

COMMISSION DE L'ÉCONOMIE ET DU
TRAVAIL

Déposé le : 2013.02.19

No. : CET-041

Secrétaire : ①H

PARTIE 2

POUR AGIR
AUTREMENT:
UN APPEL
À TOUS

PARTIE 2

POUR AGIR AUTREMENT : UN APPEL À TOUS

POURQUOI INTERVENIR ?

Les inégalités sociales de santé ne sont pas le fait du hasard ou de la fatalité. Elles résultent de conditions produites par l'organisation sociale qui soumet systématiquement les groupes déjà désavantagés à un risque plus élevé de maladie et de mortalité prématurée.

Les inégalités sociales de santé vont à l'encontre de valeurs fondamentales que sont l'équité et la solidarité. Une société équitable est une société qui reconnaît les droits de chacun et qui favorise l'égalité des chances d'accéder à des positions sociales identiques, et ce, peu importe son origine sociale. La société équitable choisit d'avantager certains groupes sociaux dont la situation est jugée désavantagée afin d'établir une égalité des chances. Une société solidaire est une société capable d'assurer le bien-être de tous ses membres et de réduire les disparités et la marginalisation. Il s'agit d'une société au sein de laquelle les membres ont le sens d'une responsabilité partagée quant aux droits des personnes et à leur bien-être.

Les inégalités sociales de santé ne sont pas inéluctables. Le fait que les inégalités sociales existent depuis des centaines, voire des milliers d'années ne les rend pas acceptables pour autant. Demain, peut-être jugerons-nous que c'est là une anomalie dans l'histoire. Les inégalités sociales de santé sont évitables. Elles peuvent être corrigées et même prévenues.

Les inégalités sociales de santé entraînent des coûts sociaux et économiques considérables.

SUR QUOI INTERVENIR ?

Pour corriger les inégalités sociales de santé, il faut agir à la fois sur les deux éléments du continuum qui expliquent la genèse de ces écarts : les inégalités sociales et les inégalités des conditions de vie. En pratique, les interventions doivent viser l'équité, la cohésion sociale et l'aménagement de milieux favorables à la santé par des actions sur les déterminants sociaux de la santé.

Des environnements physiques et sociaux favorables à la santé sont ceux qui soutiennent le développement du potentiel et des forces des individus et des communautés, le développement de réseaux sociaux solidaires ainsi que la santé et la sécurité des personnes.

OÙ INTERVENIR ?

De nombreux déterminants sociaux de la santé sont largement influencés par les politiques économiques et sociales adoptées par les gouvernements. Toutefois, le milieu local – là où les gens vivent – est considéré aussi comme un espace important pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et pour susciter des innovations sociales. Le milieu local est l'endroit privilégié pour agir autrement : par la concertation et l'action intersectorielle, par la mobilisation et la participation des citoyens et par l'exercice de leur pouvoir d'influence. Penser et travailler localement permettent de bien cerner les besoins des citoyens et ensuite d'y répondre. Enfin, il est reconnu que les actions et les innovations sociales qui émergent à l'échelle locale peuvent influencer les actions et les innovations sociales à des niveaux plus élevés.

Reconnaissant néanmoins que les déterminants sociaux de la santé sont fortement influencés par les politiques économiques et sociales nationales, les acteurs des milieux locaux et régionaux devraient prendre part aux débats régionaux et nationaux pour faire valoir le point de vue de leur communauté.

SELON QUELS PRINCIPES ?

Trois principes clés guident les interventions (figure 3).

1. La concertation d'une diversité d'acteurs

Pour répondre à un problème social aussi complexe que les inégalités sociales de santé, il importe de s'allier avec les autres, de collaborer, de se concerter, de créer de nouveaux partenariats. L'action intersectorielle est ici incontournable. En effet, la réunion de différents acteurs permet de multiplier les points de vue et d'élargir le cadre de réflexion habituel de chacun. Une telle diversité est plus susceptible de générer des idées et des connaissances nouvelles, des pratiques et des interventions novatrices pour résoudre un problème social aussi épineux.

