

Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé : Examen, par l’ACSP, du rapport de l’administrateur en chef de la santé publique sur l’état de la santé publique au Canada 2009

Il est tout à fait pertinent que le deuxième rapport de l’administrateur en chef de la santé publique du Canada, publié à la fin d’octobre 2009, soit axé sur les enfants, qui sont définis comme les personnes de moins de 12 ans¹. Novembre 2009 a marqué le 20^e anniversaire de l’adoption, par l’Assemblée générale des Nations Unies (ONU), de la Convention relative aux droits de l’enfant (CDE) que le Canada a ratifiée en 1991. Le rapport de l’administrateur en chef de la santé publique a précédé la soumission le 20 novembre à l’ONU du rapport du gouvernement du Canada sur la CDE².

Le rapport de l’administrateur en chef de la santé publique utilise une approche basée sur le cycle de vie pour traiter des conséquences à long terme des conditions et facteurs qui influent sur la santé de nos enfants. Il présente de l’information sur l’état de santé des enfants canadiens. Il décrit aussi les initiatives et programmes en vigueur, à l’échelle fédérale, provinciale et territoriale et locale, qui contribuent à promouvoir et à protéger leur santé, ainsi que le grand nombre de politiques, de programmes et d’initiatives spéciales qui constituent une approche complète pour régler les problèmes de santé des enfants.

Comme le rapport l’indique dès le début, la plupart des enfants au Canada sont en santé. Néanmoins, il fait remarquer que les progrès vers un bon état de santé pour tous les enfants ont ralenti. Dans certains cas, lorsqu’on compare les résultats du Canada à ceux d’autres pays à revenu élevé, seuls ceux des États-Unis sont pires. On ne trouve pas non plus dans le rapport d’autres comparaisons internationales, comme celles qui apparaissent dans le bilan de 2008 de l’UNICEF sur la garde et l’éducation des jeunes enfants, qui indiquent que le Canada est arrivé ex aequo en dernière place parmi 25 pays riches, n’atteignant qu’un des dix points de référence établis pour l’accès, la qualité et le financement³.

Le rapport de l’administrateur en chef de la santé publique attire l’attention sur plusieurs tendances inquiétantes :

- en tout temps, environ 15 % des enfants et des jeunes sont atteints de troubles de santé mentale;
- les taux d’obésité chez les enfants augmentent rapidement;
- les taux de maladies non transmissibles, comme l’asthme et le diabète, sont à la hausse;
- bien que le Canada ait réussi dans une certaine mesure à abaisser les taux de blessures pendant l’enfance, les blessures non intentionnelles demeurent la principale cause de décès et d’incapacité chez les jeunes enfants.

Le rapport indique aussi que les enfants autochtones et ceux qui vivent dans des ménages à faible revenu semblent courir plus de risques et être plus vulnérables que d’autres à certains résultats sur le plan de la santé, dont bon nombre dépendent de facteurs qui ne sont pas liés aux services de santé.

¹ Agence de la santé publique du Canada. *L’administrateur en chef de la santé publique : Rapport sur l’état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé*, octobre 2009, téléchargé le 3 novembre 2009 à partir du site <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cphorsphc-respcacsp/cphorsphc-respcacsp03-fra.php>.

² Gouvernement du Canada. *Convention relative aux droits de l’enfant. Troisième et quatrième rapports du Canada couvrant la période de janvier 1998 à décembre 2007*, le 20 novembre 2009, téléchargé le 20 novembre 2009 à partir du site <http://www.pch.gc.ca/pgm/pdp-hrp/docs/pdf/canada3-4-crc-reports-nov2009-fra.pdf>.

³ UNICEF. *La transition en cours dans la garde et l’éducation de l’enfant : Tableau de classement des services de garde et d’éducation des jeunes enfants dans les pays économiquement avancés*, Bilan Innocenti 8, 2008.

Selon le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique, il faut adopter une stratégie basée sur le cycle de vie et prévoyant une intervention dès la petite enfance afin d'atténuer ces « problèmes ». Bien qu'il mentionne rarement les déterminants de la santé comme tels, ce rapport, comme celui de 2008, exhorte les autorités à tenir compte des influences sociales et physiques sur la santé de l'enfant et à prendre des mesures à cet égard. Parmi les influences mentionnées dans le rapport de 2009, on trouve un revenu familial suffisant, la sécurité alimentaire, un logement convenable et l'accès à de l'eau potable saine et à des mesures sanitaires, la salubrité et la sécurité des logements, les milieux scolaires et communautaires sains, les soins et le développement pendant la petite enfance, la protection des mauvais traitements et de la violence et l'accès aux soins de santé primaires. Le rapport propose ensuite une approche intersectorielle afin d'établir des politiques cohérentes et exhaustives qui permettraient de créer un cadre d'action pour s'attaquer à ces influences sociales et physiques.

