

La réduction des **inégalités**
liées à la **pauvreté** en matière
de santé et de bien-être:

Orienter et soutenir l'action!

Comité ministériel sur la réduction des inégalités
de santé et de bien-être liées à la pauvreté

Décembre 2002

Québec 

La réduction des **inégalités**
liées à la **pauvreté** en matière
de santé et de bien-être :

Orienter et soutenir l'action !

Comité ministériel sur la réduction des inégalités
de santé et de bien-être liées à la pauvreté

Décembre 2002

**Santé
et Services sociaux**

Québec 

MEMBRES du **comité ministériel** sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté



M. Réal Boisvert

Régie régionale de la santé
et des services sociaux de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

M. Denis Drouin

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Johanne Lapointe

Régie régionale de la santé
et des services sociaux de Laval,
Ministère de la Famille et de l'Enfance

M. Michel Morel

Régie régionale de la santé
et des services sociaux de Montréal-Centre,
Conseil de la santé et du bien-être

M^{me} Ginette Noël

Régie régionale de la santé
et des services sociaux de l'Estrie,
Conférence des régies régionales
de la santé et des services sociaux

M^{me} Diane Roger Achim

CLSC Des Faubourgs, Collège des médecins

M. Denis Saint-Amand, coordonnateur

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Renald Turcotte, président

CLSC du Centre-de-la-Mauricie,
Association des CLSC et des CHSLD
du Québec

Rédaction

Réal Boisvert

Michel Morel

Autres collaborateurs et collaboratrices

M. Gilles Duquette

Moisson Estrie

M. Guy Fréchet

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

M^{me} Louise Guay

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Odette Laplante

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Suzanne Moffet

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

M^{me} Hélène Morais

Conseil de la santé et du bien-être

M^{me} Ginette Paquet

Institut national de santé publique

M^{me} Louise Therrien

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

« Les pauvres et les économiquement faibles verront leur situation s'améliorer dans la mesure où ils vivront dans une société qui se préoccupe moins de les isoler que de leur fournir, par des politiques à la fois globales et concrètes, les moyens qui peuvent momentanément leur manquer pour devenir responsables et capables de s'aider eux-mêmes. »

René Lévesque

Mémoire du Québec à la Conférence sur la pauvreté,
décembre 1965

Table des MATIÈRES



AVANT-PROPOS	7
ÉLÉMENTS DE CONTEXTE	9
Une société toujours plus équitable	9
Une mission claire, des objectifs cohérents	9
L'action ministérielle	9
Des réalités en mouvement	10
Le mandat du comité et la démarche retenue	10
PREMIÈRE PARTIE :	
L'ÉTAT DE LA SITUATION	13
Ce que l'on sait de la pauvreté et des inégalités	13
La diminution du revenu moyen et l'effet des mesures redistributives	14
Des disparités qui résistent aux mesures de redistribution fiscales	15
Ce que les chiffres ne disent pas	17
La pauvreté au-delà des chiffres	17
La pauvreté selon ceux et celles qui la côtoient	18
Les effets de la pauvreté et des inégalités sur la santé et le bien-être	19
L'évolution des inégalités au Québec entre 1987 et 1998	20
La géographie de l'état de santé et de bien-être en rapport avec la pauvreté	21
Pourquoi les inégalités socioéconomiques se transforment-elles en inégalités sur le plan de la santé et du bien-être ?	22
Et maintenant... que faire ?	23
DEUXIÈME PARTIE :	
DES ORIENTATIONS MISANT SUR LE RENFORCEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES	25
Ce qui se fait ailleurs	25
Au Québec, une réflexion qui évolue	27
L'essentiel renforcement du potentiel des personnes	27
Comment renforcer le potentiel des personnes ?	28
Première orientation : soutenir l'enfance et la famille	29
Le soutien destiné aux enfants	29
Le soutien destiné aux familles	30
Les pistes d'action concernant le soutien destiné aux enfants et aux familles	30
Deuxième orientation : renforcer la cohésion sociale	32
Promotion d'une distribution équitable de la richesse	32
Les pistes d'action visant à promouvoir une distribution équitable de la richesse	32
La participation sociale	33
Les pistes d'action visant à favoriser la participation sociale	33

Troisième orientation : resserrer l'action du réseau	34
Adapter les soins et les services offerts aux réalités des milieux défavorisés	34
Les pistes d'action concernant l'ajustement nécessaire du réseau	34
Accroître l'accessibilité des soins et des services	35
Les pistes d'action destinées à améliorer l'accessibilité des soins et des services	36
Assurer une meilleure équité dans l'allocation des ressources	36
Les pistes d'action pour une meilleure équité	37
TROISIÈME PARTIE :	
DES ACTIONS INTÉGRÉES EN VUE DE RÉDUIRE LES INÉGALITÉS LIÉES	
À LA PAUVRETÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE	39
Une approche territoriale et un mode d'allocation budgétaire cohérent	41
L'harmonisation des rôles et des responsabilités des divers paliers d'intervention	41
Le rôle du MSSS	42
Le rôle des régies régionales de la santé et des services sociaux	43
Le rôle des CLSC	44
Le développement et l'utilisation de l'expertise	44
CONCLUSION	45
NOTES	47
BIBLIOGRAPHIE	51



Le dossier de la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté s'inscrit dans diverses démarches structurantes menées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dont notamment la Politique de la santé et du bien-être publiée en 1992, les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 et le Programme national de santé publique 2003-2012. Ce dossier s'inscrit également dans l'effort gouvernemental d'une offre de services intégrés traduite dans l'énoncé de politique d'une Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et dans la Loi l'instituant (Loi 112); laquelle a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale le 13 décembre 2002.