2. La participation citoyenne et des communautés

Les personnes et les groupes sociaux ciblés par les actions qui visent la réduction des inégalités sociales de santé doivent être des acteurs à part entière de la démarche, et ce, à toutes les étapes : élaboration, mise en œuvre, évaluation. C'est un droit fondamental de participer activement aux décisions qui touchent sa vie.

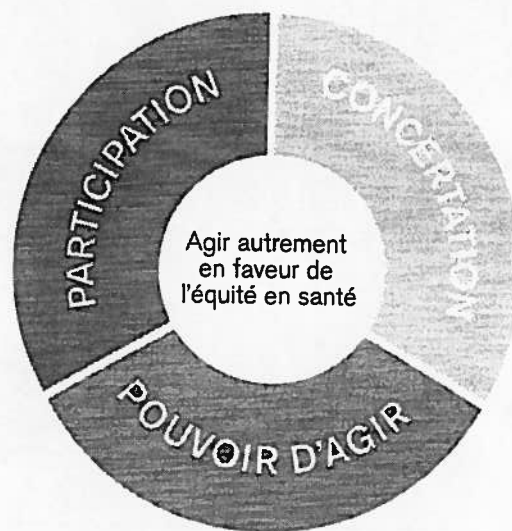
3. Le pouvoir d'agir des individus et des communautés

Les interventions doivent viser le développement et le renforcement de l'autonomie, des compétences et du pouvoir d'agir des individus et des communautés concernés. En recourant aux formes les plus élevées de participation, on permettra aux citoyens d'exercer un véritable pouvoir d'influence sur les décisions qui les concernent.

Les pratiques qui reposent sur la concertation, la participation citoyenne et le pouvoir d'agir des personnes et des groupes marginalisés sont essentielles pour porter des actions visant à instaurer l'équité en santé. Elles sont plus susceptibles de faire émerger des idées et des pratiques innovantes. Elles amènent à faire autrement.

