

PRÉVENIR ET RÉDUIRE **les inégalités sociales de santé** DANS LES LAURENTIDES

Comprendre,

Partager,

S'engager



Faisons équipe pour changer les choses.....

Une publication de la
Direction de santé publique des Laurentides
Agence de la santé et des services sociaux
des Laurentides

1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6
Téléphone : 450 436-8622
Télécopieur : 450 436-1761
Courriel : courrier@rrsss15.gouv.qc.ca

Sous la direction de
D^r Éric Goyer

Coordination des travaux
Brigitte Durand

Comité scientifique
D^{re} Hélène Bélanger-Bonneau
Brigitte Durand
François Lapointe
Richard Paquin

Rédaction
Richard Paquin

Révision
Élise Prévost

Communications
Gilles Chaput
Annie-Claude Fafard
Myriam Sabourin

Conception et réalisation graphique
Evelyn Butt

Remerciements spéciaux
Jean Tremblay, INSPQ
Lise St-Germain,
Université du Québec en Outaouais
Campus Saint-Jérôme

**Merci à tous ceux et celles qui ont collaboré
de près ou de loin à la réalisation de ce rapport.**

Référence suggérée : **AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES**
Rapport du directeur de santé publique 2014 : **PRÉVENIR ET RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES
DE SANTÉ DANS LES LAURENTIDES**

Ce document est disponible en version intégrale, format PDF, sur le site Web de l'Agence de la santé et
des services sociaux des Laurentides

<http://www.santelaurentides.qc.ca/> sous l'onglet : Direction de santé publique



La reprographie à des **fins non commerciales** est
autorisée à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal :
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
ISBN : 978-2-89547-235-3 (PDF)

DANS CE TEXTE, LE GENRE MASCULIN DÉSIGNE AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES HOMMES LORSQU'IL Y A LIEU.

Chapitre 2

Partager

Convenir d'agir ensemble

25

Partager notre compréhension

27

Un modèle conceptuel d'intervention

27

- Agir sur les facteurs structurels
- Agir sur les périodes et circonstances de la trajectoire de vie

Partager nos hypothèses d'action

29

Agir sur les facteurs structurels qui modulent les conditions de vie

30

→ DÉFI 1 :

30

Adapter nos modes de gouvernance pour favoriser l'action intersectorielle visant la réduction des inégalités sociales de santé

→ DÉFI 2 :

32

Mieux connaître pour mieux agir

→ DÉFI 3 :

33

Mobiliser le capital social des communautés et consolider des aménagements favorables à l'amélioration des conditions de vie

Agir sur les périodes et circonstances qui affectent les trajectoires de vie

35

→ DÉFI 4 :

35

Intervenir le plus rapidement possible dans la trajectoire de vie et assurer aux enfants et aux jeunes des transitions réussies

→ DÉFI 5 :

37

Accentuer le soutien social aux populations en situation de vulnérabilité et leur offrir plus d'occasions de réussite

Chapitre 3

S'engager

Passer à l'action

39

Contribution de la santé publique des Laurentides

40

Ajuster les façons de faire de l'équipe de santé publique et agir de concert avec les partenaires pour la réalisation des moyens d'action ayant fait consensus

40

→ DÉFI 1 :

41

Adapter nos modes de gouvernance pour favoriser l'action intersectorielle visant la réduction des inégalités sociales de santé

→ DÉFI 2 :

42

Mieux connaître pour mieux agir

→ DÉFI 3 :

43

Mobiliser le capital social des communautés et consolider des aménagements favorables à l'amélioration des conditions de vie

→ DÉFI 4 :

44

Intervenir le plus rapidement possible dans la trajectoire de vie et assurer aux enfants et aux jeunes des transitions réussies

→ DÉFI 5 :

45

Accentuer le soutien social aux personnes en situation de vulnérabilité et leur offrir plus d'occasions de réussite

Conclusion

46

Références bibliographiques

47-48

ANNEXE Liste des partenaires consultés

49

Liste des figures

- FIGURE 1** La production et les conséquences des inégalités sociales de santé
- FIGURE 2** Carte de la région des Laurentides et de ses MRC
- FIGURE 3** Écarts de revenu à l'intérieur des territoires de RLS de la région des Laurentides, 2005
- FIGURE 4** Revenu moyen des familles monoparentales (avant impôts) selon le sexe du chef de la famille, région des Laurentides, 2005
- FIGURE 5** Revenu moyen des particuliers (après impôts) selon le sexe, région des Laurentides, 2006 et 2011
- FIGURE 6** Proportion de personnes en situation d'insécurité alimentaire modérée ou grave, région des Laurentides 2007-2008 et 2011-2012
- FIGURE 7** Proportion des ménages qui consacrent 30 % ou plus de leur revenu total aux coûts d'habitation, MRC de la région des Laurentides, 2011
- FIGURE 8** Positionnement des territoires de RLS selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale, région des Laurentides, 2006
- FIGURE 9** Variation du taux ajusté de mortalité prématurée (par 100 000 habitants) selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, région des Laurentides, 2004-2008
- FIGURE 10** Ratio des taux ajustés de mortalité prématurée des secteurs les plus défavorisés matériellement et socialement, sur ceux des secteurs les plus favorisés, selon la cause, région des Laurentides, 2004-2008
- FIGURE 11** Proportion de la population des territoires de RLS vivant dans les secteurs les plus défavorisés, région des Laurentides, 2006
Espérance de vie sans incapacité (hors institution) à la naissance selon le territoire de RLS, région des Laurentides, 2006
- FIGURE 12** Écarts selon le niveau de défavorisation pour des indicateurs relatifs à 5 périodes de la vie, région des Laurentides
- FIGURE 13** La démarche d'élaboration du rapport
- FIGURE 14** Modèle conceptuel sur les déterminants associés aux inégalités sociales de santé

Liste des sigles et abréviations

- CAR** Conférence administrative régionale
- CDC** Corporation de développement communautaire
- CISSS** Centre intégré de santé et de services sociaux
- CLE** Centre local d'emploi
- CRDSL** Conseil régional de développement social des Laurentides
- CRÉ** Conférence régionale des élus
- CSSS** Centre de santé et de services sociaux
- CSST** Commission de la santé et de la sécurité du travail
- DSP** Direction de santé publique (des Laurentides)
- ENM** Enquête nationale sur les ménages
- ESCC** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
- HLM** Habitation à loyer modique
- ICIDJE** Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants
- INSPQ** Institut national de santé publique du Québec
- ISQ** Institut de la statistique du Québec
- ISS** Inégalités sociales de santé
- MELS** Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
- MFA** Ministère de la Famille
- MRC** Municipalité régionale de comté
- MSSS** Ministère de la Santé et des Services sociaux
- OCDE** Organisation de coopération et de développement économiques
- OMS** Organisation mondiale de la Santé
- PAGSIS** Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale
- PAR** Plan d'action régional
- PREL** Partenaires pour la réussite éducative dans les Laurentides
- QEF** Québec en Forme
- RLS** Réseau local de services
- ROCL** Regroupement des organismes communautaires des Laurentides
- SIAA** Stratégie d'intervention *Agir autrement*
- TCNS** Table de concertation nationale en surveillance (INSPQ)
- SIPPE** Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance



Mot du directeur

Faisons équipe pour changer les choses

Les inégalités sociales sont une préoccupation importante pour mon équipe et moi puisqu'il est démontré qu'elles sont directement associées à un accroissement des problèmes de santé et même à une moins bonne espérance de vie.

En tant que directeur de santé publique, j'ai le mandat légal d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions les plus efficaces. Ce rapport a donc pour objectif de poser un regard sur les inégalités sociales de santé présentes dans notre région et de déterminer, au terme d'une démarche intersectorielle consensuelle, les interventions à privilégier pour les prévenir, les réduire et éviter de les accentuer.

Mais plus encore, et ce peu importe la structure administrative dans laquelle s'insère la Santé publique des Laurentides, j'ai tenu à ce qu'y soient inscrits les différents engagements que nous prenons, mon équipe et moi, afin de contribuer concrètement à cette cause.

Un peu partout à travers la région, de nombreuses actions sont déjà en œuvre afin de réduire les inégalités sociales. Nous nous joignons donc à tous les acteurs impliqués dans cette mission afin de contribuer avec eux à faire changer les choses. Par ailleurs, nous espérons sensibiliser notre communauté à cet enjeu et, par le fait même, rallier de nouveaux partenaires à notre démarche.

Mon souhait est le suivant : travailler de façon plus concertée avec tous les partenaires, afin que, tous ensemble, nous arrivions à agir plus efficacement sur les déterminants qui modulent les inégalités sociales de santé. Je suis persuadé que c'est en faisant équipe que nous arriverons à améliorer les environnements et les conditions qui permettront à toute la population de notre région de naître, grandir, vivre, travailler et vieillir en santé.

Dr Eric Goyer,
Directeur de santé publique des Laurentides

Introduction

*«Les inégalités tuent. Elles rendent malade, méfiant et malheureux.
Elles frappent toute la population d'une société inégalitaire... »*

Michel Venne et Nicolas Zorn, Institut du Nouveau-Monde, 2013

La population des Laurentides, en forte croissance, bénéficie de conditions de vie plutôt favorables comparées à celles de l'ensemble du Québec. Elle affiche d'ailleurs, de façon générale, un bon bilan de santé globale. Cela cache toutefois la présence, entre les diverses couches de la population, d'inégalités socioéconomiques qui ont des impacts directs sur la santé. S'il y a généralement moins de pauvreté que par le passé dans la région, il ne faut pas pour autant relâcher nos efforts pour réduire les inégalités qui persistent entre les groupes de population les mieux nantis et les plus démunis.

Il y a des inégalités dès la naissance et tout au long de la vie de chacun. Au bas de l'échelle sociale, les personnes en situation de défavorisation se voient limitées dans leur capacité à saisir les opportunités qui se présentent à elles afin d'améliorer leur sort, ou même sont empêchées de le faire, ce qui, à terme, se répercute sur leur santé. À l'inverse, les personnes qui occupent une position sociale privilégiée bénéficient en général, du fait même d'être favorisés, d'une plus grande capacité à saisir les occasions de réussites et, par conséquent à maintenir un niveau de vie qui leur assure un meilleur état de santé et une plus longue espérance de vie. Les inégalités sociales de santé (ISS) se distribuent selon un **gradient social**, c'est-à-dire que la fréquence des problèmes de santé augmente régulièrement, des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées.

La santé publique a pour responsabilité d'agir pour maintenir ou améliorer la santé de la population. Elle se préoccupe du bien commun dans une perspective communautaire, notamment en mettant l'accent sur les déterminants sociaux. Elle se distingue en cela de la pratique biomédicale, axée sur la santé de l'individu, dont elle est complémentaire. Il est donc primordial, pour le directeur de santé publique des Laurentides, de se pencher sur les inégalités sociales de santé de sa région et de travailler à les réduire. Il va de soi que l'équipe de santé publique ne peut, à elle seule, mener à bien ce travail, qui implique nécessairement la contribution de plusieurs secteurs de la collectivité. C'est pourquoi ce rapport ne pouvait se concevoir sans faire appel aux différentes organisations qui interviennent auprès de la population, en particulier auprès des plus défavorisés.

Le gradient social

« Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données démontrent qu'en général, plus un individu occupe une position socioéconomique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socioéconomique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. **Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun** » (OMS, *Commission des déterminants sociaux de la santé*, 2008).

Travailler ensemble à réduire les inégalités dans les Laurentides

Le directeur de santé publique a donc mené une large consultation auprès des acteurs socioéconomiques de notre région (voir la liste complète en annexe) qui seront désignés, dans ce document, sous le terme de **partenaires**. La majorité d'entre eux, de par leur emploi ou leurs activités bénévoles, s'impliquent déjà à divers degrés dans des programmes ou projets susceptibles de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé.

Il ne suffit pas de sensibiliser aux effets des inégalités sociales sur les inégalités de santé et de dresser le portrait de notre réalité régionale à cet égard : par-delà les constats partagés, ce rapport vise surtout à mobiliser les différents partenaires dans une démarche qui permettra d'ajuster les interventions de chacun afin d'agir efficacement, et de façon concertée, pour la réduction des ISS.

Les consensus auxquels nous sommes parvenus au terme de la consultation sont une force qui nous permet maintenant d'aller de l'avant avec l'assurance que tous les partenaires s'entendent sur le « quoi » et le « comment » faire ensemble. C'est le grand avantage de ce rapport. S'il est riche des savoirs, perceptions et préoccupations des personnes consultées, le rapport reflète également leur champ de connaissance et d'expertise sur les ISS, qui se concentre particulièrement sur les groupes les plus défavorisés, en raison de leurs grands besoins. Cela explique que le rapport s'attarde moins aux autres groupes, dont il faut rappeler qu'ils sont eux aussi touchés par les ISS.

Une démarche en trois phases : comprendre, partager, s'engager



Notre démarche a procédé selon trois phases, dont chacune fait l'objet d'un chapitre de ce rapport. Le premier chapitre, *Comprendre*, fait état des connaissances disponibles pour expliquer ce qu'on entend par inégalités sociales de santé et montre comment ces inégalités se manifestent dans notre région. Le deuxième, *Partager*, propose un modèle conceptuel qui précise nos cibles d'intervention et présente nos hypothèses de collaboration autour de pistes d'action précises qui ont fait consensus entre les partenaires consultés. À la lumière de ces deux premières étapes, le directeur de santé publique formule ses propres engagements à l'égard des interventions privilégiées, en tant qu'acteur principal ou en soutien aux partenaires, ce qui fait l'objet du troisième chapitre, *S'engager*. Ces engagements sont à la fois l'aboutissement de la démarche et le point de départ d'actions nouvelles ou enrichies pour prévenir et réduire les inégalités sociales de santé dans la région des Laurentides.





CHAPITRE 1 Comprendre

Mieux comprendre pour guider l'action

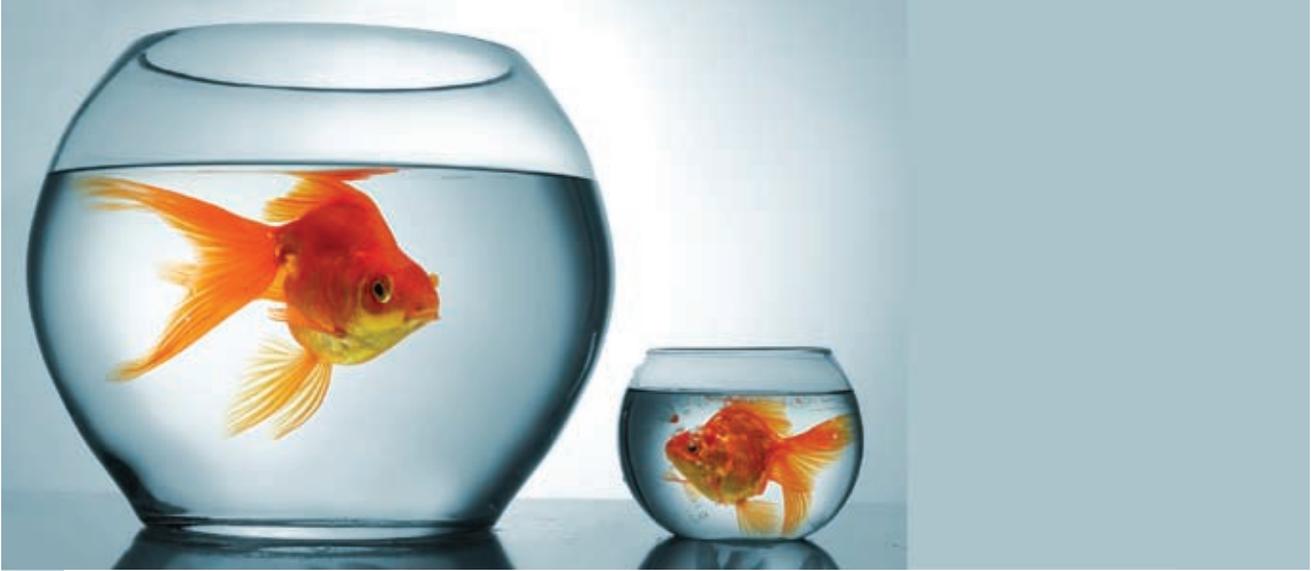
Sommaire

Bien comprendre l'effet des inégalités sociales sur la santé, connaître le plus précisément possible la situation de la région à cet égard, voilà la base indispensable sur laquelle fonder nos actions pour mieux contribuer à les prévenir ou les réduire. De nombreuses études québécoises, canadiennes et internationales montrent que les conditions sociales et économiques dans lesquelles nous vivons ont une influence déterminante sur notre santé. Favorables, elles nous permettent de nous développer de façon optimale, et donc de jouir de meilleures chances de vivre en santé. Défavorables, elles compromettent notre développement : notre vie est alors parsemée de difficultés qui peuvent nuire à notre santé, et cela dès le plus jeune âge. Plusieurs chercheurs affirment que les écarts socioéconomiques entre les différentes couches de la société ont, en eux-mêmes, un impact négatif sur la santé, en raison de la piètre estime de soi et de l'absence de contrôle sur sa vie qu'ils peuvent engendrer. On peut donc en conclure que les inégalités sociales créent les inégalités de santé, d'où le concept d'inégalités sociales de santé.

Dans les Laurentides, malgré une situation socioéconomique généralement favorable, les données sur les revenus montrent de grandes disparités entre les territoires et à l'intérieur de ceux-ci, et également entre les femmes et les hommes. Au-delà des statistiques, tous les partenaires consultés s'accordent pour dire que les inégalités socioéconomiques sont bien présentes dans la région. Vivant pourtant dans une société plutôt favorisée, un grand nombre d'individus et de familles ne disposent pas d'un revenu suffisant pour se nourrir, se vêtir et se loger adéquatement. Certains, comme les personnes itinérantes ou les autochtones, connaissent la marginalisation et même l'exclusion, ce qui entrave gravement leur accès aux ressources et services. D'autres se retrouvent en situation précaire en raison d'une perte d'emploi, d'une sépa-

ration, d'un surendettement ou d'autres bouleversements survenus dans leur vie. Nos données statistiques ne reflètent pas toujours avec assez d'acuité ces changements rapides du tissu social et certains phénomènes complexes liés aux migrations et à la villégiature; ce qui rend difficile une analyse fine de la situation. Par ailleurs, lorsqu'on compare défavorisation matérielle et défavorisation sociale, on observe qu'elles se combinent différemment suivant les dynamiques urbaine et rurale. La vulnérabilité aux problèmes de santé est plus présente là où les deux dimensions de défavorisation se combinent à un taux élevé, ce que confirment clairement deux importants indicateurs de la santé de la population que sont le taux de mortalité prématurée et l'espérance de vie sans incapacité.

Du fait même de leur défavorisation, des milliers de personnes de notre région se trouvent donc en situation de vulnérabilité face aux problèmes de santé. Mais nous pouvons agir, mettre nos efforts en commun pour améliorer les conditions de vie et apporter du soutien social, notamment en misant sur le potentiel des communautés.



