positif et l'amoindrissement des disparités de revenu est complémentaire à la croissance économique et à l'amélioration de la santé de la population^{71, 72}.

Rôle du secteur de la santé

Certains s'interrogeront peut-être sur la pertinence de cette analyse approfondie de l'environnement socio-économique dans le cadre d'un rapport sur la santé. La raison en est simple, puisque les données probantes de la présente étude et d'autres indiquent que plusieurs causes de la mauvaise santé sont ancrées dans les conditions socio-économiques. Ces conditions relèvent, dans une large mesure, du mandat de secteurs extérieurs à la santé dont l'éducation, la justice, le logement, l'emploi et d'autres. Le secteur de la santé ne peut imposer ses programmes à d'autres secteurs, mais il peut engager le dialogue et collaborer aux efforts collectifs en vue d'améliorer le bien-être de tous les Canadiens. Il s'agit d'un rôle relativement nouveau et parfois difficile, mais qui deviendra de plus en plus important, au fur et à mesure que nous découvrons quels sont les déterminants sous-jacents de la santé.

Notes en fin de chapitre — Chapitre 2

1. British Medical Journal, « Editorial. The Big Idea », *British Medical Journal*, vol. 312, 20 avril 1996, p. 985.
2. Santé et Bien-être social Canada, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1974.
3. Statistique Canada, *Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu, 1996*, (n° de catalogue 13-207-XPB).
4. Statistique Canada, *Dépenses des familles au Canada, 1996*, (n° de catalogue 62-555-XPB).
5. Statistique Canada, « Recensement de 1996 : sources de revenu, gains et revenu total, et revenu des familles », *Le Quotidien*, 12 mai 1998, (n° de catalogue 11-001-XIF).
6. *Ibidem*.
7. Statistique Canada, *Personnes à faible revenu, 1980 à 1996 (Les seuils de faible revenu, 1992)*, (n° de catalogue 13-569-XPB).
8. Evans, R., M. Barer et T. Marmor (éditeurs), *Être ou ne pas être en bonne santé? Les déterminants de la santé de la population*, New York, Aldine De Gruyter, 1994, p. 23.
9. Wolfson, M. et B. Murphy (Statistique Canada), « Une nouvelle perspective des tendances de l'inégalité des revenus au Canada et aux États-Unis », *Revue mensuelle de la population active* (avril 1998), p. 2-23.
10. Yalnizyan, A., *The Growing Gap*, Toronto, Centre for Social Justice, 1998.
11. Picot, G., *Le point sur l'inégalité des gains et sur la rémunération des jeunes durant les années 90*, Statistique Canada, 1998, ISBN 0-660-17528-0. Consultez le site Web de Statistique Canada : www.statcan.ca
12. Rashid, A., « Inégalité du revenu des familles, 1970-1995 », *L'emploi et le revenu en perspective* (hiver 1998), p. 12-17, (n° de catalogue 75-001-XPE).
13. Hatfield, M., *Concentration de la pauvreté et de la détresse sociale dans les quartiers urbains du Canada*, document de travail W-97-IE, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée, 1997.
14. Millar, W. et T. Stephens, « Social Status and Health Risks in Canadian Adults, 1985 and 1991 », *Rapports sur la santé*, vol. 5 (1992), p. 143-156 (Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB).
15. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.
16. Statistique Canada, « Recensement de 1996 : éducation », Série Le Pays, (n° de catalogue 93F0028XDB96001).
17. *Ibidem*.
18. *Ibidem*.
19. Statistique Canada, « Recensement de 1996 : scolarité, mobilité et migration », *Le Quotidien*, 14 avril 1998, (n° de catalogue 11-001-XIE). Consultez le site Web de Statistique Canada : www.statcan.ca
20. *Ibidem*.
21. Ross, D.P., K. Scott et M.A. Kelly, « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 », Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, 1996, (n° de catalogue 89-550-MPF, n° 1).
22. Statistique Canada et Organisation de coopération et de développement économiques, *Littérature, économie et société : résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Ottawa, Statistique Canada, 1995, (n° de catalogue 89-545- XPF).
23. *Ibidem*.
24. Gouvernement du Canada (Statistique Canada), *Lire l'avenir : un portrait de l'alphabétisation au Canada*, rapport sur l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes, 1997, (Statistique Canada, n° de catalogue 89-551-XPB).

25. Statistique Canada et Organisation de coopération et de développement économiques, *Littératie, économie et société : résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Ottawa, Statistique Canada, 1995, (n° de catalogue 89-545-XPF).
26. Willms, J.D., « Les capacités de lecture des jeunes Canadiens », *Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, septembre 1997, (n° de catalogue 89-552-MPF, n° 1).
27. Schalla, V. et G. Schellenberg, « La valeur des mots : alphabétisation et sécurité économique au Canada », *Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Ottawa, Statistique Canada, mai 1998, (n° de catalogue 89-552-MPF).
28. Gouvernement du Canada (Statistique Canada), *Lire l'avenir : un portrait de l'alphabétisation au Canada*, rapport sur l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes, 1997, (n° de catalogue 89-551-XPF).
29. Association canadienne de santé publique, *Les effets du chômage sur la santé*, déclaration de principe, Ottawa, ACSP, 1996
30. Evans, R., *Être ou ne pas être en bonne santé?*, document de travail canadien n° 20, Toronto, Institut canadien de recherches avancées, programme en santé de la population, décembre 1992.
31. Statistique Canada, « Le point sur la population active — Un aperçu du marché du travail, 1998 », *Le Quotidien*, 27 janvier 1999.
32. *Ibidem*.
33. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999* (n° de catalogue 82-221-XCB).
34. Statistique Canada, « Le point sur la population active — Un aperçu du marché du travail, 1998 », *Le Quotidien*, 27 janvier 1999.
35. Développement des ressources humaines Canada, *Développement du marché du travail au Canada*, Ottawa, février 1997.
36. EKOS Research Associates, *What Does Workplace Change Mean For Different Segments of the Canadian Labour Market?*, EKOS, 1995.
37. Statistique Canada, « Le point sur la population active — Un aperçu du marché du travail, 1998 », *Le Quotidien*, 27 janvier 1999.
38. *Ibidem*.
39. Betcherman, G. et N. Leckie (1997), *Youth Employment and Education Trends in the 1980s and 1990s*, document de travail n° W03, Ottawa, Canadian Policy Research Networks Inc., 1997.
40. Statistique Canada, « Le point sur la population active — Un aperçu du marché du travail, 1998 », *Le Quotidien*, 27 janvier 1999.
41. Institut de recherche sur le travail et la santé, *How the Workplace Can Influence Employee Illness and Injury*, Toronto, table ronde nationale sur la santé des employés, IRTS, 1998.
42. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*.
43. Statistique Canada, « Recensement de 1996 : activités sur le marché du travail, profession et industrie, lieu de travail, mode de transport pour se rendre au travail et travail non rémunéré », *Le Quotidien*, 17 mars 1998.
44. Association des commissions des accidents du travail du Canada, *Canadian Workers' Compensation Basic Statistical and Financial Information 1990-93*, Edmonton, Association des commissions des accidents du travail du Canada, 1995.
45. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales des données de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada et de l'enquête sur la population active, 1996.
46. Mustard, F. et J. Frank, *Les déterminants de la santé*, Toronto, Institut canadien de recherches avancées, publication n° 5, 1991.
47. Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants canadiens, 1997*, Ottawa, CCDS, 1997.

48. Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, DRHC et Statistique Canada, 1996 (Statistique Canada, n° de catalogue 89-550-MPE, n° 1).
49. Statistique Canada, *Enfants et adolescents victimes d'agressions familiales 1996*, Centre canadien de la statistique juridique, novembre 1997, (n° de catalogue 85-002-XPF, vol. 17, n° 11).
50. Statistique Canada, *Enquête sur la violence envers les femmes, 1993*, Ottawa, 1994.
51. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *Programme Déclaration uniforme de la criminalité, 1996*, Ottawa, 1997.
52. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 1998*, Ottawa, mai 1998, (n° de catalogue 85-002-XPF).
53. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *Statistiques de la criminalité au Canada, 1997*, Ottawa, juillet 1998, (n° de catalogue 85-002-XPF98011).
54. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 1998*, Ottawa, mai 1998, (n° de catalogue 85-002-XPF).
55. Statistique Canada, « Statistiques sur la criminalité, 1997 », *Le Quotidien*, 22 juillet 1998, selon les *Statistiques de la criminalité au Canada, Juristat*, vol. 18, n° 11 (1997), (n° de catalogue 85-002-XPF).
56. Hall, M., T. Knighton, P. Reed et coll., *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : Points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation*, Ottawa, Industrie Canada, 1998, (n° de catalogue 71-542-XIF).
57. Frank, J. et J.F. Mustard, « The Determinants of Health from a Historic Perspective », *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, automne 1994, p. 1-19.
58. Evans, R., M. Barer et T. Marmor (éditeurs), *Être ou ne pas être en bonne santé? Les déterminants de la santé de la population*, New York, Aldine De Gruyter, 1994.
59. Wilkinson, R., *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, New York, Routledge, 1996.
60. Messing, K., « Women's Occupational Health: A Critical Review and Discussion of the Issues », *Women and Health*, vol. 25, n° 4, 1994, p. 39-69.
61. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1994.
62. Lee, C., L. Duxbury et C. Higgins, *Employed Mothers: Balancing Work and Family Life*, Ottawa, Centre canadien de gestion, 1994.
63. Secrétariat national à l'alphabétisation, *Creating A Learning Culture: Work and Literacy in the Nineties*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, 1990.
64. Betcherman, G. et N. Leckie (1997), *Youth Employment and Education Trends in the 1980s and 1990s*.
65. Développement des ressources humaines Canada, *Le Secondaire, est-ce suffisant? : une analyse des résultats de l'Enquête de suivi auprès des sortants, 1995*, Ottawa, DRHC, 1998.
66. Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants canadiens, 1997*.
67. Programme de développement humain des Nations Unies, *Rapport mondial sur le développement humain 1998*, New York, Oxford University Press, 1998.
68. Wilkinson, R., *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*.
69. Kawachi, I. et B. Kennedy, « Health and Social Cohesion: Why Care About Income Inequality? », *British Medical Association Journal*, vol. 314, 1997, p. 1037-1040.
70. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 1998*, (n° de catalogue 85-002-XIF) ou consulter le site Web de Statistique Canada à l'adresse suivante : www.statcan.ca.
71. Wilkinson, R., *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*.
72. Marmor, M., « Improvement of Social Environment to Improve Health », *Lancet*, vol. 351, 1998, p. 57-60.



Sain développement de l'enfant

Chaque jour, un millier d'enfants naissent au Canada. Il incombe aux parents, aux collectivités et à toute la société de faire en sorte qu'ils grandissent en santé, heureux, prospères et en toute sécurité.

— Conseil fédéral-provincial-territorial des ministres sur le renouvellement des politiques sociales, dans le *Plan d'action national pour les enfants : Élaboration d'une vision commune*

Au cours des dix dernières années du XX^e siècle, de nouvelles preuves portant sur l'effet des premières expériences sur le développement du cerveau, sur la maturité scolaire et sur la santé aux stades ultérieurs de la vie ont alimenté le consensus et souligné l'importance du développement précoce de l'enfant comme facteur déterminant de la santé. Parallèlement à cette constatation, nous en savons plus que jamais sur l'impact des autres facteurs déterminants de la santé sur le développement physique, social, mental, affectif et spirituel des enfants et des jeunes. Nous constatons, par exemple, que le développement d'un enfant est grandement influencé par le type de logement et de quartier qu'il habite (chapitres 1 et 4), par le revenu familial et le niveau d'instruction des parents (chapitre 2), par l'accès à des aliments nourrissants et à l'exercice physique (chapitre 5), par le patrimoine génétique (chapitre 7) et par l'accès aux services médicaux et dentaires (chapitre 6).

Diverses publications récentes ont réussi à tracer un excellent profil de la santé et du bien-être des enfants et des jeunes du Canada. Le lecteur consultera l'annexe C pour d'autres rapports clés portant sur le sujet. Le présent chapitre ne vise pas à livrer toute l'information et toutes les analyses détaillées contenues dans ces documents. Il offre plutôt un bref aperçu de certains indicateurs clés afférents au sain développement de l'enfant et se concentre sur les effets du statut socio-économique et du sexe sur ces divers indicateurs. Lorsque les données sont disponibles, il offre aussi des renseignements sur les disparités entre divers groupes de population.

La plupart des enfants canadiens jouissent d'une bonne santé physique. Néanmoins, les grands indicateurs du bien-être et du sain développement des enfants et des jeunes suivent la même courbe que les indicateurs applicables aux adultes décrits aux chapitres 1 et 2 du présent rapport. Dans certains cas, les enfants et les jeunes autochtones semblent être particulièrement vulnérables.

Définitions et mesures

- ◆ **Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)** : Mise au point conjointement par Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, l'ELNEJ est une enquête exhaustive qui suit le développement des enfants canadiens et brosse un tableau de leur vie. L'enquête surveille le développement des enfants et mesure l'incidence de divers facteurs qui influent sur leur développement de manière favorable ou non. Le premier cycle de l'ELNEJ, mené en 1994-1995, comprenait des entrevues avec certains enfants et avec les parents de quelque 23 000 enfants âgés de 11 ans et moins. Le deuxième cycle, exécuté en 1996-1997, permettait d'interviewer à nouveau les mêmes enfants et leurs parents, de manière à glaner des renseignements uniques sur l'évolution de ces enfants et de leur milieu familial au fil du temps. À moins d'avis contraire, l'information présentée dans le cadre du présent chapitre est tirée du premier cycle de l'ELNEJ.
- ◆ **Attachement sécurisant** : Quand les parents et les gardiens démontrent de l'affection à leurs bébés, une relation empreinte de confiance et de sensibilité se développe, où les enfants acquièrent la certitude que leurs parents vont les protéger et répondre à leurs besoins. On qualifie cette relation d'attachement sécurisant.
- ◆ **Maturité scolaire** : L'ELNEJ a évalué cet indice de deux façons. Le test de vocabulaire par l'image Peabody (PPVT) a servi à évaluer la **compétence intellectuelle**. Les enfants qui obtenaient une note à 15 points du maximum de 100 étaient considérés « normaux », ceux qui obtenaient une note inférieure étaient considérés « en retard » et ceux qui obtenaient une note supérieure étaient considérés « en avance ». Pour mesurer la **compétence du comportement**, les mères ont répondu à un questionnaire comprenant 43 questions. Ces dernières portaient notamment sur l'agressivité, l'anxiété, la conduite et les problèmes sociaux.
- ◆ **Pauvreté des enfants et des familles** : Bien que Statistique Canada se garde d'utiliser les seuils de faible revenu (SFR) comme limites de la pauvreté, le SFR est la mesure la plus répandue pour définir le taux de pauvreté des enfants. Comme l'indique le chapitre 2, ces seuils ont été choisis en fonction du fait que les familles dont les revenus sont inférieurs à ces limites consacrent plus de 54,7 p. 100 de leur revenu total à l'épicerie, au logement et aux vêtements. Par conséquent, on considère que leurs conditions de vie sont précaires.
- ◆ **Mortalité infantile** : Le taux de mortalité infantile calcule le nombre de bébés qui meurent au cours de leur première année de vie.
- ◆ Le taux de **mortalité périnatale** est la combinaison des mortinaissances et des décès néonataux précoces (décès dans la première semaine de vie).

Faits saillants

Les fondements d'une croissance saine et d'un sain développement aux stades ultérieurs de la vie sont établis en grande partie dans les six premières années de vie.

- ◆ Ce sont les expériences vécues au cours de la période de la conception à six ans qui, de toutes les étapes du cycle de vie, ont le plus d'incidences sur le « réseautage » et le modelage des neurones du cerveau. La stimulation positive dans les premières étapes de vie améliore la capacité d'apprentissage, les comportements et la santé jusqu'à l'âge adulte.
- ◆ L'insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2 500 grammes ou 5,5 livres environ) est liée aux incapacités physiques et mentales, et parfois au décès précoce. En 1996, 5,8 p. 100 de tous les bébés vivants nés au Canada avaient un poids insuffisant (soit 21 025 bébés).
- ◆ L'usage du tabac et de l'alcool durant la grossesse peut constituer une menace au niveau des naissances. L'Enquête sur la santé de la population de 1996-1997 a révélé qu'environ 36 p. 100 des nouvelles mères qui fumaient ou avaient déjà fumé s'étaient adonnées au tabagisme pendant leur dernière grossesse (environ 146 000 femmes). La vaste majorité des femmes déclaraient s'être abstenues d'alcool durant leur grossesse.
- ◆ Le fait de jouir d'un attachement sécurisant avec un adulte aimant affecte l'évolution intellectuelle, sociale et affective de l'enfant. Les enfants dont les parents souffrent de dépression ou d'autres troubles sont les plus susceptibles de ne pas établir un attachement sécurisant dans les 18 premiers mois de vie. Les enfants vivant auprès de parents déprimés sont presque quatre fois plus susceptibles de vivre au sein de ménages à faible revenu plutôt que de ménages à revenu supérieur.
- ◆ La maturité scolaire est un indicateur clé de la maturité du développement et de la réussite scolaire future. L'ELNEJ de 1996-1997 a conclu qu'environ 15 p. 100 de tous les enfants d'âge préscolaire commençaient l'école en affichant de faibles résultats cognitifs, et que 14 p. 100 obtenaient des résultats élevés sur les échelles mesurant les troubles de comportement.

Il faut tout tenter pour aider les enfants à se développer sainement.

- ◆ La pauvreté multiplie les facteurs de stress qui accablent les familles et peut avoir un effet néfaste sur le développement de l'enfant. Au début des années 90, les taux de faible revenu des enfants et des familles sont demeurés élevés et ont continué de s'accroître dans certains cas. En 1995, 24 p. 100 des enfants canadiens de 0 à 14 ans et 23 p. 100 des jeunes de 15 à 24 ans vivaient au sein de familles à faible revenu. Ce sont les enfants de moins de 6 ans qui étaient les plus susceptibles d'être pauvres (26 p. 100). Presque la moitié des familles ayant à leur tête une mère célibataire étaient pauvres.
- ◆ Les enfants pauvres ne sont pas toujours désavantagés et les enfants désavantagés ne sont pas toujours pauvres. Selon l'ELNEJ, une bonne approche parentale, des quartiers chaleureux et des services de garde de haute qualité peuvent réduire l'incidence de troubles de développement chez les enfants.

- ◆ Bien que la majorité des enfants issus de familles monoparentales se portent relativement bien, les données de l'ELNEJ indiquent que ces derniers sont plus aptes à manifester des problèmes de développement, surtout si l'approche des parents face à l'éducation des enfants est hostile ou inefficace et s'ils vivent au sein de familles extrêmement pauvres ou de quartiers à problèmes.
- ◆ En même temps, il n'existe pas de ligne de démarcation précise au-dessus de laquelle tous les enfants réussissent bien. La plus grande proportion d'enfants qui ont des difficultés se situent au 20 p. 100 inférieur de l'échelle socio-économique. Néanmoins, en raison de l'ampleur de la classe moyenne au Canada, la plupart des enfants qui ne réussissent pas aussi bien qu'ils pourraient appartiennent au groupe socio-économique de la classe moyenne.
- ◆ La violence familiale, qui surgit dans les familles de tous les niveaux de revenu, peut avoir un effet désastreux sur la santé et le développement des enfants, à court et à long terme. En 1996, des membres de la famille ont été responsables du cinquième des agressions physiques et du tiers des agressions sexuelles perpétrées contre les enfants. Les filles ont été victimes de 80 p. 100 des agressions sexuelles et de plus de la moitié des agressions physiques commises par des membres de leur famille.

Bien que les jeunes du Canada se portent bien à maints égards, la combinaison de certains indicateurs met en lumière des faits troublants qui menacent le bien-être de ce groupe.

- ◆ Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, les adolescents du Canada (surtout les jeunes femmes) présentaient les plus faibles taux de bien-être psychologique de tous les groupes interrogés. C'est chez les jeunes de 18 et 19 ans des deux sexes que la dépression semblait la plus répandue, et les jeunes femmes de 15 à 19 ans étaient plus aptes que tout autre groupe d'âge à en manifester les symptômes (9 p. 100).
- ◆ Le taux de suicide constamment élevé chez les jeunes canadiens (surtout les jeunes hommes) constitue un indicateur particulièrement troublant du niveau de détresse des jeunes gens. On estime que les jeunes autochtones sont deux à sept fois plus susceptibles de s'enlever la vie que les autres membres de la société. Ce sont les jeunes hommes autochtones (surtout les jeunes hommes Inuit) qui ont le plus tendance à s'enlever la vie.

Grandir en santé

Les blessures non intentionnelles constituent la principale cause de décès des enfants et des jeunes et s'avèrent particulièrement fréquentes chez les adolescents de 15 à 19 ans. Les jeunes autochtones ont des taux de décès par suite de blessures beaucoup plus élevés que les autres jeunes canadiens. Si l'on compare, par exemple, les enfants autochtones au reste des enfants canadiens, il appert que le taux de décès est presque quatre fois plus élevé chez les bébés indiens, et cinq fois plus élevé chez les enfants indiens d'âge préscolaire. Les adolescents indiens sont trois fois plus aptes à mourir de blessures accidentelles que tous les autres groupes d'adolescents au Canada¹.

Le cancer juvénile constitue la seconde cause de mortalité des enfants de 1 à 19 ans², alors que l'asthme (voir le chapitre 4) s'avère la cause première d'hospitalisation des enfants de moins de 12 ans³.

La notion de santé fait aussi référence à la qualité de vie dont jouissent les enfants et les jeunes. Comme l'indique le présent chapitre, la qualité de vie des jeunes tient, en grande partie, aux facteurs de risque et de protection qui sont présents dans le milieu où ces derniers grandissent.

Le présent chapitre examine de près quatre stades du développement de l'enfant : le stade prénatal et la petite enfance (de la conception à 18 mois); les années préscolaires, de 18 mois à 5 ans (âge approximatif où les enfants font leur entrée dans le système scolaire); l'enfant d'âge scolaire, de 6 à 12 ans; et l'adolescence, de 13 à 18 ans. Chaque stade intègre des occasions particulières dont il faut profiter pour assurer à nos jeunes un sain développement.

Stade prénatal et petite enfance (de la conception à 18 mois)

À ce stade, le « modelage de base » du cerveau s'effectue et les enfants dépendent entièrement des parents et gardiens. Des facteurs prénataux comme l'alimentation de la mère, l'usage du tabac et la consommation d'alcool durant la grossesse peuvent affecter de façon permanente le développement de l'enfant. Après la naissance, la relation du bébé avec les personnes qui en ont la charge influence grandement le développement des réseaux de cellules du cerveau. Ces réseaux peuvent influencer sur le développement immédiat et futur de l'enfant aux plans intellectuel, affectif et comportemental⁴.

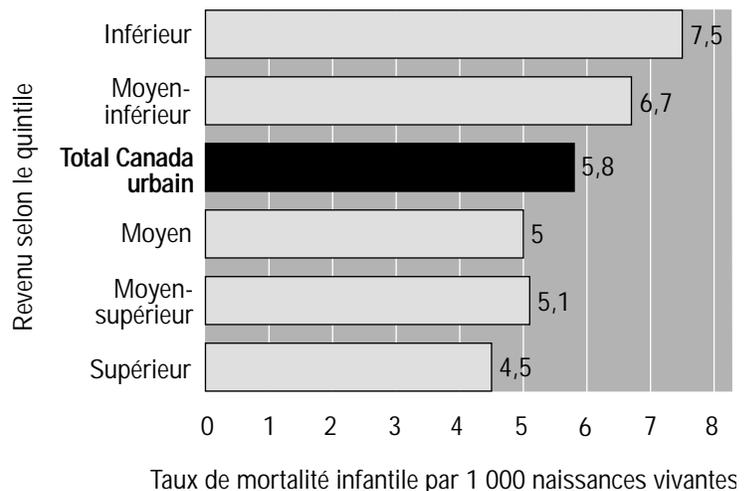
Mortalité infantile

La mortalité infantile est reconnue mondialement comme l'une des plus importantes mesures de la santé d'un pays et de ses enfants. C'est également un indicateur clé de la santé des femmes enceintes. Le taux canadien de mortalité infantile a diminué radicalement au cours des 35 dernières années. En 1996, pour la première fois, il a chuté sous le niveau de six décès par 1 000 naissances vivantes⁵. Bien qu'il s'agisse d'une importante réussite, ce taux est encore bien plus élevé que celui du Japon, qui s'avère le plus faible du monde (3,8 décès par 1 000 naissances vivantes)⁶.

En 1995, 2 321 bébés canadiens sont morts avant leur premier anniversaire. De ces décès, 68 p. 100 se sont produits pendant la période néonatale (les vingt-huit premiers jours de vie) et 32 p. 100 pendant la période postnatale. Les deux principales causes de décès pendant la période néonatale résultaient d'affections surgies au cours de la période périnatale, comme les troubles respiratoires, la prématurité et l'insuffisance pondérale (60 p. 100), ainsi que les malformations congénitales (33 p. 100). Les deux principales causes de décès postnéonataux étaient le syndrome de mort subite du nourrisson (MSN) et les malformations congénitales, qui représentaient respectivement 31 et 23 p. 100 des décès postnéonataux⁷.

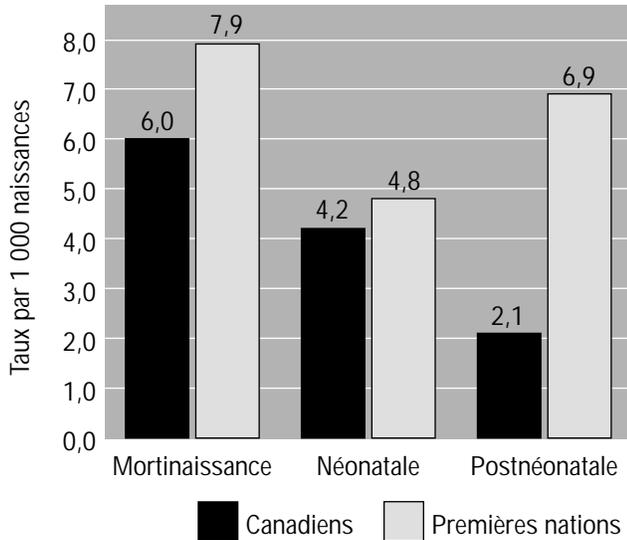
Figure 3.1

Taux de mortalité infantile selon le quintile de revenu, Canada urbain, 1991



Source : Wilkins, R., *Mortality by Neighbourhood Income in Urban Canada, 1986 to 1991*.

Figure 3.2 Taux de mortinaissance et de mortalité néonatale et postnéonatale, populations des Premières nations et du Canada, 1994



Source : Santé Canada, Direction des services médicaux, *Analyse des programmes de santé — Programmes de santé des Premières nations et des Inuit, 1996.*

La mortalité infantile est encore deux fois plus fréquente chez les peuples des Premières nations qu'au sein de la population canadienne en général. Comme l'indique la figure 3.2, le taux de mortalité néonatale chez les peuples des Premières nations en 1994 se rapproche du taux national. Par contre, les taux pour la période postnéonatale sont trois fois plus élevés au sein des populations autochtones que de la population en général, et les taux déclarés de mortinaissance sont également plus élevés. En ce qui a trait aux bébés des Premières nations, les principales causes de décès au cours de la période postnéonatale étaient le syndrome de la MSN, les malformations congénitales et les troubles respiratoires comme la bronchite et la pneumonie¹⁰.

Poids à la naissance

Le poids des enfants à la naissance constitue l'un des principaux déterminants de leur survie et de leur santé pendant l'enfance. L'insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2 500 grammes ou environ 5,5 livres) peut se traduire par des incapacités mentales et physiques et, parfois, par la mort. En 1996, 5,8 p. 100 de tous les bébés vivants nés au Canada avaient un poids insuffisant (un total de 21 025 bébés)¹¹. Plus de la moitié des bébés à faible poids naissent prématurément (avant la 37^e semaine de gestation). L'insuffisance pondérale tient aussi à d'autres causes dont le manque de nutrition dans l'utérus, l'hypertension associée à la grossesse et le fait que la mère fume beaucoup pendant la grossesse.

Des études ont démontré que plus la mère est instruite, plus la probabilité d'insuffisance pondérale est réduite, peu importe la race¹². Au Canada, l'insuffisance pondérale à la naissance se concentre surtout chez les très jeunes mères et chez les mères plus âgées (figure 3.3). Bien que les mères de plus de 45 ans soient plus susceptibles d'éprouver des complications médicales pouvant affecter le poids à la naissance, une étude récente tirée des données de l'ELNEJ a conclu que ni les jeunes mères ni les mères monoparentales sont particulièrement à risque d'avoir un enfant ayant des problèmes à la naissance, lorsqu'on tient compte du revenu et du niveau de scolarité de la mère¹³.

L'expérience a démontré qu'on pouvait diminuer considérablement les taux de décès attribuables à la MSN en couchant les bébés sur le dos pour dormir, en les allaitant, en les gardant dans un milieu sans fumée et sans drogues, et en s'assurant qu'ils sont bien au chaud sans pour autant souffrir de chaleur⁸.

On note des différences marquées quant aux taux de mortalité infantile parmi divers groupes de revenu au Canada. En 1991, le taux global de mortalité infantile au Canada urbain était de 5,8 par 1 000. Comme l'indique la figure 3.1, les groupes de revenu supérieur, moyen-supérieur et moyen avaient des taux de mortalité infantile plus bas que la moyenne canadienne, tandis que les taux des groupes moyen-inférieur et inférieur étaient plus élevés que la moyenne⁹.

Le taux de mortalité infantile chez les peuples des Premières nations est passé de 28 par 1 000 naissances vivantes en 1979 à 12 par 1 000 en 1994. Toutefois, cette baisse s'est surtout produite avant 1987. Depuis, les taux sont demeurés relativement stables.

Figure 3.3 Insuffisance pondérale à la naissance, selon l'âge de la mère, Canada, 1996

Âge de la mère	Nombre de naissances < 2 500 g *	Pourcentage de toutes les naissances vivantes
10 à 14 ans	21	9,3
15 à 19 ans	1 516	7,0
20 à 24 ans	3 934	5,9
25 à 29 ans	6 107	5,3
30 à 34 ans	6 195	5,6
35 à 39 ans	2 730	6,4
40 à 44 ans	487	8,1
45 ans et plus	23	10,0
Total	21 025	5,8

* Nota : Ne tient pas compte des naissances au sein des groupes d'âge où l'âge de la mère n'est pas connu.

Source : Statistique Canada, « Naissances en 1996 », *Le Quotidien*, 8 juillet 1998 (Statistique Canada, n° de catalogue 11-001-XIF).

Selon les Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit, les taux d'insuffisance pondérale à la naissance chez les peuples autochtones en 1996-1997 n'étaient pas très différents des normes nationales de 1994-1995. Toutefois, le taux de poids élevé à la naissance (plus de 4 000 grammes) était de beaucoup supérieur (18 contre 12 p. 100). On associe un poids élevé à la naissance à un taux accru de mortalité néonatale¹⁴.

Usage du tabac et de l'alcool pendant la grossesse

L'usage du tabac et de l'alcool pendant la grossesse peut avoir des conséquences néfastes au moment de l'accouchement. La recherche a démontré que les bébés des femmes qui fument pendant la grossesse sont une fois et demie plus aptes à afficher un poids insuffisant que les bébés de mères non-fumeuses¹⁵.

En 1996-1997, quelque 36 p. 100 de toutes les mères (suivant la naissance d'un premier bébé ou d'une autre enfant) qui étaient fumeuses ou qui avaient déjà fumé disaient avoir fumé durant leur dernière grossesse (environ 146 000 femmes). La prévalence du tabagisme durant la grossesse est étroitement liée au niveau de scolarité. Parmi les femmes ayant déjà fumé, quelque 61 p. 100 des femmes enceintes n'ayant pas terminé leurs études secondaires ont fumé durant la grossesse, contre 14 p. 100 des diplômées universitaires¹⁶. Plus de 40 p. 100 des mères adolescentes ont fumé durant leur grossesse. De fait, elles étaient deux fois plus susceptibles de fumer que les femmes de 25 ans et plus. Les mères adolescentes qui fument et dont le niveau de scolarité est faible sont plus susceptibles d'accoucher d'un bébé à faible poids à la naissance, mais pas plus que les mères plus âgées qui fument et qui affichent un niveau de scolarité semblable. Par conséquent, il appert que le revenu et le niveau de scolarité, et non l'âge, constituent les principaux prédictors du tabagisme pendant la grossesse¹⁷.

Les femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse tendent à être plus âgées et à avoir un statut socio-économique plus élevé que celles qui s'en abstiennent. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population, la vaste majorité des femmes déclaraient ne pas avoir consommé d'alcool durant leur grossesse. Très peu de femmes (seulement 2,5 p. 100 de celles qui buvaient) ont déclaré consommer au moins cinq verres en une seule occasion et seulement 7 p. 100 ont déclaré avoir bu durant toute la grossesse¹⁸.

Bien que ces chiffres globaux soient relativement faibles, il est clair que la consommation d'alcool durant la grossesse a des effets nuisibles sur les enfants et que la consommation excessive peut causer le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) (consulter le chapitre 6). Ces deux affections graves sont évitables. Puisqu'aucune limite sûre n'a été établie quant à la consommation d'alcool durant la grossesse, la prudence dicte que les femmes qui sont enceintes ou qui pourraient le devenir devraient s'abstenir.

Grossesse chez les adolescentes

La grossesse chez les adolescentes constitue un autre indicateur clé lié au développement précoce de l'enfant. Elle résulte souvent en des conditions économiques et sociales difficiles pour les parents adolescents et pour leurs enfants. Comparativement aux autres mères, les mères adolescentes sont moins aptes à atteindre un niveau de scolarité supérieur et plus aptes à vivre dans la pauvreté. Elles tendent également à être plus immatures que les mères plus âgées sur le plan affectif, puisque leur propre développement n'est pas achevé. Sans appui, les mères adolescentes peuvent avoir de la difficulté à donner à leur jeune enfant les soins constants dont il a besoin pour établir un attachement sécuritaire au cours des 18 premiers mois.

En 1995, on comptait, au total, 38 502 grossesses chez les adolescentes (y compris les naissances, les avortements et les mortinaissances). Les taux de grossesses chez les adolescentes de 15 à 19 ans ont fléchi depuis le milieu des années 70 jusqu'à 1988, puis ils ont augmenté légèrement. Les taux de grossesse chez les 13 et 14 ans ont lentement diminué à compter du milieu des années 70 pour atteindre un plancher de 573 en 1988. Depuis, ils se sont stabilisés à quelque 600 grossesses par année¹⁹. Bien que le nombre de grossesses chez les adolescentes en 1995 était bien en deçà de leurs sommets historiques, le taux croissant de grossesses chez les adolescentes (de 41 pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans en 1987 à 47 pour 1 000 en 1995) constituent une tendance inquiétante²⁰. La recherche indique qu'il existe des stratégies efficaces pour réduire l'incidence des grossesses chez les adolescentes, entre autres une éducation sexuelle de grande qualité, des services cliniques accessibles, de franches discussions sur la sexualité humaine dans les médias et la participation active des parents et des adolescentes et adolescents à de tels programmes²¹.

Allaitement maternel

L'allaitement maternel présente de nombreux avantages, y compris une protection contre les maladies infectieuses, un sain développement du cerveau et du système nerveux et un attachement plus intime entre la mère et l'enfant^{22, 23}. La pratique de l'allaitement maternel gagne en popularité depuis les années 80. À cette époque, les deux tiers environ des femmes nourrissaient leurs bébés au sein. En 1996-1997, 79 p. 100 de toutes les femmes ayant vécu une grossesse récente allaitaient leur dernier-né. Il existe un lien étroit entre le niveau de scolarité de la mère et le choix d'allaiter. En 1996-1997, les mères n'ayant pas terminé leur cours secondaire étaient moins susceptibles (60 p. 100) d'avoir allaité leur dernier-né tandis que les mères diplômées universitaires (95 p. 100). Par ailleurs, les mères n'ayant pas terminé leur cours secondaire étaient presque deux fois plus enclines que les mères détenant un diplôme d'études secondaires, et presque quatre fois plus que les mères diplômées universitaires, à fumer durant la période d'allaitement²⁴.

Attachement sécurisant

Des études récentes confirment combien il est important pour le bébé et le jeune enfant de jouir d'un *attachement sécurisant* à un parent ou à un gardien nourricier pour se développer le mieux possible sur les plans affectif et social. Un attachement sécurisant constitue un solide fondement sur lequel bâtir l'aptitude de l'enfant à développer la confiance en soi, l'estime de soi, l'autocontrôle, le calme intérieur et des relations positives avec autrui. Il influe sur le développement linguistique et intellectuel et donne à l'enfant l'assurance nécessaire pour bien explorer le monde. Il est également prouvé qu'un attachement sécurisant stimule la création de modèles de réseau dans le cerveau qui peuvent réduire l'anxiété et permettre au cerveau d'accepter de nouveaux stimulus.²⁵ La période critique de l'attachement sécurisant se situe dans les 18 premiers mois de vie²⁵.

Les enfants dont le ou les parents sont déprimés ou souffrent de troubles quelconques ont moins tendance que les autres à établir un attachement sécurisant dans les 18 premiers mois de vie. On a réussi à identifier divers facteurs de risques associés à la dépression chez les parents. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, les parents seuls sont beaucoup plus susceptibles d'être déprimés (9 p. 100) que les couples ayant des enfants (3 p. 100)²⁶. L'ELNEJ de 1994-1995 a aussi révélé une association frappante entre la dépression parentale et le revenu du ménage. Les enfants vivant avec des parents déprimés étaient presque quatre fois plus susceptibles de vivre au sein de ménages à faible revenu que de ménages à revenu supérieur²⁷.

Enfants d'âge préscolaire (de 18 mois à 5 ans)

Les années préscolaires peuvent être définies comme une époque de développement cognitif, comportemental, affectif et social accéléré. La stimulation, le soin constant d'adultes aimants, le jeu actif et les occasions d'apprentissage précoce durant cette période peuvent stimuler la propension des enfants à apprendre et aider à surmonter les désavantages liés à la pauvreté et à d'autres problèmes.

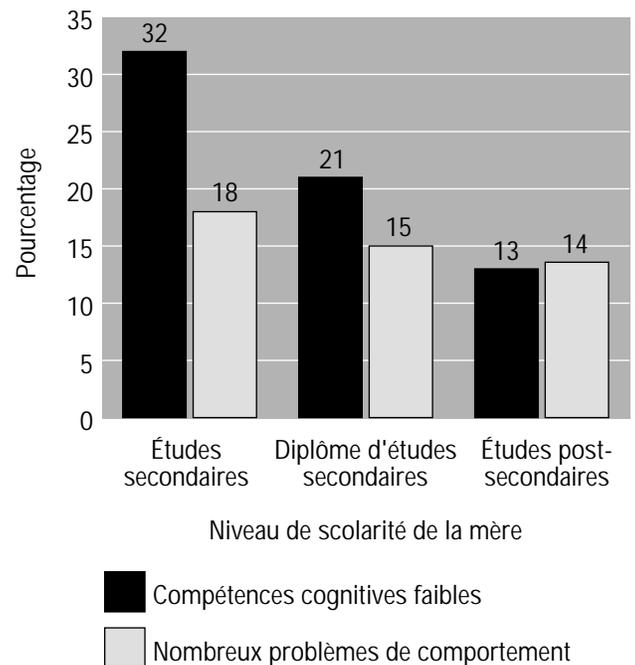
Maturité scolaire

La maturité scolaire constitue un indicateur important de la maturité du développement et de la réussite scolaire future²⁸. L'ELNEJ de 1996-1997 a conclu qu'environ 15 p. 100 de tous les enfants d'âge préscolaire commençaient l'école en affichant de faibles résultats cognitifs, et que 14 p. 100 manifestaient des troubles de comportement sur les échelles de mesure utilisées. (Voir la section sur les Définitions et mesures en début de chapitre.)

Les enfants dont les mères sont peu instruites tendent à avoir des résultats moins élevés quant aux compétences cognitives et comportementales. Comme l'indique la

Figure 3.4

Enfants qui ont de faibles résultats aux tests de compétences ou qui ont beaucoup de problèmes de comportement, selon le niveau de scolarité de la mère, 1996-1997



Source : Kohen, D., C. Hertzman et J. Brook-Gunn, *Affluent Neighbourhoods and School Readiness*, Développement des Ressources humaines Canada, 1998 (données tirées de l'ELNEJ de 1996-1997).

figure 3.4, 32 p. 100 des enfants dont la mère n'avait pas terminé son cours secondaire ont obtenu de faibles résultats quant aux compétences intellectuelles et 18 p. 100 ont obtenu des résultats indiquant la présence de certains problèmes de comportement, contre 13 et 14 p. 100 des enfants dont la mère avait un niveau de scolarité supérieur. L'ELNEJ de 1996-1997 a démontré un lien évident entre le revenu du ménage et la maturité scolaire en rapport avec ces deux types de compétences. En outre, les enfants vivant au sein de quartiers qualifiés d'inséculaires et de mal intégrés par leur mère étaient moins susceptibles de faire preuve de maturité scolaire²⁹.

Immunsation

Depuis que les vaccins ont fait leur apparition, le Canada est parvenu à réduire de 95 p. 100 les maladies évitables par la vaccination chez les enfants, et à éliminer entièrement la poliomyélite. En 1996, une vaste campagne de rattrapage et la mise en œuvre d'un programme d'immunsation en deux doses contre la rougeole a mené à une diminution de sept fois l'incidence des cas de rougeole déclarés depuis 1995. Cela place le Canada en bonne position pour atteindre son objectif qui consiste à éliminer la rougeole d'ici 2005. Par contre, l'incidence déclarée de la coqueluche en 1994-1995 (environ 34 par 100 000 habitants) était la plus élevée de la décennie. Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest affichent les taux de coqueluche les plus élevés³⁰.

Le succès même des programmes d'immunsation peut aussi constituer l'un de leurs plus grands défis. De fait, au fur et à mesure que se succèdent des générations libres de maladies qui ravageaient autrefois les populations, ces dernières sont moins aptes à rechercher

une protection continue. La confiance des parents en certains vaccins a été ébranlée par des énoncés exagérés et par de faux rapports alléguant de graves effets nuisibles.

En même temps, en raison de l'application disparate des programmes de vaccination à l'échelle du Canada, il y a un risque que des maladies infantiles relativement bénignes comme la varicelle deviennent mortelles pour des adultes en raison des modifications de la maladie attribuables à la vaccination partielle. Ainsi, l'une des priorités de la santé publique consiste à faire preuve de vigilance pour garantir l'obtention et le maintien d'un engagement national envers les programmes d'immunsation nécessaires³¹.

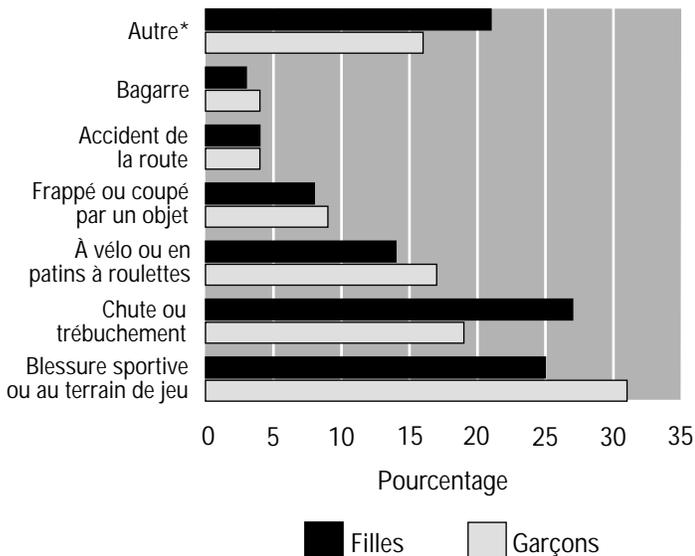
Enfants d'âge scolaire (de 6 à 12 ans)

Au cours de la période de 6 à 12 ans, on table sur l'expérience des premières années. À ce stade, les enfants deviennent plus autonomes et les environnements situés hors du foyer et de la famille prennent une plus grande

importance dans leur vie. Comme chez les enfants d'âge préscolaire, les opportunités stimulantes aident à garder les enfants d'âge scolaire « dans le droit chemin » et permettent aux enfants désavantagés d'atteindre des niveaux de développement comparables à ceux de leurs camarades plus fortunés³².

Figure 3.5

Causes des plus graves blessures déclarées par des garçons et des filles de 11 ans, Canada, 1993-1994



* « Autre » était un choix de réponse.

Source : King, A. et coll., *The Health of Youth: A Cross-National Survey, 1993-1994*, Organisation mondiale de la santé, 1997, p. 124.

Blessures non intentionnelles

Tel que mentionné plus tôt, les blessures non intentionnelles (surtout celles qui résultent de collisions de la route) s'avèrent la principale cause de décès chez les enfants de 6 à 12 ans³³.

Les blessures constituent également une grande source de souffrance. L'enquête internationale de 1993-1994 l'Organisation mondiale de la santé menée auprès d'enfants d'âge scolaire révèle qu'au Canada, 21 p. 100 des filles de 11 ans et 25 p. 100 des garçons du même âge déclaraient avoir subi une blessure qui les avait obligés à s'absenter de l'école ou à obtenir des soins médicaux au cours des 12 derniers mois. Les taux de blessures au Canada sont élevés comparativement à ceux d'autres pays. Parmi 22 pays répondants, seuls l'Écosse, le pays de Galles, Israël, la Belgique et la France avaient des taux de blessures plus élevés. Comme l'indique la figure 3.5, la catégorie de blessures la plus importante était associée aux activités sportives et aux jeux. La deuxième catégorie de blessures chez les enfants était associée aux chutes et aux trébuchements³⁴.

Outre le fait de subir plus souvent des blessures à tout âge et à tous les stades de la vie, les garçons se blessent plus gravement que les filles. Le débat se poursuit quant aux causes présumées de ces différences, qui comprennent une plus grande tendance à prendre des risques chez les garçons, des jeux d'enfant de nature différente, ainsi que des différences innées quant aux taux d'impulsivité et d'activité entre les deux sexes³⁵.

L'incidence des blessures varie également selon le revenu. Certaines études ont démontré que les enfants pauvres couraient un risque deux fois plus élevé de mourir par suite de blessures que les enfants plus fortunés³⁶.

Relations avec les pairs et les frères et sœurs

La capacité d'un enfant de s'entendre avec les autres revêt une importance particulière quand il commence l'école et s'engage dans des activités de quartier avec d'autres enfants. En général, l'ELNEJ a démontré qu'une majorité écrasante d'enfants de 4 à 11 ans avaient des relations très positives avec leurs pairs et leurs frères et sœurs³⁷. Par ailleurs, les problèmes affectifs et de comportement de l'enfance imposent un lot de souffrance à certains enfants et à certaines familles.

Compétences au niveau affectif et du comportement

L'ELNEJ a établi des mesures pour déterminer le degré de compétence des enfants de 4 à 11 ans au niveau affectif et du comportement à l'aide de diverses échelles basées sur des questionnaires exhaustifs remplis par le parent qui connaissait le mieux l'enfant (habituellement la mère), et des questionnaires distincts remplis par les enfants seuls (de 10 et 11 ans seulement). L'étude a révélé des différences marquées entre les filles et les garçons, et entre divers groupes de revenu, pour une variété de mesures des problèmes affectifs et de comportement. Les garçons étaient plus susceptibles que les filles de présenter

Figure 3.6

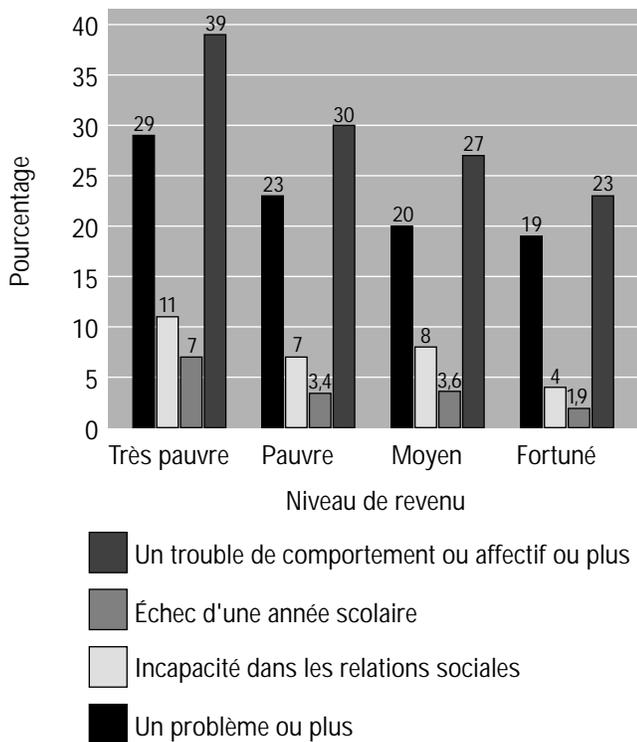
Pourcentage des garçons et des filles ayant un ou plusieurs problèmes affectifs et de comportement, Canada, 1994-1995

	Garçons		Filles
◆ 4 à 7 ans	27,4 p. 100	◆ 4 à 7 ans	19,1 p. 100
◆ 8 à 11 ans	31,0 p. 100	◆ 8 à 11 ans	24,0 p. 100
◆ 4 à 11 ans	29,9 p. 100	◆ 4 à 11 ans	22,4 p. 100

Source : Offord, D. et E. Lipman, « Emotional and Behavioural Problems », *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des Ressources humaines Canada et Statistique Canada (1998), p. 123.

Figure 3.7

Fréquence des problèmes psychologiques chez les enfants, selon le niveau de revenu ajusté du ménage (selon le SFR), 1994-1995



Source : Offord, D. et E. Lipman, « Emotional and Behavioural Problems », *Grandir au Canada : Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des Ressources humaines Canada et Statistique Canada (1998), p. 124.

un ou plusieurs problèmes (figure 3.6) et d'obtenir de plus hautes notes pour chaque mesure individuelle. C'est au plan de l'hyperactivité que l'on observait la plus grande différence chez le groupe d'âge le plus jeune, où le taux atteint par les garçons était plus de deux fois supérieur au taux atteint par les filles (14 contre 6,1 p. 100)³⁸.

Compte tenu des différences dans les taux d'hyperactivité entre les deux sexes révélées par l'ELNEJ, il n'est pas étonnant que les garçons reçoivent un diagnostic de trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention (THADA) beaucoup plus souvent que les filles. Nombre de spécialistes croient que le THADA est héréditaire. D'autres estiment toutefois que la socialisation des enfants masculins joue un rôle important. Il importe d'en apprendre davantage sur la nature biomédicale et sociale des différences liées au comportement qui caractérisent les filles et les garçons.

La figure 3.7 fait état des différences marquées, entre divers groupes de revenu, en ce qui a trait aux mesures des problèmes affectifs et de comportement, de l'échec d'une année scolaire, de l'inaptitude sociale et d'un ou de plusieurs problèmes psychosociaux. Peu importe la variable, les enfants très pauvres étaient les plus désavantagés, et les enfants riches étaient les plus avantagés³⁹.

L'ELNEJ a aussi révélé que des quartiers chaleureux et sécuritaires, un climat stable à la maison et à l'école, et diverses approches parentales peuvent grandement affecter le développement affectif et social de l'enfant (ce thème est repris plus loin dans le document). La participation à des activités comme les sports, les loisirs et les arts peut aussi aider à prévenir les problèmes affectifs et sociaux chez les enfants⁴⁰.

Adolescence (de 13 à 18 ans)

À l'adolescence, les jeunes commencent à affirmer leur indépendance et à prendre des décisions qui peuvent avoir des répercussions sur le reste de leur vie. En même temps qu'ils cherchent à définir leur identité et à atteindre une certaine stabilité, ils doivent

Définitions de l'ELNEJ

Dans le cadre de l'ELNEJ de 1994-1995, on a eu recours aux définitions suivantes :

- ◆ **Très pauvre** = Revenu familial ajusté de 75 p. 100 inférieur au SFR.
- ◆ **Pauvre** = Revenu familial ajusté entre 75 p. 100 et 100 p. 100 du SFR.
- ◆ **Moyen** = Revenu familial ajusté jusqu'à 25 p. 100 supérieur au SFR.
- ◆ **Fortuné** = Revenu familial ajusté qui surpasse de 25 p. 100 le SFR.

composer avec les changements affectifs et physiques radicaux associés à la puberté. Leurs camarades ont de plus en plus d'emprise sur eux. Néanmoins, l'appui soutenu de la famille, de l'école et de la collectivité demeure essentiel pour aider les adolescents et les adolescentes à se développer sainement.

Plusieurs facteurs jouent en faveur des adolescents canadiens. Dans l'ensemble, les jeunes d'aujourd'hui ont des niveaux d'instruction supérieurs à ceux de la génération précédente. L'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes a révélé que les capacités de lecture et d'écriture du tiers des jeunes Canadiens sont parmi les plus hautes des pays participants, surpassées seulement par celles des jeunes Suédois⁴¹. En 1998, le Conseil canadien de développement social a constaté qu'un nombre croissant de villes et de villages canadiens engageaient les jeunes dans la vie communautaire et les encourageaient à participer à des tables rondes et à des comités de citoyens⁴². Comme l'explique le chapitre 1, le taux de jeunes bénévoles œuvrant au sein d'organismes de bienfaisance a augmenté sensiblement et le nombre d'accusations criminelles portées contre des jeunes diminue sans cesse depuis 1991.

Bien-être psychologique

Du même coup, un certain nombre d'indicateurs combinés brossent un tableau troublant du bien-être psychologique de la jeunesse canadienne. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, le groupe des adolescents canadiens ont les plus faibles niveaux d'estime de soi, de maîtrise de la situation et de sens de cohérence par comparaison avec tous les groupes d'âge. C'est chez les jeunes de 18 et 19 ans des deux sexes que la dépression était la plus répandue et les jeunes femmes de 15 à 19 ans étaient plus aptes que tout autre groupe d'âge à en présenter les symptômes (9 p. 100). De plus, les jeunes Canadiens de 18 et 19 ans étaient aussi les plus susceptibles d'éprouver des niveaux de stress élevés (37 p. 100), comparativement à la moyenne nationale de 26 p. 100 (voir le chapitre 1).

Les résultats de l'enquête internationale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) révèlent que les étudiants du Canada, de la France, de la Finlande, d'Israël et d'Irlande du Nord étaient constamment plus aptes que les étudiants de 16 autres pays à se sentir déprimés une fois par semaine. En outre, les mesures de bien-être psychologique chez les 13 à 15 ans étaient constamment plus faibles chez les filles que chez les garçons⁴³.

Le taux continuellement élevé de suicide chez les jeunes Canadiens (surtout les jeunes hommes) constitue un indicateur particulièrement inquiétant de la détresse qui afflige la jeunesse. On estime que le risque de suicide chez les jeunes Autochtones est beaucoup plus élevé que chez leurs pairs de la population en général.

La consommation et l'abus de drogues constituent un autre indicateur important pour mesurer le degré de bien-être des adolescents. Le chapitre 5 souligne une recrudescence du taux de consommation de drogues chez les adolescentes dans les années 90, et une incidence accrue de multiples comportements à risque.

Tel que mentionné aux chapitres 1 et 5, les adolescentes ont plus tendance à fumer que les adolescents. Beaucoup de jeunes femmes disent fumer pour mieux gérer leur stress et contrôler leur poids⁴⁴.

Le fait de s'engager à apprendre et de demeurer à l'école constitue un autre signe de sain développement à l'adolescence (tel qu'indiqué au chapitre 2). La décision d'abandonner l'école prématurément a beaucoup à voir avec le soutien parental et avec la structure et le revenu de la famille. Les étudiants issus de familles monoparentales ou nombreuses sont beaucoup plus susceptibles d'abandonner leurs études prématurément que les autres, par exemple. Les taux de décrochage sont plus élevés en milieu rural et dans les petites collectivités, surtout si elles sont autochtones⁴⁵.

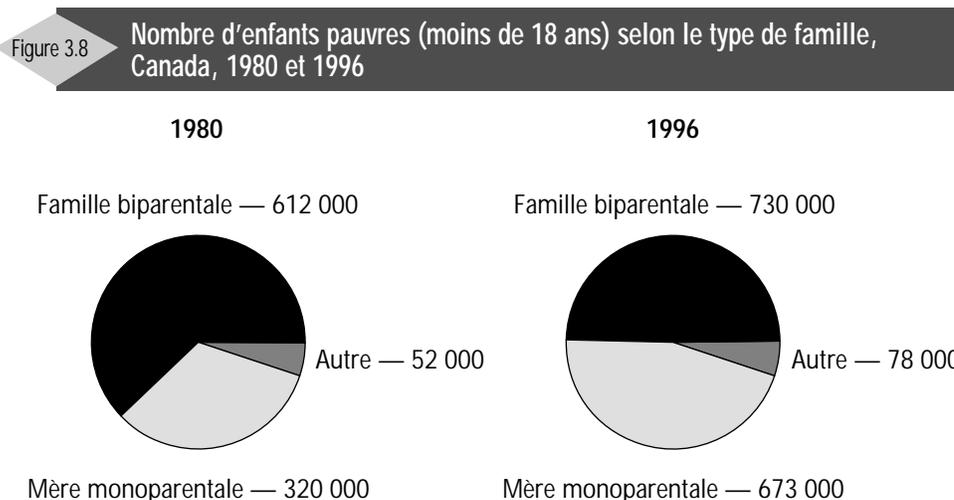
Il existe divers autres facteurs qui incitent les jeunes à rester à l'école, dont les attentes des parents et leur participation à la vie scolaire de leurs enfants. Les enseignants et le milieu scolaire dans son ensemble contribuent aussi à la réussite scolaire. Les enfants et les adolescents qui considèrent leurs enseignants comme des personnes justes et intéressées ont plus tendance à avoir une attitude positive face à l'école et à vouloir réussir⁴⁶.

Comme le souligne le chapitre 2, les conséquences économiques et professionnelles du décrochage scolaire s'avèrent plus sérieuses aujourd'hui qu'il y a dix ou vingt ans et pourraient bien s'aggraver encore à l'avenir. Les décrocheurs du secondaire se trouveront de plus en plus au chômage ou forcés de chercher un emploi aux échelons les plus bas du marché du travail.

Facteurs clés affectant le sain développement de l'enfant

Pauvreté des familles et des enfants

Les enfants sont pauvres parce que leurs familles sont pauvres et leur développement est intimement lié au statut socio-économique de leur famille et de la collectivité au sein de laquelle ils grandissent. Comme l'indique la figure 3.8, la pauvreté des enfants ne se limite pas aux familles monoparentales. En 1996, 730 000 enfants pauvres de moins de 18 ans vivaient au sein de familles de deux parents, contre 673 000 enfants pauvres issus de familles monoparentales dirigées par une femme. Il est également vrai qu'une proportion beaucoup plus importante d'enfants issus de familles monoparentales connaissaient des situations de faible revenu, surtout ceux qui vivaient avec une mère monoparentale⁴⁷.



Source : Conseil national du Bien-être, *Poverty Profile 1996*, printemps 1998, p. 79, (à l'aide des SFR).

Ce sont les jeunes parents qui sont les plus aptes à avoir des enfants d'âge préscolaire et à posséder le moins de ressources financières. En 1996, les enfants issus d'une famille où un parent avait moins de 30 ans étaient trois fois plus susceptibles de vivre dans un ménage à faible revenu que les enfants issus d'une famille où un parent avait 40 ans ou plus⁴⁸.

Le cycle 2 de l'ELNEJ révélait que 7 enfants sur 10 vivant au sein de familles à faible revenu en 1994 vivaient toujours dans les mêmes circonstances en 1996. Bien qu'on puisse y échapper, le faible revenu semble persister, du moins à court terme, pour la majorité des enfants de familles pauvres.

On ne saurait contester les conséquences directes et désastreuses liées à l'incapacité des parents de garantir un logement sûr et une nourriture adéquate. Le chapitre 4 indique qu'au Canada, un très grand nombre de jeunes familles ont de la difficulté à payer leur loyer. Une étude récente des données de l'ELNEJ a démontré que sur les 16 639 familles examinées, 206 avaient souffert de la faim au cours de l'année précédente, dont 72 très souvent. Les enfants qui souffraient de la faim étaient plus susceptibles d'habiter dans les grandes villes, au sein de familles monoparentales et au sein de familles vivant de l'aide sociale. Toutefois, plus de la moitié des familles souffrant de la faim déclaraient que leurs revenus provenaient d'un traitement ou d'un salaire. Il semble donc qu'à l'instar des familles qui bénéficient de l'aide sociale, les familles pauvres qui travaillent ont aussi de la difficulté à s'alimenter sainement. L'étude a aussi révélé que les parents étaient sept fois plus susceptibles de se priver eux-mêmes de nourriture quand celle-ci se faisait rare⁴⁹.

Outre les effets évidents d'un accès limité à des aliments et à un logement adéquats sur la santé des enfants, l'économiste David Ross concluait que 31 indicateurs différents mesurés dans le cadre de l'ELNEJ et de l'ENSP signalaient tous qu'au fur et à mesure que le revenu familial diminuait, les enfants avaient davantage tendance à afficher des problèmes. Les taux de mauvaise santé, d'hyperactivité et de développement linguistique tardif sont beaucoup plus élevés chez les enfants de familles à faible revenu que chez les enfants de familles à revenu moyen ou supérieur. La probabilité qu'un enfant participe à des activités sportives organisées est plus faible s'il vit au sein d'une famille à revenu faible ou modeste. Près de 16 p. 100 des adolescents plus âgés issus de familles pauvres se trouvaient entre deux chaises — ils ne fréquentaient plus l'école mais n'avaient pas d'emploi — contre moins de 4 p. 100 des adolescents issus de familles au revenu supérieur⁵⁰.