Ce rapport est une importante et précieuse contribution de la santé publique à l'amélioration de la compréhension des conditions optimales pour assurer la santé et le développement des enfants et il donne de nombreux excellents exemples de politiques, de programmes et d'autres initiatives prometteuses qui semblent fonctionner. Il insiste sur l'adoption d'une perspective à long terme et sur la nécessité d'investir dès maintenant pour prévenir les trajectoires de vie malsaines pour les enfants. Le rapport est loin de compter uniquement sur le système de soins de santé pour venir à bout des expositions malsaines et améliorer les résultats. L'ACSP applaudit l'administrateur en chef de la santé publique pour son engagement personnel, exprimé dans le rapport, à travailler avec ses collègues fédéraux et d'autres secteurs pour promouvoir et élaborer des politiques qui favorisent le développement sain des enfants.

Par contre, une grande partie de l'information contenue dans le rapport n'est pas nouvelle, et les défis, notamment ceux qui sont liés aux inégalités en matière de santé parmi les Premières nations, les Inuits et les Métis et à la pauvreté chez les enfants, ne sont pas nouveaux non plus. Ces faits ont été bien documentés dans de nombreux rapports et études, notamment les rapports périodiques du Canada concernant la CDE.

On décrit les questions et facteurs de santé qui influent sur la santé des peuples autochtones depuis de nombreuses années. On en parle dans plusieurs rapports récents, y compris celui du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations ainsi que dans les documents et rapports documentaires de la Commission des déterminants sociaux de l'OMS⁴. La publication récente des résultats d'une étude internationale sur les questions influant sur la santé des peuples autochtones a mis en lumière les énormes écarts entre la santé et les risques pour la santé des enfants autochtones et ceux des enfants non autochtones au Canada :

- les taux de mort subite du nourrisson chez les membres des Premières nations ayant statut légal en Colombie-Britannique et les Inuits au Nunavik sont de trois à 12 fois plus élevés, respectivement, que ceux des Canadiens qui ne sont pas des Inuits ou des membres de Premières nations;
- le taux d'obésité des enfants des Premières nations vivant dans les réserves s'établit à 36 %, comparativement à 8 % pour l'ensemble des enfants canadiens;
- environ le tiers des enfants autochtones viennent de ménages à faible revenu dont la sécurité alimentaire est une grave préoccupation;
- les enfants autochtones courent un risque beaucoup plus élevé que les enfants non autochtones de subir des blessures, de mourir accidentellement ou de se suicider et

⁴ Organisation mondiale de la santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 2008.

- les données vitales sur l'enregistrement, l'utilisation des soins de santé et la surveillance sont presque non existantes pour les enfants de Premières nations sans statut légal, des Métisses ou de populations autochtones vivant en milieu urbain⁵.

Ce dernier point est particulièrement inquiétant, car il révèle que le Canada est incapable d'évaluer avec précision l'état de santé de ses peuples autochtones. En effet, le manque de données sur les peuples autochtones sans statut légal, les Métis et les Autochtones en milieu urbain rend cette population « invisible ».

En ce qui concerne la pauvreté chez les enfants, nous en parlons depuis des décennies. En 1989, la Chambre des communes a voté à l'unanimité en faveur de l'adoption d'une résolution, quoique non contraignante, visant à mettre fin à la pauvreté chez les enfants au Canada d'ici l'an 2000. Nous n'avons pas atteint ce but. Les statistiques les plus récentes du gouvernement fédéral indiquent qu'en 2007, avant la récession, 637 000 enfants, ou 9,5 % de tous les enfants au Canada vivaient dans la pauvreté. Le taux de pauvreté des enfants a servi à nourrir les chicanes de chiffres plutôt qu'à inciter les parties intéressées à passer à l'action. Le rapport du gouvernement du Canada sur la CDE prétendait que le pourcentage d'enfants faisant partie de familles à faible revenu était tombé d'un sommet de 19 % en 1996 à 13 % en 2004. Ceci contraste avec l'information statistique publiée par Campagne 2000, qui indiquait qu'entre 1989 et 2008, le taux de pauvreté des enfants avait atteint un sommet de presque 25 % en 1996 avant de tomber à peu près au même taux de 15,8 % en 2008⁶. Ce qui semble clair, c'est que le nombre d'enfants vivant dans la pauvreté a probablement augmenté étant donné que plus d'un demi-million de Canadiens ont perdu leur emploi au cours des douze derniers mois. L'impact que cela aura sur la santé des enfants deviendra évident dans les années à venir.

Nous devrions aussi tenir compte et atténuer l'effet des conditions et facteurs qui influent sur le degré « d'usure de la vie quotidienne » et son impact sur la santé des enfants. L'inégalité sociale et les gradients de santé existent étant donné que les personnes défavorisées sur le plan économique s'en tirent moins bien, non seulement parce qu'elles doivent relever plus de défis, mais aussi parce qu'elles ont moins d'« amortisseurs » pour atténuer l'effet de cette usure qu'engendrent la survie et la vie quotidiennes⁷. La Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS a aussi insisté sur ce fait dans sa première recommandation visant à améliorer les conditions de la vie quotidienne. C'est sur ce plan que le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique n'est peut-être pas aussi solide qu'il aurait pu l'être, car bien qu'il propose effectivement quatre domaines généraux dans lesquels « nous pouvons faire plus », il en traite à des niveaux extrêmement élevés. Le rapport aurait contribué davantage aux efforts en cours s'il avait analysé un peu plus quelques-uns des principaux facteurs qui influent sur la santé des enfants et s'il était allé au-delà des appels réconfortants aux mesures « d'éducation et de sensibilisation », aux « milieux sains et stimulants » et aux « stratégies concertées » pour proposer quelques mesures stratégiques spécifiques, et audacieuses.

