



---

# **L'incidence de l'abolition du questionnaire complet de recensement obligatoire sur la santé, l'équité en santé et la santé publique**

---

**Présentation de  
l'Association canadienne de santé publique  
au  
Comité permanent des ressources humaines, du développement des  
compétences, du développement social et de la condition des  
personnes handicapées**

**Le 18 novembre 2010**

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) est un organisme bénévole national, indépendant et sans but lucratif qui représente la santé publique au Canada et entretient des liens avec des organismes homologues à l'étranger. Les membres de l'ACSP croient à la nécessité d'un accès universel et équitable aux services de base nécessaires au maintien de la santé de tous les Canadiens.

La mission de l'Association est de constituer une ressource nationale spécialisée au Canada qui soit en mesure de recommander des améliorations ou des mesures assurant la préservation de la santé personnelle et communautaire, conformément à des principes reconnus de santé publique en matière de prévention des maladies, de promotion et de protection de la santé et de politique publique favorisant la santé.

Copyright © 2010

Association canadienne de santé publique

Autorisation accordée seulement aux fins de reproduction non-commerciale.

Pour obtenir de plus amples renseignements, communiquez avec :  
Association canadienne de santé publique  
400-1565 avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1Z 8R1  
Tél. : 613-725-3769      Téléc. : 613-725-9826  
Courriel : [info@cpha.ca](mailto:info@cpha.ca)      [www.cpha.ca](http://www.cpha.ca)

## Résumé

En juillet 2010, le Cabinet a décidé de remplacer le questionnaire complet de recensement obligatoire par une enquête à participation volontaire. Cette décision aura des conséquences qui se feront sentir pendant de nombreuses années. Elle aura des répercussions sur la validité, la fiabilité, la représentativité et l'utilité des données découlant de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM), laquelle est à participation volontaire. La décision aura également une grande incidence sur la capacité de la communauté de la santé publique du Canada, à tous les niveaux (fédéral, provincial et territorial, et communautaire), de concevoir des réponses efficaces et appropriées pour aborder les facteurs touchant la santé et le bien-être des Canadiens ainsi que pour surveiller et évaluer les répercussions des politiques et des programmes sur la santé de la population du pays.

Des données valides, fiables et représentatives sont essentielles à une prise de décision éclairée dans les secteurs clés ayant la plus grande incidence sur la santé et le bien-être des Canadiens, notamment le logement, l'éducation, le perfectionnement de la main-d'œuvre, l'apprentissage et la garde des jeunes enfants, les services à la personne, et le développement social et économique. À long terme, nous pouvons nous attendre à ce que cette décision contribue à un alourdissement du fardeau global en matière de santé dans notre société, en particulier pour les membres les plus vulnérables et marginalisés de celle-ci. L'absence de données valides entraînera de mauvaises décisions qui auront pour effet de nuire à la capacité du système de santé de répondre aux besoins essentiels de la population. La situation est préoccupante.

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) insiste auprès du Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées afin qu'il prenne immédiatement des mesures pour régler la situation. L'Association propose trois recommandations :

1. rendre l'ENM obligatoire, au moyen d'un mécanisme législatif comme un projet de loi d'initiative parlementaire, avec ou sans sanctions pour la non-conformité;
2. reporter le recensement d'une année afin d'avoir le temps d'examiner et de régler les questions liées à un questionnaire complet de recensement obligatoire;
3. rétablir l'ancien modèle (questionnaire court et obligatoire ou questionnaire long et obligatoire) pour le recensement de 2016, et mener une consultation publique sur les mécanismes permettant de maximiser la conformité.

Le Canada doit agir vite s'il souhaite continuer à recueillir des données exactes et fiables qui sont essentielles à l'élaboration de politiques, de programmes et de services efficaces et appropriés en matière de santé, une tradition qu'il poursuit depuis 35 années.

## L'Association canadienne de santé publique

L'ACSP est le chef de file de la société civile au Canada en matière de santé publique; elle représente les intérêts de la communauté de la santé publique à l'échelle du pays.

