

# Améliorer la santé par une transformation des politiques publiques

Reproduit d'*En faisons-nous assez?*, par la Société canadienne de pédiatrie



English on page 692

En qualité de défenseur de la santé des enfants et des adolescents, la Société canadienne de pédiatrie (SCP) consacre beaucoup de temps à dépister des approches probantes à l'égard de problèmes de santé cruciaux. Cette priorité s'est révélée très utile pour améliorer la pratique clinique. Cependant, pour assurer le bien-être à long terme des enfants et des adolescents, il faut adopter la perspective plus large de la santé des populations. Dans l'édition 2009 d'*En faisons-nous assez? Un rapport de la situation des politiques publiques canadiennes et de la santé des enfants et des adolescents* (1), la SCP examine les questions de la promotion de la santé et de la prévention primaire par la loupe des déterminants sociaux de la santé. Le revenu et le statut social, l'éducation, le logement, le développement de la petite enfance et le statut culturel jouent tous un rôle beaucoup plus important dans la santé des enfants et des adolescents que n'importe quels services de santé que nous sommes en mesure de leur fournir. Les qualités de chef des gouvernements ont eu des répercussions impressionnantes sur des enjeux comme la vaccination, le contrôle du tabagisme et le caractère sécuritaire des ceintures de sécurité. La SCP invite tous les gouvernements à agir compte tenu de politiques et d'interventions probantes afin de s'attaquer aux enjeux fondamentaux qui déterminent une bonne santé. Parmi ces enjeux, la disparité de revenus figure en première place.

**La pauvreté chez les enfants :** Les enfants et les adolescents pauvres ne sont pas en aussi bonne santé et ils présentent des taux de mortalité infantile et une espérance de vie plus courte que les autres. Cette affirmation peut sembler évidente, mais elle a récemment fait l'objet de nombreuses recherches, et la conclusion est irréfutable. Les différences de statut socioéconomique familial sont la principale cause de disparités en matière de santé chez les enfants et les adolescents canadiens. Les enfants des nouveaux immigrants et les enfants autochtones y sont particulièrement vulnérables, et ils sont beaucoup plus susceptibles de grandir dans une famille pauvre (2). D'après le *Health Officers Council of British Columbia*, de tous les secteurs de dépenses visant à réduire l'inégalité en santé, aucun n'est plus important que la sécurité du revenu et les mesures pour réduire la pauvreté dans la province (3).

À part l'impératif moral, il est logique sur le plan économique de vouloir se pencher sur la pauvreté chez les enfants. Les quartiers les plus pauvres font deux fois plus appel aux services de santé que les plus riches (3). Le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada souligne ce qui suit à l'égard des programmes de développement de la petite enfance : « ... 1 \$ investi pendant la petite enfance permet des économies ultérieures de 3 \$ à 9 \$ pour les systèmes de santé et de justice pénale ainsi que pour l'assistance sociale. » (4)

Des efforts ont été consentis au Canada par l'adoption du programme national de prestation fiscale pour enfants et d'autres mesures fiscales, mais ils ne suffisent pas. On n'a constaté qu'une légère réduction du nombre d'enfants qui vivent dans la pauvreté

depuis 20 ans (5). Des stratégies plus complètes qui tirent profit de tous les leviers en matière de réglementation et de programmes s'imposent pour réduire à la fois la pauvreté chez les enfants au Canada et les répercussions de la pauvreté sur les chances d'épanouissement des enfants et des adolescents. Ces mesures comprennent, sans s'y limiter, les programmes de sécurité du revenu, la formation au milieu du travail, le soutien à l'emploi adapté pour les groupes vulnérables, des politiques sur le salaire minimum, des normes du travail, des programmes de règlement, l'accès à des milieux de garde de qualité et à l'apprentissage de la petite enfance, un logement abordable et des assurances pour les médicaments, la dentition et la vision aux familles à faible revenu.

Les lois et les politiques publiques ont le pouvoir de sauver de jeunes vies et d'assurer le soutien nécessaire pour permettre aux enfants et aux adolescents de réaliser leur potentiel. En Suède, la distribution de la richesse et les politiques en matière de milieux de garde garantissent des taux de pauvreté peu élevés chez les enfants. Les récents efforts déployés au Royaume-Uni ont entraîné des progrès considérables pour réduire la pauvreté (6). La SCP est d'avis que tous les enfants et les adolescents méritent les mêmes possibilités pour réussir dans la vie.

Les progrès réalisés relativement aux enjeux soulevés dans nos deux derniers rapports étaient mitigés. Bien que des gains importants aient été constatés à certains égards, le mouvement est beaucoup plus lent, sinon nul, à d'autres.