Par exemple, nous savons que le taux de participation au marché du travail des femmes ayant des enfants a augmenté de façon considérable au cours des 25 dernières années au Canada. En 2005, 76 % des mères dont le plus jeune enfant était âgé de trois à cinq ans faisaient partie de la population active rémunérée. Lorsqu'on le compare à celui d'autres pays de l'OCDE, le taux d'activité des femmes sur le marché du travail est élevé au Canada. La charge de travail des mères actives est double dans la société puisqu'elles doivent relever le difficile défi de la conciliation entre le travail et les responsabilités familiales. Bon nombre de ces femmes représentent des ménages à revenu unique. La proportion de familles monoparentales au

⁵ Janet Smylie et Paul Adomako (éditeurs). *Indigenous Children's Health Report: Health Assessment in Action*, 2009. Site Web : http://www.stmichaelshospital.com/pdf/crich/ichr_report.pdf.

⁶ Campagne 2000, *Rapport 2008 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada*, site Web <http://www.campaign2000.ca/reportCards/national/2008FrenchNationalReportCard.pdf>.

⁷ Peter A. Hall et Michèle Lamont. « The wear and tear of our daily lives », *Globe & Mail*, le 16 novembre 2009, page A-17.

Canada, dont la plupart sont dirigées par des femmes, a doublé pour s'établir à 11 % au cours des trois dernières décennies. Comme l'a souligné John Myles, titulaire d'une chaire de recherche du Canada et professeur au Département de sociologie et à l'École de politique publique et de gouvernance de l'Université de Toronto, les parents qui deviennent des parents seuls perdent les économies d'échelle liées à un partenariat, ainsi que l'assurance d'avoir un deuxième revenu possible. Parmi toutes les familles vivant dans la pauvreté, plus de 40 % sont dirigées par un parent seul⁸. La question à aborder ici concerne les « milieux de soutien », et plus particulièrement les politiques et programmes relatifs au marché du travail.

Le défi consiste à mettre en place les politiques, programmes et partenariats intersectoriels qui favoriseront et renforceront la capacité des individus, des ménages et des communautés, ainsi que de tous les ordres de gouvernement, de prendre des mesures pour amener des changements pour les enfants et leurs familles. Ce qu'il faut faire, et rapidement, c'est renforcer les politiques et programmes relatifs au marché du travail qui consolideront les revenus des ménages et réduiront les iniquités actuelles en ce qui concerne les gains. Nous avons besoin de politiques gouvernementales en matière de fiscalité et de transfert qui redistribuent le revenu et le soutien en faveur des salariés à faible revenu et qui augmentent le soutien national sous forme de prestations pour enfants, notamment à l'intention des ménages monoparentaux et à faible revenu. Nous avons besoin de programmes améliorés et étendus de garde d'enfants et de développement du jeune enfant. Nous devons aussi supprimer le besoin de banques alimentaires et de maisons d'hébergement pour les sans-abri.

En outre, le gouvernement fédéral doit, malgré ses investissements accrus des dernières années dans les services et programmes sociaux et de santé à l'intention des Autochtones, s'assurer, comme l'indique le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique, que des données et de l'information sur la santé de tous les peuples autochtones sont disponibles et complètes. Il doit aussi collaborer étroitement avec les communautés autochtones, où qu'elles soient situées, pour concevoir et favoriser les interventions, sous forme de politiques et de programmes, qui sont nécessaires pour atténuer les problèmes ayant un effet sur la santé de tous les peuples autochtones, et pour en évaluer l'efficacité.

Comme Maxwell Yalden, ancien commissaire aux langues officielles et commissaire en chef de la Commission canadienne des droits de la personne, l'a déclaré dans le livre qu'il a récemment publié, le Canada est un des rares pays caractérisés par un degré élevé de protection des droits de la personne⁹. Dans son livre, M. Yalden ajoute que nos gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ne peuvent pas se défilier des engagements qu'ils ont pris en ce qui concerne les droits de la personne. Le Canada doit aller de l'avant pour remplir les promesses qu'il a faites afin de garantir l'égalité des droits de ses enfants et, en fait, de toutes les personnes vivant au Canada.

⁸ « Ending child poverty: a promise unfulfilled », *Globe and Mail*, le 23 novembre 2009, p. A-3.

⁹ Maxwell Yalden. *Transforming Rights: Reflections from the Front Lines*, University of Toronto Press, 2009.