L'Association est composée de professionnels de la santé publique dans l'ensemble des provinces et territoires, dont bon nombre travaillent dans les 115 unités de santé publique au pays, où ils fournissent des services de santé publique essentiels aux Canadiens. Les membres de l'ACSP croient à la nécessité d'un accès universel et équitable aux services de base nécessaires au maintien de la santé de tous les Canadiens. À cet égard, l'ACSP préconise des politiques, des stratégies, des pratiques et des programmes publics sains fondés sur des éléments probants permettant de protéger et de favoriser la santé et de prévenir les maladies.

### **Qu'est-ce que la santé publique?**

La santé publique est définie comme « l'art et la science de promouvoir la santé, de prévenir les maladies, de prolonger l'espérance de vie et d'améliorer la qualité de la vie par les efforts soutenus de la société ». Toute « approche axée sur la santé publique » s'appuie sur les principes de la justice sociale, des droits de la personne et de l'équité. Elle cherche à comprendre les déterminants sous-jacents de la santé, du point de vue de la population, et est fondée sur des éléments probants. Le Canada a défini les six fonctions essentielles de la santé publique :

- protection de la santé (p. ex. assurance d'un approvisionnement en eau et en aliments salubres, contrôle des maladies transmissibles et protection contre les menaces environnementales);
- surveillance de la santé (p. ex. détection rapide des épidémies, des tendances des maladies et des cas de maladies, ce qui permet d'intervenir rapidement, et reconnaissance de l'incidence des déterminants de la santé);
- prévention des maladies et des blessures (p. ex. prévention des maladies et des blessures et retard dans l'apparition des maladies– p. ex. grâce à la lutte contre l'obésité, à des mesures législatives sur le port de la ceinture de sécurité et à la lutte contre le tabagisme);
- évaluation de la santé de la population (p. ex. capacité de comprendre la santé des populations ainsi que les facteurs touchant la santé et ceux créant des risques pour celle-ci);
- promotion de la santé (p. ex. compréhension et amélioration de la santé au moyen d'une saine politique sur la santé, d'interventions communautaires et de la participation du public);
- préparation et intervention en cas d'urgence.

Les principaux facteurs qui déterminent la santé des Canadiens ne sont pas les traitements médicaux ou les habitudes de vie. Ce sont plutôt les déterminants sociaux de la santé (les environnements politique, socioéconomique et physique dans lesquels les personnes vivent, travaillent et se divertissent) qui ont la plus grande incidence sur leur santé et leur bien-être. Les recherches révèlent également que la qualité de ces environnements et conditions influençant la santé est fortement liée aux décisions prises par les gouvernements dans divers domaines de santé publique<sup>1</sup>.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que les administrations municipales, créent des politiques, des lois et des règlements qui ont une incidence sur le revenu et la sécurité du revenu des Canadiens, la qualité et la disponibilité des logements abordables, sur la nature, la disponibilité et le caractère approprié des services de santé et des services sociaux de même que sur les possibilités d'instruction et récréatives offertes aux Canadiens. De grands efforts ont été investis dans la surveillance des politiques et des programmes, à l'échelle du Canada et à tous les ordres de gouvernement, qui ont une incidence sur la santé des Canadiens et le degré d'équité en santé dont ils jouissent.

### **Répercussions attendues de l'adoption de l'ENM à participation volontaire**

En juillet 2010, le Cabinet a décidé de remplacer le questionnaire complet de recensement obligatoire par une enquête à participation volontaire. Cette décision n'a pas été prise en s'appuyant sur une étude comparative de l'efficacité relative des enquêtes à participation obligatoire et des enquêtes à participation volontaire, mais plutôt en réponse aux allégations d'une minorité censément petite de Canadiens qui, semble-t-il, estimaient que le processus obligatoire était coercitif et que les questions détaillées constituaient une atteinte à la vie privée. Il est important de retenir qu'aucune donnée de recherche n'a été fournie pour corroborer ces allégations.

Statistique Canada et un large éventail de groupes du secteur des affaires, du secteur sans but lucratif et du milieu universitaire canadiens, ainsi que les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les administrations régionales et municipales, ont cerné un certain nombre de répercussions attendues de l'adoption de la méthode de l'ENM à participation volontaire.