Qu'entendons-nous par inégalités sociales de santé (ISS) et comment se manifestent-elles dans notre région? Pour répondre à ces questions, nous nous sommes appuyés, d'une part, sur une revue de littérature, sur des travaux réalisés dans d'autres régions et sur des échanges avec des experts régionaux, provinciaux et internationaux; d'autre part, sur notre connaissance de la région des Laurentides, obtenue à partir des statistiques et des observations partagées par les partenaires au cours de la consultation.

Les inégalités sociales entraînent des inégalités de santé

L'état de santé d'une population est largement tributaire des conditions sociales et économiques qui modulent son mode de vie. En effet, un milieu sain et sécuritaire, un accès facile à l'éducation et aux soins de santé, des emplois de qualité, des revenus suffisants, ainsi que des services collectifs adéquats sont autant de facteurs qui vont permettre aux personnes de se développer de façon optimale, et de maintenir et d'améliorer leur santé.

Cependant, tout comme à l'échelle mondiale, au Québec et dans notre région, tous ne naissent pas égaux et n'ont pas les mêmes chances de se développer et d'accéder à ces conditions de vie intéressantes. Les inégalités sociales ont d'ailleurs tendance à augmenter dans les démocraties avancées, incluant le Canada, selon un rapport rendu public en octobre 2008 par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Or, **l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) établit une corrélation étroite entre le statut social et l'état de santé, ce qui conduit à ce constat : les inégalités sociales créent des inégalités de santé.** Le concept d'« inégalités sociales de santé », qui fait l'objet de ce rapport, est maintenant largement utilisé pour traduire cette réalité.

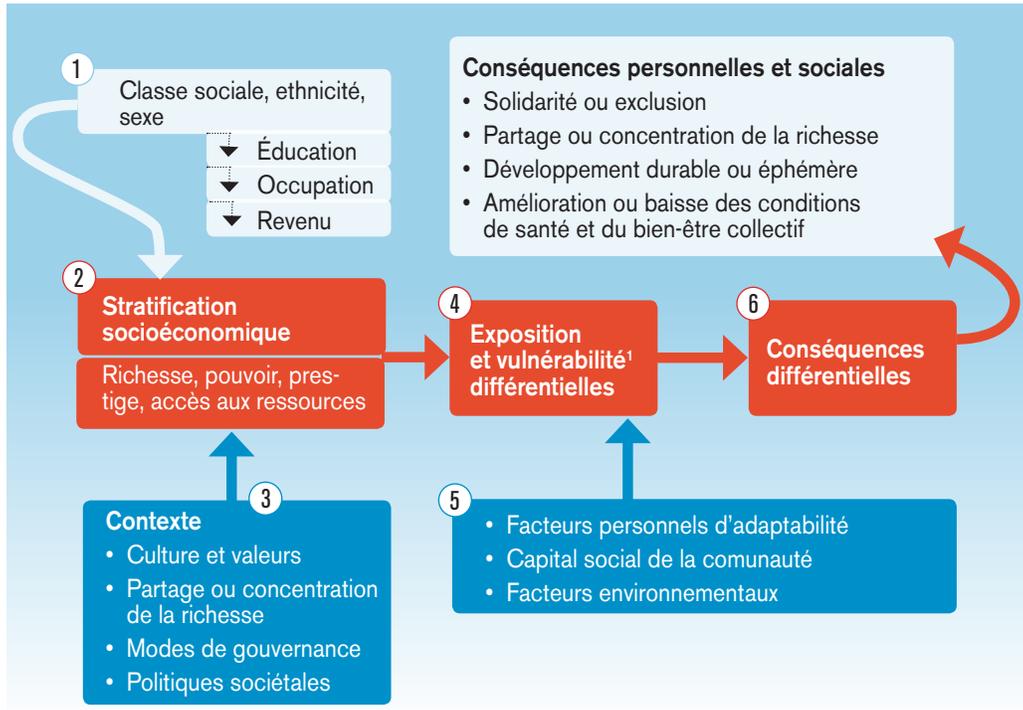
La production des inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé sont le produit de différences entre les groupes qui occupent des positions inégales dans la hiérarchie sociale en fonction de leur richesse, de leur pouvoir et de leur prestige. Les ISS ne touchent pas seulement les individus au bas de l'échelle ou ayant des facteurs de vulnérabilité et ne se réduisent pas à la seule question de la pauvreté. Elles se distribuent selon le gradient social, c'est-à-dire à tous les niveaux de l'échelle sociale. Comme le souligne l'OMS, le souci d'équité, inhérent à la réduction des ISS, induit donc des actions sur tous les paliers du [gradient social](#).

Les ISS sont inscrites dans l'histoire des sociétés, dans l'organisation du travail, dans les rapports entre les sexes, ainsi que dans la vive compétition qui caractérise notre société actuelle.

FIGURE
1

LA PRODUCTION ET LES CONSÉQUENCES DES INÉGALITÉS DE SANTÉ



1 Dans ce schéma, le terme **vulnérabilité** exprime la probabilité pour une population de se trouver dans une situation précaire en raison des menaces aux personnes (perte d'autonomie, atteinte à l'intégrité et à la dignité, isolement, exclusion), aux environnements et milieux de vie (insécurité, insalubrité, viabilité et durabilité compromises), ou aux conditions de vie (statut précaire, faible revenu, logement inadéquat, mobilité réduite, accessibilité limitée aux ressources et services).

Comme l'illustre la figure 1, les inégalités de naissance ① (classe sociale, ethnicité, sexe) inscrivent très tôt dans la vie une inégalité potentielle d'accès à une éducation et des occupations de qualité et à des revenus élevés. Cette première inégalité prépare le terrain à une **stratification socioéconomique** modelée par des inégalités de richesse, de pouvoir, de prestige et d'accès aux ressources ②. Toutefois, ces inégalités peuvent être atténuées ou amplifiées selon le contexte politique, la culture et les valeurs de la société ③. Ainsi, les principes démocratiques et le souci d'équité, inscrits dans nos politiques publiques et nos modes de gouvernance, peuvent contribuer à réduire ces premières inégalités. Mais le fait demeure

que la combinaison de la stratification sociale et du contexte plus ou moins favorable à l'équité sociale se traduit par une **exposition aux risques** et une **vulnérabilité** différentielles selon les groupes à statut socioéconomique différent ④. Par ailleurs, les facteurs personnels d'adaptabilité, le capital social de la collectivité, ainsi que des environnements adéquats et des ressources abordables et facilement accessibles ⑤ peuvent atténuer cette vulnérabilité et avoir des effets bénéfiques sur la sécurité, la stabilité et la cohésion sociale et, par conséquent, sur la santé et le bien-être de toutes les couches de population de cette collectivité ⑥.

Plus pauvres, donc plus malades

La maxime qui dit que « mieux vaut être riche et en santé que pauvre et malade » évoque, par l'absurde, le lien qui existe entre les conditions socioéconomiques et la santé. Voici quelques constats tirés d'études québécoises, canadiennes ou internationales, qui montrent clairement ce lien qui s'inscrit très tôt dans la vie d'une personne :

- naître pauvre entraîne un risque plus élevé d'avoir un poids insuffisant à la naissance, de souffrir de problèmes d'asthme ou d'otites, de faire de l'embonpoint dès l'âge de six ans ou d'avoir une mauvaise santé dentaire (MSSS, *Riche de tous nos enfants*, 2009);
- les enfants et les jeunes des familles pauvres courent un plus grand risque d'être hospitalisés, au point que si tous les jeunes affichaient les mêmes taux d'hospitalisation que les plus favorisés, on compterait chaque année au Québec 13 500 hospitalisations de moins (MSSS, *Riche de tous nos enfants*, 2009);
- l'impact des inégalités sociales et économiques est réperable dans presque toutes les causes de décès et à peu près dans tous les types de maladie (MSSS, *La réduction des ISS*, 2001);
- les écarts entre les revenus au sein d'une population sont inversement proportionnels à l'espérance de vie moyenne (Bibeau et Fortin, 2008);
- le taux de dépression sévère est 17 fois plus important chez les bénéficiaires du revenu minimum que dans la population générale (Bégin, 2009).

Des effets sur les comportements

Les inégalités socioéconomiques ont aussi des effets sur les comportements des personnes. Elles entraînent notamment un isolement, un repli sur soi et une vulnérabilité aux risques, susceptibles à leur tour de nuire à la santé. Par exemples, les personnes les plus vulnérables :

- sont hésitantes et se montrent souvent méfiantes quant aux services de consultation offerts par les établissements publics (Boisguérin, Després et al, 2010);
- fréquentent moins les services de garde (Boisguérin, Després et al, 2010);
- déclarent plus souvent avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières (Boisguérin, Després et al, 2010);
- adoptent des habitudes de vie plus dommageables à leur santé (tabagisme, alcoolisme, mauvaise alimentation, comportements sexuels à risque, etc.) en raison même du contexte d'adversité et du stress quotidien (Bouchard, Gilbert et al, 2006).

Fait à souligner, en raison de la présence de communautés amérindiennes dans notre région, des études canadiennes indiquent que les facteurs de risque sociaux et économiques auxquels sont exposés les autochtones les mettent dans une situation de vulnérabilité plus grande à l'égard de leur santé, par rapport au reste de la population. Ainsi, le taux de mortalité infantile est 1,5 fois plus élevé chez les Premières nations que parmi la population canadienne (Conseil canadien de la santé, 2011); dans une collectivité autochtone, un homme meurt 7,4 ans plus tôt et une femme 5,2 ans plus tôt qu'un Canadien ou une Canadienne non autochtone (Loppie et Wien, 2009).

... dans toutes les sphères de la vie

On peut affirmer que, somme toute, les inégalités socioéconomiques ont des effets dans toutes les sphères de l'existence. Directement ou indirectement, ces effets ont une incidence sur la santé. Notons entre autres que :

- les jeunes des familles à faible revenu sont deux à trois fois plus nombreux à éprouver des troubles d'apprentissage et trois à quatre fois plus nombreux à éprouver des retards scolaires comparativement aux jeunes des familles plus aisées (Arcand, 2008);
- même en emploi, les travailleurs de statut socioéconomique plus défavorisé connaissent davantage d'expositions aux contraintes biomécaniques² du travail ainsi qu'à certaines contraintes organisationnelles (MSSS, *Le travail, un déterminant important de la santé*, 2012).

« La mortalité est toujours plus précoce et la morbidité plus présente lorsque l'on est au bas de l'échelle sociale ».

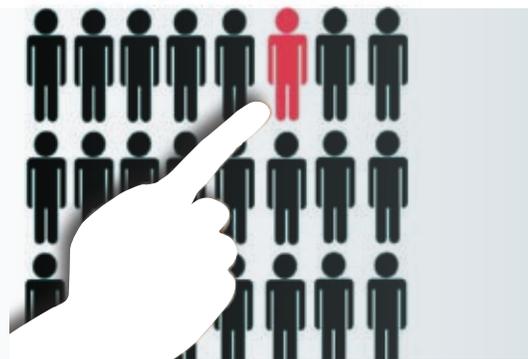
Marmot M. et Wilkinson RG. *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, 1999.

² Les contraintes musculaires associées au poids et aux postures, qu'impose l'usage d'outils fréquemment utilisés.

Le risque de stigmatisation lié aux activités de santé publique

Une préoccupation éthique revêt beaucoup d'importance en santé publique, soit celle d'éviter, autant que possible, de stigmatiser par nos interventions mêmes, des personnes et des groupes en situation de vulnérabilité. Au regard de la santé, la stigmatisation se produit lorsqu'un individu ou un groupe est étiqueté parce qu'il présente des problèmes de santé jugés évitables ou qu'il pourrait contrôler, comme l'obésité ou le tabagisme, ou encore parce qu'il présente des caractéristiques socialement dévaluées ou réprouvées associées, à tort ou à raison, à ces problèmes de santé. Ces caractéristiques peuvent être liées, entre autres, à la race, au genre, au statut socioéconomique, aux comportements et aux habitudes de vie. Il se crée alors une représentation sociale négative de ces personnes, qui porte atteinte à leur estime de soi, à leur statut social, qui peut limiter leur accès aux soins et services, à l'emploi et au logement, et, à terme, les rendre plus vulnérables aux problèmes de santé. La stigmatisation peut donc ainsi renforcer les inéga-

tés sociales de santé déjà présentes. Les activités de santé publique, surtout celles liées à la promotion des saines habitudes de vie et de comportements favorables à la santé jugés socialement positifs, peuvent avoir pour effet de stigmatiser des personnes et des groupes qui n'y adhèrent pas. Ce risque, sur le plan éthique, est à prendre en compte et à évaluer soigneusement.



Les inégalités sociales de santé dans les Laurentides

Les effets des inégalités socioéconomiques sur la santé et le bien-être de la population amènent le directeur de santé publique à prendre la mesure de ces inégalités dans la région des Laurentides et à agir en conséquence. L'équipe de santé publique et ses partenaires disposent de nombreuses données et statistiques qui montrent des écarts de santé en lien avec la défavorisation matérielle et sociale. Au-delà des chiffres et tableaux, l'observation et l'expérience des intervenants sur le terrain apportent une connaissance des réalités socioéconomiques dont il faut aussi tenir compte. Cette section présente les données et les observations les plus significatives pour bien comprendre la situation régionale afin d'investir nos efforts le plus judicieusement possible, c'est-à-dire là où ils auront les plus grandes chances d'avoir une portée positive pour réduire les inégalités sociales de santé.

Une brève description de la région

En 2013, 577 017 personnes habitent la région des Laurentides, ce qui représente environ 7 % de la population du Québec. La région se démarque par une croissance démographique parmi les plus fortes de la province. Cette croissance est due surtout à la migration interrégionale. Les trois quarts de la population de la région vivent dans les trois territoires de réseaux locaux de services (RLS)³ les plus au sud⁴. Il s'agit d'un secteur plus densément peuplé faisant partie de la grande région de Montréal et à vocation largement résidentielle. Il y subsiste des zones agricoles assez importantes. Les territoires plus à l'ouest

et au nord⁵ ont davantage un caractère rural et sont constitués d'agglomérations de petite taille (moins de 15 000 habitants). Leur développement s'appuie largement sur les secteurs récréotouristique et forestier. Aussi, une forte population touristique et saisonnière s'ajoute aux résidents permanents de ces territoires, particulièrement dans les Pays-d'en-Haut et les Laurentides. Les territoires des Pays-d'en-Haut et de la Rivière-du-Nord–Mirabel-Nord connaissent la plus forte croissance due à la migration de nouveaux résidents.

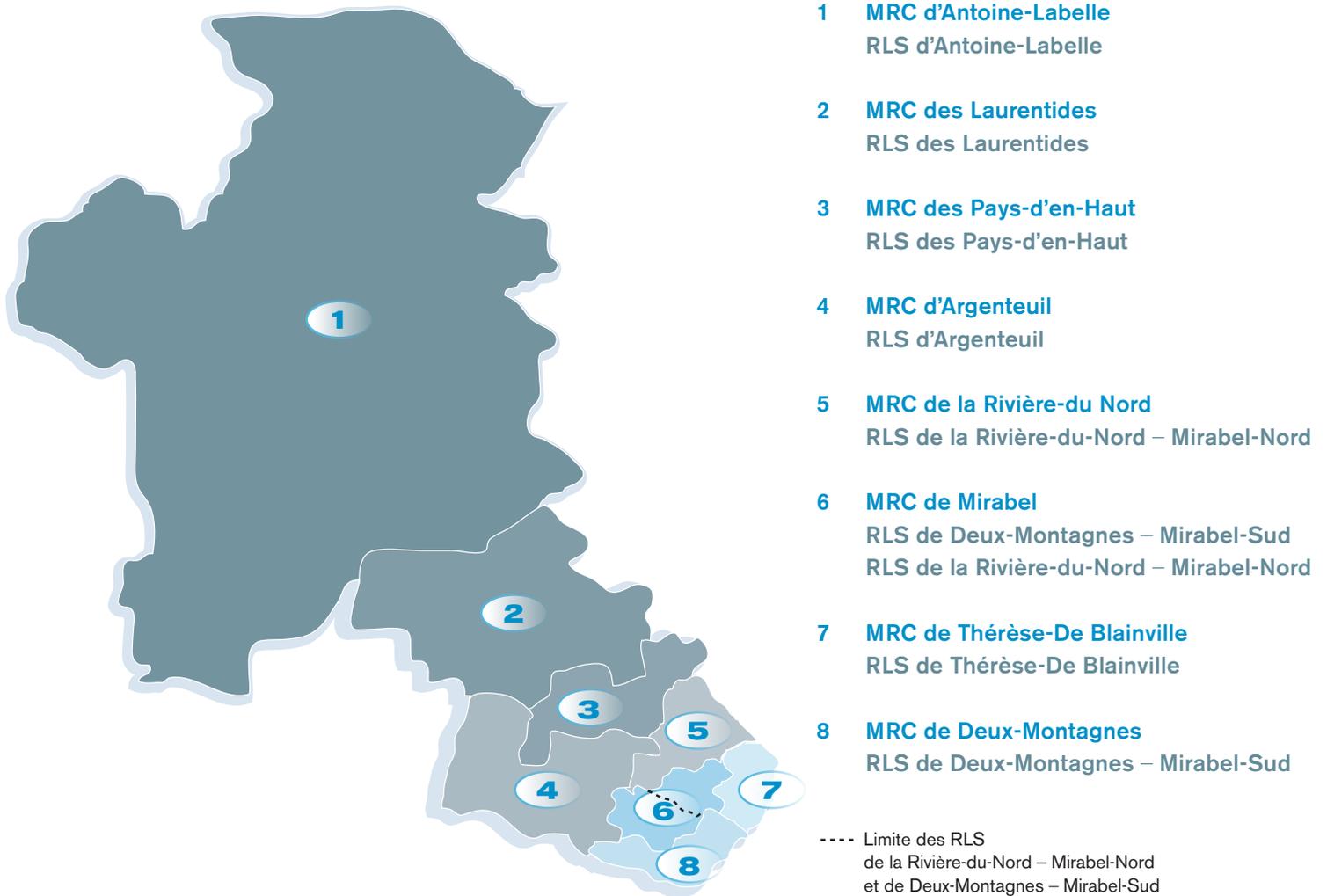
³ La plupart des données mentionnées dans le rapport sont présentées selon le découpage territorial des réseaux locaux de services (RLS), propre au réseau de la santé et des services sociaux. Ce découpage ne rend pas compte de la réalité sociale avec toute la finesse que l'on pourrait souhaiter et n'est pas toujours adapté aux besoins de partenaires, notamment le réseau scolaire, mais malgré ses limites, il permet d'obtenir un portrait éloquent des inégalités.

⁴ RLS de Deux-Montagnes – Mirabel-Sud, de Thérèse-De Blainville et de la Rivière-du-Nord – Mirabel-Nord.

⁵ RLS d'Antoine-Labelle, des Laurentides, des Pays-d'en-Haut et d'Argenteuil.