Même si la proportion d'enfants qui ne réussissent pas bien est surtout concentrée aux plus bas échelons de l'échelle de revenu, il existe, dans toutes les couches socio-économiques, des enfants qui ne réussissent pas bien. Cette découverte a plusieurs répercussions :

- il n'existe pas de ligne de démarcation nette au-dessus de laquelle tous les enfants fonctionnent bien;
- en raison de l'importance de la classe moyenne au Canada, le nombre d'enfants qui ne réussissent pas aussi bien qu'ils le pourraient est plus élevé au sein de la classe moyenne;
- les programmes et les politiques qui favorisent de développement positif du jeune enfant et qui aident les gens à être de bons parents doivent desservir tous les secteurs de la société, si nous voulons contrer l'inclinaison abrupte des échelons socio-économiques;
- le revenu ne constitue pas le seul facteur qui influence le sain développement de l'enfant. D'autres facteurs comme le fait d'être de bons parents et l'accès à des programmes de développement précoce affectent aussi le développement de l'enfant⁵¹.

Il est intéressant de noter que selon l'ELNEJ, beaucoup d'enfants d'immigrants et de réfugiés se portent mieux sur le plan affectif et scolaire que leurs camarades nés au Canada, même s'ils sont beaucoup plus nombreux à vivre dans des ménages à faible revenu. Le Dr Morton Beiser, l'un des auteurs de l'étude, suggère que « la pauvreté, comme l'entend la population née au Canada, peut avoir une signification différente pour les immigrants nouvellement arrivés. La vision d'espoir d'un avenir meilleur qui anime l'immigrant adoucit les revers de la pauvreté. Pour la culture majoritaire, le désespoir de la pauvreté en accentue la puissance ». L'auteur suggère également que les familles immigrantes

pauvres semblent particulièrement aptes à procurer une stabilité affective à leurs enfants et que, par conséquent, les effets de la pauvreté tendent à prendre la forme de privations matérielles plutôt que de privations affectives ou sociales⁵².

Sécurité et protection des enfants et des adolescents

Les cas déclarés de violence à l'endroit des enfants (y compris les enfants blessés par suite d'agression, d'abus, d'attaque ou de négligence) ont augmenté entre 1970 et 1995⁵³.

En 1996, 22 p. 100 des crimes violents déclarés à la police ont été perpétrés contre des enfants de moins de 18 ans. Les membres de la famille étaient responsables du cinquième des agressions physiques et du tiers des agressions sexuelles commises contre les enfants. Les parents étaient les agresseurs les plus probables dans les cas d'agressions physiques (64 p. 100) et sexuelles (43 p. 100) d'origine familiale commises contre les enfants. Les pères étaient responsables de 73 p. 100 des agressions physiques déclarées et de 98 p. 100 des agressions sexuelles commises par des parents⁵⁴.

Les filles ont été victimes d'agressions aux mains de membres de leur famille plus souvent que les garçons : les victimes sont féminines dans 80 p. 100 des cas d'agression sexuelle et dans plus de la moitié des agressions physiques. Filles et garçons étaient vulnérables à la violence familiale à différents stades de leur développement. Les filles étaient plus sujettes aux agressions sexuelles entre 12 et 15 ans, contre entre 4 et 8 ans pour les garçons. La probabilité de subir une agression physique aux mains d'un membre de la famille augmentait avec l'âge pour les filles, pour atteindre un sommet à l'âge de 17 ans. Chez les garçons, c'est à 13 ans que se situait le sommet des agressions physiques⁵⁵. Parmi tous les groupes d'âge, ce sont les jeunes femmes de 18 à 24 ans qui étaient les plus susceptibles de subir une agression aux mains d'un partenaire⁵⁶.

Il existe d'autres formes de violence et de mauvais traitements qui peuvent nuire au développement de l'enfant, dont la négligence (qui n'a pas encore été suffisamment étudiée et documentée), la violence physique ou verbale entre frères et sœurs et le fait d'être témoin de violence conjugale. Ce dernier facteur semble exercer une forte influence sur les comportements à risque ultérieurs des jeunes gens, y compris la toxicomanie et le comportement criminel⁵⁷. Les enfants qui voient leur mère violentée par leur père ou par un autre partenaire masculin affichent des taux plus élevés d'isolement, de faible estime de soi, de dépression et de problèmes affectifs. Ils tendent également à réussir moins bien à l'école⁵⁸.

Même s'il incombe avant tout aux parents de protéger leurs enfants, les organismes d'aide à l'enfance ont la responsabilité d'enquêter en cas d'accusations de mauvais traitements et d'intervenir au besoin. En dernier recours, ces organismes publics peuvent prendre à charge les enfants en péril jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge adulte. Du début au milieu des années 90, le nombre d'enfants confiés à ce genre d'organisme n'a cessé de croître, alors que les ressources et le financement alloués aux services de protection de l'enfance et aux services de soutien aux familles ont diminué dans diverses régions⁵⁹.

Les enfants et les adolescents sont particulièrement vulnérables au stress et à l'instabilité, souvent parce qu'ils ont été placés dans plusieurs foyers d'accueil différents. La meilleure approche consiste à encourager tous les membres de la société à agir pour empêcher que les enfants ne vivent de telles expériences en prêtant main forte aux parents et aux familles. Mais en même temps, il faut être vigilants pour garantir que tous les enfants ont les mêmes droits à un milieu sécuritaire où il fait bon vivre et grandir⁶⁰.

Une étude menée à Toronto a révélé qu'environ les deux tiers des jeunes de la rue avaient subi des agressions physiques et qu'un cinquième avaient été sexuellement agressés par une personne habitant avec eux. Plus de la moitié (58 p. 100) ont déclaré que cette

violence avait directement contribué à leur décision de quitter la maison pour vivre dans la rue. Une fois là, les jeunes sont exposés à toutes sortes de violence physique et d'exploitation sexuelle⁶¹.

Récemment, la violence verbale exercée par des enfants et des adolescents agressifs et plus âgés a été reconnue comme une forme sérieuse de victimisation des enfants. Une étude de 1996 menée auprès de jeunes de 15 ans a révélé que la moitié des garçons et le quart des filles considéraient la violence verbale comme étant un problème⁶².

Modifications apportées aux structures familiales

Entre 1991 et 1996, le nombre de familles de conjoints de fait a augmenté de 28 p. 100, celui des familles monoparentales, de 19 p. 100 et celui des familles époux-épouse, de 2 p. 100. Le nombre d'enfants vivant dans des familles a augmenté de 6 p. 100 globalement, mais presque toute cette croissance a eu lieu au sein de familles de conjoints de fait ou de familles monoparentales⁶³. Nombre d'enfants dont les parents divorcent vivront avec un seul parent pendant un certain temps, puis au sein d'une famille reconstituée comprenant un beau-parent et (souvent) de nouveaux frères et sœurs.

L'augmentation radicale du nombre de familles monoparentales au Canada, attribuable en grande partie aux ruptures entre parents, peut avoir de graves effets sur le développement de l'enfant. Bien que la majorité des enfants issus de familles monoparentales se portent relativement bien, les données de l'ELNEJ indiquent que les enfants de ces familles sont plus aptes à avoir des problèmes de développement, surtout si l'approche des parents face à l'éducation est hostile ou inefficace, ou encore s'ils vivent dans des familles extrêmement pauvres ou des quartiers à problèmes. Le premier facteur, soit l'approche parentale négative, semble exercer la plus grande influence.

Le processus affectif de la séparation et du divorce a d'importantes répercussions sociales, psychologiques et économiques sur les enfants et les parents, en particulier les femmes qui assument le plus souvent le rôle du parent à la maison. Selon l'ELNEJ, la fluctuation de la situation familiale des enfants à l'intérieur et à l'extérieur de la zone de faible revenu est avant tout attribuable à la rupture et à la reconstitution des ménages.

Importance de l'approche parentale et des services de garde de qualité⁶⁴

Selon l'ELNEJ, une bonne approche parentale peut réduire les risques de problèmes associés au développement des enfants. Les « bons » parents ou les parents « positifs » ont été définis comme des parents qui surveillent étroitement le rendement de leur enfant, qui lui procurent un milieu chaleureux et qui favorisent son autonomie. On associe ces trois traits à un style de parentage fondé sur « l'autorité » et non pas sur « le commandement » (qui sous-entend des exigences déraisonnables et un manque de chaleur humaine) ou sur « la permissivité » (qui sous-entend trop d'indulgence et pas assez de limites).

Les résultats de l'ELNEJ de 1996-1997 révèlent que le tiers environ des parents peuvent être qualifiés « d'autoritaires » et qu'on peut retrouver des pratiques de parentage positives et négatives au sein de familles riches comme de familles pauvres. Ils confirment aussi que la notion de bon parentage intéresse tout le monde et que tous les parents pourraient tirer profit de courtes séances de formation visant à améliorer leurs compétences. Même s'il faut poursuivre les recherches en raison de certaines inquiétudes quant à la méthodologie employée, ces résultats indiquent que le fait d'être de bons parents peut contrebalancer, dans une certaine mesure, les effets négatifs de la pauvreté et autres désavantages.

Le Forum national sur la santé et d'autres groupes ont souligné à maintes reprises que l'approche parentale est grandement influencée par le salaire et le milieu de travail.

L'Institut Vanier de la famille a calculé que la famille canadienne moyenne a besoin de 77 semaines de travail rémunéré pour régler les dépenses annuelles de base⁶⁵. Tel qu'indiqué au chapitre 2, beaucoup de jeunes parents ont des emplois instables et peu rémunérés, et puisque l'année ne compte que 52 semaines, la plupart des familles ont besoin de deux salaires pour survivre. Satisfaire aux demandes du travail et de la famille constitue un défi de taille pour les parents, surtout les femmes (chapitre 2). Les résultats de l'ELNEJ indiquent qu'en plus du parentage efficace, divers autres facteurs peuvent avoir un effet positif sur le comportement des enfants et sur leurs rapports avec les autres, y compris des quartiers chaleureux et sécuritaires, une vie stable à la maison et à l'école, et l'accès à des services de garde de haute qualité lorsque les parents travaillent ou sont aux études. Malheureusement, bien que le nombre de familles ayant besoin de services de garde d'enfants de qualité ait augmenté partout au cours des dix dernières années, les fonds d'exploitation des garderies ont fait l'objet d'un gel ou d'une réduction dans tous les territoires et dans toutes les provinces sauf deux, entre 1990 et 1995⁶⁶.

Le besoin de services intégrés⁶⁷

Les systèmes de prestation des services sociaux et de santé ont tous deux une grande influence sur le sain développement de l'enfant. Ces deux secteurs ont été affectés par des restructurations et des compressions budgétaires dans la plupart des provinces au cours des dix dernières années.

Les services sociaux qui traitent des besoins de base des enfants et des adolescents (y compris le besoin de protection) ainsi que de divers aspects de leur développement social et psychologique sont particulièrement vulnérables aux compressions budgétaires. De fait, bien que les services de santé universels soient accessibles à tous les enfants en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les services sociaux, eux, ne le sont pas.

Comme nous l'avons vu aux chapitres 2 et 4, nombre de jeunes familles traversent des situations de vie difficiles comme le chômage et les changements à structure familiale. C'est pourquoi ils nécessitent des services sociaux comme la médiation, les services de protection de l'enfance et de garde d'enfants, ainsi que des soutiens connexes comme les programmes de formation à l'emploi et le logement subventionné. Les services sociaux, surtout ceux qui appuient l'approche parentale efficace et le développement précoce, aident aussi les enfants à effectuer une heureuse transition vers le réseau scolaire établi.

Récemment, on a commencé à insister à nouveau sur les liens possibles entre les apports de divers secteurs (p. ex., la santé, les services sociaux, l'éducation, la justice, les loisirs et le logement) et leur utilité dans la poursuite commune du sain développement de l'enfant et de l'adolescent. L'approche intégrée comporte maints avantages dont une meilleure coordination des services et des services plus complets qui répondent aux besoins individuels et collectifs des enfants et des familles.

Commentaires

Le présent chapitre souligne l'utilité d'un cadre du développement de l'enfant en examinant les indicateurs de la santé et du développement positif des enfants et adolescents du Canada.

À la première phase (du stade prénatal à 18 mois), il faut des stratégies globales intersectorielles pour favoriser les naissances sans problème et soutenir les nouveaux parents de sorte que tous les bébés puissent développer un attachement sécurisant avec leur(s) parent(s) ou d'autres adultes bienveillants. L'approche parentale constructive et l'offre de possibilités d'apprentissage précoce sont essentielles à la réussite de la deuxième phase du développement. Durant les années scolaires, les efforts pour aider les enfants à

acquérir des compétences sociales et comportementales, et à poursuivre leur développement intellectuel sont indispensables. À l'adolescence, il existe un besoin clair et net d'aborder la question du bien-être social et affectif des jeunes gens.

Un certain nombre d'autres préoccupations affectent le développement de l'enfant à tous les stades, y compris le statut socio-économique, l'évolution de la famille (chapitre 2), les contaminants de l'environnement (chapitre 4) et la violence familiale.

Dans l'ensemble, le présent rapport souligne le besoin de mettre l'accent sur de grandes stratégies qui renforcent les familles et favorisent le sain développement de l'enfant, telles que résumées ci-dessous.

Investir dans les premières années de vie

Le développement sain de l'enfant prend racine dans les premières années de vie, comme le souligne le présent chapitre. Investir dans la santé prénatale et dans les cinq premières années de vie est bon pour les enfants et pour l'économie. En effet, une étude a démontré que chaque dollar alloué à une intervention précoce peut épargner sept dollars de futures dépenses de santé et sociales⁶⁸. Malgré tout, les gouvernements et les collectivités tendent à investir davantage aux stades ultérieurs de la vie, et ratent ainsi le moment critique où il faudrait favoriser la compétence et le potentiel humain. L'investissement dans les premiers stades de la vie doit devenir une priorité.

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

Les efforts en vue d'atteindre les conditions qui maximisent le développement sain et le bien-être auront un effet favorable sur tous les enfants, surtout ceux qui vivent dans les pires conditions socio-économiques. En fait, on a démontré que l'amélioration des conditions de ceux qui vivent dans des situations défavorisées améliorerait également les conditions des mieux nantis sur le plan socio-économique. Les enfants doivent avoir accès égal à des milieux aimants, nourrissants, solidaires, stimulants et sûrs. Ces droits aux préalables fondamentaux de la santé leur sont garantis dans la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies, que le Canada a ratifiée en 1991. À l'heure actuelle, l'accès à ces facteurs diffère selon le statut socio-économique.

Soutenir les parents et les familles

Les parents sont les personnes les plus importantes dans la vie des enfants, et les familles, le point central de l'éducation de ceux-ci. Par conséquent, il est ironique que nous passions si peu de temps à préparer les jeunes gens au rôle de parent. Les efforts déployés en vue de donner aux jeunes gens et aux jeunes parents l'information et le soutien dont ils ont besoin pour être de bons parents sont des investissements dans le développement sain de l'enfant. Les familles impliquées dans une séparation ou un divorce s'exposent à des degrés élevés de stress économique et psychologique, et peuvent nécessiter l'aide additionnelle de programmes d'approche parentale à ce moment-là.

L'information du présent chapitre a démontré un lien constant entre le niveau d'instruction de la mère et plusieurs indicateurs d'un bon début dans la vie. Investir dans les premières années de l'enfance signifie aussi investir dans les jeunes, en particulier les jeunes femmes, avant qu'ils ne deviennent parents. Il faut aussi des programmes scolaires et communautaires pour aider les jeunes hommes à apprendre à être de bons partenaires et des parents nourriciers, et à acquérir les compétences nécessaires pour être aussi de bons pères.

Accroître le bien-être psychologique et affectif des jeunes

Les chapitres 1, 2 et 5, tout comme celui-ci, brossent un tableau actuel et troublant du bien-être psychologique et social de la jeunesse canadienne. Les taux élevés de dépression et de stress, et les faibles taux d'estime de soi sont invariablement liés à la situation globale décrite au chapitre 2, en ce qui concerne les conditions socio-économiques et le chômage chez les jeunes. À l'aube du siècle nouveau, les jeunes qui parviennent à l'âge adulte sont devant un environnement bien différent de celui de leurs parents. En fait, le modèle naturel de développement se modifie rapidement. Les jeunes demeurent à la maison et à l'école plus longtemps, et la transition de l'école au travail n'est plus aussi directe. L'accès facile à des postes permanents à temps plein est chose du passé. Ils doivent s'adapter à un stress accru à un âge plus jeune que la génération précédente. Le décrochage scolaire précoce et la toxicomanie chez certains groupes sont des signes additionnels du stress qui frappe les adolescents.

Les jeunes Canadiens d'aujourd'hui sont nos dirigeants de demain. Il y a un besoin pressant d'une stratégie intersectorielle complète qui traite de santé, d'éducation, de services sociaux, du secteur privé et des jeunes eux-mêmes, afin de trouver des moyens efficaces de soutenir le développement sain des enfants, en période de changement.

Porter attention aux différences entre les sexes

Quand on élabore de grandes stratégies de développement sain des enfants, on ne tient pas souvent compte des différences d'état de santé, de capacités et de besoins entre les garçons et les filles. Certes, tous les enfants ont besoin d'un soutien égal pour grandir en santé. Toutefois, les données présentées suggèrent qu'une stratégie destinée aux enfants doit toujours tenir compte des différences de l'expérience du développement entre garçons et filles. Par exemple, réduire le nombre des blessures et les problèmes de comportement constitue une priorité pour les garçons ; réduire la violence familiale et l'usage précoce du tabac en est une pour les filles et les jeunes femmes.

Soutenir le droit des enfants et des jeunes à un environnement sain et sûr

« L'absence de protection du développement physique, mental et affectif des enfants (et des jeunes gens) est le principal moyen d'aggraver les difficultés de l'humanité et de perpétuer ses problèmes. » Cet énoncé de *La situation des enfants dans le monde 1990* de l'UNICEF est le principe fondamental soutenant le besoin de protéger tous les enfants et les jeunes canadiens contre la violence, la négligence et l'exploitation, et de faire en sorte qu'ils aient un foyer sûr et stable.

Accepter et partager les responsabilités

Le public soutient de tout cœur les efforts en vue d'aider les enfants à réaliser leur plein potentiel, et la santé des enfants est désormais en permanence à l'ordre du jour de tous les gouvernements. Mais ces derniers n'y arriveront pas seuls. Il est vrai qu'il faut un village tout entier pour élever un enfant en santé. L'action communautaire est un complément important de l'action gouvernementale; les quartiers doivent être sûrs et soutenir le développement sain de l'enfant. Le secteur privé doit également participer, puisque la dynamique du temps et du revenu a d'importantes répercussions sur l'aptitude à être un parent. Lorsque les gouvernements, les entreprises, les collectivités, les familles et les jeunes collaborent, les enfants et les jeunes ont toutes les chances de devenir des adultes sains et productifs.

Notes en fin de chapitre — Chapitre 3

1. MacMillan, H., C. Walsh, E. Jamieson et coll., « La santé des enfants dans les Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit », *Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit*, Comité de direction, 1999.
2. Hutchcroft, S., A. Clarke, Y. Mao et coll., *This Battle Which I Must Fight: Cancer in Canada's Children and Teenagers*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1996.
3. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995-1996*, Ottawa, ICIS.
4. Keating, D. et J.F. Mustard, « L'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : un élément essentiel au développement d'une société de l'apprentissage au Canada », *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines et Statistique Canada, 1996, (Statistique Canada, n° de catalogue 89-550-MPE n° 1).
5. Statistique Canada, « Naissances en 1996 », *Le Quotidien*, 8 juillet 1998, (n° de catalogue 11-001-XIF).
6. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé 98*, (CD-ROM).
7. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Système canadien de surveillance périnatale, *Mortalité infantile 1998*, d'après Statistique Canada, *Mortalité, liste sommaire des causes, 1995*, (n° de catalogue 84-209-XPB).
8. Santé Canada, Fondation canadienne sur l'étude de la mortalité infantile, Société canadienne de pédiatrie, Institut canadien de la santé infantile, *Joint Statement: Reducing the Risk of Sudden Infant Death Syndrome in Canada, 1999*, Ottawa, Santé Canada, 1999.
9. Wilkins, R., « Mortality by Neighbourhood in Canada », présenté à la *conférence de la Société canadienne du cancer sur l'épidémiologie et la biostatistique*, Saint-Jean, Terre-Neuve, août 1995.
10. Santé Canada, Direction générale des services médicaux, *Analyse des programmes de santé, Programmes de santé des Premières nations et des Inuit*, Ottawa, Direction générale des services médicaux, 1996.
11. Statistique Canada, « Naissances en 1996 », *Le Quotidien*, 8 juillet 1998, (Statistique Canada, n° de catalogue 11-001-XIF).
12. National Centre for Health Statistics, *Health, United States 1998 with Socioeconomic Status and Health Chartbook*, Hyatsville (Maryland), NCHS, 1998.
13. Connor, S. et L. McIntyre, « Le tabac et l'alcool ont-ils un effet sur les nouveaux-nés? », présenté en décembre 1998 dans le cadre d'*Investir dans nos enfants : Une conférence nationale sur la recherche, 1998*, d'après un chapitre des mêmes auteurs à être publié dans *Vulnerable Children in Canada* pour la Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada.
14. MacMillan, H., C. Walsh, E. Jamieson et coll., « La santé des enfants dans les Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit ».
15. Single, E., L. Robson, X. Xie et J. Rehm, *Les coûts de l'abus de substance au Canada*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1995.
16. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.
17. Connor, S. et L. McIntyre, « Le tabac et l'alcool ont-ils un effet sur les nouveaux-nés? »
18. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.
19. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999* (n° de catalogue 84-214-XPB).
20. Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants canadiens, 1998*, Ottawa, CCDS, 1998, p. 39.

21. Ketting, E. et A.P. Visser, « Contraception in the Netherlands: The Low Abortion Rate Explained », *Patient Education and Counselling*, vol. 23, n° 3, 1994, p. 166-171.
22. Hanson, L. et coll., « Breastfeeding as Protection Against Gastroenteritis and Other Infections », *Acta Paediatrica Scandinavia*, vol. 74, 1985, p. 641-642.
23. Lanting, C. et coll., « Neurological Differences Between Nine-Year-Old Children Fed Breast Milk or Formula Milk as Babies », *Lancet*, vol. 334, 1994, p. 1319-1322.
24. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.
25. Steinhauer, P., « Développer la résilience chez les enfants des milieux défavorisés », *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents, volume 1*, La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, volume I, Forum national sur la santé, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.
26. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.
27. Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994*, (Statistique Canada, n° de catalogue 89-550-MPE n° 1).
28. Doherty, G., *De la conception à six ans : les fondements de la préparation à l'école*, n° R-97-8F, Ottawa, Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada, 1997.
29. Kohen, D., C. Hertzman et J. Brooks-Gunn, « L'affluence des quartiers et la maturité scolaire », présenté en décembre 1998 dans le cadre d'*Investir dans nos enfants : Une conférence nationale sur la recherche, 1998*, d'après un document de recherche des mêmes auteurs, *Neighbourhood Influences on Children's School Readiness*, rédigé pour la Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada.
30. Santé Canada, « Rapport national canadien de l'immunisation, 1996 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1997*, supplément du vol. 23.
31. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, Groupe de travail sur la santé publique, *Issue Paper on Vaccine Preventable Diseases (Immunization Programs)*, 4 janvier 1999.
32. Doherty, G., *Quality Matters: Excellence in Early Childhood Programs*, Don Mills, Addison-Wesley, 1995.
33. SmartRisk Foundation, *Le fardeau économique des blessures non intentionnelles au Canada*, Toronto, SmartRisk Foundation, 1998.
34. King, A., B. Wold, C. Tudor-Smith et Y. Harel, *The Health of Youth: A Cross-National Survey*, Organisation mondiale de la santé, série régionale, série européenne, n° 69, imprimé au Canada, 1997, ISBN 92 890 1333 8.
35. Morrongiello, B., « Prévenir les blessures accidentelles chez les enfants », *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents, volume 1*, La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, volume I, Forum national sur la santé, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.
36. *Ibidem*.
37. Ross, D., K. Scott et M.A. Kelly, « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 », *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, (Statistique Canada, n° de catalogue 89-550-MPE n° 1).
38. Offord, D. et E. Lipman, « Emotional and Behaviour Problems », *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, (Statistique Canada, n° de catalogue 89-550-MPE n° 1).
39. *Ibidem*.
40. Jones, M.B. et D.R. Offord, « Reduction of Antisocial Behaviour in Poor Children by Non-school Skill Development », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 30, 1989, p. 737-750.
41. Secrétariat national à l'alphabétisation, *Creating A Learning Culture: Work and Literacy in the Nineties*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1990.

42. Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants canadiens, 1998*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1998, p. 42.
43. King, A., B. Wold, C. Turdor-Smith et Y. Harel, *The Health of Youth: A Cross-National Survey*.
44. Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *L'usage de la cigarette et la présentation de soi (jeunes femmes)*, Santé Canada, 1996, (n° de catalogue H39-366/1996F).
45. Anisef, P., « Transition entre l'école et le travail », *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents, volume 1*, La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, volume I, Forum national sur la santé, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.
46. Connolly, J. V. Hatchette et L. McMaster, « La réussite scolaire au début de l'adolescence : les attitudes à l'égard de l'école sont-elles déterminantes? », présenté en décembre 1998 dans le cadre d'*Investir dans nos enfants : Une conférence nationale sur la recherche, 1998*, d'après un document de recherche des mêmes auteurs rédigé pour la Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada.
47. Conseil national du Bien-être, *Poverty Profile 1996*, Ottawa, CNBE, printemps 1998.
48. Statistique Canada, « Recensement de 1996 : sources de revenu, gains et revenu total, et revenu des familles », *Le Quotidien*, 12 mai 1998, (n° de catalogue 11-001-XIF).
49. McIntyre, L., S. Connor et J. Warren, « Aperçu de la faim chez les enfants au Canada », présenté en décembre 1998 dans le cadre d'*Investir dans nos enfants : Une conférence nationale sur la recherche, 1998*, d'après un document de recherche des mêmes auteurs rédigé pour la Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada.
50. Ross, D. (1998), « Rethinking Child Poverty », *Insight, Perception*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, vol. 22, n° 1, 1998, p. 9-11.
51. Honorable McCain, M.N. et J.F. Mustard, *Early Years Study: Final Report*, Toronto : Report from the Reference Group, avril 1999.
52. Beiser, M., F. Hou, I. Hyman et coll., « Les nouveaux enfants immigrants : comment se portent-ils? », présenté en décembre 1998 dans le cadre d'*Investir dans nos enfants : Une conférence nationale sur la recherche, 1998*, d'après un document du même titre rédigé pour la Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada.
53. Brink, S. et A. Zeeman, *Mesure du bien-être social : Un indice de santé sociale pour le Canada*, Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée, documents de recherche R-97-9F, juin 1997, annexe III, Canada : Données pour les indicateurs sociaux, 1970-1995.
54. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *Enfants et adolescents victimes d'agressions familiales 1996*, novembre 1997, (n° de catalogue 85-002-XPF), vol. 17, n° 11.
55. *Ibidem*.
56. Statistique Canada, *Enquête sur la violence envers les femmes, 1993*, Ottawa, 1993.
57. Manion, I. et S. Wilson, *An Examination of the Association between Histories of Maltreatment and Adolescent Risk Behaviours*, Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1995.
58. Santé Canada, Centre national d'information sur la violence dans la famille, *La violence conjugale et ses conséquences sur les enfants*, Ottawa, Santé Canada, 1996.
59. Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants canadiens, 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997, p. 30.
60. Groupe d'experts de la protection de l'enfance de l'Ontario, *La protection des enfants vulnérables, 1998*, Toronto : Rapport au ministre des Services sociaux et communautaires, mars 1998.
61. Smart, R.G., et coll., *Drifting and Doing: Changes in Drug Use among Toronto Street Youth*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, 1992.
62. Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants canadiens, 1997*.

63. Statistique Canada, « Recensement de 1996 : état matrimonial, unions libres et familles », *Série Le Pays*, 1997, (n^o de catalogue 11-001-XIF).
64. Chao, R. et J.D. Willms, « Les pratiques parentales font-elles une différence? », présenté en décembre 1998 dans le cadre d'*Investir dans nos enfants : Une conférence nationale sur la recherche, 1998*, d'après un document à paraître dans *Vulnerable Children in Canada*, Direction des recherches appliquées de Développement des ressources humaines Canada.
65. Institut Vanier de la famille, *Familles canadiennes*, Ottawa, IVF, 1994.
66. Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants canadiens, 1998*.
67. Santé Canada, « Services de santé et services sociaux », *Le développement sain des enfants et des jeunes*, Ottawa, Santé Canada (sous press).
68. Dispensaire diététique de Montréal, *111^e Rapport annuel, 1990-1991*, Montréal, Dispensaire diététique de Montréal, 1991.



Nous n'héritons pas la terre de nos ancêtres, nous l'empruntons de nos enfants.

— Proverbe autochtone

Dans l'ensemble, les Canadiens et Canadiennes jouissent d'un environnement relativement sain. Nos denrées alimentaires sont parmi les plus salubres au monde, la qualité générale de l'air et de l'eau potable est bonne et l'environnement bâti (ou d'origine industrielle) est généralement propre et sain. Cela dit, nous ne saurions tenir pour acquis la santé de ce même environnement. Au cours des dernières années, des inquiétudes ont surgi quant aux effets persistants de certains polluants sur l'environnement qui pourraient finir par constituer une menace pour la santé humaine. Selon une enquête effectuée en 1996, près de deux Canadiens sur trois croient que la pollution affecte leur santé et plus d'une personne sur deux se soucie grandement de la qualité de l'air¹.

En même temps, les Canadiens semblent de plus en plus conscients que le Canada a la responsabilité mondiale de protéger et d'enrichir les ressources de base de l'environnement. La pollution atmosphérique et autres problèmes écologiques se soucient peu des frontières. En ce sens, notre plus grand défi consiste à protéger la santé de la planète au profit des générations futures.

L'environnement physique constitue, en soi, un important facteur déterminant de la santé. À certains niveaux d'exposition, les contaminants présents dans l'air, dans l'eau, dans la nourriture et dans le sol peuvent avoir divers effets nuisibles pour la santé, y compris le cancer, les anomalies congénitales, les maladies respiratoires et les affections gastro-intestinales. Au niveau de l'environnement bâti, les facteurs afférents au logement, à la qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments et à l'aménagement des collectivités et des transports publics peuvent influencer grandement sur notre bien-être physique et psychologique.

L'environnement physique est également lié à d'autres facteurs déterminants de la santé. Le maintien d'une vie active exige des espaces verts, de l'eau propre et une protection contre l'exposition excessive aux rayons ultraviolets. L'adoption de saines habitudes alimentaires tient à la disponibilité d'aliments sains et savoureux. De bonnes conditions de travail font appel à des milieux de travail qui valorisent le confort, la productivité et le bien-être. L'environnement physique peut constituer une sérieuse menace au sain développement de l'enfant, puisque les enfants sont plus vulnérables que d'autres aux effets des contaminants environnementaux.

Dans un article récent de la *Revue canadienne de santé publique*, l'auteur Chaudhuri mentionnait le dangereux alliage de la pauvreté, de l'enfance et des dangers de l'environnement. « Non seulement les enfants pauvres vivent-ils dans les quartiers les plus pollués des villes, mais encore tendent-ils également à être moins bien nourris, à vivre dans des logements minables et insalubres, et à avoir des parents qui occupent les emplois les plus dangereux et stressants qui soient »².

Le présent chapitre s'amorce par un bref aperçu du concept du développement durable. Il examine ensuite divers facteurs présents dans les environnements naturel et bâti et qui ont un effet important sur la santé. Les lecteurs qui veulent obtenir des renseignements additionnels sur les sujets traités dans ce chapitre peuvent consulter l'annexe C du document.

Faits saillants

Au Canada, la qualité de l'environnement est relativement bonne dans l'ensemble. Toutefois, les dangers et les problèmes associés à l'environnement physique affectent certains groupes plus que d'autres.

- ◆ Les enfants sont particulièrement vulnérables aux risques environnementaux. Les enfants pauvres ont plus tendance que les autres à être exposés à une foule de contaminants car ils vivent plus souvent au sein de logements insalubres situés dans des quartiers qui côtoient de grands couloirs de circulation et des industries polluantes.
- ◆ La prévalence de l'asthme chez les enfants, une maladie respiratoire extrêmement sensible aux contaminants aéroportés, a augmenté considérablement au cours des vingt dernières années, surtout chez les petits de 0 à 5 ans. Selon les estimations, environ 11 p. 100 des filles et 13 p. 100 des garçons âgés de 0 à 19 ans (plus de 890 000 enfants et adolescents) souffraient d'asthme en 1996-1997.
- ◆ Les enfants et les travailleurs en plein air peuvent être particulièrement vulnérables aux effets d'une couche d'ozone réduite. L'exposition excessive aux UVB peut causer des coups de soleil, le cancer de la peau et l'affaiblissement du système immunitaire, en plus d'accroître le risque de cataractes.

La fumée de tabac ambiante (FTA) constitue un important danger pour la santé au sein de l'environnement bâti.

- ◆ Quelque 300 non-fumeurs canadiens meurent chaque année du cancer du poumon causé par l'exposition à la fumée de tabac ambiante (FTA). Selon les estimations, le nombre de décès attribuables aux maladies cardiaques liées à la FTA pourrait être plus élevé encore.
- ◆ Les bébés et les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables aux effets néfastes de la fumée de tabac ambiante (FTA). En 1995, au moins 1,4 million d'enfants ont été exposés à la FTA à la maison.
- ◆ En 1995, les règlements municipaux protégeaient 63 p. 100 des Canadiens des dangers pour la santé de la fumée de tabac ambiante dans les endroits publics. La nature des restrictions du tabagisme variait d'un lieu à l'autre et dans la plupart des établissements commerciaux, les niveaux les plus faibles de restriction étaient en vigueur.

L'accès à un logement sûr et abordable est devenu une préoccupation majeure pour bon nombre de Canadiens à faible revenu.

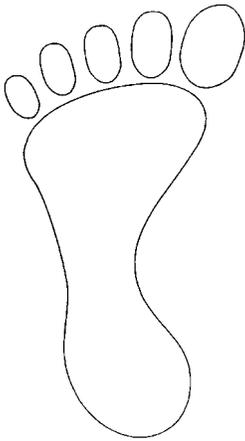
- ◆ En 1996, un nombre croissant de Canadiens, y compris 58 p. 100 des familles monoparentales et 59 p. 100 des personnes âgées vivant dans des ménages à une personne consacraient plus de 30 p. 100 de leur revenu au logement.
- ◆ On estime à 200 000 le nombre de Canadiens sans abri ou vivant dans des taudis. Parmi ces sans-abri, on trouve un nombre croissant de femmes et d'enfants, et d'autres groupes qui vivent des circonstances particulières, dont des adolescents, des personnes souffrant de maladie mentale et des peuples autochtones.

Développement durable et santé

Le *Rapport de la Commission mondiale de l'environnement* définit le développement durable comme « un processus où l'exploitation des ressources viables, la gestion de l'investissement, l'orientation des progrès techniques et le changement institutionnel se réalisent en harmonie et accroissent les possibilités actuelles et futures de combler les besoins et les aspirations de la personne »³.

Ainsi, le développement durable réunit des objectifs économiques, sociaux et environnementaux, et surveille leurs effets sur la santé. Si nos environnements naturel et bâti, notre économie et notre structure sociale ne sont pas durables, alors la santé des Canadiennes et des Canadiens en souffrira inévitablement.

À l'échelle mondiale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue deux grandes catégories de dangers environnementaux qui constituent une menace pour la santé, soit les « dangers traditionnels » associés au manque de développement et les « dangers modernes » liés au développement non durable. Les dangers traditionnels liés à la pauvreté et au sous-développement comprennent le manque d'accès à de l'eau potable, des conditions d'hygiène inadéquates à la maison et dans la collectivité, la pollution de l'air à l'intérieur attribuable à la cuisson et au chauffage, et l'élimination inadéquate des déchets solides. Les dangers modernes sont liés au développement qui se fait sans mesures de protection de la santé et de l'environnement, ainsi qu'à la consommation non viable des ressources naturelles. Tombent sous cette catégorie les changements climatiques, l'appauvrissement de l'ozone de la stratosphère, la pollution atmosphérique urbaine, la pollution de l'eau et la pollution transfrontalière⁴.



Empreinte de pied écologique

Mathis Wackernagel et ses collègues ont élaboré un concept rudimentaire mais utile nommé « l’empreinte de pied écologique », qui mesure la dépendance envers les ressources naturelles servant à se soutenir. L’empreinte de pied écologique d’un pays reflète la quantité d’eau et de sol qu’il utilise pour arriver à produire les ressources qu’il consomme et à absorber les déchets qu’il produit. Wackernagel estime qu’à l’échelle mondiale, il existe environ 1,7 hectare par habitant affecté à l’utilisation humaine et qu’au cours des 30 prochaines années, ce chiffre diminuera jusqu’à 1,0 hectare par habitant environ. En 1993, on estimait à 7,0 hectares par habitant la taille de l’empreinte du Canada. Autrement dit, les Canadiens consomment beaucoup plus que leur part des précieuses ressources mondiales⁵.

Environnement naturel

Cette section examine six aspects de l’environnement naturel, soit l’appauvrissement de la couche d’ozone, le climat, l’air, les toxines de l’environnement, l’eau et les aliments.

Appauvrissement de la couche d’ozone

L’ozone stratosphérique agit comme un filtre naturel qui protège la surface de la terre contre les rayons ultraviolets (UV) du soleil. Une exposition excessive aux rayons UVB provoque des coups de soleil, le cancer de la peau, l’affaiblissement du système immunitaire et augmente le risque de cataractes chez les humains⁶. L’appauvrissement de la couche d’ozone menace tout particulièrement la santé des enfants et des travailleurs en plein air.

Le mélanome, un type souvent mortel de cancer de la peau, résulte d’une exposition intermittente et excessive aux rayons ultraviolets. L’incidence et les taux de décès du mélanome se sont accrus constamment de 1969 à 1985 chez les femmes, et de 1969 à 1989 chez les hommes, moment où les taux globaux se sont mis à fléchir en raison de diminutions au sein des groupes d’âge plus jeunes. En 1999, on estimait à 3 500 le nombre de nouveaux cas de mélanome et à 770 le nombre de décès attribuables au mélanome. L’incidence de nouveaux cas et de décès était à peu près deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes⁷. Dans l’ENSP de 1996-1997, 659 000 Canadiens de 18 ans et plus disaient souffrir de cataractes.

La fabrication et l’émission de substances (chlorofluorocarbures ou CFC) qui appauvrissent la couche d’ozone et qui sont utilisées pour la climatisation, le matériel frigorifique, certains extincteurs de feu, les solvants et les pesticides contribuent à détruire la couche d’ozone. Au Canada, on a remarqué d’importantes variations dans les niveaux mesurés d’ozone stratosphérique au cours des 15 dernières années. Selon Environnement Canada, les niveaux vont de 15 p. 100 au-dessous des niveaux d’avant 1980 en 1993, à 6 p. 100 en 1996 et à 2 p. 100 en 1998.

Le Canada, tout comme les 150 autres pays signataires du Protocole de Montréal de 1987, déploie de sérieux efforts pour éliminer l’usage de substances qui appauvrissent la couche d’ozone. De 1987 à 1996, les nouvelles réserves de ces substances sont passées de 27,8 kilotonnes à 0,8 kilotonne⁸. Cependant, étant donné la longue durée de demi-vie des CFC existants, le problème perdurera au prochain millénaire.

Exposition au soleil et protection du soleil

Exposition au soleil⁹ : Au Canada, l'exposition la plus sérieuse au soleil a lieu durant les mois d'été, au cours du travail en plein air et des activités de loisir. En 1996, une enquête nationale sur l'exposition au soleil et les mesures de protection a révélé que trois travailleurs d'été en plein air sur quatre étaient des hommes, et que 72 p. 100 de ces hommes avaient moins de 45 ans. Deux travailleurs en plein air sur trois (des deux sexes) étaient exposés au soleil durant deux heures ou plus par jour.

Au sein de la population en général, 35 p. 100 des hommes et 21 p. 100 des femmes ont dit passer plus de deux heures de loisirs par jour exposés au soleil pendant les mois d'été. Un adulte sur deux a subi au moins un coup de soleil au courant de l'été. Presque la moitié ont attrapé un coup de soleil en s'adonnant à des loisirs en plein air tandis qu'un tiers se sont trop exposés au soleil en travaillant dehors.

Ce sont les enfants de moins de 12 ans qui sont le plus souvent exposés au soleil. Environ 96 p. 100 des parents ont indiqué que leurs enfants s'exposaient au soleil 30 minutes ou plus par jour, tous les jours de l'été. Plus d'un sur deux déclaraient des expositions solaires de deux heures par jour ou plus. Quarante-cinq pour cent des parents déclaraient qu'un ou plusieurs de leurs enfants avaient subi un coup de soleil durant l'été.

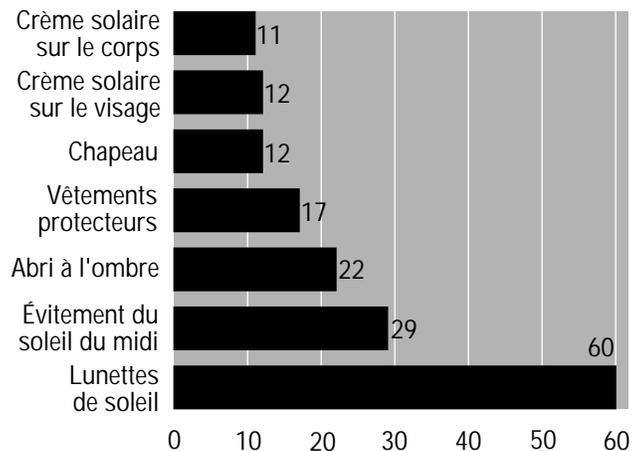
Mesures de protection : Puisque le mélanome et les cataractes résultent d'une exposition excessive au soleil pendant une période prolongée, les dermatologues et autres spécialistes de santé publique ont commencé à recommander aux gens de limiter leur temps d'exposition au soleil du midi. Cet avertissement vaut encore plus pour les enfants, puisque leur peau et leurs yeux sont davantage sensibles aux rayons du soleil et qu'ils risquent d'y être exposés pendant un plus grand nombre d'années que les adultes.

Interrogés au sujet des mesures de protection, 72 p. 100 des adultes canadiens affirment s'abriter à l'ombre, 66 p. 100 évitent le soleil du midi, 53 p. 100 utilisent une crème solaire sur le visage, 42 p. 100 utilisent de la crème solaire sur le corps, 70 p. 100 portent des lunettes de soleil, 59 p. 100 portent un chapeau et 67 p. 100 mettent des vêtements protecteurs.

Il y aurait lieu de déployer des efforts additionnels pour mieux protéger les enfants contre l'exposition excessive au soleil (figure 4.1). Dans le cadre d'une enquête nationale sur l'exposition au soleil et les mesures de protection menée en 1996, 22 p. 100 des parents indiquaient que leurs enfants s'abritaient rarement ou jamais à l'ombre et 29 p. 100 affirmaient qu'ils évitaient rarement ou jamais le soleil du midi. Douze pour cent des parents avouaient également que leurs enfants portaient rarement ou jamais un chapeau, qu'ils ne portaient pas de vêtements protecteurs (17 p. 100), qu'ils utilisaient rarement ou jamais une crème solaire (11 p. 100, 12 p. 100) et qu'ils ne portaient pas de lunettes de soleil (60 p. 100).

Figure 4.1

Mesures sous-utilisées pour réduire l'exposition au soleil des enfants, Canada, 1996



Pourcentage des parents qui déclarent que leurs enfants ont rarement recours ou n'ont pas recours à ces mesures.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur l'exposition au soleil, 1996* (Statistique Canada, n° de catalogue 62M0019XDBGPF).

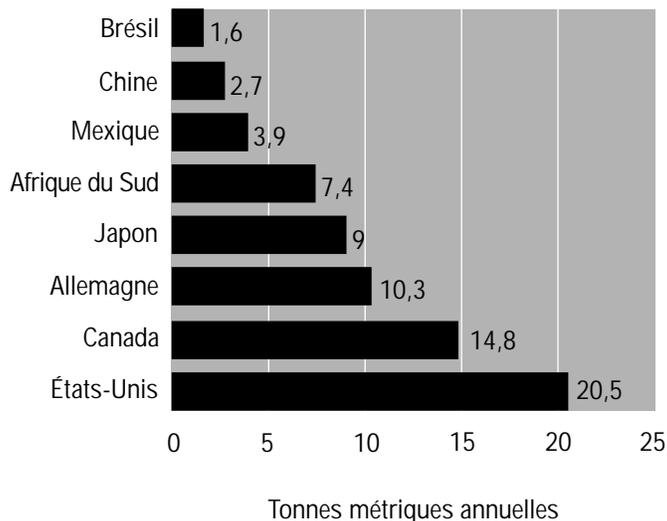
Climat

La température moyenne de l'air à l'échelle mondiale a augmenté d'environ 0,5 degré Celsius au cours du dernier siècle. Puisque le Canada est un pays nordique, il a plus tendance à subir des changements de température accentués que la plupart des autres régions du monde. On prévoit que l'impact du réchauffement continu de la planète sera à la fois favorable et nuisible. Déjà, le Canada connaît des saisons de croissance plus longues et un accroissement des cultures agricoles et forestières dans certaines régions. Néanmoins, il subit aussi plus de mauvais temps et des manifestations de smog plus fréquentes et plus graves. Sur le plan mondial, le réchauffement peut aussi entraîner d'autres conséquences, dont une menace à la salubrité des aliments du monde, la diminution des maladies associées au froid mais l'accroissement de celles associées à la chaleur, et l'apparition éventuelle de maladies tropicales dans des zones à climat tempéré comme le Canada¹⁰.

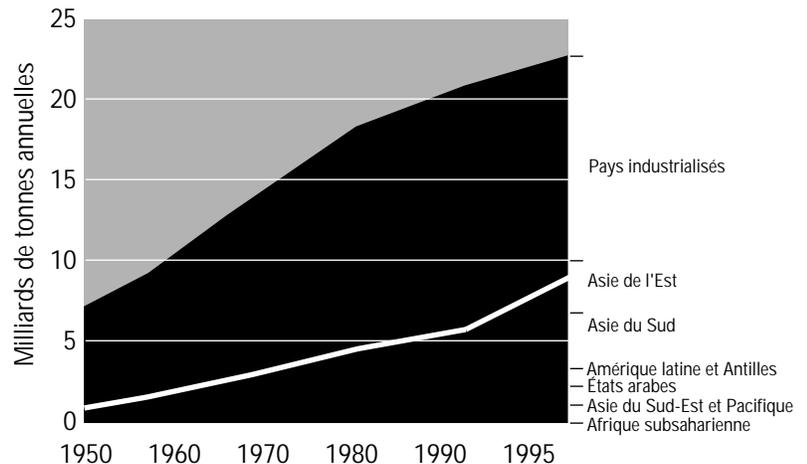
Les études scientifiques portent à croire que les gaz à effet de serre comme le dioxyde de carbone, le méthane et l'oxyde nitreux contribuent à la tendance actuelle au réchauffement de la planète. Une grande partie de la hausse des concentrations mondiales de dioxyde de carbone résulte de l'activité humaine, en particulier la consommation de combustibles fossiles et la déforestation.

Comme l'indique la figure 4.2, les émissions mondiales de dioxyde de carbone en provenance de combustibles fossiles augmentent proportionnellement à la consommation mondiale croissante d'énergie. Le Canada se classe au deuxième rang mondial en ce qui a trait aux émissions de dioxyde de carbone par habitant. La plupart de ces émissions résultent de la consommation de combustibles fossiles.

Figure 4.2 Émissions de CO₂ par habitant, 1995



Émissions mondiales de CO₂, 1950 à 1995



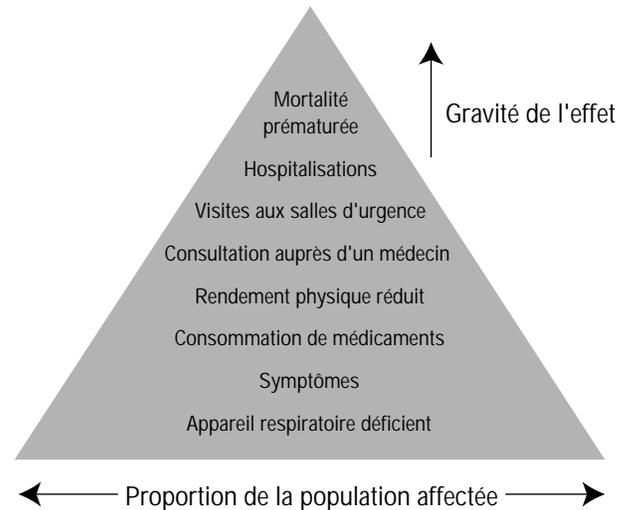
Source : *Rapport mondial sur le développement humain des Nations Unies, 1998*, New York : Oxford University Press, 1998, (CDIAC 1996 : ONU 1996 et 1997; UNESCO 1997; Banque mondiale 1997).

Air

Même si nous avons réduit les niveaux d'une foule de polluants atmosphériques, beaucoup de Canadiens en subissent encore les effets nocifs. On constate à la figure 4.3 que les effets sur la santé de la pollution atmosphérique vont d'effets subtils à l'hospitalisation, voire aux décès prématurés. Une étude récente publiée dans la *Revue canadienne de santé publique* révèle une augmentation considérable des taux de décès dans 11 villes canadiennes, aux pires moments du smog. Bien que les taux varient de ville en ville, l'exposition à la pollution atmosphérique ambiante était associée à un risque accru de décès prématuré dans chacune des 11 villes à l'étude. L'étude concluait que les effets combinés de divers polluants étaient responsables d'un décès non accidentel sur onze¹¹.

Figure 4.3

Effets de la pollution atmosphérique sur la santé



Source : *Outdoor Air and Youth Health: A Summary of Research Related to the Health Effects of Outdoor Air Pollution in the Great Lakes Basin*, Santé Canada, 1996, p. 3. Adapté du *Canadian Respiratory Journal*, 1995, vol. 2, n° 3, p. 155-160.

Qu'est-ce que le smog?

Le terme « smog » décrit la combinaison de fumée et de brouillard de l'atmosphère qui prend souvent l'allure d'une brume jaune brunâtre flottant au-dessus des centres urbains. Le smog est un produit complexe résultant des émissions de moteur et de la pollution industrielle qui tend à se former durant les chaudes journées ensoleillées d'été. L'ozone des basses couches de l'atmosphère est l'ingrédient principal du smog. Des polluants atmosphériques acides sont également présents.

L'un des problèmes de santé liés aux contaminants aéroportés le plus répandu est l'asthme, une maladie respiratoire qui affecte plus de deux millions de Canadiens¹². L'asthme résulte en 49 000 séjours hospitaliers et 198 000 journées passées à l'hôpital chaque année¹³. En plus de nuire grandement à la qualité de vie de nombreux Canadiens, l'asthme impose de fortes dépenses au système national de santé.

On estime que plus de 89 000 enfants canadiens âgés de 0 à 19 ans sont asthmastiques (environ 13 p. 100 des garçons et 11 p. 100 des filles)¹⁴. Plus de la moitié des patients hospitalisés pour cause d'asthme appartiennent à ce groupe d'âge et la majorité ont entre 0 et 4 ans. C'est aussi au sein de ce jeune groupe d'âge que l'on constate la plus rapide hausse du taux d'hospitalisation due à l'asthme. De 1971 à 1995, ces taux ont plus que triplé¹⁵.

Toxines de l'environnement

Les Canadiens s'inquiètent des effets de l'exposition aux substances toxiques sur leur santé, celle de leurs enfants et celle des générations futures. Ils craignent également les répercussions de telles substances sur l'écosystème.

Tous les Canadiens sont exposés à une variété de substances toxiques naturelles et industrielles. La nature et le degré de l'exposition varient grandement d'une région à l'autre et selon diverses habitudes alimentaires¹⁶. Les enfants sont plus vulnérables aux contaminants de l'environnement en raison de leur croissance rapide et de leur immaturité métabolique. Leur plus grande consommation de nourriture, d'air et de liquides en relation avec leur poids corporel les rend particulièrement vulnérables à une exposition excessive à des contaminants qui peuvent s'avérer moins nocifs pour la santé des adultes. De plus, ils amorcent une vie entière d'exposition à des dangers environnementaux cumulatifs auxquels aucune génération avant eux n'a été autant exposée.

Il faut aussi s'inquiéter de l'effet possible de certaines substances chimiques, soit des agents perturbateurs des fonctions endocrines, qui ressemblent à des hormones humaines. Des scientifiques suggèrent l'existence d'un lien entre ces substances ou un alliage de celles-ci et certains problèmes affectant les fonctions de reproduction masculines et féminines, ou l'apparition de certains cancers¹⁷. Il importe de mener des recherches plus poussées pour arriver à démontrer ou à infirmer ces liens.

Eau

Au Canada, la qualité générale de l'eau potable demeure très bonne. Environ 87 p. 100 des Canadiens reçoivent de l'eau potable traitée par la municipalité et le Canada compte l'une des plus faibles incidences de maladies d'origine hydrique au monde¹⁸.

L'incidence des maladies d'origine hydrique est plusieurs fois plus élevée au sein des communautés des Premières nations que de la population en général, en partie parce que les systèmes de traitement de l'eau sont inadéquats ou inexistantes. L'Assemblée des Premières nations, de concert avec Santé Canada, a engagé certaines mesures pour corriger cette situation¹⁹.

Il s'avère crucial de garder propres les ressources naturelles d'eau aux fins de consommation humaine et de loisirs pour assurer la santé de la population. Bien que des efforts concertés aient été déployés pour corriger les abus du passé dans des régions comme les bassins des Grands Lacs et du Saint-Laurent, d'autres sources d'eau continuent de subir les pressions de la pollution industrielle et municipale, du lixiviat de décharge, du ruissellement agricole et d'égouts mal traités²⁰.

Aliments

La salubrité des aliments constitue l'un des préalables essentiels de la santé définis par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé²¹. En 1996-1997, 6 p. 100 des Canadiens (environ 1,5 million de personnes) ont déclaré qu'à un moment quelconque au cours de l'année précédente, leur ménage avait manqué d'argent et n'avait pas été en mesure d'acheter des aliments. De ce groupe, plus d'une personne sur quatre (27 p. 100 ou environ 400 000 Canadiens de 12 ans et plus) a indiqué avoir obtenu des aliments auprès d'une banque alimentaire, d'une soupe populaire ou d'un autre organisme charitable, et 62 p. 100 (910 000) ont dit ne pas toujours avoir assez de nourriture pour s'alimenter.

Ce sont surtout les familles à faible revenu qui affirmaient manquer de nourriture (28 p. 100), recevoir des aliments d'une banque alimentaire ou d'une autre organisation (10 p. 100) et ne pas toujours avoir de quoi manger (21 p. 100). Dans le cas des parents

célibataires, 18 p. 100 des femmes et 8 p. 100 des hommes ont indiqué avoir manqué de nourriture au cours de l'année précédente, 7 p. 100 des mères seules et 3 p. 100 des pères seuls ont indiqué ne pas toujours avoir assez à manger, et 4 p. 100 des femmes et 3 p. 100 des hommes ont dit avoir fait appel aux services d'une banque alimentaire ou d'une autre organisation²².

Un rapport de 1998 de l'Association canadienne des banques alimentaires a révélé que le nombre de Canadiens utilisant les banques alimentaires a plus que doublé entre 1989 et 1998, et que le nombre de collectivités offrant des banques alimentaires a plus que triplé durant la même période. Le rapport indique également qu'en 1998, plus de 250 000 enfants et adolescents de moins de 18 ans ont bénéficié des banques alimentaires. Bien que les enfants et les adolescents ne composent qu'un quart de la population canadienne, ils représentaient 42 p. 100 de la clientèle des banques alimentaires en 1998²³. Ce résultat est conforme à l'accroissement du nombre de familles à faible revenu (chapitre 2) et aux résultats de l'ELNEJ de 1996-1997 portant sur la faim chez les enfants (chapitre 3).

Les pénuries de vivres semblent poser un problème sérieux au sein de certaines collectivités autochtones. Selon l'enquête menée auprès des peuples autochtones en 1993, 8 p. 100 de tous les répondants de 15 ans et plus déclaraient que la disponibilité des vivres avait constitué un problème au cours de l'année précédente. Le pourcentage était le plus élevé chez les peuples inuit (13 p. 100). Au total, 8 p. 100 de tous les Indiens vivant dans des réserves et 9 p. 100 des Indiens vivant hors réserve déclaraient que la disponibilité des vivres avait constitué un problème²⁴.

Pour ce qui est de la qualité, les disponibilités alimentaires dont jouissent les Canadiens figurent parmi les plus salubres au monde. Selon les études sur la diète totale de Santé Canada, les niveaux de contaminants auxquels les Canadiens sont exposés dans leurs aliments sont bien en deçà des normes nationales et internationales²⁵.

Un exemple intéressant de l'interaction complexe entre la nourriture, la culture et l'environnement a été utilisé dans une étude récente relative à la contamination par le mercure au sein des collectivités des Premières nations. Cette étude porte à croire que la présence des contaminants dans l'environnement peut avoir des effets profonds sur le mode de vie des communautés autochtones et que ces effets peuvent parfois dépasser les risques pour la santé physique que posent les contaminants eux-mêmes. Plusieurs communautés des Premières nations voient la santé humaine comme un modèle qui englobe le bien-être physique, affectif, intellectuel et spirituel. Ainsi, la consultation en alimentation peut signifier beaucoup plus pour eux que le retrait d'un aliment d'une diète. Un extrait du rapport illustre ce point de façon particulièrement éloquente : « Les aliments inuit nous procurent santé, bien-être et identité. Ils sont notre façon de vivre. Pour être pleinement en santé, nous devons avoir nos aliments et reconnaître les bienfaits qu'ils nous apportent. Ce ne sont pas les contaminants qui affectent notre âme, mais le fait d'éviter notre nourriture par crainte »²⁶.

Toute discussion portant sur les ressources alimentaires du Canada doit tenir compte de la perte tragique des bancs de morues dans le Canada atlantique et, plus récemment, de la réduction des stocks de saumons en Colombie-Britannique. L'échec du Canada à assurer la viabilité de ces précieux stocks de poissons a durement affecté le statut économique et le mode de vie des familles et des collectivités canadiennes qui vivent de la pêche. La gestion viable des ressources alimentaires naturelles continuera de constituer un défi au cours du prochain millénaire.

Environnement bâti

La plupart des Canadiennes et des Canadiens passent plus de temps à l'intérieur qu'à l'extérieur. Nous faisons autant partie de notre environnement bâti que de notre environnement naturel. Notre environnement bâti comprend nos maisons, nos écoles, nos lieux de travail, nos parcs, nos centres d'affaires et nos routes. Il s'étend au-dessus de nos têtes sous forme de lignes de transmission électrique, sous nos pieds sous forme de sites d'enfouissement des déchets et de wagons de métro, et d'un bout à l'autre du pays, sous forme d'autoroutes. Cette section examine trois aspects de l'environnement bâti, soit la fumée de tabac ambiante, qui constitue un contaminant clé de la qualité de l'air à l'intérieur, de même que le transport et le logement abordable.

Fumée de tabac ambiante

Santé Canada estime que plus de 300 non-fumeurs canadiens meurent chaque année du cancer du poumon causé par l'exposition à la fumée de tabac ambiante (FTA)²⁷. Le nombre de personnes qui meurent de maladies cardiaques attribuables à la FTA est probablement plus élevé, car des chercheurs ont estimé qu'au moins 10 fois plus de non-fumeurs meurent de maladies cardiaques liées à la FTA que de cancer du poumon²⁸.

Nombre de municipalités restreignent maintenant l'usage du tabac dans les endroits publics dans le but de protéger la santé des fumeurs comme des non-fumeurs. En 1995, les règlements municipaux sur les lieux sans fumée touchaient 63 p. 100 de la population canadienne. La nature des restrictions sur la pratique du tabagisme imposées par les municipalités variait des restrictions faibles (zones désignées et non ventilées où l'on peut fumer) aux restrictions très strictes (interdiction totale avec disposition explicite d'application). Dans les endroits commerciaux (restaurants et centres commerciaux), les

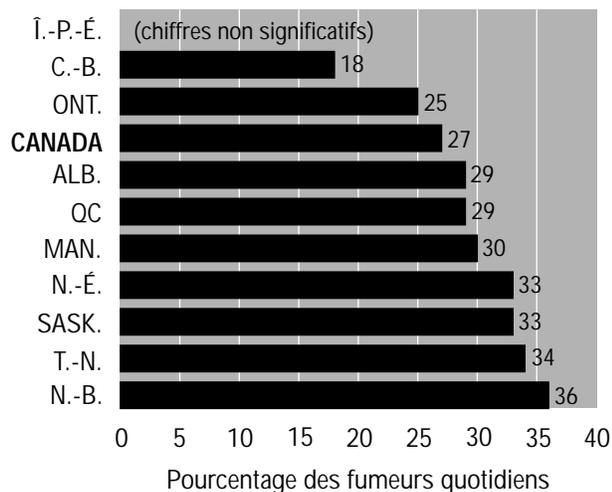
exigences les plus répandues concernaient des zones pour fumeurs désignées et non ventilées²⁹.