**Le tabagisme :** Les efforts du Canada en matière d'abandon du tabac continuent de porter ses fruits. Le taux de tabagisme chez les adolescents continue de fléchir et a atteint un creux jamais égalé de 15 % chez les jeunes de 15 à 19 ans en 2008 (7). Parallèlement, de trois à quatre fois plus d'adolescents autochtones que d'adolescents canadiens continuent de fumer (8). Le taux d'enfants et d'adolescents de familles à faible revenu qui fument est également plus élevé que celui de la moyenne nationale (9). Quatre provinces canadiennes ont récemment adopté des lois contre le tabagisme dans les voitures où se trouvent des enfants, et d'autres l'envisagent (10). De plus, une toute nouvelle loi fédérale modifie la *Loi sur le tabac* pour finalement interdire toutes les publicités sur le tabac dans les magazines et les journaux. Elle interdit également la vente de cigarillos aromatisés et de petits emballages de ces produits.

**La santé mentale :** Il n'existe toujours pas de démarche détaillée pour se pencher sur la santé mentale chez les enfants et les adolescents du pays. Des travaux sont en cours pour mettre au point une stratégie nationale en santé mentale, y compris un volet axé sur les enfants et les adolescents, mais de nombreuses provinces et de nombreux territoires ne se sont pas dotés d'un plan d'intervention en santé mentale. Là où ces plans existent, l'accès aux services de santé mentale est insuffisant et parfois même en régression. Tant le dépistage que le traitement des troubles de santé mentale continuent de poser de graves problèmes, car les trois

Correspondance : Société canadienne de pédiatrie, 2305, boulevard St Laurent, Ottawa (Ontario) K1G 4J8, téléphone : 613-526-9397, télécopieur : 613-526-3332, Internet : [www.cps.ca](http://www.cps.ca), [www.soinsdenosenfants.cps.ca](http://www.soinsdenosenfants.cps.ca)

quarts des enfants et des adolescents qui ont besoin de traitements spécialisés ne les reçoivent pas (11). Environ 70 % des maladies mentales trouvent leur origine pendant l'enfance ou l'adolescence, ce qui amplifie l'importance d'une surveillance, d'une prévention et d'un traitement précoces pour en réduire les conséquences possibles sur toute la vie (11).

**Les blessures :** Les blessures non intentionnelles demeurent la principale cause de décès chez les enfants et les adolescents du Canada, mais aucune stratégie nationale cohésive de prévention des blessures ne se profile encore à l'horizon. Il s'agit d'un cas évident d'inaction devant des données convaincantes. Des lois rigoureuses préviennent les blessures et sauvent des vies. D'après une analyse de données réalisée sur une période de dix ans, les taux d'hospitalisation et de décès ont chuté de près du tiers, en partie grâce à des modifications à l'usage du casque de vélo et à l'adoption de lois sur le port de ce casque dans six provinces pendant cette période (12). Dans les provinces où des lois sur le port du casque de vélo sont en vigueur, le nombre de blessures a diminué de 25 % (13). Pourtant, on continue de disposer d'un méli-mélo de lois inégales et parfois même contradictoires, qui met la sécurité des enfants et des adolescents en péril.

Certains enfants sont plus vulnérables aux blessures. En effet, les recherches démontrent que les enfants qui vivent dans la pauvreté présentent un plus fort taux de décès causés par des blessures non intentionnelles que ceux qui ne vivent pas dans ces conditions (14). Parmi les populations des Premières nations, les blessures constituent l'une des principales causes de décès, et de loin la principale source potentielle d'années de vie perdues, soit près de 3,5 fois la moyenne nationale (15).

**Les effectifs pédiatriques :** Les besoins de santé des enfants et des adolescents sont uniques et complexes. Aucun professionnel de la santé ne peut tous les respecter à lui seul. Un engagement envers une démarche coordonnée d'équipe, composée de médecins de famille, de pédiatres, de psychiatres pour enfants et pour adolescents, d'infirmières et d'autres spécialistes qui travaillent ensemble,

est essentiel pour dispenser des soins de qualité aux jeunes (16). La SCP continue de sonner l'alarme au sujet de la pénurie imminente de pédiatres. À l'instar des autres professionnels de la santé, les pédiatres prennent leur retraite à un rythme croissant, et le nombre de médecins qui les remplacent est insuffisant. Aucun territoire de compétence n'a encore élaboré un plan à cet égard, ce qui compromet la santé future des enfants et des adolescents.

**Les droits des enfants :** Au printemps 2010, le Canada célébrera le vingtième anniversaire de la signature de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. En mai 1990, le Canada a convenu des besoins particuliers des enfants et des adolescents et a accepté de protéger leurs droits. Malheureusement, il n'y a pas de commissaire canadien à l'enfance et à l'adolescence ou d'autre mécanisme indépendant en place pour faire respecter cet engagement. La plupart des provinces (mais aucun des territoires) sont maintenant dotées de défenseurs à l'enfance et à l'adolescence, mais bon nombre ne se penchent que sur les enfants et les adolescents sous la tutelle de la province. Leur mandat limité et leur manque d'indépendance nuisent à leur pouvoir de protéger les droits uniques de tous les enfants et les adolescents.