Ce rapport ainsi que les travaux de recherche entrepris pour son élaboration ont permis d'alimenter la réflexion entourant le développement de la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et du projet de loi l'instituant. Les orientations stratégiques proposées dans ce rapport, à savoir: 1) le soutien à l'enfance et à la famille, 2) le renforcement de la cohésion sociale et, 3) le resserrement de l'action de notre réseau ont été retenues dans la Stratégie et dans la Loi. Par ailleurs, quant aux recommandations, il s'avère nécessaire que chaque instance concernée puisse en faire l'analyse et détermine les suites pouvant être apportées. En vue d'assurer notre contribution au Plan d'action gouvernemental, il faudra également tenir compte des mesures prescrites dans nos politiques ou programmes pour réduire les inégalités et de l'exercice complété par notre ministère sur les priorités d'action à inscrire à la Stratégie nationale.

Ce travail mérite notre appréciation dans un contexte où la question de la pauvreté et de l'exclusion exige une vision renouvelée afin d'assurer une pérennité des actions dans la lutte aux inégalités. La perspective de plans d'action sera rattachée au Programme national de santé publique et aux plans d'action régionaux et locaux en découlant de même qu'au plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et aux plans d'action régionaux et locaux s'y rapportant.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance au comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté et à leurs collaborateurs et collaboratrices pour leur apport à la documentation des connaissances sur cette problématique et sur les actions à mettre de l'avant. Merci également aux partenaires régionaux de notre réseau et du milieu communautaire qui ont contribué, dans le cadre d'une vaste consultation, à influencer le choix des orientations et des cibles d'action.

Le directeur national de la santé publique,

Richard Massé

Éléments de contexte

» Une société toujours plus équitable

Dans une société développée comme le Québec, les préoccupations relatives à l'égalité et à l'équité ont progressé dans tous les milieux. Les domaines de l'éducation, de la fiscalité, de la culture ou des droits de la personne portent un intérêt constant à la justice sociale et à l'élimination des disparités dues aux croyances religieuses, à l'origine ethnique, au sexe ou à l'orientation sexuelle.

Parce qu'elles relèvent en grande partie de circonstances sociales et économiques plutôt que de la fatalité, les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être ne sauraient être tolérées. Aujourd'hui, il existe un large consensus sur la nécessité de réduire ce type d'inégalités. Outre notre volonté d'agir, nous avons au surplus, en tant que collectivité, les moyens d'y arriver, et ce, dans la continuité des actions et des efforts accomplis jusqu'ici.

La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être est un élément de premier plan dans un projet de société. Cela suppose, bien sûr, l'engagement et la solidarité de tous les ministères et organismes publics, en collaboration avec les acteurs économiques et sociaux concernés et l'ensemble de la collectivité québécoise. Le ministère qui porte la responsabilité de la santé et du bien-être doit cependant jouer un rôle clé dans la poursuite de cet objectif.

» Une mission claire, des objectifs cohérents

La Loi sur les services de santé et les services sociaux et plus récemment la Loi sur la santé publique interpellent clairement les autorités ministérielles sur le plan de la santé et du

bien-être. Pour maintenir et améliorer la santé de la population, le réseau de la santé et des services sociaux doit notamment agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être. Plus précisément, le régime de services de santé et de services sociaux doit « atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions ». Cela plaide sans détour en faveur de la nécessité d'intervenir afin que la santé des personnes, leur bien-être et les limites sans cesse repoussées de l'espérance de vie, qui constituent ce que nous avons de plus précieux en tant que collectivité, soient les choses les mieux partagées.

» L'action ministérielle

En plus de veiller à ce que l'ensemble des services de santé, par le maintien de la gratuité et de l'universalité des programmes, soient accessibles à toutes les catégories de la population, le MSSS intervient de diverses façons en vue de réduire les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être. Dans la foulée de la Politique de la santé et du bien-être et de la Politique de périnatalité, le MSSS s'est résolument engagé, en 1996, à promouvoir la santé et le bien-être de la population à faible revenu¹. Depuis lors, la réduction des inégalités sur le plan de la santé et du bien-être a été une préoccupation pour le MSSS et pour l'ensemble du réseau, autant dans les planifications stratégiques de plusieurs régions régionales que dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, publiées en 1997. Dans la même veine, évoquons ici le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (1998), le *Plan d'action 1997-2000: santé, bien-être et conditions de vie des femmes*

(1998) et *Le Plan d'action en toxicomanie 1999-2001* (1998), autant de documents qui traitent, à divers degrés, de la lutte contre la pauvreté et de la réduction des inégalités sociales.

Sur un autre plan, la mise en place du régime général d'assurance médicaments, instauré en 1997, a permis à 1,4 million de personnes, dont une bonne partie de personnes pauvres, d'avoir accès aux médicaments dont elles ont besoin. Il est vrai que ce régime exige une contribution financière minimale de la part de certains bénéficiaires de la sécurité du revenu, pour qui les médicaments étaient gratuits jusque-là, mais il corrige néanmoins l'iniquité qui frappait les familles à faible revenu qui ne bénéficiaient des avantages d'aucune assurance collective.

À l'intérieur des communautés, on a par ailleurs vu naître plusieurs initiatives, projets pilotes, programmes et interventions. Le programme « Naître égaux – Grandir en santé (NÉ-GS) », le programme de suppléments alimentaires « Œufs, lait, oranges (OLO) », le programme de développement des compétences parentales « Y'a personne de parfait (Y'APP) », certaines initiatives du mouvement Villes et Villages en santé (VVS), les cuisines collectives et les coopératives de services de maintien à domicile sont des exemples d'interventions destinées à soutenir les personnes et les groupes aux prises avec des problèmes de pauvreté.