### **1. Perte d'exactitude des données**

Lorsque la participation à une enquête est volontaire, certaines personnes y répondent et d'autres non. Les études démontrent que les personnes ayant un revenu très faible ou très élevé, et les personnes désavantagées sur les plans social et économique, ont des taux de réponse inférieurs quand il s'agit d'une enquête à participation volontaire plutôt qu'à participation obligatoire<sup>2,3</sup>. Les recherches révèlent également que certains groupes, en particulier les plus vulnérables, sont moins susceptibles de répondre que d'autres. Les pauvres, les communautés marginalisées et les immigrants ont tendance à ne pas répondre aux enquêtes à participation volontaire en raison d'obstacles tels que la langue, l'analphabétisme et l'invalidité. Les Premières nations, les Métis et les Inuits sont déjà sous-représentés dans les données du recensement. Une ENM à participation volontaire ne ferait qu'exacerber le problème<sup>4</sup>.

Un biais de non-réponse trop élevé compromettra les résultats de l'enquête. Les données résultantes seront peu utiles aux personnes chargées de prendre des décisions et d'élaborer des plans éclairés à tous les ordres de gouvernement, puisque les politiques et programmes découlant des enquêtes ciblent les groupes susmentionnés.

### **2. Coûts accrus**

L'ENM sera envoyée à environ 4,5 millions de ménages canadiens (1 sur 3), ce qui représente une augmentation de 13 % de la distribution par rapport au questionnaire complet de recensement de 2006. On estime que la mise en œuvre de l'ENM, combinée à la distribution à des ménages additionnels et au budget publicitaire visant à inciter les Canadiens à répondre à l'enquête à participation volontaire, pourrait coûter 30 millions de dollars de plus que l'ancien recensement<sup>5</sup>.

La perte de 35 années d'investissements dans des données continues, normalisées et exactes représente un autre coût important pour le pays. L'adoption de la même méthodologie de collecte statistique a permis une comparaison exacte des données et une analyse très utile des tendances. L'instauration de l'ENM à participation volontaire représentera une rupture permanente dans les données puisque les nouvelles données recueillies au moyen de l'ENM ne seront pas directement comparables aux données plus exactes recueillies précédemment au moyen du questionnaire complet. Par définition, un changement dans la méthodologie de collecte statistique empêche une comparaison statistique directe entre les données réunies avant et après le changement. Le fait de demander à davantage de personnes de remplir le questionnaire de l'ENM ne garantit pas que les données générées seront utilisables ou comparables à celles obtenues au moyen du questionnaire complet de recensement obligatoire<sup>6</sup>. Cela limitera la capacité des statisticiens et des décideurs d'effectuer un suivi précis des tendances socioéconomiques importantes à long terme.

### **3. Détérioration de la responsabilisation et de la prise de décision éclairée**

Statistique Canada s'attend à ce que le taux de participation volontaire à l'ENM atteigne 50 %. Un taux de réponse de 94 % était prévu pour le questionnaire complet de recensement obligatoire de 2011. En raison du taux de réponse inférieur escompté, l'ENM présente un risque élevé de biais de non-réponse<sup>7</sup>. L'adoption d'un recensement à participation volontaire rendra difficile l'évaluation de l'étendue et de la source du biais de non-réponse. Puisque les stratégies d'atténuation de Statistique Canada pour compenser le biais de non-réponse sont

inconnues, la qualité des données risque d'être moindre qu'elle ne le serait si celles-ci avaient été recueillies au moyen du questionnaire complet de recensement obligatoire.

Afin de pouvoir continuer de mener des analyses statistiquement exactes, nous devons être en mesure de générer des données à un niveau géographique plus élevé que celui utilisé pour l'ancien modèle de recensement. L'information recueillie sera inutilisable au niveau local, où les données du recensement sont devenues déterminantes au cours de la dernière décennie pour cibler les ressources au moyen de politiques et de programmes axés sur les dimensions locales. L'incapacité d'effectuer un suivi rigoureux des tendances socioéconomiques et en matière de santé importantes à long-terme ainsi que la disponibilité insuffisante de données locales auront une incidence négative sur la capacité des décideurs de prendre des décisions fondées sur des éléments probants concernant les politiques et les programmes<sup>8</sup>.