FIGURE
2

CARTE DE LA RÉGION DES LAURENTIDES ET DE SES MRC



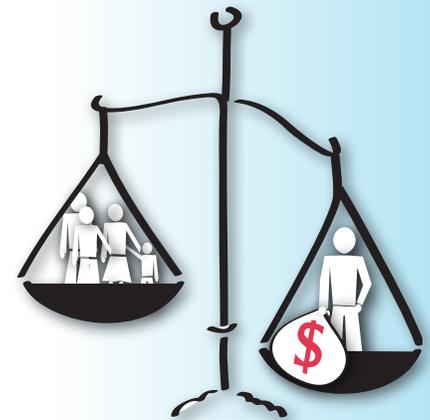
Les territoires des réseaux locaux de services (RLS) correspondent aux territoires des MRC, à l'exception de la MRC de Mirabel qui est rattachée pour sa partie nord au RLS de la Rivière-du-Nord, et pour sa partie sud au RLS de Deux-Montagnes.

Malgré les apparences, des écarts socioéconomiques importants

Globalement, la région des Laurentides bénéficie de conditions socioéconomiques plutôt favorables comparées à celles de l'ensemble du Québec. Le revenu moyen s'est accru au cours de la décennie 1995-2005 et la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu a diminué de façon substantielle. Toutefois, les données récentes sur notre région (2011) nous indiquent que certaines catégories de la population vivent des situations difficiles, susceptibles de les rendre plus vulnérables face aux risques à leur santé :

- plus de 78 000 personnes (14,3 % de la population) ont un seuil de faible revenu (Statistique Canada, ENM 2011);
- environ 61 000 personnes de 15 ans et plus (18,3 % de ce groupe) travaillent à temps partiel ou une partie seulement de l'année (Statistique Canada, ENM 2011);
- plus de 21 000 personnes bénéficient de programmes d'assistance sociale incluant plus de 5 000 enfants (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2014);
- 106 000 personnes de 15 ans et plus (23,5 % de ce groupe) n'ont pas de certificat ou diplôme d'études secondaires. Parmi elles, 6 060 (13,3 %) sont en chômage (Statistique Canada, ENM 2011);
- 24 900 locataires (39 % de ce groupe) consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement (Statistique Canada, ENM 2011);
- 38 % des femmes vivant seules et 33 % des femmes, chefs de famille monoparentale, ont de faibles revenus (Statistique Canada, recensement 2006);
- le revenu moyen des femmes (après impôts) est inférieur de 9 000 \$ à celui des hommes (Statistique Canada, ENM 2011);
- le revenu moyen des résidents de la MRC matériellement la moins favorisée est inférieur de 8 000 \$ par rapport à celui des résidents de la MRC la plus favorisée (Statistique Canada, ENM 2011);
- au sein de la MRC matériellement la plus favorisée, il y a un écart de plus de 25 000 \$ entre le groupe le plus favorisé et le groupe le plus défavorisé (Statistique Canada, recensement 2006).

Il faut mentionner ici la situation de certaines communautés vivant dans les Laurentides pour lesquelles nous ne disposons pas de données régionales, mais au sein desquelles les partenaires ont observé des situations de défavorisation et de vulnérabilité, en particulier les communautés autochtones et juives hassidiques et les immigrants récents.



Des inégalités de revenu dans les territoires et entre eux

À l'intérieur de chaque territoire de RLS, l'écart entre le revenu moyen du cinquième de la population (quintile) le plus riche et celui du plus pauvre varie entre 12 000 \$ (Antoine-Labelle) et plus de 34 000 \$ (Thérèse-De Blainville); l'écart moyen, pour la région, est de plus de 25 000 \$.

La figure 3 montre aussi des disparités entre les RLS, le revenu moyen du quintile le plus riche passant de 32 000 \$ (Antoine-Labelle) à 60 000 \$ (Thérèse-De Blainville), et le revenu moyen du quintile le plus pauvre variant de près de 20 000 \$ (Antoine-Labelle) à plus de 26 000 \$ (Pays-d'en-Haut).

RLS	Quintile 1	Quintile 5	Écart
Deux-Montagnes - Mirabel-Sud	41 901 \$	25 031 \$	16 870 \$
Rivière-du-Nord - Mirabel-Nord	41 031 \$	22 296 \$	18 735 \$
Thérèse-De Blainville	60 640 \$	25 985 \$	34 655 \$
Antoine-Labelle	32 121 \$	19 889 \$	12 232 \$
Pays-d'en-Haut	52 228 \$	26 408 \$	25 820 \$
Laurentides	36 633 \$	21 819 \$	14 814 \$
Argenteuil	33 535 \$	21 211 \$	12 324 \$
Région des Laurentides	48 704 \$	23 069 \$	25 635 \$

Quintile 1 : Revenus les plus élevés
Quintile 5 : Revenus les moins élevés

Source : Statistique Canada,
recensement 2006.

Des inégalités entre les femmes et les hommes

La situation socioéconomique des femmes est généralement moins favorable que celle des hommes (figures 4 et 5). D'ailleurs, ce sont majoritairement les femmes qui sont chefs de famille monoparentale et souvent avec un faible revenu.

FIGURE
4

REVENU MOYEN DES FAMILLES
MONOPARENTALES (AVANT IMPÔTS)
SELON LE SEXE DU CHEF DE LA FAMILLE,
RÉGION DES LAURENTIDES, 2005

Masculin	Féminin	Écart
58 320 \$	40 136 \$	18 184 \$

Source : Statistique Canada, recensement 2006.



FIGURE
5

REVENU MOYEN DES PARTICULIERS
(APRÈS IMPÔTS) SELON LE SEXE,
RÉGION DES LAURENTIDES,
2006 ET 2011

Année	Hommes	Femmes	Écart
2006	30 032 \$	22 552 \$	7 480 \$
2011	35 338 \$	25 961 \$	9 377 \$

Sources : Statistique Canada, recensement 2006 et Enquête nationale sur les ménages (ENM) 2011.

Mise en garde : Le taux de non-réponse de l'ENM est plus élevé dans certains secteurs ruraux qui présentent des conditions socioéconomiques moins favorables que l'ensemble de la région, notamment en matière de revenu, de scolarité et de situation de vie (personnes vivant seules). Il faut tenir compte des risques de biais qui en découlent dans l'interprétation des données.

Ce portrait des inégalités doit prendre en compte les limites de nos données statistiques et de nos interprétations ou analyses. Ainsi, les écarts de revenus entre les territoires et à l'intérieur de ceux-ci présentent certaines distorsions qui nous sont signalées par les intervenants. Par exemple, dans les nombreux secteurs de villégiature situés autour des lacs, du fait que les statistiques ne tiennent pas compte des propriétaires de résidences secondaires, des écarts importants entre ces derniers et la population locale, souvent moins bien nantie, ne sont pas relevés. Ce phénomène, appelé familièrement le « beigne » autour des lacs, entraîne entre autres une augmentation du coût de la vie qui pénalise les résidents moins fortunés.

Les migrations transforment le tissu social

Par ailleurs, d'autres témoignages recueillis dans notre région apportent un nouvel éclairage sur la transformation du tissu social due aux migrations qui amènent de nouvelles populations dans les Laurentides. Tout en reconnaissant les avantages liés à ces migrations, on constate qu'elles ont un impact sur le sentiment d'appartenance et provoquent un nouveau rapport de force entre anciens et nouveaux résidents, qui mettent en relief les inégalités socioéconomiques. La pauvreté s'est accrue en complexité et elle est vécue plus durement.

Dans les MRC récréotouristiques, l'installation permanente de personnes retraitées fait grimper le taux de personnes âgées. Dans le secteur de Mont-Tremblant, un autre phénomène qui est le développement massif axé sur le tourisme de luxe, a repoussé à l'extérieur une partie de la population d'origine, notamment à cause du prix élevé des logements.

Ailleurs, au centre et au sud de la région, les intervenants en développement social constatent que la rapide croissance démographique, due principalement à l'arrivée de jeunes familles, a transformé leur milieu, et ce, pas toujours en faveur de l'amélioration des conditions de vie des individus les plus pauvres. L'augmentation rapide et continue des projets de développement domiciliaire en est l'exemple le plus frappant. Positive mais parfois aussi négative, cette évolution a une incidence sur les dimensions du développement social et économique des communautés (revenu, emploi, habitation, infrastructures publiques, accès aux services, transport, etc.). On remarque entre autres l'absence de projets de logements locatifs dans plusieurs schémas d'aménagement municipaux, ce qui a pour effet d'exclure des nouveaux quartiers les personnes moins bien nanties.

La forte croissance démographique de notre région est vue comme un changement qui va influencer sur le développement social dans tous les territoires de la région.

Nouveaux visages de la pauvreté

La région des Laurentides n'échappe pas aux transformations qui affectent l'économie et les conditions de vie partout dans le monde, et aux conséquences qu'elles entraînent. Ici, dans un contexte d'abondance de biens, la pauvreté, toujours présente, apparaît souvent sous de nouveaux visages qu'il faut savoir reconnaître.

La Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale définit la pauvreté comme « la condition dans laquelle se trouve un être humain qui est privé des ressources, des moyens, des choix et du pouvoir nécessaires pour acquérir et maintenir son autonomie économique et pour favoriser son intégration et sa participation à la société ».

La personne pauvre en emploi

Longtemps, l'idée qu'on se faisait d'une personne pauvre a été celle d'une personne sans emploi bénéficiaire de l'aide sociale. Cependant, la précarisation du marché du travail a transformé cette description. En effet, un nouveau statut de pauvreté s'est accentué depuis quelques années, soit celui de la personne pauvre en emploi, appelée *working poor* dans la littérature anglaise. Il s'agit du statut des individus qui travaillent tout en restant sous le seuil de revenu jugé adéquat, en raison d'un emploi à bas salaire, à durée limitée ou à temps partiel. Dans les Laurentides, on retrouve ce type d'emploi saisonnier et souvent précaire dans plusieurs secteurs d'activité importants, comme le tourisme, la restauration ou la vente au détail.



La précarité des conditions de vie

Si les bas revenus sont la cause la plus directe de la pauvreté, l'appauvrissement résulte souvent aussi de la précarité des conditions de vie et de travail (Niska, 2012). Des événements peuvent être à l'origine de cette précarité tels que : séparation, décès d'un proche, maladie, retraite, dépendance, violence, abus ou négligences, déménagement, isolement, surendettement ou encore absence de liens sociaux. Du jour au lendemain, un individu peut ainsi se retrouver privé des ressources et des moyens nécessaires pour subvenir à ses besoins et jouer son rôle social. Les organismes signalent, par exemple, que des victimes du surendettement s'ajoutent aux clientèles traditionnelles des banques alimentaires.

L'insécurité alimentaire frappe durement

La pauvreté est un résultat de multiples privations d'état et d'agir.



Les coûts élevés du logement

Il est généralement reconnu qu'un ménage privé qui consacre 30 % ou plus de son revenu annuel aux frais de logement peut avoir à réduire ses autres dépenses essentielles comme la nourriture, le transport, les vêtements et l'éducation. Le montant qu'un ménage consacre à l'habitation détermine non seulement la qualité de son logement, mais également le choix de la communauté ou du quartier dans lequel se trouve ce logement. Les coûts d'habitation ont une incidence sur le revenu disponible, l'accès à l'emploi et aux services, l'état de santé et l'inclusion générale dans la société (DSP des Laurentides, Fiche Regard Santé 2013).

Contrecoup de revenus insuffisants ou de conditions de vie précaires, l'insécurité alimentaire frappe, en effet, de plus en plus durement. Les organismes de dépannage alimentaire constatent une augmentation significative des demandes d'aide qui leur sont adressées. Les données statistiques corroborent ce constat. Dans les ménages de la région des Laurentides, en 2011-2012, 6,5 % de la population de 12 ans et plus vivaient en situation d'insécurité alimentaire modérée ou grave. Cela représente près de 25 000 personnes. Parmi celles-ci, environ 6 700 vivaient en situation d'insécurité alimentaire grave, soit près de 1,5 % de la population totale. Ces proportions sont comparables à celle du Québec.

FIGURE 6

PROPORTION DE PERSONNES EN SITUATION D'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE MODÉRÉE OU GRAVE, RÉGION DES LAURENTIDES 2007-2008 ET 2011-2012

Années	Proportion (%) de personnes en situation d'insécurité alimentaire		
	modérée	grave	modérée et grave
2007-2008	3,4	1,3	4,7
2011-2012	5,0	1,5	6,5

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-208, 2011-2012.

FIGURE 7

PROPORTION (%) DES MÉNAGES QUI CONSACRENT 30 % OU PLUS DE LEUR REVENU TOTAL AUX COÛTS D'HABITATION, MRC DE LA RÉGION DES LAURENTIDES, 2011

Territoire de MRC	Ménages locataires	Ménages propriétaires
Deux-Montagnes	39,6	14,6
Thérèse-De Blainville	36,3	14,5
Mirabel	33,8	15,3
Rivière-du-Nord	40,5	17,7
Argenteuil	37,0	19,4
Pays-d'en-Haut	44,6	20,3
Laurentides	41,8	18,0
Antoine-Labelle	42,1	14,8
Région des Laurentides	39,2	16,4

Source : Enquête nationale sur les ménages, 2011.

L'itinérance : bien réelle, mais cachée

Selon les intervenants cités dans une recherche portant sur le développement social dans notre région (Niska, 2012), l'itinérance s'accroît dans les Laurentides. Elle revêt de multiples visages et présente divers niveaux de gravité. Les intervenants en parlent comme d'un phénomène déjà bien ancré dans le portrait des villes des secteurs centre et sud, à Saint-Jérôme en particulier, où l'errance en milieu urbain s'apparente à celle vécue à Montréal, même si elle est moins évidente. On observe parallèlement un autre type d'itinérance, l'errance rurale, qu'il faut appréhender différemment. En effet, en milieu rural, les personnes sans domicile fixe réussissent, non sans difficultés, à trouver un refuge temporaire, par exemple, chez des amis, dans un motel, dans un camping ou même en « squattant » un chalet. Cette caractéristique rend le phénomène invisible, dilué et difficile à cerner.



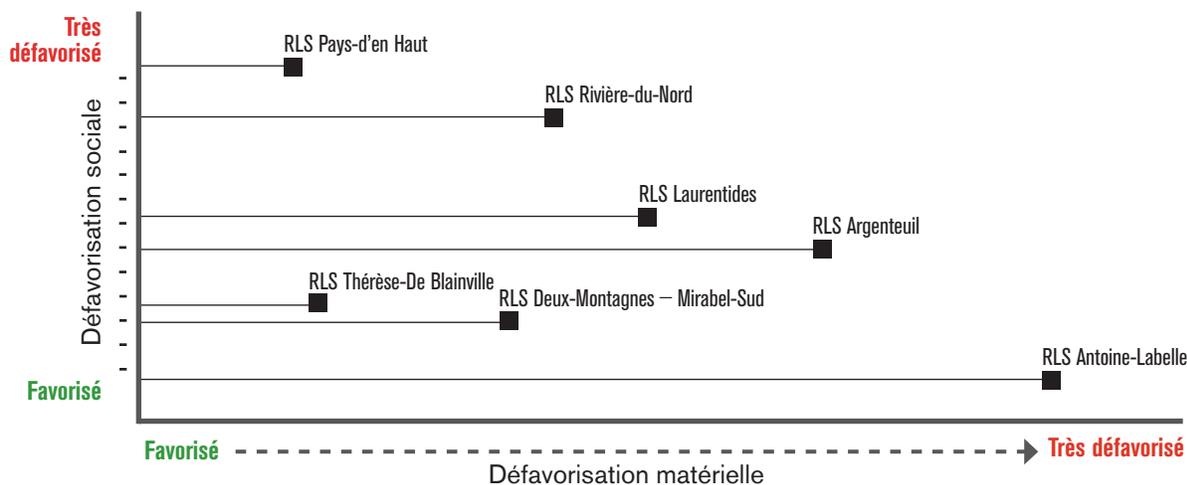
Défavorisation matérielle et défavorisation sociale

La défavorisation revêt un aspect économique (scolarité, emploi, revenu) et un aspect social (isolement, statut familial, monoparentalité). C'est souvent dans les villes et villages du secteur centre que l'on retrouve les agglomérations les plus fortement défavorisées sur les plans matériel et social combinés, de même que sur le plan spécifiquement social. Dans les secteurs ruraux ou peu

densément peuplés, généralement plus en retrait des grands axes routiers, la défavorisation est strictement d'ordre matériel. En contrepartie, les secteurs ayant connu d'importants développements domiciliaires au cours des dernières décennies sont souvent plus favorisés sur tous les aspects.

FIGURE 8

POSITIONNEMENT DES TERRITOIRES DE RLS SELON L'INDICE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE, RÉGION DES LAURENTIDES, 2006



Source : INSPQ, Indice de défavorisation, Québec 2006, fichier en ligne « Table d'équivalence, Québec, 2006 » version juin 2009.

Sur le plan de la défavorisation matérielle, on observe le plus grand écart entre les territoires des Pays-d'en-Haut et d'Antoine-Labelle. Cependant, comme c'est le cas pour ce dernier, certains des territoires où l'on retrouve la plus forte proportion de défavorisation matérielle affichent pourtant l'indice moyen de défavorisation sociale le plus avanta-

geux. Les populations des différents territoires se distinguent donc par leur niveau de vulnérabilité, mais aussi par leurs potentiels respectifs. Pour Antoine-Labelle, par exemple, la situation relativement avantageuse sur le plan social constitue une force que l'on peut mettre à contribution pour atténuer certains effets de la défavorisation matérielle.

Défavorisation et santé dans les Laurentides

Dans l'ensemble du Québec, on constate que le fossé se creuse entre les groupes les plus favorisés et les groupes les plus défavorisés. Selon l'observation des acteurs sur le terrain, la tendance va dans le même sens dans notre région, mais cela reste toutefois à confirmer par des études plus précises. Quoi qu'il en soit, les inégalités socioéconomiques dans les Laurentides suscitent l'inquiétude, en raison de leur impact sur la santé.

Cet impact est encore plus important lorsque les dimensions matérielle et sociale de la défavorisation sont combinées. Deux importants indicateurs de santé globale, soit la mortalité prématurée et l'espérance de vie sans incapacité, le montrent clairement. Dans les territoires des Laurentides, de façon générale, ces deux indicateurs varient sensiblement dans le même sens que la prévalence de la défavorisation matérielle et sociale combinées (figures 9, 10 et 11).

Mortalité prématurée : on meurt plus jeune dans les secteurs les plus défavorisés

La mortalité prématurée est étroitement liée aux inégalités sociales de santé. Il s'agit de la mortalité survenant avant l'âge de 75 ans; elle représente environ 40 % de tous les décès. En effet, la relation entre la position socioéconomique et la santé s'exprime de façon particulièrement éloquentes lorsque l'on compare les taux de mortalité prématurée selon le niveau de défavorisation.

On estime qu'environ 24 % des décès prématurés survenus dans la région des Laurentides entre 2004 et 2008 sont attribuables à la défavorisation. Comme l'illustre la figure 9, qui reflète le [gradient social](#) associé aux problèmes de santé, la mortalité prématurée varie presque du simple au double, de façon graduelle, du groupe le plus favorisé au groupe le moins favorisé.

