

Le rôle de la santé publique dans la santé des enfants canadiens

D^r David Butler-Jones, Administrateur en chef de la santé publique

Bien que les Canadiens soient une des populations les plus en santé du monde, certains groupes sont plus susceptibles que d'autres d'être en mauvaise santé et de mourir prématurément¹. En règle générale, l'état de santé suit un gradient selon lequel, les personnes dont la situation socioéconomique est moins avantageuse ne sont pas en aussi bonne santé que celles qui occupent chacun des niveaux socioéconomiques supérieurs successifs². Les personnes dont le revenu et la scolarité sont les plus faibles et d'autres facteurs – logement insalubre, mauvaises conditions de travail, comportements préjudiciables à la santé, accès limité aux soins de santé et sans soutien en bas âge ou de soutien social – sont plus susceptibles d'avoir, en matière de santé physique et mentale, des résultats inférieurs à ceux des personnes dont la situation est favorable.

Le Canada possède des fondements solides en matière de politique sociale qui ont contribué à en faire un pays sain et égalitaire. Des programmes comme le Régime de pensions du Canada et le Régime des rentes du Québec, la Sécurité de la vieillesse, l'assurance-emploi, le régime public de soins de santé de l'État ainsi que les programmes d'enseignement primaire et secondaire universels ont permis d'établir un niveau de vie minimal. Malgré ces efforts, après 20 ans de déclin, l'écart en matière de santé entre les Canadiens dont le revenu est le plus élevé et ceux gagnant le moins s'est accentué au cours de la dernière décennie³.

Deux articles dans le numéro actuel de *Maladies chroniques au Canada* signalent l'importance des facteurs socioéconomiques comme déterminants de la santé des enfants. Celui de Gagné et Hamel⁴ constate que, dans les régions les plus matériellement démunies du Québec, la probabilité que les enfants soient hospitalisés à la suite de blessures liées au

transport ainsi que d'empoisonnements et d'incendies était considérablement plus élevée. Toutefois, le risque de blessures au cours de la pratique de sports était plus faible chez les plus défavorisés. On a observé un gradient de risque semblable, mais plus atténué, en présence de mesures de défavorisation sociale.

Des déterminants comme l'environnement naturel et le cadre bâti jouent peut-être un rôle dans ces résultats, car les deux constituent le milieu d'autres déterminants de la santé comme le revenu, l'emploi, les réseaux sociaux et les comportements personnels. Dans le cas de la prévention des blessures, les caractéristiques de l'aménagement communautaire, comme des sentiers et des trottoirs récréatifs, un niveau d'éclairage sûr et des utilisations du sol compatibles, peuvent constituer des espaces sûrs et agréables pour les activités récréatives autant que pour la circulation. L'absence de rues et d'aires récréatives sûres peut influencer sur le risque de blessures. En outre, les facteurs socioéconomiques des ménages (les structures des familles, etc.) dans les quartiers défavorisés peuvent également influencer sur le risque de blessures chez les enfants.

L'article du D^r To et de ses collègues signale qu'un revenu à peine ou pas suffisant était associé à des taux d'hospitalisation plus élevés, mais à des taux plus faibles de consultations du médecin en ce qui concerne les enfants asthmatiques⁵, ce qui laisse supposer une moins bonne gestion de l'asthme en consultation externe chez les enfants vivant dans des familles dont le revenu est à peine suffisant.

Bien que les Canadiens soient à juste titre fiers de leur régime de santé universel, le revenu continue de jouer un rôle dans l'accès aux soins, comme les spécialistes⁶ des troubles respiratoires. Des différences socioéconomiques dans la

prise de médicaments contre l'asthme, qui contribue à la gestion appropriée de cette maladie, peuvent également avoir influé considérablement sur les écarts entre les hospitalisations d'asthmatiques en fonction du revenu.

Comprendre les causes de ces inégalités et mettre en place des interventions qui rejoignent ces groupes constituent des éléments essentiels d'une démarche en santé publique⁷. Il ne suffit pas de cibler uniquement les choix et les comportements sains individuels, car les actes que posent les gens sont très largement définis par les conditions sociales et environnementales dans lesquelles ils vivent et travaillent. Dans un pays aussi vaste et complexe que le Canada, un ensemble équilibré d'interventions ciblées pour certains et de programmes universels pour tous est plus susceptible de donner de bons résultats^{1,8,9}. Grâce à tel équilibre, quelles que soient les situations personnelles, tous les Canadiens bénéficient des conditions nécessaires pour améliorer leur santé et pour que les choix sains soient les plus faciles à faire.

Références

1. Administrateur en chef de la santé publique. Rapport sur l'état de la santé publique au Canada. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008.
2. Wilkins R, Tjepkema M, Mustard C, Choinière R. Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001. *Health Rep.* 2008;19(3):25-43.
3. OECD. Growing unequal?: income distribution and poverty in OECD countries. Country note: Canada [Internet]. URL : <http://www.oecd.org/dataoecd/44/48/41525292.pdf>.

-
4. Gagné M, Hamel D. Défavorisation et hospitalisations pour blessures non intentionnelles chez les enfants québécois, *Maladies chroniques au Canada*, 2009, 29(2):63-77.
 5. To T, Dell S, Tassoudji M et Wang C. Résultats pour la santé en ce qui concerne les enfants à faible revenu souffrant d'asthme actif au Canada, *Maladies chroniques au Canada*, 2009, 29(2):55-62.
 6. Asada Y, Kephart G. Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res*. 2007 March 11;7:41.
 7. Macintyre S. Inequalities in health in Scotland: What are they and what can we do about them? Le gouvernement d'Écosse, Medical Research Council Social and Public Health Sciences Unit, 2007.
 8. Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Réduire les disparités sur le plan de la santé – rôles du secteur de la santé : document de travail, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2004 décembre.
 9. 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, Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008.