CANADIAN NURSES ASSOCIATION
ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA

Contribution fédérale à la lutte contre la pauvreté au Canada

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

---

Ottawa (Ontario)
Le 10 juin 2009

Introduction

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) est une fédération regroupant 11 associations et écoles provinciales et territoriales d'infirmières autorisées (IA) représentant plus de 136 200 IA et infirmières praticiennes canadiennes. L'AIIC est le porte-parole national professionnel des IA, elle les appuie dans leur pratique et préconise une politique publique et un système de santé publique sans but lucratif de qualité.

Les infirmières interviennent auprès de personnes et de familles – y compris celles qui vivent dans la pauvreté – dans toutes sortes de situations partout au pays. Elles offrent des soins primaires dans des centres de santé communautaire et familiale, à domicile, dans les écoles, les hôpitaux et les établissements soins de longue durée, dans le cadre de programmes communautaires et institutionnels axés sur la santé mentale et la santé publique, ainsi que dans les universités où elles sont à l'affût de moyens efficaces de fournir des soins aux personnes et aux familles. Les IA travaillent dans les grandes villes et offrent des programmes de promotion de santé dans la rue, et la plupart du temps, elles travaillent auprès des plus démunis.

Les IA voient au quotidien l'impact que la pauvreté a sur la santé des Canadiens et elles travaillent d'arrache-pied pour en mitiger les effets et promouvoir une politique publique qui changerait le sort de ces Canadiens.

Pauvreté et santé

Les IA sont préoccupées par l'impact que la pauvreté a sur la santé. Il est prouvé de façon irréfutable que ceux qui vivent dans la pauvreté sont en moins bonne santé et meurent plus tôt que ceux qui ont un meilleur accès aux ressources. Au Canada, les pauvres sont souvent exclus socialement et n'ont pas accès aux mêmes ressources économiques, sociales et politiques que le reste de la population.

Les exemples abondent!

En milieu urbain, les Canadiens qui habitent les quartiers défavorisés ont une espérance de vie réduite. En 1996, les hommes vivant dans les quartiers urbains les plus pauvres du Canada avaient, à la naissance, une espérance de vie de 73 ans, tandis que ceux vivant dans les quartiers les plus riches avaient une espérance de vie de 76 ans. Les pauvres risquent de mourir plus jeunes que les riches. En 1996, les hommes de 35 à 44 ans vivant dans les zones urbaines les plus défavorisées du Canada risquaient de mourir à un taux trois fois plus élevé que ceux vivant dans les quartiers les plus riches. Pour les femmes du même groupe d'âge, le taux était deux fois plus élevé (Wilkins, 2007; Wilkins, Berthelot & Ng, 2002).

La pauvreté affecte particulièrement les jeunes enfants. Les premières années de la vie d'un enfant influent énormément sur le reste de sa trajectoire. Un développement sain dépend de l'état de santé de la mère pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant la première année de l'enfant. Les risques de complications durant la grossesse et de naissance problématique augmentent en fonction des difficultés socio-économiques. Une naissance prématurée (avant 37 semaines de grossesse) est considérée la cause la plus importante de décès, de maladie et de déficience pendant la prime enfance. L'Agence de la santé publique du Canada affirme que les femmes canadiennes pauvres risquent davantage d'accoucher prématurément et d'avoir un retard de croissance intra-utérine que les femmes qui ont de meilleurs revenus (Agence de la santé

publique du Canada, 2005). Quant à la mortalité infantile, les enfants canadiens issus des quartiers urbains les plus pauvres ont un taux de mortalité 1,6 fois plus élevé que ceux qui vivent dans les quartiers les plus riches (Wilkins, Berthelot & Ng, 2002).

Au Canada, le taux de pauvreté infantile est de 13,6 p. 100, soit un taux supérieur à la moyenne des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques. En effet le Canada est en 12e position parmi les 17 pays cotés. En 1989, le gouvernement du Canada avait décidé unanimement d'éliminer la pauvreté infantile en l'an 2000. Entre 1971 et 2000, le taux de pauvreté infantile au Canada n'a baissé que de 1 p. 100 (Luxembourg Income Study, 2008).

L'obésité est devenue un problème de santé publique grave au Canada. Des preuves accablantes indiquent que les enfants pauvres ont plus tendance à être obèses que les mieux nantis. Par exemple, une étude récente effectuée sur des enfants de cinq à 17 ans vivant en milieu urbain a démontré que ceux qui vivent dans des quartiers où le taux de chômage est élevé, où les revenus familiaux moyens sont bas et où peu de gens ont fait des études secondaires, risquent davantage de faire de l'embonpoint ou d'être obèses. Le pourcentage d'enfants qui ont un excès de poids fluctue entre 24 p. 100 dans les zones jouissant d'un statut socio-économique élevé et 35 p. 100 dans les quartiers plus défavorisés (Oliver & Hayes, 2005).