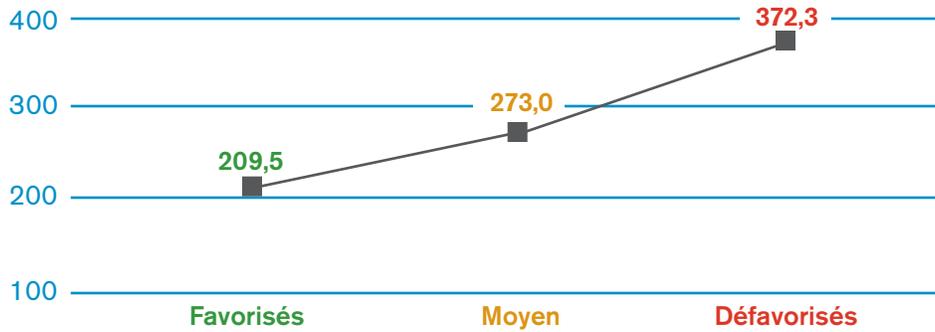


Souvent, les conditions de défavorisation économique et sociale s'influencent mutuellement. L'indice de défavorisation sur lequel se basent les figures 9 à 12 est un outil permettant d'intégrer certains aspects des dimensions matérielles et sociales pour mieux saisir les inégalités socioéconomiques et en mesurer l'ampleur.



FIGURE 9

VARIATION DU TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE (PAR 100 000 HABITANTS) SELON LE NIVEAU DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE, RÉGION DES LAURENTIDES, 2004-2008

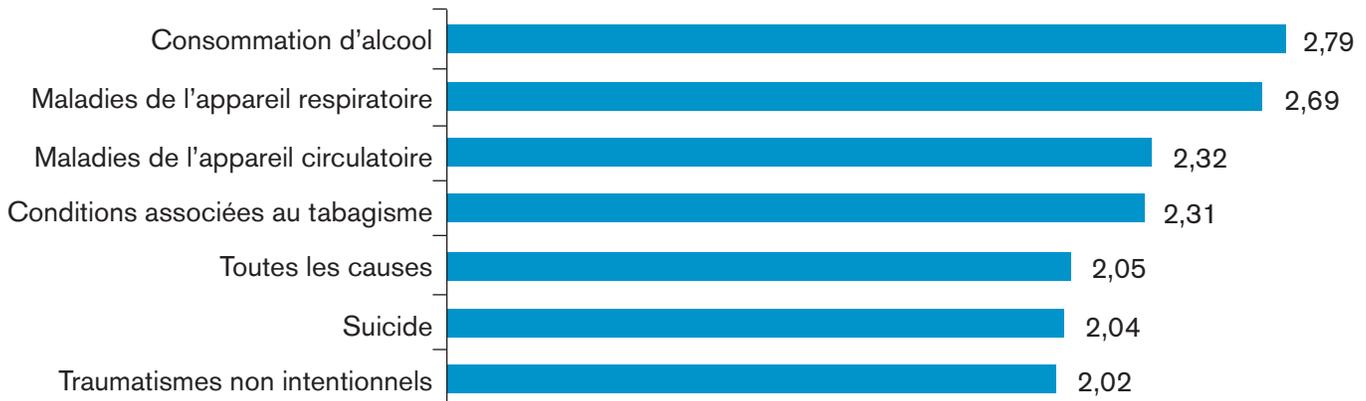


Source : MSSS, Fichier des décès, 2004 à 2008; MSSS (2010) Fichier des projections démographiques, 2006-2031; traitement par Groupe de travail INSPQ-TCNS sur la surveillance des inégalités sociales de santé.

Par ailleurs, comme le montre la figure 10, le taux de mortalité prématurée pour toutes les causes est au moins deux fois plus élevé dans le groupe le plus défavorisé que dans le groupe le plus favorisé. Il faut noter ici qu'il est possible d'agir sur ces causes par la prévention et la promotion de la santé, le défi étant de s'adresser efficacement aux groupes les plus défavorisés.

FIGURE 10

RATIO DES TAUX AJUSTÉS DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE DES SECTEURS LES PLUS DÉFAVORISÉS MATÉRIELLEMENT ET SOCIALEMENT, SUR CEUX DES SECTEURS LES PLUS FAVORISÉS, SELON LA CAUSE, RÉGION DES LAURENTIDES, 2004-2008.



Source : MSSS, Fichier des décès, 2004 à 2008. MSSS, Fichier des projections démographiques, 2006-2031.

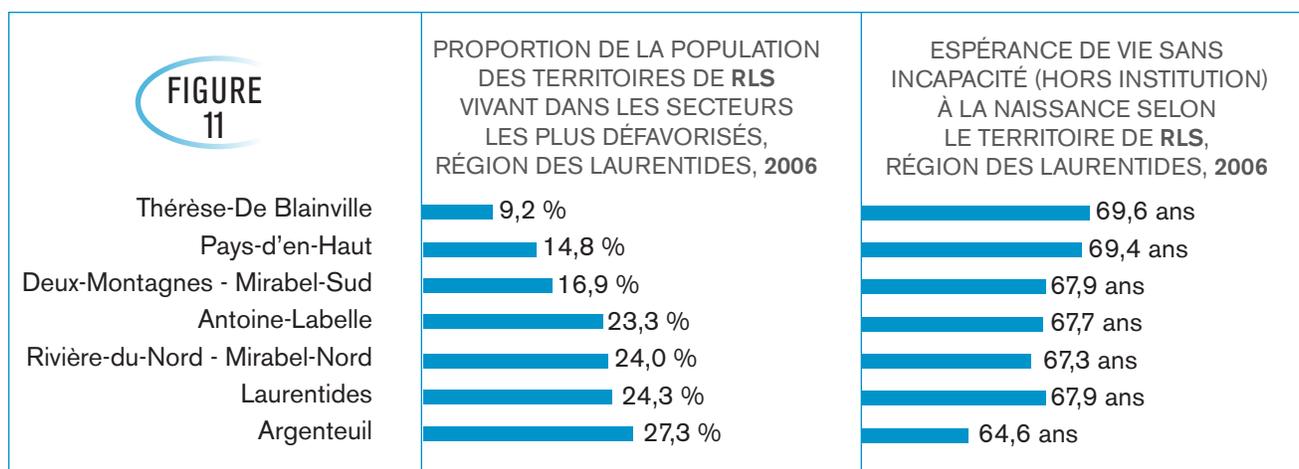
Pour plusieurs des causes de décès, les différences dans les habitudes de vie et les comportements des populations comparées contribuent à expliquer ces écarts. Or, ce sont surtout les populations les plus défavorisées qui présentent le plus de problèmes liés aux habitudes de vie et aux comportements. Mais la relation entre les inégalités sociales et les inégalités de santé ne se limite pas à ces deux facteurs. Il est reconnu que ces différences, dans les habitudes et les comportements, découlent en partie des effets des inégalités sociales sur l'estime de soi, la confiance en soi ou le sentiment d'appartenance à la communauté. À la base, les ISS sont le fait de conditions et de milieux de vie.

Certains chercheurs avancent que la position sociale, l'estime de soi et le sentiment de contrôle sur son travail et sa vie expliquent davantage l'état de santé d'un individu que ne le font les comportements à risque (tabac, alcool, faibles pratiques sportives, etc.) (Menahem G, 2008).

Espérance de vie sans incapacité :

les personnes plus favorisées vivent plus longtemps en santé

À l'instar de la mortalité prématurée, l'**espérance de vie sans incapacité**⁷ varie sensiblement dans le même sens que la prévalence de la défavorisation. La figure 11 met en parallèle l'espérance de vie sans incapacité et le taux de défavorisation matérielle et sociale pour chacun des territoires de RLS. Sans être parfaite, la corrélation s'avère nettement désavantageuse pour les populations des territoires les plus défavorisés.



Source : MSSS, Fichier des décès, 2004 à 2008; MSSS (2010) Fichier des projections démographiques, 2006-2031.

Dans les territoires ruraux les plus éloignés au nord et à l'ouest de la région ainsi que dans les environs de Saint-Jérôme, plus d'un cinquième de la population réside dans des secteurs défavorisés pour les **dimensions combinées**. À l'exception du RLS des Laurentides, ce sont aussi les territoires où l'espérance de vie sans incapacité est la moins élevée. À l'inverse, la partie la plus au sud et le territoire des Pays-d'en-Haut affichent un profil plus avantageux. Pour ce qui est de la défavorisation, les écarts varient presque du simple au triple entre le territoire le plus favorisé (Thérèse-De Blainville, avec 9,2 %) et le plus défavorisé (Argenteuil, avec 27,4 %).



⁷ Nombre moyen d'années qu'une personne devrait vivre en bonne santé, c'est-à-dire sans incapacité et sans limitations d'activités à la maison, au travail, à l'école ou ailleurs. Ce nombre est établi à partir des données du recensement de 2006, basées sur des paramètres qui font référence à des états physiques ou mentaux, ainsi qu'à partir du nombre de personnes vivant en établissement.

Les inégalités sociales de santé s'inscrivent dans les trajectoires de vie

La vie en société est constituée d'une suite de situations impliquant des choix, face auxquels tous n'ont pas les mêmes chances. Dès la naissance, et tout au long de la vie, on observe dans notre région, de même qu'ailleurs au Québec, des écarts de développement, de santé physique et psychologique, de réussite, de capacités ou limitations entre les groupes les plus favorisés et les plus défavorisés sur les plans matériel et social. Le tableau suivant (figure 12) propose quelques exemples qui illustrent ces écarts dans les Laurentides.

FIGURE
12

ÉCARTS SELON LE NIVEAU DE DÉFAVORISATION POUR DES INDICATEURS RELATIFS
À CINQ PÉRIODES DE LA VIE, RÉGION DES LAURENTIDES

Période de la vie	Indicateur	Niveau de défavorisation*	
		Groupe le + défavorisé	Groupe le + favorisé
 Périnatalité ¹	% de naissances de faible poids	7,3	5,4
 Enfance ²	% d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement	31,9	21,1
 Adolescence ³	% d'élèves à niveau élevé de risque de décrochage scolaire	25,3	10,7
 Vie adulte ⁴	% de personnes âgées de 20 à 64 ans ayant un niveau élevé de détresse psychologique	32,4	21,4
 Vieillesse ⁵	% de personnes de 65 à 74 ans ayant parfois ou souvent une limitation d'activité	46,2	29,3

*Les données relevées dans notre région sont semblables à celles qui prévalent dans tout le Québec, et ce pour tous les indicateurs relevés.

Sources : ¹MSSS. Fichier des naissances 2006-2010. Compilation de la DSP des Laurentides.

²ISQ. Fichiers maîtres de l'EQDEM 2012.

³ISQ. Fichiers maîtres de l'EQSJS 2010-2011.

^{4 et 5}Statistique Canada, ESCC 2009-2010. Compilation de la DSP des Laurentides (Pour ces indicateurs, le niveau de défavorisation correspond aux quintiles inférieur et supérieur de revenu)

**Nous
pouvons
agir** →

Puisqu'il y a un lien étroit entre les conditions socioéconomiques et la santé, des milliers de personnes de notre région sont plus à risque de connaître des problèmes de santé, en raison de leur défavorisation, qu'elle soit matérielle ou sociale. Si les plus défavorisés sont également les plus vulnérables, il faut néanmoins retenir que les inégalités sociales de santé touchent tout le monde : plus bas on se trouve dans l'échelle sociale, moins bonnes sont les chances d'être en bonne santé.

Mais nous pouvons agir. Et le but de nos actions est d'aplanir ce [gradient social](#) de la santé, c'est-à-dire de réussir à mettre en place des conditions qui feront en sorte d'offrir à toute personne les meilleures chances d'être en bonne santé, quelle que soit sa place dans l'échelle sociale. **Si les différents territoires de la région se distinguent par leur niveau de défavorisation et le niveau de vulnérabilité de certaines couches de leur population, nous savons également que chacun des territoires, chacune des communautés et chacun des individus recèlent un potentiel susceptible d'être mobilisé pour réduire les inégalités sociales de santé.**



CHAPITRE 2 Partager

Convenir d'agir ensemble

Sommaire

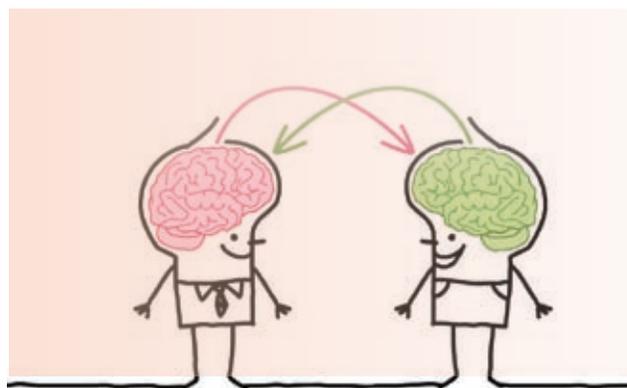
Au cours de la consultation, les partenaires ont constaté la pertinence et l'efficacité de nombreux programmes et interventions existants, mais ont aussi souhaité « faire plus et encore mieux » pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) dans les Laurentides. Les ISS découlent d'une part de **facteurs structurels** qui modulent les conditions de vie et d'autre part de **périodes et circonstances** particulières qui affectent les trajectoires de vie des individus. Pour être efficace, il faut donc faire porter l'action sur ces deux dimensions. Ayant partagé cette compréhension de la dynamique des ISS, les partenaires se sont entendus, par consensus, sur les pistes d'action à privilégier, qui ont été réunies en cinq grands défis.

Afin d'agir sur les facteurs structurels, trois défis ont été retenus. Le premier concerne la gouvernance et propose, en particulier, **de rassembler les partenaires concernés par les ISS au sein d'une instance reconnue**, comme la CAR, la CRÉ ou le CRDSL, afin de favoriser l'action intersectorielle. Un deuxième défi, étroitement lié au précédent, consiste à **mettre en commun les outils et données** de connaissance des partenaires, afin de guider l'action et d'aider à la concertation. Ce partage d'information pourrait prendre la forme d'un tableau de bord et d'un portail faciles à utiliser. Le troisième défi se situe sur le terrain : il s'agit de **mobiliser le capital social** des communautés pour développer et consolider des aménagements favorables à l'amélioration des conditions de vie. À cette fin, une attention particulière doit être portée aux liens entre la société civile

et les élus. Par ailleurs, reconnaissant le rôle clé des organismes communautaires et des personnes relais pour rejoindre les gens en situation de vulnérabilité, les partenaires se sont entendus sur l'importance de réduire certaines contraintes administratives qui freinent leur action. Des moyens pour faciliter l'accès aux services à toutes les couches de la population ont aussi fait consensus.

Deux autres défis concernent les périodes et les circonstances qui affectent les trajectoires de vie. L'importance d'**intervenir tôt dans la vie** et d'assurer par la suite, aux enfants et aux jeunes, des transitions réussies a été fortement réaffirmée pour en faire le quatrième défi. Plusieurs programmes existent déjà à cet égard mais, pour renforcer leur action, les partenaires ont indiqué la nécessité d'édifier de fortes concertations locales, notamment en élaborant une stratégie complète concernant tous les types d'intervention. L'harmonisation des démarches entourant le développement des enfants de 0 à 5 ans et le renforcement des liens écoles-parents ont aussi été retenus. Un cinquième défi propose d'**accentuer le soutien social** aux populations en situation de vulnérabilité et de leur fournir plus d'occasions de réussite, en misant sur leur résilience et en privilégiant un accompagnement personnalisé à partir de leurs besoins particuliers. Pour mieux rejoindre ces personnes le renforcement des filets de protection sociale et l'adoption d'une culture d'accueil et d'ouverture, notamment par des formations appropriées, sont préconisés.

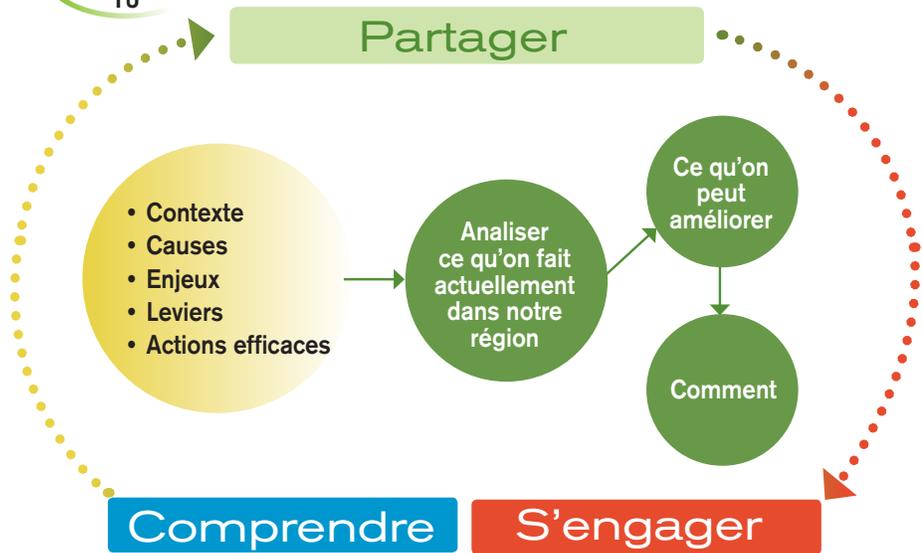
Ce deuxième chapitre découle de la démarche de consultation et de concertation menée en 2013 et 2014 par la Direction de santé publique auprès de gestionnaires, professionnels et intervenants de divers secteurs d'activité de la région : réseau de la santé, secteur municipal, secteurs de l'éducation, de la petite enfance, de l'emploi, de l'environnement, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, organismes de charité, etc. (voir liste en annexe).