FIGURE 3

TROIS PRINCIPES CLÉS POUR AGIR AUTREMENT EN FAVEUR DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

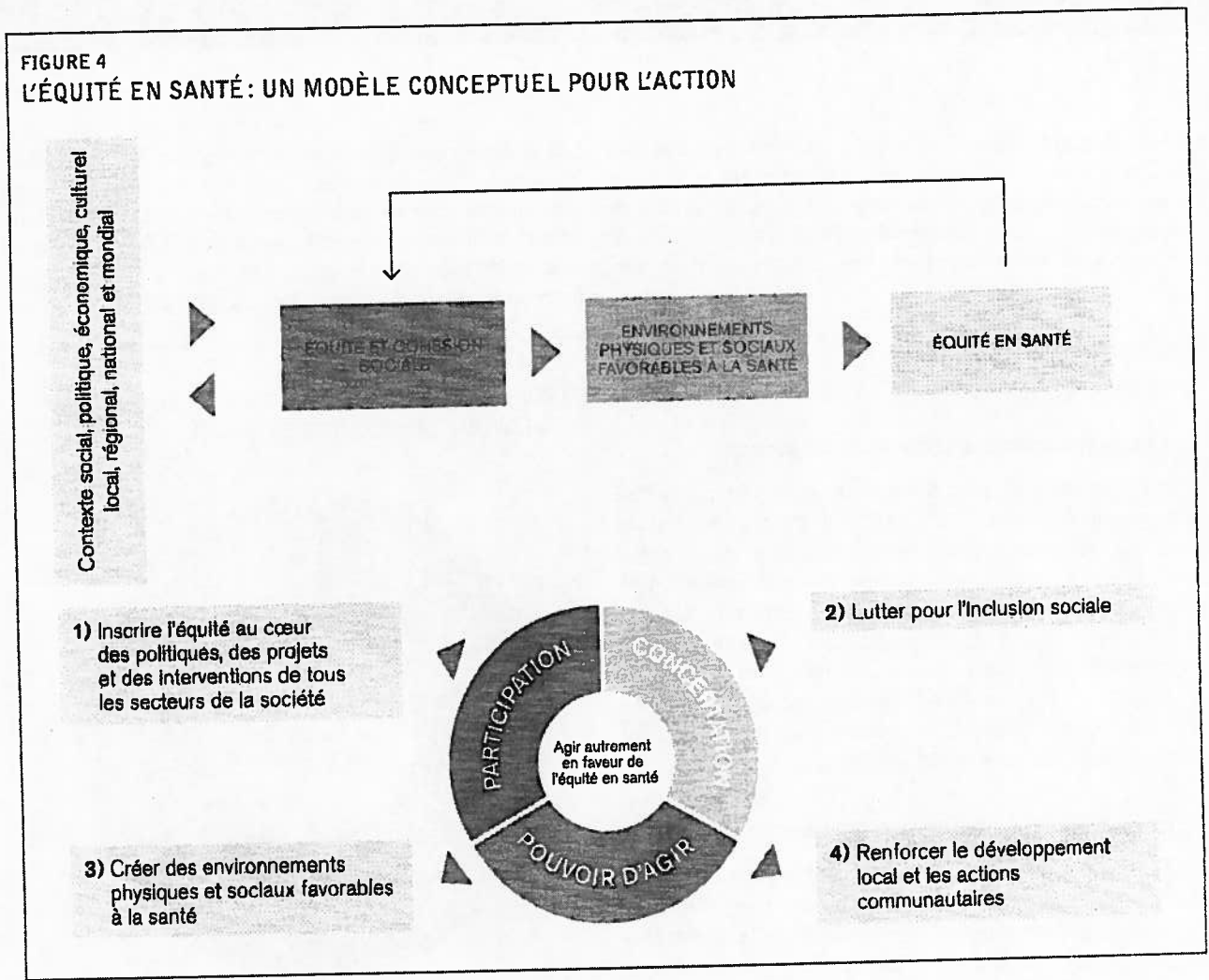


QUOI FAIRE ?

Au total, quatre orientations stratégiques sont proposées (figure 4). Elles sont largement inspirées de la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé ainsi que du rapport de l'Organisation mondiale de la Santé intitulé *Comblar le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*¹.

1. Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, rapport final. *Comblar le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, OMS, 2009, 250 p.

FIGURE 4
L'ÉQUITÉ EN SANTÉ : UN MODÈLE CONCEPTUEL POUR L'ACTION



1. Inscrire l'équité au cœur des politiques, des projets et des interventions de tous les secteurs de la société

Pour instaurer l'équité, trois cibles complémentaires et interdépendantes peuvent être envisagées :

- améliorer la situation des groupes les plus désavantagés sans se préoccuper de l'écart qui existe entre leur situation et celle des groupes les plus avantagés ;
- réduire les écarts entre les groupes les plus désavantagés et les groupes les plus privilégiés afin de réduire les écarts entre les deux groupes extrêmes ;
- réduire le gradient social afin de réduire les écarts entre les groupes les plus désavantagés, les plus avantagés et tous les groupes intermédiaires.

En fait, mettre l'accent sur l'équité, c'est avant tout se préoccuper du respect des droits des personnes. Pour cette raison, l'équité concerne tous les acteurs sociaux et non pas uniquement le secteur de la santé. Inscrire l'équité au calendrier des décideurs ne se fera pas sans une mobilisation importante de la société civile, des mouvements sociaux et des organisations prêts à lutter contre les inégalités et à plaider en faveur de l'égalité des chances.

2. Lutter pour l'inclusion sociale

Lutter pour l'inclusion sociale, c'est voir à ce que chaque citoyen ait accès aux biens et services essentiels, qu'il puisse faire valoir ses droits et les voir respecter, qu'il puisse profiter des réseaux sociaux solidaires et qu'il soit reconnu comme un membre à part entière de la société. En somme, lutter pour l'inclusion sociale, c'est lutter pour la dignité.