» Des réalités en mouvement

Les préoccupations du MSSS et du réseau quant à la pauvreté et aux populations défavorisées sont bien réelles. Il reste que notre époque, entraînée dans la tourmente de l'actualité, nous force à une lecture toujours renouvelée des différents problèmes sociaux. De fait, en raison de la conjoncture actuelle, les inégalités en matière de santé et de bien-être nous interpellent aujourd'hui de manière inédite.

D'abord, la société civile n'a jamais interpellé autant les instances gouvernementales pour la lutte contre la pauvreté. Le Forum national sur le développement social tenu en 1998, ainsi que les chantiers régionaux qui l'ont entouré, ont laissé chez des centaines d'acteurs le

sentiment durable que le Québec, fort de ses expériences, devait néanmoins faire davantage et revoir la façon d'agir en matière de lutte contre la pauvreté. Par ailleurs, l'actualité a fait une large place à la Marche mondiale des femmes, au projet d'une loi pour éliminer la pauvreté et, plus récemment, au Sommet des peuples. Les questions soulevées par ces événements ne doivent pas rester sans réponse.

Le milieu de la recherche, l'expérimentation sur le terrain et le champ des politiques publiques lui-même sont, tant au Québec qu'à l'étranger, en pleine ébullition.

Nous sommes en mesure, aujourd'hui, non seulement d'apprécier les écarts de santé dans la population en général, mais également d'en évaluer les effets de manière tangible dans les communautés et les milieux de vie. Nous connaissons de mieux en mieux, et sur des périodes de plus en plus étendues, l'évolution de tel ou tel phénomène. Nous pouvons, à pauvreté égale, distinguer les groupes les plus affectés de ceux qui le sont moins, et adapter ainsi les interventions en fonction des caractéristiques les plus fines de ces groupes. Grâce à l'état actuel des connaissances, il nous est loisible d'avoir une vision synoptique des politiques, des orientations ou des lois adoptées par d'autres pays. Ce sont là des informations précieuses qui nous permettent d'adapter nos propres façons de faire, et cela, tout en nous inspirant des succès des autres et en évitant de répéter leurs erreurs. Ajoutons que, depuis plusieurs années déjà, on entend partout dans notre réseau qu'il faut adapter nos façons de faire afin que nos approches soient plus synergiques, nos priorités mieux ciblées et nos stratégies plus souples.

» Le mandat du comité et la démarche retenue

Le comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté avait pour objectif d'aider le MSSS à préciser comment, dans son champ de compétences, il entend contribuer à réduire les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être, et ce, en prenant en compte les nécessaires contributions des partenaires des divers secteurs d'activités de la société québécoise.

Afin de mener à bien ce mandat, nous avons d'abord rédigé un document de travail sur la problématique générale des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être². Avec le concours des régions régionales, les régions du Québec ont ensuite été approchées et chargées d'organiser des rencontres de consultation réunissant des acteurs clés locaux et régionaux, des gestionnaires, des intervenants bien informés des réalités de leur milieu et considérés comme des experts en matière d'inégalités liées à la pauvreté sur le plan de la santé. Ces rencontres ont permis d'enrichir les énoncés du document de consultation que nous avons produit et de recevoir différentes propositions d'action relatives à la réduction des inégalités³.

Parallèlement à cette démarche, divers travaux ont été entrepris afin de soutenir la réflexion des membres du comité ministériel. D'une part, le comité a demandé à des chercheurs indépendants de faire une recension des écrits sur les politiques, les priorités et les stratégies d'intervention visant à diminuer les inégalités dans les pays développés⁴. D'autre part, le comité a confié à deux économistes le mandat de brosser un tableau de l'évolution de la pauvreté au Québec de 1980 à 1997⁵. Enfin, des chercheurs de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec et de l'Institut national de santé publique⁶ ont

mis à la disposition du comité les résultats de leurs travaux portant respectivement sur l'évolution de la perception de l'état de santé des Québécois entre 1987 et 1998 et sur la cartographie de la défavorisation au Québec.

Nous sommes en mesure aujourd'hui, après avoir examiné à fond la question, de présenter des orientations et une approche destinées à réduire les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être.

Première partie

l'état de la **situation**

« 13

» Ce que l'on sait de la pauvreté et des inégalités

Chaque année, le Conseil canadien de développement social (CCDS) publie les données sur ce qu'il définit comme le taux de pauvreté. Selon le CCDS, le taux de pauvreté au Québec en 1998 était de 22,1 % avant impôts⁷. Ce pourcentage fournit une première estimation du nombre des gens qui, dans notre société, s'en tirent moins bien que la moyenne. Toujours selon le CCDS, parmi les provinces canadiennes, le Québec occupe la pire position en ce qui a trait à l'indice global de pauvreté.

On peut en outre avoir une indication encore plus juste de la pauvreté au Québec si l'on considère le seuil de faible revenu non pas avant impôts, comme le fait le CCDS, mais après impôts. Il s'agit alors de tenir compte de la somme des revenus venant du marché du travail et des transferts (aide sociale, sécurité de la vieillesse, assurance emploi, etc.), desquels on retranche les impôts payés à l'État. Cet indicateur a le mérite de donner une idée précise du revenu disponible, c'est-à-dire de ce qui reste réellement aux personnes pour la consommation et l'épargne. Comme le soulignent les économistes Francine Mayer et Christiane Morin, on ne peut tracer « un

portrait de la situation relative au faible revenu sans y introduire de biais, si on néglige de tenir compte des impôts car la fiscalité, notamment les crédits d'impôts, améliore le sort des moins nantis et par conséquent réduit le taux de faible revenu⁸. Ainsi, en 1998, le pourcentage des ménages à faible revenu était de 22,1 % avant impôts et de 16,4 % après impôts, ce qui représente un écart de près de six points.

