

Recommandations de l'AMC pour mettre en œuvre des stratégies efficaces de réduction de la pauvreté

Mémoire présenté au Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées de la Chambre des communes

Mémoire de l'AMC

L'Association médicale canadienne (AMC), fondée en 1867, est le porte-parole national des médecins du Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mission d'aider les médecins à prendre soin des patients.

L'AMC joue un vaste éventail de rôles pour ses quelque 85 000 membres, ainsi que pour la population canadienne. Ses rôles clés consistent notamment à préconiser la santé et la prévention des maladies et des blessures, à promouvoir l'accès à des soins de santé de qualité, à faciliter le changement dans la profession médicale et à guider et orienter les médecins pour les aider à agir sur les changements de la prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est une organisation professionnelle à participation volontaire qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 associations médicales provinciales et territoriales et plus de 60 organisations médicales nationales.

Introduction

L'Association médicale canadienne se réjouit de pouvoir présenter ses idées dans le cadre de l'étude sur les stratégies de réduction de la pauvreté menée par le Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées de la Chambre des communes.

L'étude du Comité vise avant tout à améliorer la prestation des ressources et des services fédéraux affectés à la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté, ce qui intéresse profondément l'AMC étant donné nos préoccupations au sujet de la nécessité d'aborder les déterminants sociaux de la santé. C'est dans cette optique que nous abordons les domaines d'intérêt du Comité dans la présente communication.

Déterminants sociaux de la santé

La pauvreté a, sur la santé, des conséquences bien établies qui comprennent une réduction de l'espérance de vie, un fardeau morbide alourdi et un état de santé général moins bon. Les recherches indiquent que la biologie et la génétique déterminent 15 % de la santé de la population, les environnements physiques, 10 %, les interventions du système de santé, 25 %, et que notre environnement social et économique en détermine 50 %¹. Beaucoup d'études montrent que les personnes qui se trouvent au bas de l'échelle socioéconomique sont susceptibles de porter un fardeau plus lourd à cause d'à peu près n'importe quelle maladie².

Tous les gouvernements du Canada devraient viser dans l'ensemble à réduire les inégalités et à améliorer ainsi la santé de la population.

Le coût du mauvais état de santé pour la société dépasse ce qu'il en coûte au système de soins de santé : des personnes en meilleure santé perdent moins de jours de travail et contribuent à la productivité de l'économie dans son ensemble³. Les habitants des quartiers les plus désavantagés vivent presque 20 ans de moins sans incapacité. Il est essentiel que l'effet de la santé sur les décisions sociales et économiques fasse partie du processus d'élaboration et de prise de décision en matière de politiques.

Recommandation

¹ Keon, W. J.; Pépin, L. (2008) Politiques sur la santé de la population : enjeux et options. Ottawa : Le Sénat du Canada; 2008.

Accessible ici : <https://sencanada.ca/content/sen/Committee/392/soci/rep/rep10apr08-f.pdf>.

² *Op. cit.* Dunn, J. R. The Health Determinants Partnership Making Connections Project.

³ Munro, D. Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits: The Case for Business Action on the SocioEconomic Determinants of Health. Le Conference Board of Canada, Ottawa (Ont.); 2008.

1. L'AMC recommande que des évaluations des incidences sur la santé fassent partie du processus d'élaboration et de prise de décision en matière de politiques portant sur les stratégies de réduction de la pauvreté, y compris l'élaboration de lois et de règlements.

Quartiers et logements

Des éléments de preuve de plus en plus nombreux indiquent que l'environnement bâti peut avoir un effet important sur notre état de santé. Les publications indiquent qu'il est possible d'établir les liens suivants entre l'environnement bâti et la santé publique :

- o diminution de l'activité physique;
- o prévalence accrue de l'obésité;
- o prévalence accrue de l'asthme et d'autres affections respiratoires;
- o traumatismes et décès non intentionnels;
- o exposition à la chaleur⁴.

Les directives canadiennes sur l'activité physique recommandent que les enfants de 5 à 11 ans fassent de l'activité pendant au moins 60 minutes par jour et ajoutent que les personnes de 18 ans et plus devraient en faire au moins 150 minutes par semaine⁵. L'activité physique inclut toutefois plus que simplement l'exercice et les activités de loisir : elle inclut aussi le transport actif comme marcher pour se rendre à l'école, au travail ou faire des courses dans le cadre de la vie quotidienne. Dans sa politique sur le transport actif, l'AMC recommande que tous les secteurs (médecins et autres professionnels de la santé, secteur public, milieux d'affaires et population) conjuguent leurs efforts en toute priorité pour appuyer et encourager le transport actif et l'activité physique⁶. Les urbanistes doivent conjuguer leurs efforts avec ceux des professionnels de la santé pour en comprendre l'effet sur la santé.