Les mesures qui favorisent l'augmentation des revenus disponibles, soit par l'accès à l'emploi, par l'augmentation des prestations sociales ou encore par l'accès aux biens et services essentiels, sont importantes pour favoriser l'inclusion sociale. D'autres sont tout aussi essentielles, en particulier celles qui visent la reconnaissance et la valorisation des personnes.

3. Créer des environnements physiques et sociaux favorables à la santé dès l'enfance

Il faut créer des milieux favorables à la santé dès l'enfance. En effet, si la société déploie des efforts pour améliorer les conditions de vie des plus jeunes, ces efforts mis de l'avant auront des impacts tout au long de leur vie. Il faut donc mettre en place des conditions favorables au développement global des enfants et des jeunes, notamment en améliorant leur accès à des programmes éducatifs précoces et scolaires de qualité.

L'amélioration des conditions de vie des enfants passe inévitablement par l'amélioration des conditions de vie de leurs parents et de leur famille. Il faut donc améliorer l'accès à un logement acceptable, à une alimentation saine, au transport public, à l'éducation, au marché du travail et aux différents services publics, notamment les services de santé.

4. Renforcer le développement local et les actions communautaires

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* reconnaît le développement des communautés comme une stratégie d'action clé. Cette stratégie est définie ainsi : un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local visant l'amélioration des conditions de vie sur les plans physique, social et économique.

Le développement local regroupe :

- le développement communautaire, qui vise l'amélioration des conditions de vie en favorisant l'autonomie, l'initiative et l'entraide au sein de la population ;
- le développement social, qui vise la participation et le développement du potentiel de chaque individu ainsi que la progression sociale, culturelle et économique de la collectivité avec un souci de justice sociale ;
- le développement économique communautaire, qui vise la revitalisation socioéconomique d'une communauté par la valorisation des ressources locales, la participation citoyenne et la concertation des acteurs locaux.

Dans la région, plusieurs acteurs des réseaux communautaire et public sont investis dans le développement local : les centres locaux de développement (CLD), les corporations de développement économique communautaire (CDÉC), les sociétés d'aide au développement des collectivités (SADC), les corporations de développement communautaire (CDC), les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les villes, les municipalités régionales de comté (MRC), les municipalités, etc.



QUI DOIT LE FAIRE ET COMMENT ?

LES RECOMMANDATIONS

Les recommandations qui suivent sont de deux ordres : les premières s'adressent aux décideurs de tous les secteurs de la société concernés par les inégalités sociales et les inégalités des conditions de vie des citoyens de leur communauté et de la région et les secondes sont destinées aux acteurs de la région de la Capitale-Nationale qui mènent des actions de santé publique.

1. Inscrire l'équité au cœur des politiques, des projets et des interventions

Tous les décideurs

- Adopter des politiques équitables dans les différents secteurs de la société, tant sur le plan national, régional et local.
- Inscrire l'équité comme critère essentiel dans la planification et l'évaluation des programmes et services du secteur public.
- Analyser et réorienter les programmes et les services pour tenir compte des besoins des populations qui vivent en situation de défavorisation.

Les acteurs qui mènent des actions de santé publique

- Adhérer à un engagement pour la réduction des inégalités sociales de santé.
- Faire reposer les programmes et les services de santé publique sur des approches qui visent à améliorer la santé de la population et à réduire les inégalités sociales de santé.
- Inscrire l'équité en santé comme critère essentiel dans la planification et l'évaluation de tous les programmes et services en santé publique.
- Analyser et ajuster les programmes et les services pour tenir compte des besoins des populations en situation de défavorisation.
- Développer et renforcer les approches ciblées ainsi que la combinaison des approches universelles et ciblées, et évaluer les possibilités et les formes que pourraient prendre les approches universelles proportionnelles au niveau du désavantage.
- Utiliser les leviers disponibles pour influencer l'adoption de politiques publiques favorables à la santé et à l'équité en santé dans les différents secteurs de la société, tant sur le plan national, régional et local.
- Mener des études et des recherches sur les inégalités sociales de santé à l'échelle régionale et locale.