On a noté d'importantes variations interprovinciales quant aux restrictions municipales imposées au tabagisme. Les populations concernées par les règlements étaient réparties de façon inégale d'une province à l'autre, allant de 3 p. 100 à Terre-Neuve à 81 p. 100 en Ontario. Dans la plupart des provinces, les règlements municipaux couvraient plus de gens en 1995 qu'en 1991, sauf au Manitoba, où ils en couvraient moins³⁰.

Les femmes enceintes, les fœtus et les jeunes enfants sont particulièrement affectés par la FTA, dont les effets comprennent les complications de la grossesse et l'insuffisance pondérale à la naissance, un risque accru du syndrome de mort subite du nourrisson, un accroissement du nombre d'otites, un développement réduit des poumons et des cas aggravés d'asthme et d'autres maladies respiratoires³¹.

Figure 4.4

Pourcentage de fumeurs quotidiens* ayant au moins un enfant (moins de 15 ans) qui permettent la pratique du tabagisme à la maison, selon la province, Canada, 1995



* Fumeurs âgés de 15 ans ou plus qui vivent dans une maison où la pratique du tabagisme est permise.

Source : Statistique Canada, *Enquête sociale générale 1995 (cycle 10)*, totalisations spéciales de la Division des statistiques sociales, du logement et des familles.

En 1995, au moins 1,4 million d'enfants canadiens ont été exposés à la FTA dans leur propre demeure. La majorité de ces enfants vivaient avec des parents de 25 à 44 ans, soit le groupe d'âge qui fume le plus grand nombre de cigarettes par jour. On a observé un lien direct entre le niveau de scolarité des fumeurs et leur aptitude à restreindre leur habitude du fumer au foyer. Plus les fumeurs quotidiens étaient instruits, plus ils avaient tendance à limiter d'une façon quelconque leur pratique du tabagisme à la maison³².

À l'échelle provinciale (figure 4.4), environ le tiers des fumeurs quotidiens de Terre-Neuve, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de la Saskatchewan ont potentiellement exposé au moins un enfant à la FTA. Au Québec, les fumeurs quotidiens vivant dans des endroits où l'on ne restreignait pas la consommation de tabac ont potentiellement exposé au moins 491 000 enfants à la FTA à la maison, ce qui représente le groupe le plus important de toutes les provinces.

Une étude de lieux de travail sans fumée effectuée en 1994 a révélé que 26 p. 100 des employés et 11 p. 100 des employées travaillaient dans des milieux non assujettis à des restrictions de l'usage du tabac. Les travailleurs du Québec étaient les plus susceptibles de travailler dans des endroits où l'on pouvait fumer « n'importe où » (30 p. 100) et « presque partout » (13 p. 100).³³

Transport

La plupart des Canadiens jouissent d'un degré élevé de mobilité et de liberté personnelle, grâce surtout à l'automobile. En 1993, on dénombrait plus de 12 millions d'automobiles au pays, soit un rapport de presque une auto pour deux personnes. Cependant, cet amour de l'automobile a son prix. L'utilisation répandue et fréquente des voitures diminue la qualité de l'air. Les embouteillages produisent du stress et les collisions de la route blessent et tuent. Chaque année, les collisions de la route sont responsables de près de la moitié des morts accidentelles au Canada. Elles constituent la troisième cause générale de décès et la principale cause de décès des enfants et des jeunes gens de moins de 35 ans³⁴.

La marche et le cyclisme constituent deux des modes de transport parallèles les plus populaires. Nombre de conducteurs canadiens déclarent qu'ils marcheraient ou rouleraient à bicyclette davantage si les rues et les collectivités étaient aménagées de façon à mieux accommoder cette pratique³⁵. Puisque la majorité des Canadiens ne sont pas suffisamment actifs pour rehausser leur état de santé, le fait d'appuyer davantage ces formes actives de transport servirait autant à améliorer la santé individuelle que la qualité de l'air collectif.

Selon le Recensement de 1996, 73 p. 100 des travailleurs canadiens se rendent au travail dans leur propre automobile, 7 p. 100 sont passagers à bord d'un véhicule privé, 10 p. 100 utilisent une forme quelconque de transport public, 7 p. 100 marchent et 1 p. 100 se rendent au travail à bicyclette.

Les hommes sont plus susceptibles (79 p. 100) de se rendre au travail en voiture que les femmes (67 p. 100). Les femmes ont plus tendance que les hommes à se rendre au travail comme passager, à emprunter les transports publics ou à marcher. Les hommes (1,6 p. 100) sont légèrement plus susceptibles que les femmes (0,6 p. 100) d'aller au travail à bicyclette.

Logement abordable

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé reconnaît le logement adéquat comme étant un préalable de base de la santé. Il existe, au niveau du logement, divers facteurs qui peuvent avoir des effets néfastes sur la santé, dont l'inaccessibilité de l'eau courante et des installations sanitaires, des niveaux élevés de bruit, la piètre qualité de l'air à l'intérieur, des systèmes inadéquats d'entreposage et de collecte des déchets, l'entassement humain,

le mauvais éclairage, les vices de construction et la vermine³⁶. En 1991, la Société canadienne d'hypothèques et de logement déclarait qu'un ménage de locataires sur cinq au pays vivait dans un logement inadéquat ou impropre³⁷. En 1993, les Autochtones indiquaient à maintes reprises que la piètre qualité du logement constituait un problème majeur au sein de leurs collectivités. Un logement inadéquat et des aires de vie entassées sont autant de facteurs aptes à accroître le taux d'infections respiratoires et autres maladies contagieuses chez les enfants autochtones, comparativement aux taux applicables aux enfants non autochtones.

De 1991 à 1996, le nombre de Canadiens qui sont propriétaires de leur domicile s'est accru de 10 p. 100. Mais en même temps, le coût du logement est devenu moins abordable pour nombre d'autres Canadiens. De 1991 à 1996, les coûts moyens du logement pour les propriétaires ont diminué d'environ 1 p. 100, tandis que le revenu moyen des ménages a baissé de 5 p. 100. Chez les locataires, les coûts moyens du logement ont diminué de 3 p. 100 et les revenus moyens des ménages, de 12 p. 100. Les jeunes Canadiens ont été les plus durement frappés. Chez les moins de 30 ans, le revenu moyen des ménages a chuté de plus de 17 p. 100, alors que le loyer n'a diminué que de 5 p. 100. Par conséquent, 43 p. 100 des locataires ont connu un problème d'accès à un logement abordable, c'est-à-dire que plus de 30 p. 100 de leur revenu allait au loyer, contre 17 p. 100 pour les propriétaires³⁸.

En 1996, 27,3 p. 100 des couples de locataires sans enfant avaient un problème d'abordabilité. Ce nombre a augmenté à 30 p. 100 dans le cas des couples ayant des enfants, à 51 p. 100 dans le cas des ménages d'une personne, à 58 p. 100 dans le cas des familles monoparentales et à 76 p. 100 dans le cas des parents seuls de moins de 30 ans. On a également noté de grands problèmes d'accès à un logement abordable (taux de 59 p. 100) parmi les Canadiens de 65 ans et plus vivant dans des ménages d'une seule personne³⁹.

Ces résultats reflètent le nombre croissant de jeunes familles à faible revenu au Canada au début des années 90 (chapitre 2). Parallèlement, les réductions des dépenses publiques en matière de logement social ont poussé un nombre grandissant de familles avec enfants à chercher un abri dans le marché privé, où le logement peut être plus coûteux et de moindre qualité que le logement subventionné sans but lucratif⁴⁰.

Personnes sans-abri

C'est le problème des personnes sans-abri qui confirme le plus éloquemment la nécessité d'un logement adéquat pour assurer la santé. Les sans-abri souffrent d'une gamme de problèmes de santé chroniques attribuables à leur extrême pauvreté, au manque d'abri stable et à l'exposition aux éléments lorsqu'ils vivent dans la rue. Ils sont moins aptes à recevoir des soins médicaux adéquats et ont très souvent recours aux services d'urgence⁴¹.

Les causes du problème sont complexes et comprennent la pauvreté, les changements au niveau du marché du logement, les réductions des prestations d'aide sociale, la violence familiale et les changements dans la prestation des services de santé mentale. Par conséquent, les Canadiens sans-abri incluent des nombres croissants de femmes, d'enfants et d'autres groupes dont la situation est particulière comme les adolescents, les personnes souffrant de maladie mentale et les peuples autochtones⁴². Une étude menée par Beavis mentionne ces facteurs ainsi que la marginalisation socio-économique, le piètre état du logement et les conditions très médiocres dans les réserves et d'autres collectivités éloignées comme des facteurs de risque majeurs de l'itinérance autochtone. L'auteur note également que « la majorité des fugueurs et des jeunes de la rue qui habitent les villes en bordure du Pacifique sont des Autochtones, et il s'agit plus souvent de femmes que d'hommes »⁴³.

Bien qu'il soit difficile d'estimer le nombre total des sans-abri, on estimait, dès 1986, que le nombre de Canadiennes et de Canadiens sans domicile fixe ou vivant dans des logements insalubres s'établissait entre 130 000 et 200 000⁴⁴. Tout porte à croire que ce nombre continue de grandir. Par exemple, plusieurs groupes ont estimé qu'à Toronto, 25 000 personnes étaient sans abri en 1996, soit le double du nombre de sans-abri en 1994. Le centre d'hébergement Good Shepherd Hostel a déclaré une augmentation de 30 p. 100 des personnes ayant utilisé cet abri entre 1995 et 1996, et la Metro Children's Aid Society déclarait une augmentation de 33 p. 100 des ménages utilisant ses installations ainsi qu'une hausse de 52 p. 100 des familles en centre d'hébergement, durant la même période⁴⁵.

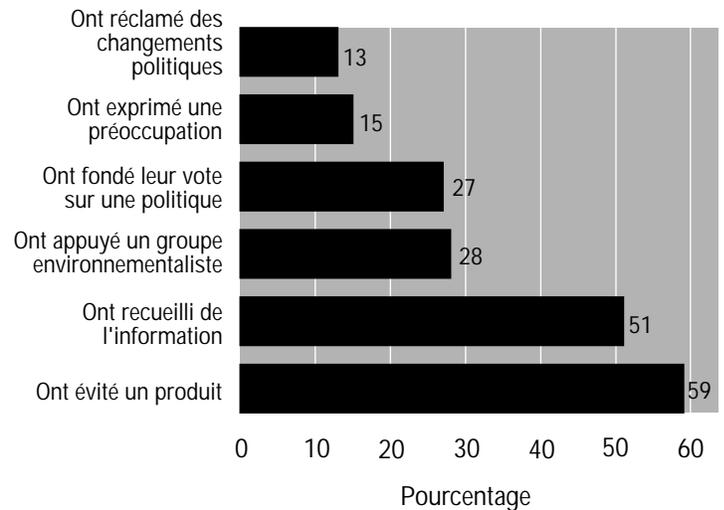
Une étude d'Environics effectuée en 1998 a révélé que le public appuyait fortement l'adoption de mesures pour contrer ce problème. Plus de 80 p. 100 des répondants ont exprimé leur désaccord avec l'énoncé suivant : « Le fait de ne pas avoir de domicile fixe ne nuit véritablement qu'aux personnes sans-abri et n'entraîne aucun coût réel pour le reste de la société ». Plus de 80 p. 100 croient que « la population itinérante change et inclut désormais plus de jeunes, de femmes et de familles qu'auparavant ». Et plus d'un Canadien sur deux a accepté la notion selon laquelle « gouvernements doivent dépenser davantage pour prévenir l'itinérance, même si les fonds doivent provenir d'autres domaines, voire de hausses des impôts »⁴⁶.

Une analyse de la documentation menée en 1996 par Novac conclut que « l'itinérance » et la violence sont inextricablement liées dans le cas des femmes. Novac note que « les femmes sans-abri qui ont des antécédents de rupture et de violence familiale distinguent le fait d'être logé du fait d'être en sécurité; « l'itinérance » est donc un problème pour les femmes, mais c'est également une stratégie pour fuir la violence. La relation entre la violence et l'itinérance chez les femmes est complexe, puisque le risque de violence s'accroît aussi lorsque les femmes sont sans-abri. »⁴⁷.

Une étude récente de Caputo et de ses collègues concluait que les jeunes de la rue forment un groupe hétérogène et que la gravité de leurs problèmes continue de susciter un débat. Ils notent « qu'une des principales raisons de s'engager dans des activités illégales, comme le vol, le vol à l'étalage ou avec effraction, consiste à acquérir les ressources nécessaires pour répondre aux besoins fondamentaux de la vie dans la rue. En outre, la participation au mode de vie de la rue comprend la consommation d'alcool et d'autres drogues, les activités sexuelles à risque élevé et les dangers de la vie marginale, qui incluent la violence et d'autres menaces au bien-être physique et affectif de ces jeunes gens »⁴⁸.

Figure 4.5

Pourcentage des personnes qui ont agi en faveur de l'environnement au cours de l'année précédant l'enquête, 18 ans ou plus, Canada, 1997-1998



Source : Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor*, 1998, cycle 1.

Ce que font les Canadiens

En 1997-1998, en plus d'adopter des modes parallèles de transport actif, beaucoup d'adultes canadiens ont déclaré avoir pris une série de mesures pour préserver leur environnement physique ou pour protéger leur santé contre les risques perçus de l'environnement. Parmi les mesures employées pour préserver l'environnement, les plus répandues étaient le recyclage ou le compostage, des activités auxquelles s'adonnaient 88 p. 100 des Canadiens. Soixante-quatre pour cent des Canadiens ont acheté des produits écologiques et 69 p. 100 ont déclaré utiliser des appareils qui réduisent la consommation d'énergie. Dans chacun de ces domaines, les femmes s'avéraient plus entreprenantes que les hommes. Il en allait de même des Canadiens ayant un niveau de scolarité plus élevé, surtout les diplômés universitaires⁴⁹.

La figure 4.5 illustre en quoi les Canadiens sont de plus en plus enclins à prendre position au niveau politique ou public pour faire valoir leurs préoccupations relatives à l'environnement. Plus de la moitié des adultes (59 p. 100) disaient avoir évité certains produits de consommation pour des raisons environnementales l'année précédente, tandis que nombre d'autres recueillaient de l'information sur les questions environnementales (51 p. 100), et votaient pour ou contre certains candidats ou partis politiques en fonction de leurs positions face à l'environnement (27 p. 100).

Les nombreux efforts collectifs déployés par les Canadiens et Canadiennes en vue d'améliorer et de protéger l'environnement de leurs collectivités et de soutenir les actions de groupe visant la sauvegarde de divers aspects de l'environnement physique ont servi à enrichir les contributions individuelles. En 1997-1998, 28 p. 100 des Canadiens disaient appuyer un groupe de défense de l'environnement.

Commentaires

Développement durable

En ce qui a trait à l'établissement et au maintien d'un environnement physique propice à la santé, notre plus grand défi consiste sûrement à créer une société plus viable. Le développement durable fait appel à une approche équilibrée où la vitalité économique, l'intégrité de l'environnement, le développement humain et le bien-être social sont tous pris en compte et également soupesés au moment de prendre les décisions. Cet équilibre ne doit pas se limiter à un contexte canadien, mais s'étendre à l'échelle mondiale. La stratégie qui vise à encourager les Canadiens et les institutions canadiennes à « penser à l'échelle planétaire mais à agir à l'échelle locale » s'avère toujours une stratégie valable.

Environnement naturel

Dans l'environnement naturel, la réduction des émissions de combustibles fossiles constitue une priorité immédiate applicable à long terme. La consommation de combustibles fossiles est la cause première des changements climatiques et de la pollution atmosphérique. Les deux problèmes sont également liés du point de vue de la santé. Au fur et à mesure du réchauffement du climat mondial, la pollution de l'air et la production de smog s'accroissent, ce qui augmente l'incidence des maladies respiratoires et des décès qui s'ensuivent.

Le Protocole de Kyoto de décembre 1997 a fixé les objectifs de réduction des émissions pour l'an 2012. Le Canada a accepté de réduire ses émissions de gaz à effet de serre de 6 p. 100 sous les niveaux de 1990, entre 2008 et 2012. La santé et la qualité de vie des

Canadiens et des autres bénéficieront grandement de la mise en œuvre à court et à long terme de stratégies intersectorielles afin d'accroître l'efficacité énergétique et de réduire les émissions de combustibles fossiles. La réduction de la pollution atmosphérique apportera aussi une baisse des milliards de dollars perdus dans des décès prématurés et alloués aux services de santé pour traiter l'asthme et d'autres maladies respiratoires.

Environnement bâti

Dans l'environnement bâti, la qualité de l'air est sérieusement compromise par la fumée de tabac ambiante qui nuit beaucoup à la santé, particulièrement à celle des enfants. Il faut poursuivre les mesures concertées à cet égard.

Les données du présent chapitre laissent croire que le Canada est aux prises avec une crise du logement abordable. Même si les revenus familiaux et le financement du logement social ont diminué en maints endroits, les coûts du logement sont demeurés élevés, surtout pour les locataires. Une des façons les plus rapides et les plus directes de réduire les inégalités socio-économiques mentionnées au présent rapport consiste à accroître l'accès au logement abordable pour tous les Canadiens. Collaborer avec les peuples autochtones dans les réserves et ailleurs pour leur assurer un logement adéquat tant en quantité qu'en qualité doit être absolument prioritaire.

On s'entend de plus en plus à dire que l'itinérance dans un des pays les plus riches du monde est une honte nationale et communautaire qui doit être corrigée. Une étude récente qui se penchait sur les prédicteurs de l'utilisation de centres d'hébergement et de la stabilité du logement qui s'ensuit pour une cohorte de familles de New York a révélé que le logement subventionné était le meilleur prédicteur de la stabilité résidentielle, après la vie en centre d'hébergement. Les probabilités de stabilité étaient 21 fois plus grandes pour les familles qui recevaient des subventions de logement que pour celles qui n'en avaient pas. Comparativement à la disponibilité du logement abordable, les problèmes de santé physique ou mentale ne causaient pas l'itinérance de façon significative et n'empêchaient pas non plus la stabilité ultérieure⁵⁰.

Cette étude propose que le réinvestissement dans le logement social par tous les niveaux de gouvernement est la meilleure façon de soulager la crise actuelle de l'accès au logement et des sans-abri. C'est aussi la meilleure façon de prévenir l'itinérance.

Comme le chapitre en fait preuve, les Canadiens ont démontré un intérêt croissant et fait apart de leurs préoccupations à l'égard des questions liées à l'environnement physique et à la santé. Les décideurs et les dirigeants responsables de la gestion des dangers de l'environnement pour la santé doivent s'assurer que le public est informé et qu'il participe au processus décisionnel. Parallèlement, les groupes qui travaillent à des questions différentes mais connexes doivent être encouragés à collaborer et à former de solides alliances, dans la poursuite d'objectifs communs. Comme le signale le présent rapport, la santé des enfants, la protection de l'environnement, l'information des consommateurs et la distribution du revenu sont indissociables.

Bien que nombre de questions demeurent sans réponse dans l'environnement physique, deux domaines ressortent particulièrement pour les futures initiatives de recherche. Le premier est le besoin de répondre à de grandes questions sur les effets des contaminants environnementaux et les modifications de la santé humaine, surtout en ce qui concerne les enfants.

Au Sommet de Denver de 1997, la Déclaration de 1997 des huit pays sur la santé de l'environnement des enfants (dont le Canada est signataire) a repéré sept secteurs de préoccupation qui nécessitent des études plus poussées et un échange d'information sur le plan des politiques et des programmes correcteurs :

- accroître notre compréhension des expositions et des sensibilités propres aux bébés et aux enfants aux contaminants de l'environnement, et échanger de l'information sur les décisions pertinentes en matière de normes et de réglementation;
- réduire davantage l'exposition des mères et des enfants au plomb;
- assurer la sûreté microbiologique de l'eau potable pour toutes les familles canadiennes;
- réduire les menaces à la qualité de l'air;
- réduire l'exposition des femmes enceintes, des enfants et des adolescents à la fumée de tabac ambiante;
- réduire les menaces à la santé des enfants provenant d'agents qui perturbent les fonctions endocrines;
- réduire l'effet des changements climatiques mondiaux sur la santé des enfants⁵¹.

Le deuxième domaine d'enquête connexe concerne les effets des agents environnementaux qui perturbent les fonctions endocrines sur les fonctions de reproduction humaines. L'annonce récente de l'initiative de recherche sur les substances toxiques aidera à faire la lumière sur cette question⁵².

Notes en fin de chapitre — Chapitre 4

1. Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor, 1997*, cycle 4, Toronto, Environics, 1997.
2. Chaudhuri, N., « Child Health, Poverty and the Environment: The Canadian Context », dans "What on Earth? A National Symposium on Environmental Contaminants and Children's Health", *Revue canadienne de santé publique*, n° 89, supplément 1 (1998), p. 26-30.
3. Nations Unies, *Environmental Perspective to the Year 2000 and Beyond*, New York, Nations Unies, 1987.
4. Organisation mondiale de la santé, *Health and Environment in Sustainable Development: Five Years After the Earth Summit*, Genève, OMS, 1997.
5. Wackernagel, M., L. Onisto, A.C. Linares et coll., *Ecological Footprints of Nations: The Rio+5 Forum Study*, Mexique, Université Anahuac de Xalapa, 1997.
6. Organisation mondiale de la santé, *The Sundsvall Handbook*, troisième conférence internationale sur la promotion de la santé, Suède, du 9 au 15 juin 1991.
7. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1999*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 1999.
8. Santé Canada, *La santé et l'environnement : Partenaires pour la vie*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997.
9. Statistique Canada, *Enquête sur l'exposition au soleil, 1996*, (n° de catalogue 62M0019XDBGPF).
10. Last, J., T. Guidotti, C. Hertzman, M. Linesman et coll., *Implications of Global Change for Human Health*, Société royale du Canada, 1995.
11. Burnett, R., S. Cakmak et J.R. Brook, « The Effect of Urban Ambient Air Pollution Mix on Daily Mortality Rates in 11 Canadian Cities », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 89, n° 3, 1998, p. 152-156.

12. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.
13. Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, totalisations inédites, 1998.
14. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.
15. Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, totalisations inédites, 1998.
16. Santé Canada, *La santé et l'environnement : Partenaires pour la vie*.
17. Chaudhuri, N., « Child Health, Poverty and the Environment: The Canadian Context ».
18. Santé Canada, *La santé et l'environnement : Partenaires pour la vie*.
19. *Ibidem*.
20. Organisation de coopération et de développement économiques, *Environmental Performance Reviews: Canada*, Paris, OCDE, 1996.
21. Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique (ACSP), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986.
22. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.
23. Association canadienne des banques alimentaires, *Hunger Count 1998: A Report on Emergency Food Assistance in Canada*, Ottawa, ACBA, 1998.
24. Statistique Canada, « Langue, tradition, santé, mode de vie et questions sociales », *Enquête auprès des peuples autochtones de 1991*, Ottawa, Statistique Canada, 1993.
25. Santé Canada, *La santé et l'environnement : Partenaires pour la vie*.
26. Gilman, A., E. Dewailly, M. Feeley et coll., *Canadian Arctic Contaminants Assessment Report*, Ottawa, ministère des Affaires indiennes et du Nord, 1997.
27. Makomaski Illing, E.M., et M.J. Kaiserman, « Mortality Attribuable to Tobacco Use in Canada and Its Regions, 1991 », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 86, n° 4, 1995, p. 257-265.
28. U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Environmental Protection Agency, *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*, Washington, U.S. Environmental Protection Agency, 1993.
29. Santé Canada, *Règlements sur le tabac au Canada, 1991*, Ottawa, Santé Canada, Direction de l'hygiène du milieu, 1992.
30. Stephens, T. and Associates et Goss Gilroy Inc., *A Survey of Smoking Policies in Various Settings in Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1997.
31. U.S. Department of Health and Human Services, *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, U.S. Public Health Service, Centres for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 1994.
32. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 10 : la famille (1995)*, totalisations spéciales réalisées par la Division des statistiques sociales du logement et des familles.
33. Santé Canada, *Enquête sur le tabagisme au Canada, Quartier 2, 1994*, fiches techniques n° 7, Santé Canada, 1994.
34. Transports Canada, *Statistiques sur les collisions de la route au Canada, 1997*, Ottawa, Transports Canada, 1999, <http://www.tc.gc.ca/securiteroutiere/stats/stats97/st97indf.htm>
35. Statistique Canada, « Recensement de 1996 : activités sur le marché du travail, profession et industrie, lieu de travail, mode de transport pour se rendre au travail et travail non rémunéré », *Le Quotidien*, 17 mars 1998.
36. Organisation mondiale de la santé, *Health and Environment in Sustainable Development: Five Years After the Earth Summit*.
37. Toronto Coalition Against Homelessness, *One is Too Many: Findings and Recommendations of the Panel of Public Enquiry Into Homelessness and Street Deaths in Toronto*, Toronto, Coalition, 25 mai 1996.
38. Statistique Canada, « Recensement de 1996 : ménages privés, coûts d'habitation et caractéristiques socioéconomiques des familles », *Le Quotidien*, 9 juin 1998.

39. *Ibidem.*
40. Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants canadiens, 1998*, Ottawa, CCDS, 1998, p. 26.
41. Novac, S., J. Brown et C. Bourbonnais, *Elle ont besoin de toits : analyse documentaire sur les femmes sans-abris*, 1996, http://www.cmhc-schl.gc.ca/Recherche/Sansabri/F_resear.html
42. Association canadienne de santé publique, *Position Paper on Homelessness and Health*, Ottawa, ACSP, 1997.
43. Beavis, M., N. Klos, T. Carter et coll., *Les Autochtones sans abri*, 1997, <http://www.cmhc-schl.gc.ca/Recherche/Sansabri>
44. Begin P., *Homelessness in Canada. Current Issue Review*, 89-8E, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1994, (n° de catalogue YM32-1/89-8-1994-09E).
45. Toronto Coalition Against Homelessness, *One is Too Many: Findings and Recommendations of the Panel of Public Enquiry Into Homelessness and Street Deaths in Toronto*.
46. Environics, *Sondage sur l'attitude des Canadiens à l'égard de l'itinérance, résultats des sondages de juin 1996 et de mars 1997*, 1998. http://www.cmhc-schl.gc.ca/Recherche/Sansabri/F_resear.html
47. Novac, S., J. Brown et C. Bourbonnais, *Elle ont besoin de toits : analyse documentaire sur les femmes sans-abris*.
48. Caputo, T., R. Weiler et J. Anderson, *Étude sur le style de vie de la rue*, Santé Canada, 1997, (n° de catalogue H39-382/1997F).
49. Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor, 1998*, cycle 1, Toronto, Environics, 1998.
50. Shinn, M., B. Weitzman, D. Stojanovic et coll., « Predictors of Homelessness among Families in New York City: From Shelter Request to Housing Stability », *American Journal of Public Health* 88, n° 115 (novembre 1998), p. 1651-1657.
51. Éditeurs, « 1997 Declaration of the Environmental Leaders of the Eight on Children's Environmental Health », dans "What on Earth? A National Symposium on Environmental Contaminants and Children's Health", *Revue canadienne de santé publique*, n° 89, supplément 1 (1998), p. 5-8.
52. Santé Canada et Environnement Canada, *Initiative de recherche sur les substances toxiques*. Voir le site Web de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/main/hc/web/ehp/dhm/irsti/index.htm>



Habitudes de santé personnelles

« Aujourd’hui, on reconnaît plus que jamais le rôle important de l’environnement socio-économique dans la détermination des habitudes de vie personnelles. »

— Association canadienne de santé publique, *Incidences des conditions et des politiques socio-économiques sur la santé : Conséquences au plan de la politique publique, 1997.*

L existe une vaste gamme d’habitudes de santé personnelles qui influent sur la santé des Canadiennes et des Canadiens. Cela dit, il semble de plus en plus acquis que les choix « personnels » face au mode de vie sont largement influencés par l’environnement socio-économique au sein duquel les gens vivent, s’instruisent, travaillent et se reproduisent. Le présent chapitre examine huit habitudes de santé importantes : la consommation d’alcool et l’usage du tabac, l’utilisation de drogues illicites, des méthodes de protection choisies, les comportements sexuels qui accroissent le risque de maladies transmises sexuellement (MTS), le dépistage du VIH, l’activité physique, les saines habitudes alimentaires et le jeu. Les tendances du poids corporel, qui résulte en grande partie de l’activité physique et des habitudes alimentaires, sont également abordées. Les efforts des Canadiens pour se protéger et pour protéger leurs enfants de l’exposition excessive au soleil sont présentés au chapitre 4. Des renseignements sur les effets du revenu, du niveau d’instruction et d’autres facteurs déterminants sur les habitudes de santé personnelles ont été fournis lorsqu’ils étaient disponibles.

Faits saillants

Les Canadiens font des efforts impressionnants pour améliorer leur santé.

- ◆ Presque la moitié de la population canadienne de 12 ans ou plus a déclaré avoir modifié certaines habitudes dans le but d'améliorer sa santé dans l'année précédant l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997.
- ◆ En général, les taux de tabagisme ont chuté de façon remarquable chez les Canadiens de 15 ans et plus, allant de 47 p. 100 en 1970 à 30 p. 100 en 1990. Depuis, on a noté certaines fluctuations, mais aucune tendance nette des taux de tabagisme généraux.
- ◆ Il y a eu une baisse marquée des collisions de la route mortelles au cours des vingt dernières années. Cette baisse est attribuable, en partie du moins, au port accru de la ceinture de sécurité et au fait que les gens conduisent de moins en moins avec facultés affaiblies.

Il n'en demeure pas moins qu'on peut améliorer de beaucoup les habitudes de santé personnelles. Compte tenu des taux élevés de stress chez les jeunes décrits dans d'autres chapitres du rapport, il n'est pas surprenant que les habitudes de santé néfastes constituent une menace particulière pour les adolescents et les jeunes adultes.

- ◆ Les taux de tabagisme ont augmenté considérablement au cours des cinq dernières années chez les adolescents et les jeunes, surtout chez les jeunes femmes. Chez les jeunes filles de 12 à 19 ans, ils sont nettement supérieurs à ceux des jeunes hommes.
- ◆ Les taux d'usage du tabac chez les peuples autochtones sont le double du taux général du Canada. Les enfants autochtones commencent à fumer et à consommer de l'alcool et des drogues beaucoup plus tôt que les enfants issus de la population en général.
- ◆ Le taux de consommation de drogues multiples, surtout la combinaison d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes du secondaire, a augmenté considérablement, du moins dans les régions étudiées.
- ◆ Les comportements à risques multiples, y compris les combinaisons dangereuses comme la consommation d'alcool ou de drogues et la conduite automobile, ou l'alcool, les drogues et les relations sexuelles sans protection, demeurent particulièrement élevés chez les jeunes gens, surtout les jeunes hommes.
- ◆ Au Canada, la proportion d'hommes et de femmes au poids excessif a augmenté régulièrement entre 1985 et 1996-1997, passant de 22 p. 100 à 34 p. 100 chez les hommes, et de 14 p. 100 à 23 p. 100 chez les femmes.
- ◆ Les taux d'activité physique chutent rapidement avec l'âge et on note de grandes différences entre les hommes et les femmes. Chez les 12 à 14 ans, 54 p. 100 des garçons et 33 p. 100 des filles étaient actifs dans leurs loisirs. Rendu à l'âge de 20 à 24 ans, le pourcentage des hommes actifs baissait à 39 p. 100 et celui des femmes, à 22 p. 100.
- ◆ En 1994-1995, 51 p. 100 des femmes de 15 à 19 ans sexuellement actives qui avaient plus d'un partenaire sexuel et 29 p. 100 des hommes du même groupe d'âge déclaraient avoir eu des rapports sexuels sans condom au cours de l'année précédente. Chez les 20 à 24 ans, 53 p. 100 des femmes sexuellement actives et 44 p. 100 des hommes déclaraient avoir eu des rapports sexuels sans condom au cours de l'année précédente.

L'utilisation de drogues injectables (UDI) en relation avec l'infection à VIH et l'hépatite C constitue une préoccupation majeure.

- ◆ En 1997, 20 p. 100 des cas de sida chez les adultes résultaient de l'utilisation de drogues injectables, comparativement à moins de 2 p. 100 avant 1990 et à 5 p. 100 en 1993.
- ◆ L'on croit que 70 p. 100 des infections virales d'hépatite C pourraient être liées à l'utilisation de drogues.

Tendances des habitudes de santé

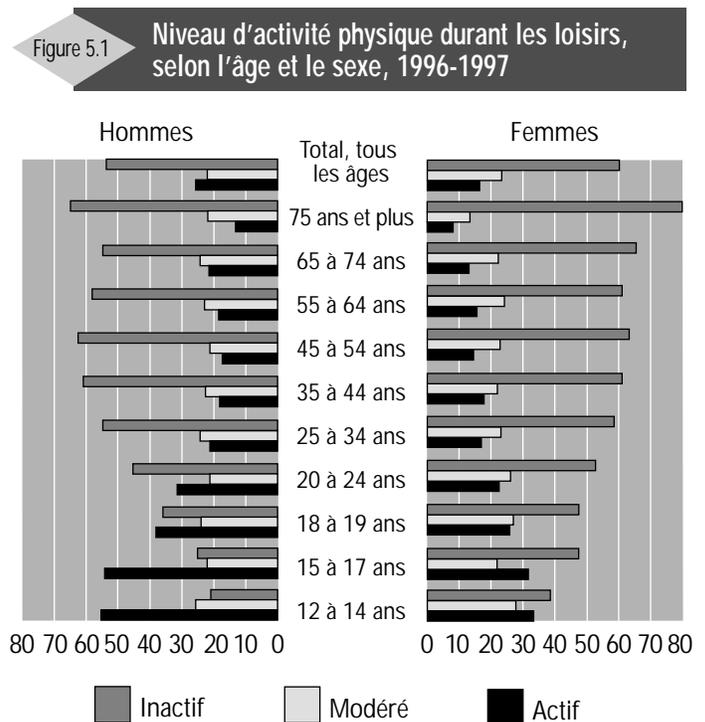
Presque la moitié de la population canadienne de 12 ans ou plus a déclaré avoir modifié certaines habitudes pour améliorer sa santé dans l'année précédant l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, et une proportion légèrement plus grande a déclaré avoir besoin de changer certaines habitudes à l'avenir. Les femmes étaient plus enclines que les hommes à déclarer des changements d'habitudes de santé au cours de la dernière année, à reconnaître le besoin de ces changements et à manifester le désir d'agir au cours de la prochaine année. Hommes et femmes ayant reconnu le besoin de changement semblaient s'entendre sur le fait que la pratique de l'exercice physique était l'habitude de santé personnelle la plus nécessaire. Ils indiquaient que le manque de volonté et de temps s'avéraient les principaux obstacles aux changements de mode de vie.

Les modifications des habitudes s'avéraient plus populaires en Ontario (50 p. 100), et moins populaires en Saskatchewan (39 p. 100)¹.

Activité physique

Le manque d'activité physique est reconnu comme un facteur de risque important pour l'insuffisance coronarienne et d'autres problèmes de santé graves. À l'inverse, la vie active procure maints avantages pour la santé, y compris un risque moindre de cancer, de diabète, de maladie cardiaque et d'ostéoporose, ainsi qu'un plus grand sentiment de bien-être².

Des études ont révélé une augmentation considérable des niveaux d'activité physique de loisir chez les Canadiens, entre 1981 et 1995³. En 1996-1997, 21 p. 100 des Canadiens de 12 ans ou plus ont été classés physiquement actifs durant leurs loisirs; 23 p. 100 étaient modérément actifs alors que plus de la moitié (57 p. 100) étaient inactifs. Ces taux sont semblables à ceux de 1994-1995, où 58 p. 100 des Canadiens étaient physiquement inactifs. Comme l'indique la figure 5.1, les hommes ont continué, à tout âge, de déclarer des taux d'activité physique

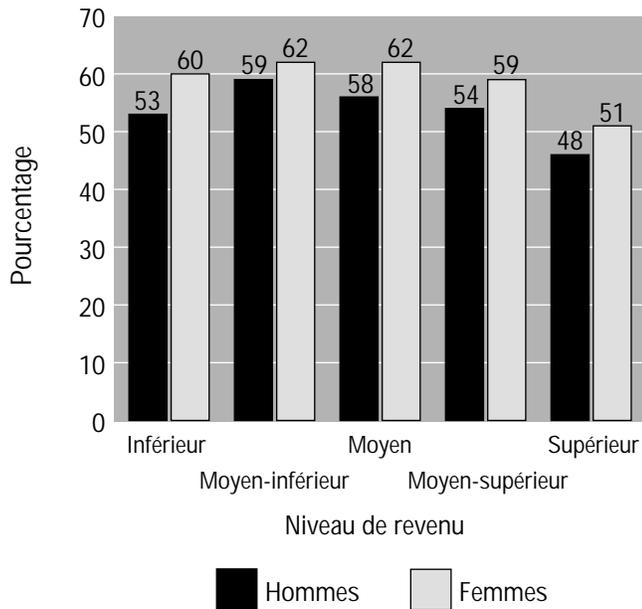


Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Définition de l'ENSP

- ◆ Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), le **niveau d'activité** est classé en désignant une estimation des kilocalories utilisées par kilogramme de poids corporel par jour : actif = 3,0 ou plus, modéré = 1,5 à 2,9, inactif = moins que 1,5.

Figure 5.2
Pourcentage des Canadiens qui ne sont pas physiquement actifs durant leurs loisirs, selon le sexe et le revenu, 12 ans ou plus, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Chez les femmes au revenu supérieur, 51 p. 100 étaient physiquement inactives, contre 60 p. 100 des femmes au revenu inférieur. Les Canadiens à faible revenu peuvent être plus susceptibles d'occuper des emplois qui demandent un travail physique, et cela peut jouer sur leur besoin ou leur désir de participer à des activités physiques durant leurs loisirs. Mais il y a d'autres obstacles à la participation relatifs au revenu également, y compris les coûts de l'équipement et les frais d'adhésion aux activités récréatives. Il faut étudier davantage les liens entre le revenu et la participation à l'activité physique.

Selon l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, seulement un tiers des enfants et des jeunes Canadiens sont suffisamment actifs physiquement pour satisfaire aux normes maximums de développement sain. L'une des raisons peut en être le coût de la participation aux sports et aux loisirs. En 1995, près de la moitié des familles au revenu inférieur à 20 000 \$ par année mentionnaient les coûts élevés pour justifier leur absence de participation aux activités physiques, contre un tiers des familles au revenu égal ou supérieur à 60 000 \$ par année⁵.

supérieurs à ceux des femmes et des taux inférieurs de comportement sédentaire. Les données indiquent qu'après 18 ans, il y a une chute importante des niveaux d'activité chez les jeunes hommes. Le nombre de filles et de femmes actives baisse progressivement à compter de l'adolescence.

Une analyse de l'ENSP de 1994-1995 indiquait que les immigrants non européens étaient particulièrement susceptibles d'avoir été physiquement inactifs durant leurs loisirs (67 p. 100), et cette tendance a peu varié avec le temps, peu importe la durée de leur séjour au Canada. Par contre, la proportion d'immigrants européens qui déclarent des loisirs inactifs passait de 59 p. 100 chez les immigrants récents à 51 p. 100 chez ceux de longue date (moins que parmi les citoyens nés au Canada)⁴.

Selon l'ENSP de 1996-1997, les taux les plus élevés d'activité physique de loisir ont été déclarés par les hommes et les femmes au revenu supérieur. Comme l'indique la figure 5.2, seulement 48 p. 100 des hommes au revenu supérieur étaient inactifs, contre 53 p. 100 des hommes au revenu inférieur.

Saines habitudes alimentaires

L'alimentation en général, et la consommation de matières grasses en particulier, sont liées à certaines des principales causes de décès, dont le cancer et l'insuffisance coronarienne. Cependant, peu de données existent sur l'alimentation véritable des Canadiens.

L'ENSP de 1994-1995 révélait que 45 p. 100 des hommes et 47 p. 100 des femmes considéraient leurs habitudes alimentaires comme excellentes ou très bonnes; 16 p. 100 des hommes comme des femmes les qualifiaient de moyennes ou mauvaises. Les Canadiens à faible revenu étaient plus aptes à décrire leurs habitudes alimentaires comme moyennes ou mauvaises que les Canadiens au revenu supérieur.

Les gras alimentaires préoccupaient de nombreux Canadiens : 59 p. 100 des personnes de 12 ans ou plus disaient se soucier des matières grasses dans leur alimentation et prendre des mesures pour en réduire l'apport. Deux tiers des femmes (67 p. 100) ont déclaré prendre des mesures pour réduire les gras alimentaires, contre 50 p. 100 des hommes. De même, un tiers des femmes (32 p. 100) ont déclaré s'efforcer d'accroître les féculents et les fibres dans leur alimentation, contre un homme sur cinq environ (20 p. 100).

Les Canadiens à faible revenu avaient plus tendance à se soucier du coût des aliments faibles en matières grasses que les Canadiens au revenu supérieur. On constate à la figure 5.3 que 40 p. 100 des Canadiens au revenu inférieur croient que les produits à faible teneur en gras sont coûteux, contre 32 p. 100 des Canadiens au revenu supérieur. De même, 27 p. 100 des Canadiens au revenu inférieur croient que les produits céréaliers sont trop chers, contre seulement 8 p. 100 des Canadiens au revenu supérieur⁶.

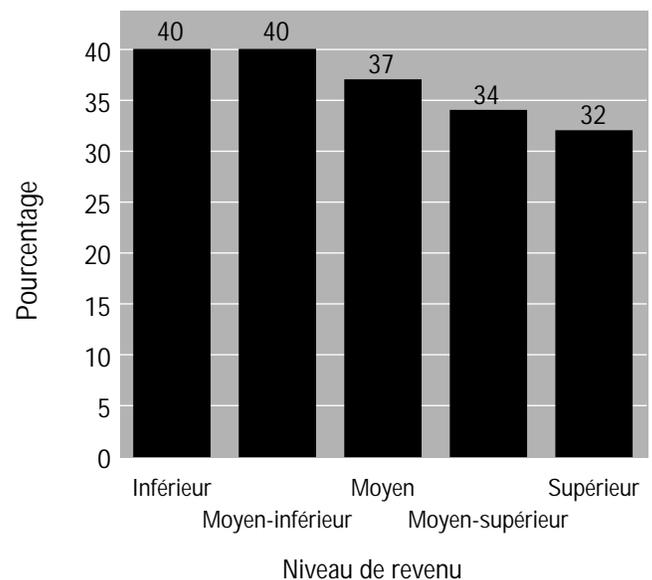
Poids sain

Bien que le poids corporel ne fasse pas partie des habitudes de santé personnelles, il tient, dans une large mesure, aux habitudes alimentaires et aux choix d'activité physique des gens. Un poids corporel qui se situe au-dessus de l'écart de poids sain (c'est-à-dire un indice de masse corporelle supérieur à 27) est lié à une variété de problèmes de santé, dont la maladie cardiovasculaire, le diabète et certains types de cancer. Un poids corporel qui se situe au-dessous de l'écart de poids sain (c'est-à-dire un indice de masse corporelle inférieur à 20) peut aussi être le signe de problèmes de santé courants ou imminents, notamment les troubles alimentaires que constituent l'anorexie et la boulimie⁷.

Nombre d'études (figure 5.4) ont révélé que la proportion d'hommes et de femmes au poids excessif a augmenté constamment au Canada entre 1985 et 1996-1997, passant de 22 à 34 p. 100 chez les hommes, et de 14 à 23 p. 100 chez les femmes. En 1996, le problème de poids excessif était particulièrement prononcé chez les hommes et les femmes de 45 à 64 ans. Les hommes de ce groupe d'âge (58 p. 100) étaient beaucoup plus susceptibles

Figure 5.3

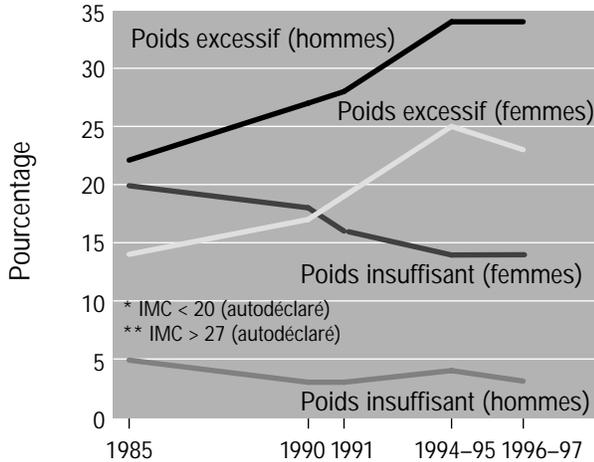
Pourcentage des Canadiens qui estiment que les aliments à faible teneur en gras sont coûteux, selon le revenu, 12 ans ou plus, 1994-1995



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*.

Figure 5.4

Pourcentage des Canadiens (20 à 64 ans) au poids insuffisant* et au poids excessif**, selon le sexe, Canada, 1985 à 1996-1997

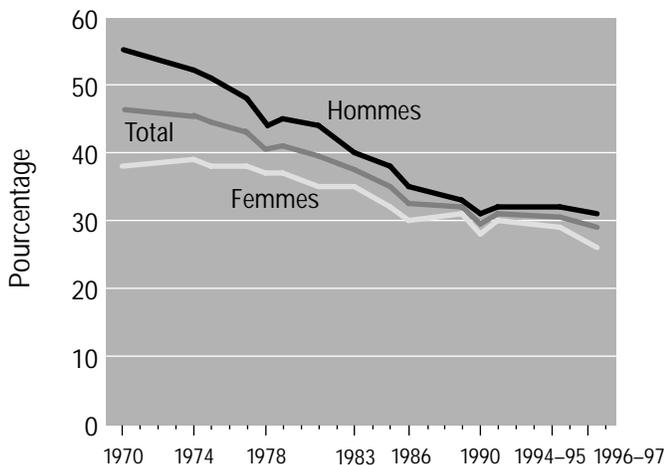


Nota : La mesure IMC fait référence à l'indice de masse corporelle.

Source : *Enquête sociale générale, cycles 1 (1985) et 6 (1991)*, *Enquête promotion de la santé (1990)* et *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997*, totalisations spéciales.

Figure 5.5

Pourcentage des hommes et des femmes qui fument la cigarette, 15 ans ou plus, Canada, 1970 à 1996-1997



Source : Pederson, L., « Le tabagisme », dans *L'Enquête promotion de la santé 1990 : Rapport technique*, et Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997*, totalisations spéciales.

que les femmes (37 p. 100) de présenter un excès de poids. La tendance à l'obésité diminuait régulièrement à chaque échelon supérieur de scolarité. Le revenu constituait aussi un facteur, puisque les personnes au revenu inférieur avaient plus tendance que les autres à afficher un excès de poids⁸.

La tendance croissante à l'excès de poids existe au sein de nombreux pays industrialisés⁹. Cette situation tient à plusieurs causes, dont la modification du régime alimentaire et la baisse du taux quotidien d'activité physique, ainsi que le vieillissement de la génération d'après-guerre. Ce phénomène mérite toutefois d'être examiné plus en détail.

Comme le montre la figure 5.4, l'ENSP de 1996-1997 a révélé que les femmes (14 p. 100) étaient presque cinq fois plus susceptibles que les hommes d'avoir un poids insuffisant (3 p. 100). Ce problème demeurerait plus prononcé chez les femmes de 20 à 24 ans, dont une sur quatre avait un poids inférieur à l'écart de poids sain. Malgré le nombre considérablement plus élevé d'hommes au poids excessif au Canada, les femmes (40 p. 100) déclaraient plus volontiers que les hommes (23 p. 100) des tentatives récentes pour perdre du poids. Beaucoup de femmes se situant déjà dans l'écart de poids sain manifestaient aussi le désir de perdre du poids.

Peu de données sont disponibles sur les tentatives de prendre du poids. Toutefois, on a exprimé des inquiétudes face au désir des jeunes hommes de prendre du poids et de la masse musculaire en ayant recours aux stéroïdes et autres substances¹⁰.

Tabagisme

Au fil des ans, les études ont démontré (figure 5.5) que les taux de tabagisme avaient chuté de façon spectaculaire chez les Canadiens de 15 ans ou plus, passant de 47 p. 100 en 1970 à 30 p. 100 en 1990. Depuis, on note certaines fluctuations mais pas de tendance nette des taux de tabagisme. Les campagnes publiques anti-tabac n'ont pas récolté le même succès auprès de toutes les couches de population. Trois groupes, soit les jeunes femmes, ainsi que les hommes et les femmes au faible statut socio-économique, tirent toujours de l'arrière.

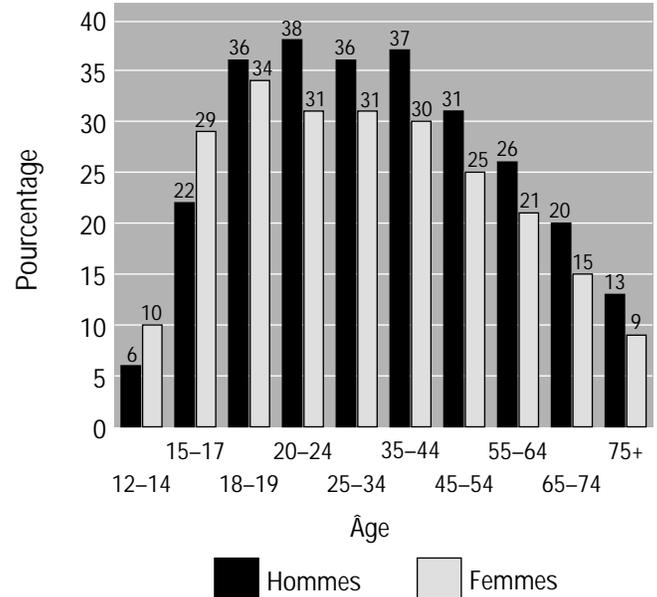
Selon l'ENSP de 1996-1997, 30 p. 100 des hommes et 25 p. 100 des femmes de 12 ans ou plus au Canada étaient des fumeurs quotidiens ou occasionnels. Cela représente un léger fléchissement par rapport à 1994-1995, où 31 p. 100 des hommes et 28 p. 100 des femmes déclaraient fumer la cigarette. Le taux des fumeurs chez les hommes surpassait celui des fumeuses dans tous les groupes d'âge, sauf chez les jeunes de 12 à 17 ans (figure 5.6). Faisant suite à une tendance observée en 1994-1995, le taux de tabagisme chez les jeunes filles de 12 à 14 ans (10 p. 100) et de 15 à 17 ans (29 p. 100) est demeuré considérablement plus élevé que chez les jeunes hommes du même âge (6 et 22 p. 100 respectivement)¹¹.

Les taux de tabagisme variaient considérablement selon le revenu, les taux les plus élevés étant déclarés par les hommes (40 p. 100) et les femmes (36 p. 100) au revenu inférieur. Comme l'indique la figure 5.7, le tabagisme atteignait un plancher de 16 p. 100 et de 13 p. 100 chez les hommes et les femmes au revenu supérieur¹².

Les taux les plus élevés de tabagisme au Canada sont déclarés par les peuples autochtones et sont le double du taux global de tabagisme au sein de la population canadienne dans son ensemble. En 1997, les taux de tabagisme chez les adultes autochtones étaient plus élevés chez les jeunes gens de 20 à 24 ans (72 p. 100) et de 25 à 29 ans (71 p. 100) (figure 5.8).

Figure 5.6

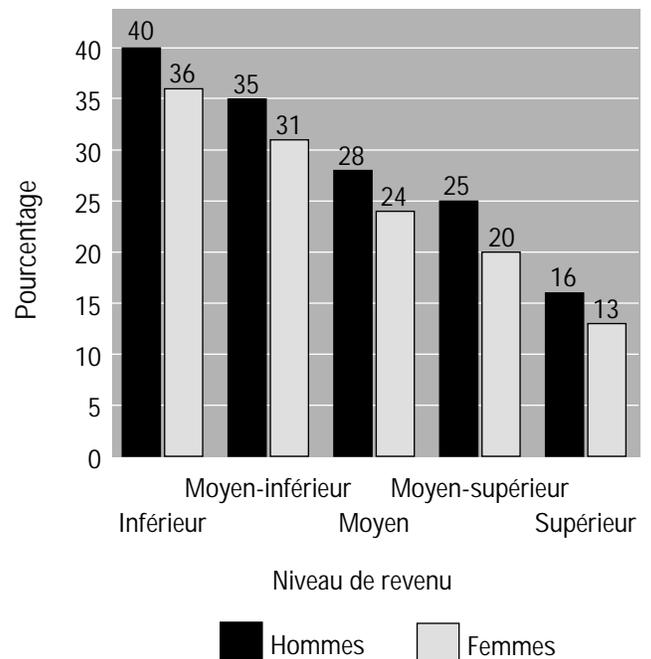
Pourcentage des hommes et des femmes qui fument la cigarette, selon l'âge, Canada, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Figure 5.7

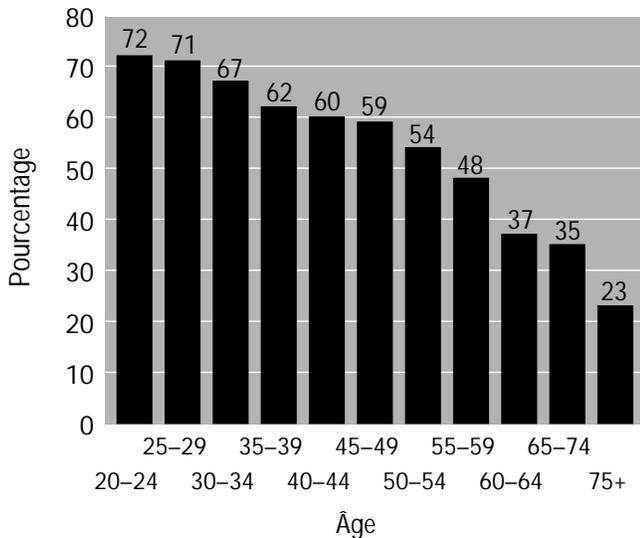
Pourcentage des hommes et des femmes qui fument la cigarette, selon le revenu, Canada, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Figure 5.8

Pourcentage des adultes autochtones qui fument la cigarette, selon l'âge, 1997



Source : Reading, J., « The Tobacco Report, » *Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit, 1997.*

La consommation de produits du tabac sans fumée par les jeunes autochtones des Territoires du Nord-Ouest et du nord de la Saskatchewan constitue aussi une grave menace à la santé¹³.

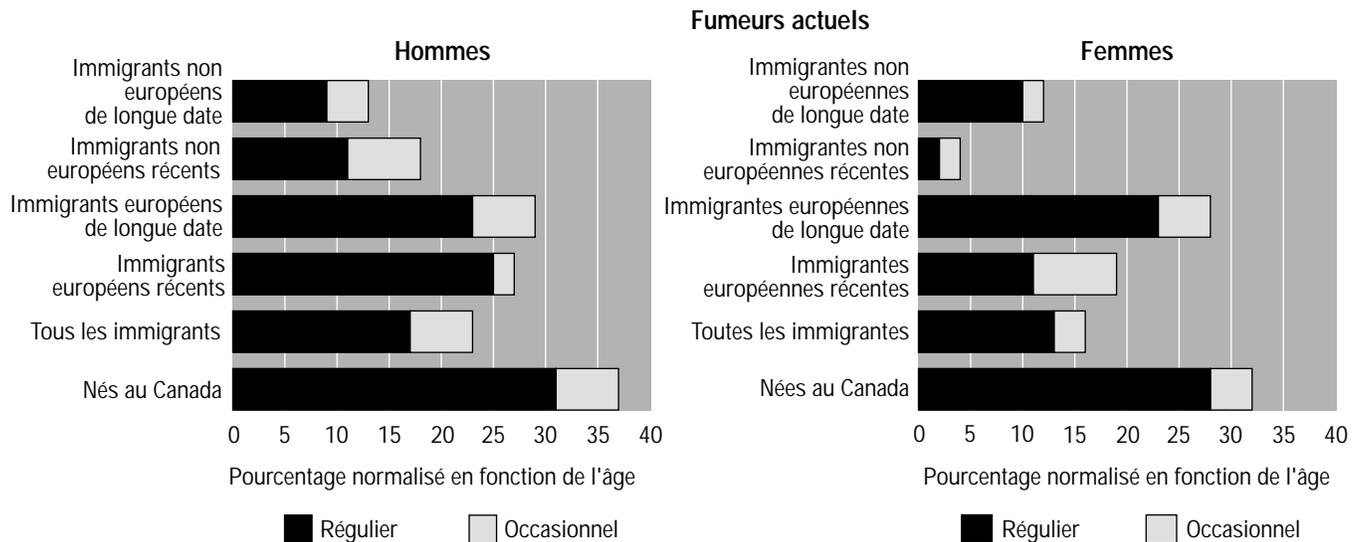
En 1994-1995, les immigrants récents non européens étaient nettement moins susceptibles de fumer que la population née au pays (figure 5.9). Pour tous les immigrants, le nombre de fumeurs s'accroît généralement en même temps que la durée du séjour au Canada. Contrairement à la population née au Canada, il n'y a pas d'association nette entre le tabagisme et le statut socio-économique¹⁴.

On note peu d'augmentation du taux de tabagisme parmi les adolescents et les jeunes entre 1994-1995 et 1996-1997. Cependant, les données des enquêtes provinciales sur les étudiants laissent croire que les fortes augmentations du tabagisme chez les jeunes ont eu lieu plus tôt, en partie à cause de

l'accessibilité de cigarettes de contrebande à faible prix, et de la baisse subséquente des prix et des taxes imposées. Les données de l'Ontario, par exemple, suggèrent que les taux de tabagisme chez les étudiants de 7^e, 9^e, 11^e et 13^e année ont augmenté radicalement de 1991 à 1997. En 1991, 22 p. 100 des étudiants, tant les filles que les garçons, disaient avoir fumé au moins une cigarette au cours de l'année précédente. En 1997, cette proportion avait atteint 28 p. 100 chez les garçons et 29 p. 100 chez les filles¹⁵.

Figure 5.9

Prévalence du tabagisme selon le statut d'immigrant, la durée du séjour et le sexe, Canada, 1994-1995



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*. Publié dans Chen, J., Ng, E., Wilkins, R., « La santé des immigrants du Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé* 7, 4 (printemps 1996), p. 42.

En Nouvelle-Écosse, les taux de tabagisme chez les étudiants de 7^e, 9^e et 11^e année ont fortement augmenté, passant de 26 p. 100 en 1991 à 36 p. 100 en 1998 (34 p. 100 chez les garçons et 38 p. 100 chez les filles). Les taux déclarés lors d'enquêtes semblables tenues ailleurs dans les provinces de l'Atlantique en 1998 étaient encore supérieurs, allant de 27 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard à 33 p. 100 au Nouveau-Brunswick et à 38 p. 100 à Terre-Neuve¹⁶.

Consommation d'alcool

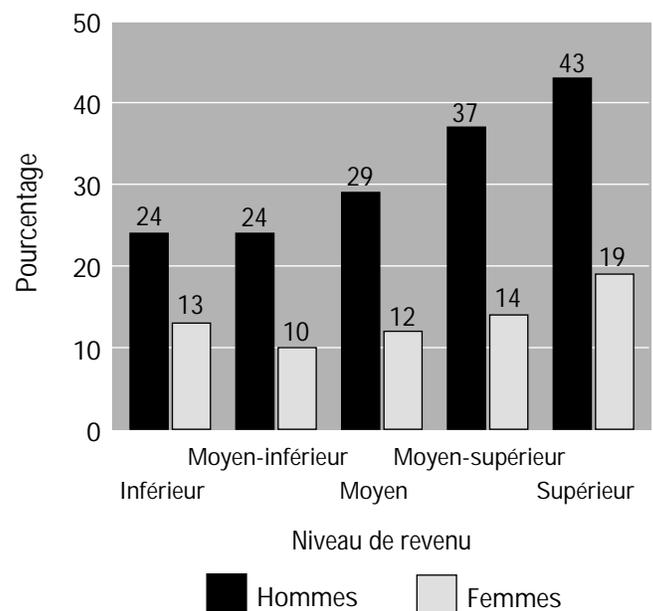
Bien que l'usage modéré de l'alcool ne cause aucun tort à certaines personnes, la consommation excessive peut causer une série de problèmes de santé et sociaux, notamment les collisions de la route impliquant des conducteurs en état d'ébriété. Selon Transports Canada, les collisions de la route ont provoqué 3 082 décès en 1996. Il s'agit d'une chute remarquable par rapport aux 5 253 décès attribuables à la circulation routière au Canada vingt ans auparavant. Il y a également eu une baisse marquée du nombre de conducteurs aux facultés affaiblies mortellement blessés au cours des vingt dernières années. Néanmoins, le taux d'implication de l'alcool dans les collisions de la route mortelles demeure bien trop élevé. Parmi les conducteurs mortellement blessés, 35 p. 100 étaient en état d'ébriété selon la loi. Le nombre de victimes innocentes blessées ou tuées n'était pas connu au moment de la rédaction du rapport¹⁷.

En 1996-1997, selon l'ENSP, 53 p. 100 des Canadiens (63 p. 100 des hommes et 43 p. 100 des femmes) buvaient de l'alcool au moins une fois par mois, une légère diminution par rapport à 1994-1995. Les femmes avaient plus tendance que les hommes à ne pas boire d'alcool du tout. Les hommes (42 p. 100) étaient plus susceptibles que les femmes (21 p. 100) d'avoir consommé cinq verres ou plus au moins lors d'une occasion particulière au cours de l'année précédente, un indicateur d'un problème de consommation « excessive » ou « d'alcoolisme périodique ». L'alcool n'affecte pas les hommes et les femmes de la même façon. Ainsi, les femmes qui consomment moins de cinq verres pourraient aussi être considérées comme ayant des problèmes de consommation.