Au Canada, les problèmes de santé mentale sont considérés comme étant la « nouvelle morbidité pédiatrique ». Selon le Dr Dan Offord, renommé psycho-pédiatre, il ne faut pas oublier que les principales conditions qui minent la qualité de vie et réduisent l'espérance de vie des enfants et des jeunes Canadiens sont les troubles émotifs et de comportement, ainsi que les problèmes d'apprentissage. (Institut canadien de la santé infantile, 2000). Dans son *Étude sur la santé des enfants de l'Ontario*, une étude phare, le Dr Offord a constaté que 35 p 100 des enfants et des jeunes vivant en milieu défavorisé ont des troubles psychiatriques, alors que ce taux est de 16 p. 100 chez les enfants du même âge issus de milieux plus aisés (Offord, Boyle & Jones, 1987). Dans des recherches plus récentes, il a conclu que 39 p. 100 des enfants canadiens très pauvres avaient un ou plusieurs troubles émotifs et de comportement, alors que ce taux se situe à 23 p. 100 pour les enfants riches (Offord & Lipman, 1996).

Comme l'administrateur en chef de la santé publique du Canada le faisait remarquer, si tous les quartiers avaient le taux de mortalité par âge et par sexe des quartiers où les revenus sont les plus élevés, le nombre total d'années de vie perdues dans tous quartiers urbains serait réduit d'environ 20 p. 100 (Butler-Jones, 2008).

De nombreux chercheurs au fil des ans ont prouvé que vivre dans la pauvreté pendant les premières années de la vie a une incidence sur la morbidité à long terme (fréquence des maladies) et la mortalité, sans toutefois en comprendre la cause. Les auteurs d'une étude effectuée à l'Université Cornell ont décrit comment un faible statut socio-économique affecte la santé. Dans une première étude longitudinale sur les effets psychologiques de la pauvreté sur les jeunes enfants, les chercheurs ont constaté que plus un enfant de 13 ans avait passé d'années dans la pauvreté, moins son corps était capable de faire face aux attaques environnementales. À l'appui de leurs conclusions, les chercheurs invoquent des mécanismes qui font que les enfants qui grandissent dans la pauvreté ont une trajectoire de vie plus accentuée et risquent de contracter plus de maladies que les autres, indépendamment de ce que deviendra leur statut socio-économique à l'âge adulte. Ils ont prouvé que les mécanismes de contrôle de stress chez les enfants pauvres fonctionnent mal, ce qui compromet leur capacité de réagir au stress et rend leurs organes et leurs tissus plus vulnérables aux tensions psychologiques liées au stress que ceux des autres jeunes (Evans & Kim, 2007).

L’état de la pauvreté au Canada

Les IA sont préoccupées par la pauvreté au Canada. Le problème perdure (Hay, 2009), et plus de 3,5 millions de Canadiens vivent sous le seuil de la pauvreté (Canada sans pauvreté, 2009). Le Conseil canadien de développement social signale que les taux basés sur le seuil de faible revenu avant impôt ont fluctués entre 15 et 20 p. 100 pendant les trois dernières décennies. De plus, au cours des 25 dernières années, les taux basés sur le seuil de faible revenu après impôt ont également fluctué de 5 p. 100 (entre 10 et 15 p. 100). Ces fluctuations sont attribuables en grande partie aux cycles commerciaux (c.-à-d., au taux d’emploi), mais elles reflètent également des changements aux taux d’imposition et aux programmes de transfert de revenus (avantages sociaux, prestation de retraite, etc.). Même si les données semblent indiquer une baisse des taux de pauvreté, le Conseil Canadien de développement social émet une réserve et précise que tout dépend de la période étudiée. Par exemple, si l’on se sert du seuil de faible revenu après impôt et transferts, le taux de pauvreté n’a baissé que de 1 p. 100 entre 1990 et 2005 (passant de 11,8 à 10,8 p. 100), alors qu’il a baissé de presque 5 p. 100 entre 1996 et 2005 (passant de 15,7 à 10,8 p. 100). Or si l’on compte le nombre total de personnes vivant dans la pauvreté au Canada, le taux est demeuré essentiellement le même, il était légèrement plus élevé en 2005 qu’en 1990 (3 191 000 en 1990, comparé à 3 409 000 en 2005) (Hay, 2009).