L'intégrité des données du questionnaire complet de recensement recueillies par Statistique Canada est primordiale pour veiller à ce que tous les ordres de gouvernement maximisent l'efficacité de leurs affectations de ressources afin de répondre aux besoins des Canadiens. L'absence d'un tel questionnaire aura de graves répercussions sur la capacité des municipalités, des provinces et des territoires, et du gouvernement fédéral lui-même, de cerner avec précision où se trouvent les foyers de pauvreté et les inégalités et, ce qui est encore plus important, de déterminer si les politiques et les programmes, et tous les changements qui y sont apportés, ont une incidence et, le cas échéant, la nature et le degré de celle-ci.

#### 4. Incidence sur la recherche en santé

Le taux de réponse très élevé au questionnaire du recensement lors des années précédentes offre une exactitude inégalée et permet à de nombreuses autres sources importantes de données produites par Statistique Canada de faire l'objet d'une analyse comparative et d'être tirées d'échantillons pondérés de façon appropriée<sup>9</sup>. Le Réseau canadien pour la santé urbaine fait remarquer qu'une grande partie de la recherche indépendante menée dans le domaine de la santé publique s'appuie sur les données du recensement pour établir les bases de sondage et garantir la représentativité de la population<sup>10</sup>.

Même si les praticiens et les chercheurs en santé publique utilisent fréquemment des données générées et recueillies dans le cadre d'enquêtes à participation volontaire, la représentativité de la réponse est habituellement vérifiée par rapport aux données du recensement. Ainsi, l'absence de données fiables découlant du recensement est non seulement une lacune en soi, mais elle a également une incidence sur d'autres activités de collecte de données. De plus, le changement dans la méthodologie influera sur la comparabilité au fil du temps. Les utilisateurs des données ne seront pas en mesure de comparer les données en raison de la rupture entre les anciennes et les nouvelles (à compter de 2011) données.

*Au cours des 15 dernières, j'ai rédigé, publié ou copublié 7 livres, 39 chapitres de livre et 100 articles de journal érudit, dans lesquels j'ai examiné divers aspects de la santé et du bien-être des Canadiens. N'eût été des données fiables et valides recueillies dans le cadre du recensement du Canada et d'enquêtes connexes dont la fiabilité et la validité dépendent des données exactes du recensement, je n'aurais jamais été en mesure de rédiger et de publier ces ouvrages. [Traduction]*

Dennis Raphael, Ph.D., professeur de politiques de santé et de gestion, faculté des sciences de la santé de l'Université York, et récipiendaire du prix « Dean's Award for Research » 2010

### **Des renseignements exacts et valides sont essentiels à la santé publique**

Le modèle de recensement conventionnel a jeté des bases essentielles pour la production de données à partir d'autres enquêtes sur la santé. À titre d'exemple, mentionnons l'intersection entre le modèle du questionnaire complet et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), un outil décisionnel très important en matière de santé publique. Cette base de données essentielle aux unités de santé publique et aux médecins conseils en santé publique du pays sert à planifier et à évaluer les politiques et les programmes dans leurs régions respectives. L'ESCC fonde sa méthode d'échantillonnage sur les données du recensement. Les questions soulevées au sujet de la qualité et de la fiabilité des données de l'ENM sont incontournables puisqu'elles compromettront le cadre d'échantillonnage et, par le fait même, la validité des données qu'il produit. Il en résulterait une prise de décision douteuse attribuable à la mauvaise qualité des données.

L'information réunie et offerte au moyen du questionnaire complet est essentielle pour déterminer la santé de nos collectivités, ainsi que pour concevoir et cibler des programmes et des politiques visant à améliorer la santé et le bien-être des Canadiens, notamment chez les populations les plus vulnérables et à risque. L'adoption de l'ENM est particulièrement préoccupante pour la communauté de la santé publique au Canada. Il est important de compter sur des statistiques exactes afin de déterminer les besoins des collectivités ainsi que de cerner et d'aborder les conditions ayant la plus grande incidence sur les résultats pour la santé de la population, comme le revenu, la sécurité, le logement, l'éducation, les services de garde, le transport, l'emploi, les services de loisirs, les services de soutien et d'aide à l'établissement des immigrants, et les autres services communautaires<sup>11</sup>. Toutefois, comme il est mentionné précédemment, les groupes de population dont la santé et les conditions de vie sont les plus à risque seront sous-représentés dans les données de l'ENM.