Partager notre compréhension

FIGURE 13 LA DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU RAPPORT

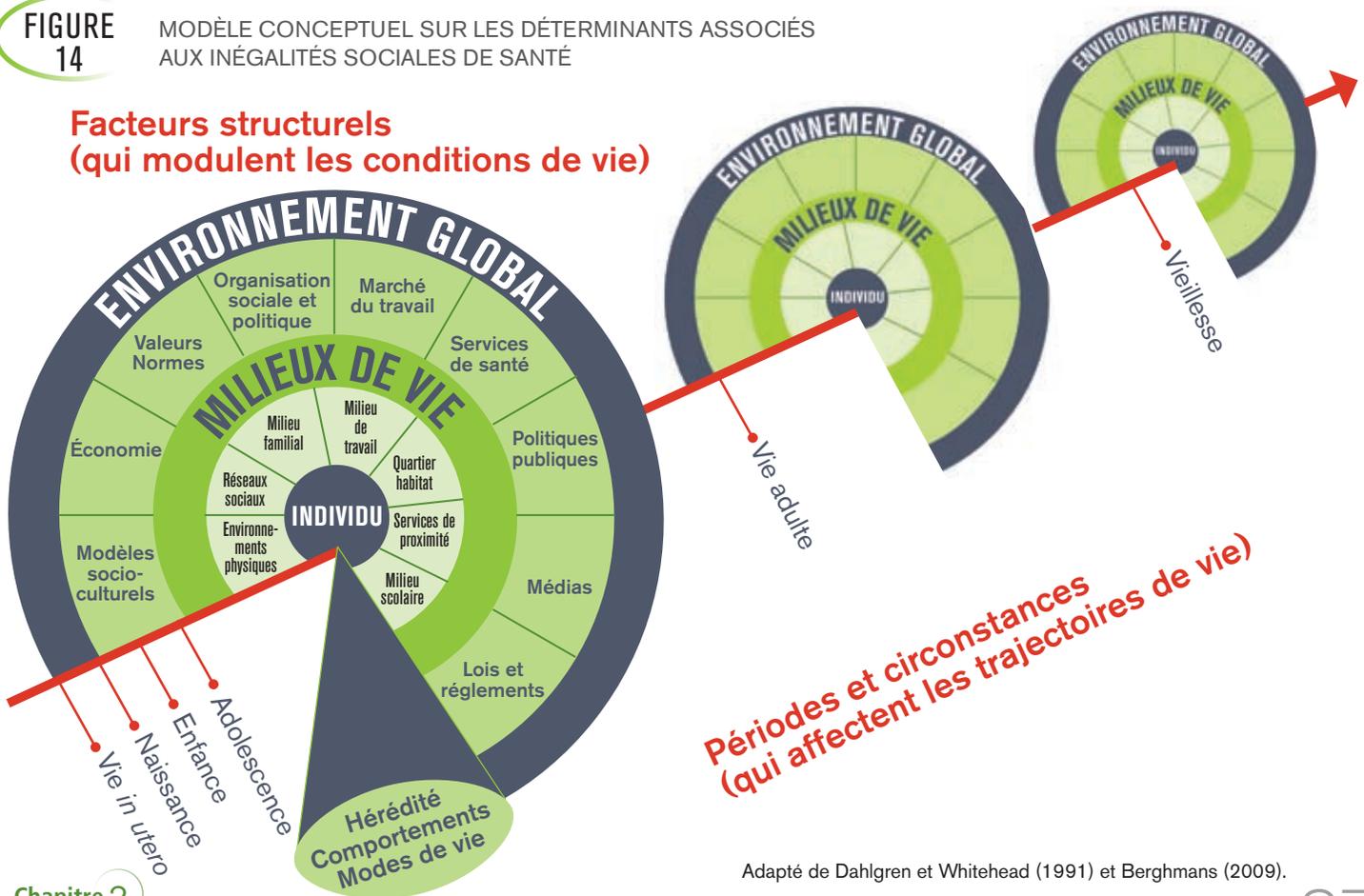
Les partenaires ont été conviés à partager leur réflexion et à analyser la situation régionale à l'égard des inégalités sociales de santé, à discuter des interventions à privilégier et à préciser comment et avec qui les mettre en œuvre, notamment en indiquant la contribution potentielle de leur organisation. Ce partage constitue à la fois le cœur et le fil conducteur de la démarche, comme l'illustre le schéma ci-contre (figure 13).



Un modèle conceptuel pour bien diriger l'action

À la lumière des informations recueillies et des travaux des experts consultés sur les inégalités sociales de santé, un modèle conceptuel inspiré de Dahlgren et Whitehead et de Berghmans (figure 14) nous est apparu utile pour illustrer la dynamique en jeu. Ce modèle permet en effet de visualiser les facteurs structurels et les trajectoires qui déterminent les inégalités sociales de santé et de mieux comprendre comment ils interagissent.

FIGURE 14 MODÈLE CONCEPTUEL SUR LES DÉTERMINANTS ASSOCIÉS AUX INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ



Les **facteurs structurels**, représentés par les secteurs de cercle, modulent les conditions de vie de l'individu. Les caractéristiques individuelles (hérédité, comportements et modes de vie) s'inscrivent toujours dans des interactions sociales au sein de **milieux de vie**, eux-mêmes insérés dans des **environnements** complexes et interdépendants. Ces interactions s'avèrent cruciales lors de **périodes ou de circonstances** particulières survenant dans la **trajectoire de vie** de chacun, représentée par la flèche traversant les cercles.

Pour prévenir et réduire efficacement les inégalités sociales de santé, il s'avère nécessaire d'agir sur les deux dimensions, donc de faire porter cette action sur les facteurs structurels, et sur les périodes et circonstances de la trajectoire de vie les plus susceptibles d'être améliorés en renforçant nos interventions.

Agir sur les facteurs structurels

L'environnement dans lequel naissent, grandissent et vivent les personnes encourage ou limite leurs possibilités d'action en modelant de l'extérieur leurs conduites, et ce, tout au long de la vie. Dans certains cas, pour les personnes en situation de vulnérabilité, cet environnement peut aller jusqu'à les empêcher d'agir. Les facteurs structurels ont été désignés dans la littérature comme « la cause des causes » des inégalités sociales de santé. Il faut se rendre à l'évidence que la plupart de ces inégalités ont des fondements politiques, économiques et sociaux sur lesquels, d'ailleurs, il est possible d'agir. Agir sur les causes nécessite alors des interventions à la fois sur les structures de la hiérarchie sociale et les conditions sociales qui en découlent.

Agir sur les périodes et circonstances de la trajectoire de vie

La trajectoire de vie, au regard de la santé, correspond aux chemins empruntés par une personne tout au long de sa vie et qui déterminent son état de santé. Ce parcours évolue au fil du temps, en fonction des actions qu'elle pose et des situations auxquelles elle est exposée. On peut agir sur la trajectoire de vie, par exemple, en favorisant une saine alimentation durant la période prénatale et pendant la première année de vie, ce qui peut réduire à long terme les risques de maladies cardiaques; ou encore en encourageant parents et éducateurs à faire la lecture aux enfants, ce qui développe leur langage, donc leur capacité à apprendre, leur procurant de meilleures chances de réussite scolaire et, par conséquent, de meilleurs emplois.

LES POLITIQUES PUBLIQUES DU QUÉBEC AGISSENT

Le Québec fait partie des sociétés qui s'inspirent de ce modèle en introduisant des politiques publiques visant notamment la réduction de la pauvreté, l'aide financière de dernier recours, les politiques familiales de soutien à la petite enfance, l'éducation et les soins de santé pour tous, la vitalité des territoires, etc. Ces politiques sont ainsi devenues des assises privilégiées pour le développement des communautés, mais aussi pour camper les diverses interventions nationales, régionales et locales de réduction des inégalités sociales de santé.



Partager nos hypothèses d'action

En plus d'enrichir et de partager notre compréhension de la situation, la tournée de consultation a permis de recenser les interventions régionales et locales relatives aux inégalités sociales de santé, dont plusieurs s'avèrent bénéfiques. Pour faire plus et encore mieux, des hypothèses d'action ont été partagées avec les partenaires intersectoriels. Elles ont été rassemblées sous forme de **cinq défis**, qui ont, chacun, fait l'objet de discussions en ateliers afin de déterminer « comment faire ensemble » pour les relever. Les constats sur l'état de situation actuel et les consensus issus de ces discussions indiquent les pistes d'action à privilégier par l'équipe de santé publique et ses partenaires pour réduire les ISS.

En toile de fond de ces discussions, le principe d'équité, fondamental en démocratie, a aussi été mis en évidence par les partenaires. En vertu de ce principe, nous devons nous assurer que nos activités atteignent toutes les couches de la population, y compris celles qui sont en situation de grande vulnérabilité. Pour parvenir à plus d'équité dans les interventions, combiner une approche universelle et une approche ciblée sur des clientèles particulières est un moyen reconnu qu'on désigne par le terme d'universalisme proportionné.

L'universalisme proportionné

L'universalisme proportionné, dans le contexte de la réduction des inégalités sociales de santé, consiste à adopter deux types d'approche à la fois, soit une approche universelle, s'adressant à toute la population, et une approche ciblée s'adressant aux couches de la société les plus vulnérables. Compte tenu qu'il y a des personnes en situation de vulnérabilité à tous les niveaux socioéconomiques, on trouve dans la classe moyenne le plus grand **nombre** de personnes vulnérables. Par contre, c'est au plus bas niveau socioéconomique que se situe la plus grande **proportion** de personnes en situation de vulnérabilité et souvent de très grande vulnérabilité. L'approche universelle permettrait, en principe, de rejoindre toutes ces personnes. Mais en pratique, les personnes défavorisées font face à des obstacles comme l'absence de transport, le manque d'information et la crainte de la stigmatisation qui limitent leur accès aux services universels. L'approche ciblée permet d'offrir des services plus adaptés à leur situation et à leurs besoins, à condition d'éliminer autant que possible les obstacles à l'accès. Une stratégie basée sur l'universalisme proportionné, soit la combinaison d'une approche universelle et une approche ciblée, est la plus susceptible d'aplanir le [gradient social](#) de la santé, c'est-à-dire de faire en sorte que le niveau de santé de toutes les classes socioéconomiques s'approche de l'égalité (Agence SSS de Lanaudière, 2013).

AGIR SUR LES FACTEURS STRUCTURELS QUI MODULENT LES CONDITIONS DE VIE

DÉFI 1 Adapter nos modes de gouvernance pour favoriser l'action intersectorielle visant la réduction des inégalités sociales de santé

La gouvernance traditionnelle des organismes, tant publics que privés, est sectorielle et se décline souvent sur le mode vertical. Elle s'avère utile, notamment pour s'assurer de l'application uniformisée de politiques cadres ou de la centralisation des décisions stratégiques. Par ailleurs, à l'égard de concertations impliquant des partenaires de secteurs différents, ce mode de gouvernance a tout intérêt à se conjuguer avec un mode de gouvernance qui fait appel à une coordination horizontale plutôt que hiérarchique entre les acteurs concernés, en réponse aux initiatives concertées des milieux et à leur appropriation des leviers de développement. Toute saine démocratie tend d'ailleurs à favoriser un mode de gouvernance horizontal, faisant appel à la participation de tous les secteurs de la société et cherchant à équilibrer le pouvoir entre les groupes et couches de la population. D'autant plus que ce mode horizontal favorise un jeu d'influence du local vers le national dans le choix des stratégies gouvernementales et dans l'élaboration des politiques publiques. Le défi de gouvernance nous invite ainsi à conjuguer les deux modes précités. On parle alors d'un mode de gouvernance hybride cherchant à amener les organisations gouvernementales et non gouvernementales ainsi que tous les acteurs des différents milieux concernés, à développer une vision et une capacité de travail communes.

Dans les pays où des progrès ont été réalisés en matière de réduction des inégalités sociales de santé, la gouvernance a été reconnue comme moyen de lutte contre les causes profondes de ces inégalités (Boisvert, 2007).

CE QUE NOUS FAISONS DÉJÀ, CE QUE NOUS SOUHAITONS FAIRE

Les instances de concertation régionales, comme la CAR, la CRÉ et le CRDSL, arrivent à concilier souvent, d'ailleurs avec succès, les modes de gouvernance vertical et horizontal dans la mise en œuvre de politiques publiques, de même que, dans une moindre mesure, les instances locales et les établissements, comme les municipalités régionales de comté (MRC) et, jusqu'à maintenant, les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Toutefois, les groupes intéressés, notamment les organismes communautaires et la population, ne font pas toujours partie intégrante des démarches de planification de ces instances, avec pour résultat qu'ils s'impliquent tant bien que mal dans les programmes qu'on leur propose, ou parfois même renoncent à y participer.

Dans le contexte de la nouvelle réorganisation régionale du réseau de la santé et des services sociaux introduite en septembre 2014, le regroupement de tous les établissements, quelle que soit leur vocation, sous une même organisation régionale (le centre intégré de santé et de services sociaux), pourrait être de nature à favoriser une gouvernance hybride amenant ces divers établissements, en collaboration avec les partenaires concernés, à ajuster les orientations nationales selon les besoins des différents milieux. Cette responsabilité populationnelle régionale s'accorderait ainsi à celle déjà introduite par les CSSS dans les réseaux locaux de services de notre région. Il s'agit d'un enjeu crucial de cette réorganisation.

La responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle concerne l'offre d'une gamme de services susceptible de combler les besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population d'un territoire donné (région, territoire de RLS ou autre). Elle s'appuie sur une approche populationnelle qui nécessite de connaître l'état de santé et de bien-être ainsi que le contexte de vie de la population, de façon à lui offrir les interventions et les services préventifs et curatifs appropriés. Cette responsabilité implique également d'agir en collaboration avec les partenaires sur les déterminants de la santé (facteurs biologiques, habitudes de vie, conditions environnementales et organisation du système de soins) qui relèvent du réseau de la santé et des services sociaux mais aussi des autres secteurs d'activité, et de contribuer ainsi à l'amélioration de la santé de la population (MSSS, *Événement national sur la responsabilité populationnelle*, 2013).

On constate avec satisfaction que les ISS sont déjà une préoccupation pour plusieurs des organisations partenaires. Elles sont intégrées, ou en voie de l'être, notamment dans les plans et programmes du réseau de la santé et des services sociaux, de Québec en Forme (QEF), du Conseil régional de développement social des Laurentides (CRDSL), de certaines corporations de développement communautaire (CDC) et de tables locales de développement social ou de lutte à la pauvreté. Dans le cadre actuel de gouvernance, la planification et la mise en œuvre des actions les plus efficaces pour prévenir et réduire les inégalités sociales de santé (ISS) requièrent d'être établies par une concertation intersectorielle.

Toutefois, les interventions rattachées aux différentes instances de concertation, tant régionales que locales, ne prévoient pas toujours des mesures spécifiques pour créer des environnements équitables et inclusifs, pour s'adapter aux populations en situation de vulnérabilité ou pour rassembler les divers secteurs concernés autour d'actions concertées. Sur ce dernier point, on constate que les interventions auprès des clientèles défavorisées ou en situation de vulnérabilité sont encore réalisées « en silos », même au sein des établissements de services publics (réseau de la santé et des services sociaux, commissions scolaires, etc.).

Par ailleurs, comme le signalent les organismes et intervenants, l'innovation est souvent une condition pour recevoir du financement des programmes publics et privés. Ils soulignent néanmoins l'importance d'assurer d'abord la nécessaire continuité dans l'accompagnement des personnes et groupes en situation de vulnérabilité.

LES PISTES D'ACTION FAISANT CONSENSUS

Afin de tendre le plus possible vers une gouvernance hybride, notamment en vertu de la responsabilité populationnelle et afin d'appliquer le principe d'équité par l'universalisme proportionné, les prochains pas à faire, selon les partenaires, seraient, de prime abord, que les plans et programmes à l'égard des ISS soient mieux connus ou partagés entre eux et que ces préoccupations soient portées au plus haut niveau de leurs organisations (direction générale, conseil d'administration). De plus, les partenaires souhaiteraient voir émerger un véritable leadership quant à la lutte à la pauvreté au sein des structures formelles régionales de concertation (CAR, CRÉ, etc.) auxquelles il serait également utile d'intégrer certains organismes communautaires, caritatifs ou privés, comme le ROCL, Centraide et la Fondation Lucie et André Chagnon.



Rassembler les partenaires concernées par les ISS au sein d'une instance reconnue

Adapter nos modes de gouvernance implique d'abord de développer une vision globale et une concertation à l'échelle régionale à l'égard des ISS. À cette fin, les partenaires proposent de rassembler, autour de cette préoccupation, des représentants des principaux secteurs d'activité (services de santé et services sociaux, services éducatifs, administration publique, économie sociale, organismes communautaires, caritatifs et philanthropiques), et cela au sein d'une instance reconnue de concertation régionale, soit la CRÉ, la CAR ou le CRDSL, selon celle qui présente le plus de possibilités d'actions concertées. Cette façon de faire éviterait d'ajouter à la multiplicité des instances de concertation dans notre région. Il faudrait veiller à ce qu'un lien étroit soit maintenu entre cette instance et le terrain, ses préoccupations et ses besoins.

La création de ce groupe dédié faciliterait la mise en commun et le partage de ressources, contribuerait à la cohérence de nos actions sur les ISS et à la coordination de leur réalisation. Autre avantage attendu : l'assouplissement de certaines contraintes administratives, notamment une reddition de compte mieux adaptée à la réalité des organismes subventionnés et la prise en compte des processus dans les démarches évaluatives. Enfin, l'instance régionale choisie pourrait appuyer certaines démarches de revendication et de représentation auprès d'instances nationales lorsqu'il s'agit de préoccupations partagées (par ex. : le sous-financement de la région dans différents secteurs).

Tenir un forum régional

La tenue, à une fréquence prédéterminée, d'un forum régional est une autre avenue proposée par les participants à la consultation. La gouvernance de ce forum pourrait être partagée entre les partenaires selon des modalités à préciser.

CE QUE NOUS FAISONS DÉJÀ, CE QUE NOUS SOUHAITONS FAIRE

Il se fait beaucoup de recherches dans le monde et au Québec sur les déterminants des inégalités sociales de santé et sur les interventions efficaces pour les réduire. La démarche entourant l'élaboration de ce rapport constitue un premier partage des connaissances dont dispose la santé publique à cet égard, appliquées à notre région.

Par ailleurs, l'équipe de santé publique produit des données sur l'état de santé et de bien-être de la population, qui se révèlent utiles aux partenaires et qui sont généralement très appréciées.

Des recherches faites au niveau territorial ou régional, notamment en matière de développement social, de la sécurité alimentaire et de l'itinérance, constituent également des sources pertinentes déjà mises à contribution dans les interventions actuelles.

Appuyés sur ces recherches, certains organismes de notre région ont entrepris de cartographier les services et ressources qui répondent à des besoins spécifiques (périnatalité, sécurité alimentaire, etc.).

Enfin, en lien avec leur [responsabilité populationnelle](#), des programmes de formation et d'accompagnement sur le développement des communautés ont été mis au point à l'intention des gestionnaires et intervenants des RLS.

Les connaissances dont disposent l'équipe de santé publique et ses partenaires sur les ISS et les groupes les plus défavorisés dans les Laurentides sont donc nombreuses et pertinentes mais, parfois aussi, incomplètes et trop peu partagées. Un fort consensus a émergé des rencontres avec les partenaires : l'importance de mettre en commun ces connaissances afin de guider nos actions.

LES PISTES D'ACTION FAISANT CONSENSUS

Mettre en commun nos outils et données

Mettre en commun nos outils et données est primordial aux yeux des partenaires. Cela permettrait de bien refléter la réalité, de mieux diriger les actions, d'aider à la concertation régionale et locale, et de faciliter la reddition de compte. Il faudra toutefois préciser ensemble les indicateurs appropriés et résoudre les problèmes de concordance des territoires et de compatibilité des données : un défi considérable. Il faudra également veiller à combiner savoirs théoriques et pratiques, expertise scientifique et terrain. L'implication de ressources locales qui connaissent bien leur milieu (organismes, intervenants communautaires, etc.) permettra de compléter les données. Par ailleurs, les outils à mettre en commun ou à créer devront être conviviaux, performants et accessibles à tous les partenaires (par ex. : tableau de bord et portail faciles à utiliser, forum d'échange) et leur gestion ne doit pas devenir un fardeau pour les partenaires.

Cette démarche constitue un moyen de susciter des échanges permettant de développer une compréhension commune des enjeux liés à la réduction des ISS. En ce sens, il s'agit d'une occasion de mobiliser les partenaires concernés. Elle pourrait s'avérer particulièrement utile à un éventuel groupe dédié à la réduction des ISS au sein d'une instance régionale.