Au Canada, certains groupes sont plus vulnérables à la pauvreté que d’autres. On pense notamment aux chefs de famille monoparentale, dont la plupart sont des femmes; aux immigrants récents; aux personnes handicapées; aux Canadiens autochtones; aux personnes qui n’ont pas de diplôme d’études secondaires; aux femmes; et aux groupes de minorités visibles.

Avoir un emploi demeure la meilleure façon d’éviter la pauvreté, mais ce n’est pas une garantie. Les personnes à faible revenu (11 $ de l’heure ou moins) peuvent travailler à temps plein pendant un an et rester sous le seuil de la pauvreté. Un salarié soutien de famille de deux ou trois personnes a besoin de beaucoup plus que de 11 $ de l’heure pour dépasser le seuil de la pauvreté. De plus, certains Canadiens sont dans l’incapacité de travailler, que ce soit de façon temporaire ou permanente (Hay, 2009).

Une stratégie globale de réduction de la pauvreté au Canada

L’AIIC croit que le Canada doit se doter d’une stratégie globale et fédérale de lutte contre la pauvreté. Nous exhortons le gouvernement fédéral à assumer un rôle de chef dans cette initiative de politique publique d’une importance primordiale.

Une stratégie fédérale doit inclure un mélange de politiques et de programmes afin de réduire la pauvreté et de garantir la sécurité de revenu aux Canadiens. Les groupes qui ont étudié cet aspect de la question ont conclu que pour régler le problème de la pauvreté, il faut des avantages sociaux pour les enfants et les familles, des prestations d’assurance-emploi, des prestations pour les personnes âgées et autres avantages (comme des crédits d’impôt, de l’appui et des allocations de loyer, de l’appui et des allocations alimentaires), y compris des prestations pour les membres de groupes ciblés comme les personnes handicapées, les Autochtones, les immigrants récents, les fermiers et les résidents ruraux. Ils recommandent également une orientation de « politique sociale active » préconisant l’éducation, la formation et la rétention de la main-d’œuvre comme les éléments clés pour garantir un revenu adéquat (Hay, 2009). Le plan fédéral intégré et global de lutte contre la pauvreté doit être lié aux plans d’action provinciaux et territoriaux de lutte contre la pauvreté, et les appuyer. Il doit inclure : un processus de consultation pertinent et

exhaustif d'intervenants multiples, surtout ceux qui ont une expérience directe de la pauvreté; des cibles de réduction de la pauvreté et des délais précis; et des mesures de reddition de comptes pour mesurer les progrès réalisés.

La stratégie fédérale de lutte contre la pauvreté pourrait inclure les mesures suivantes :

- Mettre en œuvre des stratégies pour créer des emplois qui payent un salaire viable (Benach, Muntaner, & Santana, 2007).
- Réformer le système d'assurance-emploi, en élargir l'admissibilité et augmenter les prestations (Yalnizyan, 2009).
- Investir dans un plan national de logement abordable. Améliorer l'accès à des logements abordables en investissant des sommes considérables dans la construction et l'entretien d'unités de logements abordables et investir dans le logement supervisé pour les personnes qui ont un handicap physique, intellectuel et/ou mental.
- Garantir un complément de revenu afin que tous puissent vivre en santé et dans la dignité, c'est-à-dire veiller à ce que les prestations d'aide sociale tiennent compte du coût de la vie (Campaign 2000 & Income Security Advocacy Centre, 2008; National Council of Welfare, 2006).
- Augmenter les prestations nationales pour enfants à un maximum de 5 200 $ (en dollars de 2009).
- Investir dans des systèmes publics universels, réglementés, abordables et sans but lucratif d'apprentissage pendant la petite enfance et en garderie.
- Élargir l'application du régime d'assurance-maladie pour inclure un régime national d'assurance-médicaments financé et régi par le gouvernement.

Les politiques publiques fédérales destinées à garantir un revenu de base et à réduire la pauvreté ***sont efficaces.*** Citons deux exemples probants. L'Initiative sur la santé de la population canadienne a signalé que si les personnes âgées ne recevaient pas de prestations de revenu, le taux de pauvreté chez ces personnes serait presque 10 fois plus élevé qu'il ne l'est aujourd'hui (Initiative sur la santé de la population canadienne, 2004). S'il n'y avait pas de prestations fédérales pour les enfants, le taux de pauvreté des familles avec enfants serait de 15 p. 100 alors qu'il se situe actuellement à un peu plus de 9 p. 100 (Battle, 2008).