*L'absence de renseignements fiables sur des aspects importants de notre société nuira grandement à notre capacité de cerner les sous-groupes de population ayant des besoins particuliers et de cibler des interventions particulières en matière de santé publique.*

[Traduction]

*D<sup>r</sup> Gilles Paradis, rédacteur-réviseur scientifique, La revue canadienne de santé publique*

*Depuis 35 ans, le recensement a fourni des données de grande qualité sur les résidents de notre collectivité. Il constitue la seule source d'information pour de nombreux indicateurs utilisés pour la planification et la prestation de services de santé publique, non seulement dans notre région mais également à l'échelle de la province. En fait, en vertu de la loi provinciale, les conseils de santé locaux doivent utiliser les données du recensement figurant dans le questionnaire détaillé...*

[Traduction]

*D<sup>re</sup> Hazel Lynn, médecin-hygiéniste, circonscription sanitaire de Grey Bruce*

Une approche locale en matière de coordination des services et d'investissement nécessite des profils de données par quartier exacts afin de planifier des démarches stratégiques précises pour le développement communautaire, ainsi que d'établir les priorités futures en matière de prestation de services et d'investissement dans les quartiers<sup>12</sup>. Les données du questionnaire de recensement complet permettent à la communauté de la santé publique d'évaluer l'efficacité des programmes de santé publique, en déterminant si les résultats en matière de santé dans certains secteurs sont meilleurs, pires ou inchangés à la suite d'un investissement ou d'une intervention.

L'adoption d'une ENM à participation volontaire aura une incidence défavorable sur la planification des ressources humaines en santé. En l'absence de données du recensement adéquates, les planificateurs du système de soins de santé ne seront pas en mesure d'élaborer une politique valable pour la formation et le déploiement du personnel de la santé ainsi que pour la surveillance de son efficacité et de sa pertinence à l'échelle nationale, provinciale ou locale<sup>13</sup>.

### **Des renseignements exacts et valides sont essentiels à la réduction des inégalités en matière de santé**

L'administrateur en chef de la santé publique du Canada a formulé un argument percutant pour convaincre les Canadiens d'acquiescer à une compréhension approfondie et précise des conditions qui nuisent à la santé des personnes et des familles désavantagées afin de pouvoir répondre à leurs besoins et régler leurs problèmes de santé<sup>14</sup>. Les données du recensement aident à désigner ces groupes et à établir des priorités dans le but de réduire les inégalités en matière de santé au Canada. Sans données fiables du recensement, nous ne saurons pas de façon aussi précise où se trouvent les foyers de pauvreté et les autres inégalités, et si les changements de politique qui sont apportés ont une incidence et, le cas échéant, la nature de celle-ci. Pourtant, ces Canadiens seront ceux qui seront les plus touchés si les données du recensement ne reflètent plus leur situation et leurs besoins.

Ce document ne présente que quelques-uns des nombreux exemples de l'utilisation des données du questionnaire complet de recensement obligatoire par la communauté de la santé publique au Canada, et de l'importance de ces données pour celle-ci. À titre d'exemple, une étude réalisée à Saskatoon a révélé que les taux de mortalité infantile dans les secteurs défavorisés sont 4 fois plus élevés (448 %) que dans le reste de la ville<sup>15</sup>. À Hamilton, des chercheurs utilisant les données du recensement, croisées avec les dossiers d'hospitalisation et les certificats de décès de l'Ontario, ont découvert une différence de 21 années entre l'âge moyen du décès des résidents de deux quartiers<sup>16</sup>. Bon nombre d'unités de santé publique et de chercheurs du pays ont mené des études semblables afin de renseigner les gouvernements et les membres des collectivités sur la situation qui prévaut dans les différentes régions ainsi que d'établir le fondement pour des discussions sur la façon de répondre à ces importantes questions socioéconomiques et liées à la santé. Les données du recensement constituaient un élément crucial dans l'ensemble de ces études.