Sans abuser de considérations techniques, il importe ici d'apporter deux précisions. D'abord, comme le souligne Statistique Canada, les taux de pauvreté relevés par le CCDS ne constituent pas des mesures de la pauvreté comme telle. Ils représentent la proportion des familles qui sont considérées comme étant à faible revenu, c'est-à-dire celles qui consacrent au moins 54,7 % de leur revenu à l'alimentation, au logement et à l'habillement. En deuxième lieu, ce seuil de faible revenu aurait pour effet de surestimer la

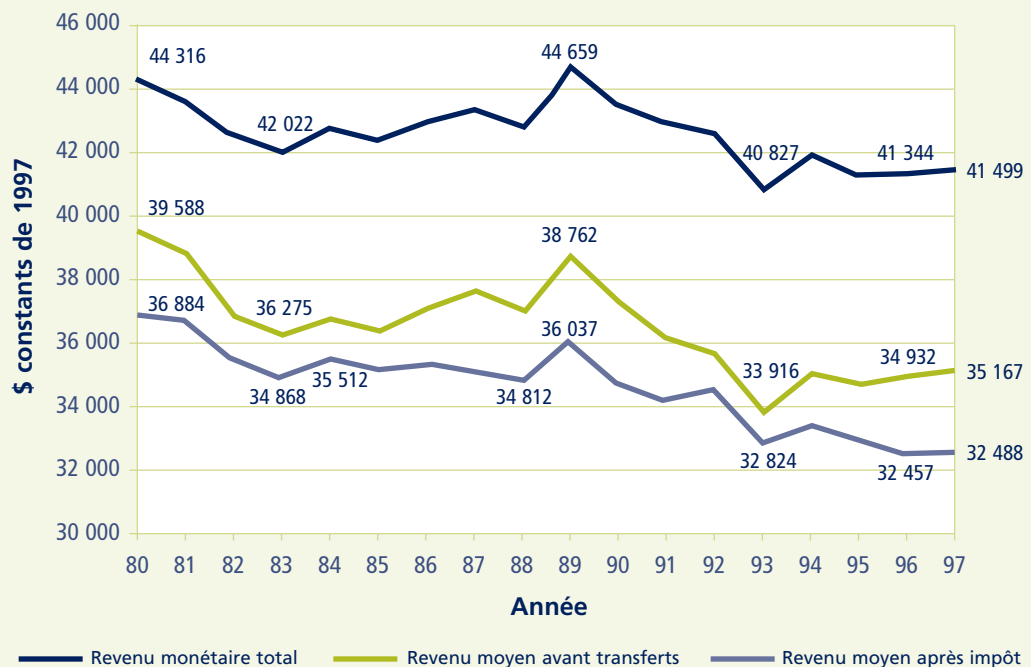
pauvreté au Québec, en raison de biais liés au contexte des comparaisons interprovinciales⁹. Après les ajustements qui s'imposent pour tenir compte de ces biais, le seuil de faible revenu diminue de quatre points après impôts, soit de 16,4 % à 12,5 %, ce qui place le Québec sur le même pied que l'Ontario (12,5 % au Québec contre 11,9 % en Ontario). Dans le cas des familles, en 1998, le Québec se situait à 8,6 % après impôts et dans le cas des personnes seules, à 32,4 %, toujours après impôts.

» La diminution du revenu moyen et l'effet des mesures redistributives

Comme le montre le graphique 1, de 1980 à 1997, le revenu moyen après impôt (mesuré en dollars constants) pour l'ensemble des contribuables québécois a diminué d'environ 12 %. En effet, sur une période de 17 ans, il est passé de 36 884 \$ à 32 488 \$.

Graphique 1

Revenu moyen avant transferts, revenu monétaire total moyen et revenu moyen après impôt, ensemble des unités familiales, Québec, 1980-1997



Source: Compilations spéciales, Division de la statistique du revenu, Statistique Canada, septembre 1999.
Reproduit dans le rapport de Francine Mayer et Christiane Morin.

Or, pendant cette même période, malgré la diminution du revenu moyen de l'ensemble des contribuables, le taux de faible revenu après impôt est demeuré stable pour les familles, se situant à 12 % en 1980 et à 12,4 % en 1997, alors qu'il a légèrement diminué pour les personnes seules, passant de 42,9 % en 1980 à 38,4 % en 1997.

En plus de la stabilité relative du nombre de ménages à faible revenu, l'inégalité des revenus est demeurée relativement constante entre 1980 et 1997, selon ce que le coefficient de Gini permet de constater¹⁰. En 1980, l'indice de l'inégalité des revenus pour toutes les familles, mesuré selon le revenu après impôt, s'établissait à 0,284. En 1997, il était de 0,288. Pour les personnes seules, cette valeur était respectivement de 0,379 en 1980 et de 0,320 en 1997.

L'inégalité peut également être mesurée d'une autre façon. En 1971, selon une étude de Statistique Canada, les 20 % des personnes les mieux nanties de la société gagnaient cinquante fois plus que les 20 % les moins privilégiées. Après les transferts de l'État et le prélèvement des impôts, les plus riches se retrouvaient avec un revenu dix fois plus élevé que les plus pauvres. En 1993, même si le revenu des 20 % les plus riches était

193 fois plus élevé que celui des plus pauvres, le revenu des plus riches après impôt était sept fois supérieur au revenu des plus pauvres¹¹.