Selon l'ENSP de 1996-1997, la proportion d'hommes et de femmes déclarant boire au moins une fois par mois s'accroissait généralement avec le revenu. Les hommes et les femmes au revenu supérieur tendent aussi à boire à l'excès. Chez les hommes au revenu inférieur, 24 p. 100 ont déclaré au moins un épisode de consommation excessive, contre 43 p. 100 des hommes au revenu supérieur. Le taux de consommation excessive chez les femmes au revenu inférieur était de 13 p. 100, et baissait à 10 p. 100 chez celles au niveau de revenu suivant pour remonter enfin à 19 p. 100 chez les femmes au revenu supérieur (figure 5.10). Cela est attribuable,

Figure 5.10

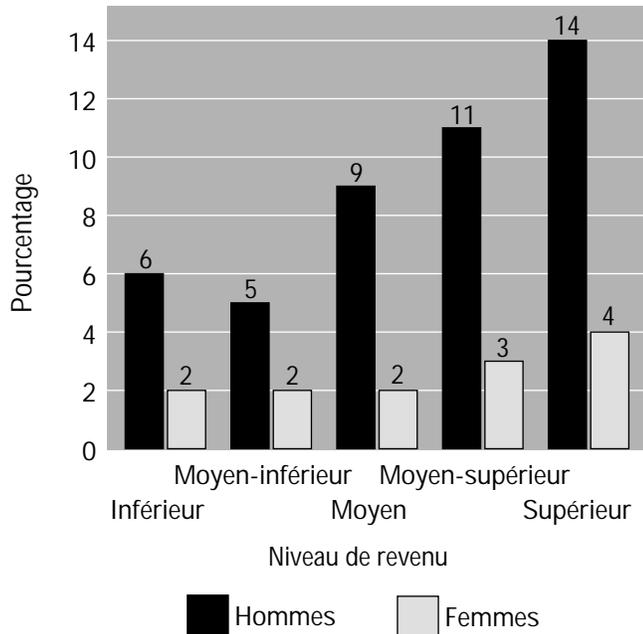
Pourcentage des Canadiens qui ont consommé 5 verres d'alcool ou plus au moins une fois durant l'année précédant l'enquête, selon le revenu et le sexe, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

en partie, au fait que les Canadiens au revenu inférieur sont moins susceptibles que ceux au revenu supérieur de consommer de l'alcool. Cependant, parmi les Canadiens au revenu inférieur ayant bu au cours de l'année précédente, le taux de consommation excessive tendait à excéder légèrement celui des Canadiens au revenu supérieur.

Figure 5.11
Pourcentage des Canadiens qui ont conduit avec facultés affaiblies, selon le revenu et le sexe, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

inquiétudes. En outre, de troublantes études provinciales indiquent que les taux associés à de tels comportements pourraient être à la hausse. En Nouvelle-Écosse par exemple, un sondage portant sur la consommation de drogues chez les étudiants a révélé que 57 p. 100 des étudiants avaient consommé de l'alcool en 1998, soit une hausse de 12 p. 100 par rapport à 1991. On a noté une tendance semblable à consommer de l'alcool chez les étudiants d'autres provinces de l'Atlantique (Île-du-Prince-Édouard, 53 p. 100); Nouveau-Brunswick, 56 p. 100; Terre-Neuve, 58 p. 100) et de l'Ontario (60 p. 100)¹⁸.

En Nouvelle-Écosse, 21 p. 100 des élèves de 7^e année et 58 p. 100 des élèves de 9^e année (dont la grande majorité n'ont pas encore l'âge de boire) ont dit avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année¹⁹. On retrouve le même phénomène à Terre-Neuve et au Labrador, où 20 p. 100 des élèves de 7^e année et 59 p. 100 des élèves de 9^e année ont indiqué avoir bu de l'alcool. En Ontario, 32 p. 100 des élèves de 7^e année et 56 p. 100 des élèves de 9^e année ont dit avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année²⁰.

Les collisions de la route sont une des principales causes de décès chez les jeunes au Canada. En Nouvelle-Écosse, 8 p. 100 des étudiants avouaient avoir conduit un véhicule moins d'une heure après avoir consommé deux verres d'alcool ou plus. Plus d'un étudiant sur quatre (27 p. 100) avait été le passager d'un véhicule dont le conducteur avait « trop bu », et 10 p. 100 des étudiants avaient conduit un véhicule moins d'une heure après avoir consommé une drogue (autre que l'alcool ou le tabac)²¹.

Les résultats de l'ENSP de 1996-1997 révélèrent que chez les Canadiens détenteurs d'un permis de conduire qui consomment de l'alcool, 10 p. 100 admettaient avoir conduit après avoir « trop bu ». Les hommes (13 p. 100) étaient beaucoup plus susceptibles que les femmes (5 p. 100) de déclarer conduire en cet état. Ce sont les jeunes conducteurs de 18 et 19 ans qui affichaient le taux le plus élevé de conduite avec facultés affaiblies (18 p. 100).

Les Canadiens au revenu inférieur étaient moins susceptibles que ceux au revenu supérieur de conduire avec facultés affaiblies. Comme l'indique la figure 5.11, seulement 6 p. 100 des hommes et 2 p. 100 des femmes au revenu inférieur affirmaient conduire après avoir bu, contre 14 p. 100 des hommes et 4 p. 100 des femmes au revenu supérieur. Cela est conforme au fait que les Canadiens à faible revenu boivent moins en général et qu'ils sont aussi moins aptes à posséder une voiture.

La consommation d'alcool, le fait de boire avant l'âge légal, la consommation excessive d'alcool et les problèmes associés à l'alcool chez les jeunes soulèvent de graves

Utilisation de drogues illicites

De façon générale, l'utilisation déclarée de drogues illicites au Canada est faible. Selon l'ENSP de 1994-1995, moins de 1 p. 100 des Canadiens consommaient de la cocaïne ou du crack, du LSD ou des amphétamines. Sept pour cent (1,7 million) déclaraient utiliser de la marijuana. L'utilisation de drogues illicites était plus forte chez les jeunes, surtout ceux qui avaient fait des études postsecondaires, c'est-à-dire dans bien des cas, les étudiants actuels.

Des études récentes menées auprès d'étudiants de l'Ontario et des provinces de l'Atlantique indiquent que l'utilisation du cannabis est à la hausse. En 1997, un étudiant ontarien sur quatre (25 p. 100) déclarait avoir utilisé du cannabis l'année précédente, soit une augmentation de 12 p. 100 par rapport à 1991²². Les taux déclarés dans les provinces de l'Atlantique étaient semblables et souvent supérieurs, allant de 22 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard à 30 p. 100 à Terre-Neuve et à 31 p. 100 au Nouveau-Brunswick. Le taux de consommation de cannabis a augmenté de façon radicale en Nouvelle-Écosse, passant de 17 p. 100 en 1991 à 38 p. 100 en 1998²³.

Tendances inquiétantes au niveau de la consommation et de l'abus de drogues

En plus des grandes inquiétudes liées à la consommation croissante de produits du tabac chez les adolescentes, trois autres tendances méritent qu'on s'y attarde, soit le taux croissant d'infections à VIH chez les utilisateurs de drogues injectables, la recrudescence de consommation de drogues multiples chez les adolescents et le haut taux de consommation de drogues chez les jeunes enfants des collectivités autochtones.

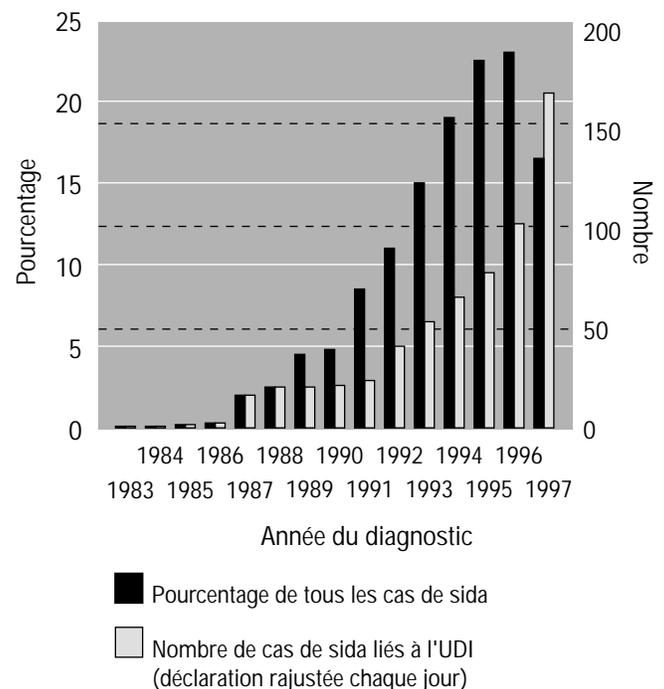
Utilisation de drogues injectables et hausse des infections à VIH

Depuis le début des années 1980, où l'épidémie de l'infection à VIH était concentrée chez les hommes qui avaient des rapports sexuels avec les hommes, l'épidémie a évolué au Canada. En 1996, environ la moitié des 3 000 à 5 000 cas estimés d'infection à VIH au Canada se trouvaient chez les utilisateurs de drogues injectables²⁴.

La proportion des cas de sida attribués à l'utilisation de drogues injectables a augmenté jusqu'en 1996 puis a légèrement fléchi en 1997, probablement en raison de nouveaux traitements efficaces et de l'intégralité réduite de la déclaration (figure 5.12). Chez les hommes, la proportion des cas de sida liés à l'UDI est passée de 0,7 p. 100 avant 1988 à 2,4 p. 100 entre 1988 et 1992, et à 6,5 p. 100 entre 1993 et 1997. Chez les femmes, le pourcentage a augmenté de 4,1 p. 100 à 14, 7 p. 100 et enfin, à 24,9 p. 100 pour la même période²⁵.

Figure 5.12

Nombre de cas de sida liés à l'UDI diagnostiqués par année et pourcentage de tous les cas de sida, 1983 à 1997



Nota : Le terme UDI signifie « utilisation de drogues injectables ».

Source : Santé Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, mai 1998.

L'épidémie du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables est bien documentée dans les grandes villes du Canada. Par exemple, la prévalence de l'infection à VIH chez les utilisateurs de drogues injectables de Vancouver est passée d'environ 4 p. 100 en 1992-1993 à 23 p. 100 en 1996-1997. À Montréal, elle est montée d'environ 5 p. 100 avant 1988 à 19,5 p. 100 en 1997. Cependant, le problème a maintenant atteint l'extérieur des grands centres urbains. Étant donné la mobilité géographique des utilisateurs de drogues injectables ainsi que leurs contacts sexuels et sociaux avec les non-utilisateurs, il faut à tout prix traiter ce problème urgent dans les centres urbains et dans les régions de l'extérieur, y compris les collectivités autochtones²⁶.

En plus de contribuer à l'apparition du sida, l'utilisation de drogues injectables est également le principal mode de transmission de l'hépatite C au Canada. L'utilisation de drogues injectables constitue désormais le principal facteur de risque du VHC, car elle est responsable d'au moins 70 p. 100 de toutes les infections à VHC²⁷.

Consommation accrue de drogues multiples chez les adolescents

Après une période de déclin au cours années 80, on note une recrudescence du taux de consommation de drogues chez les adolescents (selon les données des régions ayant mené des études). Entre 1993 et 1995, on a constaté une nette hausse de consommation de huit drogues sur vingt en Ontario²⁸. La Nouvelle-Écosse a aussi constaté des hausses considérables dans les taux de consommation de 12 drogues différentes par des étudiants entre 1991 et 1998, soit l'alcool, la cigarette, le cannabis, le LSD, les antidépresseurs en vente libre, les antidépresseurs sur ordonnance, le psilocybin ou la mescaline, les tranquillisants en vente libre, la cocaïne ou le crack, le PCP, l'héroïne et les inhalants²⁹.

Le recours combiné à des drogues comme l'alcool, le tabac et le cannabis chez les étudiants a fortement augmenté dans toutes les régions étudiées. En Nouvelle-Écosse par exemple, le pourcentage d'étudiants qui disaient avoir consommé ces trois drogues est passé de 12 p. 100 en 1991 à 25 p. 100 en 1998³⁰. À Terre-Neuve, le pourcentage s'est accru de 18 p. 100 à 23 p. 100 durant cette même période³¹.

Consommation de drogues par les jeunes enfants au sein de certaines collectivités autochtones

Malgré toute l'attention portée à l'utilisation de drogues par des adolescents des collectivités autochtones et non autochtones, un des faits les plus troublants de la toxicomanie chez les Autochtones est le taux alarmant de consommation de drogues chez les jeunes enfants. Les études révèlent l'une après l'autre que l'âge du début de l'utilisation des produits du tabac, de l'alcool, des solvants et du cannabis est considérablement moins élevé chez les enfants autochtones que chez les autres enfants canadiens, et que les enfants autochtones commencent à fréquenter plus jeunes dans les centres de traitement³². Dans le rapport de 1993 *Les peuples autochtones vivant en milieu urbain*, 67 p. 100 des centres d'accueil autochtones participants ont déclaré que les enfants consommaient de l'alcool et inhalaient des solvants durant les heures de classe, après l'école, dans la rue et à la maison³³.

Recours à l'équipement de sécurité pour prévenir les blessures

Le recours à l'équipement de sécurité s'est avéré utile pour prévenir divers types de blessures non intentionnelles, comme en témoignent les exemples suivants :

- le port de la ceinture de sécurité en voiture;
- le port du casque protecteur à bicyclette, en motocyclette, ainsi qu'au volant des véhicules tout terrain et des motoneiges;

- les appareils de flottaison (gilets de sauvetage et autres) dans les embarcations sur l'eau;
- les détecteurs de fumée qui protègent des incendies et de l'inhalation de la fumée;
- les couvercles à l'épreuve des enfants placés sur les contenants de médicaments et d'autres produits dangereux pour prévenir les empoisonnements.

Les rapports annuels de la Croix-Rouge sur les noyades pour 1993 à 1998 indiquent que 10 p. 100 seulement des victimes de noyade en bateau portaient un appareil de flottaison. Dans le cas des victimes autochtones, les taux étaient plus bas encore, soit environ 5 p. 100. Les taux étaient également bas dans le cas des victimes de noyade qui ne savaient pas nager ou qui nageaient mal³⁴.

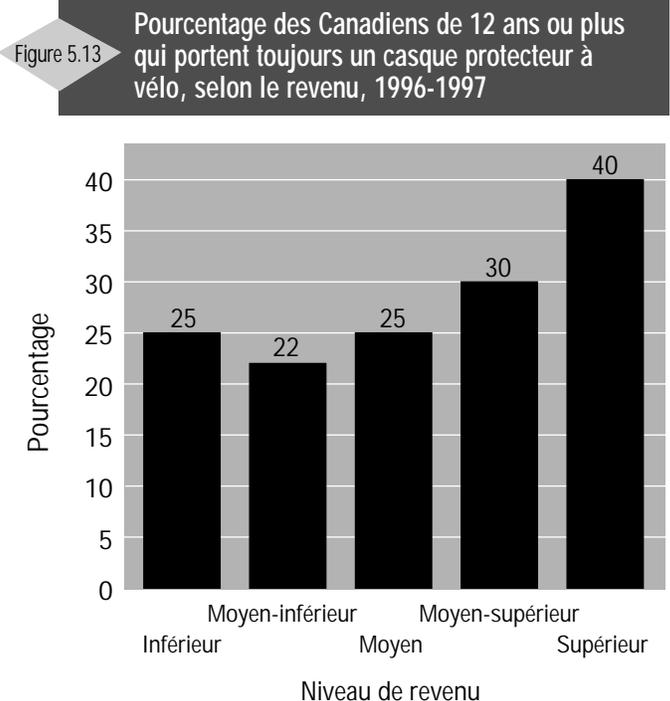
Contrairement aux ceintures de sécurité en voiture, dont le port est obligatoire, la loi n'exige pas que personnes qui se promènent en bateau portent un appareil de flottaison. Puisque la plupart des accidents de bateau résultent d'une chute inattendue dans l'eau, d'un chavirement ou d'une inondation subite, beaucoup de personnes qui ne portaient pas de gilet de sauvetage au moment de l'accident n'ont pas le temps d'en trouver un, de le mettre et de se sauver³⁵.

À l'heure actuelle, toutes les provinces canadiennes exigent le port de la ceinture de sécurité. En 1998, une enquête routière de Transports Canada a révélé que 89 p. 100 des occupants des véhicules portaient une ceinture de sécurité. Les taux les plus élevés de port de la ceinture se trouvaient au Québec (92 p. 100), en Saskatchewan (90 p. 100) et en Colombie-Britannique (90 p. 100), et les 10 provinces avaient toutes des taux de port de ceinture supérieurs à 82 p. 100. Au Yukon, 82 p. 100 des occupants des véhicules portaient la ceinture de sécurité, mais le taux chutait à 53 p. 100 seulement dans les Territoires du Nord-Ouest.

Chez les conducteurs de voitures, le taux du port de ceinture de sécurité était de 92 p. 100, par rapport à 82 p. 100 il y a 10 ans. Avant la loi sur le port obligatoire au Canada, seulement 15 p. 100 à 30 p. 100 des Canadiens portaient une ceinture. Ces résultats, alliés à la réduction spectaculaire des accidents mortels au pays, reflètent l'influence profonde que peut exercer une mesure législative prise en dehors du secteur de la santé sur la santé des Canadiens³⁶.

Selon l'ENSP de 1996-1997, 29 p. 100 des Canadiens de 12 ans ou plus ont déclaré toujours porter un casque protecteur à bicyclette. Les femmes (31 p. 100) étaient légèrement plus susceptibles que les hommes (28 p. 100) de déclarer le port du casque. Le taux le plus élevé se situait chez les jeunes de 12 à 14 ans (40 p. 100), mais il atteignait son plus bas niveau (15 p. 100) chez les 15 à 19 ans.

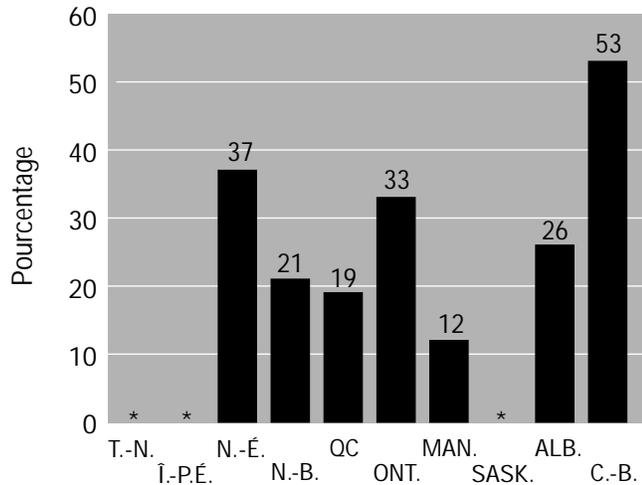
Deux des facteurs déterminants les plus influents du port du casque protecteur sont le revenu et la loi provinciale. Chez les Canadiens au revenu inférieur, 25 p. 100 ont déclaré



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Figure 5.14

Pourcentage des Canadiens de 12 ans ou plus qui portent toujours un casque protecteur à vélo, selon la province, 1996-1997



* Taille d'échantillon réduite

Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

toujours porter un casque protecteur à bicyclette, contre 40 p. 100 des Canadiens au revenu supérieur (figure 5.13).

Récemment, trois provinces (la Colombie-Britannique, la Nouvelle-Écosse et l'Ontario) ont adopté des lois pour obliger le port du casque protecteur à bicyclette. Comme l'indique la figure 5.14, les taux de port du casque protecteur étaient considérablement plus élevés dans ces trois provinces. Cinquante-trois pour cent des résidents de la Colombie-Britannique, 37 p. 100 de ceux de la Nouvelle-Écosse et 33 p. 100 des Ontariens ont déclaré toujours porter un casque en roulant à bicyclette. Par contre, dans les provinces sans loi comparable (où des données suffisantes étaient disponibles), les taux de port du casque protecteur variaient d'un plafond de 26 p. 100 en Alberta à un plancher de 12 p. 100 au Manitoba.

Jeux de hasard

Les casinos et les appareils de loterie vidéo (ALV) réglementés par le gouvernement depuis le début des années 1990 ont fait des jeux de paris une industrie multimilliardaire au Canada. En 1997, les Canadiens ont parié 6,8 milliards de dollars sur une forme quelconque d'activité de jeu menée par le gouvernement, soit 2,5 fois la somme mise en 1992. Les recettes du jeu ont augmenté dans chaque province et territoire au cours des cinq dernières années, et représentent maintenant entre 1 p. 100 (Colombie-Britannique) et 4 p. 100 (Manitoba) des recettes gouvernementales totales de chaque province³⁷.

En 1996, la majorité des ménages du Canada (82 p. 100) misaient de l'argent, dépensant en moyenne 423 \$. Parmi les ménages qui pariaient, ceux dont le revenu était inférieur à 20 000 \$ dépensaient en moyenne 296 \$, ou environ 2,2 p. 100 du revenu total du ménage. Ceux qui ont un revenu de 80 000 \$ ou plus dépensaient 536 \$, soit seulement 0,5 p. 100 de leur revenu total³⁸.

Si le jeu est un passe-temps sans conséquence pour certains, le jeu compulsif peut avoir des effets néfastes sur le bien-être des personnes et des familles. À l'heure actuelle, la nature et l'étendue du problème du jeu compulsif demeurent mal documentées au Canada. Toutefois, une étude de 1997-1998 menée en Nouvelle-Écosse et portant sur les joueurs d'appareils de loterie vidéo (ALV) a indiqué qu'il y a matière à s'inquiéter. Cette étude concluait que 16 p. 100 des personnes qui jouent sur les ALV régulièrement devraient être considérées comme étant des « joueurs d'ALV compulsifs ». Ce groupe de parieurs mise un peu plus de la moitié des recettes nettes des appareils de loterie vidéo. Pour la plupart, ces adultes déclarent une culpabilité et une anxiété marquées, ainsi que des difficultés à s'adapter. Ils se sentent impuissants à maîtriser leur jeu sur les AVL³⁹.

Une étude menée auprès d'étudiants de la Nouvelle-Écosse a indiqué que trois étudiants sur quatre (75 p. 100) avaient participé à des activités de jeu durant l'année précédente. Quelque 2 p. 100 des étudiants ont déclaré que miser de l'argent leur causait des problèmes, et 2 p. 100 ont dit qu'ils aimeraient arrêter de parier mais qu'ils ne s'en sentaient pas capables⁴⁰.

Relations sexuelles

Outre les grossesses non prévues, les relations sexuelles non protégées peuvent mener à des états sérieux comme les maladies transmises sexuellement (MTS), l'infertilité et l'infection à VIH. L'infection à VIH peut être évitée par des pratiques sexuelles sans danger, qui impliquent le port du condom durant toute forme de pénétration ou l'adoption d'interactions sexuelles sans pénétration, évitant ainsi la transmission de liquides organiques éventuellement porteurs du VIH (comme le sperme, les sécrétions vaginales et le sang) d'une personne à l'autre.

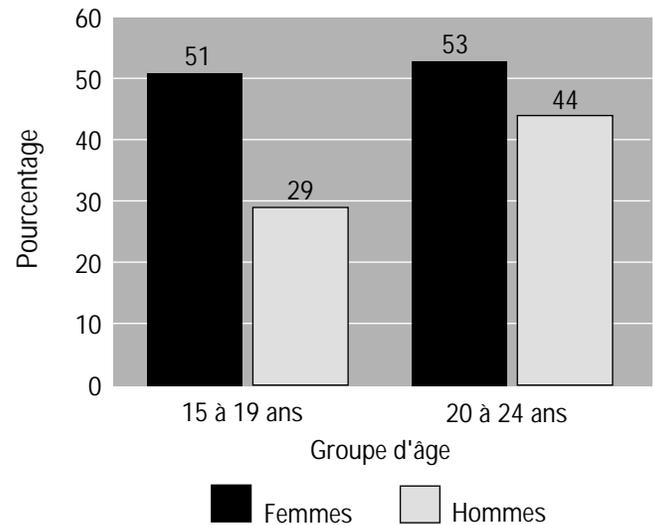
Une analyse basée sur l'ENSP de 1994-1995 a démontré que parmi les jeunes de 15 à 19 ans sexuellement actifs (à l'exclusion de ceux qui avaient un partenaire unique et qui étaient mariés, en union libre, divorcés ou veufs), 51 p. 100 des femmes et 29 p. 100 des hommes ont déclaré avoir eu des relations sexuelles sans condom, l'année précédente. Chez les jeunes de 20 à 24 ans, 53 p. 100 des femmes sexuellement actives et 44 p. 100 des hommes sexuellement actifs ont déclaré avoir eu des relations sexuelles sans condom, l'année précédente (figure 5.15)⁴¹.

Par ailleurs, 21 p. 100 des hommes de 20 à 24 ans sexuellement actifs ont indiqué avoir eu plusieurs partenaires sexuels et ne pas avoir utilisé de condom au cours de l'année précédente, tout comme 17 p. 100 des femmes de 20 à 24 ans, 21 p. 100 des femmes de 15 à 19 ans et 15 p. 100 des hommes de 15 à 19 ans (figure 5.16)⁴².

Les conclusions de l'Atlantic Student Drug Use Survey étaient conformes à ces résultats. L'étude a révélé que 26 p. 100 des étudiants de 9^e année, 37 p. 100 des étudiants de 10^e année et 58 p. 100 des étudiants de 12^e année avaient eu des relations sexuelles complètes au cours de l'année précédente. Parmi les étudiants sexuellement actifs, 40 p. 100 avaient eu plus d'un partenaire sexuel. Cinquante pour cent des étudiants sexuellement actifs

Figure 5.15

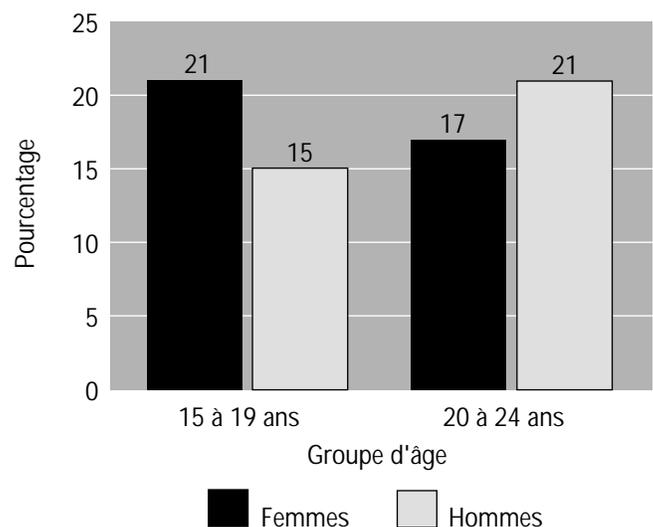
Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans sexuellement actifs qui ont utilisé un condom (jamais ou rarement) au cours de l'année précédant l'enquête, selon l'âge et le sexe, Canada (sauf les Territoires), 1994-1995



Source : Galambos, N. et L. Tilton-Weaver, « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, automne 1998. (Données fondées sur l'ENSP de 1994-1995)

Figure 5.16

Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans sexuellement actifs qui ont eu au moins deux partenaires sexuels et qui n'ont pas utilisé de condom au cours de l'année précédant l'enquête, selon l'âge et le sexe, Canada (sauf les Territoires), 1994-1995



Source : Galambos, N. et L. Tilton-Weaver, « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, automne 1998. (Données fondées sur l'ENSP de 1994-1995).

avaient eu des rapports sexuels imprévus à au moins une occasion après avoir consommé de l'alcool ou une autre drogue. Les condoms n'étaient pas utilisés régulièrement, surtout chez les étudiants plus âgés⁴³.

Tests de dépistage du VIH

En 1996-1997, 15 p. 100 des hommes et 15 p. 100 des femmes de 18 ans et plus déclaraient avoir subi un test de dépistage du VIH à un moment ou l'autre de leur vie. Ce sont les adultes de 25 à 34 ans qui étaient les plus aptes à avoir subi un test de dépistage du VIH.

Une analyse approfondie des habitudes de santé sexuelles déclarées en 1997 a révélé que parmi les Canadiens déclarant avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours de l'année précédente et ne pas avoir utilisé de condom, 53 p. 100 des hommes et 38 p. 100 des femmes n'avaient jamais subi de test. Ce résultat laisse croire qu'un nombre considérable de Canadiennes et de Canadiens pourraient être séropositifs à leur insu⁴⁴.

Comportements à risques multiples

Les comportements à risques multiples généralement à l'adolescence et ont d'importantes répercussions sur la santé immédiate et future des jeunes personnes. Bien que la plupart des jeunes fassent l'expérience d'au moins un comportement éventuellement risqué, une minorité en adopte plusieurs. Comme l'illustre l'enquête auprès des étudiants des quatre provinces de l'Atlantique, certaines combinaisons peuvent être particulièrement dangereuses, comme l'alcool, l'utilisation de drogues illicites et la conduite avec facultés affaiblies, ou l'alcool, l'utilisation de drogue et les pratiques sexuelles non protégées.

Une analyse récente basée sur l'ENSP de 1994-1995 qui examinait les comportements à risques multiples des jeunes de 15 à 24 ans, se penchait particulièrement sur le tabagisme, la consommation d'alcool excessive, les partenaires sexuels multiples et les rapports sexuels sans condom. Les hommes étaient relativement plus susceptibles que les femmes d'adopter des comportements à risques multiples. Chez les hommes, 32 p. 100 n'ont déclaré aucun comportement à risque, 26 p. 100 en ont avoué un, 24 p. 100 ont admis en avoir deux et

Jeunes Canadiens : habitudes de santé personnelles

(À moins d'avis contraire, toutes les données de cette section sont tirées de l'ENSP de 1996-1997.)

L'adolescence et le début de l'âge adulte sont une époque où les jeunes prennent d'importantes décisions au sujet de leur sexualité, de leur activité physique, de la nutrition et de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues. En examinant de plus près les années d'adolescence, on trouve des différences importantes dans les comportements des adolescents plus jeunes et plus vieux, de ceux dans la jeune vingtaine, et entre filles et garçons.

Activité physique : Les taux d'activité physique chutent rapidement à mesure qu'on avance en âge, et il y a d'importants écarts entre hommes et femmes :

Pourcentage de ceux jugés « actifs » dans leurs loisirs

Âge	Hommes	Femmes
12 à 14 ans	54 p.100	33 p.100
15 à 17 ans	53 p.100	31 p.100
18 et 19 ans	39 p.100	26 p.100
20 à 24 ans	32 p.100	22 p.100

Habitudes de santé personnelles ... (suite)

Tabagisme : Les taux de tabagisme sont plus élevés chez les jeunes femmes de 12 à 17 ans que chez les jeunes hommes du même âge. Chez les 18 à 24 ans, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de fumer.

Poids sain : Les jeunes femmes sont plus susceptibles que les jeunes hommes de s'inquiéter de leur poids. En 1994, 28 p. 100 des femmes de 12 à 14 ans, 38 p. 100 de celles de 15 à 19 ans et 43 p. 100 de celles de 20 à 24 ans tentaient de perdre du poids. Plus de la moitié des femmes de 20 à 24 ans qui tentaient de perdre du poids se trouvaient déjà dans l'écart de poids sain⁴⁵.

Saines habitudes alimentaires : À 15 ans, seulement 39 p. 100 des filles et 40 p. 100 des garçons mangeaient du pain de blé entier une fois par jour ou plus, 25 p. 100 des filles et 32 p. 100 des garçons mangeaient des bonbons ou des tablettes de chocolat une fois par jour ou plus⁴⁶. Quarante-huit pour cent des jeunes femmes et 19 p. 100 des jeunes hommes de 15 à 19 ans déclarent prendre des mesures pour réduire les matières grasses de leur alimentation.

Consommation d'alcool : La quantité d'alcool consommée en une occasion s'accroît avec l'âge pour les deux sexes. Après 18 ans, les jeunes hommes boivent beaucoup plus que les jeunes femmes. À 18 et 19 ans, les jeunes femmes sont légèrement plus susceptibles que les jeunes hommes de conduire avec facultés affaiblies; après 20 ans, l'inverse se produit de façon marquée.

Âge	Pourcentage des buveurs qui prennent 5 verres ou plus au moins en une occasion		Pourcentage de conduite avec facultés affaiblies	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
12 à 14 ans	16 p. 100	15 p. 100	—	—
15 à 17 ans	53 p. 100	46 p. 100	—	—
18 et 19 ans	71 p. 100	59 p. 100	17 p. 100	19 p. 100
20 à 24 ans	71 p. 100	60 p. 100	23 p. 100	9 p. 100

Port du casque protecteur : Même si les 12 à 14 ans sont les plus susceptibles de tous les groupes d'âge de porter un casque protecteur à bicyclette (40 p. 100), les jeunes de 15 à 19 ans sont les moins portés à ce faire (15 p. 100).

Relations sexuelles : Chez les jeunes sexuellement actifs (de 20 à 24 ans), 48 p. 100 ont indiqué qu'ils n'avaient pas utilisé de condom, ou l'avaient rarement utilisé, au cours de l'année précédente. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, 40 p. 100 ont dit ne pas avoir utilisé le condom de façon régulière, ou ne pas l'avoir utilisé du tout⁴⁷.

Comportements à risques multiples : Les jeunes hommes ont plus tendance que les jeunes femmes à adopter des comportements à risques multiples. Même si le tabagisme et la consommation excessive d'alcool s'avèrent la combinaison la plus commune chez les deux sexes, un nombre presque aussi grand de jeunes hommes disent boire à l'excès tout en ayant des relations sexuelles non protégées⁴⁸.

19 p. 100 avaient eu trois ou quatre comportements à risques multiples. Chez les femmes de 15 à 24 ans, 39 p. 100 ont déclaré n'avoir eu aucun des quatre comportements à risque, 28 p. 100 en ont admis un, 19 p. 100, deux et 14 p. 100 se sont adonnées à trois ou quatre de ces comportements⁴⁹.

Les modèles de comportement à risque différaient aussi. Chez les femmes qui n'adoptaient qu'un seul comportement à risque, près de la moitié déclaraient une consommation excessive d'alcool et environ un tiers disaient avoir fumé des cigarettes. Chez les hommes à comportement à risque unique, la consommation excessive d'alcool était de loin le comportement à risque le plus typique déclaré par 80 p. 100. La combinaison de deux risques la plus répandue pour les deux sexes était le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. Toutefois, chez les hommes, presque autant ont déclaré combiner la consommation excessive d'alcool avec un des comportements à risque sexuels⁵⁰.

Commentaires

Influences des habitudes de santé personnelles

Le présent chapitre a démontré que le revenu, le niveau d'instruction et la culture (dans certains cas) ont une influence déterminante sur les « choix » de mode de vie personnels. Cela laisse croire que l'information, l'éducation en matière de santé et les efforts d'enseignement des aptitudes au changement d'habitudes ne suffisent pas. En effet, tout indique que les Canadiens à faible revenu doivent avoir accès aux ressources et au soutien dont jouissent leurs concitoyens au revenu supérieur, en ce qui concerne la vie active, les bonnes habitudes alimentaires et d'autres habitudes de santé personnelles.

Ce chapitre démontre également l'efficacité des politiques et approches législatives générales qui modifient le milieu où évoluent les individus. Par exemple, l'accroissement de l'usage du tabac chez les jeunes gens par suite de la diminution des taxes sur les cigarettes illustre le fait établi selon lequel le tabagisme chez les jeunes est extrêmement sensible aux prix⁵¹. Le succès remporté par les mesures législatives sur le port de la ceinture de sécurité (et dans une certaine mesure, du casque protecteur) laisse croire que les stratégies législatives peuvent être aussi sinon plus efficaces que l'éducation en matière de santé pour soutenir les changements d'habitudes. Il est probable qu'une combinaison de ces stratégies soit la plus efficace.

Champs d'action prioritaires

Comme l'indique le chapitre 1, les cas de cancer du poumon et les décès qu'il cause chez les femmes continuent d'augmenter. La tendance à l'accroissement du tabagisme chez les filles au Canada laisse entrevoir une épidémie de cancer du poumon chez les femmes, d'ici 30 ans, ainsi que des taux accrus de maladie cardiaque, si les taux actuels se maintiennent. Pourquoi les stratégies visant à réduire et à prévenir l'usage du tabac chez les jeunes sont-elles moins efficaces pour les filles que pour les garçons? Quels sont les facteurs du milieu qui font que plus de jeunes femmes fument? Quelle est la relation entre le tabagisme, l'activité physique et le désir des jeunes femmes d'être minces? Il est temps de poser ces questions aux jeunes femmes elles-mêmes et de travailler avec elles à concevoir des stratégies pour réduire le tabagisme.

Bien qu'il soit très souhaitable d'empêcher les gens de commencer à fumer, retarder le début de l'usage du tabac (pour les deux sexes) est également une stratégie importante. Commencer à fumer très jeune (p. ex., à 15 ans ou moins) est associé à l'usage excessif du tabac et à une probabilité moindre de renoncer aux stades ultérieurs de la vie⁵².

Ainsi, les efforts en vue de prévenir ou de retarder le début de l'usage du tabac durant la pré-adolescence et l'adolescence peuvent être particulièrement importants, surtout chez les filles et dans les collectivités autochtones, où les jeunes gens tendent à commencer à fumer très jeunes.

Le récent rapport du Chef des services de santé des États-Unis sur l'activité physique⁵³ a confirmé les avantages pour la santé et les coûts moindres du système de santé qui peuvent découler de niveaux accrus d'activité physique, pour tous les groupes d'âge. Effectuer un changement du niveau d'activité au sein de la population inactive est ce qui peut profiter le plus à la santé de la population. Constatant ce fait, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la condition physique et des loisirs se sont fixé le but de réduire le nombre de Canadiens inactifs de 10 p. 100 pour l'an 2003. Pour atteindre ce but, il faudra des efforts concertés en vue d'éliminer les obstacles à la vie active chez les groupes à faible revenu, multiculturels et autochtones, notamment le manque de temps, les préoccupations culturelles, le manque de motivation et les frais d'utilisation des sports, des loisirs et du conditionnement physique qui découragent la participation des adultes, des enfants et des adolescents à faible revenu. Étant donné les faibles taux d'activité des enfants canadiens, il faut aussi soutenir les efforts renouvelés en vue d'intégrer l'activité physique quotidienne de qualité aux programmes scolaires.

Le lancement du *Guide canadien portant sur la saine activité physique* offre une bonne occasion de sensibilisation au pourquoi et au comment de la vie active — de la même manière que *Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement* a aidé à renseigner les Canadiens sur les saines habitudes alimentaires.

Il devient plus important d'encourager les Canadiens à devenir plus actifs, compte tenu du nombre croissant de Canadiens qui font de l'embonpoint, et qui sont par conséquent à risque accru de diabète et de maladie cardiaque. Les efforts de promotion du poids sain doivent combiner trois messages — vie active, saines habitudes alimentaires et image corporelle positive. Ces trois habitudes sont très susceptibles de mener à des poids sains sans accroître la préoccupation à cet égard chez les groupes vulnérables⁵⁴.

Les efforts en vue d'accroître la vie active devront tenir compte du fait que l'exposition au soleil est souvent amplifiée lorsqu'on s'adonne à un mode de vie actif. On peut réduire l'exposition solaire des enfants en aménageant plus de zones ombragées dans les endroits et les parcs publics, en prévoyant des activités à l'extérieur à d'autres heures que celles du midi, en mettant à leur disposition crèmes et chapeaux, et en renseignant les enfants et les jeunes travailleurs sur la sécurité au soleil (chapitre 4).

L'augmentation saisissante de la relation entre le VIH/sida et l'utilisation de drogues injectables est source de préoccupation majeure. L'utilisation de drogues injectables a aussi contribué à la majorité des nouveaux cas d'hépatite C et est associée à une vaste gamme de problèmes de santé et sociaux reliés.

Au cours du prochain siècle, il est probable que la mobilité des utilisateurs de drogues injectables et l'accès général à ces drogues augmentent. Réduire l'infection à VIH et les autres torts causés par l'utilisation de drogues injectables (UDI) est une question complexe qui met en jeu des considérations tant juridiques que morales, et qui a aussi des répercussions majeures sur les systèmes de santé et de services sociaux dans chaque province et territoire. Une stratégie complète en vue de régler ce problème est nécessaire maintenant. Les stratégies devraient adopter une approche de réduction des méfaits, et avoir pour objectif de normaliser la vie de ces personnes, de réduire les activités criminelles liées à l'UDI, de réduire l'incidence de l'UDI et les rapports sexuels sans protection et de favoriser un retour à l'emploi. Il y a un besoin pressant d'approfondir la recherche sur cette question puisque le problème est complexe, et que son ampleur et ses caractéristiques sont mal documentées.

Les comportements à risque chez les jeunes demeurent obstinément élevés, et dans certains cas, comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et l'utilisation de cannabis, semblent s'accroître. La propension d'une proportion importante d'adolescents et de jeunes à s'adonner à des combinaisons extrêmement dangereuses de comportements à risques multiples est particulièrement inquiétante. Des études récentes indiquent des taux alarmants de comportements à risques multiples chez les étudiants, et ceux-ci ne sont rien en comparaison de la situation des jeunes marginaux ou de la rue.

Lors d'un récent survol des documents de recherche et de consultation représentant l'opinion des jeunes, on constatait que les jeunes semblaient critiquer la nature de l'information sexuelle et le choix du moment pour offrir des cours d'éducation sexuelle. Ils réclamaient une approche plus englobante permettant d'intégrer des sujets comme l'amour, les aspects positifs de la sexualité et les choix sexuels. Les jeunes vivant au sein de petites collectivités s'inquiétaient particulièrement de l'accès aux condoms et du manque de confidentialité dans un milieu comme le leur⁵⁵.

Comme les précédents chapitres l'ont mentionné, il y a de nombreuses raisons de s'inquiéter de la santé des jeunes Canadiens, notamment les taux élevés de violence, de pauvreté et de chômage, les faibles taux d'estime de soi et de bien-être psychologique et les taux élevés de décès attribuables aux blessures accidentelles mortelles et au suicide. Dans un environnement caractérisé par des facteurs déterminants de la santé aussi puissants et négatifs, la tendance de certains jeunes à s'adonner à des comportements risqués n'a rien d'étonnant.

Depuis que la *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* a reconnu la première fois le mode de vie comme étant un des principaux facteurs déterminants de la santé, de nombreux programmes gouvernementaux et non gouvernementaux ont tenté de changer les habitudes individuelles. Cette approche a réussi dans certains domaines, mais moins dans les secteurs où faisaient défaut les ressources et le soutien environnementaux, sociaux et humains nécessaires. Les efforts en vue d'éduquer les individus et de leur inculquer les compétences personnelles pour changer doivent désormais se jumeler avec les efforts de structuration d'un environnement qui soutient les décisions d'un mode de vie sain et ce, pour les jeunes d'abord et avant tout.

Notes en fin de chapitre — Chapitre 5

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.
2. Bouchard, C., R. Shephard et T. Stephens (sous la direction de), *Physical Activity, Fitness and Health: International Proceedings and Consensus Statement*, Champaign (Illinois), Human Kinetics Publisher, 1994.
3. Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, « L'activité physique au Canada » (Bulletin n° 1). *Progrès en prévention*, 1996.
4. Chen, J., E. Ng et R. Wilkins (Statistique Canada), « La santé des immigrants au Canada, 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, vol. 7, n° 4, printemps 1996, p. 33-45 (Statistique Canada, n° de catalogue 820003-XPB).
5. Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, « Les obstacles à l'activité physique » (Bulletin n° 4), « L'activité physique chez les enfants » (Bulletin n° 8), « Les dimensions économiques de la participation » (Bulletin n° 10), *Progrès en prévention*, 1996.
6. Santé Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 : composante sur la nutrition*, rapport inédit rédigé à l'intention de l'Unité, programmes de nutrition, 1996.
7. Santé et Bien-être social Canada, *Niveau de poids associés à la santé : lignes directrices canadiennes : rapport d'un groupe d'experts réuni par la Direction de la promotion de la santé*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1989.

8. Santé Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.
9. Stephens, T., *International Trends in the Prevalence of Physical Activity and Other Health Determinants*, présentation au congrès mondial de la Fédération internationale de médecine sportive, Orlando, mai 1998.
10. Centre canadien sur le dopage sportif, *Étude scolaire nationale sur la drogue et le sport*, Ottawa, CCDS, août 1993.
11. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 et 1996-1997*.
12. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*.
13. Reading, J., « The Tobacco Report », *Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit*, Comité de direction, 1999.
14. Chen, J., E. Ng et R. Wilkins (Statistique Canada), « La santé des immigrants au Canada ».
15. Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Monitoring the Ontario Tobacco Strategy: Youth and Tobacco in Ontario, 1997*, Toronto, URTO, Université de Toronto, 1997.
16. Province de la Nouvelle-Écosse, *Nova Scotia Student Drug Use, 1998: Highlights Report*, Halifax, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, Toxicomanie, Université Dalhousie, Communications, 1998.
17. Transports Canada, *Statistiques préliminaires de la mortalité sur les routes*, Transports Canada, 1999. Voir le site Web de Transports Canada : http://www.tc.gc.ca/securiteroutiere/STATS/cl9901/fre/983int_f.htm
18. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et Université Dalhousie, *Nova Scotia Student Drug Use, 1998: Technical Report*, Halifax, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et Université Dalhousie, 1998.
19. *Ibidem*.
20. Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, *L'usage d'alcool et d'autres drogues chez les élèves de l'Ontario, 1997: sommaire*. Voir le site Web de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie : <http://www.arf.org/francais/45stude.html>
21. Province de la Nouvelle-Écosse, *Nova Scotia Student Drug Use, 1998: Highlights Report*.
22. Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, *L'usage d'alcool et d'autres drogues chez les élèves de l'Ontario, 1997: sommaire*.
23. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et Université Dalhousie, *Nova Scotia Student Drug Use, 1998: Technical Report*.
24. Santé Canada, « Le sida et l'infection à VIH au Canada, 1998 », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, Ottawa, Santé Canada, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, mai 1998.
25. *Ibidem*.
26. *Ibidem*.
27. Santé Canada, *Lignes directrices et recommandations relatives à la prévention et à la lutte contre l'hépatite C, Relevé des maladies transmissibles au Canada*, juillet 1995, Ottawa, Santé Canada, 1995.
28. Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, *L'usage d'alcool et d'autres drogues chez les élèves de l'Ontario, 1997: sommaire*.
29. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et Université Dalhousie, *Nova Scotia Student Drug Use, 1998: Technical Report*.
30. *Ibidem*.
31. MacDonald, C. et P. Holmes, *Newfoundland and Labrador Student Drug Use Survey, 1998*, Saint-Jean, ministère de la Santé et des Services communautaires, gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, novembre 1998.

32. Scott, K. et Kishk Anaquot Research and Program Development, « Populations autochtones », *Profil canadien, 1997 : l'alcool, le tabac et les autres drogues*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, et Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, 1998.
33. David, D., *Aboriginal Peoples in Urban Centres, Report of the National Roundtable on Aboriginal Urban Issues*, Commission royale sur les Peuples autochtones, 1993, p. 68.
34. Société canadienne de la Croix-Rouge, *National Drowning Report: Analysis of Water-Related Fatalities in Canada for 1996*, Ottawa, Société canadienne de la Croix-Rouge, 1998, et *Drownings and Other Fatalities During Boating: National Report*, Ottawa, Société canadienne de la Croix-Rouge, 1997.
35. Barss, P., Smith, G., Baker, S., Mohan, D., *Injury Prevention: An International Perspective — Epidemiology, Surveillance and Policy*, New York, Oxford University Press, 1998.
36. Transports Canada, *Le port de la ceinture de sécurité au Canada : Résultats de l'enquête de juin 1998*, Ottawa, Transports Canada. Voir le site Web de Transports Canada : <http://www.tc.gc.ca/securiteroutiere/stats/sbuse98/Francais/sb98sumf.htm>
37. Statistique Canada, « Les jeux de hasard : miser gros, 1992 à 1997 », *Le Quotidien*, 9 décembre 1998.
38. *Ibidem.*
39. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, services de la toxicomanie, *Nova Scotia Video Lottery Player's Study, 1997-1998*, Halifax, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, 1998.
40. Province de la Nouvelle-Écosse, *Nova Scotia Student Drug Use, 1998: Highlights Report*.
41. Galambos, N. et L. Tilton-Weaver, « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes, 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n^o 2, automne 1998.
42. *Ibidem.*
43. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et Université Dalhousie, *Nova Scotia Student Drug Use, 1998: Technical Report*.
44. Sondage Santé Canada, janvier 1997 (données inédites) et Houston, S.M., C.P. Archibald et D. Sutherland, « Sexual risk behaviours are associated with HIV testing in the Canadian general population », *7^e congrès canadien annuel sur la recherche en matière de VIH/sida*, Québec, mai 1998.
45. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*.
46. King, A., B. Wold, C. Tudor-Smith et Y. Harel, *The Health of Youth: A Cross-National Survey*, Organisation mondiale de la santé, série régionale, série européenne, n^o 69, imprimé au Canada, 1997, ISBN 92 890 1333 8.
47. Galambos, N. et L. Tilton-Weaver, « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes ».
48. *Ibidem.*
49. Galambos, N. et L. Tilton-Weaver, « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes ».
50. *Ibidem.*
51. Chen, J. et W. Millar, « Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune? », *Rapports sur la santé*, vol. 9, n^o 4, printemps 1998, p. 39-46.
52. *Ibidem.*
53. U.S. Department of Health and Human Services, *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
54. Santé Canada, *Blueprint for Action: An Integrated Approach (VITALITÉ)*, Ottawa, 1989.
55. Caputo, T., *Hearing the Voices of Youth: A Review of Research and Consultation Documents*, rédigé pour Santé Canada, mars 1998.



La grande majorité des Canadiens qui ont participé à notre recherche sont extrêmement fiers du type de système de santé dont s'est doté le Canada. Ils ont un sens inné des valeurs que sont l'équité et l'égalité, et ne veulent pas d'un système où les riches sont traités différemment des pauvres.

— Forum national sur la santé, Rapport du groupe de travail sur les valeurs, 1997

Les services de santé, surtout ceux qui visent le maintien et la promotion de la santé, ainsi que la prévention des maladies et blessures, aident à garantir la santé de la population. Les services de soins de santé préventifs et primaires tels que les soins prénataux, les cliniques de mieux-être des bébés et les programmes d'immunisation jouent tous un rôle clé en vue d'aider les mères et leurs enfants à jouir d'une bonne santé (chapitre 3). Les services servant à sensibiliser les enfants et les adultes aux facteurs qui menacent la santé et aux choix plus sains, et ceux qui les incitent à adopter des modes de vie sains s'avèrent aussi fort utiles (chapitre 5). En outre, les services qui aident les aînés à conserver leur santé et leur autonomie s'avèrent également essentiels (chapitre 7), alors que les services de santé axés sur la santé de l'environnement communautaire contribuent à assurer la sécurité des aliments, de l'eau et des milieux de vie de la population (chapitre 4).

Lorsque les gens sont malades, ils misent sur la dimension curative des services de santé pour les aider à retrouver la santé. Le présent chapitre examine divers aspects clés du traitement et de la prévention secondaire compris dans le continuum des soins de santé. Il examine aussi brièvement le recours à divers types de soins complémentaires ou parallèles dont profitent les Canadiens.

Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* s'appliquent à la prestation de services médicaux assurés dans les provinces et les territoires du Canada. Il s'agit des principes d'universalité, de transférabilité, d'accessibilité, d'intégralité et d'administration publique. Le présent chapitre examine plusieurs aspects des services de santé au Canada, en particulier l'accessibilité.

Un court chapitre sur les services de santé ne saurait, à lui seul, faire justice à la complexité de ce facteur déterminant de la santé. Tel qu'indiqué précédemment, ce rapport ne constitue pas un « bulletin scolaire » qui porte jugement sur le système de santé. Il met plutôt l'accent sur les défis majeurs inhérents à tout système en voie de restructuration. Il puise principalement aux données du *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* touchant quatre grands aspects des services de santé, soit les dépenses de santé et la prestation des services, l'accès aux services de santé et leur utilisation, les besoins non comblés en matière de soins de santé et les soins parallèles. L'information sur la qualité des services n'est pas disponible pour l'instant, mais devrait faire l'objet d'un rapport complémentaire plus détaillé sur les services de santé, à titre de facteur déterminant de la santé.

Dans les années 90, toutes les provinces et tous les territoires ont engagé des mesures en vue de réformer, à différents degrés, leurs systèmes de soins de santé. Au fil du temps, certaines tendances sont ressorties dont l'abandon des structures de direction centralisées en faveur des sièges d'imputabilité régionaux en matière de santé, une réorientation vers les soins communautaires au détriment des soins en établissement, des prises de décisions plus centrées sur les besoins et les meilleures preuves disponibles, et le financement des services de santé à des niveaux viables.

Au cours des dernières années, les gouvernements ont réussi à freiner les dépenses de santé. Cependant, les effets à long terme des compressions, y compris le plus lourd fardeau imposé aux femmes, aux familles et aux collectivités, et les plus longues attentes avant d'accéder aux services institutionnels et communautaires, restent à démontrer de façon rationnelle.

Définitions et mesures

- ◆ **Besoins non comblés en matière de soins de santé** : Dans l'ENSP, les « besoins non comblés en matière de soins de santé » étaient fondés sur l'auto-déclaration, c'est-à-dire qu'une personne avait eu besoin de certains soins de santé au moins une fois et ne les avait pas reçus. Les répondants qui affichaient au moins un besoin de soins de santé non comblé durant l'année précédente devaient désigner le domaine de soins concerné : physique, affectif ou mental, examen médical régulier ou soins par suite d'une blessure.
- ◆ **Soins à domicile** : Dans l'ENSP, les soins à domicile étaient définis comme des soins de santé ou des services ménagers reçus à la maison et payés, en tout ou en partie, par le gouvernement.

Comme le mentionne un rapport récent, « les efforts de tous les ordres de gouvernement pour assainir leurs budgets ont ébranlé le système de santé ainsi que la confiance du public en celui-ci ». L'opinion du public quant à la qualité générale du système de santé, bien qu'encore largement favorable, s'est détériorée sensiblement depuis le début des années 90. En février 1998, 29 p. 100 des Canadiens qualifiaient d'excellent ou de très bon le système de santé, contre 61 p. 100 en mai 1991¹.

Cela confirme le besoin de responsabiliser davantage les gouvernements et les gestionnaires du système face à l'efficacité et à la qualité des services fournis. Les Canadiens veulent savoir dans quelle mesure le système arrive à soulager la douleur et les souffrances, à restaurer, à promouvoir et à protéger la santé, et à prodiguer des soins compatissants aux membres de groupes vulnérables.

Cette forme d'imputabilité représente une nouvelle priorité pour les autorités régionales de la santé et pour les gouvernements, aux quatre coins du pays. En ce sens, l'absence de systèmes de données pour recueillir cette information constitue une grave lacune.

En même temps, un examen des tendances actuelles et nouvelles révèle qu'en dépit des compressions budgétaires, le principe essentiel de l'universalité n'a pas été visiblement compromis. L'accès aux services médicaux assurés semble toujours tenir peu au revenu. Par ailleurs, l'accès aux services de santé nécessaires hors du régime d'assurance-maladie, y compris les soins dentaires et les médicaments sur ordonnance, est toujours strictement restreint dans le cas de nombreux Canadiens à faible revenu. Les personnes qui ne jouissent pas d'un régime d'assurance-santé supplémentaire public ou privé sont plus sujettes à « tomber entre les chaises » du système de santé.

Faits saillants

Du début au milieu des années 90, les gouvernements ont réussi à freiner les dépenses de santé. Mais dans l'ensemble, la réorientation des priorités n'a pas trop affecté l'universalité de l'accès aux soins ou autrement menacé la santé de la population.

- ◆ En dépit de la croissance démographique, le taux d'augmentation annuelle des dépenses de soins de santé assurés au Canada a chuté de 11,1 p. 100 entre 1975 et 1991, à 2,5 p. 100 entre 1991 et 1996. Cela tient, en grande partie, aux réductions des paiements de transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, qui ont entraîné un plus grand contrôle des dépenses et imposé des réformes au système. Néanmoins, le budget fédéral de 1999 prévoit une hausse majeure des paiements de transfert en matière de santé au cours des prochaines années.
- ◆ Parallèlement à la réduction des dépenses dans les hôpitaux, on a noté une baisse du nombre total de jours d'hospitalisation et de la durée moyenne des séjours. Le déplacement des soins de l'hôpital vers la collectivité et le domicile privé soulève des inquiétudes en ce qu'il impose un plus lourd fardeau financier, physique et émotif aux familles, particulièrement aux femmes.
- ◆ La plupart des grandes mesures de la santé de la population canadienne se sont améliorées, malgré le ralentissement des dépenses liées aux services de santé. Selon les indicateurs de l'état de santé les plus reconnus à l'échelle internationale, le Canada figure toujours parmi les pays les plus en santé du monde (chapitre 1).

Les questions d'accès aux services non assurés et de qualité des soins continuent d'inquiéter la population.

- ◆ Au moment de la rédaction, on comptait très peu de données sur la qualité des soins et sur les effets de la restructuration sur la qualité des soins. Une enquête menée en 1998 témoignait de l'insatisfaction croissante des Canadiens face à la qualité des soins. Seulement 24 p. 100 des Canadiens qualifiaient d'excellente la qualité des soins reçus au cours de l'année précédente et seulement 28 p. 100 jugeaient excellente leur expérience générale à l'hôpital. Il importe d'étudier plus à fond la question de qualité des soins.

- ◆ L'accès aux services dentaires, à la correction de la vue et aux médicaments sur ordonnance nécessaires est fortement lié au revenu et au régime d'assurance. Les Canadiens à faible revenu qui n'ont pas d'assurance publique ou d'employé sont les plus aptes à avoir peu ou pas accès à ces services nécessaires.
- ◆ Malgré les séjours abrégés dans les hôpitaux, la baisse de recours aux services d'urgence et le nombre grandissant de Canadiens âgés (qui sont plus enclins à recourir aux services de soins à domicile), les données de l'ENSP indiquent que le recours aux services officiels de soins à domicile ne s'est pas accru entre 1994-1995 et 1996-1997. Toutefois, certaines données portant sur l'utilisation provinciale laissent croire que les dépenses et le recours aux soins à domicile ont effectivement augmenté durant cette période. Il importe d'approfondir les recherches pour arriver à mieux comprendre cet écart.
- ◆ Il est raisonnable de croire que malgré certains besoins non comblés en matière de soins à domicile, une grande part de ce besoin accru a été assumée par les fournisseurs de soins informels, en majorité des femmes. Bien que la plupart des femmes qui prennent soin des autres affirment qu'il ne s'agit pas d'un fardeau, quelque 27 p. 100 disent que la situation nuit à leur propre santé et deux tiers des femmes de 25 à 44 ans qui travaillent disent que ce genre de tâche affecte leur emploi. Ce domaine nécessite également la tenue d'autres études.
- ◆ Les dépenses en médicaments et le taux d'utilisation de médicaments sous ordonnance ont grimpé en flèche depuis 1975. En 1996-1997, trente pour cent des Canadiens de 12 ans ou plus et 46 p. 100 des Canadiens de 75 ans et plus disaient avoir consommé trois médicaments ou plus sur une période de deux jours. Tandis que 74 p. 100 des Canadiens au revenu supérieur disposent d'une assurance-médicaments, seulement 53 p. 100 des Canadiens au revenu moyen et 38 p. 100 des Canadiens à faible revenu jouissent d'un tel avantage.

Il faut de meilleures mesures et des systèmes de collecte de données pour accroître l'imputabilité.

- ◆ Le présent chapitre souligne un certain nombre de lacunes quant aux données sur l'efficacité des services fournis et sur les variations dans le taux d'utilisation en rapport avec les soins à domicile, les services d'urgence et autres domaines connexes. En outre, il indique la nécessité d'en savoir davantage sur les soins de longue durée, les services de santé mentale et les soins palliatifs.

Dépenses de santé

Les pays qui investissent le plus au niveau de la santé n'affichent pas nécessairement les meilleurs bulletins de santé, comme le confirment des données récentes de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). La figure 6.1 affiche les dépenses de santé par habitant, les dépenses à titre de pourcentage du produit intérieur brut (PIB), l'espérance de vie à la naissance et les années potentielles de vie perdues par 100 000 habitants, comparativement à sept autres pays de l'OCDE : les États-Unis, l'Allemagne, la France, l'Australie, le Japon, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni.

Bien que les États-Unis se classent au premier rang parmi les huit pays de l'OCDE au chapitre des dépenses par habitant et des dépenses à titre de pourcentage du PIB, ils sont bons derniers quant à l'espérance de vie et aux années potentielles de vie perdues. Dans une certaine mesure, cela tient au fait qu'aux États-Unis, une grande portion des dépenses en services de santé sont privées. Par conséquent, les avantages qui en découlent ne profitent pas également à toutes les couches de la société. Alors que les personnes qui ont les moyens d'acheter une assurance-santé (ou de payer directement pour leurs services) affichent une meilleure santé que la moyenne, les personnes non assurées ou peu assurées ne profitent pas beaucoup des dépenses générales affectées aux soins de santé. À l'inverse, le Japon se classe au sixième rang en ce qui concerne les dépenses de santé par habitant, et septième quant au pourcentage du PIB alloué aux dépenses de santé. Il est toutefois bon premier, globalement, face aux deux indicateurs de santé internationalement reconnus. Le Canada arrive au troisième rang du classement global des dépenses de santé par habitant, et quatrième au pourcentage du PIB alloué aux dépenses de santé, mais deuxième en ce qui concerne l'espérance de vie, et troisième en matière d'années potentielles de vie perdues.