2. Lutter pour l'inclusion sociale

Tous les décideurs

- Mettre en place des campagnes visant à réduire les préjugés et à promouvoir des actions individuelles et collectives solidaires dans les milieux scolaires, dans les milieux de travail, dans les communautés et dans les lieux publics.
- Favoriser les processus qui renforcent la participation et le pouvoir d'agir des personnes et des groupes qui vivent en situation de défavorisation.

Les acteurs qui mènent des actions de santé publique

- Informer et sensibiliser la population générale sur les inégalités sociales de santé.
- Élaborer et adopter une stratégie de marketing social visant à réduire les préjugés et à promouvoir des actions individuelles et collectives permettant de réduire les inégalités sociales.
- Développer des approches participatives lors de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes et services de santé publique ainsi que dans les recherches.
- Renforcer la participation et le pouvoir d'agir des personnes et des groupes en situation de défavorisation.

3. Développer des environnements physiques et sociaux favorables à la santé

Tous les décideurs

- Accroître l'accès à des programmes d'intervention précoce, en particulier dans les quartiers défavorisés.
- Augmenter les protections sociales pour les personnes à faible revenu.
- Assurer l'accès à un logement acceptable pour tous, notamment en développant le logement social et communautaire.
- Améliorer l'accès économique et physique au transport collectif.
- Assurer la sécurité alimentaire pour tous.
- Encourager et favoriser l'accès à des formations et à des emplois sécuritaires pour tous.
- Développer des environnements sains, sécuritaires et favorables à la santé.

Les acteurs qui mènent des actions de santé publique

- Renforcer les concertations intersectorielles pour :
 - > accroître l'accès à des programmes éducatifs préscolaires et scolaires de qualité, en particulier dans les quartiers défavorisés ;
 - > militer pour des protections sociales plus élevées pour les personnes à faible revenu ;
 - > assurer l'accès à un logement acceptable pour tous ;
 - > assurer la sécurité alimentaire pour tous ;
 - > améliorer l'accès économique et physique au transport collectif ;
 - > favoriser l'accès à des emplois sécuritaires ;
 - > développer des environnements sains, sécuritaires et favorables à la santé.
- Développer un système de santé public équitable :
 - > favoriser l'accès et la qualité des soins aux personnes appartenant aux groupes marginalisés ;
 - > rendre accessibles les services préventifs et les programmes de prévention et de promotion pour tous les groupes de la société ;
 - > développer des services, des programmes et des projets de proximité pour les groupes marginalisés ;
 - > améliorer la formation des professionnels et des étudiants du domaine de la santé sur les inégalités sociales de santé ;
 - > favoriser la formation sur la diversité culturelle.

4. Renforcer le développement local et les actions communautaires

Tous les décideurs

- Soutenir les initiatives de développement des communautés, de développement social, de développement économique et les actions communautaires qui visent à améliorer les conditions de vie des citoyens.
- Soutenir les organismes communautaires.

Les acteurs qui mènent des actions de santé publique

- Développer et appuyer les initiatives de développement des communautés, de développement social et de développement économique qui visent à améliorer les conditions de vie des citoyens.
- Susciter et appuyer les démarches d'action sociale qui visent le pouvoir d'agir des individus et des groupes marginalisés ainsi que le respect des droits de chacun.
- Soutenir les milieux locaux pour améliorer la participation citoyenne et la cohésion sociale.