*L'information produite dans le cadre du recensement du Canada, notamment au moyen du questionnaire de recensement complet, est essentielle pour appuyer les efforts des praticiens de première ligne de la santé publique et ceux des décideurs dans les services de santé publique visant à cibler les ressources nécessaires en santé d'une façon appropriée, efficace et rentable. [Traduction]*

Debra Lynkowsky, chef de direction, Association canadienne de santé publique

Les données du recensement permettent aux travailleurs de la santé publique de cibler certaines populations de migrants pour des initiatives qui les aideraient tout particulièrement à réduire le risque de certains états pathologiques pour leur santé. Par exemple, le Bureau de santé publique de Toronto offre des cours sur la prévention de la tuberculose dans des quartiers ayant des concentrations élevées d'immigrants provenant de régions où cette maladie est endémique. Les données qui ont été utilisées pour cerner cette situation et qui sont à la base de l'intervention provenaient du recensement. Cette intervention aurait été impossible sans les données générées au moyen du questionnaire de recensement complet.

Les renseignements démographiques détaillés sur les collectivités tirés du recensement sont également utilisés pour cibler les groupes participant aux programmes de santé publique qui ont des besoins particuliers, comme les immigrants et certains groupes ethnoculturels, et pour fournir des services et des ressources aux personnes qui ne parlent aucune des deux langues officielles. Les données du recensement permettent aux travailleurs de la santé publique de fournir des services et des renseignements dans les langues appropriées, que ce soit en cantonais ou en tagal dans un quartier de Vancouver, ou en français dans une collectivité du nord de l'Ontario.

Au Canada, les grandes banques de données administratives sur la santé utilisées pour surveiller l'espérance de vie, l'issue des grossesses, les hospitalisations et les cas de cancer ne renferment pas l'information permettant de déterminer les populations autochtones du pays (ni aucune autre communauté ethnique ou d'immigrants). C'est au moyen du questionnaire de recensement complet que nous sommes en mesure d'établir des rapports sur la mortalité infantile, l'espérance de vie et les causes de décès dans les régions où vivent les Premières nations, les Métis et les Inuits. Sans cette ressource, il serait très difficile de déterminer si nous réalisons des progrès en vue de réduire l'écart important entre la santé des peuples autochtones et celle des autres Canadiens.

### **Des renseignements exacts et valides sont essentiels pour prévoir les besoins liés à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence**

Les données du questionnaire de recensement complet permettent également aux travailleurs de la santé publique de prévoir les endroits et les populations pouvant présenter un risque particulièrement élevé en cas de pandémie, comme les régions où l'on trouve une forte densité de population. À titre d'exemple, un quartier ayant une forte concentration d'appartements de deux chambres où vivent des familles composées de 8 à 10 membres est un endroit où il faut absolument mettre en place une clinique de vaccination en cas d'épidémie, comme celle de la grippe A (H1N1). Le Bureau de santé publique de Toronto signale que pendant la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1) en 2009-2010, les données du recensement ont été essentielles pour cibler les interventions efficaces.

À Montréal, les données détaillées du recensement ont été utilisées pour cibler les messages de promotion de la santé visant les endroits et les populations où le taux de vaccination contre la grippe A (H1N1) était faible. Grâce à ces messages, on a pu réduire en quelques semaines l'écart entre les taux de vaccination des groupes socioéconomiques les plus fortunés et les moins fortunés.

### **Recommandations**

Même si le contenu de l'ENM en ce qui a trait aux questions posées n'est pas très différent de celui du questionnaire de recensement complet obligatoire utilisé de 2006, le passage d'une enquête à participation obligatoire à une enquête à participation volontaire aura une incidence défavorable sur la qualité et l'utilité des données<sup>17</sup>.