Figure 6.1

Dépenses de santé, espérance de vie et années potentielles de vie perdues (APVP) : pays choisis de l'OCDE

Pays	Dépenses de santé par habitant ^a	Rang	Dépenses de santé totales comme % du PIB	Rang	Espérance de vie (1996) ^b	Rang	APVP par 100 000 habitant ^c	Rang
États-Unis	4 909 \$	1	14 %	1	76,1	8	6 496	8
Allemagne	2 339 \$	2	10,4 %	2	76,8	7	4 921	5
Canada	2 095 \$	3	9,3 %	4	78,5	2	4 368	3
France	2 051 \$	4	9,9 %	3	78,1	4	4 977	6
Australie	1 805 \$	5	8,3 %	5	78,2	3	4 148	2
Moyenne de l'OCDE	1 747 \$	—	7,6 %	—	77,2	—	4 763	—
Japon	1 741 \$	6	7,3 %	7	80,3	1	3 421	1
Nouvelle-Zélande	1 352 \$	7	7,6 %	6	77,1	5	6 059	7
Royaume-Uni	1 347 \$	8	6,7 %	8	76,9	6	4 653	4

Nota :

a 1997, dollars US, ajusté en fonction des différences du coût de la vie

b espérance de vie à la naissance

c 1995

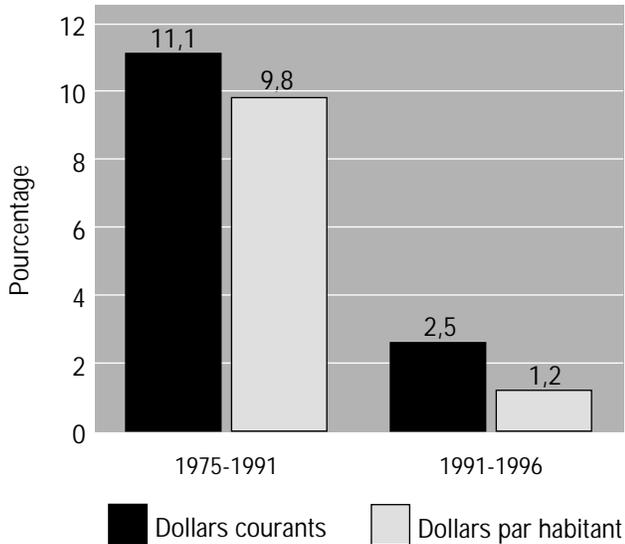
Source : Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), *Eco-Santé 98*, (CD-ROM).

La comparaison de l'OCDE donne à croire que l'amélioration de la santé va bien au-delà des sommes d'argent consacrées aux services de santé. Elle confirme également qu'en dépit des ralentissements récents des dépenses de santé, la santé globale des Canadiens continue de s'améliorer, comme l'indique le chapitre 1.

Au cours des dernières années, les gouvernements ont uni leurs efforts dans le but de réduire les dépenses afférentes aux services de santé. Bien que cela ne se soit pas traduit par une diminution des sommes totales dépensées, la démarche a tout de même ralenti les augmentations annuelles importantes des dernières décennies, en plus de précipiter un réaménagement des priorités quant aux types et aux niveaux des services offerts.

Figure 6.2

Taux moyen annuel de variation des dépenses de santé totales, dollars courants et dollars par habitant, Canada, périodes choisies



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données des dépenses nationales de santé, 1975-1998*.

En 1996, les dépenses de santé totales (publiques et privées) du Canada se sont chiffrées à 75,3 milliards de dollars, soit 9,2 p. 100 du produit intérieur brut. Entre 1975 et 1991, les dépenses de santé totales ont augmenté à un taux annuel moyen de 11,1 p. 100. Entre 1991 et 1996, le taux annuel moyen de croissance a chuté à 2,5 p. 100 (figure 6.2). Ce ralentissement s'est surtout fait sentir au niveau des dépenses allouées aux hôpitaux et aux médecins.

Par tradition, les hausses des dépenses de santé totales tendent à être davantage associées aux augmentations du prix des biens et services liés à la santé qu'à la croissance démographique ou au taux d'utilisation croissant². En ce sens, il importe d'examiner les dépenses de santé sans tenir compte de l'inflation (c'est-à-dire en dollars constants).

Comme l'indique la figure 6.2, les dépenses affectées aux soins de santé par habitant ont augmenté de 9,8 p. 100 entre 1975 et 1991. Entre 1991 et 1996, le taux

de croissance des dépenses par habitant a chuté radicalement pour atteindre un bas de 1,2 p. 100.

Une grande partie du ralentissement des dépenses semble être attribuable à une réduction de 6 milliards de dollars des paiements de transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux entre 1991 et 1996. Cependant, le budget fédéral de février 1999 promettait d'accroître considérablement les niveaux du financement destiné à la santé.

En 1996, on notait des écarts considérables en matière de dépenses de santé à l'échelle du pays (figure 6.3). Les coûts élevés par habitant dans les Territoires du Nord-Ouest (y compris le Nunavut) et le Territoire du Yukon reflètent le coût de prestation de services dans d'immenses zones géographiques peu peuplées.

Toutes les provinces et tous les territoires ont connu une chute prononcée des taux de croissance des dépenses après 1991. Ces taux sont fondés sur les dépenses de santé totales effectuées par le secteur public et par le secteur privé. Dans certaines régions, soit en Saskatchewan, en Alberta, en Nouvelle-Écosse, au Québec et au Yukon, on a observé une hausse ralentie des dépenses au milieu des années 90, tandis qu'ailleurs, on a enregistré, après 1991, des taux de croissance qui s'avéraient faibles par rapport à ceux des vingt années précédentes.

En 1996, les hôpitaux ont reçu la plus grande part (25,9 milliards de dollars ou 34,3 p. 100) de toutes les dépenses de santé, suivis des médecins (10,7 milliards de dollars ou 14,3 p. 100) et des frais de médicaments (10,2 milliards de dollars ou 13,6 p. 100). De 1991 à 1996, les dépenses des hôpitaux ont chuté de 0,1 p. 100 par année, tandis que les dépenses affectées aux médecins ont augmenté à un taux de 1,0 p. 100 annuellement et que les dépenses allouées aux médicaments se sont accrues au taux annuel de 5,9 p. 100³. Cela constitue une importante réorientation des dépenses prioritaires au Canada, puisqu'on alloue relativement plus de fonds qu'avant aux médicaments et relativement moins aux hôpitaux et aux médecins.

Figure 6.3

Dépenses de santé (totales, par habitant, et proportion du produit intérieur brut), selon la province ou le territoire, Canada, 1996

	Milliers de dollars	Dollars par habitant	Pourcentage de PIB
◆ Canada	75 304,1	2 513	9,2
◆ Terre-Neuve	1 295,9	2 267	12,1
◆ Île-du-Prince-Édouard	337,2	2 467	11,8
◆ Nouvelle-Écosse	2 144,6	2 274	10,9
◆ Nouveau-Brunswick	1 807,1	2 371	10,8
◆ Québec	17 059,0	2 309	9,5
◆ Ontario	29 545,1	2 624	8,9
◆ Manitoba	2 941,4	2 579	10,4
◆ Saskatchewan	2 525,7	2 477	9,0
◆ Alberta	6 648,9	2 380	7,1
◆ Colombie-Britannique	10 524,8	2 728	9,9
◆ Yukon	102,6	3 267	8,7
◆ Territoires du Nord-Ouest	371,9	5 564	12,9

Source : Institut canadien d'information en matière de santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-1998*.

Prestation de services

Il s'avère difficile de tracer un tableau précis de l'état des services de prestation à l'échelle du pays en raison du peu de bases de données disponibles. Les données systémiques recueillies à l'échelle provinciale et territoriale, et qui sont compilées au niveau national, se rapportent surtout aux hôpitaux, alors que le système devient de plus en plus communautaire. Les données recueillies au moyen d'auto-rapports ne correspondent pas toujours aux données sur la prestation de services. Parfois même, les données recueillies dans certaines régions ne sont pas regroupées ou ne sont pas comparables au niveau national. Il importe de régler ces disparités pour arriver à obtenir des informations fiables sur lesquelles baser les mesures de responsabilité afférentes aux services de santé et à leur gestion.

Hôpitaux

En 1995-1996, ce sont les maladies circulatoires qui ont exigé le plus de jours d'hospitalisation, suivies des troubles mentaux (figure 6.4). Ces estimations excluent l'hospitalisation en établissement psychiatrique qui nécessite habituellement des séjours plus longs. Tenant compte de cette dernière statistique, on peut affirmer que les troubles mentaux entraînent le grand nombre de jours d'hospitalisation, soit 15 millions en 1993-1994⁴.

Par contre, l'hospitalisation pour accouchement a requis 3,9 p. 100 des jours d'hospitalisation, et la durée moyenne de séjour a été plutôt brève (2,9 jours). Deux domaines ont affiché des changements entre 1990-1991 et 1995-1996, soit les troubles du système nerveux, auxquels on doit désormais plus de jours d'hospitalisation qu'au

cancer, et les maladies musculo-squelettiques, qui ont exigé un plus grand nombre de jours d'hospitalisation que l'accouchement en 1995-1996. Cela correspond à la prévalence croissante d'affections chroniques comme l'arthrite, le rhumatisme et les maux de dos, et au rôle majeur des troubles du système nerveux ainsi que des problèmes de dos et de membres comme causes de limitation des activités au cours de la même période⁵.

Correspondant à la baisse des dépenses des hôpitaux, on a également noté une réduction considérable du nombre d'hôpitaux au Canada et observé des changements fondamentaux dans leur mode de prestation des services. De 1986-1987 à 1994-1995, le nombre d'hôpitaux publics a diminué de 14 p. 100 et le nombre de lits autorisés au sein de ces hôpitaux a été réduit de 11 p. 100. De même, une tendance commune est apparue dans toutes les catégories d'hôpitaux publics, à savoir que le nombre de patients ambulatoires s'est accru alors que le nombre de patients hospitalisés a diminué⁶.

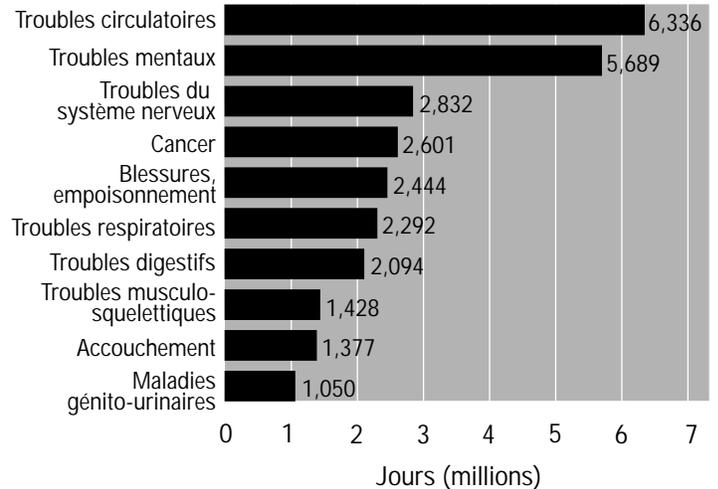
Les changements aux modèles de séjours hospitaliers revêtent un intérêt particulier pour les femmes à deux égards. D'une part, en raison des accouchements et de la tendance des femmes à vivre plus longtemps que les hommes, les femmes tendent à nécessiter plus de jours d'hospitalisation et plus de congés de l'hôpital que les hommes. En ce sens, les modifications apportées aux politiques hospitalières sur la durée des séjours affectent particulièrement les femmes en tant que clientes. De plus, les politiques sur les départs précoces pourraient accroître le fardeau imposé aux soignants à domicile, qui sont majoritairement des femmes.

En 1995-1996, les Canadiens ont accumulé 35,5 millions de jours-patients dans les hôpitaux de soins généralisés et spécialisés (sauf les établissements psychiatriques). Il s'agit d'une baisse par rapport aux 41,4 millions de jours-patients dénombrés en 1990-1991. Ces diminutions ont eu lieu malgré un accroissement de la population de 1,8 million durant cette période. La durée moyenne de séjour a également fléchi, passant de 11,5 jours en 1990-1991 à 11 jours en 1995-1996 (figure 6.5).

La durée moyenne des séjours à l'hôpital s'accroît considérablement avec l'âge, et le temps passé dans les hôpitaux demeure beaucoup plus prononcé chez les Canadiens âgés. Ainsi, compte tenu du vieillissement de la population, la diminution des jours d'hospitalisation s'avère plus remarquable encore. Cela peut refléter l'amélioration constante de la santé des Canadiens âgés observée au chapitre 1, et calmer les inquiétudes quant aux coûts médicaux associés à une population vieillissante. Par ailleurs, il se peut que l'on soit arrivé à traiter plus efficacement les patients jeunes et d'âge moyen, en raison du nombre croissant de soins ambulatoires, de percées techniques et d'améliorations au niveau des traitements pharmacologiques. Il se peut aussi que le coût des congés précoces

Figure 6.4

Total des jours d'hospitalisation*, selon les principales causes, Canada, 1995-1996



* À l'exclusion des établissements psychiatriques

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité hospitalière, 1994-1995 et 1995-1996.*

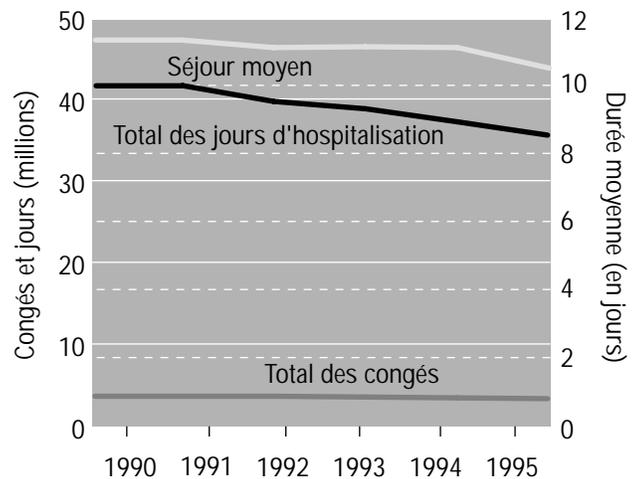
de l'hôpital ait été absorbé par les familles et les services communautaires. Il faudra mener d'autres études pour arriver à mieux évaluer ces facteurs.

Contrairement à la tendance générale à réduire la durée des séjours hospitaliers, on note une propension croissante à prolonger la durée moyenne des séjours pour troubles mentaux (c'est-à-dire une hausse du nombre de jours-patients dans les hôpitaux qui offrent des soins aigus et ambulatoires), en même temps qu'un déclin du nombre total d'admissions à l'hôpital pour troubles mentaux). Ceci porte à croire qu'on arrive à traiter les cas moins graves sans recourir à l'hospitalisation, alors que les cas plus sérieux et persistants continuent d'exiger des soins en milieu hospitalier⁷. Reste à démontrer si ces nouvelles tendances au plan de l'hospitalisation psychiatrique reflètent des changements dans l'état de santé mentale de la population ou une modification du système de services. Puisque la plupart des soins psychiatriques sont maintenant offerts en milieu communautaire, l'absence d'une banque de données nationale sur les services communautaires de santé mentale complique l'analyse du mode de prestation des services de santé mentale et de ses effets sur la santé de la population.

Services d'urgence

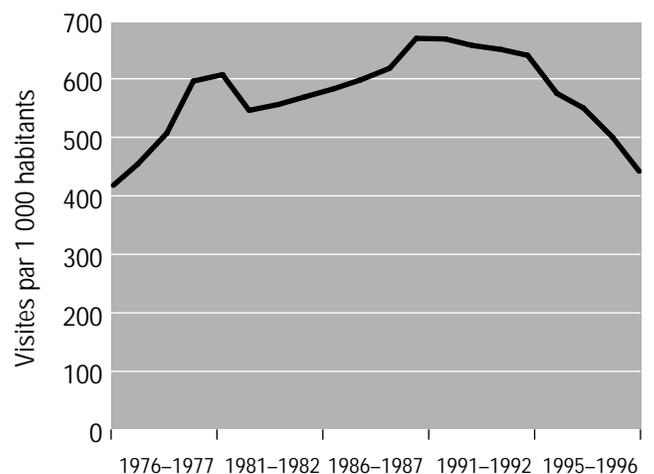
En 1996-1997, 25 p. 100 des Canadiens de 12 ans ou plus disaient avoir effectué au moins une visite à un service d'urgence. Comme l'indique la figure 6.6, on note une baisse considérable des visites aux salles d'urgence au Canada depuis quelques années (réduction de 31 p. 100 entre 1991-1992 et 1995-1996). Cette diminution peut être attribuable, en partie, à la fermeture des services d'urgence des hôpitaux et à la multiplication des cliniques sans rendez-vous et d'autres types de services de soins d'urgence. Il y aurait lieu d'élargir les bases de données actuelles et de mener des études plus poussées pour mieux comprendre les facteurs associés à un tel changement.

Figure 6.5 Jours d'hospitalisation, séjours moyens et congés, Canada, 1990 à 1995



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité hospitalière 1994-1995 et 1995-1996*.

Figure 6.6 Visites aux cliniques d'urgence, Canada, 1976-1977 à 1995-1996



Source : Statistique Canada, *Indicateurs sur la santé, 1999*, Statistique Canada, (n° de catalogue 82-221-XCB).

Soins à domicile

Au fur et à mesure que la population vieillit et qu'on s'affaire à réorganiser les services de santé, les services de soins à domicile jouent un rôle de plus en plus grand pour aider à maintenir la santé et l'autonomie, et pour contenir les coûts. Cela dit, le recours à des services de soins à domicile financés à même les fonds publics continue de soulever des doutes au Canada. Selon l'ENSP de 1996-1997, 2 p. 100 des Canadiens de 18 ans ou plus (450 000) se sont prévalus des services de soins à domicile financés par l'État, soit un taux très semblable à celui de 1994-1995. En même temps, plusieurs provinces ont déclaré une augmentation des dépenses et des services de soins à domicile pour la même période. C'est ainsi que les données fournies par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique indiquaient un accroissement des visites pour soins à domicile, qui passaient de 627 000 (176 par 1 000 habitants) en 1994-1995 à 856 000 (223 par 1 000 habitants) en 1996-1997⁸. Cet écart peut refléter un accroissement du nombre de visites par personne, plutôt qu'une augmentation du nombre de personnes recevant des soins à domicile. Il importe de poursuivre la recherche pour mieux saisir cette contradiction apparente.

Selon l'ENSP de 1996-1997, ce sont avant tout les aînés, surtout les femmes âgées et les personnes seules à la maison, qui avaient recours aux soins à domicile. La moitié des bénéficiaires des soins à domicile qualifiaient leur état de santé de moyen ou mauvais, alors que 56 p. 100 affichaient deux affections chroniques ou plus et 28 p. 100 disaient avoir passé huit nuits ou plus à l'hôpital au cours de l'année précédente. Les services les plus utilisés étaient les soins infirmiers (46 p. 100) et les travaux ménagers (42 p. 100).

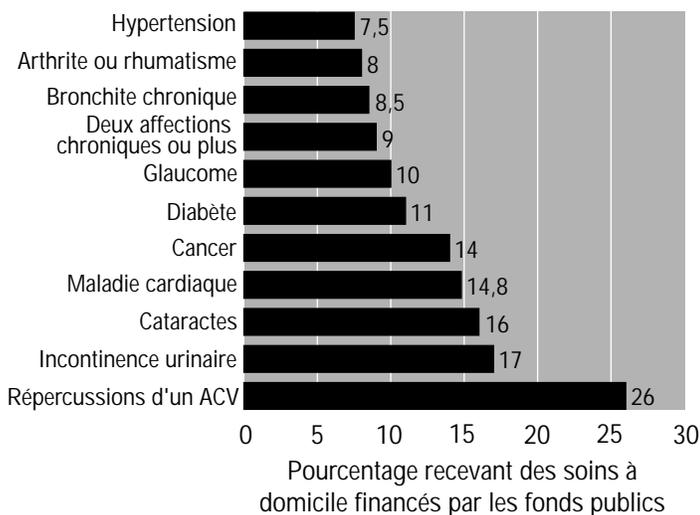
Comme l'illustre la figure 6.7, les personnes souffrant des conséquences d'un accident cérébrovasculaire (ACV), d'incontinence urinaire, de cancer et d'autres maladies étaient plus aptes à recevoir des services de soins à domicile financés à même les fonds publics que

les personnes souffrant d'arthrite, même si la charge de travail des fournisseurs de soins à domicile incluait plus de personnes souffrant d'arthrite. Cela indique que même si les cas d'arthrite sont plus nombreux que les cas d'ACV au sein de la population hors des établissements, le traitement des cas d'ACV s'avère plus intensif⁹.

On note une relation inverse évidente entre le revenu du ménage et la réception de soins à domicile financés par les fonds publics. Cela pourrait bien refléter l'état de santé moins bon des personnes à faible revenu, le fait que nombre d'aînés, les plus grands consommateurs de services de santé, affichent un faible revenu, et le fait que les gens qui ont un revenu supérieur ont davantage les moyens de se prévaloir de services de soins à domicile privés.

Plus de la moitié des personnes ayant besoin d'aide dans l'exécution des activités quotidiennes, y compris les soins personnels, les travaux ménagers et les achats, disaient ne pas recevoir de soins à domicile publics.

Figure 6.7
Pourcentage des personnes ayant reçu des soins à domicile financés par les fonds publics au cours de l'année précédant l'enquête, selon la présence d'affections chroniques*, population de 18 ans ou plus, Canada, à l'exclusion des territoires, 1994-1995



* Selon le diagnostic d'un professionnel de la santé.

Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*.

Ces résultats correspondent à une étude récente menée en Saskatchewan auprès de patients hospitalisés, après leur retour à la maison, où soixante pour cent des personnes identifiées à l'hôpital comme ayant besoin d'aide à domicile n'en ont jamais reçu¹⁰.

Selon les renseignements fournis au chapitre 2 sur le soutien informel, il est raisonnable de croire que nombre de Canadiennes et de Canadiens qui n'ont pas eu recours aux soins à domicile ont reçu une aide informelle de la part de membres de leur famille et de voisins. En outre, il est fort probable que certains besoins n'aient pas été comblés.

Soins de longue durée

Au fur et à mesure que la population vieillit, on cherche de plus en plus comment faire pour aider les gens à vivre le plus longtemps possible dans leur milieu et pour les garder hors des établissements de santé. Mais lorsque la santé flanche, la seule option parfois résidente dans le recours aux soins de longue durée offerts en établissement.

Selon l'ENSP, un peu moins d'un quart de million de Canadiens vivaient dans des centres d'hébergement offrant des soins de longue durée en 1995-1996. La grande majorité (81 p. 100) des résidents de ces établissements avaient 65 ans ou plus, et les femmes constituaient 73 p. 100 de ce groupe. Plus de la moitié (58 p. 100) de ces résidents âgés n'appartenaient pas à des groupes et ne participaient pas aux activités de groupe organisées par l'établissement. Une proportion encore plus importante de résidents ne semblaient pas avoir d'amis intimes hors de l'établissement. Néanmoins, plusieurs de ces personnes âgées recevaient un soutien quelconque de la part d'un membre de leur famille, et 61 p. 100 voyaient cet aidant une fois par semaine ou plus¹¹.

Qualité des soins

Au moment de la rédaction, il n'existait presque aucune donnée pour aider à décrire la qualité des soins de santé au Canada, ou pour évaluer les répercussions de la restructuration du système de santé sur la qualité des soins reçus, y compris des éléments aussi importants que la transition des soins vers les collectivités et le domicile, l'effet des fermetures de lits d'hôpitaux et du temps d'attente imposé pour consulter un spécialiste ou pour accéder aux services de santé. Un récent sondage révèle toutefois que seulement 24 p. 100 des Canadiens qualifiaient d'excellente la qualité générale des soins reçus au cours des 12 derniers mois, et que seulement 28 p. 100 jugeaient excellente leur expérience générale à l'hôpital. Il est clair qu'il faut poursuivre les recherches pour en savoir davantage sur la question de qualité des soins¹².

Accès et recours aux services de santé

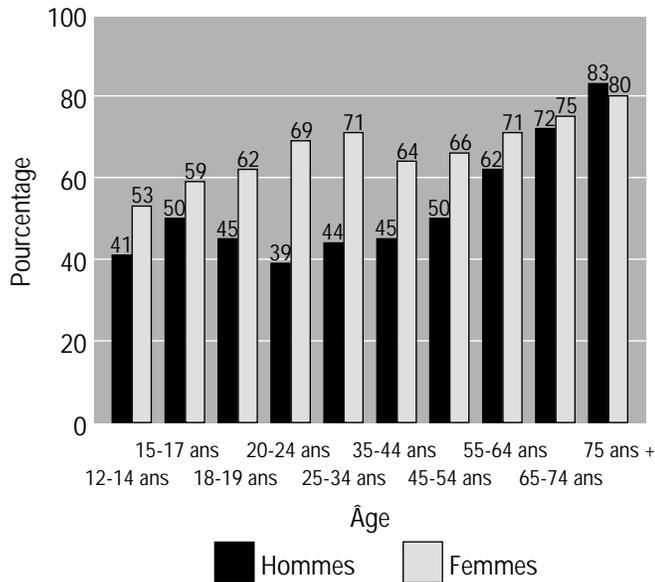
L'omnipraticien demeure le principal fournisseur de services de santé au Canada. Conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*, il semble que ces services soient fournis sans égard au revenu du patient. Néanmoins, certaines barrières linguistiques et culturelles continuent de faire obstacle à la prestation ou à l'utilisation des services de santé dans certains cas.

Consultations auprès d'un omnipraticien ou d'un médecin de famille

En 1996-1997, selon l'ENSP, 87 p. 100 des femmes et 73 p. 100 des hommes ont indiqué avoir eu au moins une consultation avec un médecin. Les femmes de 18 à 54 ans avaient deux ou trois fois plus tendance que les hommes du même groupe d'âge à avoir consulté un médecin au cours de l'année précédente. Ce sont toutefois les Canadiens de 65 ans et

Figure 6.8

Pourcentage de Canadiens déclarant deux consultations auprès d'un médecin ou plus, selon l'âge et le sexe, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

à court et à long terme, et la population née au Canada¹⁴. Toutefois, il peut y avoir des différences dans les modèles d'utilisation en rapport avec le pays d'origine, comme l'illustre une importante mesure préventive utilisée chez les femmes, soit le test de Pap.

Test de Pap

Le dépistage du cancer du col utérin à l'aide d'un test de Pap peut réduire grandement l'incidence de la mortalité attribuable à ce type de cancer. À l'heure actuelle, les tests de Pap sont recommandés tous les trois ans jusqu'à 69 ans, pour les femmes de 18 ans ou plus. En 1996-1997, 72 p. 100 des femmes de 18 ans et plus ont déclaré avoir subi un test de Pap au cours des trois années précédentes. Treize pour cent ont avoué n'en avoir jamais subi. Il s'agit d'une amélioration modeste mais tout de même importante par rapport à 1994-1995, où 70 p. 100 des femmes de 18 ans et plus déclaraient avoir subi récemment un test de Pap, et 15 p. 100 indiquaient n'en avoir jamais eu.

Les taux de test de Pap sont liés au niveau d'instruction et au revenu. De fait, 76 p. 100 des femmes au revenu supérieur déclaraient en avoir subi un au cours des trois années précédentes, contre seulement 60 p. 100 des femmes au revenu inférieur (figure 6.9).

Les taux de test de Pap sont encore plus fortement liés au pays d'origine, selon une analyse récente fondée sur l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995¹⁵. Chez les femmes de 25 à 34 ans nées en Amérique du Nord, seulement 7 p. 100 déclaraient n'avoir jamais subi de test de Pap. Cette proportion augmentait à 16 p. 100 chez les femmes du même âge d'origine sud-américaine, à 24 p. 100 chez les femmes d'origine européenne et à 39 p. 100 chez les femmes d'origine asiatique. Des résultats semblables valent pour les femmes plus âgées. Chez les femmes de 35 à 64 ans, la proportion de celles qui n'ont jamais eu de test de Pap de passait de 7 p. 100 chez les femmes nées en Amérique du Nord, à 18 p. 100 chez celles originaires d'Amérique du Sud et à 36 p. 100 des femmes nées en Asie (figure 6.10).

plus qui étaient les plus aptes à avoir consulté plusieurs fois un médecin pendant l'année. Dans ce groupe d'âge, les taux des consultations déclarés par les hommes et les femmes étaient très semblables. En fait, chez les personnes de 75 ans et plus, les hommes (83 p. 100) étaient légèrement plus enclins que les femmes (80 p. 100) à déclarer deux consultations ou plus auprès d'un médecin (figure 6.8). Bien que les motifs de ces visites ne soient pas connus, il existe plusieurs données probantes sur les différences entre les modèles de consultation favorisés par les femmes et ceux favorisés par les hommes. Il importe d'examiner cette situation de plus près.

Les Canadiens qui affichent un revenu inférieur ont déclaré avoir consulté leur médecin un peu plus souvent que les autres, ce qui correspond au taux élevé de problèmes de santé présents chez les Canadiens économiquement défavorisés¹³. Une analyse du nombre de visites chez le médecin révèle très peu de différences entre les immigrants

Mammographie

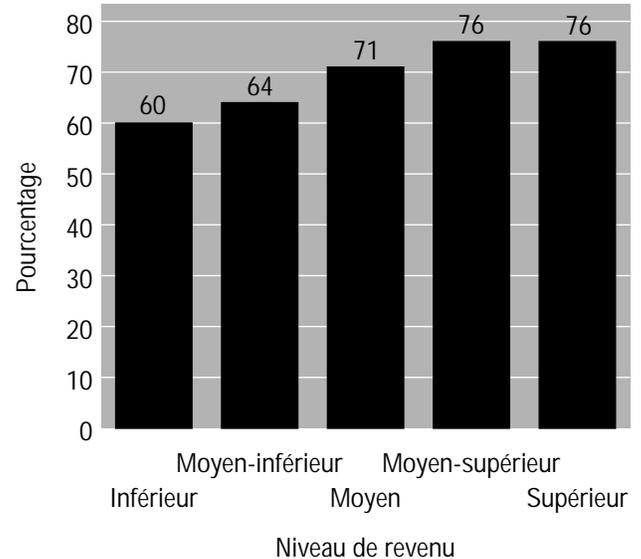
Il a été démontré que la détection précoce du cancer du sein par la mammographie réduit la mortalité chez les femmes de 50 à 69 ans. À l'heure actuelle, on recommande le dépistage par mammographie tous les deux ans pour les femmes de ce groupe d'âge. La plupart des gouvernements provinciaux et territoriaux ont instauré des programmes de dépistage du cancer du sein par mammographie aux femmes de 50 à 69 ans et certains programmes acceptent aussi les femmes plus âgées et les moins âgées. De même, les cliniques de diagnostic font beaucoup de dépistage par mammographie. La figure 6.11 révèle qu'en 1996-1997, la proportion de femmes de 50 à 69 ans qui disaient avoir subi une mammographie s'était accrue au cours des deux dernières années.

Accès à des professionnels de la santé autres que les médecins

Contrairement à l'accès aux services de santé couverts par une assurance universelle, l'accès à des produits et services de santé non assurés (comme les prothèses dentaires, les lunettes et les services de santé mentale) est fortement associé au revenu. La plupart des programmes d'aide au revenu intègrent un régime quelconque de soins ophtalmologiques et dentaires (même si la couverture s'avère moins englobante que celle offerte dans le cadre de régimes privés et d'assurances offertes par l'employeur). Par conséquent, les Canadiens qui travaillent au salaire minimum ou qui ne jouissent pas d'avantages de santé complémentaires n'ont pas autant accès à de tels services et aux médicaments (sur ordonnance). Comme l'indiquent les chapitres 2 et 3, ce sont surtout les jeunes et les nouvelles familles qui ont tendance à appartenir à cette catégorie. Cette situation a de graves répercussions sur l'accès des enfants aux soins dentaires préventifs et sur l'accès de la famille entière aux soins de la vue.

Figure 6.9

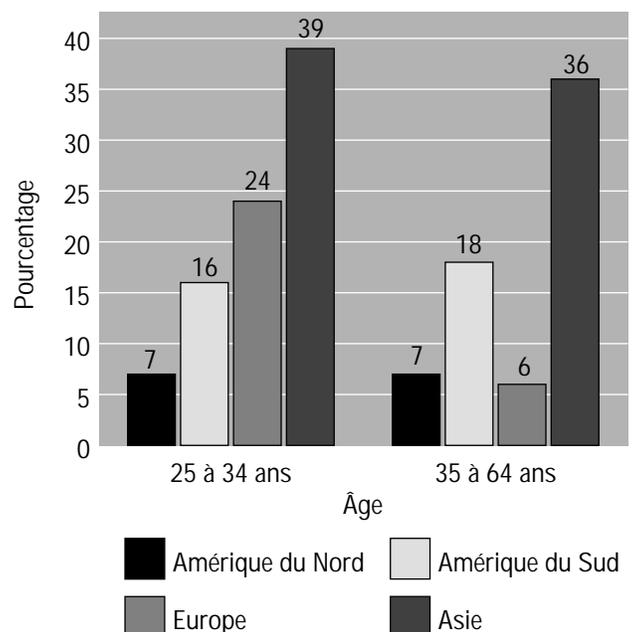
Pourcentage des femmes de 18 ans ou plus déclarant avoir subi un test de Pap au cours des trois dernières années, selon le revenu, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Figure 6.10

Pourcentage des femmes qui n'ont jamais subi un test de Pap, selon l'âge et le lieu de naissance, 1994-1995



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*.

Figure 6.11

Pourcentage des femmes de 50 à 69 ans qui ont subi un dépistage par mammographie au cours des deux années précédentes, 1996-1997

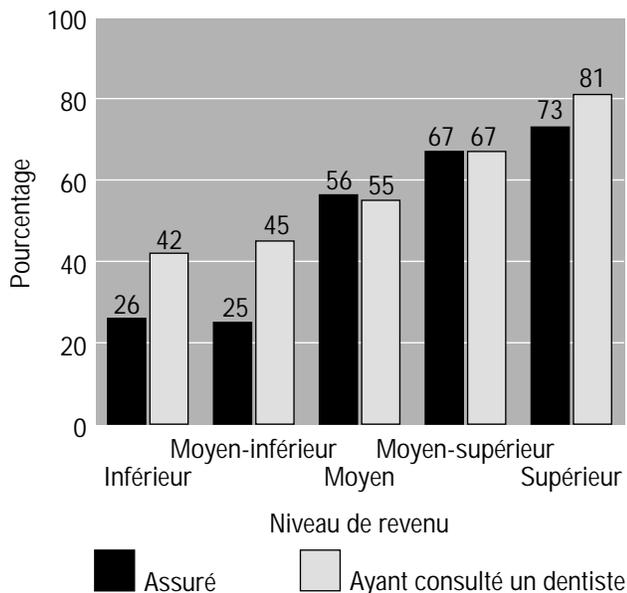
Province	%
◆ Terre-Neuve	29
◆ Île-du-Prince-Édouard	56
◆ Nouvelle-Écosse	40
◆ Nouveau-Brunswick	60
◆ Québec	49
◆ Ontario	59
◆ Manitoba	50
◆ Saskatchewan	50
◆ Alberta	56
◆ Colombie-Britannique	54

Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

De fait, les Canadiens à faible revenu étaient les moins susceptibles de tous d'avoir une assurance dentaire ou d'avoir rendu visite à un dentiste durant l'année précédente. Chez les Canadiens au revenu moyen-inférieur, seulement 25 p. 100 jouissaient d'une assurance dentaire et seulement 45 p. 100 avaient vu un dentiste en 1996-1997. Par contre, 73 p. 100 des Canadiens au revenu supérieur avaient une assurance dentaire et 81 p. 100 déclaraient avoir vu un dentiste au cours de l'année précédente (figure 6.12).

Figure 6.12

Pourcentage des Canadiens qui ont une assurance-dentaire et pourcentage des visites déclarées chez le dentiste au cours de l'année précédant l'enquête, selon le revenu (normalisé en fonction de l'âge), 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Visites chez le dentiste

Hormis la visite chez le médecin, c'est la visite chez le dentiste qui constitue le plus fréquent type de consultation d'un professionnel de la santé. Soixante-quatre pour cent des femmes et 60 p. 100 des hommes de 12 ans et plus ont déclaré une visite chez le dentiste en 1996-1997. Ce sont les jeunes de 12 à 14 ans qui se rendaient le plus souvent chez le dentiste (67 p. 100), puis ceux de 15 à 17 ans (71 p. 100) et ceux de 18 et 19 ans (61 p. 100). Mais la fréquence des visites chez le dentiste chutait, abruptement, à 48 p. 100 dans le cas des jeunes adultes de 20 à 24 ans.

En ce qui touche l'accessibilité des soins dentaires, le niveau de revenu et l'existence d'une assurance dentaire constituent de très importants facteurs déterminants.

Les différences interprovinciales de l'assurance dentaire sont marquées, variant de planchers de 40 p. 100 au Québec et de 43 p. 100 à Terre-Neuve à des plafonds de 62 p. 100 en Alberta et de 63 p. 100 en Ontario.

En 1997, les peuples autochtones ont déclaré des taux de visites chez le dentiste inférieurs à la moyenne nationale, même si chez les Premières nations et les Inuit, les soins dentaires sont couverts comme service de santé non assuré. Selon les enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit, 51 p. 100 des autochtones vivant dans des réserves déclaraient avoir vu un dentiste au cours de l'année précédente¹⁶.

En 1994-1995, relativement peu d'immigrants non européens récents (40 p. 100) avaient consulté un dentiste, mais 58 p. 100 des immigrants de longue date en avaient consulté un¹⁷.

Examen de la vue et verres correcteurs

Un examen régulier des yeux est important pour évaluer la vue, prescrire des verres correcteurs et vérifier la présence de maladies comme le glaucome, si l'on veut assurer le bien-être des gens et leur capacité de vaquer aux activités quotidiennes. La couverture des examens de la vue varie d'un régime provincial à l'autre. La plupart garantissent un examen annuel par un ophtalmologue ou un optométriste, mais il faut habituellement une assurance additionnelle pour payer les verres qui sont prescrits.

L'ENSP indique qu'en 1996-1997, 42 p. 100 des Canadiens (44 p. 100 des femmes et 39 p. 100 des hommes) ont déclaré avoir subi un examen de la vue. À l'instar des visites chez le dentiste, les consultations d'un spécialiste de la vue sont fortement liées au revenu. Plus les gens affichent un revenu élevé, plus ils ont tendance à jouir d'une assurance pour verres correcteurs et d'avoir subi un examen de la vue récent. Seulement 21 p. 100 des Canadiens au revenu inférieur détiennent une assurance pour les lunettes ou les lentilles cornéennes, et seulement 37 p. 100 ont déclaré avoir récemment subi un examen de la vue. Soixante-quatre pour cent des Canadiens au revenu supérieur ont déclaré avoir une assurance et 47 p. 100 s'étaient récemment fait examiner les yeux (figure 6.13).

Ici encore, on observe de grandes variations entre les régimes en vigueur dans diverses provinces. La proportion des citoyens jouissant d'une assurance pour verres correcteurs variait de 26 p. 100 en Saskatchewan à 34 p. 100 au Québec, à 56 p. 100 au Nouveau-Brunswick et à 57 p. 100 en Ontario.

Consultation d'un chiropraticien

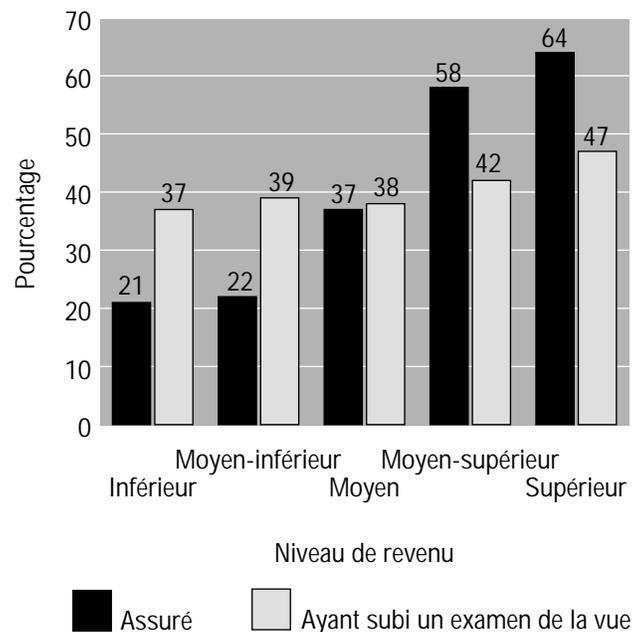
Selon l'ENSP de 1996-1997, 10 p. 100 des hommes et 11 p. 100 des femmes déclaraient avoir consulté au moins une fois un chiropraticien. Ce type de consultation semble aussi fortement lié au revenu. Douze pour cent des Canadiens au revenu supérieur ont déclaré une visite récente chez le chiropraticien contre seulement 6 p. 100 des Canadiens à faible revenu.

Services de santé mentale

Le financement alloué par le régime national d'assurance santé ne s'applique pas aux services offerts par les hôpitaux psychiatriques. Ces services particuliers sont financés par les provinces et par les territoires. Il en va de même des services psychiatriques offerts dans les hôpitaux réguliers par un médecin généraliste ou par un spécialiste (comme un psychiatre), dont le financement est garanti par les provinces et par les territoires dans le cadre de leurs propres régimes d'assurance-santé. Lorsque des services tels que les soins infirmiers, les services de psychologie, d'ergothérapie, de travail social et autres services cliniques sont offerts à des patients hospitalisés ou en visite

Figure 6.13

Pourcentage des Canadiens qui ont une assurance-lunettes/lentilles cornéennes; pourcentage ayant subi un examen de la vue au cours de l'année précédant l'enquête, selon le revenu (normalisé en fonction de l'âge), 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

externe par un hôpital régulier, ces services sont généralement couverts par des régimes d'assurance-santé publics. Les provinces et les territoires peuvent choisir d'élargir cette couverture de base en finançant certains services de soins de santé communautaires offerts par des professionnels de la santé autres que des médecins praticiens¹⁸. Même si les programmes d'aide sociale et les régimes d'assurance-santé privés offrent une couverture limitée dans le cas de services de santé mentale offerts par des professionnels autres que les médecins à l'extérieur de l'hôpital, il est probable que le faible revenu demeure un obstacle majeur limitant l'accès à de tels services.

Selon les résultats de l'ENSP de 1996-1997, il appert que 3 p. 100 des Canadiens auraient consulté un travailleur social et que 2 p. 100 auraient consulté un psychologue au cours de l'année précédente. De plus, même si l'ENSP ne fait pas beaucoup de lumière sur la question, il y a lieu de croire que beaucoup de visites chez le médecin de famille soient liées à des problèmes d'ordre affectif ou mental.

Médicaments : dépenses et recours

Entre 1975 et 1994, les dépenses en médicaments s'est accru de 1,1 milliard à 9,2 milliards de dollars. Les dépenses indexées par personne ont plus que doublé, grim pant de 108 \$ à 232 \$. Les dépenses affectées au coût des médicaments ont augmenté plus rapidement que toute autre grande catégorie de soins de santé. De fait, la part des dépenses totales de santé a grimpé de 8,7 p. 100 à 12,7 p. 100 entre 1975 et 1994. Les médicaments sur ordonnance représentaient environ 70 p. 100 de ce total, soit 6,5 milliards de dollars en 1994. Le reste du montant était consacré aux médicaments en vente libre et aux produits de santé personnels. Même si les régimes privés assurent une large part du coût total de tous les médicaments, la portion des fonds publics allouée aux dépenses en médicaments sur ordonnance a augmenté considérablement depuis 1975¹⁹.

Au cours des dernières années, on a ralenti les dépenses affectées à l'achat de médicaments, mais pas autant que celles affectées aux médecins et aux hôpitaux. En 1996, les dépenses en médicaments représentaient un investissement de 10,2 milliards de dollars, soit 13,6 p. 100 de toutes les dépenses de santé²⁰.

En 1996-1997, près des deux tiers des Canadiens (60 p. 100 des hommes et 67 p. 100 des femmes) déclaraient avoir consommé un type quelconque de médicament (sur ordonnance ou en vente libre) au cours des deux dernières journées et la moitié de ces personnes (30 p. 100 en tout) déclaraient prendre trois médicaments ou plus à la fois.

La figure 6.14 indique les types de médicaments qui sont les plus courants. Outre ces médicaments 16 p. 100 des femmes de 12 à 49 ans disent utiliser des contraceptifs oraux et environ 11 p. 100 des femmes de 30 ans et plus prennent des hormones.

En général, l'utilisation des médicaments s'accroît avec l'âge, même si ce sont surtout des jeunes de moins de 25 ans qui consomment des médicaments contre les allergies. Quarante-neuf pour cent des Canadiens de 12 à 14 ans déclaraient avoir pris au moins un médicament au cours des deux jours précédents. Cette proportion augmentait constamment, dans tous les groupes d'âge, jusqu'à atteindre 89 p. 100 chez les aînés de 75 ans et plus. Vingt-neuf pour cent des jeunes Canadiens de 12 à 14 ans utilisaient trois médicaments ou plus, de même que 44 p. 100 des hommes et 47 p. 100 des femmes de 75 ans et plus. Cela s'avérait considérablement plus élevé que chez les personnes âgées de la génération précédente, alors que 20 p. 100 seulement consommaient la même quantité de médicaments²¹.

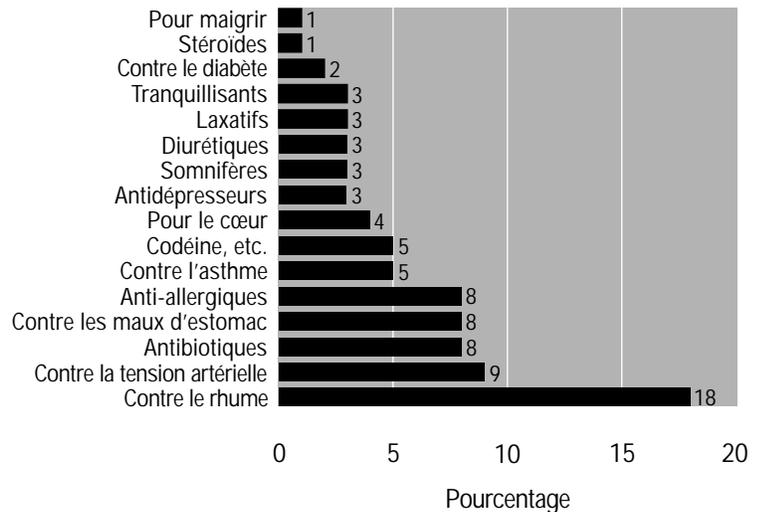
Dans tous les groupes d'âge, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de prendre un ou deux médicaments, mais moins susceptibles qu'eux d'en prendre trois à la fois. Les femmes (5 p. 100) avaient plus tendance que les hommes (2 p. 100) à prendre des antidépresseurs.

Les régimes gouvernementaux et les régimes privés couvrent, dans une certaine mesure, le coût des médicaments sur ordonnance de près des deux tiers des Canadiens de 12 ans et plus. De même, les médicaments sur ordonnance sont considérés comme un service de santé non assuré chez les Premières nations et les Inuit. Néanmoins, il semble que les Canadiens à faible revenu non admissibles aux prestations d'aide sociale soient les plus désavantagés (figure 6.15). Tandis que 74 p. 100 des Canadiens au revenu supérieur détiennent une assurance couvrant le coût des médicaments sur ordonnance, seulement 53 p. 100 des Canadiens au revenu moyen et 38 p. 100 de ceux au revenu inférieur jouissent d'un tel avantage.

La couverture de l'assurance-médicaments des régimes gouvernementaux ou des assurances d'employés varie selon les provinces. Les résidents de l'Alberta (67 p. 100), de la Nouvelle-Écosse (67 p. 100) et de l'Ontario (66 p. 100) sont les plus susceptibles d'avoir une assurance-médicaments, alors que ceux de la Saskatchewan (40 p. 100) et du Manitoba (47 p. 100) sont les moins susceptibles²². Toutefois, puisque les résultats de l'ENSP excluent les enfants de moins de 12 ans, la couverture provinciale n'est peut-être pas pleinement reflétée, surtout dans les cas où ces régimes mettent l'accent sur les enfants.

Figure 6.14

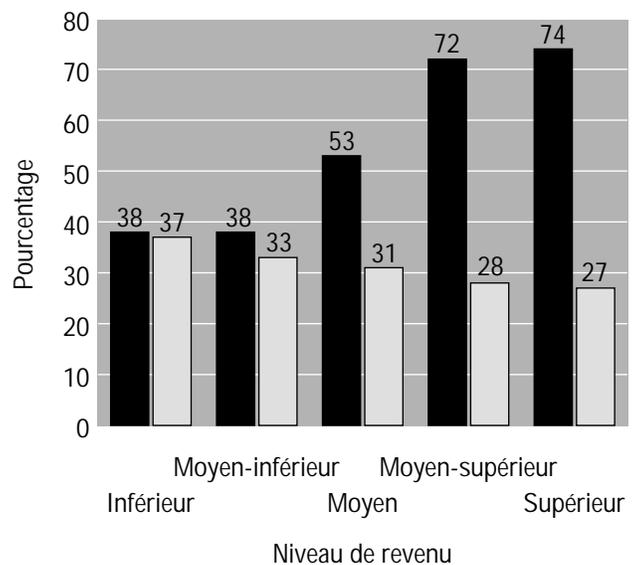
Pourcentage des Canadiens âgés de 12 ans ou plus qui ont consommé des médicaments au cours du mois précédant l'enquête, par type de médicament, Canada, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Figure 6.15

Pourcentage des Canadiens qui ont une assurance-médicaments (sur ordonnance) et pourcentage ayant consommé trois médicaments ou plus au cours des deux jours précédant l'enquête, selon le revenu (normalisé en fonction de l'âge), 1996-1997

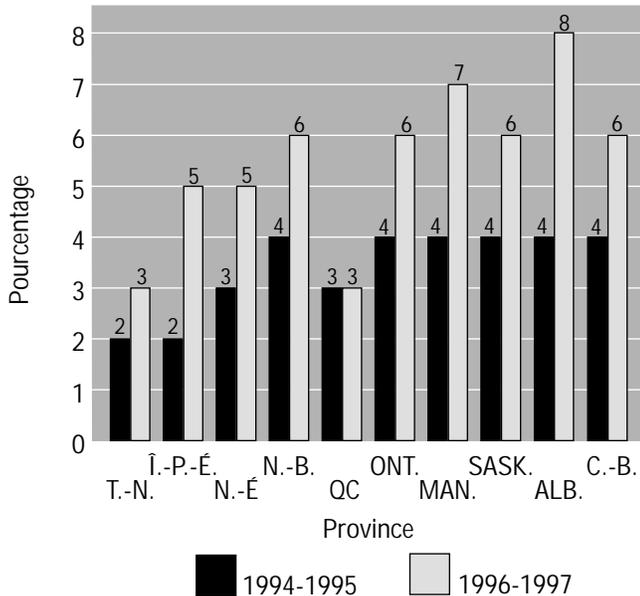


■ Assuré □ Ayant consommé 3 médicaments ou plus

Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Figure 6.16

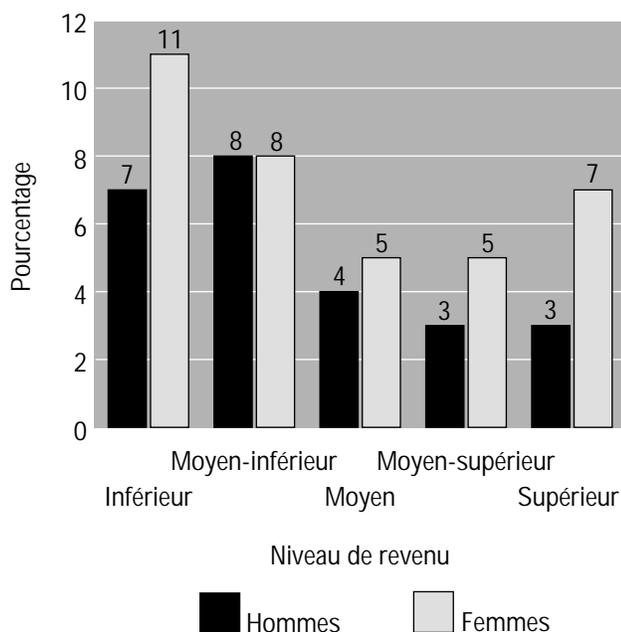
Pourcentage des Canadiens déclarant des besoins non comblés en matière de soins de santé, selon la province, 1994-1995 et 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997.*

Figure 6.17

Pourcentage d'hommes et de femmes déclarant des besoins non comblés en matière de soins de santé au cours de l'année précédant l'enquête, selon le revenu, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997.*

Besoins non comblés en matière de soins de santé

En 1996-1997, 5 p. 100 des Canadiennes et Canadiens de 12 ans et plus (1,2 million) ont déclaré qu'au moins un de leurs besoins en matière de soins de santé n'avait pas été comblé au cours de l'année précédente. Il s'agit d'une légère augmentation par rapport au taux de 1994-1995, alors que 4 p. 100 de la population affichait des besoins non comblés. En tout, 6 p. 100 des femmes et 4 p. 100 des hommes déclaraient des besoins non comblés en matière de soins de santé. Plus de 75 p. 100 de ceux qui déclaraient un besoin non comblé faisaient référence à un problème de santé, 9 p. 100 à une blessure et un autre 9 p. 100 à un problème affectif.

Bien que le niveau général des besoins non comblés demeure faible, on note des augmentations dans chaque province, sauf au Québec. En 1996-1997, la variation interprovinciale est presque triple dans ce domaine, allant d'un plancher de 3 p. 100 à Terre-Neuve et au Québec à un plafond de 8 p. 100 en Alberta (figure 6.16). Il faut toutefois interpréter avec prudence ces hausses apparentes des besoins non comblés en matière de soins de santé, en raison de la taille réduite des échantillons.

Ce sont les Canadiens au revenu inférieur qui affichent le plus de besoins non comblés en matière de santé. Cette relation s'appliquait tant aux immigrants qu'aux citoyens nés au Canada. Onze pour cent des femmes et 7 p. 100 des hommes à faible revenu déclaraient au moins un besoin non comblé (figure 6.17). Chez les femmes au revenu inférieur qui déclaraient des besoins non comblés en matière de soins de santé, 17 p. 100 désignaient un problème affectif comme étant la source de leur besoin. Cela peut refléter les hauts niveaux de stress déclarés par les femmes à faible revenu (chapitre 1) et le fait que l'accès aux services psychologiques ou de consultation (sauf par un psychiatre ou autre médecin, ou en milieu hospitalier) ne soit pas couvert par les régimes d'assurance publics.

Services de santé parallèles

Le nombre de Canadiens de 12 ans et plus qui disent avoir eu recours, pendant l'année précédente, à un type quelconque de soins de santé parallèles (parfois appelés « alternatifs ») comme les soins d'un acupuncteur, d'un homéopathe ou d'un massothérapeute, est passé de 5 p. 100 en 1994-1995 à 7 p. 100 en 1996-1997. La figure 6.18 présente les types de soins de santé parallèles les plus utilisés.

Les femmes étaient une fois et demie plus susceptibles que les hommes d'avoir eu recours aux soins parallèles durant l'année précédente. Ce sont les femmes de 25 à 44 ans (11 p. 100) et de 45 à 64 ans (10 p. 100) qui affichaient les taux les plus élevés d'utilisation des soins de santé parallèles.

Le recours aux fournisseurs de soins de santé parallèles était plus fréquent chez les Canadiens ayant fait des études universitaires ainsi que chez les personnes au revenu supérieur. Neuf pour cent des diplômés universitaires déclaraient y avoir eu recours, contre 3 p. 100 des Canadiens n'ayant pas terminé leur cours secondaire. Ce profil porte à croire que les Canadiens plus instruits sont plus enclins à essayer différentes approches et ont davantage les moyens de se les offrir. Cela peut également témoigner d'une insatisfaction face au modèle de soins médicaux actuel ainsi qu'un besoin perçu d'adopter une approche plus globale à cet égard.

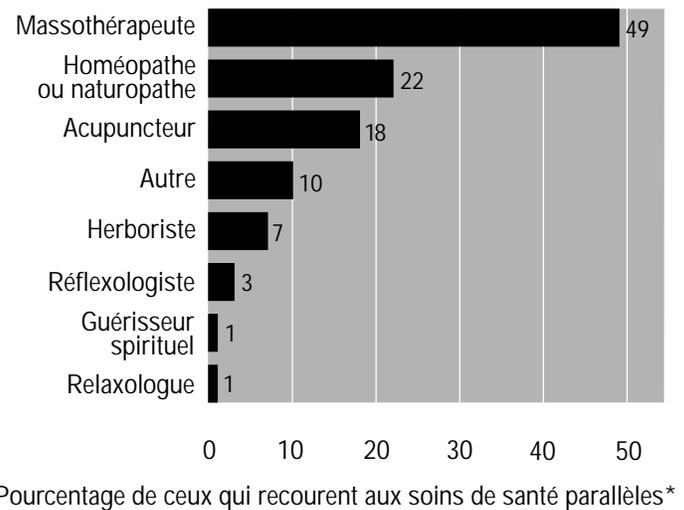
C'est en Colombie-Britannique que le recours aux soins de santé parallèles semblait le plus élevé (11 p. 100), une situation qui pourrait bien tenir aux diverses caractéristiques ethnoculturelles des gens qui habitent cette province. Malheureusement, l'ENSP excluait les résidents du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest (y compris le Nunavut), où le recours aux services de soins parallèles est plus répandu. Par exemple, dans l'enquête de promotion de la santé du Yukon de 1993, 6 p. 100 des répondants déclaraient recourir à un massothérapeute, 5 p. 100 à un guérisseur traditionnel et 2 p. 100 à un acupuncteur²³.

Un rapport d'Angus Reid récent indique que lorsque la catégorie s'élargit et inclut les praticiens et des traitements parallèles et complémentaires comme les produits à base d'herbes médicinales, la proportion des adultes canadiens déclarant utiliser ces produits ou services augmente jusqu'à 42 p. 100²⁴.

Puisqu'un nombre croissant de Canadiens font appel aux services parallèles de thérapeutes et qu'ils prennent des remèdes naturels, on reconnaît de plus en plus l'importance d'évaluer les mérites des traitements parallèles et l'interaction entre divers traitements. En même temps, le public exige de plus en plus du gouvernement qu'il engage des mesures pour protéger les consommateurs en établissant des normes et des vérifications touchant la fabrication et la vente des médecines et des pratiques complémentaires.

Figure 6.18

Pourcentage des Canadiens de 12 ans ou plus qui ont recours aux soins de santé parallèles, selon le type, Canada, 1996-1997



* Le total excède 100 p. 100 en raison des réponses multiples.

Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Commentaires

Qualité et imputabilité

Comme le démontre le présent chapitre, des réductions importantes ont été réalisées dans le système de santé sans trop accroître les besoins non comblés et sans compromettre les mesures générales de la santé de la population ou le droit de tous les Canadiens à des services médicaux assurés universels. Parallèlement, les sondages publics ont révélé une insatisfaction croissante face à la qualité des services reçus. On note une inquiétude croissante quant au stress financier, physique et affectif imposé aux familles, surtout aux femmes, en raison de lacunes au niveau des soins, de l'attente pour des services en établissement et des services communautaires, et des congés précoces accordés aux patients hospitalisés qui ne sont pas encore rétablis.

Pour responsabiliser davantage le système de santé du Canada à l'égard du public, il faut s'orienter vers un système intégré de haute qualité qui saura offrir aux Canadiens les soins qu'il leur faut de façon efficace et abordable. À cette fin, le système doit se doter de meilleures mesures d'imputabilité en adoptant une série d'indicateurs qui assurent le suivi des résultats et l'efficacité des interventions médicales. Le jumelage de ces mesures avec un ensemble d'indicateurs pour déterminer la santé générale de la population dans une région, une province ou un territoire donné, pourrait inciter fortement les organismes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé, à collaborer aux objectifs communs visant à améliorer la santé individuelle et collective.

Accès aux services

Les Canadiennes et les Canadiens peuvent s'enorgueillir du fait que le revenu n'entrave généralement pas l'accès aux services médicaux universels. L'accroissement radical du recours aux mammographies exemplifie bien en quoi l'éducation du public, jumelée à des services de dépistage efficaces, peut grandement affecter le recours à des mesures préventives éprouvées. Pourtant, d'importants écarts persistent au niveau de l'accès aux services de santé non assurés. Il importe de glaner plus d'informations sur l'âge et le sexe des groupes les plus touchés par ces inégalités.

La plupart des Canadiens sont prêts à dire que les soins dentaires, les soins de la vue et les services de consultation ne sont pas un « luxe » mais un service essentiel pour garantir aux gens une santé fondamentale et une vie productive au sein d'une société moderne. Pourtant, de nombreux Canadiens sont laissés pour compte par le système. Sans régime d'assurance privé ou public, ils ont un accès restreint ou nul à ces services. Il faut que l'aplanissement des inégalités en cette matière devienne une priorité pour les décideurs, partout au pays. Il y a matière à débat pour décider si cela se réglera au moyen de programmes d'accès universel ou de programmes de soutien spécifiques aux Canadiens sans assurance qui ne peuvent jouir de tels services.

Soins communautaires et soins à domicile

Les progrès en pharmacothérapie, qui permettent aux gens de quitter l'hôpital plus tôt qu'avant, et les changements dans la nature des malaises qui entraînent l'hospitalisation des gens depuis vingt ans, portent à croire que la demande pour des services de santé communautaires et de soins à domicile efficaces augmentera au cours des vingt prochaines

années. Des affections chroniques comme l'arthrite, les troubles du système nerveux et les conséquences d'un ACV sont mieux traitées à l'extérieur d'un hôpital de soins actifs, pourvu que des services infirmiers communautaires et du soutien à domicile soient disponibles.