Mobiliser le capital social des communautés pour développer et consolider des aménagements favorables à l'amélioration des conditions de vie

L'amélioration des conditions de vie de nos concitoyens repose, à bien des égards, sur des interventions au niveau national : salaire minimum, politiques de réduction du chômage et d'insertion à l'emploi, crédits d'impôts aux moins nantis, taxation des plus nantis, accès gratuits à l'éducation et aux services de santé, etc.). En complément aux interventions nationales, plusieurs aspects des conditions de vie peuvent toutefois être améliorés au palier régional ou local par des interventions dans les environnements familiaux, les milieux d'appartenance ou de transition, là où entre nécessairement en jeu la mobilisation du capital social de la communauté.

Cette mobilisation des ressources personnelles, sociales et organisationnelles des communautés facilite notamment la création et le maintien de divers services de proximité (service alimentaire, logement et transport) accessibles et abordables pour tous. Elle se manifeste, entre autres par des interactions personnelles significatives, des réseaux sociaux de partage, d'aide et d'entraide contribuant ainsi à une plus grande cohésion sociale. En retour, plus la cohésion sociale est forte, plus il est facile de mobiliser les ressources de la communauté. Selon la littérature et les experts consultés, une solide cohésion sociale dans une communauté et le sentiment de contrôle de ses membres sur leurs conditions de vie permettraient de réduire significativement les impacts de la défavorisation matérielle sur la santé.

Ainsi, la mobilisation du capital social de nos communautés est considérée comme une ressource complémentaire aux politiques publiques pour réduire les inégalités sociales de santé. De surcroît, en lien avec le mode de gouvernance hybride introduit au défi 1, des chercheurs ont constaté que plus il y a de personnes qui investissent leur temps, leurs connaissances et leurs ressources dans leur communauté, plus la gouvernance s'avère efficace.

CE QUE NOUS FAISONS DÉJÀ, CE QUE NOUS SOUHAITONS FAIRE

Nos communautés recèlent beaucoup de ressources et leur capital social est souvent mobilisé pour le bien-être collectif. Créer ou consolider le sentiment d'appartenance, associer les gens concernés par une problématique à la recherche et à la mise en œuvre de solutions, développer les compétences; toutes ces préoccupations sont

déjà présentes, quoiqu'à des niveaux différents, dans les interventions tant publiques que communautaires. En témoignent les projets de revitalisation des quartiers ou des localités rurales, les projets de concertation locale et régionale en développement social et lutte à la pauvreté, en croissance constante depuis plus de 10 ans, ainsi que les nombreuses réalisations qui en découlent, notamment en sécurité alimentaire, comme les cuisines et jardins collectifs, la transformation des denrées périssables et les groupes d'achat de fruits et légumes frais.

On relève toutefois qu'il y a des inégalités dans la disponibilité et l'accessibilité à certains services de proximité comme l'alimentation, le logement et le transport, notamment dans les milieux défavorisés ou dévitalisés. Plusieurs réponses sont apportées, particulièrement par le secteur municipal, pour réduire ces inégalités : logements sociaux abordables, transports publics, billets d'autobus gratuits, accès gratuit à des aliments sains ou à des espaces publics de loisirs. Ces services offerts aux populations plus défavorisées sont adaptés tant au manque de revenus ou de ressources de certains de nos concitoyens qu'à nos capacités d'agir. Il en est de même des activités de formation dispensées par des organismes communautaires de notre région sur la gestion des budgets, d'autant plus nécessaire actuellement face à l'endettement qui affecte de plus en plus de couches de la population.

Fait à noter, certaines municipalités incluent, dans leurs activités relatives à l'aménagement du territoire, des éléments qui vont au-delà de leurs responsabilités, traditionnelles qui se limitent habituellement aux infrastructures : elles se préoccupent de gouvernance et de relations entre les élus et les citoyens, de soutien aux milieux de vie, d'intégration sociale et de santé (par ex. : animation dans les HLM, travail de rue, promotion de saines habitudes de vie et salubrité des logements). Ces municipalités accordent alors leurs actions avec les différentes politiques publiques qui favorisent leur implication pour la vitalité des territoires, l'inclusion et la solidarité sociale, la lutte à l'itinérance et des environnements favorables aux saines habitudes de vie. Cependant, plusieurs partenaires souhaitent que le secteur municipal s'assure davantage que les environnements publics soient sains, attrayants, adaptés et faciles d'accès pour tous.

En complémentarité, on signale que les organismes publics qui ont la responsabilité de la sécurité et de la salubrité des milieux de vie et de travail (CSST, municipalités, DSP) auraient besoin de meilleurs leviers pour faire respecter les normes et règles de sécurité et salubrité particulièrement à l'égard des logements locatifs.

Enfin, les partenaires consultés se réjouissent de la mise en place de plans d'action régionaux et locaux liés au Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale, soutenus par les services publics, en lien notamment avec la lutte à la pauvreté et à l'itinérance. Ces plans d'action favorisent la jonction entre la société civile et les organisations publiques, les municipalités et les MRC. Ils s'inquiètent toutefois du fait que certains services de base pour les populations en situation de vulnérabilité, particulièrement le logement et le transport pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendances, reposent encore souvent sur le secteur communautaire. À cet égard, les organismes concernés souhaitent une plus étroite association avec les établissements du secteur public.

LES PISTES D'ACTION FAISANT CONSENSUS

Élaborer une stratégie intersectorielle visant l'amélioration de la santé et l'aménagement de territoires procurant de meilleures conditions de vie

La mobilisation du capital social suppose la reconnaissance des personnes, groupes, organismes, établissements et institutions qui le constituent, et s'appuie sur les liens qui existent ou peuvent être créés entre eux. Ainsi, les partenaires veulent porter une attention particulière à l'établissement et la consolidation de relations égalitaires et structurantes entre la société civile et les élus. À cette fin, ils suggèrent d'élaborer (par le truchement de la CRÉ et du CRDSL) une stratégie intersectorielle de type « gagnant-gagnant », afin de favoriser leur rapprochement. Cette stratégie porterait sur des activités visant l'amélioration de la santé des citoyens et sur l'aménagement de territoires procurant de meilleures conditions de vie. En complément, pour s'assurer de la sécurité et de la salubrité des milieux de vie et de travail, et pour conserver les environnements publics sains, attrayants, adaptés et faciles d'accès pour tous, les participants souhaitent mieux connaître les leviers existants et proposent, si nécessaire, que soient mis en place des leviers plus efficaces.

Établir des corridors de services public-communautaire

Afin d'offrir des services de santé et des services sociaux adaptés et accessibles à toutes les couches de la population, notamment les plus défavorisées qui sont difficiles à rejoindre, les partenaires souhaitent l'établissement de corridors de services fonctionnant dans les deux sens entre le réseau public et le secteur communautaire. L'assouplissement des procédures pour les cas qui n'entrent pas dans les catégories ou critères établis est nécessaire à l'efficacité de ces corridors de services. À cet égard, le développement de partenariats entre le réseau public, les entreprises d'économie sociale et les organismes communautaires devrait être promu et soutenu.

Mieux soutenir les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale

Considérant le rôle essentiel des organismes communautaires auprès de leur communauté, particulièrement auprès des populations en situation de vulnérabilité, considérant qu'ils apportent une réponse adaptée à leurs besoins et qu'ils soutiennent l'implication citoyenne, les partenaires s'entendent sur l'importance de réduire les différentes contraintes qui freinent cette implication. Tout en reconnaissant la valeur ajoutée de l'innovation, ils proposent d'assouplir les paramètres de financement pour permettre la consolidation des programmes, projets et activités qui contribuent au développement des communautés et à la réduction des ISS.

Enfin, en lien avec le mouvement en faveur de l'approvisionnement des organismes publics et municipaux en biens et en services produits par des entreprises collectives, les entreprises d'économie sociale pourraient être davantage soutenues par les réseaux publics pour la prestation de services de proximité tels l'entretien ménager, l'entretien paysager et les services de dépannage, ainsi que pour l'organisation de services de santé, notamment sous la forme de coopératives.

AGIR SUR LES FACTEURS STRUCTURELS QUI MODULENT LES CONDITIONS DE VIE

DÉFI 4

Intervenir le plus rapidement possible dans la trajectoire de vie et assurer aux enfants et aux jeunes des transitions réussies



Les conditions dans lesquelles la mère, mais aussi l'autre parent, contextualisent l'arrivée d'un enfant dans le monde favorisent ou non son développement optimal. Les liens d'attachement sont décisifs à cet égard et l'allaitement figure parmi les stratégies privilégiées pour encourager ces liens entre la mère et son enfant.

Selon la littérature, le développement du jeune enfant a une influence déterminante sur son espérance de vie et sur sa santé future, car il met en jeu l'acquisition de compétences, l'instruction et les possibilités d'emploi. Une intervention intensive est nécessaire, particulièrement auprès des populations en situation de vulnérabilité, pendant les premières années de vie de l'enfant pour produire des effets durables sur son développement et sa santé. De même, des services de garde éducatifs et de grande qualité offriront les meilleures chances de réduire les inégalités en santé. Les recherches actuelles indiquent que c'est possible en l'espace d'une génération.

Il importe aussi d'assurer la continuité des interventions en milieu scolaire et dans la communauté afin d'éviter que la portée des efforts déployés dans la petite enfance ne soit réduite ou annulée par des lacunes d'interventions dans la trajectoire de vie, particulièrement au moment des transitions. La réussite de ces transitions s'appuie à la fois sur les facteurs de protection personnels, comme les compétences sociales, et sur les facteurs environnementaux, comme le soutien de la famille et des réseaux sociaux, de même que sur la capacité de contrer les facteurs de risque, tels les rejets, l'intimidation et la ségrégation. Il s'avère qu'après le passage de la famille au milieu de garde, la transition vers l'école constitue un moment charnière dans la trajectoire de vie de l'enfant. Elle aura un impact réel sur sa motivation et son engagement à l'école et, par extension, sur sa persévérance et sa réussite scolaires. La recherche démontre que si cette transition est vécue de façon harmonieuse, elle servira d'assise pour les transitions futures.

Chapitre 2

CE QUE NOUS FAISONS DÉJÀ, CE QUE NOUS SOUHAITONS FAIRE

Pour intervenir tôt dans la vie, plusieurs politiques, plans et programmes nationaux sont mis en œuvre dans notre région en périnatalité et petite enfance. Citons à ce titre ceux du ministère de la Famille (MFA) portant notamment sur le développement des enfants, le soutien aux familles, le développement des services de garde, et ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) relatifs à l'organisation des soins à la naissance, à la prévention de l'abus et de la négligence, à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel.

Ces plans et programmes rejoignent plusieurs familles, mais plus difficilement celles qui sont en situation de vulnérabilité. Les activités offertes par les organismes communautaires, les milieux de garde, le réseau de la santé et des services sociaux et les écoles pour soutenir les habiletés parentales et stimuler les enfants précocement dans les milieux défavorisés s'avèrent toutes nécessaires, mais elles nécessitent de s'arrimer entre elles pour optimiser le développement des enfants de ces milieux. À cet égard, il faut noter que plusieurs partenaires de l'**Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants (ICIDJE)** partagent un intérêt pour les interventions éducatives préventives.

L'initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants

L'ICIDJE est un projet d'enquête et d'intervention entrepris de manière concertée par plusieurs partenaires (MSSS, MELs, MFA, Avenir d'enfants et ISQ). Cette initiative vise à soutenir le développement des enfants québécois de 0 à 5 ans et à mieux préparer leur entrée au premier cycle du primaire ainsi que leur réussite scolaire. À partir de données d'enquête, l'état de développement des enfants à la maternelle est mesuré grâce à un instrument qui évalue les forces et les faiblesses d'un groupe d'enfants vivant dans une communauté ou un territoire donné pour différents domaines de leur développement (santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développements cognitif et langagier, habiletés de communication et connaissances générales). Cet instrument ne fournit pas de mesure individuelle du développement ni de diagnostic de retard (MSSS, 2011).

À l'école, les interventions d'intégration de la maternelle à 4 ans pour les enfants des milieux défavorisés, de même que les activités de la Stratégie d'intervention **Agir autrement** (SIAA) sont reconnues comme interventions éducatives préventives.

La stratégie d'intervention *Agir autrement*

La Stratégie d'intervention *Agir autrement* (SIAA) est une démarche rigoureuse et structurée qui a pour objectif de soutenir le milieu scolaire afin d'aider les élèves de milieux défavorisés à cheminer vers la réussite scolaire. Pour cela, il est essentiel que les écoles, les familles et la communauté travaillent ensemble. La SIAA vise, en 2013-2014, 778 écoles primaires et secondaires du Québec, qui sont invitées, entre autres à examiner leurs façons de faire et à mettre à jour leurs connaissances relativement aux interventions en milieu défavorisé et à l'impact de la défavorisation sur la réussite des élèves, ainsi qu'à collecter les informations qui permettront de faire le portrait de l'école et de mettre en œuvre des moyens reconnus efficaces pour favoriser la réussite des élèves issus de milieux défavorisés (MELS, SIAA, 2011).

En périnatalité, régionalement, les thématiques de l'information prénatale ont été révisées selon la Politique de périnatalité 2008-2018, pour adopter une approche qui considère la naissance comme un processus physiologique normal et préconise une utilisation judicieuse de la technologie médicale, cette approche s'avérant plus susceptible d'apporter des bénéfices à long terme pour la mère et l'enfant. Des initiatives intéressantes ont été mises sur pied, notamment l'envoi par les CSSS de capsules web d'informations prénatales aux futurs parents, sur réception des avis de grossesse transmis par les médecins. Certaines haltes-allaitement accueillent maintenant aussi les parents dont l'enfant n'est pas allaité, car on y parle non seulement de nutrition mais aussi de parentalité. Pour ajouter à ces initiatives, comme les bébés sont majoritairement vaccinés dans un établissement du réseau local de services de santé et de services sociaux, il s'agirait d'une excellente occasion à saisir pour faire une évaluation globale de l'enfant.

La réussite des transitions de la famille et des services de garde vers l'école et des transitions intercycles à l'école est aussi une préoccupation des partenaires. Ils conviennent qu'un lien plus étroit est à établir et consolider avec les services de garde et les parents, sous le leadership du réseau scolaire. Ils soulignent que le regroupement des Partenaires pour la réussite éducative dans les Laurentides (PREL) et les activités qui y sont rattachées sont un bon exemple de la mobilisation de la communauté, axée sur la persévérance scolaire et la facilitation des transitions.

Chapitre 2



LES PISTES D'ACTION FAISANT CONSENSUS

Établir des concertations locales fortes

Afin de favoriser, pour tous les enfants, un bon départ dans la vie et des transitions réussies vers les services de garde et l'école, des concertations locales fortes sont nécessaires entre les différents partenaires concernés des réseaux locaux de services (RLS) : réseau de la santé et des services sociaux, réseau scolaire, Avenir d'enfants (Fondation Lucie et André Chagnon), organismes communautaires, services de garde, municipalités et autres. Ces partenaires partageraient un même langage, conviendraient d'orientations communes et respecteraient l'organisation locale de services (par ex. : les tables jeunesse).

Élaborer une stratégie complète en périnatalité et petite enfance

À cet égard, en cohérence avec le mode de gouvernance souhaité dans le défi 1, les partenaires proposent une démarche intersectorielle pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie complète comprenant le démarchage et le dépistage préventif, l'accès aux services, le transport adéquat, l'offre de services aux familles et aux enfants dépistés, notamment des haltes-répît, des haltes-garderies et des services de garde, et indiquant clairement les rôles des intervenants impliqués.

Accentuer l'intervention éducative préventive

En continuité avec les interventions en périnatalité, notamment pour accentuer l'intervention éducative préventive dans les milieux vulnérables, les partenaires conviennent également d'harmoniser les démarches entourant le développement des enfants de 0 à 5 ans de même que leur entrée au premier cycle du primaire. Le renforcement des liens parent-école, tant pour la réussite des transitions que pour la persévérance scolaire est incontournable et, à cet égard, il s'avère nécessaire que tous les acteurs, particulièrement ceux du secteur scolaire, aient une connaissance fine des besoins des parents.

L'OMS et plusieurs chercheurs mettent en lumière les coûts humains de l'effritement du filet social traditionnel et des pressions exercées de ce fait sur les infrastructures sociales, municipales, les organismes d'aide et d'entraide et les aidants naturels.

Offrir du soutien social consiste à rendre disponibles des ressources matérielles, instrumentales, émotionnelles ou informatives qui aident la personne à suppléer à ses efforts d'adaptation à des situations nouvelles ou exigeantes, ou à les renforcer. Sont également considérés comme du soutien social les bénéfices perçus par une personne, de ses interactions avec les membres de son réseau social personnel ou de sa participation à des groupes sociaux. La littérature insiste sur l'importance de viser le développement des compétences de la personne qui reçoit ce soutien et la consolidation de sa résilience naturelle. Plusieurs éléments sont considérés efficaces pour renforcer la résilience (résilience assistée) : augmentation de l'estime de soi et du sentiment de contrôle sur la situation, valorisation de ses forces, de ses efforts et de ses réussites, sentiment d'espoir et de sens à sa vie. Le soutien social prend en compte le cycle de vie de la personne et les périodes de transition qu'elle traverse ainsi que les facteurs de risque qu'elle affronte et les facteurs de protection dont elle dispose ou qui sont présents dans son environnement, afin de faire pencher la balance dynamique dans la direction de la résilience.

Non seulement dans l'enfance, mais tout au long de la vie, les transitions s'avèrent des moments cruciaux où peuvent se cristalliser les inégalités. Il peut s'agir des transitions entre les âges (enfance, adolescence, âge adulte, vieillesse) ou à travers les circonstances de la vie (maternité ou paternité, divorce, chômage, retraite, deuil d'un être cher, etc.). Il faut prendre en compte également les transitions difficiles vécues par des personnes temporairement marginalisées lorsqu'elles réintègrent leur communauté après un séjour plus ou moins long en établissement (centre jeunesse, hôpital, centre de désintoxication, prison, etc.). Si elles ne sont pas bien réussies, ces transitions peuvent mener certaines personnes particulièrement vulnérables et démunies à l'itinérance.

Si on reconnaît les bénéfices du soutien social pour toutes les couches de la population lors d'événements traumatisants ou stressants, il s'avère particulièrement nécessaire d'accompagner les personnes ayant une trajectoire de vie marquée de plusieurs échecs. Une recherche portant sur les trajectoires de vie de personnes en situation de pauvreté chronique a mis en évidence la difficulté pour plusieurs à

saisir les opportunités et à faire des choix sains, et montre que ces difficultés peuvent s'accumuler et se cristalliser au point de les empêcher de fonctionner. Dans la trajectoire de vie de ces personnes, c'est le cumul de manques ou de difficultés qui est significatif. Mais ces écueils rencontrés ne sont pas irréversibles. En effet, plusieurs études ont montré que les réseaux de soutien social exerçaient une influence positive sur les comportements préventifs ainsi que sur l'aptitude à composer avec une difficulté ou une maladie en réduisant l'isolement et en augmentant la capacité d'intégration sociale.