*Quant à la question de savoir si l'échange et le regroupement des données recueillies auprès des Canadiens par un éventail d'intervenants dans les provinces et territoires ainsi que dans des sociétés privées à l'échelle du Canada peuvent remplacer les renseignements détaillés que nous obtenons grâce au recensement, notre réponse est la même que celle du statisticien en chef du Canada (qui a maintenant démissionné) à la question de savoir si une enquête à participation volontaire peut remplacer l'enquête à participation obligatoire : non.*

[Traduction]

Dr David L. Mowat, médecin-hygiéniste de la région de Peel, et président du Réseau canadien pour la santé urbaine

Les biais créés par l'abandon du questionnaire de recensement complet au profit d'une enquête à participation volontaire auront de graves répercussions sur la capacité des gouvernements et des collectivités du pays de cerner avec précision où se trouvent les foyers de pauvreté et les inégalités et, ce qui est encore plus important, de déterminer si les politiques et les programmes ont une incidence et, le cas échéant, la nature de celle-ci. À long terme, nous pouvons nous attendre à ce que cette décision contribue à un alourdissement du fardeau global en matière de santé dans notre société, en particulier pour les membres les plus vulnérables et marginalisés de celle-ci. De plus, une mauvaise prise de décision aura des répercussions négatives sur la capacité du système de santé de répondre aux besoins essentiels.

De nombreux groupes représentant le secteur bénévole et les secteurs de la santé, des affaires et de l'éducation, entre autres, se sont prononcés à ce sujet. L'ACSP insiste auprès du Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées afin qu'il prenne immédiatement des mesures afin de régler la situation. L'ACSP propose trois recommandations :

1. rendre l'ENM obligatoire, au moyen d'un mécanisme législatif comme un projet de loi d'initiative parlementaire, avec ou sans sanctions pour la non-conformité;
2. reporter le recensement d'une année afin d'avoir le temps d'examiner et de régler les questions liées à un questionnaire complet de recensement obligatoire;
3. rétablir l'ancien modèle (questionnaire court et obligatoire ou questionnaire long et obligatoire) pour le recensement de 2016, et mener une consultation publique sur les mécanismes permettant de maximiser la conformité.

Une partie des fonds alloués pour encourager les Canadiens à répondre au questionnaire de l'ENM à participation volontaire devraient être réorientés en vue de sensibiliser davantage la population canadienne à l'utilisation des données du recensement et aux mesures en place pour protéger les renseignements personnels.

### **Conclusion**

Le temps presse. Des politiques et programmes communautaires efficaces seront compromis par la mise en œuvre de l'ENM à participation volontaire.

Le remplacement du questionnaire à participation obligatoire par une enquête à participation volontaire nuira également à la recherche, à la planification et à l'élaboration de politiques municipales dans les secteurs clés ayant la plus grande incidence sur la santé des Canadiens, notamment l'éducation, le perfectionnement de la main-d'œuvre, le logement, l'apprentissage et la garde des jeunes enfants, les services à la personne, et le développement social et économique.

Des politiques et programmes communautaires efficaces seront compromis. Par conséquent, les répercussions de ces changements seront ressenties de façon disproportionnée par les personnes qui sont déjà les plus vulnérables, ce qui augmentera les inégalités socioéconomiques et en matière de santé au pays. Des données imprécises entraîneront une mauvaise prise de décisions, laquelle nuira à la capacité du système de santé de répondre rapidement, efficacement et adéquatement aux besoins essentiels, et cette situation est préoccupante.

Comme l'a mentionné Monique Bégin, ancienne ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et membre de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé : « Les inégalités en matière de santé ne sont pas un problème qui concerne uniquement les pauvres. C'est un problème qui nous touche tous, et nous devons élaborer des politiques publiques, faire des choix politiques et prendre des engagements appropriés pour régler ces questions. » [Traduction]

Les membres de l'ACSP prient instamment le Comité de parvenir à une solution juste et équitable protégeant la santé de tous les Canadiens, ne nuisant pas à la capacité des professionnels de la santé publique de prendre de bonnes décisions en fonction de données de qualité et fiables, et s'appuyant sur les principes d'équité, de réciprocité et de respect de la tradition canadienne d'élaboration de politiques fondées sur des éléments probants pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population.