Le changement radical dans la durée des séjours à l'hôpital pour un accouchement exige également qu'on offre des services de relève communautaires. Un séjour de 24 à 48 heures à l'hôpital est approprié dans le cas de mères en santé qui jouissent d'un bon soutien à domicile. Mais sans cette aide à la maison, les mères risquent d'éprouver divers problèmes, comme les difficultés à allaiter, l'épuisement et la dépression. Outre la douleur ressentie par la mère, ces problèmes affectent l'attachement mère-enfant et peuvent avoir des conséquences à long terme sur le développement affectif et mental de l'enfant.

Le Forum national sur la santé et d'autres groupes ont recommandé que les soins à domicile et autres services communautaires deviennent des services assurés. Cela garantirait à tous l'accès à un continuum de soins comprenant des services de promotion de la santé et de prévention, des soins primaires, des soins actifs, des soins de suivi, des soins chroniques et des soins palliatifs. Dans ce cadre, des incitatifs devraient être axés sur l'assurance que les gens ont accès aux services dans les milieux les plus appropriés et les plus efficaces possibles, et l'on devrait également se préoccuper du fardeau des fournisseurs de soins, dont bon nombre sont des femmes.

L'information présentée dans ce rapport appuie cette notion. Toutefois, la documentation sur la santé de la population laisse également croire que les services ne constituent pas l'unique solution au problème de l'amélioration de la santé. Il faut appuyer l'octroi de services de grande qualité en adoptant, dans les collectivités et les milieux de travail, des politiques et des programmes qui donnent aux gens le temps et la possibilité de prendre soin les uns des autres, sans compromettre leur propre santé ni leur sécurité financière.

Médicaments

Au cours des vingt dernières années, le recours aux médicaments a beaucoup augmenté. Le nombre de Canadiens de tous les âges qui consomment trois médicaments ou plus a connu une hausse marquée, incluant presque la moitié des personnes de plus de 75 ans. Cela n'est pas étonnant à certains égards, étant donné l'apparition de nouveaux médicaments qui améliorent la qualité de vie des personnes âgées ayant des incapacités et le fait que beaucoup plus de Canadiens vivent au-delà de 75 ans, une période de vie où l'incidence des problèmes de santé nécessitant des médicaments tend à s'accroître.

L'utilisation de médicaments multiples soulève toutefois des inquiétudes, surtout en ce qui concerne les risques accrus de chute et d'hospitalisation liés aux effets secondaires nuisibles. Ces dernières années, des groupes d'adultes âgés, de pharmaciens et d'organismes regroupant des professionnels de la santé ont mené des campagnes pour informer les médecins et les aînés des dangers associés à la consommation de plusieurs médicaments. Ces efforts doivent se poursuivre. En même temps, il faudrait obtenir des données plus complètes à ce sujet et procéder à d'autres analyses, y compris de l'information sur l'utilisation simultanée de plus de trois médicaments et les impacts de cette utilisation.

Les personnes chargées d'élaborer les politiques doivent surveiller de près le coût des médicaments sur ordonnance, surtout dans deux domaines particuliers. Premièrement, les décideurs qui réglementent les paiements et les médecins qui prescrivent les médicaments auront besoin d'une approche rationnelle et documentée pour relever le défi complexe de réduire les dépenses liées aux médicaments, tout en répondant aux besoins des consommateurs et en obtenant leur assentiment. À cette fin, il faut en savoir plus sur les

liens entre les dépenses accrues de médicaments et la réduction des coûts hospitaliers qui s'ensuit. Deuxièmement, étant donné que les pharmacothérapies prennent de plus en plus d'importance dans le traitement des maladies, les décideurs doivent se pencher sur le fait que 25 p. 100 des Canadiens, surtout des Canadiens à revenu inférieur, ont un accès restreint ou n'ont aucun accès à l'assurance-médicaments.

Notes en fin de chapitre — Chapitre 6

1. « Canadians' Perspectives on Their Health Care System », *The Angus Reid Report*, Public Policy Focus, Toronto, Angus Reid, mars-avril 1998, p. 17-25.
2. Institut canadien d'information en matière de santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-1998*.
3. *Ibidem*.
4. Statistique Canada, *Statistiques sur la santé mentale, 1993-1994*, Ottawa, (Statistique Canada, 1996, n° de catalogue 83-245-XPB).
5. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité hospitalière, 1994-1995 et 1995-1996*.
6. Tully, P. et E. Saint-Pierre, « La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, vol. 8, n° 4, printemps 1997.
7. Statistique Canada, *Statistiques sur la santé mentale, 1993-1994*, Ottawa, (Statistique Canada, 1996, n° de catalogue 83-245-XPB).
8. Health Services Utilization and Research Commission, Saskatchewan, *Hospital and Home Care Study*, Summary Report 10, Saskatoon, HSURC, 1998.
9. Wilkins, K. et E. Park, « Les soins à domicile au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 1, été 1998, p. 29-37, (Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB).
10. Health Services Utilization and Research Commission, Saskatchewan, *Hospital and Home Care Study*, Summary Report 10, Saskatoon, HSURC, 1998.
11. Tully, P. et C. Mohl, « Établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes », *Rapports sur la santé*, vol. 7, n° 3, 1995.
12. Blendon, R. et coll., *1998 Commonwealth Fund International Health Policy Survey*, Harvard, The Commonwealth Funds, octobre 1998.
13. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.
14. Chen, J., E. Ng et R. Wilkins, (Statistique Canada), « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, vol. 7, n° 4, printemps 1996, p. 33-45, (Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB).
15. Santé Canada, *Factors Important in Promoting Cervical Cancer Screening Behaviours Among Canadian Women: Regional Comparisons*, rapport inédit pour le compte de la Division de la prévention de la maladie, 1996.
16. Weins, F. et L. McIntyre, « Health and Dental Services for Aboriginal People », *Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit*, Ottawa, Comité de direction, 1999.
17. Chen, J., E. Ng et R. Wilkins, (Statistique Canada), « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 ».
18. Santé et Bien-être social Canada, *Services de santé mentale au Canada*, 1990, ministre d'Approvisionnement et Services Canada, 1990, p. 13 (n° de catalogue H39-182/1990F, ISBN 0-662-18047-X).
19. Santé Canada, *Dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1994*, Ottawa, Santé Canada, 1996.
20. Institut canadien d'information en matière de santé, *Tendances des dépenses nationale de santé, 1975-1998*, ICIS, 1998.

21. Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, *L'état de santé des Canadiens : rapport de l'enquête sur la santé de la population*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1981.
22. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.
23. Gouvernement du Yukon, *An Accounting of Health: What the Numbers Say*, Bureau of Statistics, 1994.
24. Angus Reid Group, « Canadians and Alternative Medicines and Practices », *The Angus Reid Report*, vol. 12, n^o 5, septembre-octobre 1997.



Biologie et patrimoine génétique

La composition biologique et organique de base du corps humain constitue un facteur déterminant fondamental de la santé.

— Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population dans *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens.*

Dans la deuxième moitié du XX^e siècle, les Canadiennes et les Canadiens ont été témoins de progrès remarquables dans les domaines de la biotechnologie et de la recherche génétique. De telles percées auraient été inimaginables 50 ans auparavant. En 1953, les scientifiques ont déterminé que l'ADN gouvernait l'hérédité, et ont ainsi ouvert la course à la découverte du fonctionnement de l'ADN. En 1996, le gouvernement américain a mis sur pied le Human Genome Project, un projet sur les chromosomes humains de 3 milliards de dollars échelonné sur 15 ans qui visait à déchiffrer les mystères de l'ADN. La première transplantation du cœur réussie a eu lieu en Afrique du Sud, en 1967. En 1978, le premier « bébé-éprouvette » est né. Dix-neuf ans plus tard (1997), des chercheurs écossais ont réussi à cloner un mouton à l'aide de cellules extraites du pis d'une brebis adulte.

Certains progrès génétiques et biotechniques dont nous profitons aujourd'hui ou qui sont prévus dans un proche avenir ont le pouvoir de sauver des vies et d'en rehausser la qualité. Certains répugnent à nos valeurs sociales. D'autres sont si nouveaux que la communauté scientifique et le grand public n'ont pas encore eu le temps de les évaluer pleinement. Cependant, ils peuvent tous avoir un impact sur la santé des gens, sur la composition de la famille et sur la qualité de vie des générations futures.

Au même moment, les recherches en biologie, en épidémiologie et en sciences sociales offrent de nouvelles occasions de parfaire nos connaissances quant aux liens entre les mécanismes biologiques et les facteurs déterminants de la santé. C'est ainsi, par exemple, que de nouvelles études passionnantes sur la formation du cerveau révèlent en quoi un environnement stimulant interagit avec la biologie pour favoriser le sain développement du bébé, dès le plus jeune âge. Compte tenu du vieillissement de la population au Canada et ailleurs dans le monde, on s'intéresse de plus en plus aux rapports entre la biologie du vieillissement et les effets de la situation socio-économique d'une personne ou d'une population sur son état de santé et sa propension aux maladies, aux stades ultérieurs de la vie.

Faits saillants

- ◆ Il existe de plus en plus de preuves à l'effet que la bonne alimentation de la mère avant même la conception du bébé favorise une grossesse saine et un accouchement sans problèmes. Après la conception, l'alimentation de la femme enceinte et sa consommation de produits du tabac, d'alcool et d'autres drogues affecte sa propre santé et celle du fœtus.
- ◆ Lorsqu'un nourrisson est pris en charge par un adulte aimant, sensible et attentif, un « attachement sécurisant » se forme. Cet attachement contribue à établir des modèles de réseau dans le cerveau qui peuvent réduire l'anxiété et rendre le cerveau plus réceptif aux nouveaux stimuli.
- ◆ Les nouvelles technologies génétiques et de reproduction destinées à vaincre l'infertilité ou à manipuler le processus classique de la conception ont soulevé maintes questions sur les plans social, éthique, juridique et sanitaire. Ces préoccupations prendront de plus en plus d'importance au fur et à mesure que la science progressera au fil du prochain siècle.
- ◆ Le vieillissement n'est pas synonyme de mauvaise santé. Une grande majorité des Canadiens âgés se classent avantageusement à certaines mesures de l'état de santé comme l'état de santé autodéclaré et les limitations à long terme des activités. Toutefois, les Canadiens âgés déclarent des niveaux de santé beaucoup plus faibles que les jeunes Canadiens, ainsi que des taux plus élevés de certains problèmes de santé. Cette situation est plus marquée encore dans le cas des Canadiens âgés à faible revenu.
- ◆ Les études portant sur le niveau d'instruction et la démence suggèrent que l'exposition d'une personne à l'instruction et aux occasions d'apprentissage, la vie durant, pourrait créer, dans le cerveau, une réserve qui aiderait à compenser les déficits intellectuels inhérents au vieillissement biologique.
- ◆ Il est prouvé que la vie active peut aider à prévenir certains types de déclin associés au vieillissement biologique.

Liens entre la biologie et l'environnement

Bien que la génétique constitue un important facteur déterminant de la santé, tout porte à croire que ses effets sont beaucoup atténués par l'environnement physique et social. Les études portant sur les populations migrantes fournissent les meilleures preuves de ce lien. C'est ainsi, par exemple, que les Japonais qui ont émigré en Californie et adopté le mode de vie américain affichent des taux d'insuffisance coronarienne plus élevés que ceux qui ont maintenu un mode de vie ancré dans les traditions japonaises¹. De fait, leur constitution génétique ne les a pas protégés des modèles de maladie propres à leur nouveau pays hôte. Des études menées auprès de singes rhésus ont aussi démontré la puissante influence de l'environnement social, en particulier les effets bénéfiques d'un parent attentif. Elles ont révélé que le caractère de singes nés avec un trait de personnalité négatif héréditaire s'améliore s'ils sont élevés par une mère attentive et aimante².

De nouvelles études ont démontré que le système nerveux, qui réagit au monde extérieur et transmet l'information au système immunitaire, est le mécanisme biologique qui lie les stimuli externes au corps. Ce lien entre le système nerveux et le système immunitaire (qui joue un rôle de premier plan comme gardien de la santé) s'avère d'une importance capitale pour nous aider à comprendre comment les conditions sociales et économiques peuvent influencer sur la santé³.

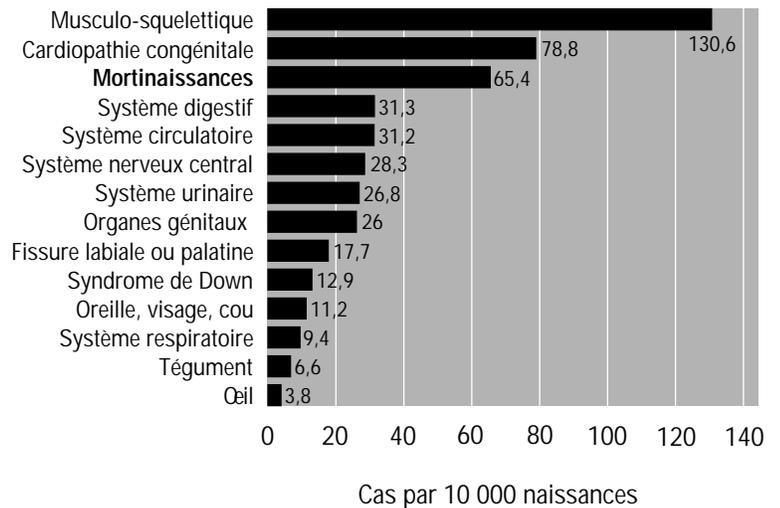
Nous savons, par exemple, que le stress chronique à long terme dans l'environnement a un effet néfaste sur le système immunitaire et, par conséquent, sur l'état de santé. Bien que la génétique joue un rôle, l'environnement social, et plus précisément le degré de maîtrise d'une situation, déterminent largement dans quelle mesure les personnes réussiront à maîtriser leur stress et à protéger leur système immunitaire de l'effet des facteurs de stress. Les personnes qui se situent au bas de l'échelle sociale et qui ont peu de maîtrise sur leur environnement risquent des réactions physiologiques plus intenses à des situations défavorables que les personnes mieux nanties qui exercent un meilleur contrôle sur leurs conditions de vie⁴.

Biologie et malformations congénitales

En 1995, on a enregistré 13 629 malformations congénitales, soit un taux de 483,5 par 10 000 naissances⁵. Il s'agit du taux le plus faible depuis le début des mesures en 1989⁶. Les affections les plus répandues sont les malformations musculo-squelettiques ou les cardiopathies congénitales (figure 7.1). Les malformations musculo-squelettiques les plus fréquentes sont les dislocations congénitales de la hanche et les pieds bots, qui sont plus répandues que les malformations du système digestif, du système nerveux central et des organes génitaux, ou encore que le syndrome de Down.

Figure 7.1

Malformations congénitales et mortinaissances, Canada (sauf N.-É. et Qc), 1995



Source : Santé Canada, LLCM, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales.

Au cours du XX^e siècle, la science a entraîné nombre de découvertes importantes qui peuvent nous aider à prévenir les problèmes de santé. Cette recherche prend une énorme importance lorsqu'elle favorise la naissance de bébés en santé. Certaines études ont démontré, par exemple, que les femmes qui prennent des suppléments d'acide folique (une des vitamines B) pour une période donnée avant et après la conception peuvent grandement réduire les risques de malformation génétique du tube neural, notamment le spina-bifida et l'anencéphalie⁷. Santé Canada publiait récemment des lignes directrices nationales sur la saine alimentation applicables tout au long de l'étape de préconception et de la période prénatale. Ces renseignements se fondent sur une source croissante de données qui révèlent qu'une bonne préparation à la grossesse favorise un accouchement sans problèmes. Il importe de mener des sondages pour déterminer combien de femmes en âge de procréer sont conscientes du rôle crucial de la nutrition dans la prévention des malformations congénitales et combien de femmes qui songent à devenir enceintes prennent les mesures nécessaires pour respecter les lignes directrices émises par Santé Canada.

D'autres aspects des habitudes de vie d'une mère affectent la probabilité qu'un enfant naisse avec une incapacité mentale ou physique. Les mères qui fument ou qui sont fortement exposées à la fumée de tabac ambiante durant la grossesse ont plus tendance à accoucher prématurément et à avoir un bébé de faible poids, ce qui le rend plus vulnérable aux incapacités. En 1996-1997, environ 36 p. 100 des mères ayant déjà fumé avouaient avoir fumé durant leur dernière grossesse, à raison de 9 cigarettes par jour durant cette période. Cela équivaut à environ 146 000 femmes ayant fumé durant leur dernière grossesse⁸. Tel que précisé au chapitre 3, les femmes moins instruites sont beaucoup plus aptes à fumer pendant la grossesse que les femmes qui ont eu l'occasion de poursuivre leurs études.

La consommation d'alcool durant la grossesse peut influencer sur la santé de la mère et du fœtus ainsi que sur la capacité de l'enfant de jouir d'une bonne santé, de la naissance à l'âge adulte. Le résultat le plus troublant de la consommation d'alcool durant la grossesse est le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF).

Définitions

- ◆ **Le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)** décrit un ensemble d'incapacités reliées à l'alcool qui incluent des caractéristiques physiques et de comportement, notamment les limites de croissance prénatales et postnatales, les malformations neurologiques, les retards de développement, les troubles du comportement et les difficultés d'apprentissage.
- ◆ **Les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF)** est une expression qui s'applique au cas d'enfants qui ne présentent que certaines caractéristiques du SAF et dont la cause possible peut être la consommation d'alcool à l'étape prénatale.

Bien que le SAF ne fasse pas l'objet d'une surveillance nationale, des estimations prudentes chiffrent à 0,33 par 1 000 naissances les cas de SAF dans les pays occidentaux⁹. Même si l'incidence du SAF est environ trois fois plus élevée, les effets relatifs de la consommation d'alcool, d'une mauvaise nutrition et de conditions de pauvreté sont difficiles à établir.

Même si certaines études menées au sein de collectivités précises indiquent que les taux du SAF pourraient être plus élevés chez les enfants autochtones que chez les non autochtones, il n'existe pas de données concluantes en ce sens. C'est ainsi que les chercheurs ont étudié des cas de SAF au sein de collectivités autochtones sans inclure de groupe

témoin non autochtone. Lorsqu'ils ont fait appel à un groupe témoin, on ne sait trop quels critères du SAF ont été appliqués de façon constante aux deux groupes. Jusqu'à maintenant, on n'a pas fait de comparaison valable des taux de prévalence générale du SAF chez les groupes autochtones et les groupes non autochtones¹⁰.

Bien que l'alcoolisme (lié au fait de faire la bringue) soit le modèle associé au SAF, certaines mères peuvent être plus sensibles que d'autres aux effets de l'alcool parce que leur corps métabolise l'alcool de façon différente¹¹. D'autres facteurs de risque soulignent les liens entre le comportement personnel, la biologie et les facteurs socio-économiques. Les femmes qui boivent à l'excès durant la grossesse, par exemple, sont souvent pauvres, sous-alimentées, déprimées et violentées, et nombre d'entre elles n'ont pas tendance à recevoir des soins prénataux. Ainsi, les raisons de boire durant la grossesse s'appuient sur un mélange de facteurs socio-économiques incluant les modèles de consommation des membres de la famille et des amis, ainsi que d'autres situations qui incitent à la consommation excessive¹².

En principe, toutes les femmes désirent accoucher d'un bébé en santé. La plupart de celles qui fument ou qui boivent durant la grossesse le font à cause de la dépendance ou de niveaux élevés de stress causés par la pauvreté, la violence ou d'autres facteurs. Les femmes enceintes ont besoin du soutien de leurs partenaires, de leurs familles et de leurs collectivités. Elles doivent prendre conscience que leur propre santé importe autant que celle du fœtus qui grandit en elles.

Il importe de poursuivre les recherches sur les effets de la consommation d'alcool et de produits du tabac chez les pères sur le développement du fœtus et du bébé.

Nouvelles technologies de reproduction et génétiques (NTRG)

Les nouvelles technologies de reproduction incluent une vaste gamme de pratiques destinées à vaincre l'infertilité ou à manipuler le processus normal de la conception pour provoquer une grossesse. Elles comprennent la fécondation in vitro, l'insémination par don de sperme, l'insémination assistée, l'arrangement des services d'une mère porteuse et la grossesse post-ménopausique. Les applications des technologies génétiques comprennent le choix du sexe, la recherche sur les embryons, le diagnostic prénatal et le clonage d'embryons humains. Récemment, l'Énoncé de politique des trois conseils portant sur l'Éthique de la recherche avec des êtres humains affirmait en toutes lettres que certaines pratiques mentionnées ci-dessus étaient à la fois problématiques et contraires à l'éthique¹³.

L'élaboration et l'application des NTRG au Canada ont soulevé plusieurs questions graves sur le plan social, éthique, juridique et de la santé. Bien que certaines NTRG puissent améliorer la santé et le bien-être, d'autres menacent la dignité humaine et traitent les femmes, les enfants et le processus de reproduction comme des marchandises. En ce sens, le titre du rapport final de 1992 de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction (CRNTR), *Un virage à prendre en douceur, s'avérait-il approprié et normatif*.

La Commission a recommandé une approche intégrale, axée sur l'éthique, de la réglementation, de l'octroi de permis et des actes prohibés. Le gouvernement fédéral a réagi en 1995 en proposant un moratoire volontaire sur certaines procédures et a introduit le projet de loi sur les techniques de reproduction humaine et de manipulation génétique pour aider à réglementer les NTRG. Ce projet de loi est resté à l'ordre du jour, à cause du déclenchement d'une élection fédérale. Un projet de loi substitut est en cours de rédaction, après une ronde de consultations stratégiques. On prévoit que la nouvelle loi sera complète, qu'elle abordera la question de certains actes prohibés et qu'elle proposera des structures de réglementation et de gestion.

Les nouvelles technologies de reproduction et génétiques affectent l'avenir même de notre société. Elles concernent tous les Canadiens, mais surtout les femmes, parce qu'elles se pratiquent presque exclusivement sur le corps des femmes. Le statut économique relatif des femmes les rend également plus vulnérables aux conséquences néfastes de certaines technologies comme la commercialisation des gamètes et des embryons humains. D'autres groupes vulnérables comprennent les enfants nés de ces technologies qui seront exposés à des risques d'ordre physique, affectif et juridique. Les Canadiens handicapés s'inquiètent de ce que le recours accru au diagnostic prénatal, destiné à détecter les désordres génétiques ou autres anomalies de l'embryon ou du fœtus, puisse amplifier les attitudes négatives à l'égard des personnes handicapées¹⁴.

Grâce aux nouvelles découvertes génétiques liées à des maladies comme la fibrose kystique et la maladie de Huntington, on espère trouver de nouveaux médicaments pour traiter et guérir ces maladies. Mais les tests présymptomatiques et les consultations d'orientation des adultes ayant des antécédents familiaux de la maladie soulèvent aussi de graves questions, tant pour les personnes que pour le système de santé. Que doit faire une jeune femme qui apprend qu'elle est porteuse du gène du cancer des ovaires? Doit-elle se faire enlever les ovaires? Doit-elle avoir des enfants, sachant qu'elle risque de développer une maladie grave et de transmettre le gène à sa fille? La surveillance de sa santé par suite de cette découverte améliorera-t-elle son sort? Ou l'anxiété chronique provoquée par les résultats des tests aggravera-t-elle son état? On s'inquiète aussi de la santé en rapport avec l'assurance-vie. Une personne porteuse du gène d'une maladie en particulier se verra-t-elle refuser une assurance en raison d'une maladie qu'elle n'a pas encore et qu'elle n'aura peut-être jamais à l'avenir? Voilà des questions que les décideurs, les consommateurs et les professionnels de la santé doivent se poser une à une, en petit groupe de discussion et dans le cadre de forums publics.

On craint que l'empressement à accroître les solutions hautement technologiques à l'infertilité nuise aux efforts de santé publique très peu technologiques visant à empêcher les maladies transmises sexuellement (MTS), une cause majeure d'infertilité. Malgré une certaine diminution des taux de gonorrhée et de syphilis entre 1986 et 1996, l'infection

Figure 7.2

Maladies transmises sexuellement, selon les groupes d'âge choisis et le sexe, 1996 (taux par 100 000 habitants)

	Chlamydia	Gonorrhée	Syphilis
◆ Total, 15 à 19, ans	563,3	59,4	0,6
◆ Hommes	148,5	33,6	0,3
◆ Femmes	998,6	86,4	0,9
◆ Total, 20 à 24, ans	617,4	65,9	0,8
◆ Hommes	302,7	66,6	0,7
◆ Femmes	941,2	65,0	0,9
◆ Total, 25 à 29, ans	238,1	42,0	1,2
◆ Hommes	155,6	54,8	1,2
◆ Femmes	322,0	29,0	1,3
◆ Total, 30 à 39, ans	66,2	19,5	0,7
◆ Hommes	51,2	30,6	1,0
◆ Femmes	81,5	8,0	0,4

Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Division de la prévention et de la lutte contre les MTS.

à chlamydia, qui peut causer la stérilité, demeure élevée, surtout chez les femmes de 15 à 24 ans (figure 7.2). Divers facteurs expliquent ces taux élevés, soit le début précoce de l'activité sexuelle non protégée, le vaste « bassin » des MTS chez les jeunes gens, la tendance des jeunes à changer souvent de partenaire sexuel, la nature asymptomatique de certaines MTS et le fait que les voies génitales immatures des adolescentes peuvent être particulièrement vulnérables aux micro-organismes envahissants¹⁵. Puisque la prévention constitue la seule approche sensée face aux MTS, il faut manifestement sensibiliser les jeunes à l'importance de l'abstinence et des relations sexuelles protégées.

Biologie du développement du cerveau

Ces dernières années, les découvertes de la neurobiologie nous ont permis de mieux comprendre le développement du cerveau dans les premières années et la façon dont l'inné et l'acquis interagissent et influent sur le développement à court et à long terme des émotions, de la pensée et du comportement.

Le cerveau d'un nouveau-né est complet et comprend toutes les zones cérébrales et les neurones, mais seule une portion est en mesure de fonctionner. Après la naissance, une activité frénétique s'engage, où les neurones s'interconnectent pour former les réseaux neuraux qui permettent le mouvement, la parole, les sentiments et la pensée. Ce processus est régi, en grande partie, par le flux de stimulation sensorielle que reçoit l'enfant du monde extérieur.

Lorsqu'un nourrisson est soigné par un adulte sensible, attentif et aimant, un « attachement sécurisant » se forme. L'attachement sécurisant contribue à créer des modèles de réseau dans le cerveau qui peuvent réduire l'anxiété et permettre au cerveau d'accepter de nouveaux stimuli¹⁶. Par ailleurs, le fait de négliger ou de violenter un enfant durant cette période critique peut produire des modèles de réseaux cérébraux qui entraînent une sensibilité accrue aux stimuli ainsi qu'aux comportements négatifs et anormaux durant l'enfance et à l'âge adulte. Autrement dit, le milieu de vie du nourrisson a une influence majeure sur le développement du cerveau et, ultérieurement, sur la capacité de la personne de maîtriser des émotions vives, y compris l'anxiété et l'agressivité¹⁷. Cela ne signifie pas qu'un enfant maltraité ne peut se développer sainement, mais indique qu'assurément, cet enfant aura beaucoup plus de difficulté à réussir dans la vie et aura besoin d'aide additionnelle à cette fin.

Le développement du langage constitue un bon exemple du lien entre la biologie et l'environnement. Les enfants sont « programmés génétiquement » pour apprendre à parler, mais leur capacité de communiquer et le langage qu'ils utilisent dépendent de ce qu'ils entendent. Le langage, qui fait partie de l'interaction et des soins humains, stimule le cerveau. À mesure que ces mécanismes sont utilisés, le bébé développe la capacité de comprendre et d'utiliser le langage. Des images du cortex cérébral indiquent comment les bébés peu exposés à une riche stimulation verbale ont moins de connections et moins d'activité dans le cerveau, ce qui se traduit par des difficultés à communiquer pour le petit enfant, et par une maturité scolaire réduite.

Vieillesse et santé

Les effets biologiques du vieillissement sont assez bien connus. Le fait de vieillir entraîne une baisse normale et graduelle de la vue, de la vitesse de conduction nerveuse, de la force musculaire, de la masse osseuse et de la fonction rénale. Ces fonctions ne diminuent pas toutes au même rythme et les variations sont marquées d'une personne à l'autre. En outre, nombre de personnes âgées développent une maladie chronique (héréditaire ou

pas) qui peut avoir des conséquences dramatiques sur les fonctions corporelles normales. D'autres facteurs peuvent également influencer sur le processus du vieillissement, comme les niveaux élevés de stress associés à la pauvreté ou à la violence et les rôles sociaux sexospécifiques.

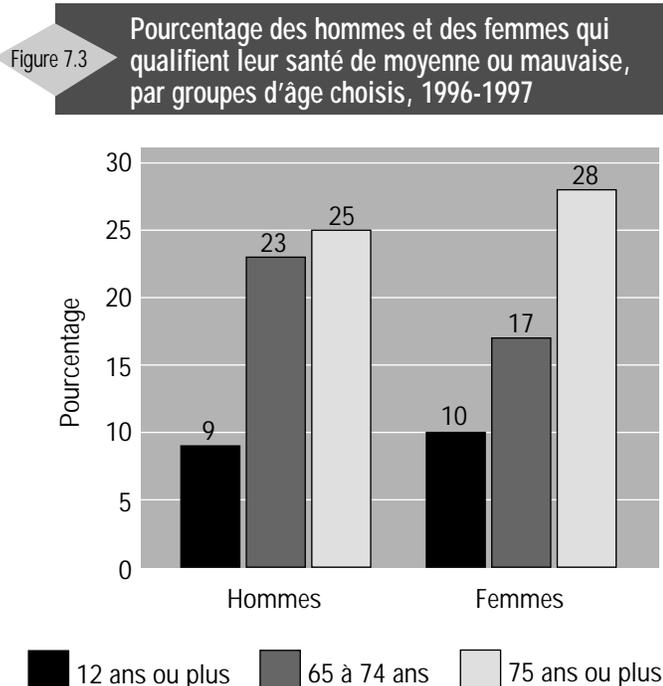
Cela dit, on ne sait toujours pas quelle part de cette diminution liée au vieillissement est attribuable au vieillissement biologique et quelle part tient à d'autres facteurs, y compris le statut socio-économique, le soutien social, l'environnement physique et les habitudes de santé personnelles. Il a été démontré, par exemple, qu'une personne âgée qui est physiquement active peut conserver un niveau de fonctionnement physiologique général et une énergie 20 p. 100 supérieurs à la majorité des gens du même groupe d'âge¹⁸.

Les données relatives au rôle des divers facteurs déterminants de la santé dans le processus du vieillissement revêtent une importance extrême pour le présent et l'avenir. En l'an 2001, on prévoit qu'un quart de la population canadienne aura plus de 55 ans. Au sein de cette population, un nombre croissant de personnes auront plus de 75 ans. En 2011, les personnes de 75 ans et plus représenteront presque 7 p. 100 de la population du Canada et plus de 46 p. 100 du groupe des 65 ans et plus. Selon le Conseil consultatif national sur le troisième âge, cette croissance du groupe des aînés canadiens constitue le phénomène socio-économique le plus frappant des dernières années¹⁹.

Notre compréhension des facteurs qui influent sur les changements biologiques liés au vieillissement est grandement compliquée par le facteur de cohorte et par la diversité raciale et ethnique croissante des personnes âgées du Canada. Les personnes qui sont âgées à l'heure actuelle sont différentes de celles qui le deviendront au prochain siècle. La plupart des aînés de demain auront joui de revenus supérieurs et de niveaux d'instruction plus élevés que ceux d'aujourd'hui. Ils seront susceptibles d'en savoir davantage sur les habitudes de santé personnelles. Par contre, ils n'auront peut-être pas acquis la faculté d'adaptation et le ressort moral propres à la génération actuelle des Canadiens âgés qui ont

survécu à deux guerres mondiales et à la crise des années 30. La diversité des personnes âgées qui ont immigré au Canada continuera de s'accroître. Les vagues de nouveaux immigrants et de réfugiés en provenance d'Asie, du Moyen-Orient et d'Afrique qui sont arrivés dans les années 90 seront partie intégrante de la population âgée de demain.

Évidemment, vieillissement n'est pas synonyme de mauvaise santé. Une grande majorité des Canadiens âgés obtiennent des notes élevées à des mesures comme l'état de santé autoévalué et les limitations des activités à long terme. Toutefois, les Canadiens âgés déclarent des niveaux nettement plus faibles d'état de santé et des taux plus élevés de certains problèmes que les Canadiens plus jeunes. Cela se vérifie encore plus chez les personnes âgées au revenu inadéquat.



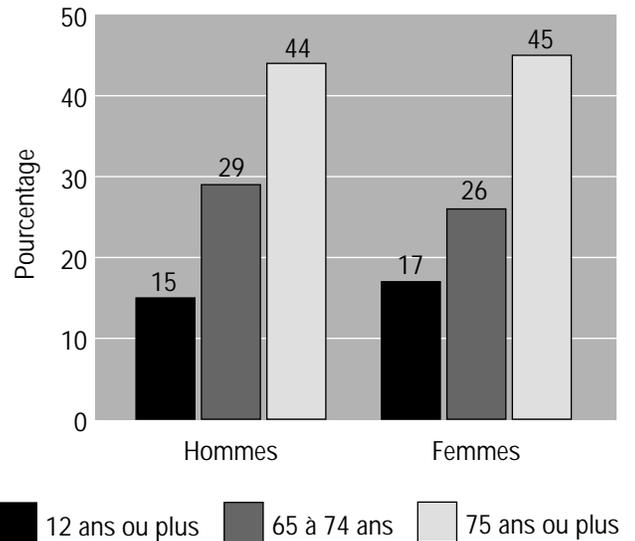
Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

État de santé autoévalué : La plupart des Canadiens âgés jouissent d'un état de santé qualifié de bon à excellent. En 1996-1997, 80 p. 100 des Canadiens de 65 à 74 ans et 73 p. 100 des Canadiens de 75 ans et plus qualifiaient leur santé de bonne, très bonne ou excellente. Le pourcentage des personnes âgées qui qualifiaient leur santé de moyenne ou mauvaise est passé de 24 p. 100 des Canadiens de 65 à 74 ans et de 31 p. 100 des 75 ans et plus en 1994-1995 à 20 p. 100 des adultes de 65 à 74 ans et à 27 p. 100 des 75 ans et plus, en 1996-1997. Néanmoins, les Canadiens de 75 ans et plus demeurent presque trois fois plus enclins que les jeunes Canadiens à qualifier leur santé de moyenne ou mauvaise (figure 7.3).

Limitation des activités à long terme : En 1996-1997, 28 p. 100 des Canadiens de 65 à 74 ans et 44 p. 100 des 75 ans et plus ont déclaré une limitation des activités à long terme ou une incapacité liée à un problème de santé (figure 7.4). Cela indique une amélioration par rapport à 1994-1995, où 36 p. 100 des Canadiens de 65 à 74 ans et 46 p. 100 des 75 ans et plus déclaraient une limitation des activités. Chez les 65 à 74 ans, les hommes étaient plus enclins que les femmes à déclarer une limitation des activités. Après 75 ans, les taux de limitations des activités étaient légèrement plus élevés chez les femmes (44 p. 100 des hommes et 45 p. 100 des femmes).

Figure 7.4

Pourcentage des hommes et des femmes ayant une limitation des activités ou une incapacité à long terme liée à un problème de santé, par groupes d'âge choisis, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Figure 7.5

Principales affections responsables de la limitation des activités, hommes et femmes, selon l'âge, Canada, 1996-1997

	Population estimative (en milliers)	Système nerveux (%)	Maux de dos (%)	Problème de membre (%)	Trouble respiratoire (%)	Arthrite (%)	Problème cardiaque (%)
◆ 55 à 64 ans, total	663	13	18	10	6	17	11
◆ Hommes	319	11	23	11	7	9	16
◆ Femmes	344	14	14	9	6	24	7
◆ 65 à 74 ans, total	578	10	9	6	8	21	16
◆ Hommes	272	10	10	6	10	10	20
◆ Femmes	306	10	9	7	6	32	14
◆ 75 ans et +, total	585	13	7	13	6	17	13
◆ Hommes	241	15	#	13	8	11	16
◆ Femmes	344	11	5	13	5	21	12

Données supprimées en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.

Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.

On note d'importantes différences entre les sexes et les groupes d'âge lorsque l'état principal responsable de la limitation des activités est connu. Comme l'indique la figure 7.5, l'arthrite s'avérait la cause principale de limitation des activités chez les femmes de plus de 55 ans, dans les trois groupes d'âge. Par contre, les principales causes de limitation des activités chez les hommes variaient selon chaque groupe d'âge, soit les maux de dos chez les 55 à 64 ans, les problèmes cardiaques chez les 65 à 74 ans, et les problèmes cardiaques suivis de près par les troubles du système nerveux chez les hommes de 75 ans et plus.

Recours aux services de santé : De nombreuses recherches menées au cours des vingt dernières années ont révélé que la vaste majorité des soins donnés aux adultes âgés (soit au moins les trois quarts) provient de réseaux informels comme la famille et les amis. La plupart de ces soins bénévoles sont fournis par des femmes, surtout les épouses et les filles²⁰.

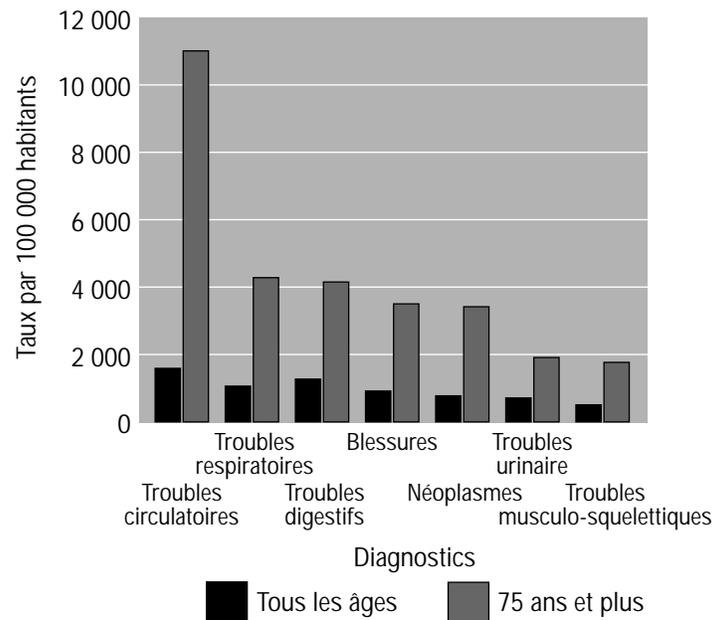
En même temps, il va de soi que les personnes âgées du Canada demeurent les principaux consommateurs de certains services de santé, y compris les consultations auprès d'un médecin, les hospitalisations et les durées de séjour, l'utilisation des médicaments et le recours aux services de soins à domicile. Malgré une diminution considérable des hospitalisations des Canadiens de 65 ans et plus de 1991 (35 233 pour 100 000 Canadiens) à 1995-1996 (30 832 pour 100 000 Canadiens), les réductions de la durée des séjours sont minimales, probablement en raison de la nature chronique de la plupart des problèmes de santé qui affectent les aînés²¹.

Comme l'indique la figure 7.6, les taux d'hospitalisation des personnes âgées sont nettement plus élevés dans chaque catégorie de diagnostic sauf la grossesse (données non présentées). Les différences les plus marquées ont trait aux troubles circulatoires, respiratoires et digestifs, ainsi qu'aux blessures et aux néoplasmes. Les modèles d'utilisation varient aussi considérablement entre hommes et femmes. Les hommes comptaient des nombres beaucoup plus importants d'hospitalisations par suite de troubles circulatoires, respiratoires et génito-urinaires et de néoplasmes, alors que les femmes étaient plus souvent hospitalisées pour des blessures et des troubles musculo-squelettiques.

Les personnes âgées sont les plus grands consommateurs de services publics de soins à domicile. En 1996-1997, 5 p. 100 des personnes de 65 à 74 ans et 17 p. 100 des 75 ans et plus ont eu recours aux services de soins à domicile publics. Les femmes de 75 ans et plus étaient les plus grandes utilisatrices, puisque 20 p. 100 déclaraient y avoir eu recours. Cela n'a rien d'étonnant puisque la plupart des femmes de ce groupe d'âge prennent soin de leur époux ou vivent seules, sans partenaire pour prendre soin d'elles. Il y a eu une légère diminution de la proportion des personnes âgées recevant des soins publics à domicile entre 1994-1995 et 1996-1997²². On n'a pas déterminé dans quelle mesure ces changements se sont traduits par une demande accrue pour des soins octroyés par des membres de la famille.

Figure 7.6

Congés d'hôpitaux selon le groupe diagnostique, taux par 100 000 habitants, tous les âges et 75 ans et plus, 1995-1996



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995-1996*.

Effets d'autres facteurs déterminants de la santé sur le vieillissement sain

Revenu : Les données de l'ENSP de 1996-1997 pour tous les groupes d'âge indiquent que les trois indicateurs de l'état de santé mentionnés précédemment sont associés au revenu adéquat : les scores moyens s'accroissent à chaque groupe de revenu.

Niveau d'instruction : Même si le niveau d'instruction et le revenu sont étroitement liés, le niveau d'instruction est aussi indépendamment lié à l'état de santé. Les personnes moins instruites sont plus susceptibles d'avoir des incapacités et des affections chroniques, sans égard à l'âge. La recherche récente indique qu'un faible niveau d'instruction est aussi un prédicteur important de démence à un âge avancé²³. Bien que cette constatation n'ait pas été prise au sérieux au début, on lui accorde maintenant beaucoup d'attention. Tel qu'indiqué à la section précédente, l'apprentissage et la mémoire dépendent des connexions entre les neurones des diverses zones du cerveau. La démence implique la perte de ces connexions. Le taux d'instruction et l'apprentissage continu enrichissent ces interconnexions, créant une capacité de réserve qui peut aider à compenser les déficits intellectuels associés au vieillissement biologique²⁴.

Habitudes de santé personnelles : Le rôle de la vie active pour prévenir les diminutions associées au vieillissement biologique a d'importantes répercussions sur le maintien de la santé, de la mobilité et de l'autonomie en âge avancé. Une activité physique régulière peut réduire le risque des maux de dos et des maladies cardiaques, qui constituent la principale cause d'incapacité chez les hommes âgés. Elle joue aussi un rôle important dans le traitement de l'arthrite, cause principale d'incapacité chez les femmes âgées. Il faut poursuivre les recherches touchant le recours approprié à l'exercice dans le traitement de l'arthrite. En outre, les liens entre la physiologie et l'utilisation des médicaments soulèvent de plus en plus d'intérêt depuis quelques années. L'âge, la taille et le sexe peuvent tous influencer sur la façon dont l'organisme métabolise les médicaments. Pourtant, comme en fait état le chapitre 6, les personnes âgées sont plus susceptibles que tout autre groupe d'âge de se faire prescrire et de consommer plusieurs médicaments à la fois.

Soutien social : La notion selon laquelle le soutien social et les liens sociaux affectent favorablement la santé en âge avancé jouit d'un appui à la fois théorique et empirique. Tout porte à croire que le soutien social protège les individus des effets nuisibles de situations inquiétantes, comme le fait de développer une maladie grave. Les effets bienfaisants de l'interaction sont plus apparents pour les femmes et varient d'une sous-culture à l'autre²⁵. À partir des réponses fournies dans le cadre de l'ENSP de 1994-1995, Statistique Canada a récemment combiné un certain nombre d'indicateurs (participation sociale, relations avec des amis, des parents et des voisins, et soutien social perçu) pour découvrir quels groupes de Canadiens risquent le plus de souffrir d'isolement social. Ils ont conclu que les adultes de plus de 74 ans représentent 74 p. 100 des personnes à risque, bien qu'ils ne constituent que 5 p. 100 de la population totale. D'autres facteurs qui contribuaient au risque élevé d'isolement social incluaient le veuvage, un faible niveau d'instruction, le fait d'être immigrant récent au Canada ou d'avoir des antécédents culturels autres que français ou britanniques²⁶. Pour cette raison, certains auteurs considèrent que les personnes âgées nées à l'étranger peuvent être deux fois plus menacées que les autres, et que les veuves âgées d'autres ethnies pourraient bien être trois fois moins avantagées que les autres²⁷.

Commentaires

Recherches interdisciplinaires

Le présent chapitre indique en quoi une meilleure connaissance des liens entre la biologie et la génétique, l'état de santé et les autres facteurs déterminants de la santé peut engendrer des réalisations porteuses d'espoir. Ces réalisations tiennent aux efforts de collaboration engagés par les chercheurs en sciences sociales, en épidémiologie et en la biologie en vue d'établir des liens entre les découvertes dans différents domaines de la science. Les décideurs et les organismes de financement de la recherche doivent appuyer et encourager ce type de collaboration.

Nouvelles technologies de reproduction et génétiques (NTRG)

Bien qu'un consensus national sur la manière d'utiliser les nouvelles technologies de reproduction et génétiques (NTRG) n'ait pas encore été atteint, les Canadiennes et les Canadiens comptent sur les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour légiférer, réglementer, surveiller et gérer ces nouvelles technologies de manière à protéger et à respecter les personnes concernées, et à refléter les valeurs et l'éthique collectives. Ainsi, les gouvernements doivent faire en sorte que les femmes de toutes les races et de tous les niveaux de revenu, ainsi que les personnes handicapées participent aux consultations, aux groupes de discussion et aux débats publics touchant l'élaboration et la mise en œuvre de ces règlements, de ces lois et de ces normes. Des spécialistes de la bioéthique et des protecteurs des consommateurs se joindront à ces groupes afin de s'assurer que les décisions quant à l'utilisation des NTRG sont fondées sur des intérêts d'éthique et de santé publique, et non sur des intérêts purement commerciaux.

Le Canada est bien placé pour jouer un rôle de premier plan dans le développement futur de la biotechnologie, mais les considérations d'ordre éthique et économique sont inévitables. Serait-il plus judicieux d'accroître les dépenses pour prévenir les causes connues d'incapacité ou d'effectuer plus de tests pour détecter les maladies du fœtus ou la présence de gènes porteurs d'une maladie? Doit-on allouer plus d'argent aux efforts de santé publique pour prévenir les maladies transmises sexuellement et déterminer les effets des contaminants de l'environnement sur l'infertilité, ou se précipiter sur les traitements hautement techniques et coûteux de l'infertilité? Bien que personne ne nie le droit et le besoin d'un couple infertile de trouver une solution à son problème, le même couple serait probablement plus heureux si, au départ, on avait pu empêcher le problème de surgir.

Développement du cerveau

Des études neurobiologiques confirment que ce qui se produit dans les premières années de la vie peut avoir d'importants effets à long terme sur la capacité d'une personne de jouir d'une bonne santé, d'apprendre et de relever les défis de la vie. Quand des conditions idéales pour le développement d'un enfant sont présentes durant la phase d'investissement, soit entre la conception et l'âge de 5 ans, le cerveau se développe bien, ce qui donne des résultats favorables tout au long de la vie. Par conséquent, il importe de fournir aux nouveaux parents un soutien social adéquat durant la période néonatale et en très bas âge, de leur fournir des soins prénataux efficaces, de traiter la dépression maternelle et de soutenir les mères et les familles qui font face à l'abandon, à la violence, aux disputes chroniques ou au stress psychologique souvent associés à la pauvreté²⁸. Il faut également sensibiliser les jeunes et les nouveaux parents à l'importance des soins donnés et à la valeur de la stimulation précoce, en plus de les aider à acquérir de solides compétences parentales.

Nombre d'enfants font preuve d'une endurance remarquable, malgré les conditions à risque élevé auxquelles ils sont exposés au cours des premières années. Un environnement encourageant et stimulant, combiné à des soins affectueux d'adultes à l'école et dans le milieu, peuvent aider les enfants à bien se développer. Dans les années préscolaires, les occasions de jouer avec des camarades et de profiter de programmes préscolaires stimulants et de qualité importent également, surtout dans le cas d'enfants issus de milieux défavorisés (chapitre 3).

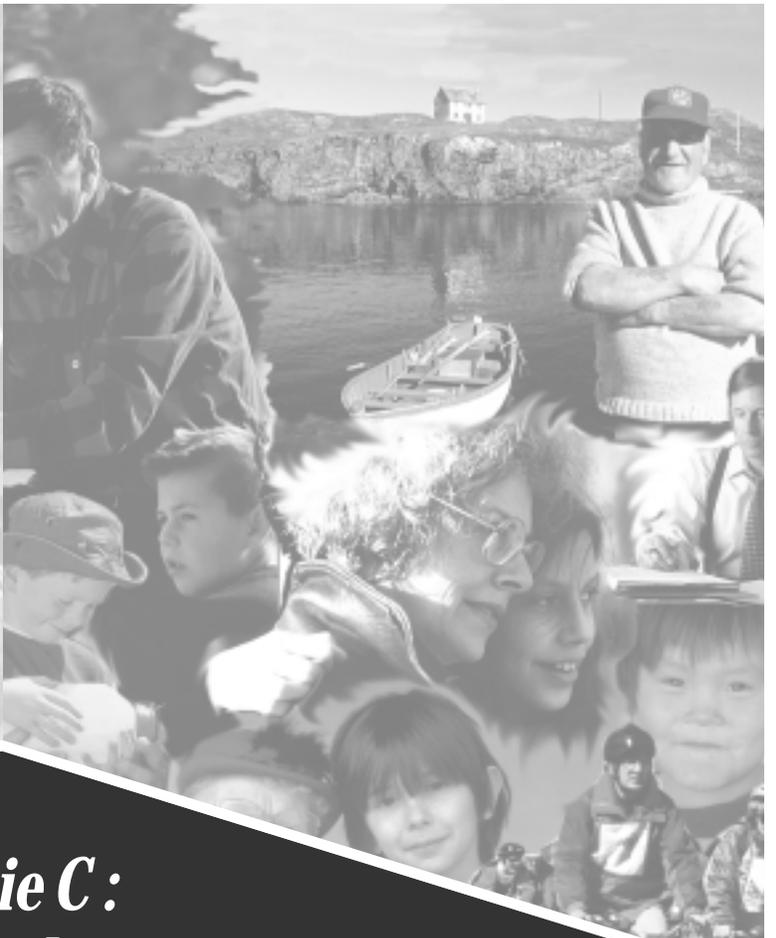
Promotion du vieillissement sain

Lorsqu'il s'agit de vieillir en santé, biologie n'est pas synonyme de destinée. La promotion du sain vieillissement signifie qu'il faut agir sur les grands facteurs déterminants de la santé, notamment le statut socio-économique, le niveau d'instruction et l'apprentissage continu, le soutien social et un mode de vie actif. Il faut tenir compte des différences entre les sexes lorsqu'on aborde ces facteurs déterminants, et chercher des façons de prévenir et de réduire le taux de limitation des activités chez les personnes âgées. L'isolement social affecte tout particulièrement les femmes âgées qui sont pauvres et qui vivent seules, de même que les immigrants et les réfugiés âgés. Les initiatives communautaires visant à faire participer et à habiliter ces groupes sont d'une importance capitale pour aide à réduire les inégalités de santé.

Notes en fin de chapitre — Chapitre 7

1. Marmor, T. et F. Mustard, « Coronary Heart Disease from a Population Perspective », dans Evans, R., M. Barer et T. Marmor (éditeurs), *Être ou ne pas être en bonne santé? Les déterminants de la santé de la population*, New York, Aldine De Gruyter, 1994, p. 201.
2. Evans, R., M. Hodge et I. Pless, « If Not Genetics, Then What? Biological Pathways and Populations Health », dans Evans, R., M. Barer et T. Marmor (éditeurs), *Être ou ne pas être en bonne santé? Les déterminants de la santé de la population*, New York, Aldine De Gruyter, 1994, p. 177.
3. Association canadienne de santé publique, *Les effets des conditions sociales et économiques sur la santé : Répercussions sur les politiques publiques*, document de travail du conseil d'administration, 1997.
4. *Ibidem*.
5. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, *Taux nationaux d'anomalies congénitales*, 1995.
6. Johnson, K., et J. Rouleau, « Temporal trends in Canadian birth defects birth prevalences, 1979-1993 », *Revue canadienne de santé publique*, n° 88, 1997, p. 169-176.
7. Cohen, F.L., « Neural Tube Defects: Epidemiology, Detection and Prevention », *Journal of Obstetrical and Gynaecological Neonatal Nursing*, vol. 16, 1987, p. 105-115.
8. Pederson, L., « Le tabagisme », dans Santé et Bien-être social Canada, *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, ministre d'Approvisionnement et Services Canada, (n° de catalogue H39-263/2-1990F, 1993).
9. Abel, E. et R. Sokol, « A Revised Conservative Estimate of the Incidence of FAS and Its Economic Impact », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 15, n° 3, 1991, p. 514-524.
10. *Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit*, Ottawa, Comité de direction, 1999.
11. Ashley, M.J., « Alcohol-Related Birth Defects », dans McKenzie, D., *Aboriginal Substance Use: Research Issues*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1994.
12. McKenzie, D., « Le Syndrome d'alcoolisme foetal », dans *Profil canadien 1997 : l'alcool, le tabac et les autres drogues*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, et Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, 1997, p. 193-205.

13. Conseil de recherches médicales du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, CRMC, août 1998.
14. Santé Canada, *Nouvelles techniques de reproduction : Fixer des limites et protéger la santé*, Ottawa, Santé Canada, juin 1996.
15. Engel, J., *The Complete Canadian Health Guide*, Université de Toronto, Faculté de médecine, Toronto, Key Porter Books, 1993, p. 179.
16. Hertzman, C. et F. Mustard, d'après deux articles publiés dans *Entropy*, vol. 1, n° 1, printemps 1997, mentionnés dans *Our Promise to Children*, sous la direction de Kathleen Guy, Arnprior (Ontario), The HLR Publishing Group, 1997, distribué par l'Institut canadien de la santé infantile.
17. Perry, B. « Incubated in Terror: Neurodevelopmental Factors in the Cycle of Violence », dans *Children, Youth and Violence: Searching for Solutions*, sous la direction de J. Osofsky, New York, Guilford Press (sous presse), commenté dans P. Steinhauer, « Développer la résilience chez les enfants des milieux défavorisés », *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents, Volume 1*. La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, volume I, études commandées par le Forum national sur la santé, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.
18. Orban, W., « Active Living for Older Adults: A Model For Optimal Active Living », dans Quinney, A., L. Gauvin et T. Wall (sous la direction de), *Toward Active Living: Proceedings of the International Conference on Physical Activity, Fitness and Health*, Champaign (Illinois), Human Kinetics Publishers, 1992, p. 153-161.
19. Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Vignette vieillissement : Un bref portrait des aîné-e-s au Canada*, Approvisionnements et Services Canada, 1993.
20. Chappell, N., « Maintenir et renforcer l'autonomie et le bien-être des personnes âgées », *Les déterminants de la santé : Les adultes et les personnes âgées*, Forum national sur la santé, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1997.
21. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité hospitalière, 1991 à 1994-1995*.
22. Wilkins, K. et E. Park, « Les soins à domicile au Canada », *Rapports sur la santé*, été 1998, (Statistique Canada, n° catalogue 82-003-XPB), p. 29-37.
23. Katzman, R., « Education and the Prevalence of Dementia and Alzheimer's Disease », *Neurology*, vol. 43, p. 13-20, dans N. Chappell, « Maintenir et renforcer l'autonomie et le bien-être des personnes âgées ».
24. Hertzman, C., « The Lifelong Impact of Childhood Experiences: A Population Health Perspective », *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Science*, vol. 123, n° 4, p. 167-180, dans N. Chappell, « Maintenir et renforcer l'autonomie et le bien-être des personnes âgées », 1994.
25. Chappell, N., « Maintenir et renforcer l'autonomie et le bien-être des personnes âgées ».
26. Santé Canada, *Le risque d'isolement social*, rédigé par la Division des systèmes de soutiens familiaux et sociaux, Statistique Canada (sous presse).
27. Santé Canada, *The Broader Determinants of Healthy Aging: A Discussion Paper*, document de travail, octobre 1996.
28. Garnezy, N., « Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated With Poverty », *American Behavioural Scientist*, 1991, n° 34, p. 416-430, commenté dans P. Steinhauer, « Développer la résilience chez les enfants des milieux défavorisés », *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents, Volume 1*. La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, volume I, études commandées par le Forum national sur la santé, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1997.



Partie C :
Améliorer la santé





Améliorer la santé

De bonnes raisons de se réjouir

Les Canadiennes et les Canadiens ont tout lieu de se réjouir, puisque nombre d'entre eux affichent un haut niveau de santé. Selon la plupart des grands indicateurs de la santé de la population, le Canada se classe bien au-dessus d'autres pays. Le système de santé du Canada demeure une source de fierté pour la population, malgré les efforts importants de restructuration déployés partout au pays. À l'exception de certains groupes de la population, les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures ont porté fruit dans des domaines comme la vaccination, le recours à la mammographie, l'allaitement maternel et le port de la ceinture de sécurité.

En même temps, il y a nettement place à l'amélioration. La norme élevée de santé dont jouissent de nombreux Canadiens n'est pas également répartie parmi tous les secteurs de la société. Il existe des disparités évidentes quant à l'état de santé selon le sexe, l'âge, le statut socio-économique et le lieu de résidence. En outre, certains citoyens (surtout les enfants vivant au sein de familles à faible revenu) sont plus vulnérables aux dangers afférents à l'environnement physique, y compris un logement inadéquat et l'exposition à des toxines néfastes.

Il est utopique de croire que le Canada peut garantir l'égalité totale de l'état de santé de tous les Canadiens. Mais le fait de viser l'accès équitable et juste des citoyens aux possibilités existantes et aux milieux d'entraide dont ils ont besoin pour être en santé constitue un objectif louable et réalisable au sein d'une société solidaire et respectueuse. Comme l'indique aussi le présent rapport, l'accès élargi à des facteurs de protection de l'environnement comme le soutien social, les collectivités sécuritaires, les possibilités d'emploi et une meilleure éducation peuvent contribuer à atténuer certaines inégalités de santé liées à un niveau socio-économique faible ou défavorisé.

L'approche axée sur la santé de la population

L'approche axée sur la santé de la population fait appel à des stratégies à court et à long terme en vue de :

- consolider les facteurs et conditions sous-jacents et interreliés présents dans l'environnement pour permettre à tous les Canadiens d'être en santé;
- réduire l'inégalité entre divers facteurs et conditions sous-jacents qui désavantagent certains groupes de Canadiens et les empêchent d'atteindre et de maintenir le meilleur état de santé et de bien-être possible.

L'histoire suivante, qui semble toute simple à première vue, reflète la complexité des divers facteurs ou conditions qui ont un effet déterminant sur la santé.

« Pourquoi Éric est-il à l'hôpital?

Parce qu'il a une grave infection à la jambe.

Pourquoi a-t-il cette infection?

Parce qu'il s'est coupé gravement à la jambe et qu'elle s'est infectée.

Mais pourquoi cela s'est-il produit?

Parce qu'il jouait dans le parc à ferrailles près de l'immeuble où il habite, et qu'il est tombé sur un morceau d'acier tranchant qui s'y trouvait.

Mais pourquoi jouait-il dans un parc à ferrailles?

Parce que son quartier est délabré. Beaucoup d'enfants jouent là sans surveillance.

Mais pourquoi habite-t-il ce quartier?

Parce que ses parents ne peuvent se permettre mieux.

Mais pourquoi ses parents ne peuvent-ils habiter un plus beau quartier ?

Parce que son père est sans emploi et que sa mère est malade.

Mais pourquoi son père est-il sans emploi?

Parce qu'il n'est pas très instruit et qu'il ne peut trouver un emploi.

Mais pourquoi ...? »¹

Pour avoir un effet sur la source même de la maladie d'Éric et des autres problèmes de santé que connaît le Canada aujourd'hui, il faut agir sur les grands déterminants de la santé. Il importe aussi de fournir des services de santé de haute qualité qui favoriseront la guérison d'Éric. Voilà l'essence de l'approche axée sur la santé de la population.

En janvier 1997, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a défini la santé de la population comme suit :

La santé de la population désigne la santé d'une population telle qu'elle est mesurée par des indicateurs de l'état de santé et telle qu'elle est influencée par les environnements social, économique et physique, les habitudes de santé personnelles, la capacité individuelle et les aptitudes à l'adaptation, la biologie humaine, le développement de la petite enfance et les services de santé.

L'approche axée sur la santé de la population s'intéresse aux conditions et aux facteurs interreliés qui influent sur la santé des populations au cours d'une vie; elle repère les variations systématiques de la fréquence de leur apparition, et applique les données qui en résultent à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de mesures visant à améliorer la santé et le bien-être de ces populations².

L'approche axée sur la santé de la population étudie ces conditions interreliées et s'inspire des données pour proposer des politiques et mesures pour améliorer la santé et le bien-être de toutes les Canadiennes et tous les Canadiens.

Champs d'action prioritaires

Même si l'amélioration de la santé présente de nombreux défis, le CCSP a reconnu l'importance de souligner trois champs d'action prioritaires. La sélection de ces priorités s'est fondée sur les constatations du présent rapport ainsi que sur l'expérience et l'expertise collective des membres du Comité et de leurs partenaires. Des références additionnelles et des détails sur les énoncés du présent chapitre se trouvent dans les chapitres individuels du document.

Chacun des champs d'action prioritaire suivants fait état de défis précis et suggère des stratégies à court et à long terme.