LES ENGAGEMENTS
DE LA DIRECTION RÉGIONALE
DE SANTÉ PUBLIQUE

La Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale entend travailler en étroite collaboration avec tous les acteurs concernés pour appliquer ses recommandations. Elle compte également apporter sa propre contribution à l'objectif d'équité, dans l'exercice des fonctions essentielles qui lui sont dévolues par la Loi sur la santé publique. Plus précisément, la Direction s'engage, en lien avec ses fonctions en :

Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes - Promotion de la santé - Protection de la santé

- Intégrer la notion d'équité en santé dans les processus de planification et d'évaluation des programmes et services de la Direction régionale de santé publique.
- Analyser et ajuster les programmes et les services pour assurer la prise en compte des besoins des groupes particulièrement touchés par les inégalités sociales de santé.
- Envisager la possibilité de mettre de l'avant l'approche universelle proportionnelle au désavantage des groupes sociaux dans les interventions de santé publique de promotion, de prévention et de protection et évaluer la forme qu'elle pourrait prendre.
- Développer des approches qui reposent sur la participation citoyenne et le pouvoir d'agir des personnes et des groupes marginalisés dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes et des services en santé publique.

Surveillance continue de l'état de santé de la population

- Développer une surveillance régionale des inégalités sociales de santé.

Promotion de la santé et du bien-être

- Informer et sensibiliser la population, le réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels sur les inégalités sociales de santé ainsi que sur les actions pouvant être menées pour les réduire.
- Renforcer, voire développer les concertations intersectorielles régionales et locales pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.
- Développer et soutenir des activités de promotion de la santé qui rejoignent les groupes marginalisés.

- Renforcer l'appui aux activités de prévention et aux pratiques cliniques préventives dans le système de soins qui tiennent compte des groupes marginalisés.
- Soutenir des initiatives de développement local et de développement des communautés.
- Élaborer une stratégie d'appropriation du développement des communautés par les centres de santé et de services sociaux, les Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale et la Direction régionale de santé publique.

Recherche et innovation

- Mener des études et des recherches sur les inégalités sociales de santé.
- Mener des études et des recherches axées sur une approche participative.
- Mener des études et des recherches sur la concertation, la participation ou sur le pouvoir d'agir de personnes en situation de défavorisation.

Réglementation, législation et politiques publiques ayant des effets sur la santé

- Cerner et utiliser les leviers disponibles pour influencer davantage l'adoption de politiques publiques plus équitables sur le plan local, régional et national.

Développement et maintien des compétences

- Développer le soutien et l'accompagnement de professionnels en santé publique, des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et des partenaires intersectoriels au regard des inégalités sociales de santé.