Les recherches révèlent que des groupes en particulier, comme les enfants, les personnes âgées et les personnes à faible revenu, sont touchés davantage.

Enfants : L'obésité est un problème pour l'ensemble de la population canadienne, mais en particulier pour les enfants. Entre 1978 et 2004, le nombre d'enfants de 12 à 17 ans obèses et en surpoids a augmenté de 70 %⁷. L'obésité chez les enfants peut causer des problèmes de santé comme l'hypertension, l'intolérance au glucose et des

⁴ Frank, L.; Kavage, S.; et Devlin, A. (2012). Health and the Built Environment: A Review. L'Association médicale mondiale.

⁵ Société canadienne de physiologie de l'exercice. (2011). Directives en matière d'activités physiques. Société canadienne de physiologie de l'exercice.

⁶ Association médicale canadienne. Politique PD09-04 Transport actif. (2009). Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD09-04f.pdf>.

⁷ Statistique Canada. (Le 28 juin 2006). L'obésité chez les jeunes : une situation préoccupante. Accessible ici : http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2006/2966/ceb2966_004-fra.htm (consulté le 15 juillet 2012).

complications orthopédiques⁸. L'obésité a, de plus, de fortes chances de persister jusqu'à l'âge adulte et peut causer d'autres problèmes de santé comme le diabète et les cardiopathies⁹. Les environnements propices à l'activité physique sont particulièrement importants, ce qui inclut des collectivités polyvalentes offrant des destinations, des parcs et des installations récréatives qu'il est possible d'atteindre à pied¹⁰.

Personnes âgées : Les personnes âgées sont en général moins robustes physiquement et plus sensibles aux maladies chroniques, ce qui les rend particulièrement vulnérables à la pollution atmosphérique et à l'exposition à la chaleur. L'activité physique constitue un élément important de la vie quotidienne pour ce groupe d'âge, car il est démontré qu'elle réduit les effets négatifs du vieillissement sur la santé¹¹. Pour favoriser l'activité physique, il faut toutefois des rues accessibles et sécuritaires et des systèmes de transport qui tiennent compte des besoins des personnes vivant avec des problèmes de mobilité. Une considération spéciale s'impose dans la construction d'environnements bâtis afin de répondre aux besoins de cette population de plus en plus nombreuse.

Groupes à faible revenu : Les groupes à faible revenu sont plus exposés aux maladies chroniques comme l'hypertension artérielle et le diabète, et leur capacité de survie et leur taux de crises cardiaques foudroyantes sont moins élevés^{12,13}. Ces personnes sont aussi plus susceptibles de fumer, d'être obèses ou en surpoids, et moins susceptibles de faire de l'activité physique¹⁴. Il est possible d'établir un lien entre un grand nombre de ces facteurs et l'accès limité à un logement stable, l'emplacement du logement (normalement à proximité de routes ou de secteurs industriels causant une exposition importante à la pollution), la sécurité des quartiers et le manque d'accès à des options alimentaires saines et abordables.

Recommandation

2. L'AMC recommande que le gouvernement fédéral collabore avec tous les secteurs afin d'instaurer dans les collectivités une culture qui appuie et favorise le transport actif et l'activité physique.

⁸ *Ibid.*

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Dannenberg, A.; Frumkin, H.; et Jackson, R. J. (2011). *Making Healthy Places Designing and Building for Health, Well-Being and Sustainability*. Island Press.

¹¹ Vogel, T.; Brechat, P.; Lepetre, P.; Kaltenbach, G.; Berthel, M.; et Lonsdorfer, J. (2009). Health Benefits of Physical Activity in Older Patients: A Review. *The International Journal of Clinical Practice*; vol. 63, n° 2 : p. 303-320.

¹² Centre de prévention des maladies chroniques (2002). *Le diabète au Canada*, 2^e édition. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2015.

¹³ Statistique Canada. (1996-1997). *Enquête Canadienne sur les mesures de santé*, 2^e Cycle. Canada : *Le quotidien*.