En somme, si l'écart entre les riches et les pauvres n'a pas augmenté pendant cette période, c'est grâce aux mesures redistributives des programmes sociaux et de la fiscalité. Il faut toutefois noter que l'intervention de l'État n'empêche pas une diminution du pouvoir d'achat de l'ensemble de la population, sauf, pour le cinquième de la population correspondant aux citoyens les plus fortunés.

L'évolution concernant le revenu moyen, le faible revenu et les inégalités de revenus avant ou après impôt cache toutefois des écarts importants selon que l'on considère l'âge des personnes ou certaines catégories sociales (familles ou personnes seules).

» Des disparités qui résistent aux mesures de redistribution fiscales

Si le revenu moyen pour l'ensemble de la population a diminué de 12 % entre 1980 et 1997, cette diminution n'a pas frappé également les familles et les personnes seules, selon que l'on considère le revenu avant transferts et le revenu après impôt. C'est ce que nous révèle le tableau 1.

Tableau 1

Évolution du faible revenu des familles et des personnes seules après impôt par catégorie d'âge, en pourcentage, Québec 1980-1997

	FAMILLES		PERSONNES SEULES	
	1980	1997	1980	1997
24 ans ou moins	20,0	34,8	49,4	64,7
25-34 ans	10,0	18,2	23,1	31,3
35-44 ans	14,0	12,7	27,0	29,0
45-54 ans	10,0	7,8	37,9	38,3
55-64 ans	12,0	15,1	46,0	50,3
65 ans ou plus	7,0	3,3	61,8	36,0

Source : Compilations spéciales, Division de la statistique du revenu, Statistique Canada, septembre 1999.
Reproduit dans le rapport de Francine Mayer et Christiane Morin.

Voyons d'abord les familles. En 1980, 20 % des chefs de famille de 24 ans ou moins avaient un faible revenu après impôt. En 1997, ce pourcentage est passé à 34,8 %. Pendant la même période, le pourcentage des familles à faible revenu dont le chef était âgé de 25 à 34 ans a aussi augmenté, passant de 10 % à 18,2 %. En revanche, si en 1980, 7 % des chefs de famille de plus de 65 ans vivaient avec un faible revenu après impôt, ce pourcentage a baissé à 3,3 % en 1997.

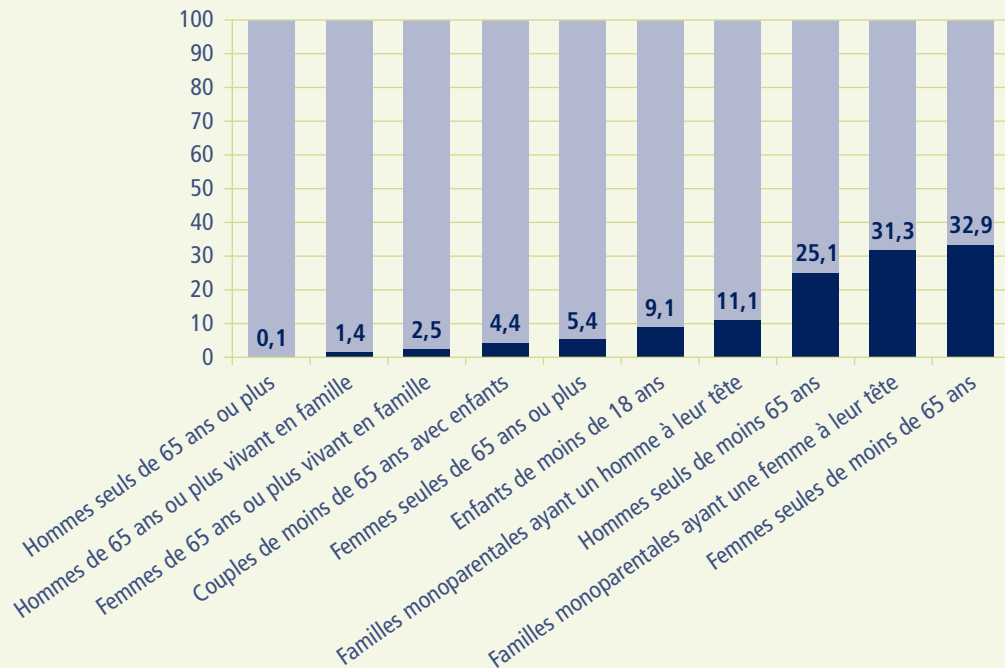
Chez les personnes seules, l'évolution du faible revenu suit les mêmes tendances. En 1997, les jeunes en général étaient deux fois

plus nombreux que leurs aînés à appartenir à la catégorie des personnes à faible revenu (64,7 % contre 36 %). Par ailleurs, si en 1980, 61,8 % des personnes âgées de 65 ans ou plus avaient un faible revenu, ce taux a baissé à 36 % en 1997. Par contre, la situation est différente pour les 25-34 ans, dont le pourcentage de faible revenu se situait à 23,1 % en 1980 et à 31,3 % en 1997, ce qui constitue une augmentation notable.

Entre 1980 et 1997, la pauvreté s'est aggravée chez les jeunes, alors que la situation des personnes âgées s'est améliorée. Mais qu'en est-il de la grande pauvreté ?

Graphique 2

Pourcentage des personnes vivant avec moins de 75 % du revenu équivalent au seuil de faible revenu après impôt, selon différentes catégories familiales, Québec 1997



Source : Compilations spéciales, Division de la statistique du revenu, Statistique Canada, septembre 1999.
Reproduit dans le rapport de Francine Mayer et Christiane Morin.