## Références

- <sup>1</sup> MIKKONEN, J., et Raphael D. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University School of Health Policy Management, 2010. [www.thecanadianfacts.org](http://www.thecanadianfacts.org).
- <sup>2</sup> Lettre à l'honorable Tony Clement de la part du ministère de la Formation et des Collèges et Universités de l'Ontario (signée par John Milloy, ministre), ainsi que du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (signée par Line Beauchamp, ministre) et du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec (signé par Julie Boulet, ministre), en date du 27 septembre 2010.
- <sup>3</sup> D<sup>r</sup> MOWAT, David L., au nom du Réseau canadien pour la santé urbaine. Présentation au Comité permanent de l'industrie, des sciences et de la technologie dans le cadre des audiences sur le questionnaire de recensement complet, août 2010.
- <sup>4</sup> YALNIZYAN, A. *The Long and the Short of It: Census and NHS Questions*, <http://www.progressive-economics.ca/2010/10/12/the-long-and-the-short-of-it-census-and-nhs-questions/>.
- <sup>5</sup> *Idem*.
- <sup>6</sup> Ville de Toronto. *Implications of Proposed Changes to Statistics Canada's Census Long Form & Data Collection Model*. Note d'information rédigée par Lydia Fitchko, directrice exécutive intérimaire, Développement social, finances et administration, juillet 2010.
- <sup>7</sup> Statistique Canada. *Enquête nationale auprès des ménages : Qualité des données*, le 20 octobre 2010. <http://www.statcan.gc.ca/survey-enquete/household-menages/nhs-enm-fra.htm>.
- <sup>8</sup> Association canadienne de science économique des affaires. Réponse de l'Association aux changements prévus dans le recensement. Lettre du président de l'Association, Craig Alexander, à l'honorable Tony Clement. <http://www.cabe.ca/jmv1/index.php>.
- <sup>9</sup> Lettre à l'honorable Tony Clement de la part d'Al Hatton, président, United Way Canada/Centraide Canada, et de signataires de 23 organismes commerciaux, syndicaux et sans but lucratif dans les secteurs de la santé et des services sociaux, en date du 19 juillet 2010.
- <sup>10</sup> Réseau canadien pour la santé urbaine. Présentation au Comité permanent de l'industrie, des sciences et de la technologie dans le cadre des audiences sur le questionnaire de recensement complet.
- <sup>11</sup> Répercussions, op. cit.
- <sup>12</sup> *Ibid.*
- <sup>13</sup> Lettre à l'honorable Tony Clement de la part de la D<sup>re</sup> Cathy MacLean, présidente, et du D<sup>r</sup> William Hogg, président, Section des chercheurs, Le Collège des médecins de famille du Canada, le 28 juillet 2010.
- <sup>14</sup> *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités*. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphorsphc-repcacsp/pdf/CPHO-Report-e.pdf>.
- <sup>15</sup> LEMSTRA, M., C. NEUDORF et G. BEAUDIN. Health disparity knowledge and support for intervention in Saskatoon. *La revue canadienne de santé publique*, novembre-décembre 2007, 98(6), p. 484-488.
- <sup>16</sup> D<sup>r</sup> JOHNSTON, Neil et coll. Étude menée bénévolement à Hamilton en collaboration avec le *Hamilton Spectator*, dont les résultats ont été publiés dans l'édition du 25 août 2010 du quotidien.
- <sup>17</sup> LAURIAULT, T.P. 2006 Long Form Census compared to the Proposed National Household Survey. *Datalibre*, octobre 2010. <http://datalibre.ca/2010/10/12/2006-long-form-census-compared-to-the-proposed-national-household-survey/>.

### Citations dans les encadrés

- D<sup>r</sup> RAPHAEL, Dennis. Courriel personnel à l'ACSP, le 5 novembre 2010.
- D<sup>r</sup> PARADIS, Gilles. Des démagogues à la barre, *La revue canadienne de santé publique*, 101(4), juillet-août 2010, p. 272.
- D<sup>re</sup> LYNN, Hazel. Lettre à l'honorable Tony Clement en date du 26 juillet 2010.
- Debra Lynkowski, lettre à l'honorable Michael Chong, président, Comité permanent de l'industrie, des sciences et de la technologie, en date du 28 juillet 2010.
- D<sup>r</sup> MOWAT, David L. Présentation au Comité permanent de l'industrie, des sciences et de la technologie dans le cadre des audiences sur le questionnaire de recensement complet, août 2010.