CE QUE NOUS FAISONS DÉJÀ, CE QU'É NOUS SOUHAITONS FAIRE

Dans notre région, plusieurs personnes et organismes apportent du soutien social aux personnes en difficulté ou servent de relais pour les rejoindre. Il s'agit parfois d'un proche aidant, accordant un soutien ponctuel ou de longue durée. Il peut s'agir également d'organismes qui offrent du répit aux parents ou qui visitent des aînés isolés. Certains offrent des occasions de développer les compétences de ces personnes et ainsi leur fournir de meilleures chances de réussite. Les organismes communautaires jouent un rôle clé pour rejoindre les personnes en situation de grande vulnérabilité qui ont de la difficulté à accéder aux services publics et à les utiliser à cause, justement, de la précarité de leur situation. Ces organismes assurent le relais entre ces personnes et les services publics. Leur implication déborde largement le soutien direct qu'ils offrent puisqu'ils favorisent le développement de la confiance en soi, de l'estime de soi et de la dignité des personnes, leur procurant ainsi des clés pour s'approprier davantage leur pouvoir d'agir. Considérant leur proximité avec les populations les plus vulnérables, de plus en plus d'organismes publics, notamment ceux du réseau de la santé et des services sociaux, associent les organismes communautaires à l'analyse des besoins de ces populations ainsi qu'à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des services et activités qui leur sont destinés. Les partenaires constatent toutefois que le financement de ces organismes n'est pas à la hauteur du soutien et de l'accompagnement qu'ils accordent aux personnes qu'ils rejoignent.

Quelques individus (pompiers, pharmaciens ou autres personnes relais) sont également associés aux interventions auprès des populations vulnérables, en raison de leur proximité particulière avec ces dernières. Ils signalent parfois aux réseaux publics des situations dramatiques ou leur envoient des personnes en difficulté, et peuvent aussi contribuer aux suivis auprès d'elles.

On note également les activités de Québec en Forme pour contribuer à l'essor de normes sociales favorables à une saine alimentation, adaptées aux contextes de défavorisation et de dévitalisation.

Par ailleurs, les interventions de solidarité sociale réalisées auprès des groupes marginaux (itinérants, toxicomanes et autres), notamment par les travailleurs de rue, sont soutenues par plusieurs municipalités de notre région. Ce sont de bons exemples de mesures facilitant le développement de la confiance en soi et de l'estime de soi des personnes rejointes, favorisant ainsi leur réinsertion sociale.

Pour ce qui est des adultes, plusieurs programmes d'employabilité des CLÉ permettent d'accompagner les personnes en transition pour l'emploi et plusieurs organismes accompagnent celles qui sont en transition vers la retraite.

On constate donc que la communauté est en train de tisser un filet de protection sociale à l'égard des populations en situation de vulnérabilité. En vertu de leur [responsabilité populationnelle](#), les actuels CSSS collaborent avec les divers partenaires intersectoriels pour assurer ce filet de protection.

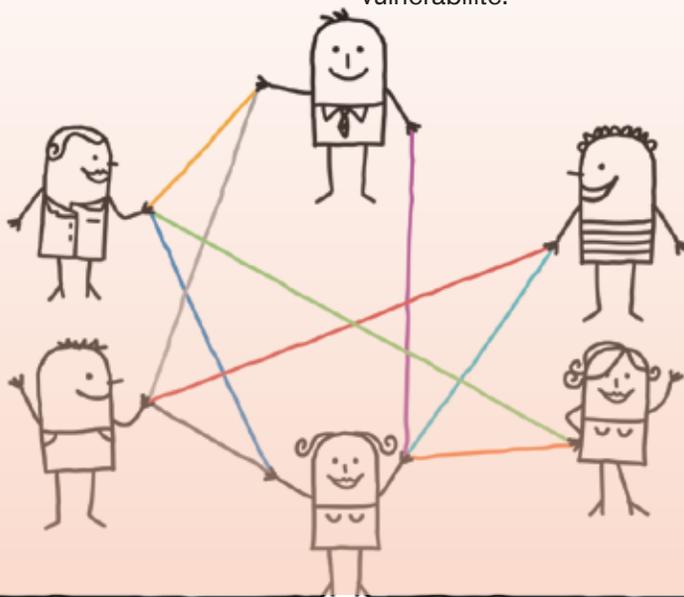
LES PISTES D'ACTION FAISANT CONSENSUS

Renforcer l'accompagnement personnalisé dans les milieux de vie

Pour accentuer le soutien social aux personnes en situation de vulnérabilité ou aux prises avec des difficultés transitoires, et pour leur offrir des occasions de réussite tout en préservant leur intégrité et leur dignité, les partenaires conviennent de renforcer l'accompagnement personnalisé dans les milieux de vie, partant des personnes et de leurs besoins, particulièrement les besoins de base (manger, se loger). Les organismes communautaires, qui créent des liens significatifs avec ces personnes et les impliquent dans des lieux et dans des projets à la hauteur de leurs capacités, qui leur redonnent du pouvoir, sont reconnus comme les meilleurs relais pour les rejoindre là où elles vivent et au moment le plus approprié.

Développer une culture d'accueil et d'ouverture

Pour augmenter les capacités collectives à s'adapter aux différents profils des personnes à rejoindre et faciliter leur intégration sociale, les partenaires signalent d'abord l'importance encore accordée à certaines normes sociales qui dévalorisent les personnes en situation de vulnérabilité, afin d'introduire des changements de comportements favorables à la solidarité et à l'inclusion. Ces changements faciliteront le développement d'une culture d'accueil et d'ouverture et l'adoption d'un vocabulaire commun. Pour ce faire, ils proposent de tenir des journées de formation, dans chaque territoire de RLS, appuyées sur le savoir-faire des organismes concernés (partage, reconnaissance et respect mutuel des expertises et approches). Ces journées permettraient également d'accroître le savoir-être des intervenants à l'égard des populations vulnérables (suspension des préjugés, éthique, relation égalitaire, etc.). Le travail à échelle humaine selon une stratégie de petits pas, progressifs et cumulant des succès, est à privilégier pour rejoindre et aider les personnes en situation de vulnérabilité.





CHAPITRE 3 S'engager

Passer à l'action

Sommaire

Faire équipe pour changer les choses, c'est le souhait exprimé par le directeur de santé publique au tout début de ce document. Éclairé et motivé par les connaissances rassemblées et par les partenaires consultés à l'occasion de l'élaboration de ce rapport, il veut maintenant s'engager concrètement dans l'action.

Ce troisième chapitre expose comment le directeur de santé publique et son équipe entendent contribuer à relever les cinq défis que nous nous sommes donnés. Pour chaque défi, un travail structurant doit être réalisé : l'équipe de santé publique en prendra l'initiative par un certain nombre d'engagements qui sont signalés par une flèche →. Les autres engagements touchent plusieurs types d'activités, toutes signalées comme étant éminemment souhaitables lors de la consultation, mais également réalisables.

Tant pour les projets structurants que pour les autres actions, le rôle du directeur de santé publique et de son équipe est multiple. D'abord un rôle d'influence : plaider, représenter, se concerter, promouvoir;

un rôle d'accompagnement : instrumenter, soutenir, conseiller, financer; un rôle de communication : sensibiliser, former, instrumenter... Tous ces rôles ne peuvent se jouer qu'en équipe avec les partenaires : ceux qui s'impliquent au jour le jour, au plus proche des diverses couches de la population et à des moments critiques de leur vie ou, à plus grande distance, ceux qui ont un pouvoir décisionnel et d'influence.

Par ces engagements, l'équipe de santé publique offre sa collaboration aux gestionnaires et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, aux partenaires des milieux de garde, du monde scolaire et des municipalités, aux organismes communautaires, aux entreprises d'économie sociale, aux fondations et autres organismes œuvrant auprès de la population, en particulier auprès des personnes et des groupes en situation de vulnérabilité, à prévenir et réduire les inégalités sociales et ainsi améliorer la santé et le bien-être de nos concitoyens des Laurentides.

Contribution de la santé publique des Laurentides

Ajuster les façons de faire de l'équipe de santé publique et agir de concert avec les partenaires pour la réalisation des moyens ayant fait consensus

D'entrée de jeu, en vertu des mandats légaux qui lui sont confiés par la Loi sur la santé publique et aux fins de la réalisation des présents engagements, et ce, peu importe la structure administrative dans laquelle s'insère la santé publique, le directeur de santé publique des Laurentides convient d'ajuster les façons de faire de son équipe afin de s'assurer que les principes d'équité soient insérés dans les plans, programmes et activités qui relèvent de sa responsabilité ou impliquent la participation de son équipe, que ces plans, programmes et activités contribuent effectivement à prévenir, réduire et ne pas accentuer les ISS et qu'ils évitent de stigmatiser et marginaliser quelque groupe que ce soit.

Déterminé à agir de concert avec les partenaires afin de prévenir et réduire les ISS, il formule ici ses engagements et ceux de son équipe, présentés en regard des défis à relever et des moyens d'action qui ont fait consensus lors de la consultation.

Puisque la gouvernance est reconnue comme un moyen fondamental de lutte contre les inégalités, et en lien avec la [responsabilité populationnelle](#) actuellement exercée par les CSSS et qui sera probablement dévolue aux Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), le directeur de santé publique entend concilier de façon souple et éthique, dans les planifications et les interventions de son équipe, les modes de gouvernance vertical et horizontal (concertation avec les acteurs concernés).

GOVERNANCE INTERNE

(au sein du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides)

1

Ajuster le plan d'action régional (PAR) de santé publique en concordance de cette conciliation des modes de gouvernance.

2

Plaider auprès des administrateurs et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, afin qu'ils reconnaissent l'importance d'accentuer les interventions sur les déterminants sociaux de la santé, notamment par le biais des **politiques publiques**.

3

Suivre et apprécier la prise en compte des éléments constitutifs du présent rapport tant par la santé publique et le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides que par les autres partenaires consultés pour son élaboration.

CONCERTATION ET PARTENARIAT INTERSECTORIEL

→ 4

Amorcer les démarches pour créer, au sein d'une instance régionale (CAR, CRÉ ou CRDSL), un **regroupement régional des partenaires** qui s'engagent à contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Entre autres :

- participer aux discussions - et aux ententes qui en découleront - visant à élaborer une vision globale et à former une concertation régionale de tous les secteurs à cet égard;
- produire un argumentaire et soutenir la coordination régionale en vue d'un plan d'action.

5

Plaider, auprès des ministères et organismes subventionnaires et des différentes instances de concertation régionale, pour des interventions concertées qui apportent une alternative efficace aux interventions « en silos ». Entre autres :

- intercéder pour **concilier les approches planifiées des ministères et des différents partenaires avec les démarches émergentes des communautés**, notamment par la consolidation des programmes, projets et activités existants qui contribuent à la réduction des ISS, et pour que leur financement ne soit pas obligatoirement conditionnel à l'innovation;

- contribuer à **lever les contraintes administratives** qui pourraient handicaper la réalisation de projets répondant adéquatement aux besoins de la communauté et à son développement (révision des multiples programmes qui s'adressent aux populations défavorisées et aux milieux dévitalisés afin d'en assouplir la reddition de compte, uniformisation des différentes démarches, modalités et formulaires);
- argumenter pour que leurs critères d'évaluation prennent en compte les **processus**, c'est-à-dire les moyens utilisés pour atteindre les résultats.

CONCERTATION AVEC LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

6

Accompagner le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides, en vertu des devoirs découlant de la [responsabilité populationnelle](#), dans l'intégration de l'[universalisme proportionné](#) dans ses stratégies et pratiques de gestion afin de rendre les **services préventifs et cliniques facilement accessibles à tous** et utilisés par toutes les couches de la population. En particulier :

- inviter le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides à inscrire dans sa structure organisationnelle l'ouverture et le maintien de corridors de services fonctionnant dans les deux sens avec les organismes communautaires, et à assouplir les procédures pour les cas qui n'entrent pas dans les catégories ou critères d'admissibilité.

7

Maintenir son implication auprès des instances régionales qui relèvent de la **Fondation Lucie et André Chagnon**, notamment pour faciliter l'intégration des interventions visant la réduction des ISS dans les plans d'action de leurs regroupements locaux de partenaires.

8

Sensibiliser les gestionnaires et les professionnels du réseau de la santé ainsi que les partenaires intersectoriels à l'importance de la **participation de la population** à nos processus de consultation et démarches de planification.

DÉFI 2 Mieux connaître pour mieux agir

Pour guider l'action, il est essentiel de pouvoir s'appuyer à la fois sur les savoirs scientifiques et sur les connaissances des intervenants. Afin de créer une masse critique de ressources et d'expertise accessible à tous les partenaires permettant de documenter davantage les ISS dans les communautés, de même que les interventions les plus efficaces pour les prévenir et les réduire, le directeur de santé publique et son équipe entendent susciter les échanges entre les différents acteurs concernés. Ce partage favorisera une compréhension commune de la situation et des problématiques sur lesquelles nous voulons agir et, par le fait même, la mobilisation des acteurs.

MISE EN COMMUN DES OUTILS ET DONNÉES

→ 1

Entreprendre les démarches en vue de la création d'un **observatoire régional sur le développement des communautés et les inégalités sociales de santé** et contribuer aux activités et aux projets qui en découleront. Cet observatoire sera l'occasion de mettre en commun et de partager les informations provenant de sources de données statistiques, les connaissances du terrain et les expertises des différents partenaires régionaux. Pour ce faire, les partenaires du groupe de concertation régionale (décrit au défi 1) seront invités à convenir plus précisément :

- des besoins ainsi que des moyens à mettre en place pour documenter l'action régionale visant la réduction des ISS, notamment pour en suivre l'évolution;
- des objectifs spécifiques à atteindre;
- des stratégies et modes de fonctionnement appropriés pour mettre en commun leurs ressources;
- de la contribution de chacun.

COMMUNICATION

2

Organiser différentes activités de communication et de formation autour des connaissances rendues plus accessibles par l'observatoire régional.

DOCUMENTATION DES PROCESSUS DANS L'ÉVALUATION DE PROJETS

3

Soutenir les promoteurs dans l'évaluation de projets, entre autres dans la constitution d'une instrumentation adéquate comprenant des indicateurs rendant compte des processus.

Diverses interventions en aménagement du territoire actuellement menées par les partenaires visent l'amélioration des conditions de vie et favorisent la prévention et la réduction des inégalités sociales de santé. Le directeur de santé publique et son équipe s'inscrivent déjà dans les démarches régionales reliées à la solidarité et à l'inclusion sociale et à celles associées au développement social. Ils entendent de plus participer à d'autres démarches qui concernent la vitalité des territoires et le développement durable.

INTÉGRATION INTERSECTORIELLE DES INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

→ 1

S'assurer, en accord avec les partenaires, que les interventions de santé publique s'intègrent davantage aux politiques, plans et programmes relatifs à l'amélioration des milieux et conditions de vie, notamment le Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale (PAGSIS), la Stratégie gouvernementale pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires, et la Stratégie gouvernementale pour le développement durable. À cet effet :

- s'associer aux démarches régionales amorcées par le CRDSL et la CRÉ visant le rapprochement de la société civile et des élus pour l'élaboration d'une **stratégie intersectorielle pour l'aménagement des territoires**;
- collaborer aux travaux du CRDSL visant à **identifier les personnes, organismes, établissements et institutions qui constituent le capital social des communautés**, à reconnaître leurs compétences et leur contribution spécifique au développement des collectivités, et à favoriser leur réseautage;
- participer à l'analyse de la situation et à la détermination des réponses les plus adéquates au regard du **logement abordable** et du **transport collectif**, en lien notamment avec la révision des schémas d'aménagement des MRC et les règlements de zonage des municipalités. Le cas échéant, s'impliquer dans des projets pilotes associant les organismes et personnes relais pour mettre en œuvre les meilleures pistes de solution;
- promouvoir, auprès du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides, des partenaires municipaux et des organismes communautaires, une gestion globale (multi-stratégique et intersectorielle) des cas d'**insalubrité** qui ont des impacts directs sur la santé des individus, et offrir son expertise-conseil et son soutien en cette matière;
- participer activement aux concertations régionales à l'égard des **personnes et groupes marginalisés**, notamment les personnes itinérantes, et y défendre un plaidoyer en faveur de la prévention et du soutien aux organismes qui leur viennent en aide.

SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT ET À LA CONSOLIDATION DE SERVICES DE PROXIMITÉ

2

Contribuer, avec les partenaires concernés, à la **recension de sources de financement** et des modes de financement alternatifs pour le développement du capital social des communautés, notamment pour mettre en place ou améliorer les services de proximité dont les pourvoyeurs peuvent être les municipalités, les organismes communautaires ou les entreprises d'économie sociale.

3

Inciter les décideurs à considérer avec intérêt, dans leurs appels d'offres, les entreprises d'**économie sociale** comme producteurs de services de proximité. Promouvoir le recours à ces entreprises, notamment auprès du réseau de la santé et des services sociaux, du réseau scolaire et des municipalités, sous réserve qu'elles répondent adéquatement aux besoins et que leurs services soient complémentaires à ceux des organismes publics et des organismes communautaires.

Répondant aux préoccupations exprimées et considérant l'efficacité reconnue des actions de prévention, le directeur de santé publique et son équipe entendent, avec leurs partenaires, intensifier les interventions pendant la grossesse et auprès des enfants dès leur plus jeune âge, dans les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ils entendent également soutenir les jeunes dans leur trajectoire scolaire, et cela, dans le cadre des programmes et mécanismes de concertation existants ou à venir, notamment avec le réseau de l'éducation.

PÉRINATALITÉ, PETITE ENFANCE

→ 1

Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une **stratégie intersectorielle complète** en lien avec le Plan d'action régional en périnatalité et petite enfance, ainsi qu'à l'harmonisation des démarches entourant le développement des enfants de 0 à 5 ans et leur entrée à l'école. Entre autres :

- dresser, en collaboration avec les partenaires concernés, un état de situation régional en périnatalité et petite enfance, indiquant les initiatives en cours qui affichent des résultats positifs, et déterminer les maillages à consolider ou à réaliser;
- maintenir leur soutien aux interventions entourant la périnatalité (SIPPE, allaitement maternel), la petite enfance et le développement sain des enfants, en cohérence avec la Politique de périnatalité 2008-2018 du Québec, dans le souci d'établir un continuum d'actions et d'arrimages entre la prévention et l'intervention;
- favoriser le travail en partenariat dans le cadre de [l'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants \(ICIDJE\)](#);
- soutenir le réseau de la santé et des services sociaux dans ses démarches visant la bonification de l'offre de places réservées en CPE pour les populations vulnérables.

TRANSITIONS RÉUSSIES POUR TOUS LES JEUNES

2

Maintenir leur participation aux mécanismes de concertation qui favorisent les **liens entre la famille, l'école et la communauté** pour prévenir et réduire les conséquences des inégalités sociales dans le parcours des jeunes.

3

Consolider leur implication avec les partenaires concernés pour assurer des transitions réussies entre la famille, les services de garde et l'école, de même que pour soutenir la **persévérance** et la **réussite scolaire**.

Les personnes en situation de vulnérabilité fréquentent peu ou pas les services publics et sont souvent difficiles à rejoindre. Le directeur de santé publique et son équipe entendent donc mettre en œuvre diverses stratégies et approches pour que ces personnes puissent bénéficier du soutien et des services répondant à leurs besoins et pour leur offrir des opportunités de développement personnel et social.