Prenons le cas des personnes vivant avec moins de 75 % du revenu équivalent au seuil de faible revenu. Comme le démontre le graphique 2, en 1997, 9,1 % des enfants de moins de 18 ans vivaient dans des familles recevant moins de 75 % du revenu équivalent au seuil de faible revenu après impôt. Ce pourcentage n'atteignait pas 2 % chez les hommes de 65 ans ou plus vivant dans des familles. Encore plus saisissant, toujours en 1997, 32,9 % des femmes seules de moins de 65 ans et 31,3 % des familles monoparentales ayant une femme à leur tête déclaraient des revenus après impôt inférieurs à 75 % du revenu équivalent au seuil de faible revenu. Ce pourcentage n'était que de 5,4 % pour les femmes de plus de 65 ans et il était nul chez les hommes de plus de 65 ans.

Il faut enfin ajouter ici qu'entre 1980 et 1997, toutes les catégories de la population québécoise n'ont pas contribué de façon égale à la fiscalité de l'État. Il appert que ce sont les familles, et parmi elles, principalement les familles de la classe moyenne, qui ont le plus contribué à la répartition relative de la richesse. Inversement, ce sont les personnes seules qui en auraient profité le plus, en particulier les personnes de 65 ans ou plus.

En résumé, un nombre important de Québécois vivent sous le seuil de faible revenu. Certaines catégories sociales, comme les jeunes familles et les femmes seules de moins de 65 ans, sont davantage touchées que les hommes seuls et les personnes âgées. Malgré la baisse générale des revenus de la population, la situation est demeurée stable pendant presque vingt ans, tant en ce qui concerne la pauvreté que les inégalités, et ce, pour l'ensemble de la population. Cela est dû en partie, assurément, aux efforts de solidarité fiscale de la société québécoise.

» Ce que les chiffres ne disent pas

Les données présentées ici s'arrêtent à 1997. Depuis, plusieurs éléments ont pu avoir un impact sur la situation qu'elles illustrent. Il suffit d'évoquer ici les luttes aux déficits des divers paliers de gouvernement, la réforme de certains programmes sociaux (assurance emploi), la diminution des paiements de transferts ou encore, dans le monde du travail, le contexte de rationalisation ayant

entraîné d'innombrables licenciements, en plus d'un resserrement des conditions de travail pour des milliers de salariés.

Certes, les prestations moyennes versées aux prestataires de l'aide sociale étaient de 579 \$ en 1997 et de 598 \$ en 2000¹², mais cette légère augmentation est due à l'évolution de la composition de la population bénéficiant de l'aide sociale, qui compte moins de personnes sans contraintes. Il faut noter qu'avant les augmentations consenties dans le budget du Québec de 2001, le dernier ajustement des montants accordés remontait à 1993.

Les événements survenus depuis 1997 ont assurément entravé la marge de manœuvre des gouvernements dans leur volonté de contrer la hausse des inégalités de revenu entraînée par le contexte du marché du travail. En conséquence, on ne peut, à ce moment-ci, préjuger de l'évolution récente des inégalités dans la redistribution de la richesse collective.

» La pauvreté au-delà des chiffres

En l'absence d'une définition consensuelle de la pauvreté, et à défaut d'une mesure universelle qui en rende compte, la seule description statistique de la pauvreté et des inégalités ne donne pas une idée juste de la complexité de la réalité. Par exemple, les indicateurs existants ne font pas état de l'aspect multidimensionnel de la pauvreté. Or, en ce qui concerne la pauvreté, au moins trois dimensions doivent être prises en considération, comme le rappelait notre document de consultation¹³.

La pauvreté comporte d'abord une dimension matérielle (avoir). Elle se distingue par un manque de revenus qui compromet l'accès à un logement convenable, à une alimentation correcte ou à un habillement adéquat. Cet aspect de la pauvreté force les personnes à évoluer dans des milieux de vie où les qualités environnementales (qualité de l'air et du sol, densité humaine, espaces verts, par exemple) laissent à désirer. Puisque les personnes pauvres ont un accès limité au transport, elles demeurent relativement captives de ces milieux : cela signifie qu'elles ont difficilement accès à certains services publics, qu'elles fréquentent davantage les dépanneurs que les grandes surfaces situées plus loin et, aussi, qu'elles n'arrivent qu'avec peine à participer

à des activités récréatives, même si celles-ci sont gratuites.

Une autre dimension de la pauvreté est sociale (pouvoir). Cet aspect de la pauvreté empêche les gens de jouer un rôle valorisant, rend difficile, sinon impossible, l'exercice de leurs droits sociaux et les confine souvent dans des rapports d'exclusion. La pauvreté sociale est surtout associée à une quasi-absence de participation à la vie collective : manque de soutien social, de liens d'entraide et de solidarité, anonymat, incapacité de surmonter les jugements réducteurs qu'entraînent les préjugés et un sentiment d'infériorité.

Enfin, la pauvreté culturelle (savoir), troisième dimension de la pauvreté, éloigne les personnes du monde de la connaissance et de la culture. Elle limite l'accès à l'apprentissage et freine ainsi l'acquisition de compétences ou, tout simplement, de connaissances utiles sur la conduite des affaires courantes de la vie en société. Moins informées et moins instruites, les personnes pauvres effectueront plus difficilement les choix qui leur permettraient de tirer le meilleur parti de leurs conditions de vie. Dans une société toujours plus exigeante sur le plan du savoir et de la compétence, les personnes faiblement scolarisées ont de plus en plus de difficulté à développer leur employabilité et leur autonomie.