Mentionnons d'autres exemples à l'échelle internationale. En 2000, l'Union européenne a mis en place un processus d'inclusion sociale en vue d'abolir la pauvreté d'ici 2010. Depuis, l'Union européenne a fourni un cadre de travail pour élaborer une stratégie nationale et assurer une coordination stratégique entre les États membres sur des questions concernant la pauvreté et l'exclusion sociale. La participation d'intervenants, comme des organismes non gouvernementaux, des partenaires sociaux et des entités locales et régionales est devenue un volet important du processus (European Commission DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2009). En 1999, le gouvernement britannique a annoncé son intention d'éradiquer la pauvreté infantile d'ici 2020. Le gouvernement entend désormais enchâsser cet engagement dans une loi. Depuis cette annonce, des progrès réels ont été réalisés. En 1998-1999, 3,4 millions d'enfants (26 p. 100) vivaient dans la pauvreté. En 2006-2007 (dernières données disponibles) ce nombre avait chuté à 2,9 millions d'enfants (ministère du Travail et des Pensions, 2008). La stratégie britannique comporte de nombreux volets et fait appel à des intervenants locaux et nationaux pour s'attaquer aux causes et aux conséquences de la pauvreté infantile.

De plus, dans son examen universel périodique de 2009 pour le Canada, le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies recommande la mise en place d'une stratégie nationale pour éliminer la pauvreté.

Il faut agir maintenant

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada exhorte le gouvernement fédéral à assumer dès maintenant un rôle de chef afin de régler ce problème grave qui influe sur la santé et le bien-être de millions de Canadiens. L'AIIC serait un partenaire fiable et travaillerait avec le gouvernement pour atteindre la cible de réduction de la pauvreté au Canada.

Références

Battle, K. A. (2008). *Bigger and better child benefit: A $5,000 Canada child tax benefit*. Ottawa: Caledon Institute of Social Policy.

Benach, J., Muntaner, C., & Santana, V. (2007). *Employment conditions and health inequalities. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health.* Geneva: World Health Organization.

Butler-Jones, D. (2008). *The chief public health officer's report on the state of public health in Canada, 2008*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.

Campaign 2000 & Income Security Advocacy Centre. (2008). *Solutions start with us: Voices of low-income people in Ontario*. Toronto: Authors.

Canada Without Poverty. (2009). *What is Canada's poverty rate?* Ottawa: Author.

Canadian Institute of Child Health. (2000). *The health of Canada's children: A CICH profile* (3rd ed.). Ottawa: Author.

Canadian Population Health Initiative. (2004). *Improving the health of Canadians 2004*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Department for Work and Pensions. (2008). *Child poverty*. London (UK): Author. Retrieved June 11, 2009, from http://www.dwp.gov.uk/childpoverty

European Commission DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. (2009). *Social inclusion.* Brussels: Author. Retrieved June 11, 2009, from http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/poverty_social_exclusion_en.htm

Evans, G. W., & Kim, P. (2007). Childhood poverty and health: Cumulative risk exposure and stress dysregulation. *Psychological Science*, *18*(11), 953-957.

Hay, D. I. (2009). *Poverty reduction policies and programs in Canada*. Ottawa: Canadian Council on Social Development.

Luxembourg Income Study. (2008). Retrieved August 21, 2008, from www.lisproject.org

National Council of Welfare. (2006). *Welfare incomes 2005***.** Ottawa: Author.

Offord, D., Boyle, M., & Jones, B. (1987). Psychiatric disorder and poor school performance among welfare children in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32(7), 518-25.

Offord, D. R., & Lipman, E. L. (1996). Emotional and behavioural problems. In *Growing up in Canada. National longitudinal survey of children and youth*. Ottawa: Human Resources Development Canada & Statistics Canada.

Oliver, L. N., & Hayes, M. V. (2005). Neighbourhood socio-economic status and the prevalence of overweight Canadian children and youth. *Canadian Journal of Public Health*, *96*(6), 415-420.

Public Health Agency of Canada. (2005). *Making every mother and child count: Report on maternal and child health in Canada*. Ottawa: Author.

Wilkins, R. (2007). Mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 2001. Paper presented at the Statistics Canada Health Analysis and Measurement Group Seminar, Ottawa.

Wilkins, R., Berthelot, J. M., & Ng, E. (2002). Trends in mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996. *Health Reports Supplement, 13,* 45-71.

Yalnizyan, A. (2009). *Exposed: Revealing truths about Canada's recession*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.