1. *Le renouvellement et la réorientation du secteur de la santé* mise sur les efforts de collaboration qui s'avèrent nécessaires pour :
 - agir en vue de relever les nouveaux défis au niveau de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie et des blessures, et de la protection de la santé, de même que des services de traitement;
 - accroître l'imputabilité des services de santé en favorisant une meilleure surveillance de la qualité des services de santé et en améliorant l'accès au besoin;
 - mieux comprendre en quoi les déterminants fondamentaux de la santé affectent notre bien-être personnel et collectif;
 - évaluer et définir des stratégies efficaces au niveau des politiques et programmes;
 - influencer des secteurs extérieurs à la santé qui peuvent avoir des effets significatifs sur l'état de santé.
2. *L'investissement dans la santé et le bien-être de groupes clés de la population* fait référence aux tendances récentes qui portent atteinte aux possibilités de bien-être optimal dans le cas de trois groupes, soit les enfants, les jeunes et les peuples autochtones.
3. *L'amélioration de la santé par la réduction des inégalités dans la répartition du revenu et les taux d'alphabétisation et d'instruction* font référence aux constatations du présent rapport indiquant des liens directs entre la mauvaise santé et le décès précoce, de même que les faibles niveaux d'instruction, d'alphabétisation et de revenu.

1. Renouveler et réorienter le secteur de la santé

Pour arriver à améliorer la santé de tous les Canadiens, il faut déployer des efforts soutenus en vue de réorienter le secteur de la santé. Pour assurer la viabilité et l'efficacité des services de santé, il faut miser sur le renouvellement et la réorientation de cinq aspects :

Poursuivre et étendre les stratégies de promotion et de protection de la santé, ainsi que de prévention des maladies et blessures dans des domaines clés.

Le public s'attend à ce que les professionnels de la santé continuent de collaborer avec les citoyens et les collectivités pour assurer la bonne coordination des stratégies de promotion et de protection de la santé, ainsi que de prévention des maladies et blessures, comme en fait état la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*³.

Le présent rapport indique le besoin de maintenir et de consolider les stratégies dans les domaines suivants :

- ◆ réduire les coûts et souffrances à la faveur de stratégies complètes de prévention des blessures;
- ◆ poursuivre et améliorer les initiatives fructueuses dans des domaines comme la vaccination, l'allaitement maternel, la santé cardiaque, la conduite sécuritaire et la santé prénatale;
- ◆ offrir plus de soutien aux jeunes familles et aux parents;
- ◆ poursuivre et améliorer les initiatives fructueuses liées au vieillissement sain, surtout à la lumière du vieillissement de la population;
- ◆ poursuivre et améliorer les initiatives fructueuses liées au sain développement de l'enfant;
- ◆ élaborer et mettre en œuvre des stratégies coopératives complètes pour aborder des questions comme le tabagisme accru chez les jeunes filles et les jeunes femmes, l'accroissement de l'asthme chez les enfants, les faibles niveaux d'activité physique de certains groupes, l'accroissement des rapports sexuels sans protection et d'autres comportements à risque multiples chez les jeunes, et fournir des efforts afin de réduire la violence familiale ainsi que les torts causés par l'utilisation de drogues injectables;
- ◆ élaborer et mettre en œuvre des stratégies coopératives complètes pour accroître le bien-être mental et social des jeunes gens, et réduire les comportements violents et le taux de suicide.

Renouveler et moderniser le système de santé en le rendant davantage intégré, durable, souple et imputable.

Il incombe au secteur de la santé d'assurer la prestation de services de santé de grande qualité en temps utile. Tout porte à croire que, contrairement aux autres déterminants, l'accès aux services de santé assurés au Canada n'est pas influencé par le niveau de revenu. Ce n'est toutefois pas le cas des services non assurés. Les Canadiens qui travaillent à temps partiel ou qui ont des emplois peu rémunérés sont moins susceptibles d'avoir accès à ces services. Si l'on ajoute à cela la fragmentation apparente des services (p. ex., les soins à domicile, l'assurance-médicaments), le secteur de la santé a nombre de défis à relever. Le chapitre 6 propose diverses stratégies clés dont les suivantes :

- ◆ accroître l'imputabilité des services de santé en facilitant la vérification de la qualité des services, tant au niveau des services de soins aigus que des services en milieu communautaire;
- ◆ élargir l'accès aux services de santé essentiels et efficaces comme les soins dentaires, les soins ophtalmologiques et les médicaments nécessaires qui ne sont actuellement pas couverts par le régime d'assurance-santé universel. Il faudra amorcer un débat en vue d'établir si cela doit se faire grâce à des programmes d'accès universel ou à des programmes spécifiques destinés aux Canadiens non assurés ou incapables de payer les services requis;

- ◆ assurer l'accès équitable aux soins communautaires, aux soins à domicile, aux services de santé mentale, aux services de relève et aux soins palliatifs, au besoin;
- ◆ poursuivre et améliorer les interventions préventives fructueuses et efficaces comme la mammographie, les tests Pap et les mesures de prévention des blessures;
- ◆ adopter une approche rationnelle fondée sur des données probantes pour arriver à relever le défi complexe de compression des dépenses afférentes aux médicaments tout en permettant à tous les Canadiens d'accéder aux traitements pharmacologiques dont ils ont besoin.

Nous aider à mieux comprendre en quoi les déterminants fondamentaux de la santé affectent notre bien-être personnel et collectif.

Nous avons identifié, tout au long du présent rapport, diverses lacunes au niveau des connaissances et de l'information en matière de santé.

- ◆ Deux besoins prioritaires se dégagent, soit le besoin d'indices collectifs additionnels de la santé communautaire et de la population, et le besoin d'indicateurs de la santé de l'environnement physique plus à jour, détaillés et axés sur les régions. D'autres écarts concernent le besoin d'information additionnelle sur les disparités entre les milieux ruraux et urbains.
- ◆ Le mode actuel de cueillette de données portant sur les facteurs déterminants de la santé (p. ex., le revenu, l'emploi) et sur l'état de santé à l'échelle des trois territoires ne permet pas d'établir des comparaisons nationales. C'est ainsi, par exemple, que certaines enquêtes nationales sur les ménages et la population active n'ont pas lieu dans les territoires où l'information est recueillie différemment. Il faut rectifier la situation.
- ◆ Il faut analyser en profondeur l'effet du sexe, de la culture, de l'âge ou du stade de développement et du statut socio-économique sur les mesures de la santé.

L ***Le secteur de la santé ... peut amorcer le dialogue et agir à titre de catalyseur du changement.***

Ouvrir le dialogue avec d'autres secteurs déterminants de la santé au sujet des répercussions sur la santé des politiques extérieures et des mesures collectives à adopter.

Pour s'attaquer efficacement aux causes profondes de la mauvaise santé, il faudra collaborer avec d'autres secteurs pour faire en sorte que les conditions générales de la société soutiennent la santé. Le présent rapport souligne le besoin d'ouvrir le dialogue avec d'autres secteurs déterminants de la santé, en particulier ceux du domaine socio-économique, au sujet des répercussions sur la santé des politiques extérieures au secteur de la santé et des stratégies communes à adopter.

L'issue idéale de ces collaborations tiendra à l'adoption de bonnes politiques publiques dans une variété de secteurs déterminants de la santé, en particulier ceux du domaine socio-économique. Le secteur de la santé ne saurait tout faire, pas plus qu'il ne peut imposer son programme à d'autres secteurs. Cependant, il peut amorcer le dialogue et agir à titre de catalyseur du changement.

En 1994, le CCSP a publié un document intitulé *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé de la population*, dans lequel il soulignait le fait que tous les secteurs devaient collaborer en vue d'aborder ensemble les principaux facteurs déterminants de la santé présentés dans ce rapport. Puisque de nombreux facteurs déterminants de la santé sont extérieurs au système de santé traditionnel, la formation d'alliances en vue de définir des politiques dans tous les secteurs qui influent sur la santé constitue une stratégie majeure pour arriver à améliorer la santé de la population. Parmi les autres secteurs concernés, il importe de souligner l'économie, la justice, le logement, l'éducation, l'environnement, l'emploi, le transport et les services sociaux.

Les efforts engagés pour accroître la collaboration axée sur la santé publique peuvent viser tous les niveaux — quartiers, collectivités, provinces ou territoires, régions et pays. Les partenaires concernés incluent des bénévoles, des professionnels, des entreprises, des groupes de consommateurs, des syndicats, des gouvernements et des représentants religieux, culturels, de groupes de la population et de groupes défavorisés.

Produire et échanger des connaissances sur l'état de santé des Canadiens, les facteurs déterminants de la santé et l'efficacité des services de santé.

Le développement des connaissances vise un certain nombre d'activités connexes, y compris les initiatives de recherche utilisant diverses méthodes, l'élaboration de nouveaux indicateurs pour mesurer la santé, l'évaluation des programmes et des politiques ainsi que la collecte, l'analyse, la synthèse et l'échange de données.

Les innovations technologiques nous permettront de diffuser plus efficacement l'information auprès des professionnels de la santé et du public. Les secteurs public et privé doivent investir dans de nouveaux modes de diffusion des connaissances relativement à la santé de la population, et doter le secteur bénévole, les groupes communautaires et la population de la capacité de communiquer par voie électronique.

Le présent rapport suggère un certain nombre de champs d'action prioritaires qui visent le perfectionnement des connaissances :

- ◆ Il importe d'adopter des normes harmonisées de collecte d'information pour arriver à diffuser l'information sur la santé aux niveaux local, régional, provincial, territorial, national et international.
- ◆ Les écarts qui existent au niveau des données sur les services de santé incluent un manque de bases de données nationales sur certaines maladies chroniques (comme le diabète et l'arthrite), et un manque d'ensembles de données nationales sur la santé mentale, les soins à domicile et les services de santé communautaires. Il faut plus d'information sur la qualité des services de santé et des mesures accrues d'imputabilité qui assurent le suivi des résultats et de la rentabilité des services de santé.
- ◆ Une meilleure compréhension de la qualité des données existantes (surtout les autodéclarations face aux éléments hautement désirables sur le plan social) est nécessaire.
- ◆ Enfin, l'approche axée sur la santé de la population exige une plus grande collaboration entre les chercheurs issus de diverses disciplines. Il importe de miser sur la recherche interdisciplinaire en vue d'explorer les liens entre la biologie, la génétique et la santé.

2. Investir dans la santé et le bien-être de groupes clés de la population

Le présent rapport indique qu'à l'heure actuelle, que trois groupes sont particulièrement vulnérables à une mauvaise santé, soit les enfants, les jeunes (et par conséquent, les familles avec des enfants et des adolescents) et les peuples autochtones. Le fait d'investir dans des activités qui améliorent l'état de santé de ces groupes et les conditions qui influent sur la santé contribuera grandement à rehausser la qualité de santé de la population canadienne en général et à réduire les souffrances et des coûts associés à la mauvaise santé.

Cela ne signifie *pas* pour autant qu'il faille abandonner ou ignorer les efforts qui permettent de soutenir ou d'améliorer la santé d'autres segments de la population. Les conclusions sur la santé de la population soulignent de plus en plus l'importance des phases de développement et des transitions durant le cycle de la vie. En particulier, le phénomène du vieillissement de la population incite à poursuivre et à étendre les efforts visant à favoriser un vieillissement sain. Parallèlement, il apparaît évident, à la lumière du présent rapport, qu'il devient de plus en plus urgent de se pencher sur les besoins de ces trois groupes.

Investir dans la petite enfance.

Des études neurobiologiques confirment que lorsque le développement de l'enfant se fait dans des conditions optimales entre la période de conception et l'âge de 5 ans, le cerveau se développe de façon à entraîner des résultats favorables tout au long de la vie. Lorsque les parents et les gardiens entretiennent une relation affectueuse et sécurisante avec le bébé dans les 18 premiers mois de la vie, ce dernier développe un « attachement sécurisant ». Cet attachement favorise la formation, dans le cerveau, de réseaux qui permettent à l'enfant de développer la confiance, l'estime de soi, la maîtrise affective et la capacité d'établir des relations constructives avec autrui plus tard dans la vie. Les enfants qui sont négligés ou maltraités, ou dont les parents n'arrivent pas à nouer cet attachement pour cause de maladie ou de stress sont à risque élevé de connaître divers problèmes de comportement et de problèmes sociaux et cognitifs aux stades ultérieurs de la vie (chapitres 1, 3 et 7). Grâce aux soins et au soutien constant qu'on leur procure au fil des ans, nombre d'enfants peuvent surmonter les désavantages qui marquent leurs premières années. Cependant, la stratégie privilégiée consiste à prévenir les problèmes en offrant à tous les enfants la possibilité de vivre dans l'environnement social et physique dont ils ont besoin pour s'épanouir pleinement.

Des études ont démontré que les enfants issus de familles et de quartiers à faible revenu courent plus de risques d'être victimes de mortalité infantile et d'insuffisance pondérale à la naissance. Ils sont plus aptes à connaître des retards de développement, à être exposés à des contaminants environnementaux nuisibles pour la santé et à subir des taux plus élevés de blessures intentionnelles ou accidentelles que les enfants issus de familles au revenu supérieur. Certains de ces désavantages peuvent être atténués ou surmontés grâce à une approche parentale constructive, au recours à des gardiennes aimantes, aux possibilités d'apprentissage précoce et au soutien de collectivités solidaires (chapitre 3).

Tous les enfants canadiens méritent un milieu affectueux, stimulant, bienveillant et sécuritaire, des aliments nourrissants, un gîte sûr et stable et des occasions de participer à des activités récréatives et pédagogiques communautaires.

Malgré une résolution parlementaire visant à éliminer la pauvreté chez les enfants d'ici l'an 2000, le nombre de jeunes enfants vivant au sein de familles à faible revenu est passé de un sur cinq en 1990 à un sur quatre en 1995. Ces nombres sont particulièrement élevés chez les Autochtones et les nouveaux immigrants, ainsi que parmi les familles ayant à leur tête de très jeunes parents ou une femme monoparentale (chapitres 2 et 3).

Les changements affectant la structure familiale ont contribué à accroître la pauvreté des familles au Canada. En 1995, presque 50 p. 100 des femmes chefs de famille monoparentale vivaient sous le seuil de faible revenu déterminé par Statistique Canada. Cependant, la pauvreté ne se limite pas aux familles monoparentales. Entre 1990 et 1995, le pourcentage de couples mariés avec des enfants affichant un faible revenu est passé de 9,5 p. 100 à 13 p. 100 (totalisant presque 460 000 familles) (chapitre 2).

Même si une proportion importante des enfants qui ne réussissent pas bien vivent au sein de familles à faible revenu, il n'existe aucune ligne de démarcation au-dessus de laquelle tous les enfants fonctionnent bien. Par conséquent, les politiques et les programmes centrés sur le développement positif de l'enfant doivent s'appliquer à tous les secteurs de la société.

Tous les enfants canadiens méritent un milieu affectueux, stimulant, bienveillant et sécuritaire, des aliments nourrissants, un gîte sûr et stable et des occasions de participer à des activités récréatives et pédagogiques communautaires. En effet, ces droits aux préalables fondamentaux de la santé leur sont garantis dans la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies, que le Canada a ratifiée en 1991.

L'investissement dans la petite enfance commence avant même la conception. L'accès à une alimentation saine au stade de la préconception importe pour assurer un accouchement sans problème (chapitre 7). L'insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2 500 grammes ou environ 5,5 livres) est liée aux incapacités physiques et mentales ainsi qu'à la mortalité précoce. Les femmes à faible scolarité qui vivent dans des conditions hautement stressantes, qui n'ont pas une alimentation ou un soutien adéquat et qui fument durant la grossesse sont très susceptibles d'accoucher de bébés au poids insuffisant. Celles qui consomment de l'alcool ou des drogues durant la grossesse sont également plus susceptibles de donner naissance à des bébés ayant des problèmes de développement. Le syndrome d'alcoolisme fœtal et l'effet de l'alcool sur le fœtus sont les issues les plus dramatiques associées à la consommation excessive d'alcool et de drogues durant la grossesse. Les femmes qui consomment de l'alcool ou des drogues durant la grossesse sont souvent victimes de dépendance, de violence, de pauvreté ou de négligence (chapitres 3 et 7).

Ces dernières années, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont commencé à investir dans la petite enfance en adoptant une série de politiques, de programmes et de changements législatifs. Il importe de surveiller de près les effets de telles initiatives et de rendre compte au public de leur évolution.

Les efforts déployés en vue de maximiser le sain développement de l'enfant durant la petite enfance nécessitent le soutien direct du secteur de la santé ainsi que la collaboration d'autres secteurs (p. ex., l'éducation, les services sociaux, le logement et la fiscalité) et des nombreuses personnes et institutions qui jouent un rôle dans le développement de l'enfant (p. ex., les familles, les écoles, les collectivités, les milieux de travail, les gouvernements et les médias).

Les principales stratégies comprennent les mesures suivantes :

- ◆ *Soulager la pauvreté des enfants en augmentant la sécurité du revenu pour les familles du Canada.* Outre les stratégies qui visent à accroître et à protéger la sécurité du revenu dans le cas de toutes les familles canadiennes, il faut élaborer des stratégies à long terme qui soutiennent les parents seuls de tout âge (surtout les mères célibataires) et leur permettent de retourner à l'école ou de mettre à jour leurs capacités professionnelles, sans compromettre leur propre santé ou le bien-être de leurs enfants (chapitres 2 et 3).
- ◆ *Poursuivre les efforts en vue de favoriser des grossesses saines* en offrant des renseignements et du soutien aux jeunes personnes et aux futurs parents sur la santé pendant les périodes prénatale et postnatale. Une part importante de cette stratégie⁴ consiste à fournir des services d'approche (y compris le soutien social, l'information, la nourriture et la protection) aux femmes enceintes qui sont isolées, appauvries ou dans le besoin de diverses autres façons.
- ◆ *Soutenir les familles et l'approche parentale constructive* par des politiques et programmes applicables aux milieux de travail, aux syndicats et aux gouvernements, et qui accroissent les capacités des parents (surtout des jeunes) de soutenir leur famille et d'avoir encore du temps à consacrer à leurs enfants, sans compromettre leur propre santé. Ces politiques peuvent revêtir une importance particulière pour les femmes (chapitre 2). Beaucoup de femmes qui travaillent à l'extérieur du foyer sont soumises à des niveaux élevés de stress, surtout parce qu'elles tentent d'atteindre un juste équilibre entre les responsabilités familiales et professionnelles. Les femmes qui restent à la maison doivent composer avec un autre stress en tentant d'être un bon parent tout en comptant sur un revenu unique. Des stratégies scolaires et communautaires englobantes peuvent fournir aux jeunes gens et parents l'information et le soutien nécessaires pour développer une bonne approche parentale. Une autre façon d'appuyer les efforts des parents et des familles consiste à garantir la sécurité et la cohésion des quartiers et l'accès à des services de garde d'enfants de haute qualité, selon les besoins. Les politiques fiscales et les politiques sur la garde d'enfants jouent un rôle important en vue d'appuyer les parents et méritent davantage de discussions⁵ (chapitre 3).
- ◆ *Soutenir le droit de tous les enfants à un milieu sécuritaire, exempt de violence, de négligence et d'exploitation à leur égard.* La violence familiale est une question d'ordre intergénérationnel et systémique. À court terme, il faut protéger les bébés et les jeunes enfants contre la violence et la négligence. La tolérance zéro à l'égard de ces comportements est une norme communautaire importante. À long terme, la recherche indique que les efforts politiques orchestrés visant à accroître le nombre d'emplois, à soulager le stress lié à la pauvreté et à préparer les jeunes gens à des relations intimes égalitaires constituent d'importantes stratégies pour réduire et éliminer la violence et la négligence envers les enfants (chapitres 2 et 3).

Les jeunes gens méritent qu'on les aime et qu'on respecte leur identité. Ils sont également au cœur des efforts déployés pour bâtir une nation respectueuse et productive.

- ◆ *Procurer aux enfants d'âge préscolaire la stimulation et l'attention nécessaires pour arriver à l'école prêts à apprendre et à interagir avec d'autres enfants de façon constructive.* Les programmes communautaires qui appuient les familles et qui aident les parents à offrir à leurs enfants d'âge préscolaire des milieux de vie stimulants peuvent aussi s'avérer fort utiles. Il faut aussi envisager les politiques qui élargissent à la fois l'accès à des programmes de garde d'enfants de qualité et aux prématernelles, dans le cas des familles qui en ont besoin. Des études ont également démontré que les programmes « Bon départ » destinés aux bambins des quartiers défavorisés peuvent aider certains enfants qui commencent l'école à atteindre des résultats intellectuels et comportementaux semblables à ceux des enfants issus de familles mieux nanties (chapitre 3).
- ◆ *Réduire et éliminer les blessures accidentelles chez les bébés et les enfants d'âge préscolaire (empoisonnements, chutes, accidents de voiture) et l'exposition aux contaminants de l'environnement naturel et bâti (p. ex., la fumée de tabac ambiante) (chapitres 2, 3 et 4).*

Travailler avec les jeunes pour les aider à améliorer leur santé.

Tout comme il importe d'investir dans la petite enfance, le présent rapport souligne le besoin immédiat d'investir dans la jeunesse canadienne. Les jeunes gens méritent qu'on les aime et qu'on respecte leur identité. Ils sont également au cœur des efforts déployés pour bâtir une nation respectueuse et productive.

À certains égards, les jeunes se portent bien. De fait, le bénévolat chez les jeunes a augmenté radicalement et le nombre de jeunes femmes qui atteignent un niveau d'instruction postsecondaire n'a jamais été aussi élevé.

Parallèlement, chaque chapitre du présent rapport fait état de tendances inquiétantes face à la santé et au bien-être psychosocial de la jeunesse canadienne. Chez les jeunes hommes, les taux élevés de suicide (surtout dans les collectivités autochtones) et de blessures accidentelles contribuent aux décès prématurés (chapitre 1). Le décrochage scolaire et les comportements à risque multiples (incluant la consommation d'alcool, la conduite avec facultés affaiblies et les relations sexuelles sans protection) sont des symptômes de désespoir qui n'augurent rien de bon pour la santé actuelle et future des jeunes hommes canadiens (chapitres 2 et 5). Même si l'incidence des crimes violents chez les jeunes, véritable signe de colère et d'aliénation, a diminué ces dernières années, elle demeure beaucoup plus élevée qu'il y a dix ans (chapitre 2).

Les prédictors négatifs de la santé chez les jeunes femmes révèlent des niveaux élevés de stress et de dépression déclarés, et de faibles niveaux de bien-être psychologique (chapitre 1). Les taux de décès par cancer sont demeurés obstinément persistants chez les femmes, surtout en raison du nombre accru de décès associés au cancer du poumon. L'augmentation du taux de tabagisme chez les jeunes femmes indique que cette tendance va se maintenir, voire s'aggraver au siècle prochain. Beaucoup de jeunes femmes affirment fumer pour gérer leur stress (chapitres 1 et 5).

Malgré des améliorations récentes, le chômage et le sous-emploi demeurent des problèmes persistants pour les jeunes gens. Ces problèmes tiennent à l'accroissement du nombre de jeunes qui affichent un faible revenu et au nombre de familles à faible revenu au Canada (chapitre 2). Le stress qu'engendre la pauvreté tend à exacerber les problèmes relationnels et l'itinérance (chapitres 3 et 4). Certains groupes de jeunes sont à risque

Les programmes scolaires et communautaires sont nécessaires pour aider les jeunes hommes et femmes à se préparer à jouer leur rôle de parents.

particulièrement élevé de mauvaise santé, y compris les jeunes en milieu d'accueil et ceux de la rue (chapitre 3).

La plupart des résultats négatifs présentés ici sont évitables. Il faut à tout prix un plan détaillé qui permette d'investir dans le bien-être de la jeunesse du pays. Les jeunes gens eux-mêmes doivent aider à définir les problèmes et les solutions, et participer aux décisions afférentes aux politiques et aux programmes qui affectent leur bien-être. Le présent rapport souligne aussi l'importance de tenir compte de l'influence de facteurs comme le sexe, la culture et l'appartenance à un groupe d'âge ou de la population sur les comportements, les croyances et les possibilités qui s'offrent aux jeunes. Voici certaines stratégies clés qui peuvent servir à relever ce défi :

- ◆ *Aider les jeunes gens à se préparer aux relations intimes et à la vie de famille.* Le fait d'entretenir des relations saines avec les camarades, les membres de la famille et d'autres adultes prépare les jeunes gens à la vie intime et familiale. Les jeunes qui sont prêts aux relations intimes se respectent l'un l'autre et partagent équitablement les rôles entre les sexes. Ils sont désireux et capables de s'engager intimement envers une autre personne. Bien que l'expérience familiale soit cruciale pour apprendre à développer des relations saines, les influences de la société dans l'éducation, les médias, les sports et les organisations de loisirs peuvent également influencer favorablement ou défavorablement sur la manière dont les jeunes apprennent à former et à maintenir des relations. Parallèlement, les programmes scolaires et communautaires sont nécessaires pour aider les jeunes hommes et femmes à se préparer à jouer leur rôle de parents (chapitres 1 et 3).
- ◆ *Aider les jeunes à réussir la transition entre l'école et un emploi valorisant.* La réussite scolaire constitue un facteur important pour arriver à obtenir un bon emploi. Les conditions suivantes peuvent aider les jeunes à demeurer en classe : des milieux stimulants durant la petite enfance, la réussite scolaire précoce, des milieux scolaires attentifs, des parents engagés qui valorisent l'éducation, le soutien communautaire pour les jeunes qui sont perturbés, des efforts de prévention de la grossesse chez les adolescentes et un soutien accru des adolescents qui ne sont pas en mesure de poursuivre leurs études (chapitre 2). D'autres études révèlent que le mentorat, l'enseignement coopératif, les programmes d'apprentissage et les programmes d'études qui enseignent des compétences professionnelles comme le travail d'équipe ou la résolution de problèmes peuvent également assurer une transition plus douce de l'école au travail⁶.
- ◆ *Aider les jeunes gens à se préparer à participer à la vie communautaire.* Les partenariats entre les écoles, les organismes communautaires, les entreprises et les parents sont de plus en plus perçus comme un moyen efficace d'aider les jeunes gens à acquérir les compétences civiques et sociales nécessaires à l'âge adulte. Le service communautaire et le bénévolat donnent aux jeunes l'occasion d'endosser des rôles intéressants, d'appliquer leur savoir théorique à des situations réelles, d'acquérir des compétences professionnelles comme la coopération et le processus décisionnel, de développer le respect de soi et de mériter celui de la collectivité⁷. En ce qui a trait au soutien offert aux jeunes adultes, les collectivités éloignées et isolées, ainsi que celles des zones urbaines à forte densité, font face à des défis particuliers. La collectivité entière doit parfois s'engager dans un processus de guérison auquel les jeunes gens doivent participer pleinement⁸.

- ◆ **Faciliter les choix sains.** Le présent rapport a dégagé certaines tendances troublantes, dont les pratiques sexuelles non protégées (qui peuvent mener aux MTS et à des grossesses non désirées), les taux accrus de tabagisme chez les jeunes femmes et l'utilisation de drogues multiples chez les deux sexes. Il faut des politiques et des programmes pour redresser ou renverser ces tendances. Parallèlement, il faut reconnaître que les « choix » de mode de vie personnels sont liés à la capacité du foyer, de l'école, de la collectivité, des milieux de travail et des gouvernements de garantir que « les choix sains sont des choix faciles ». Les logements surpeuplés, les quartiers où le trafic de drogues est actif, les conditions de vie isolées où il y a peu à faire et les milieux scolaires menaçants contribuent à la violence accrue, à l'abus d'alcool, de tabac et d'autres drogues chez les jeunes, et à des sentiments exacerbés d'aliénation et de dépression. Les stratégies favorisant le sain développement des adolescents doivent chercher à créer des milieux solidaires dans les endroits même où les jeunes apprennent, travaillent, s'amuse et vivent.

Améliorer la santé des peuples autochtones du Canada.

Malgré de nettes améliorations au niveau de la mortalité infantile, du niveau de scolarité et de la réduction de la toxicomanie dans de nombreuses collectivités autochtones, les Autochtones sont plus exposés que la population canadienne dans son ensemble (chapitres 1 et 3) à la maladie, à la mortalité infantile et au décès précoce. Les changements climatiques et les dangers environnementaux qui menacent l'approvisionnement alimentaire ont un effet particulièrement désastreux sur les cultures et le mode de vie des Autochtones (chapitre 4). Les jeunes hommes (surtout les Inuit) sont beaucoup plus enclins à se suicider que les jeunes du reste du Canada (chapitre 1) et les jeunes Autochtones sont plus exposés à subir des blessures accidentelles et à mourir prématurément par suite de noyade ou d'autres causes (chapitres 1 et 5). Les enfants autochtones de certaines collectivités sont plus susceptibles que les enfants de la population générale d'adopter des comportements adultes comme la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues en bas âge (chapitres 3 et 5).

Les problèmes d'accès au logement et à la nourriture sont plus marqués au sein des familles autochtones que des familles canadiennes en général (chapitre 4). Cette situation est directement liée au taux de chômage élevé et au faible revenu chronique. Les chefs autochtones ont désigné le taux de faible revenu comme un facteur crucial de l'état de santé et veulent mieux comprendre les liens qui s'établissent entre le revenu, les facteurs sociaux et la santé en rapport avec leurs peuples. Les stratégies associées à ce défi doivent tenir compte des éléments suivants :

- ◆ **Les peuples autochtones doivent jouer un rôle de premier plan en vue de permettre à leurs membres de prendre leur santé en charge et de l'améliorer.** Mais pour atteindre cet objectif, ils doivent pouvoir compter sur le soutien de tous les Canadiens. Les décideurs et les praticiens non autochtones doivent collaborer avec les peuples autochtones en vue de trouver des façons d'améliorer leur niveau de santé et de bien-être, tout en respectant leurs cultures propres.
- ◆ **Les sous-populations au sein de la population autochtone sont diverses.** Les conditions varient beaucoup d'un établissement à l'autre, ainsi qu'entre les Autochtones qui vivent dans les réserves ou hors réserve. Il importe de tenir compte de cette diversité et de faire participer les collectivités spécifiques à l'élaboration de stratégies qui doivent leur permettre de relever des défis de santé particuliers.

- ◆ *Le nouveau territoire du Nunavut présente une occasion stimulante de mieux comprendre la santé des Inuit* qui constituent la majorité des résidants. Les études et les bases de données existantes devront être analysées pour séparer l'information sur le Nunavut de celle sur les Territoires du Nord-Ouest. Les futures recherches devront trouver des façons de relever le défi de la collecte et de la diffusion d'information dans cette région nordique éloignée et fort variée.
- ◆ *Le récent rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones a cerné nombre de stratégies possibles pour relever ce défi*, y compris le soutien accru de l'autonomie gouvernementale, l'amélioration des préalables de base de la santé comme l'accès à un logement sécuritaire, de bonne qualité et abordable, et l'élimination des préjugés raciaux au sein de la population en général. Les recommandations contenues dans ce rapport doivent servir à guider une stratégie de collaboration en vue d'améliorer la santé des collectivités autochtones.
- ◆ *Certaines stratégies destinées à améliorer le bien-être des Autochtones du Nord canadien sont susceptibles de profiter à toutes les personnes de la région*. Les menaces à la santé des groupes autochtones peuvent être aggravées par l'isolement et par la cherté de la vie dans les régions qui sont éloignées des centres de production alimentaire, des écoles et des installations sanitaires. Il s'agit là de facteurs que les peuples autochtones partagent avec les résidants non autochtones du Nord.
- ◆ *Les chercheurs, les décideurs et les praticiens autochtones et non autochtones doivent faire participer les résidants locaux* à tous les aspects de leurs études et laisser les collectivités en cause s'approprier les résultats.
- ◆ *Les futurs rapports sur l'état de santé et les facteurs déterminants de la santé doivent tenir compte des différences culturelles dans leurs définitions, lorsqu'ils établissent des comparaisons provinciales-territoriales*. La définition de « l'emploi », par exemple, peut varier considérablement selon qu'elle s'applique aux collectivités du Sud ou à celles des Inuit du Nord et des Premières nations, où un aspect important du travail quotidien consiste à chasser pour se nourrir.
- ◆ *Nombre de stratégies visant à réduire les inégalités de revenu décrites dans le présent rapport contribueront à améliorer l'état de santé des peuples autochtones*, et celui d'autres groupes du Canada.

3. Améliorer la santé en réduisant les inégalités en rapport avec la répartition du revenu, le taux d'alphabétisation et le niveau de scolarité

Les deux priorités décrites dans cette section, soit une répartition plus équitable du revenu au Canada, un niveau de scolarité plus élevé et un meilleur accès à l'éducation, ont un effet direct sur l'état de santé, même si elles incombent principalement à des secteurs extérieurs à celui de la santé. L'amélioration de la santé de la population canadienne passera par les stratégies coopératives, multisectorielles et à long terme qui seront engagées en accord avec d'autres secteurs concernés.

Parvenir à une distribution du revenu plus équitable au Canada.

Les Canadiens à faible revenu sont plus aptes à éprouver des problèmes de santé physique, sociale et mentale que les Canadiens à revenu élevé. En outre, ils sont susceptibles de mourir plus prématurément qu'eux, peu importe la cause et nonobstant l'âge, le sexe, la race ou le niveau de financement du système de santé (chapitres 1 et 2).

Des études indiquent qu'en ce qui concerne la santé de la population, la richesse cumulative d'une société donnée importe moins que l'équité au niveau de la distribution du revenu. Plus la richesse est équitablement répartie, plus la population s'en porte bien⁹. On estime que si tous les Canadiens affichaient les même taux de décès que les Canadiens au revenu supérieur, on pourrait réduire du cinquième toutes les années potentielles de vie perdues avant l'âge de 65 ans¹⁰ (chapitres 1 et 2).

Une variation du revenu affecte la santé à tous les échelons, et non seulement celle des pauvres. Elle influe aussi sur la cohésion sociale qui caractérise un quartier ou une collectivité¹¹. Par conséquent, les Canadiens à revenu moyen et élevé peuvent profiter d'une égalité accrue du revenu, tout comme les moins fortunés (chapitre 2).

Les salaires sont la principale source de revenu de la plupart des Canadiens. Malgré des améliorations récentes, les taux constamment élevés de chômage et de sous-emploi demeurent un problème pour les jeunes gens, les femmes, les Autochtones et les minorités visibles. L'écart de salaire entre les hommes et les femmes persiste et les femmes prédominent toujours au niveau des emplois moins rémunérés. Les résultats du Canada en fonction de la mesure d'habilitation sexospécifique des Nations Unies indiquent que le pays peut faire mieux pour donner aux femmes la possibilité d'occuper des postes de décision dans les domaines économique, professionnel et politique (chapitres 1 et 2).

Dans le passé, les politiques fiscales et sociales, ainsi que les politiques de transfert du Canada ont joué un rôle clé dans la réduction des inégalités. Le régime d'assurance-maladie universel du Canada, qui donne accès aux services médicaux requis, s'avère également efficace pour réduire les inégalités (chapitre 2). Cependant, nombre de Canadiens au revenu inférieur ou moyen ont un accès limité ou inexistant aux services de santé comme les soins ophtalmologiques, les soins dentaires, la consultation en santé mentale et les médicaments sur ordonnance, qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-santé universels. Ce défi est examiné plus en détail ci-dessous.

Les services sociaux et récréatifs constituent d'importants compléments des services de santé, surtout à l'appui du sain développement de l'enfant et de l'adolescent¹². L'accès réduit aux services sociaux et récréatifs frappe très durement les familles avec des enfants à revenu faible ou moyen qui n'ont pas les moyens d'acheter ces services (chapitre 3). Une autre façon efficace de réduire les inégalités (chapitre 4) consiste à garantir un accès équitable et juste à des logements abordables et salubres.

Au moment de rédiger ce rapport, le Canada était aux prises avec une crise d'abordabilité du logement. Les réductions dans la disponibilité du logement social liées aux récessions cycliques et à la diminution du revenu familial ont contribué à l'accroissement du nombre de familles qui vivent dans des situations de faible revenu, et qui sont parfois sans abri. En 1996, 30 p. 100 des couples de locataires ayant des enfants avaient un problème d'abordabilité. Ce nombre est passé à 58 p. 100 des familles monoparentales et à 76 p. 100 des parents seuls de moins de 30 ans (chapitre 4). Le taux d'itinérance a augmenté et les Canadiens sans abri incluent un nombre croissant de femmes, d'enfants et d'autres groupes aux circonstances particulières, soit des personnes autochtones, des adolescents et des personnes atteintes de maladies mentales.

Selon un rapport de l'Association canadienne des banques alimentaires, plus de 250 000 enfants et adolescents de moins de 18 ans reçoivent l'aide de banques alimentaires en 1998. Les données de l'ELNEJ pour 1996-1997 indiquent que les enfants qui ont faim viennent à la fois de familles qui dépendent de l'aide sociale et de familles qui déclarent des salaires comme source de revenu. Il semble donc que les familles de travailleurs pauvres sont autant menacées de la faim que les familles vivant de l'aide sociale (chapitre 3).

Le présent rapport propose plusieurs stratégies clés pour garantir une distribution plus équitable du revenu au pays :

- ◆ *Accroître la capacité de gagner sa vie et les débouchés dans le cas des personnes et des groupes qui sont laissés pour compte*, notamment les femmes, les jeunes gens (surtout les jeunes hommes au faible niveau d'instruction et de compétence, et les femmes monoparentales), les peuples autochtones, les membres des minorités visibles et les travailleurs de certaines industries (p. ex., la pêche à la morue et au saumon). Les politiques qui préconisent le travail à temps plein pour ceux qui en veulent, l'équité salariale, une rémunération raisonnable, l'accès aux avantages sociaux, des prestations de chômage équitables et la diversification de l'emploi sont toutes d'importantes stratégies à envisager¹³. Il importe également d'accroître les possibilités d'accès aux études, d'alphabétisation et de formation afin de permettre aux Canadiens d'accéder à des carrières valorisantes dans des secteurs mieux rémunérés (chapitre 2).
- ◆ *Continuer de recourir aux politiques fiscales et sociales, ainsi qu'aux politiques de transfert du Canada, pour réduire les inégalités parmi les différents niveaux de rémunération*. Ces politiques ont joué un rôle important en ce sens dans le passé. Il faut examiner soigneusement toute modification de ces politiques puisqu'elles ont le pouvoir d'améliorer ou d'accroître les écarts de revenu (et donc d'état de santé) (chapitre 2).
- ◆ *Revoir l'efficacité des programmes actuels qui procurent un filet de sécurité aux Canadiens qui ont besoin d'aide à différents moments de leur vie*. Les tendances décrites dans ces pages suggèrent que cela affecte davantage les femmes âgées qui vivent seules (une sur cinq vit sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada) et les jeunes familles qui éprouvent des difficultés économiques à cause du chômage, du sous-emploi, des coûts élevés du logement et des changements apportés à la structure familiale (chapitres 2 et 3).
- ◆ *Reconnaître l'importance des services sociaux et récréatifs pour la santé et trouver des façons d'offrir un accès équitable à ces services, peu importe la capacité de payer de la personne ou de la famille* (chapitre 3).
- ◆ *Trouver des façons de combler les besoins essentiels des individus et des familles du pays en matière de logement, de vie privée et de sécurité*. Il faut aussi œuvrer auprès des Autochtones en vue d'assurer l'accès à des logements adéquats dans les réserves et hors réserve (chapitre 4).
- ◆ *Élaborer des stratégies à long terme pour enrayer la faim au Canada, y compris un accès élargi à des aliments sains et abordables dans les collectivités rurales et nordiques, et dans les centres urbains*. Bien que les banques alimentaires jouent un rôle important pour freiner les écarts, elles n'offrent que des solutions provisoires et partielles (chapitre 4).

Accroître les capacités en lecture et en écriture, et favoriser l'accès à l'école de tous les Canadiens.

Les Canadiens qui éprouvent des difficultés à lire et à écrire sont plus aptes à connaître le chômage et la pauvreté, à être en moins bonne santé et à mourir plus jeunes que les Canadiens plus instruits (chapitres 1 et 2). Les liens positifs établis entre les niveaux de scolarité et d'autres facteurs déterminants de la santé sont aussi bien étayés. Par exemple, les gens bien instruits ont tendance à adopter de saines habitudes de santé plus souvent que les gens peu instruits (chapitre 5), à avoir un meilleur accès à des environnements physiques sains (chapitre 4) et à être en mesure de préparer leurs enfants à bien aborder l'école (chapitre 3).

En 1995, le Canada comptait plus du double de citoyens illettrés que la Suède, qui constitue le pays le plus alphabétisé au monde selon l'Indice de pauvreté humaine des Nations Unies (chapitre 2). Bien que le nombre élevé de nouveaux venus ne parlant ni l'anglais ni le français puisse justifier en partie cette différence, ce fait requiert d'autres explications.

Les gens bien instruits ont tendance à adopter de saines habitudes de santé plus souvent que les gens peu instruits.

Les niveaux de scolarité et l'alphabétisation sont habituellement liés, mais ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, les personnes âgées peu scolarisées qui ont profité, leur vie durant, des possibilités d'apprentissage qui s'offraient à elles ont obtenu des résultats supérieurs aux prévisions lors des tests d'alphabétisation. Le chapitre 7 soutient la notion que les possibilités d'apprentissage qui se présentent la vie durant peuvent jouer un rôle important dans le maintien de la santé mentale et des facultés intellectuelles à un âge avancé.

Un noyau de jeunes gens quittent l'école prématurément. La plupart du temps, il s'agit de jeunes hommes qui ont de la difficulté à l'école et qui n'obtiennent pas tout le soutien affectif et financier nécessaire pour les encourager à rester à l'école. En 1996, plus de jeunes Canadiens (surtout des femmes) ont obtenu des diplômes d'études supérieures que jamais auparavant. Toutefois, entre 1992 et 1997, les droits de scolarité de l'instruction postsecondaire ont grimpé de 70 p. 100, comparativement à une hausse de 6 p. 100 de l'indice des prix à la consommation. Par suite de l'augmentation des droits de scolarité et de la pauvreté des familles, l'endettement moyen du nombre croissant d'étudiants ayant besoin d'aide financière pour aller au collège ou à l'université a triplé dans les années 1990. Il s'agit d'une tendance inquiétante qui peut décourager les futurs étudiants à poursuivre leurs études et qui peut faire en sorte qu'un nombre plus grand d'étudiants n'honorent pas leurs prêts¹⁴.

À mesure qu'augmente la demande en faveur de travailleurs polyvalents en cette fin de siècle, s'accroît également la marginalisation des Canadiens peu instruits et dont les capacités de lecture et d'écriture sont limitées. Tous les secteurs doivent faire de ce défi une priorité : écoles, milieux de travail, collectivités, gouvernements et familles.

Les stratégies clés envisagées pour relever ce défi s'énoncent ainsi :

- ◆ *Soutenir les programmes d'alphabétisation en milieu de travail et en milieu communautaire destinés aux personnes de tous âges.* Puisque les tests d'alphabétisation se déroulent dans les deux langues officielles du pays, cela comprend aussi aider les nouveaux arrivants à apprendre l'anglais ou le français (chapitre 2).

- ◆ *Aider les jeunes gens à rester à l'école et trouver des façons de diminuer le taux d'endettement des étudiants* qui poursuivent des études postsecondaires (chapitre 2).
- ◆ *Prévenir la grossesse chez les adolescentes.* Le présent rapport indique un lien constant entre le niveau de scolarité de la mère, son propre bien-être et plusieurs indicateurs liés aux possibilités que l'enfant connaîtra un bon départ dans la vie. Il faut procurer aux jeunes femmes l'information et le soutien nécessaires pour leur permettre de poursuivre leurs études et de reporter la grossesse au-delà de l'adolescence (chapitres 1 et 3). Parallèlement, il faut élaborer une stratégie pour aider les jeunes hommes à demeurer à l'école et à se protéger durant les rapports sexuels, de façon à éviter les grossesses et les maladies transmises sexuellement (chapitres 2 et 5).
- ◆ *Augmenter le soutien de l'apprentissage continu.* Le présent rapport a démontré que la stimulation et les occasions d'apprentissage sont importantes toute la vie, de la petite enfance à la vieillesse. La préparation des enfants d'âge préscolaire à une entrée réussie à l'école importe particulièrement à leur santé et à leur développement futurs (chapitres 3 et 7).

Vision d'avenir

Notre vision de la santé au prochain millénaire se traduira par un état de santé et bien-être amélioré pour tous les Canadiens. Il faudra miser sur la collaboration pour garantir le maintien et l'amélioration de la santé grâce à une meilleure qualité de vie, à l'extension du nombre d'années de vie sous le signe de la santé et à la réduction des inégalités de santé. Cette collaboration permettra l'atteinte de cinq grands résultats qui constitueront la synthèse des orientations stratégiques principales définies par le CCSP, soit :

1. Des conditions de vie et de travail favorables dans toutes les collectivités, y compris :

- ◆ une économie florissante et viable qui assure à tous un emploi;
- ◆ un revenu adéquat pour tous les Canadiens et une réduction du nombre de familles vivant sous le seuil de pauvreté;
- ◆ une distribution plus équitable du revenu;
- ◆ des conditions de travail saines;
- ◆ des possibilités de scolarisation, d'alphabétisation et d'apprentissage continu pour tous;
- ◆ des amitiés solidaires et des réseaux de soutien social dans toutes les collectivités.

2. Un environnement physique sûr et de grande qualité, y compris :

- ◆ un environnement sain et viable pour tous offrant accès à de l'air, de l'eau et de la nourriture de qualité, et exempt de toxines nuisibles;
- ◆ un logement convenable et abordable pour tous;
- ◆ des collectivités sécuritaires et bien conçues.

3. Des possibilités de développement sain et le soutien des choix individuels qui améliorent la santé et favorisent l'indépendance, y compris :

- ◆ le développement sain de l'enfant;
- ◆ des choix de vie sains;
- ◆ l'autonomie accrue des personnes qui ont besoin d'aide au niveau des activités courantes de la vie.

4. Des services de santé adéquats et efficaces qui sont accessibles à tous, y compris :

- ◆ un engagement soutenu envers un système de santé fondé sur les principes d'universalité, d'accessibilité, d'intégralité, de transférabilité et d'administration publique;
- ◆ l'accès élargi aux services qui se sont révélés rentables mais qui ne sont pas constamment ou uniformément accessibles;
- ◆ l'utilisation réduite des services, des technologies et des médicaments qui ont été prouvés inefficaces, inadéquats ou surutilisés;
- ◆ une meilleure intégration et une plus grande efficacité des services, et une responsabilité accrue envers l'amélioration des résultats.

5. La réduction des maladies évitables, des blessures et des décès prématurés, y compris :

- ◆ la réduction des problèmes de santé qui hypothèquent la santé des Canadiens et pour lesquels il existe des modes de prévention efficaces et des stratégies d'intervention;
- ◆ une attention marquée aux priorités dont traitent actuellement plusieurs provinces et territoires et le gouvernement fédéral.

Conclusion

Les Canadiens figurent parmi les gens les plus en santé au monde. Toutefois, cette bonne santé ne profite pas également à tous les segments de la population. Le présent rapport souligne des défis importants et des grandes tendances à relever ou à redresser. Mais ces tendances ne sont pas ancrées dans notre destinée. Il est possible d'atteindre des résultats favorables en rapport avec la santé de la population en élaborant une vaste stratégie permettant de définir les rôles qui incombent à toutes les instances des secteurs public et privé et aux groupes sans but lucratif.

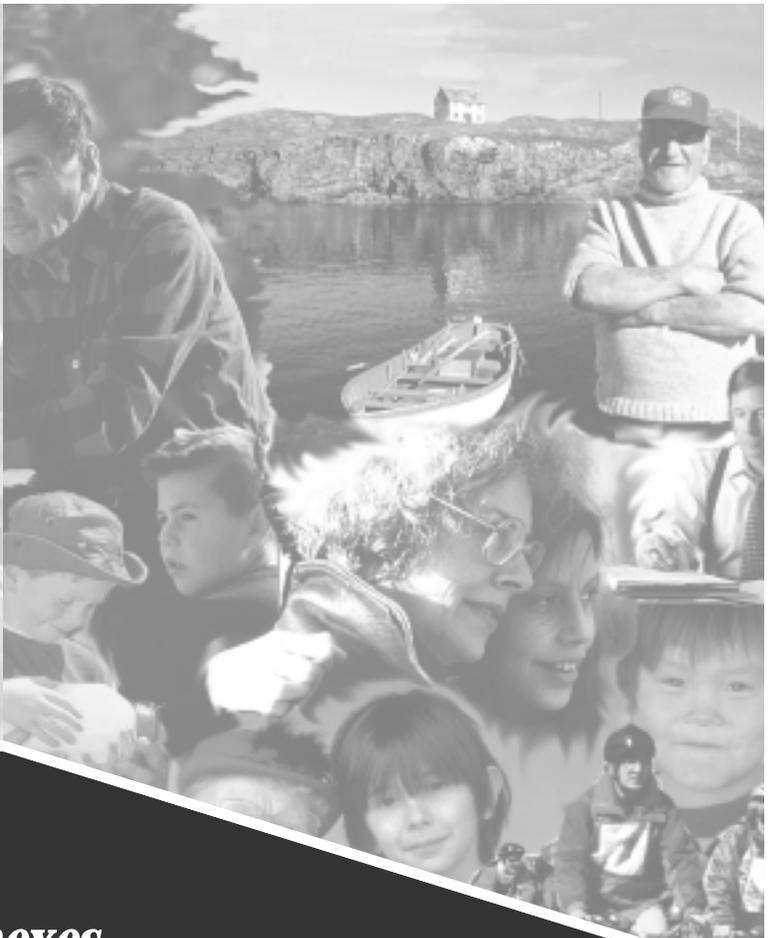
Les personnes qui conçoivent, qui appliquent et qui gèrent les politiques, programmes et études doivent relever un défi de taille, soit trouver les moyens de s'attaquer aux facteurs sous-jacents déterminants de la santé et à leurs interactions. Comme nous l'avons constaté tout au long du rapport, ces déterminants sont à la fois dynamiques et complexes. Ainsi, les interventions doivent comprendre des stratégies à court et à long terme, à l'intérieur du secteur de la santé et dans d'autres secteurs qui influent sur l'état de santé. L'on espère que les données probantes présentées dans ce rapport (et ceux qui suivront) déclencheront un dialogue entre les secteurs et orienteront l'élaboration d'initiatives destinées à améliorer et à promouvoir la santé publique au cours du prochain siècle.

À l'orée d'une nouvelle ère, notre pays gagne en complexité. Il s'agit d'une fédération de dix provinces et de trois territoires qui soutiennent le bilinguisme et le multiculturalisme. La géographie du Canada est vaste et variée, et la diversité de sa population s'accroît. Cette ampleur et cette diversité constituent à la fois un défi et une force.

Nous nous attendons à ce que nos réalisations passées et notre engagement collectif à améliorer le bien-être de la population canadienne se traduisent en possibilités enrichissantes et nous permettent de relever efficacement les défis exposés dans le présent rapport.

Notes en fin de chapitre — Chapitre 8

1. D. Werner et B. Bower, *Helping Health Workers Learn*, Palo Alto, Californie, The Hesperian Foundation, 1982, adapté à un cadre canadien.
2. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Une définition de la santé de la population*, Ottawa, Comité consultatif sur la santé de la population, 1997.
3. Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique (ACSP), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa, ACSP, 1986.
4. Steinhauer, P., « Développer la résilience chez les enfants des milieux défavorisés », *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents, volume 1*, La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, volume 1, études commandées par le Forum national sur la santé, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.
5. McDaniel, S., « Pour la santé des familles », *Les déterminants de la santé : Le cadre et les enjeux, volume 3*, La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, volume I, études commandées par le Forum national sur la santé, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.
6. Anisef, P., « Transition entre l'école et le travail », *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents, volume 1*, La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, volume 1, études commandées par le Forum national sur la santé, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.
7. Gottlieb, B., « Promouvoir le développement optimal des jeunes au Canada », *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents, volume 1*, La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, volume 1, études commandées par le Forum national sur la santé, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.
8. Fralick, P. et B. Hyndman, « Les jeunes, la toxicomanie et les déterminants de la santé », *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents, volume 1*, La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, volume I, études commandées par le Forum national sur la santé, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.
9. Wilkinson, R., *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, New York, Routledge, 1996.
10. Wilkins, R., « Mortality by Neighbourhood in Canada, 1986-1991 », présenté à la conférence de la Société canadienne du cancer sur l'épidémiologie et la biostatistique, Saint-Jean, Terre-Neuve, août 1995.
11. Wilkinson, R., *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, New York, Routledge, 1996.
12. Santé Canada, « Services de santé et services sociaux », *Le développement sain des enfants et des jeunes*, Ottawa, Santé Canada (sous press).
13. Sullivan, T., O. Uneke, J. Lavis et coll., « Politiques d'adaptation de la main-d'œuvre et santé : réflexions sur un monde en mutation », *Les déterminants de la santé : Le cadre et les enjeux, volume 3*, La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, volume 1, études commandées par le Forum national sur la santé, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.
14. Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants canadiens, 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social.



Annexes





Annexe A

Membres du Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population (CCSP) et des groupes de travail, et experts-conseils en production

Comité consultatif sur la santé de la population (CCSP)

Madame Cecile Lord (présidente)

Sous-ministre adjointe
Health Strategies Division
Alberta Health
10025, avenue Jasper, 24^e étage
Edmonton (Alberta) T5J 2N3

Monsieur Ian Potter (vice-président)

Sous-ministre adjoint
Direction générale de la promotion
et des programmes de santé
Santé Canada
Immeuble Jeanne-Mance
Pièce A1614, 16^e étage
Pré Tunney (LA 1916A)
Ottawa (Ontario) K1A 1B4

Madame Beverly Clark (Terre-Neuve)

Sous-ministre adjointe de la santé
communautaire
Department of Health and Community
Services
Rez-de-chaussée, Bloc de l'Ouest
Immeuble Confederation
C.P. 8700
Prince Philip Drive
St. John's (Terre-Neuve) A1B 4J6

**Madame Carole Dilworth
(Nouveau-Brunswick)**

Directrice
Analyse et évaluation des programmes
Ministère de la Santé et des Services
communautaires
Place Carlton, 7^e étage
520, rue King
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

Madame Debra Keays (Nouvelle-Écosse)

Directrice
Public Health and Health Promotion
Department of Health
Immeuble Joseph Howe
C.P. 488
1690, rue Hollis, 11^e étage
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8

Madame Teresa Hennebery (Î.-P.-É.)

Directrice
Public Health and Evaluation
Department of Health and Social Services
11, rue Kent
C.P. 2000
Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8

Docteur Richard Massé (Québec)

Sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des
Services sociaux
1075, chemin Ste-Foy, 2^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Docteur Colin D’Cunha (Ontario)

Médecin en chef de la santé et
directeur de la Direction générale
de la santé publique
Ministère de la Santé de l’Ontario
5700, rue Yonge, 8^e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5

Madame Sue Hicks (Manitoba)

Sous-ministre adjointe
Programmes et opérations externes
Santé Manitoba
599, rue Empress, 2^e étage
Winnipeg (Manitoba) R3C 2T6

**Madame Marlene Smadu
(Saskatchewan)**

Sous-ministre adjointe
Saskatchewan Health
Immeuble T.C. Douglas
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan) S4S 6X6

Madame Barbara Hansen (Alberta)

Senior Strategy Lead
Population Health Strategies Branch
Telus Plaza, Tour du Nord, 23^e étage
C.P. 1360, Succ. Main
10025, avenue Jasper
Edmonton (Alberta) T5J 2N3

Docteur Perry Kendall (C.-B.)

Provincial Health Officer
Ministry of Health
1810, rue Blanshard, 3^e étage
Victoria (Colombie-Britannique)
V8V 1X4

Monsieur Ron Pearson (Yukon)

Directeur, Programmes de santé
Government of Yukon
2, chemin de l’Hôpital
Whitehorse (Yukon) Y1A 3H8

Docteur André Corriveau (T. N.-O.)

Directeur
Population Health
Northwest Territories Department
of Health and Social Services
C.P. 1320
5022-49^e rue
Tour Centre Square, 6^e étage
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

**Madame Janet Braunstein-Moody
(Nunavut)**

Directrice, Politiques et planification
Nunavut Department of Health
and Social Services
C.P. 800
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0

**Docteur Clyde Hertzman
(représentant non gouvernemental)**

Department of Health Care and
Epidemiology
University of British Columbia
Immeuble Mather
5804, avenue Fairview
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6T 1Z3

Docteur David Kinloch
(représentant non gouvernemental)
 Consultant and Policy Researcher
 5018, 49^e rue, 1703 Northern Heights
 Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
 X1A 3R6

Docteur Ralph Nilson
(représentant non gouvernemental)
 Doyen
 Faculty of Physical Activity Studies
 Salle 109.1 PAC
 University of Regina
 3737, Wascana Parkway
 Regina (Saskatchewan) S4S 0A2

Monsieur Craig Shields
(représentant non gouvernemental)
 Consultant in Health and Social Services
 Human Services Consultants
 33, Cricklewood Crescent
 Thornhill (Ontario) L3T 4T8

**Docteur Bryce Larke (coprésident
 F/P/T AIDS)**
 Provincial Medical Consultant
 HIV/AIDS/Hepatitis
 Disease Control and Prevention
 Alberta Health
 Telus Plaza, Tour du Nord, 23^e étage
 C.P. 1360, Succ. Main
 10025, avenue Jasper
 Edmonton (Alberta) T5J 2N3

Docteur Tariq Bhatti (Santé Canada)
 Directeur
 Division du développement de la santé de
 la population
 Direction générale de la santé de la
 population
 Santé Canada
 Immeuble Jeanne-Mance
 Pré Tunney (LA 1908C1)
 Ottawa (Ontario) K1A 1B4

Observateur

Monsieur Gary Catlin
 Directeur
 Division des statistiques sur la santé
 Statistique Canada
 18^e étage, section F
 Immeuble R.H. Coats
 Pré Tunney
 Ottawa (Ontario) K1A 0T6

Secrétariat

Madame Julie Pigeon
 Gestionnaire de programme
 Section du développement
 et de la gestion de projet
 Division du développement
 de la santé de la population
 Direction générale de la santé
 de la population
 Santé Canada
 Immeuble Jeanne-Mance
 Pré Tunney (LA 1908C1)
 Ottawa (Ontario) K1A 1B4

Monsieur Pierre Génier
 Gestionnaire
 Section du développement
 et de la gestion de projet
 Division du développement
 de la santé de la population
 Direction générale de la santé
 de la population
 Santé Canada
 Immeuble Jeanne-Mance
 Pré Tunney (LA 1908C1)
 Ottawa (Ontario) K1A 1B4

Membres du groupe de travail du CCSP — Rapport sur la santé de la population

Docteur Shaun Peck (coprésident depuis décembre 1998)

Deputy Provincial Health Officer
Ministry of Health
1810, rue Blanshard, 3^e étage
Victoria (Colombie-Britannique)
V8V 1X4

Madame Kim Elmslie (coprésidente depuis décembre 1998)

Directrice intérimaire
Programme national de recherche et de développement en matière de santé
Direction générale de l'analyse, de l'information et de la connectivité
Santé Canada
Pièce A1513, Immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney (LA 1915A)
Ottawa (Ontario) K1A 1B4

Madame Hope Beanlands

Coordonnatrice
Public Health Enhancement
Public Health and Health Promotion
Department of Health
Immeuble Joseph Howe
1690, rue Hollis, 11^e étage
C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8

Madame Madeleine Levasseur

Agente de recherche
Direction générale de la Santé publique
Ministère de la Santé
et des Services sociaux
201, rue Crémazie est, 3^e étage
Montréal (Québec) H2M 1L2

Docteur Jamie Blanchard

Épidémiologiste provincial
Santé Manitoba
800, avenue Portage, 4^e étage
Winnipeg (Manitoba) R3G 0N4

Monsieur Randy Passmore

Senior Policy Analyst
Policy and Planning Branch
Saskatchewan Health
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan) S4S 6X6

Docteur Stephan Gabos

Senior Team Leader
Health Surveillance Branch
Alberta Health
10025, avenue Jasper, 9^e étage
Edmonton (Alberta) T5J 2N3

Docteur Clyde Hertzman

Department of Health Care
and Epidemiology
University of British Columbia
Immeuble Mather
5804, avenue Fairview
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6T 1Z3

Monsieur Craig Shields

Consultant in Health and
Social Services
Human Services Consultants
33, Cricklewood Crescent
Thornhill (Ontario) L3T 4T8

Docteur John Millar (président jusqu'en décembre 1998)

Vice-président
Institut canadien d'information
sur la santé
377, rue Dalhousie, pièce 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8

Monsieur Serge Taillon

Directeur
Planification et communications
Institut canadien d'information
sur la santé
377, rue Dalhousie, pièce 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8

Monsieur Gary Catlin

Directeur
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
18^e étage, section F
Immeuble R.H. Coats
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0T6

Docteur Gregory Sherman

Premier conseiller scientifique
Analyse des programmes de santé
Santé des Premières nations et des Inuit
Direction générale des services médicaux
Santé Canada
Pièce 2099D, Immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney (LA 1920D)
Ottawa (Ontario) K1A 0L3

Madame Rachel Moore

Chef
Unité de surveillance des dépenses en santé
Bureau des opérations de la planification
et des politiques
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection
de la santé
Santé Canada
Immeuble LLCM
Pré Tunney (LA 0602D)
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

Madame Monique de Groot

Gestionnaire de programme principale
Direction de la santé de la population
Direction générale de la promotion et
des programmes de santé
Santé Canada
Immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney (LA 1908C1)
Ottawa (Ontario) K1A 1B4

Secrétariat**Madame Carol Silcoff**

Gestionnaire, Section de développement
de la recherche et de l'analyse
Programme national de recherche et
de développement en matière de santé
Direction générale de l'analyse,
de l'information et de la connectivité
Santé Canada
Pièce D1596, Immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney (LA 1915A)
Ottawa (Ontario) K1A 1B4

Anciens membres**Docteur Peter Barss**

Gouvernement des Territoires
du Nord-Ouest

Docteur Maureen Carew

Santé Canada

Docteur Paul Gully

Santé Canada

Docteur Hilary Robinson

Santé Canada

Madame Linda Senzilet

Santé Canada

Docteur Odette Laplante

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Groupe de travail de Santé Canada — Rapport sur la santé de la population canadienne

Carol Silcoff (présidente)

Direction générale de l'information,
de l'analyse et de la connectivité

Nancy Hamilton

Direction générale de l'information,
de l'analyse et de la connectivité

Bill Bradley

Direction générale des politiques
et de la consultation

Margaret Moyston-Cumming

Direction générale des politiques
et de la consultation

Patricia Dunn-Erickson

Direction générale des politiques
et de la consultation

Abby Hoffman

Bureau du sous-ministre

Lynda Bottoms

Direction générale de la promotion
et des programmes de santé

Carmen Connolly

Direction générale de la promotion
et des programmes de santé

Monique de Groot

Direction générale de la promotion
et des programmes de santé

Glenn Irwin

Direction générale de la promotion
et des programmes de santé

Eric Jenkins

Direction générale de la promotion
et des programmes de santé

Tom Lips

Direction générale de la promotion
et des programmes de santé

William Murray

Direction générale de la promotion
et des programmes de santé

Eric Nicholls

Direction générale de la promotion
et des programmes de santé

Sylvain Paradis

Direction générale de la promotion
et des programmes de santé

Jane Boswell-Purdy

Direction générale de la promotion
et des programmes de santé

George Torrance

Direction générale de la promotion
et des programmes de santé

Gregory Sherman

Direction générale des services médicaux

Rachel Moore

Direction générale de la protection
de la santé

Centre de promotion de la santé, Université de Toronto

Peggy Edwards
Rédactrice principale

Reg Warren
Analyste de données

Rick Wilson
Gestionnaire de projet

Irving Rootman
Directeur du Centre for Health
Promotion

Kathryn Joly
Mise en pages et correction d'épreuves

Conception graphique, révision et production

Allium Consulting Group Inc.