## L'ENGAGEMENT DE LA SCP

L'édition 2009 d'*En faisons-nous assez? Un rapport de la situation des politiques publiques canadiennes et de la santé des enfants et des adolescents* soulève plusieurs secteurs d'inquiétude. La SCP espère qu'elle incitera les gouvernements à assumer leurs responsabilités envers les enfants et les adolescents et qu'il sera utile à d'autres défenseurs. Nous aspirons au jour où toutes les politiques et tous les programmes qui touchent les enfants et les adolescents seront automatiquement revus par un organisme indépendant conçu pour défendre les droits de nos jeunes. Entre-temps, nous souhaitons que les législateurs prennent au sérieux les enjeux soulevés par les pédiatres canadiens. Nous nous engageons à travailler avec tous les Canadiens à améliorer la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. Nous en faisons la promesse.

## RÉFÉRENCES

- Société canadienne de pédiatrie (2009). *En faisons-nous assez? Un rapport de la situation des politiques publiques canadiennes et de la santé des enfants et des adolescents*. Ottawa: Société canadienne de pédiatrie. Accessible à l'adresse [www.cps.ca](http://www.cps.ca).
- Campagne 2000. Rapport 2008 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada. Consulté le 13 novembre 2009, à l'adresse [www.campaign2000.ca/reportCards/national/2008FrenchNationalReportCard.pdf](http://www.campaign2000.ca/reportCards/national/2008FrenchNationalReportCard.pdf).
- Health Officers Council of BC. *Health Inequities in British Columbia: Discussion Paper*, November 2008. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse [www.bchealthyliving.ca/files/HOC\\_Inequities\\_Report.pdf](http://www.bchealthyliving.ca/files/HOC_Inequities_Report.pdf).
- Grunewald R et Rolnick A (2005), cités en page 71 du Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2008 de l'administrateur en chef de la santé publique de l'Agence de la santé publique du Canada. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/index-fra.php).
- Campagne 2000. Rapport 2009 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada : 1989-2009. Copie sous embargo consultée le 10 novembre 2009, accessible à l'adresse [www.campaign2000.ca/french/rapports.html](http://www.campaign2000.ca/french/rapports.html).
- Lemstra M, Neudorf C. *Health Disparity in Saskatoon: analysis to intervention*, Saskatoon: Saskatoon Health Region; 2008.
- Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada 2006. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse [www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc\\_2006-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2006-fra.php).
- Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis. *L'usage et le mésusage du tabac chez les autochtones – mise à jour 2006*. *Paediatr Child Health* 2006;11(10):687-92. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse [www.cps.ca/francais/enonces/II/FNIH06-01.htm](http://www.cps.ca/francais/enonces/II/FNIH06-01.htm).
- Pomerleau J, Pederson LL, Østbye T, Speechley M, Speechley KN. Health behaviours and socio-economic status in Ontario, Canada. *Eur J Epidemiol* 1997;13(6):613-622.
- Presse canadienne, juin 2008.
- Commission de la santé mentale du Canada. *Vers le rétablissement et le bien être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, janvier 2009. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse [https://mentalhealthcommission.dialoguecircles.com/adx/aspx/adxgetmedia.aspx?MediaID=3067&Filename=Mental\\_Health\\_FR.pdf](https://mentalhealthcommission.dialoguecircles.com/adx/aspx/adxgetmedia.aspx?MediaID=3067&Filename=Mental_Health_FR.pdf).
- SécuritéJeunes Canada. *Analyse des blessures non intentionnelles chez les enfants et les adolescents : 1994-2003, sur une période de dix ans*, juillet 2007. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse [www.safekidsCanada.ca/SKCFForPartnersFR/custom/NationalReportUpdatedFR.pdf](http://www.safekidsCanada.ca/SKCFForPartnersFR/custom/NationalReportUpdatedFR.pdf).
- Macpherson A, Spinks A. Bicycle helmet legislation for the uptake of helmet use and prevention of head injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, numéro 2. Art. n° CD005401. DOI: 0.1002/14651858.CD005401.pub2.
- Birken CS, Parkin PC, Macarther C. Trends in rates of death from unintentional injury among Canadian children in urban areas: influence of socioeconomic status. *CMAJ* 2006; 175(8):867.
- Santé Canada. *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Utilisation des services de santé dans l'Ouest canadien*, 2000. Juin 2009. Consulté le 13 novembre 2009, à l'adresse [www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborigautoch/2009-stats-profi-l-vol2/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborigautoch/2009-stats-profi-l-vol2/index-fra.php).
- Société canadienne de pédiatrie. *Un modèle de la pédiatrie : Repenser les soins de santé pour les enfants et les adolescents*, *Paediatr Child Health* 2009;14(5): 326-32. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse [www.cps.ca/francais/enonces/HR/CPS09-01.htm](http://www.cps.ca/francais/enonces/HR/CPS09-01.htm).