¹⁴ Creatore, M.; Gozdyra, P.; Booth, G.; et Glazier, R. (2007). Chapitre 1: Setting the Context. *In* M. Creatore, P. Gozdyra, G. Booth, R. Glazier, & M. Tynan, *Neighbourhood Environments and Resources for Healthy Living - A Focus on Diabetes in Toronto: ICES Atlas*. Toronto: Institut de recherche en services de santé.

Revenu

Des centaines de rapports de recherche ont confirmé que les gens qui font partie des groupes socioéconomiques les plus faibles portent le fardeau morbide le plus lourd¹⁵. Des études indiquent aussi que la conjoncture socioéconomique indésirable au cours de l'enfance peut constituer un prédicteur plus important de maladies cardiovasculaires et de diabète chez les adultes que les circonstances de la vie et les choix de comportements ultérieurs¹⁶. Enfin, les pays dont la population affiche le meilleur état de santé sont ceux où l'égalité des revenus, et non de la richesse, est la plus grande¹⁷.

Le revenu joue également un rôle dans l'accès aux soins de santé appropriés. Les personnes vivant dans des quartiers à revenu plus faible sont moins susceptibles d'avoir un médecin de premier recours¹⁸ et plus susceptibles de déclarer avoir, sur le plan des soins de santé, des besoins non satisfaits¹⁹. Elles sont plus susceptibles d'être hospitalisées pour des problèmes que des soins primaires appropriés pourraient permettre d'éviter^{20,21}.

En 2015, l'AMC a adopté une résolution pour approuver le concept d'un revenu de base garanti²², c'est-à-dire un transfert en argent du gouvernement à la population qui n'est pas lié à l'activité sur le marché du travail. Ce transfert assure un revenu suffisant pour répondre aux besoins fondamentaux et vivre dans la dignité, sans égard à la situation d'emploi. Un revenu de base garanti pourrait soulager la pauvreté ou même la faire disparaître. Il pourrait réduire les conséquences sociales importantes et de longue durée de la pauvreté, comme le sont des taux de criminalité plus élevés et le nombre moins élevé d'élèves qui réussissent dans le système d'éducation.

Il faut en outre des ressources et des moyens de soutien pour aider les Canadiens à faible revenu sur les plans de l'alimentation, du logement, de l'acquisition de compétences et pour répondre à d'autres besoins.

¹⁵ *Op. cit.* Dunn J. R. The Health Determinants Partnership Making Connections Project.

¹⁶ Raphael, D. Addressing the Social Determinants of Health in Canada: Bridging the Gap Between Research Findings and Public Policy. *Policy Options*. Mars 2003 : p.35-40.

¹⁷ Hofrichter, R. éd. Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: A Handbook for Action. The National Association of County and City Health Officials & The Ingham County Health Department. Lansing (É.-U.); 2006.

¹⁸ Bierman, A. S.; Angus, J.; Ahmad, F.; et coll. Ontario Women's Health Equity Report: Access to Health Care Services: Chapitre 7. Toronto (Ont.) Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report; 2010.

¹⁹ Bierman, A. S.; Johns, A.; Hyndman, B.; et coll. Ontario Women's Health Equity Report: Social Determinants of Health & Populations at Risk: Chapitre 12. Toronto (Ont.) Project for an Ontario Women's Health Evidence Based Report; 2010. ...; Williamson, D. L.; Stewart, M. J.; Hayward, K. Low-income Canadians' experiences with health-related services: Implications for health care reform. *Health Policy* 2006; vol. 76 : p. 106-121.

²⁰ Institut canadien d'information sur la santé. Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les hommes et les femmes. Ottawa(Ont.); 2010. Accessible ici : https://secure.cihi.ca/free_products/disparities_in_hospitalization_by_sex2010_f.pdf (consulté le 5 janvier 2017).

²¹ Institut canadien d'information sur la santé. Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique ...; Roos, L. L.; Walld, R.; Uhanova, J.; et coll. Physician Visits, Hospitalizations, and Socioeconomic Status: Ambulatory Care Sensitive Conditions in a Canadian Setting. *HSR* 2005; vol. 40, n° 4 : p. 1167-1185.

²² Association médicale canadienne. Résolution de politique GC15-70 - Un revenu de base garanti. Approuvé le 26 août 2015.

Recommandation

3. L'AMC exhorte le gouvernement du Canada d'envisager en toute priorité un revenu de base garanti comme politique possible de réduction de la pauvreté.