Traduction

Communications Essema



Annexe B

Indicateurs de santé choisis — Canada, les provinces et les territoires

Note de présentation

Cette annexe présente une centaine d'indicateurs parmi les plus fréquemment utilisés pour mesurer la santé et les facteurs qui déterminent la santé des Canadiennes et Canadiens. Tous les indicateurs décrits à la présente annexe sont tirés du *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, où ils sont expliqués en détail.

Le Rapport statistique comprend une description de chacune de ces mesures et des calculs connexes; les limites de la population applicables (p. ex., les groupes d'âge); la portée de la couverture; les périodes de référence et les sources. Il explique également l'interprétation des comparaisons entre les régions par rapport à des facteurs comme les limitations des données et de leur comparabilité.

Dans cette section, les estimations dont la variabilité d'échantillonnage est élevée ont été remplacées par le symbole (#), tandis que les estimations dont la variabilité est modérée ont été marquées d'un astérisque (*).

Malheureusement, il manque quelques données comparatives ayant trait aux Territoires du Nord-Ouest et au Yukon, puisque l'analyse de l'Enquête nationale sur la santé de la population était encore en cours dans les Territoires au moment de la rédaction, et puisque certaines études ne sont pas effectuées dans les Territoires. Veuillez prendre note que les données portant sur le Nunavut sont regroupées sous la rubrique des Territoires du Nord-Ouest.

Il faut user de prudence en comparant les données émanant de diverses régions, compte tenu des variances dans la grosseur des échantillons et des modalités de rapport. Les estimations provinciales et territoriales présentées dans cette annexe ne sont pas normalisées en fonction de l'âge, sauf avis contraire. L'annexe comprend aussi plusieurs notes et renseignements relatifs aux sources. Nous encourageons le lecteur à consulter le *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* pour obtenir d'autres détails sur les méthodes de rapport utilisées.

Données par indicateur : Canada, provinces et territoires

Indicateur	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.
Bien-être							
Excellente santé (autoévaluée)	25 %	26 %	22 %	20 %	21 %	27 %	25 %
Estime de soi élevée	49 %	35 %	40 %	37 %	41 %	62 %	47 %
Maîtrise de la situation élevée	21 %	13 %	17 %	19 %	14 %	22 %	22 %
Sens de cohérence élevé	28 %	36 %	33 %	28 %	27 %	25 %	30 %
Capacité fonctionnelle							
Limitation des activités à long terme	16 %	16 %	20 %	25 %	19 %	15 %	14 %
Jours d'incapacité (2 dernières semaines)	0,85	0,81	0,80	1,05	1,02	0,64	0,80
Très bonne santé (état fonctionnel)	88 %	91 %	89 %	85 %	87 %	90 %	88 %
Blessures et accidents							
Blessures (hospitalisations par 10 000 habitants)	72,2	66,0	57,7	61,5	81,0	60,9	63,3
Accidents de travail (par 1 000 travailleurs)	27,6	27,7	40,6	20,6	12,5	37,2	19,4
Décès sur la route (par 100 000 habitants)	10	8	14	12	12	12	8
Blessures sur la route (par 100 000 habitants)	762	463	618	663	627	641	775
Maladies et affections diverses							
Taux de faible poids à la naissance	5,8 %	6,1 %	5,3 %	5,4 %	5,1 %	5,9 %	6,0 %
Mortinaissances (par 10 000 naissances)	65,4	44,8	70,4		35,3		65,8
Excès de poids (de 20 à 64 ans)	29 %	39 %	37 %	38 %	42 %	27 %	29 %
Santé mentale							
Dépression (probable)	4 %	#	#	5 %	5 %	4 %	4 %
Stress chronique élevé	26 %	17 %	20 %	27 %	26 %	24 %	28 %
Taux d'hospitalisation psychiatrique	709,1	749,9	1 181,9	749,0	857,0	706,7	676,9
Stress professionnel élevé	4 %	#	#	#	#	3 %	5 %
Maladies transmises sexuellement							
VIH — tests positifs	41 049	178	PEI+NS* = 531*	217	8 553	18 552	
Gonorrhée (par 100 000 habitants)	16,8	0,4	0,7	10,3	5,4	6,5	20,5
Chlamydia (par 100 000 habitants)	114,8	48,8	95,8	113,9	109,3	90,1	94,2
Maladies évitables par la vaccination							
Rougeole (par 100 000 habitants)	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	1,1	1,7
Coqueluche (par 100 000 habitants)	18,0	10,7	24,9	24,3	16,4	17,9	6,4
Maladies entériques et toxi-infections alimentaires ou hydriques							
Campylobacter (par 100 000 habitants)	42,7	17,7	31,5	22,5	33,6	38,1	47,8
Salmonelle (par 100 000 habitants)	22,0	8,9	11,0	15,6	21,0	21,8	23,7
Giardia (par 100 000 habitants)	20,3	7,3	6,6	15,8	14,6	12,6	22,5
Hépatite A (par 100 000 habitants)	8,7	0,2	0,7	1,2	1,0	8,0	5,5
E. coli 0157 (par 100 000 habitants)	4,1	0,3	7,3	3,9	0,7	4,1	4,1

Données par indicateur : Canada, provinces et territoires

MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	YN	T.-N.-O.	Canada	Indicateur
Bien-être							
21 %	17 %	25 %	25 %			25 %	Excellente santé (autoévaluée)
34 %	34 %	44 %	46 %			49 %	Estime de soi élevée
13 %	15 %	22 %	21 %			21 %	Maîtrise de la situation élevée
31 %	34 %	28 %	28 %			28 %	Sens de cohérence élevé
Capacité fonctionnelle							
18 %	22 %	18 %	21 %			16 %	Limitation des activités à long terme
1,02	0,93	1,00	1,05			0,85	Jours d'incapacité (2 dernières semaines)
87 %	86 %	88 %	86 %			88 %	Très bonne santé (état fonctionnel)
Blessures et accidents							
89,1	106,3	93,6	91,7	111,3	136,3	72,2	Blessures (hospitalisations par 10 000 habitants)
32,8	29,2	22,5	39,7			27,6	Accidents de travail (par 1 000 travailleurs)
8	13	12	10	22	22	10	Décès sur la route (par 100 000 habitants)
914	664	728	1 022	1 081	388	762	Blessures sur la route (par 100 000 habitants)
Maladies et affections diverses							
5,5 %	5,0 %	6,1 %	5,2 %	4,3 %	5,5 %	5,8 %	Taux de faible poids à la naissance
78,2	60,6	66,9	69,5	0	31,3	65,4	Mortinaissances (par 10 000 naissances)
35 %	36 %	30 %	27 %			29 %	Excès de poids (de 20 à 64 ans)
Santé mentale							
5 %	5 %	5 %	5 %			4 %	Dépression (probable)
29 %	25 %	24 %	26 %			26 %	Stress chronique élevé
857,0	797,2	647,3	721,7	653,1	811,7	709,1	Taux d'hospitalisation psychiatrique
5 %	#	4 %	4 %			4 %	Stress professionnel élevé
Maladies transmises sexuellement							
621	378	2 976	8 993	21	29	41 049	VIH — tests positifs
48,4	39,5	16,9	13,7	31,8	187,8	16,8	Gonorrhée (par 100 000 habitants)
224,4	219,3	174,3	106,7	458,6	1 344,9	114,8	Chlamydia (par 100 000 habitants)
Maladies évitables par la vaccination							
0,0	0,8	0,3	1,1	6,4	0,0	1,1	Rougeole (par 100 000 habitants)
17,4	52,2	36,9	25,4	421,7	72,0	18,0	Coqueluche (par 100 000 habitants)
Maladies entériques et toxi-infections alimentaires ou hydriques							
17,5	24,4	32,0	67,9	28,7	29,9	42,7	Campylobacter (par 100 000 habitants)
18,9	25,5	21,2	21,7	25,5	41,9	22,0	Salmonelle (par 100 000 habitants)
	39,2	19,5	33,7	70,1	32,9	20,3	Giardia (par 100 000 habitants)
21,4	44,1	7,1	12,6	0,0	3,0	8,7	Hépatite A (par 100 000 habitants)
9,1	3,0	5,1	3,6	0,0	0,0	4,1	E. coli 0157 (par 100 000 habitants)

Données par indicateur : Canada, provinces et territoires

Indicateur	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.
Cancer (nouveaux cas par 100 000 habitants)							
Femmes	346	286	384	354	335	334	350
Hommes	501	390	563	478	532	511	493
Cancer (décès par 100 000 habitants)							
Femmes	151	149	168	167	158	157	151
Hommes	232	273	281	264	255	260	223
Affections chroniques							
Arthrite ou rhumatisme	14 %	14 %	18 %	20 %	16 %	12 %	14 %
Asthme	7 %	5 %	6 %	6 %	6 %	7 %	7 %
Maux de dos	14 %	11 %	12 %	14 %	13 %	11 %	15 %
Allergies alimentaires	7 %	4 %	7 %	7 %	9 %	5 %	7 %
Autres allergies	22 %	15 %	18 %	25 %	22 %	22 %	23 %
Décès (par 100 000 habitants)							
Total	653	710	753	700	680	666	648
Cancer (tous)	185	189	207	210	193	203	180
Cancer du poumon	49	50	57	58	55	61	45
Cancer du sein (femmes seulement)	29	28	24	30	33	29	29
Maladie cardiovasculaire	226	281	277	233	236	220	229
Insuffisance coronarienne	133	165	165	134	127	135	140
ACV	47	62	63	42	44	41	48
Maladies respiratoires (toutes)	58	50	76	68	59	56	55
Pneumonie ou grippe	22	18	41	28	18	16	23
Accidents (tous)	43	36	45	46	42	49	38
Suicide (tous)	13	7	9	12	12	19	9
Mortalité infantile (par 1 000 naissances vivantes)	5,6	6,6	4,7	5,6	4,9	4,6	5,7
Taux de mortalité périnatale (par 1 000 naissances)	6,7	6,9	7,7	6,2	6,2	5,7	7,2
Taux de mortalité néonatale précoce (par 1 000 naissances vivantes)	3,3	4,5	4,7	3,2	2,4	2,9	3,4
Avortements thérapeutiques (par 100 naissances vivantes)	18,7	9,0	0,5	16,8	7,3	20,8	19,9

Données par indicateur : Canada, provinces et territoires

MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	YN	T.-N.-O.	Canada	Indicateur
Cancer (nouveaux cas par 100 000 habitants)							
360	329	338	332			346	Femmes
549	451	453	447			501	Hommes
Cancer (décès par 100 000 habitants)							
154	139	143	143			151	Femmes
228	217	211	201			232	Hommes
Affections chroniques							
15 %	19 %	13 %	14 %			14 %	Arthrite ou rhumatisme
7 %	7 %	7 %	8 %			7 %	Asthme
16 %	17 %	15 %	16 %			14 %	Maux de dos
7 %	9 %	7 %	8 %			7 %	Allergies alimentaires
18 %	23 %	21 %	25 %			22 %	Autres allergies
Décès (par 100 000 habitants)							
668	640	639	623	887	1,005	653	Total
185	172	174	166	210	285	185	Cancer (tous)
48	43	42	45	83	66	49	Cancer du poumon
30	25	29	26	12	11	29	Cancer du sein (femmes seulement)
241	222	233	207	243	216	226	Maladie cardiovasculaire
141	122	127	112	136	58	133	Insuffisance coronarienne
51	45	49	48	11	45	47	ACV
58	61	58	61	59	179	58	Maladies respiratoires (toutes)
27	28	22	26	20	78	22	Pneumonie ou grippe
45	50	53	41	126	128	43	Accidents (tous)
11	14	16	10	35	32	13	Suicide (tous)
6,7	8,4	6,2	5,1	#	12,2	5,6	Mortalité infantile (par 1 000 naissances vivantes)
7,6	7,1	7,0	6,2	4,5	7,6	6,7	Taux de mortalité périnatale (par 1 000 naissances)
3,8	4,5	3,4	2,9	#	2,6	3,3	Taux de mortalité néonatale précoce (par 1 000 naissances vivantes)
17,6	13,6	17,0	18,3	27,2	17,1	18,7	Avortements thérapeutiques (par 100 naissances vivantes)

Données par indicateur : Canada, provinces et territoires

Indicateur	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.
Années potentielles de vie perdues (par 100 000 habitants) normalisées en fonction de l'âge							
Total	3 804	3 721	3 687	3 983	3 736	4 032	3 453
Cancer	1 098	1 152	1 189	1 264	1 126	1 192	1 079
Accidents	746	759	829	860	758	735	601
Suicide	417	224	188	367	394	660	284
Maladies respiratoires	113	77	144	147	77	108	110
Maladies cardiaques	491	663	642	592	589	521	475
ACV	91	110	138	64	82	98	93
Autres	848	737	557	689	711	717	810
Espérance de vie à la naissance							
Total	78,6	77,7	77,2	77,8	78,2	78,4	78,9
Hommes	75,7	75,0	73,9	74,9	75,2	75,2	76,1
Femmes	81,4	80,5	80,7	80,7	81,2	81,5	81,4
Niveau d'instruction							
Études secondaires non terminées	35 %	45 %	42 %	39 %	40 %	36 %	33 %
Diplôme universitaire	16 %	10 %	13 %	15 %	12 %	15 %	17 %
Revenu							
Revenu individuel moyen (\$)	25 196	19 710	20 527	21 552	20 755	23 198	27 309
Personnes à faible revenu (%)	20 %	21 %	15 %	19 %	19 %	23 %	18 %
Taux de participation à la population active	64,8 %	52,5 %	66,3 %	60,2 %	60,1 %	62,1 %	65,9 %
Taux de chômage	9,2 %	18,8 %	14,9 %	12,2 %	12,8 %	11,4 %	8,5 %
Travaux ménagers sans rémunération							
Toute quantité	89 %	85 %	87 %	87 %	87 %	88 %	89 %
60 heures et plus	5 %	10 %	5 %	6 %	6 %	4 %	5 %
Soins des enfants non rémunérés (certains)	38 %	39 %	40 %	38 %	38 %	39 %	38 %
Soins des aînés non rémunérés (certains)	17 %	16 %	19 %	17 %	18 %	16 %	16 %
Fonctionnement familial efficace	92 %	93 %	94 %	92 %	93 %	91 %	92 %
Approche parentale cohérente	58 %	54 %	58 %*	59 %	53 %	47 %	61 %
Interaction positive	51 %	56 %	47 %*	50 %	52 %	52 %	51 %
Interdits/Règlements sur le tabagisme							
Règlements de restriction du tabagisme (population visée)	63 %	3 %	13 %	27 %	30 %	51 %	81 %
Écoles sans fumée	65 %	66 %	66 %	78 %	59 %	15 %	93 %
Garderies sans fumée	51 %	55 %	50 %	48 %	47 %	35 %	53 %
Établissements de santé sans fumée	29 %	44 %	18 %	18 %	31 %	7 %	30 %

Données par indicateur : Canada, provinces et territoires

MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	YN	T.-N.-O.	Canada	Indicateur
Années potentielles de vie perdues (par 100 000 habitants) normalisées en fonction de l'âge							
4 066	4 203	3 943	3 986	4 742	7 695	3 804	Total
1 147	1 086	1 009	960	775	1 479	1 098	Cancer
936	964	963	828	1 788	2 309	746	Accidents
351	508	529	279	457	1 480	417	Suicide
140	161	129	102	86	370	113	Maladies respiratoires
546	523	492	385	559	481	491	Maladies cardiaques
121	82	86	75	0	269	91	ACV
824	879	735	1 357	1 078	1 308	848	Autres
Espérance de vie à la naissance							
78,2	78,4	78,7	79,0	76,1	72,7	78,6	Total
75,5	75,5	76,0	76,1	72,3	69,9	75,7	Hommes
80,8	81,4	81,3	81,9	84,7	75,8	81,4	Femmes
Niveau d'instruction							
41 %	43 %	34 %	31 %	28 %	42 %	35 %	Études secondaires non terminées
14 %	13 %	15 %	16 %	17 %	12 %	16 %	Diplôme universitaire
Revenu							
22 667	22 541	26 138	26 295	29 079	29 011	25 196	Revenu individuel moyen (\$)
21 %	18 %	18 %	20 %			20 %	Personnes à faible revenu
66,9 %	66,4 %	71,8 %	64,9 %			64,8 %	Taux de participation à la population active
6,6 %	6,0 %	6,0 %	8,7 %			9,2 %	Taux de chômage
Travaux ménagers sans rémunération							
89 %	90 %	90 %	89 %	89 %	88 %	89 %	Toute quantité
6 %	7 %	5 %	5 %	6 %	8 %	5 %	60 heures et plus
40 %	41 %	41 %	36 %	42 %	57 %	38 %	Soins des enfants non rémunérés (certains)
20 %	21 %	16 %	15 %	12 %	21 %	17 %	Soins des aînés non rémunérés (certains)
92 %	91 %	91 %	92 %			92 %	Fonctionnement familial efficace
62 %	64 %	65 %	63 %			58 %	Approche parentale cohérente
49 %	41 %	51 %	51 %			51 %	Interaction positive
Interdits/Règlements sur le tabagisme							
62 %	55 %	70 %	71 %			63 %	Règlements de restriction du tabagisme (population visée)
72 %	65 %	49 %	67 %	Y.+T. N.-O. = 57 %		65 %	Écoles sans fumée
55 %	49 %	53 %	54 %	Y.+T. N.-O. = 24 %		51 %	Garderies sans fumée
47 %	44 %	28 %	37 %	Y.+T. N.-O. = 81 %		29 %	Établissements de santé sans fumée

Données par indicateur : Canada, provinces et territoires

Indicateur	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.
Habitudes de santé personnelles							
Fumeur actuel	28 %	31 %	32 %	31 %	28 %	32 %	25 %
Buveur régulier	53 %	48 %	44 %	47 %	42 %	57 %	52 %
14 verres ou plus par semaine	9 %	11 %	10 %	12 %	10 %	9 %	9 %
5 verres ou plus par occasion	42 %	53 %	48 %	51 %	47 %	39 %	39 %
Conduite avec facultés affaiblies (1 fois ou plus)	10 %	8 %	9 %	7 %	7 %	10 %	7 %
Utilisation courante de cannabis	7 %	4 %	#	8 %	6 %	9 %	5 %
Une drogue illicite ou plus, à vie	24 %	16 %	19 %	25 %	22 %	25 %	17 %
Actif sur le plan physique	21 %	18 %	14 %	18 %	18 %	17 %	21 %
Marche au travail	7 %	10 %	7 %	8 %	7 %	7 %	6 %
Porte toujours un casque protecteur à vélo	29 %	#	#	37 %	21 %	19 %	33 %
Insiste toujours sur le port de la ceinture de sécurité	86 %	88 %	83 %	82 %	88 %	87 %	86 %
A pris des mesures pour améliorer sa santé	47 %	41 %	43 %	46 %	44 %	44 %	50 %
Services de santé							
Vaccin contre la grippe (déjà reçu)	26 %	18 %	27 %	33 %	24 %	17 %	32 %
Test de Pap, déjà reçu (18 ans et plus)	87 %	91 %	87 %	90 %	89 %	82 %	88 %
Mammographie, 2 dernières années (de 50 à 69 ans)	54 %	29 %	56 %	40 %	60 %	49 %	59 %
Test de tension artérielle, année précédente	71 %	73 %	67 %	75 %	71 %	68 %	75 %
Test de dépistage du VIH, déjà subi	15 %	8 %	8 %	11 %	8 %	14 %	17 %
Consultations d'un professionnel de la santé (1 ou plus)	93 %	88 %	92 %	93 %	90 %	91 %	94 %
Consultations d'un médecin (1 ou plus)	81 %	80 %	80 %	82 %	80 %	76 %	83 %
Visites chez le dentiste, année précédente	62 %	44 %	58 %	57 %	52 %	53 %	71 %
Assurance dentaire	55 %	43 %	48 %	50 %	53 %	40 %	63 %
Examen de la vue, année précédente	42 %	31 %	39 %	39 %	34 %	39 %	48 %
Assurance-verres correcteurs	47 %	47 %	51 %	52 %	56 %	34 %	57 %
Un médicament ou plus, deux derniers jours	63 %	63 %	68 %	69 %	71 %	62 %	64 %
Assurance-médicaments sur ordonnance	61 %	57 %	58 %	67 %	63 %	55 %	66 %
Besoins non comblés en matière de santé	5 %	3 %	5 %	5 %	6 %	3 %	6 %
Visites à l'urgence (par 1 000 habitants)	433,1	180,3	332,4	380,3	190,9	449,1	465,3
Hôpitaux, durée moyenne des séjours	11	8	8	8	8	13	10
Dépenses de santé, pourcentage du PIB	9,2 %	12,1 %	11,8 %	10,9 %	10,8 %	9,5 %	8,9 %
Dépenses de santé par habitant (\$)	2 512,72	2 266,86	2 465,77	2 273,71	2 371,39	2 309,01	2 624,27

Données par indicateur : Canada, provinces et territoires

MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	YN	T.-N.-O.	Canada	Indicateur
Habitudes de santé personnelles							
26 %	29 %	28 %	24 %			28 %	Fumeur actuel
52 %	54 %	52 %	56 %			53 %	Buveur régulier
11 %	8 %	9 %	10 %			9 %	14 verres ou plus par semaine
48 %	48 %	48 %	44 %			42 %	5 verres ou plus par occasion
13 %	21 %	12 %	11 %			10 %	Conduite avec facultés affaiblies (1 fois ou plus)
9 %	7 %	8 %	12 %			7 %	Utilisation courante de cannabis
26 %	22 %	30 %	37 %			24 %	Une drogue illicite ou plus, à vie
20 %	20 %	26 %	27 %			21 %	Actif sur le plan physique
9 %	10 %	7 %	7 %	15 %	42 %	7 %	Marche au travail
12 %	#	26 %	53 %			29 %	Porte toujours un casque protecteur à vélo
77 %	82 %	78 %	89 %			86 %	Insiste toujours sur le port de la ceinture de sécurité
46 %	39 %	48 %	49 %			47 %	A pris des mesures pour améliorer sa santé
Services de santé							
26 %	23 %	28 %	29 %			26 %	Vaccin contre la grippe (déjà reçu)
90 %	93 %	90 %	86 %			87 %	Test de Pap, déjà reçu (18 ans et plus)
50 %	50 %	56 %	54 %			54 %	Mammographie, 2 dernières années (de 50 à 69 ans)
72 %	68 %	69 %	66 %			71 %	Test de tension artérielle, année précédente
11 %	8 %	15 %	17 %			15 %	Test de dépistage du VIH/sida, déjà subi
93 %	92 %	91 %	93 %			93 %	Consultations d'un professionnel de la santé (1 ou plus)
81 %	81 %	80 %	83 %			81 %	Consultations d'un médecin (1 ou plus)
60 %	48 %	59 %	64 %			62 %	Visites chez le dentiste, année précédente
58 %	50 %	62 %	59 %			55 %	Assurance dentaire
37 %	43 %	38 %	36 %			42 %	Examen de la vue, année précédente
40 %	26 %	43 %	49 %			47 %	Assurance-verres correcteurs
62 %	69 %	62 %	63 %			63 %	Un médicament ou plus, deux derniers jours
47 %	40 %	67 %	62 %			61 %	Assurance-médicaments sur ordonnance
7 %	6 %	8 %	6 %			5 %	Besoins non comblés en matière de santé
502,1	151,7	479,2	433,5	527,8	280,7	433,1	Visites à l'urgence (par 1 000 habitants)
10	8	6	13	4	5	11	Hôpitaux, durée moyenne des séjours
10,4 %	9,0 %	7,1 %	9,9 %	8,7 %	12,9 %	9,2 %	Dépenses de santé, pourcentage du PIB
2 579,30	2 477,06	2 380,35	2 728,32	3 267,22	5 563,87	2 512,72	Dépenses de santé par habitant (\$)

Donnée par indicateur : notes et sources

Indicateur	Numéro de sujet (Rapport statistique)†	Notes et sources
Bien-être		
Excellente santé (autoévaluée)	53	12 ans et +, ENSP**, 1996-1997, pourcentage qualifiant leur santé d'excellente
Estime de soi élevée	54	12 ans et +, ENSP, 1994-1995, « élevée » est une note de 20 ou + sur un total de 24 à l'échelle d'estime de soi.
Maîtrise de la situation élevée	54	12 ans et +, ENSP, 1994-1995, « élevée » est une note de 23 ou + sur un total de 28 à l'échelle de la maîtrise.
Sens de cohérence élevé	54	18 ans et+, ENSP, 1994-1995, « élevé » est une note de 67 ou plus (le 70 ^e percentile approximatif) à l'échelle du sens de cohérence.
Capacité fonctionnelle		
Limitation des activités à long terme	58	12 ans et +, ENSP, 1996-1997, toute limitation ou incapacité dans les activités normales à domicile, à l'école, ou au travail.
Jours d'incapacité (2 dernières semaines)	57	Tous les âges, ENSP 1996-1997.
Très bonne santé (état fonctionnel)	56	12 ans et +, ENSP, 1996-1997, pourcentage en très bonne santé, note de 0,80 — 1,00, selon 8 attributs : la vue, l'ouïe, la parole, la mobilité, la dextérité, les habiletés cognitives, les émotions ainsi que la douleur et l'inconfort.
Blessures et accidents		
Blessures (hospitalisations par 10 000 habitants)	60	Tous les âges, <i>Registre national des traumatismes</i> , 1995-1996. Hospitalisations pour soins actifs par suite de blessures.
Accidents de travail (par 1 000 travailleurs) entraînant des journées de congé	61	15 ans et +, 1996, Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, calculs selon des données de la section des statistiques sur les accidents du travail et de la subdivision de l'enquête sur la population active.
Décès sur la route (par 100 000 habitants)	63	Tous les âges, 1996, Transports Canada, <i>Statistiques sur les collisions de la route au Canada</i> .
Blessures sur la route (par 100 000 habitants)	63	Tous les âges, 1996, Transports Canada, <i>Statistiques sur les collisions de la route au Canada</i> .
Maladies et affections diverses		
Taux de faible poids à la naissance	64	Pourcentage de toutes les naissances vivantes de moins de 2 500 g, 1996, Statistique Canada, <i>Le Quotidien</i> , 8 juillet 1998.
Mortinaissances (par 10 000 naissances)	65	Taux par 10 000 naissances, 1995, Santé Canada, <i>Taux nationaux d'anomalies congénitales</i> , 1995.
Excès de poids (de 20 à 64 ans)	67	De 20 à 64 ans, ENSP, 1996-1997, indice de masse corporelle (poids en kg/[taille en mètre, au carré]) 27,0 ou +.

Santé mentale		
Dépression (probable)	75	12 ans et +, ENSP, 1996-1997, 90 % de probabilités de souffrir d'un épisode dépressif majeur.
Stress chronique élevé	8	18 ans et +, ENSP, 1994-1995, note de 5 ou + à une échelle de 18 items.
Taux d'hospitalisation psychiatrique	76	Tous les âges, 1995-1996, congés d'hôpitaux psychiatriques et généraux par 100 000 habitants, Institut canadien d'information sur la santé, <i>Base de données sur la santé mentale</i> .
Stress professionnel élevé	9	Travailleurs canadiens, de 15 à 74 ans, ENSP, 1994-1995, selon une note de 30 ou + à une échelle de stress professionnel de 12 items (60 points).
Maladies transmises sexuellement		
VIH (tests de dépistage positifs)	71	Tous les âges, total cumulatif des tests de dépistage du VIH positifs déclarés au 31 décembre 1997 (note : à l'exclusion des résultats de 1997 du Québec), Santé Canada, <i>Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1997</i> .
Gonorrhée (par 100 000 habitants)	70	Tous les âges, 1996, Santé Canada, totalisations spéciales.
Chlamydia (par 100 000 habitants)	70	Tous les âges, 1996, Santé Canada, totalisations spéciales.
Maladies évitables par la vaccination		
Rougeole (par 100 000 habitants)	69	Tous les âges, 1996, Santé Canada, <i>Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1997</i> .
Coqueluche (par 100 000 habitants)	69	Tous les âges, 1996, Santé Canada, <i>Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1997</i> .
Maladies entériques et toxi-infections alimentaires ou hydriques		
Campylobacter (par 100 000 habitants)	72	Tous les âges, 1996, Santé Canada, Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, <i>Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1998</i> .
Salmonelle (par 100 000 habitants)	72	Tous les âges, 1996, Santé Canada, Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, <i>Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1998</i> .
Giardia (par 100 000 habitants)	72	Tous les âges, 1996, Santé Canada, Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, <i>Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1998</i> .
Hépatite A (par 100 000 habitants)	72	Tous les âges, 1996, Santé Canada, Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, <i>Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1998</i> .
E. coli 0157 (par 100 000 habitants)	72	Tous les âges, 1996, Santé Canada, Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, <i>Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1998</i> .
Cancer (nouveaux cas par 100 000 habitants)		
Femmes	73	Tous les âges, taux estimés, 1998, Institut national du cancer du Canada, <i>Statistiques canadiennes sur le cancer 1998</i> .
Hommes	73	Tous les âges, taux estimés, 1998, Institut national du cancer du Canada, <i>Statistiques canadiennes sur le cancer 1998</i> .

Cancer (décès par 100 000 habitants)		
Femmes	73	Tous les âges, taux estimés, 1998, Institut national du cancer du Canada, <i>Statistiques canadiennes sur le cancer 1998</i> .
Hommes	73	Tous les âges, taux estimés, 1998, Institut national du cancer du Canada, <i>Statistiques canadiennes sur le cancer 1998</i> .
Affections chroniques		
Arthrite ou rhumatisme	68	12 ans et +, ENSP, 1996–1997, pourcentage avec une affection chronique.
Asthme	68	12 ans et +, ENSP, 1996–1997, pourcentage avec une affection chronique.
Maux de dos	68	12 ans et +, ENSP, 1996–1997, pourcentage avec une affection chronique.
Allergies alimentaires	68	12 ans et +, ENSP, 1996–1997, pourcentage avec une affection chronique.
Autres allergies	68	12 ans et +, ENSP, 1996–1997, pourcentage avec une affection chronique.
Décès (par 100 000 habitants)		
Total	82	1996, (normalisé en fonction de l'âge de la population de 1991), <i>Statistique Canada, Indicateurs sur la santé, 1997</i> .
Cancer (tous)	82	1996, (normalisé en fonction de l'âge de la population de 1991), <i>Statistique Canada, Indicateurs sur la santé, 1997</i> .
Cancer du poumon	82	1996, (normalisé en fonction de l'âge de la population de 1991), <i>Statistique Canada, Indicateurs sur la santé, 1997</i> .
Cancer du sein (femmes seulement)	82	1996, (normalisé en fonction de l'âge de la population de 1991), <i>Statistique Canada, Indicateurs sur la santé, 1997</i> .
Maladie cardiovasculaire	82	1996, (normalisé en fonction de l'âge de la population de 1991), <i>Statistique Canada, Indicateurs sur la santé, 1997</i> .
Insuffisance coronarienne	82	1996, (normalisé en fonction de l'âge de la population de 1991), <i>Statistique Canada, Indicateurs sur la santé, 1997</i> .
ACV	82	1996, (normalisé en fonction de l'âge de la population de 1991), <i>Statistique Canada, Indicateurs sur la santé, 1997</i> .
Maladies respiratoires (toutes)	82	1996, (normalisé en fonction de l'âge de la population de 1991), <i>Statistique Canada, Indicateurs sur la santé, 1997</i> .
Pneumonie ou grippe	82	1996, (normalisé en fonction de l'âge de la population de 1991), <i>Statistique Canada, Indicateurs sur la santé, 1997</i> .
Accidents (tous)	82	1996, (normalisé en fonction de l'âge de la population de 1991), <i>Statistique Canada, Indicateurs sur la santé, 1997</i> .
Suicide (tous)	82	1996, (normalisé en fonction de l'âge de la population de 1991), <i>Statistique Canada, Indicateurs sur la santé, 1997</i> .
Mortalité infantile (par 1 000 naissances vivantes)	78	1996, Décès (par 1 000 naissances vivantes), <i>Statistique Canada, Compendium de statistiques sur la santé et l'état civil, 1996</i> .
Taux de mortalité périnatale (par 1 000 naissances)	78	1996, Mortinaissances et décès précoces (moins d'une semaine) (par 1 000 naissances), <i>Statistique Canada, Compendium de statistiques sur la santé et l'état civil, 1996</i> .
Taux de mortalité néonatale précoce (par 1 000 naissances vivantes)	78	1996, Décès (par 1 000 naissances vivantes), <i>Statistique Canada, Compendium de statistiques sur la santé et l'état civil, 1996</i> .
Avortements thérapeutiques (par 100 naissances vivantes)	66	Tous les âges, 1995, <i>Statistique Canada, Avortements thérapeutiques, 1995</i> . Nota : La Nouvelle-Écosse répond aux besoins de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick en offrant ce service.

Années potentielles de vie perdues

Total	83	1996, décès avant l'âge de 70 ans utilisés pour mesurer les années potentielles de vie perdues, Statistique Canada, <i>Indicateurs sur la santé, 1997</i> . Totalisations spéciales. Normalisées en fonction de l'âge, par 100 000 habitants.
Cancer	83	1996, décès avant l'âge de 70 ans utilisés pour mesurer les années potentielles de vie perdues, Statistique Canada, <i>Indicateurs sur la santé, 1997</i> . Totalisations spéciales. Normalisées en fonction de l'âge, par 100 000 habitants.
Accidents	83	1996, décès avant l'âge de 70 ans utilisés pour mesurer les années potentielles de vie perdues, Statistique Canada, <i>Indicateurs sur la santé, 1997</i> . Totalisations spéciales. Normalisées en fonction de l'âge, par 100 000 habitants.
Suicide	83	1996, décès avant l'âge de 70 ans utilisés pour mesurer les années potentielles de vie perdues, Statistique Canada, <i>Indicateurs sur la santé, 1997</i> . Totalisations spéciales. Normalisées en fonction de l'âge, par 100 000 habitants.
Maladies respiratoires	83	1996, décès avant l'âge de 70 ans utilisés pour mesurer les années potentielles de vie perdues, Statistique Canada, <i>Indicateurs sur la santé, 1997</i> . Totalisations spéciales. Normalisées en fonction de l'âge, par 100 000 habitants.
Maladies cardiaques	83	1996, décès avant l'âge de 70 ans utilisés pour mesurer les années potentielles de vie perdues, Statistique Canada, <i>Indicateurs sur la santé, 1997</i> . Totalisations spéciales. Normalisées en fonction de l'âge, par 100 000 habitants.
ACV	83	1996, décès avant l'âge de 70 ans utilisés pour mesurer les années potentielles de vie perdues, Statistique Canada, <i>Indicateurs sur la santé, 1997</i> . Totalisations spéciales. Normalisées en fonction de l'âge, par 100 000 habitants.
Autres	83	1996, décès avant l'âge de 70 ans utilisés pour mesurer les années potentielles de vie perdues, Statistique Canada, <i>Indicateurs sur la santé, 1997</i> . Totalisations spéciales. Normalisées en fonction de l'âge, par 100 000 habitants.

Espérance de vie à la naissance

Total	84	Espérance de vie totale à la naissance, 1996, Statistique Canada, <i>Compendium de statistiques sur la santé et l'état civil, 1996</i> .
Hommes	84	Espérance de vie totale à la naissance, 1996, Statistique Canada, <i>Compendium de statistiques sur la santé et l'état civil, 1996</i> .
Femmes	84	Espérance de vie totale à la naissance, 1996, Statistique Canada, <i>Compendium de statistiques sur la santé et l'état civil, 1996</i> .

Niveau d'instruction

Études secondaires non terminées	5	15 ans et +, 1996, Statistique Canada, <i>Recensement de 1996 : éducation</i> .
Diplôme universitaire	5	15 ans et +, 1996, Statistique Canada, <i>Recensement de 1996 : éducation</i> .

Revenu

Revenu individuel moyen	6	15 ans et +, 1995, Statistique Canada, <i>Recensement de 1996 : sources de revenu</i> .
Personnes à faible revenu (%)	6	Tous les âges, 1995, Statistique Canada, <i>Recensement de 1996 : sources de revenu</i> . Le « faible revenu » désigne les familles économiques et les personnes seules dont le revenu se situe sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada sur la base de 1992. Les familles et personnes seules dont les revenus sont inférieurs à ces limites consacrent plus de 54,7 p. 100 de leur revenu à l'épicerie, au logement et aux vêtements.

Taux de participation à la population active	7	15 ans et +, 1997, Statistique Canada, <i>Statistiques de la population active 1970-1997</i> .
Taux de chômage	7	15 ans et +, 1997, Statistique Canada, <i>Statistiques de la population active 1970-1997</i> .
Travaux ménagers sans rémunération		
Toute quantité	7	15 ans et +, 1996, <i>Statistique Canada, Recensement de 1996 : travail non rémunéré</i> . Temps consacré aux travaux ménagers, aux tâches extérieures ou à l'entretien de la maison non rémunérés, au cours de la semaine précédente, y compris la préparation des repas, les courses, la lessive et l'entretien de la pelouse.
60 heures et plus par semaine	7	15 ans et +, 1996, <i>Statistique Canada, Recensement de 1996 : travail non rémunéré</i> . Temps consacré aux travaux ménagers, aux tâches extérieures ou à l'entretien de la maison non rémunérés, au cours de la semaine précédente, y compris la préparation des repas, les courses, la lessive et l'entretien de la pelouse.
Soins des enfants non rémunérés	32	15 ans et +, 1996, <i>Statistique Canada, Recensement de 1996 : soins non rémunérés</i> . Pourcentage déclarant avoir consacré du temps aux soins des enfants, sans rémunération, au cours de la semaine précédente.
Soins des aînés non rémunérés	32	15 ans et +, 1996, <i>Statistique Canada, Recensement de 1996 : soins non rémunérés</i> . Pourcentage déclarant avoir consacré du temps à prendre soin d'une personne âgée ou plus, sans rémunération, au cours de la semaine précédente.
Fonctionnement familial efficace	31	Parents d'enfants de 0 à 11 ans, <i>Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995</i> . Le fonctionnement familial efficace est défini par une note de 0 à 14 sur une échelle de 12 items, où 35 indique une dysfonction importante.
Approche parentale cohérente	31	Parents d'enfants de 2 à 11 ans, <i>Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995</i> . L'approche parentale cohérente est mesurée par un résultat supérieur à 14,7 sur un total possible de 20.
Interaction positive	31	Parents d'enfants de 2 à 11 ans, <i>Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995</i> . L'interaction positive ou chaleureuse est mesurée par une note supérieure à 13,5 sur un total de 20.
Interdits/Règlements anti-tabac		
Populations visées par les règlements anti-tabac	12	Pourcentage de la population vivant dans des municipalités où des règlements restreignent le tabagisme, 1995, Santé Canada, <i>Règlements anti-tabac au Canada, 1995</i> .
Écoles sans fumée	12	Pourcentage des écoles où il y a interdiction totale (à l'intérieur et à l'extérieur), 1995, Santé Canada, <i>Study of Smoking Policies in Various Settings in Canada, 1995</i> .
Garderies sans fumée	12	Pourcentage des garderies où il y a interdiction totale (à l'intérieur et à l'extérieur), 1995, Santé Canada, <i>Study of Smoking Policies in Various Settings in Canada, 1995</i> .
Établissements de santé sans fumée	12	Pourcentage des établissements de santé où il y a interdiction (à l'intérieur) 1995, Santé Canada, <i>Study of Smoking Policies in Various Settings in Canada, 1995</i> .

Habitudes de santé personnelles		
Fumeur actuel (%)	40	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Fume des cigarettes chaque jour ou à l'occasion.
Buveur régulier (%)	42	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Personnes déclarant boire de l'alcool au moins une fois par mois.
14 verres ou plus par semaine	42	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage de buveurs réguliers déclarant consommer 14 verres ou plus par semaine.
5 verres ou plus par occasion	43	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage de « buveurs actuels » (au moins un verre dans l'année précédente) qui déclarent avoir consommé au moins 5 verres en une occasion ou plus au cours de l'année précédente.
Conduite avec facultés affaiblies (1 fois ou plus)	44	16 ans et +, ENSP, 1996-1997. Personnes qui avaient un permis de conduire et étaient des buveurs actuels ayant déclaré conduire un véhicule après « avoir trop bu ».
Utilisation courante de cannabis	45	15 ans et +, 1994. Ont déclaré avoir utilisé du cannabis au moins une fois au cours de l'année précédente. <i>L'alcool, le tabac et les autres drogues, 1994.</i>
Une drogue illicite ou plus, à vie	45	15 ans et +, 1994. Ont déclaré avoir utilisé du cannabis, de la cocaïne ou du crack, du LSD, des amphétamines ou de l'héroïne au moins une fois dans leur vie. <i>L'alcool, le tabac et les autres drogues, 1994.</i>
Actif sur le plan physique	46	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Niveau d'activité estimé égal ou supérieur à trois kilocalories par kilogramme de poids corporel par jour.
Marche au travail	46	Travailleurs canadiens, 15 ans et +, 1996, Statistique Canada, <i>Recensement de 1996 : mode de transport.</i>
Porte toujours un casque protecteur à vélo	49	Cyclistes, 12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage disant toujours porter un casque protecteur à bicyclette.
Insiste toujours sur le port de la ceinture de sécurité	49	Conducteurs, 16 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage disant toujours insister auprès des passagers pour le port de la ceinture de sécurité.
A pris des mesures pour améliorer sa santé	52	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage déclarant avoir pris certaines mesures pour améliorer leur santé au cours de l'année précédente.
Services de santé		
Vaccin contre la grippe (déjà reçu)	15	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage déclarant avoir déjà reçu un vaccin contre la grippe.
Test de Pap, déjà reçu (18 ans et plus)	16	Femmes de 18 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage déclarant avoir déjà subi un test de Pap.
Mammographie, subie au cours des 2 dernières années (de 50 à 69 ans).	17	ENSP, 1996-1997. Nota : Tient compte uniquement des femmes qui citent l'une des raisons suivantes pour subir une mammographie : examen médical, cancer du sein dans la famille, âge ou thérapie hormonale. (Les femmes citant d'autres raisons ne faisaient pas partie de la catégorie de dépistage par mammographie.)
Test de tension artérielle, année précédente	18	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage déclarant avoir fait vérifier leur tension artérielle au cours des 12 mois précédents.
Test de dépistage du VIH/sida, déjà subi	20	18 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage déclarant avoir subi un test de dépistage du VIH/sida.

Consultations d'un professionnel de la santé (1 ou plus)	19	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage déclarant avoir consulté un professionnel de la santé au moins une fois au cours de l'année précédente.
Consultations d'un médecin (1 ou plus)	19	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage déclarant avoir consulté un médecin au moins une fois au cours de l'année précédente.
Visites chez le dentiste, année précédente	21	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage déclarant avoir visité un dentiste au moins une fois au cours de l'année précédente.
Assurance dentaire	21	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage déclarant détenir une assurance dentaire.
Examen de la vue, année précédente	23	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage déclarant avoir eu au moins un examen de la vue au cours de l'année précédente.
Assurance-verres correcteurs	23	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage déclarant détenir une assurance-verres correcteurs.
Un médicament ou plus, deux derniers jours	24	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage déclarant avoir utilisé un médicament ou plus au cours des deux derniers jours.
Assurance-médicaments sur ordonnance	24	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage déclarant détenir une assurance complète ou partielle par des régimes publics.
Besoins non comblés en matière de santé	25	12 ans et +, ENSP, 1996-1997. Pourcentage déclarant avoir eu besoin de soins ou de conseils de santé au moins en une occasion et ne pas les avoir reçus.
Visites à l'urgence (par 1 000 habitants)	26	Tous les âges, 1995-1996, Institut canadien d'information sur la santé, <i>Base de données sur l'enquête hospitalière annuelle</i> .
Hôpitaux, durée moyenne des séjours	27	Tous les âges, 1995-1996, Institut canadien d'information sur la santé, <i>Base de données sur la morbidité hospitalière</i> .
Dépenses de santé, pourcentage du PIB	29	1996, Institut canadien d'information sur la santé, <i>Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-1998</i> . Nota : Comprend uniquement les dépenses de santé et exclut les dépenses en services sociaux.
Dépenses de santé par habitant (\$)	29	1996, Institut canadien d'information sur la santé, <i>Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-1998</i> . Nota : Comprend uniquement les dépenses de santé et exclut les dépenses en services sociaux.

† Le sujet le plus étroitement lié au *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (1999)* est inscrit. Veuillez noter que les définitions varient dans certains cas.

** ENSP : Enquête nationale sur la santé de la population.



Annexe C

Ouvrages de référence choisis

Le lecteur est prié de consulter les documents clés suivants pour plus de détails. D'autres ouvrages de référence sont également cités dans les notes en fin de chapitre.

Santé de la population et facteurs déterminants de la santé : renseignements généraux

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services, 1994.

Evans, R., M. Barer et T. Marmor (sous la direction de), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, New York, Aldine de Gruyter, 1994.

Forum national sur la santé, *Les déterminants de la santé : Les adultes et les personnes âgées*, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.

Forum national sur la santé, *Les déterminants de la santé : Les cadres et contextes*, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.

Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa, ACSP, 1986.

Programme de développement humain des Nations Unies, *Rapport mondial sur le développement humain 1998*, New York, Oxford University Press, 1998.

Santé et Bien-être social Canada, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services, 1974.

Santé et Bien-être social Canada, *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, 1986.

Statut socio-économique et santé (chapitre 2)

Association canadienne de santé publique, *Les effets des conditions sociales et économiques sur la santé : implications pour les politiques publiques*, document de travail du Conseil d'administration, Ottawa, ACSP, 1997.

Statistique Canada, *La violence familiale au Canada : Profil statistique, 1998*, Ottawa, Statistique Canada, 1998, n° de catalogue 85-224-XIE).

Wilkinson, R., *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, New York, Routledge, 1996.

Sain développement de l'enfant et de l'adolescent (chapitre 3)

Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants canadiens, 1997 et 1998*, Ottawa, CCDS, 1997 et 1998.

Conseil national de la prévention du crime, *Prévenir le crime en investissant dans les familles*, (série de trois publications), Ottawa, Conseil national de la prévention du crime, 1996 et 1997.

Développement des ressources humaines et Statistique Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, novembre 1996, n° de catalogue 89-550-MPF, n° 1.

Forum national sur la santé, *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents*, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.

Guy, K. (sous la direction de), *Notre promesse aux enfants*, Arnprior (ON), The HLR Publishing Group, 1997, distribué par l'Institut canadien de la santé infantile.

Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI*, Ottawa, ICSI, 1994.

McCain, Honorable M.N., Mustard, J.F. *Early Years Study: Final Report*. Toronto: Reference Group on the Early Years, 1999.

Environnement physique et santé (chapitre 4)

Environnement Canada, *Série nationale d'indicateurs environnementaux du Canada*, http://www.ec.gc.ca/natural_f.html

Last, J., T. Guidotti, C. Hertzman, et coll., *Implications of Global Change For Human Health*, Société royale du Canada, 1995.

Last, J., K. Trouton et D. Pengally, *Taking Our Breath Away*, Vancouver, David Suzuki Foundation, 1998.

Organisation mondiale de la santé, *Health and Environment in Sustainable Development: Five Years After the Earth Summit*, Genève, OMS, 1997.

Santé Canada, *La santé et l'environnement : Partenaires pour la vie*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997, no de catalogue H49-112/1997F.

Soins de santé et santé (chapitre 6)

Forum national sur la santé, *Données probantes et information*, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.

Forum national sur la santé, *Le secteur de la santé au Canada et ailleurs*, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.

Biologie et génétique (chapitre 7)

Conseil de recherches médicales du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, août 1998.

Santé Canada, *Nouvelles techniques de reproduction : Fixer des limites et protéger la santé*, juin 1996.



Annexe D

Index de mots clés

Ce court index sert de complément à la Table des matières détaillée. Prière de noter que le contenu de l'index ne tient pas compte du chapitre 8 et des sections Commentaires et Faits saillants.

Activité physique	115, 128, 131
Aînés, et vieillissement	
biologie	165, 166, 167
blessures	19, 23
habitudes de santé personnelles	169
médicaments	150
niveau d'instruction	54, 169
revenu	43, 44, 169
services de soins de santé	145, 168
soutien social	60, 169
Alimentation saine — voir Nutrition	
Allaitement maternel	78
Alphabétisation — voir Scolarité, alphabétisation	
Années potentielles de vie perdues (APVP)	12, 21, 23, 27, 28, 29
Approche parentale	87
Arthrite, rhumatisme	17
Attachement sécurisant	72, 79, 163
Bénévolat, action communautaire	61, 62, 63

Bien-être psychologique	12, 15, 16
Biologie et génétique	159, 160, 162, 163
Blessures	
non intentionnelles	19, 23, 32, 58, 59, 74, 80
Cancer	
enfants	21, 22, 27, 74
dépistage	146, 147
poumon	22
prostate	22
sein	22
Conditions de travail, travail	
sexe	57, 58, 59
Consommation abusive d'alcool et de drogues — voir Consommation d'alcool et de drogues	
Consommation d'alcool et de drogues	
conduite	122, 129
enfants autochtones	124
grossesse	77
jeunesse	122, 124, 129
tendances et taux	121, 122, 131
VIH	18
Décès, cause de	
accident de voiture	23, 121, 122
blessures non intentionnelles	23, 27, 28, 32
cancer	21, 22, 27, 28, 32
homicide	25
maladie cardiovasculaire et ACV	21, 27, 28, 32
mortalité infantile	25, 28, 75
suicide	23, 24, 25, 27, 28, 32
tabagisme	26
Dépression	18, 79
Développement durable	97, 108
Diabète	17
Emploi, chômage	54
sexe	55, 56, 64

Enfance et jeunesse	
bien-être psychologique	83, 90
blessures	19, 74, 80
cancer	74
chômage	57
compétences au niveau affectif et du comportement	81
comportements à risques multiples	128, 129, 131
développement	75, 79, 80, 82, 163, 168
environnement	109
grossesse	78
investissement dans	88, 90
pauvreté, faible revenu	43, 44, 46, 64, 82, 84
services de garde	87
suicide	23, 24, 32
violence	86, 90
Environnement bâti	104, 105, 106, 107, 108, 109
Environnement naturel	98, 99, 100, 101, 102, 103, 108
Environnement physique — voir Environnement naturel, Environnement bâti	
Environnement social	59, 66
Environnement socio-économique	89
— voir aussi Revenu, Faible revenu, Scolarité	
Équipement de sécurité	124, 125, 129
Espérance de vie	12, 26, 27, 28
Maladies chroniques	17, 32, 144
Faible revenu, pauvreté	16, 17, 18, 20, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 40, 43, 44, 45, 47, 51, 52, 53, 54, 60, 63, 65, 75, 84, 85, 102, 146, 152, 163
Familles	
composition	48, 87
familles monoparentales	45, 47, 60, 87
investissement dans	89
niveau de revenu	43, 47, 48, 49, 50, 84
Grossesse, naissance	
consommation de tabac, de drogues	77, 104, 160
jeunes	78

Homicide	25
Immigrants, immigration	26, 53, 85, 116, 120, 148
Indice ou coefficient de Gini	40, 49, 50
Indice de développement humain des Nations Unies	12, 29, 30, 31
Incapacité et limitation des activités	
aînés	164, 165
faible revenu	20, 43
Jeux de hasard	126
Logement, sans-abri	105, 106, 107, 109, 131
Maladie respiratoire	101, 104
Maladies transmises sexuellement	127, 128
Malformations congénitales	161
Maturité scolaire	52, 72, 79
Médicaments	150, 151, 155
Mortalité – voir Décès	
Paiements de transfert du gouvernement et impôt sur revenu	49, 50, 64
Peuples autochtones	31
APVP	27
blessures	23, 74
consommation d'alcool et de drogues	124
éducation	51, 57, 74
espérance de vie	26
faible revenu, pauvreté	47, 50
logement	105
mortalité infantile	25
salubrité alimentaire	102, 103
services de santé	148
Syndrome d'alcoolisme foetal	162
suicide	24
tabagisme	119
VIH	18

Poids	117, 118, 129
Poids à la naissance	76, 77
Relations sexuelles	126, 128, 129
Revenu	43, 49, 63, 64, 65, 66, 116, 130, 144, 148, 149
Saines habitudes alimentaires	117, 129
Santé autoévaluée	12, 14, 15
Santé mentale – voir Bien-être psychologique	
Scolarité, alphabétisation	50
et revenu	51, 52, 53, 54, 64, 65
et sexe	54, 55
Services de santé mentale	149
Services sociaux — voir Services de santé, services sociaux	
Services de santé, services sociaux	
accès et recours	86, 145, 146, 148, 149, 154
besoin d'intégration	66, 87, 109
dépenses	138, 139, 140, 141
qualité des soins	145, 154
Services de santé parallèles	153
Sexe (hommes femmes)	24, 29, 31, 32, 53, 90, 146, 153
Sida, VIH	18, 19, 123, 127, 131
Soins hospitaliers	141, 142, 143, 144
Soins à domicile	144, 145, 154, 155, 166
Stress	57, 161
Suicide	23, 24, 25, 27
sexe	18
Syndrome d'alcoolisme fœtal et Effets	77, 162
Syndrome de mort subite du nourrisson (MSN)	75, 104

Tabagisme	26, 119
fumée secondaire	104, 160
grossesse	77, 104, 160
immigrants	120
jeunes	22, 32, 119, 120, 129, 130
sexe	26, 32, 119, 129
Technologies de reproduction	163, 168
Transport	105
Usage du tabac — voir Tabagisme	
Vaccins, immunisation	80
Vie active — voir Activité physique	
Violence	60, 61, 66, 86, 90

Rétroaction des lecteurs et lectrices

Le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population vous invite à répondre à quelques questions sur le rapport intitulé *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Vos réponses permettront d'obtenir de la rétroaction sur le contenu et l'utilité de ce rapport.

Veuillez retourner le questionnaire à l'adresse suivante :

Section de la recherche et de l'analyse quantitative
Division de la coordination et de l'élaboration des politiques (DGPPS)
Édifice Jeanne-Mance, Pré Tunney (LA 1917C1)
Ottawa (Ontario) K1A 1B4

Évaluation générale du rapport

Pour chacune des questions ci-dessous, inscrivez un X vis-à-vis la réponse *la plus appropriée*.

1. Comment avez-vous obtenu un exemplaire du *Rapport*?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> par la poste dans le cadre de la distribution initiale | <input type="checkbox"/> au travail |
| <input type="checkbox"/> J'ai commandé mon propre exemplaire | <input type="checkbox"/> sur Internet |
| <input type="checkbox"/> autre (préciser) _____ | |

2. Dans quelle mesure avez-vous lu ou parcouru le *Rapport*?

- Je n'ai pas lu le document.
- J'ai parcouru tout le document.
- J'ai parcouru tout le document et lu certains chapitres.
- J'ai lu tout le document.

3. Comment trouvez-vous les aspects suivants du *Rapport*?

a. Longueur

- trop court satisfaisant trop long

b. Niveau de langage (lisibilité)

- trop soutenu satisfaisant trop familier

c. Clarté de l'information technique

- excellente bonne acceptable médiocre

d. Format et organisation

- excellente bonne acceptable médiocre

e. Utilisation de figures/graphiques

- excellente bonne acceptable médiocre

f. Qualité des commentaires

- excellente bonne acceptable médiocre

4. De quelle façon pourrait-on améliorer le *Rapport* (contenu, format, etc.)?

Utilité du Rapport

5. L'un des objectifs du *Rapport* consiste à *faire mieux connaître et comprendre l'état de santé des Canadiens et les facteurs qui influent sur la santé*. Dans l'ensemble, a-t-il réussi à atteindre cet objectif?

- très bien réussi assez bien réussi réussi en partie pas réussi

6. Avez-vous utilisé, ou utiliserez-vous probablement, l'information contenue dans le *Rapport* pour les activités suivantes? (Inscrire un X vis-à-vis *toutes* les réponses appropriées.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> élaboration de politiques | <input type="checkbox"/> activités éducatives |
| <input type="checkbox"/> planification de programme | <input type="checkbox"/> recherche/évaluation |
| <input type="checkbox"/> notes d'information | <input type="checkbox"/> à l'appui de la collaboration intersectorielle |
| <input type="checkbox"/> activités de sensibilisation du public | <input type="checkbox"/> à titre d'information seulement |
| <input type="checkbox"/> autre (préciser) _____ | |

7. Chacune des sections du *Rapport* vous a-t-elle semblé utile? (Pour chacune, inscrire un X vis-à-vis la réponse *la plus appropriée*.)

	Très utile	Un peu utile	Pas utile
Sommaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introduction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
État de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environnement socio-économique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sain développement de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environnement physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habitudes de santé personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biologie et patrimoine génétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conclusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annexe B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Selon vous, quelle incidence le *Rapport* a-t-il eue, ou aura-t-il, sur les groupes ci-dessous? (Inscrire le numéro approprié vis-à-vis *chaque groupe*.)

1 = incidence élevée (*Rapport* très utilisé)

2 = incidence modérée (*Rapport* modérément utilisé)

3 = incidence faible (*Rapport* peu utilisé)

4 = aucune incidence (*Rapport* ni lu ni utilisé)

5 = incertain

___ décideurs en matière de santé au sein du gouvernement

___ décideurs pour les autres secteurs au sein du gouvernement

___ autorités locales ou régionales en matière de santé

___ organisations non gouvernementales (p. ex., bénévoles)

___ fournisseurs de services (p. ex., cliniciens, autres professionnels de la santé, travailleurs sociaux)

___ chercheurs universitaires et chercheurs du domaine de la politique

___ membres du grand public

___ médias

9. Avez-vous un exemplaire du document complémentaire *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (1999)*?

oui non

Dans l'affirmative, quel document trouvez-vous le plus utile?

Pour un avenir en santé

Les deux documents sont utiles.

Rapport statistique

Incertain (n'a pas lu le *Rapport statistique*).

10. Avez-vous d'autres commentaires sur *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, ou des suggestions pour les prochains rapports?

Renseignements sur les lecteurs et lectrices

Pour chacune des questions ci-dessous, inscrivez un X vis-à-vis la réponse *la plus appropriée*.

11. Dans quelle région géographique habitez-vous (p. ex., province, territoire)?

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> T.-N. | <input type="checkbox"/> N.-B. | <input type="checkbox"/> N.-É. | <input type="checkbox"/> Î.-P.-É. | <input type="checkbox"/> Yukon |
| <input type="checkbox"/> Qc | <input type="checkbox"/> Ont. | <input type="checkbox"/> Man. | <input type="checkbox"/> Sask. | |
| <input type="checkbox"/> Alb. | <input type="checkbox"/> C.-B. | <input type="checkbox"/> Nunavut | <input type="checkbox"/> T.-N.-O. | |

12. Dans quel secteur œuvrez-vous le plus?

- | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> santé | <input type="checkbox"/> services sociaux | <input type="checkbox"/> éducation | <input type="checkbox"/> environnement |
| <input type="checkbox"/> logement | <input type="checkbox"/> autre (préciser) _____ | | |

13. À quel groupe appartenez-vous?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gouvernement fédéral | <input type="checkbox"/> université ou institut de recherche en politique |
| <input type="checkbox"/> gouvernement provincial | <input type="checkbox"/> organisations non gouvernementales
(p. ex., bénévoles) |
| <input type="checkbox"/> autorités locales ou régionales | <input type="checkbox"/> fournisseurs de services (p. ex., clinicien) |
| <input type="checkbox"/> bibliothèque | <input type="checkbox"/> médias |
| <input type="checkbox"/> grand public | <input type="checkbox"/> autre (préciser) _____ |

14. Quel est votre poste ou votre rôle au sein de l'organisation où vous œuvrez?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> analyste de politique | <input type="checkbox"/> gestionnaire de programme | <input type="checkbox"/> prestataire de service |
| <input type="checkbox"/> chercheur | <input type="checkbox"/> administrateur | <input type="checkbox"/> membre du conseil |
| <input type="checkbox"/> autre (préciser) _____ | | |

Merci d'avoir rempli ce questionnaire.