**LES INÉGALITÉS SOCIALES
DE SANTÉ SONT ÉVITABLES.
POUR RÉUSSIR, IL FAUT
AGIR AUTREMENT.**

**À NOUS DE LE FAIRE
MAINTENANT!**

TABLEAU 3

TAUX DE FAIBLE REVENU DES PERSONNES ET DES PERSONNES DANS LES UNITÉS FAMILIALES,
D'APRÈS LA MESURE DU PANIER DE CONSOMMATION (MPC, BASE 2008), QUÉBEC, 2000-2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
TOUTES LES PERSONNES	11,6	11,5	10,3	9,2	8,4	8,9	8,8	7,9	9,2	9,0	9,4
Personnes de moins de 18 ans	13,7	13,2	10,7	8,8	7,5	7,5	7,1	5,6	8,9	8,5	7,5
Personnes de 18 à 64 ans	12,7	12,7	11,6	10,8	10,0	10,8	10,7	9,8	10,9	10,2	10,9
Personnes de 65 ans et plus	1,8*	1,9*	2,3*	1,7*	1,5*	1,5*	1,6*	2,0*	1,9*	4,5*	4,9*
Hommes	10,5	10,6	9,4	8,9	8,5	8,8	8,7	7,8	9,1	9,1	9,7
Hommes, moins de 18 ans	12,9	12,9	11,4	9,2	8,3	7,5	6,8	6,4	9,7	8,9	8,2
Hommes, 18 à 64 ans	11,0	11,2	9,9	10,1	9,8	10,5	10,5	9,3	10,3	10,2	11,5
Hommes, 65 ans et plus	2,0*	2,3*	2,5*	1,0*	1,5*	1,4*	2,3*	2,0*	1,7*	3,2*	3,4*
Femmes	12,7	12,3	11,1	9,6	8,2	9,0	8,8	8,0	9,4	9,0	9,0
Femmes, moins de 18 ans	14,5	13,6	10,1	8,5	6,6	7,6	7,3	4,8	8,2	8,1	6,8
Femmes, 18 à 64 ans	14,4	14,1	13,3	11,6	10,2	11,0	10,9	10,3	11,5	10,1	10,4
Femmes, 65 ans et plus	1,6*	1,6*	2,2*	2,2*	1,6*	1,6*	1,1*	1,9*	2,0*	5,6*	6,2*
PERSONNES SEULES	25,4	25,9	21,8	21,5	22,1	24,6	23,5	22,8	23,0	25,9	25,4
Personnes seules, hommes	24,9	25,3	20,8	22,2	24,9	26,9	26,8	24,7	22,3	26,2	26,7
Personnes seules, femmes	25,9	26,4	22,7	20,8	19,3	22,3	20,3	20,9	23,8	25,5	24,0
Personnes seules, personnes âgées	2,8*	4,1*	2,6*	2,6*	2,3*	2,2*	2,6*	2,8*	3,3*	11,5*	9,8*
Personnes seules, hommes âgés	4,3*	6,7*	4,2*	1,6*	3,8*	2,4*	6,7*	2,5*	4,5*	12,5*	6,0*
Personnes seules, femmes âgées	2,3*	3,1*	2,0*	2,9*	1,7*	2,1*	0,9*	2,9*	2,8*	11,1*	11,5*
Personnes seules, moins de 65 ans	32,7	32,8	28,5	27,9	28,8	32,1	30,8	30,2	30,6	31,1	31,4
Personnes seules, hommes, moins de 65 ans	27,9	28,3	23,7	25,5	28,3	30,8	30,4	29,0	25,8	28,5	30,9
Personnes seules, femmes, moins de 65 ans	38,7	38,6	34,3	31,0	29,4	33,8	31,3	31,7	37,5	35,2	32,1
PERSONNES DANS LES FAMILLES ÉCONOMIQUES, DEUX PERSONNES OU PLUS	9,1	8,8	8,1	6,8	5,6	5,7	5,8	4,9	6,4	5,6	6,1
Personnes dans les familles biparentales avec enfants	7,1*	8,3*	5,7*	4,3*	3,9*	3,9*	4,0*	2,6*	5,6*	4,4*	3,9*
Personnes dans les familles monoparentales	36,0*	29,7*	29,7*	26,7*	21,3*	18,7*	19,2*	16,6*	19,5*	20,3*	23,3*
Personnes dans les familles monoparentales, homme à leur tête	20,6*	10,9*	12,5*	10,0*	7,0*	9,4*	7,9*	11,7*	10,9*	11,6*	17,5*
Personnes dans les familles monoparentales, femme à leur tête	39,4*	33,8*	34,5*	31,1*	25,9*	21,5*	22,7*	18,3*	22,2*	22,4*	24,4*

Note : * À utiliser avec prudence, coefficient de variation > 16,6% et ≤ 33,3%.

Attention : il importe de prendre connaissance du fait qu'en plus des nouvelles données pour 2010, Statistique Canada a révisé toutes celles de 2006 à 2009, pondérées avec les données du recensement de 2006 comme il se doit (et non plus avec celles du recensement de 2001), pour les différents types d'unités familiales. Ces données diffèrent par conséquent de celles publiées auparavant. [Voir STATISTIQUE CANADA (2012a)].

Source : STATISTIQUE CANADA (2012b) ; compilation du CEPE, novembre 2012.