Les observations recueillies au cours de la tournée de consultation que nous avons effectuée à travers le Québec permettent de prendre en considération plusieurs dimensions de la pauvreté. Les acteurs clés rencontrés nous ont fait part de leur perception de la réalité, une perception qui constitue une forme d'appréciation unique, voire irremplaçable, de l'évolution récente et de la dynamique de la problématique de la pauvreté au Québec. Que pensent ces gens de la situation de la pauvreté dans le Québec d'aujourd'hui ?

» La pauvreté selon ceux et celles qui la côtoient

Dans toutes les régions, les personnes rencontrées au cours de la consultation menée entre octobre 1999 et juin 2000¹⁴, ont signalé un accroissement du nombre de personnes pauvres. Cet accroissement vaut,

selon elles, pour toutes les catégories d'âge : enfants, adolescents, jeunes adultes, jeunes familles, personnes seules et, quoique dans une proportion marginale, personnes âgées. Parallèlement, une augmentation généralisée des demandes d'aide pour des biens essentiels a été observée un peu partout. Un autre constat, enfin, s'est fortement imposé : les écarts tendraient à s'accroître entre les riches et les pauvres. La consultation a de plus confirmé ce que nous savions déjà concernant les personnes défavorisées : les femmes sont plus pauvres que les hommes, les familles sont également touchées, surtout les jeunes familles et les familles monoparentales, et davantage encore celles qui sont dirigées par une femme. Les jeunes sont aussi nombreux à vivre dans des conditions de pauvreté, particulièrement ceux qui sont moins scolarisés ou dont la formation professionnelle ne répond pas aux exigences du marché du travail.

La consultation nous a également permis de connaître ce que nous pourrions appeler les nouveaux pauvres. Ces nouveaux pauvres sont soit des jeunes ayant une bonne scolarité, mais qui sont incapables de se trouver un emploi, ou encore des personnes que l'on croyait à l'abri de l'infortune, des travailleurs qui occupaient un emploi intéressant, bien rémunéré et jusque-là assez sûr, mais qui, soudain, l'ont perdu. La pauvreté touche aussi des personnes actives sur le marché du travail : les travailleurs à salaire peu élevé ou à statut précaire, ceux qui doivent se contenter du temps partiel ou du travail sur appel. Des personnes et des ménages qui passent du travail au chômage, d'abord, puis à l'aide sociale, ensuite, se retrouvent donc en situation de pauvreté, ce qui entraîne une insécurité chronique, un endettement important et sans cesse croissant, de même que des difficultés d'adaptation sans nombre.

Depuis quatre ou cinq ans, les gens qui travaillent sur le terrain perçoivent les effets d'une réelle crise des valeurs. Il n'y a pas si longtemps, aider les pauvres faisait partie d'une sorte de code d'honneur. Aujourd'hui, dans certains milieux, la pauvreté laisse indifférent. On note ainsi le vide immense dans lequel se retrouvent les personnes pauvres. De Hull à Gaspé, en passant par Québec et Longueuil, des intervenants nous ont dit qu'aujourd'hui, de plus en plus de gens

pauvres et très pauvres ont perdu l'espoir de s'en sortir un jour.

Les acteurs clés relatent également que le phénomène de l'itinérance évolue rapidement. Avant, la majorité des itinérants étaient des hommes blancs d'une quarantaine d'années, le plus souvent alcooliques. Maintenant, dans les grands centres mais aussi dans les petites villes, les itinérants sont des hommes et des femmes de tous âges : des adultes judiciairisés, des individus qui éprouvent des problèmes très lourds de consommation de drogue, de santé mentale ou de santé physique et un nombre croissant de jeunes. Dans les grandes villes, notamment à Montréal, les phénomènes liés à la pauvreté et à l'exclusion sont de plus en plus visibles : la mendicité sur la rue, les jeunes « *squeegees* », les diverses formes de prostitution dans les parcs, dans les quartiers et dans les endroits publics.

Quelle que soit sa forme, la pauvreté entraîne des problèmes de divers ordres : des problèmes de santé, des problèmes réduisant l'accès à certains services, des problèmes d'adéquation dans l'organisation et la prestation des services, de même que des problèmes de déstructuration à l'intérieur des communautés.

» Les effets de la pauvreté et des inégalités sur la santé et le bien-être

La relation entre les inégalités sociales et économiques et les inégalités sur le plan de la santé et du bien-être a fait l'objet d'articles et d'études bien documentés. Ces inégalités ont été observées autant en ce qui a trait à la mortalité¹⁵ qu'à la morbidité en général¹⁶. Elles touchent presque toutes les causes de décès¹⁷ et à peu près tous les types de maladies¹⁸.

Pour l'ensemble du Québec, l'espérance de vie à la naissance chez les hommes est aujourd'hui de 76 ans. Elle tombe cependant à 71 ans chez les hommes qui appartiennent au cinquième de la population le plus défavorisé sur les plans matériel et social, tandis qu'elle grimpe à près de 80 ans chez les hommes les plus favorisés. On constate donc un écart de neuf ans¹⁹. Les personnes demeurant dans des quartiers défavorisés de Montréal²⁰ ou de Trois-Rivières²¹ accusent, quant à elles, un écart de cinq à dix ans par rapport aux résidents des quartiers favorisés.

En 1997-1998, le taux d'hospitalisation générale pour cent habitants était de 16,2 pour les personnes les plus pauvres et de 10,4 pour les plus riches. Le taux de fécondité chez les adolescentes du quintile le plus défavorisé se situait, entre 1995 et 1997, à 4,7. Il était de 0,26 seulement chez les adolescentes les plus favorisées²².