REJOINDRE ET ACCOMPAGNER LES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

→ 1

Promouvoir, auprès des gestionnaires et des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides, les **stratégies de démarchage** (*reaching out*), notamment en passant par des relais sociaux qui sont en contact avec les personnes en situation de vulnérabilité qui se tiennent à l'écart des réseaux publics.

2

Encourager la mise en place et la consolidation de **filets de protection** sociale qui, pour ces personnes, peuvent faire pencher la balance du côté de l'espoir plutôt que de l'abandon.

3

Plaider, notamment auprès des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides et auprès des instances régionales de concertation intersectorielle, pour le **soutien aux organismes et relais** qui côtoient et accompagnent ces personnes dans les périodes cruciales de leur vie.

4

Documenter la notion de **résilience assistée** et les approches qui la favorisent auprès de ces personnes afin de stimuler et d'appuyer leurs efforts pour améliorer leur situation et participer à la vie de leur communauté.

5

Soutenir les activités de formation afin d'introduire des changements de comportements favorables à la solidarité et à l'inclusion sociale et d'augmenter les capacités des intervenants à s'adapter aux différents profils des personnes à rejoindre. Ces formations ou rencontres viseraient, par exemple, l'adoption d'une approche et d'un vocabulaire communs et l'amélioration du **savoir-être** et du **savoir-faire** à l'égard des clientèles.

CONCLUSION

Le présent rapport est le produit d'une réflexion, partagée entre plusieurs gestionnaires et intervenants de divers secteurs d'activité des Laurentides, sur les inégalités sociales de santé et sur les interventions à privilégier pour les prévenir et les réduire dans notre région. Les engagements du directeur de santé publique et de son équipe sont un premier pas dans cette direction. Au cours de la démarche de consultation, plusieurs partenaires ont déjà indiqué quelle contribution ils pouvaient, eux aussi, apporter à la réalisation des cinq défis que nous nous sommes donnés.

Ces choix d'interventions et les engagements pris à cet égard, tenant compte de nos capacités d'agir, veulent traduire la détermination d'acteurs motivés à contribuer à inverser la tendance actuelle à l'accroissement des inégalités économiques et sociales et des inégalités de santé. Nous convenons d'agir ici et maintenant, à partir de ce que nous savons et de ce que nous pouvons faire, confiants que d'autres secteurs, que d'autres régions et diverses organisations, non seulement chez nous mais de par le monde, font leur part pour contribuer à nos visées communes. La mobilisation pour la réduction des inégalités sociales de santé, en effet, dépasse largement notre région : notre contribution s'insère dans un vaste mouvement allant du local à l'international et inversement.

Nous avons la conviction qu'à partir du moment où les partenaires concernés conviennent d'aborder franchement et sans détour la réalité des inégalités sociales de santé, ils ouvrent la voie à une mobilisation de plus en plus large d'intervenants soucieux d'apporter des réponses adéquates à ce problème et créent des conditions favorables à des interventions concertées efficaces pour les prévenir et les réduire.



Le directeur de santé publique et son équipe invitent les partenaires à consulter ce rapport à l'adresse internet suivante : www.santelaurentides.qc.ca, sous l'onglet Santé publique.

Références

INTRODUCTION

- Venne, Michel et Nicolas Zorn, Institut du Nouveau Monde, lettre ouverte publiée dans *Le Devoir*, 7 février 2013.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS), Commission des déterminants sociaux de santé. Site web de l'OMS, 2008 [En ligne]. Consulté en septembre 2013.

CHAPITRE 1

- Arcand L. « Comment les pratiques en milieu scolaire agissent-elles au regard des inégalités sociales de santé. Regard sur trois continents ». Présentation des *Journées annuelles de santé publique*, 18 novembre 2008.
- Bégin, Monique, représentante pour le Canada à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, citée dans *Éducation Santé* No 245, mai 2009, p. 3.
- Bibeau G. et Fortin S. « Inégalités et souffrance sociale : une approche anthropologique ». In Frohlich K, De Koninck M, Demers A et Bernard P. *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal 111-139, 2008.
- Boisguérin B., Després C., Dourgnon P., Fantin R., Legal R. « Étudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins ». In *Santé, soins et protection sociale en 2008*. Paris : IRDES, 2010.
- Bouchard L., Gilbert A., Landry R, et Deveau K. « Capital social, santé et minorités francophones ». *Revue canadienne de santé publique*, mai-juin 2006.
- Conseil supérieur de promotion de la santé de Belgique, *La réduction des inégalités sociales de santé. Un défi pour la promotion de la santé*, 2011.
- De Koninck M., Pampalon R., Paquet G., Clément M., Hamelin AM., Disant MJ. et al. *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2008.
- Loppie C., Wien F. *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Centre de collaboration national de la santé autochtone, 2009
- Marmot M. et Wilkinson RG. *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, 1999.
- Marmot M. *Closing the Gap in a Generation : Global Health Equity and the Commission on Social Determinants of Health*. Conférence donnée à Montréal le 5 février 2009.
- Menahem G. « Les inégalités sociales de santé s'enracinent dans l'enfance ». Présentation des *Journées annuelles de santé publique*, 17 novembre 2008.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : orienter et soutenir l'action!* Document du Comité interministériel sur la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être, 2001.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Le travail, un déterminant important de la santé*. *Santé publique*, Collection : des données à l'action, 2012.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Riche de tous nos enfants : la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, Troisième rapport sur l'état de santé de la population du Québec, 2007, en diaporama d'animation pédagogique du Réseau de recherche en santé des populations du Québec, 2009.
- NISKA, *Développement social dans la région des Laurentides*, 2012.

CHAPITRE 2

Un modèle conceptuel

- Aiach P. et Fassin D. « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé ». *La revue du praticien*, No 54, 2004.
 - Berghmans L. Présentation faite lors de la *Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé* (RFIIS), 17 novembre 2008.
 - Organisation mondiale de la Santé (OMS), *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, 2010.
 - Organisation mondiale de la Santé. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Résumé analytique du rapport final. Genève : Éditions de l'OMS, traduit par INPES, 2006.
 - Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*. *Saint-Denis : INPES*, coll. Santé en action, 2010
 - Université de Colombie-Britannique, Human Early Learning Partnership. *Universalisme proportionné*, Synthèse 2011. Traduction par l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, avril 2013.
- ### Défi 1
- Bernier N F. *Le désengagement de l'État providence*. Les Presses de l'Université de Montréal, Collection « Politique et économie », 2003.
 - Bouchard L., Gilbert A., Landry R. et Deveau K. « Capital social, santé et minorités francophones ». *Revue canadienne de santé publique*, mai-juin 2006.
 - Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être. Rapport de la réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Adélaïde 2010.
 - Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *Pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, 2008.
 - Judge R. « Le capital social, Établir les fondements de la recherche et de l'élaboration de politiques ». *Horizons*, vol 6, n° 3.
 - Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Événement national sur la responsabilité populationnelle*. Cahier du participant. 13 mai 2013.

- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Addressing the social determinants of health : the urban dimension and the role of social government*. 2012.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé. *Comblant le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé*. Rio de Janeiro : 19-21 octobre 2011, Résumé analytique p. 2.
- Savard S. et Chiasson G. « La gouvernance des services sociaux dans le secteur de la jeunesse et de la famille : quelle participation pour les organismes communautaires ». *Politique et société*, vol. 20, nos 2 et 3.
- Stoker G. « Cinq propositions pour une théorie de la gouvernance ». *Revue internationale des sciences sociales*, 1998.

Défi 2

- Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada*, 2009.
- Boisvert R. *Les indicateurs de développement des communautés : Vers le déploiement d'un dispositif national de surveillance*. Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2007.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Perspectives de recherche en santé des populations au moyen de données complexes*, 2004.

Défi 3

- Jean B. et Épenda Muteba Wa A. « Le capital social et le renforcement des "capacités de développement" des communautés rurales : les enseignements d'une étude canadienne ». *Revue d'Économie régionale & urbaine* 5/ 2004 (décembre), p. 673-694.
- Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire du Québec. *L'économie sociale : j'achète*, 2011.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec. *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles*, 2005.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec. *Loi contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, 2002.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec. *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015*, 2013.
- Ministère de l'Emploi et de la solidarité sociale du Québec. *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, 2010.
- Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire du Québec. *Stratégie pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 2011-2016*, 2011.
- Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques du Québec. *Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013*, 2008.
- Santé Canada. « Le capital social et la santé : Bonifier les avantages ». *Bulletin de recherche sur les politiques de santé, Pleins feux sur le lien politiques-recherche*, N° 12, septembre 2006.

- Shareck M., Frohlich K. L., Polan B. *Réduire les inégalités en matière de santé par des interventions axées sur les milieux*. Rapport final présenté à l'Agence de la santé publique du Canada, 2011.

Défi 4

- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec. *Stratégie d'intervention Agir autrement*. 2002.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants 2011-2014*. 2011.
- Mustard F. « Community and Equity in Early Child Development ». Présentation aux *Journées annuelles de santé publique (JASP)*, 12 mars 2010.
- Organisation mondiale de la santé. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Résumé analytique du rapport final. Genève : Éditions de l'OMS, traduit par INPES, 2006.
- Paquet G. « Avant les premières années scolaires, peut-on déjouer l'adversité liée au fait de vivre au bas de l'échelle sociale? ». Présentation aux 8^{es} journées annuelles de sociologie de l'enfance, 1^{er} octobre 2009.
- Ruel, Moreau, Bourdeau et Lehoux. *Guide pour soutenir une première transition scolaire de qualité*. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2011.

Défi 5

- Bibeau G. et Fortin S. « Inégalités et souffrance sociale : une approche anthropologique ». In Frohlich K, De Koninck M, Demers A. et Bernard P. *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 111-139, 2008.
- Cyrulnik B. *Les vilains petits canards*. Paris : Éditions Odile Jacob, 2001.
- Devault A. et Fréchette L. « Le soutien social et l'intervention de nature psychosociale ou communautaire », *Cahier du GÉRIS* : série Recherches, n° 19, 2002.
- Fédération canadienne des municipalités. *Renforcer le filet social au Canada : le rôle des gouvernements municipaux*. Rapport thématique, n° 6, 2010.
- Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). « Les conditions de vie matérielle : nouveaux critères de mesure de la pauvreté ». *Alimentation, Société & Précarité*, n° 36, 2007.
- Kaufman J. « Genetic and environmental modifiers of risk and resiliency in maltreated children ». In Jourdan-Ionescu C. *Développement d'interventions individualisées axées sur la résilience*, 2011.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Politique nationale de lutte à l'itinérance*, 2014 [www.msss.gouv.qc.ca/itinérance].

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES PARTENAIRES CONSULTÉS

Établissements du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides

Centre Jeunesse des Laurentides
CSSS d'Antoine-Labelle
CSSS d'Argenteuil
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
CSSS des Pays-d'en-Haut
CSSS des Sommets
CSSS de Saint-Jérôme
CSSS de Thérèse-De Blainville

Partenaires intersectoriels

Avenir d'enfants (Fondation Lucie et André Chagnon)
Centraide Gatineau-Labelle
Centraide Laurentides
Conseil régional de l'environnement
Conseil régional de développement social des Laurentides (CRDSL)
Conférence régionale des élus (CRÉ)
Écluse des Laurentides
Laurentides Économique (Économie sociale)
Forum jeunesse des Laurentides
Ministère des Affaires municipales et Occupation du territoire (MAMROT)
Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS-LLL)
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS)
Ministère de la Famille (MFA)
Moisson Laurentides
Ministère du Transport du Québec (MTQ)
Partenaires pour la réussite éducative dans les Laurentides (PREL)
Proches aidants (Fondation Lucie et André Chagnon)
Québec en Forme (Fondation Lucie et André Chagnon)
Regroupement alimentaire des Laurentides (RegAL)
Regroupement pour la concertation des personnes handicapées des Laurentides (RCPHL)
Regroupement des CPE des Laurentides
Regroupement des Maisons de jeunes des Laurentides
Réseau des femmes des Laurentides (RFL)
Regroupement des organismes communautaires des Laurentides (ROCL)
Sida-Amitié Laurentides
Table régionale des aîné-e-s des Laurentides (TRAL)

Organismes extérieurs

Centre Léa Roback
Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Direction de santé publique de la Montérégie
Direction de santé publique de Montréal
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
Université du Québec en Outaouais, campus St-Jérôme

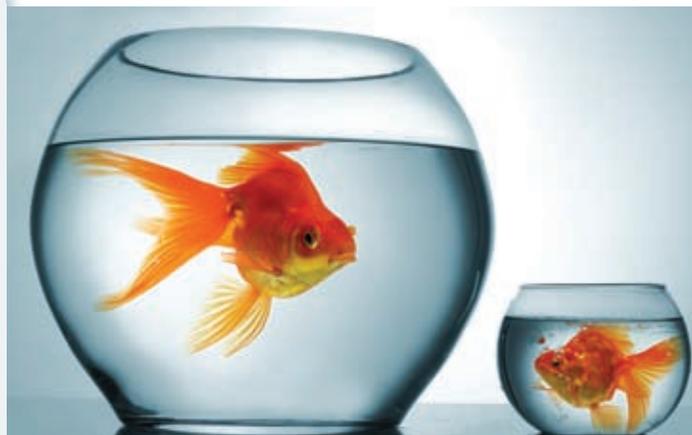
Le gradient social

« Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données démontrent qu'en général, plus un individu occupe une position socioéconomique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socioéconomique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. **Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun** » (OMS, *Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008*).



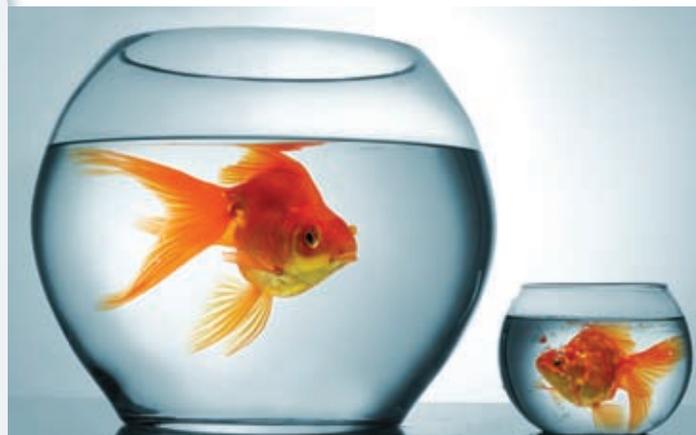
Le gradient social

« Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données démontrent qu'en général, plus un individu occupe une position socioéconomique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socioéconomique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. **Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun** » (OMS, *Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008*).



Le gradient social

« Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données démontrent qu'en général, plus un individu occupe une position socioéconomique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socioéconomique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. **Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun** » (OMS, *Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008*).



← La responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle concerne l'offre d'une gamme de services susceptible de combler les besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population d'un territoire donné (région, territoire de RLS ou autre). Elle s'appuie sur une approche populationnelle qui nécessite de connaître l'état de santé et de bien-être ainsi que le contexte de vie de la population, de façon à lui offrir les interventions et les services préventifs et curatifs appropriés. Cette responsabilité implique également d'agir en collaboration avec les partenaires sur les déterminants de la santé (facteurs biologiques, habitudes de vie, conditions environnementales et organisation du système de soins) qui relèvent du réseau de la santé et des services sociaux mais aussi des autres secteurs d'activité, et de contribuer ainsi à l'amélioration de la santé de la population (MSSS, *Événement national sur la responsabilité populationnelle*, 2013).



← La responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle concerne l'offre d'une gamme de services susceptible de combler les besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population d'un territoire donné (région, territoire de RLS ou autre). Elle s'appuie sur une approche populationnelle qui nécessite de connaître l'état de santé et de bien-être ainsi que le contexte de vie de la population, de façon à lui offrir les interventions et les services préventifs et curatifs appropriés. Cette responsabilité implique également d'agir en collaboration avec les partenaires sur les déterminants de la santé (facteurs biologiques, habitudes de vie, conditions environnementales et organisation du système de soins) qui relèvent du réseau de la santé et des services sociaux mais aussi des autres secteurs d'activité, et de contribuer ainsi à l'amélioration de la santé de la population (MSSS, *Événement national sur la responsabilité populationnelle*, 2013).



← La responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle concerne l'offre d'une gamme de services susceptible de combler les besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population d'un territoire donné (région, territoire de RLS ou autre). Elle s'appuie sur une approche populationnelle qui nécessite de connaître l'état de santé et de bien-être ainsi que le contexte de vie de la population, de façon à lui offrir les interventions et les services préventifs et curatifs appropriés. Cette responsabilité implique également d'agir en collaboration avec les partenaires sur les déterminants de la santé (facteurs biologiques, habitudes de vie, conditions environnementales et organisation du système de soins) qui relèvent du réseau de la santé et des services sociaux mais aussi des autres secteurs d'activité, et de contribuer ainsi à l'amélioration de la santé de la population (MSSS, *Événement national sur la responsabilité populationnelle*, 2013).



L'universalisme proportionné

L'universalisme proportionné, dans le contexte de la réduction des inégalités sociale de santé, consiste à adopter deux types d'approche à la fois, soit une approche universelle, s'adressant à toute la population, et une approche ciblée s'adressant aux couches de la société les plus vulnérables. Compte tenu qu'il y a des personnes en situation de vulnérabilité à tous les niveaux socioéconomiques, on trouve dans la classe moyenne le plus grand nombre de personnes vulnérables. Par contre, c'est au plus bas niveau socioéconomique que se situe la plus grande proportion de personnes en situation de vulnérabilité et souvent de très grande vulnérabilité. L'approche universelle permettrait en principe de rejoindre toutes ces personnes. Mais en pratique les personnes défavorisées font face à des obstacles, comme l'absence de transport, le manque d'information, la crainte de la stigmatisation, qui limitent leur accès aux services universels. L'approche ciblée permet de leur offrir des services plus adaptés à leur situation et à leurs besoins, à condition d'éliminer autant que possible les obstacles à l'accès. Une stratégie basée sur l'universalisme proportionné, soit la combinaison d'une approche universelle et une approche ciblée, est la plus susceptible d'aplanir le gradient social de la santé, c'est-à-dire de faire à sorte que le niveau de santé de toutes les classes socioéconomiques s'approche de l'égalité. (Agence SSS de Lanaudière, 2013)



L'initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants

L'ICIDJE est un projet d'enquête et d'intervention entrepris de manière concertée par plusieurs partenaires (MSSS, MELS, MFA, Avenir d'enfants et ISQ). Cette initiative vise à soutenir le développement des enfants québécois de 0 à 5 ans et à mieux préparer leur entrée au premier cycle du primaire ainsi que leur réussite scolaire. À partir de données d'enquête, l'état de développement des enfants à la maternelle est mesuré grâce à un instrument qui évalue les forces et les faiblesses d'un groupe d'enfants vivant dans une communauté ou un territoire donné pour différents domaines de leur développement (santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier, habiletés de communication et connaissances générales). Cet instrument ne fournit pas de mesure individuelle du développement ni de diagnostic de retard (MSSS, 2011).



Le gradient social

« Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données démontrent qu'en général, plus un individu occupe une position socioéconomique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socioéconomique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. **Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun** » (OMS, *Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008*).