Période prénatale et petite enfance

Des recherches indiquent qu'à cinq ans, le cerveau de l'enfant a atteint 90 % de sa capacité²³. Il existe un lien solide entre des programmes de grande qualité destinés à la petite enfance, y compris les programmes visant à stimuler les enfants, à favoriser leur croissance et à éduquer les parents, d'une part, et l'atténuation des effets des désavantages sur le développement cognitif, affectif et physique des enfants^{24,25}, d'autre part.

En 2007, l'Association médicale canadienne, la Société canadienne de pédiatrie et le Collège des médecins de famille du Canada ont dévoilé la Charte de la santé des enfants et des adolescents du Canada²⁶. Pour réaliser leur potentiel, les enfants et les adolescents doivent grandir dans un endroit où ils peuvent s'épanouir – sur les plans spirituel, affectif, mental, physique et intellectuel – et obtenir des soins de santé de grande qualité lorsqu'ils en ont besoin. Cet endroit doit comporter trois éléments essentiels : un environnement sécuritaire et protégé; permettre à l'enfant d'être en bonne santé et de se développer sainement; et offrir un éventail complet de ressources de la santé mises à la disposition de tous. Les enfants et les adolescents de groupes distincts au Canada, y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ont les mêmes chances que d'autres enfants et adolescents canadiens par l'entremise de ressources culturellement adaptées.

Nos enfants et nos adolescents doivent bénéficier d'un environnement sécuritaire et protégé où ils peuvent avoir accès à de l'eau, de l'air et un sol propres, être protégés contre les traumatismes, l'exploitation et la discrimination et vivre dans des familles, des foyers et des communautés en santé. De plus, une bonne santé et un bon développement passent par l'accès à des soins prénataux et maternels qui garantiront le meilleur état de santé possible à la naissance. L'accès à une alimentation de qualité s'impose aussi pour assurer une croissance, un développement et une santé à long terme appropriés.

²³ Arkin, E.; Braveman, P.; Egerter, S.; et Williams, D. Time to Act: Investing in the Health of Our Children and Communities: New Recommendations from the RWJF Commission to Build a Healthier America. Robert Wood Johnson Foundation. Princeton (N.J.); 2014.

²⁴ Braveman, P.; Egerter, D.; et Williams, D.R. The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annu Rev Publ Health*; vol. 32 : p. 3.1-3.18. (2011).

²⁵ Union européenne. Recommandation de la Commission du 20 février 2013 – Investir dans l'enfance pour briser le cercle vicieux de l'inégalité. Bruxelles (Belgique); 2013.

²⁶ Association médicale canadienne, Société canadienne de pédiatrie, Collège des médecins de famille du Canada. Child and Youth Health: Our Challenge: Canada's Child and Youth Health Charter. Ottawa, le 9 octobre 2007.

Il faut aussi avoir accès à des possibilités d'éducation des petits et à des soins de grande qualité, à la maison et dans la communauté. Les possibilités d'activité physique et la promotion de celles-ci jouent un rôle crucial, tout comme l'accès à des études primaires et secondaires de grande qualité. Enfin, une éducation postsecondaire abordable et disponible et un engagement envers le bien-être social et la santé mentale sont primordiaux.

Recommandation

4. L'AMC recommande que le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires conjuguent leurs efforts pour faire en sorte que la pauvreté ne demeure pas un obstacle au développement en santé des enfants du Canada, en particulier au cours de leurs cinq premières années.

Conclusion

Les facteurs socioéconomiques jouent dans l'établissement de la santé (ou les dommages qui lui sont causés) un rôle plus important que des facteurs biologiques ou le système de soins de santé. L'égalité en santé est de plus en plus reconnue comme un moyen nécessaire qui nous permettra d'améliorer l'état de santé de la population canadienne. Même si l'on a pris un engagement envers l'égalité d'accès aux soins de santé pour toute la population canadienne, beaucoup de groupes sont aux prises avec des différences en ce qui a trait à l'accès et à la qualité des soins. Dans le cas des plus vulnérables, le manque d'accès peut alourdir encore davantage leur fardeau morbide, qui est déjà plus lourd. Le gouvernement fédéral doit encore intervenir pour s'attaquer aux facteurs sociaux et économiques sous-jacents qui sont à l'origine des disparités en santé dans la population canadienne.