La perception qu'on a de son état de santé s'avère un puissant prédicteur de la mortalité. Une étude conduite au début des années quatre-vingt mentionne que, chez les personnes âgées du Manitoba, le risque relatif de décès sur trois ans pour les personnes se disant en mauvaise santé était trois fois supérieur à celui des personnes qui estimaient leur santé excellente²³. En l'absence de diagnostic médical, un tel prédicteur permet d'avoir un excellent aperçu des inégalités en matière de santé et de bien-être en rapport avec certaines caractéristiques socioéconomiques. Ainsi, en 1998, le pourcentage de la population québécoise qui estimait sa santé moyenne ou mauvaise était de 17,6 % pour les personnes dont la scolarité est la plus faible, par rapport à 7,2 % pour celles ayant la scolarité la plus élevée; ce pourcentage était de 22,9 % pour les revenus les plus bas et de 6,6 % pour les revenus supérieurs, de 33,5 % pour les sans emploi et de 5,3 % pour les gens ayant un emploi²⁴.

Certaines données portant sur la relation entre le niveau socioéconomique et d'autres indicateurs de santé sont également éloquentes. Toujours selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*²⁵, 26,9 % des personnes qui ont des revenus insuffisants ou inférieurs affichent un indice de détresse psychologique élevé, alors que cette proportion tombe à 16,4 % pour celles qui ont des revenus suffisants ou supérieurs; 14 % des gens appartenant à la première catégorie déclarent avoir un problème de santé limitant leur activité, tandis que c'est le cas pour seulement 6,5 % des gens de la deuxième catégorie.

Selon les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* portant sur l'insécurité alimentaire, 8 % des ménages québécois disent avoir connu un aspect ou un autre de l'insécurité alimentaire; ce pourcentage s'élève toutefois à 23 % pour les familles monoparentales, à 27 % pour les familles sans emploi et à 39 % pour les personnes très pauvres²⁶.

De façon encore plus spectaculaire, le rapport annuel de 1998 de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre précisait que la mortalité due au suicide chez les personnes à faible revenu habitant à Montréal présentait un excédent de l'ordre de 111 %. Dans le même groupe, le taux de mortalité due au cancer du poumon était de 62 % et le taux de mortalité due à une cardiopathie était de l'ordre de 31 %²⁷.

» L'évolution des inégalités au Québec entre 1987 et 1998

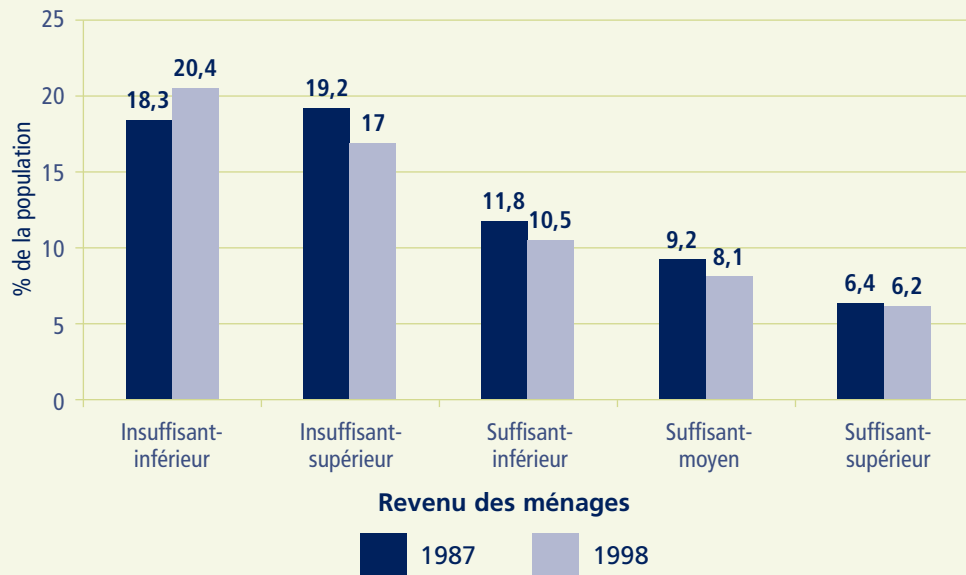
Si l'existence d'une relation entre le niveau socioéconomique et de nombreux indicateurs est bien établie au Québec, on ne disposait jusqu'à maintenant que de peu d'information sur l'évolution du phénomène. Heureusement, une étude récente a corrigé cette situation²⁸. Ainsi, comme l'indique le graphique 3, on

observe, tant en 1987 qu'en 1998, une importante inégalité en ce qui concerne la proportion de la population insatisfaite de son état de santé, selon le statut socioéconomique défini à partir du revenu des ménages.

Le calcul des indices d'inégalités relatives entre les données de 1987 et celles de 1998 indique toutefois que les inégalités entre les différentes catégories de revenus sont demeurées inchangées pendant cette période. Cela signifie qu'en 1987 comme en 1998, environ le cinquième des gens dont les revenus étaient jugés insuffisants ou inférieurs étaient insatisfaits de leur état de santé, alors que ce pourcentage tombait à 6 % pour les personnes qui estimaient leur revenu suffisant ou supérieur. On note, pour les deux années également, l'évolution graduelle et continue des pourcentages selon les différences de revenus.

Graphique 3

Proportion de la population de 15 ans ou plus insatisfaite de sa santé, selon le statut socioéconomique défini à partir de cinq catégories de revenus des ménages, Québec 1987-1998



Source: Marc FERLAND, « Variation des inégalités socioéconomiques de l'état de santé au Québec entre 1987 et 1998 », *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, 2000, (document de travail), 25 pages.

» La géographie de l'état de santé et de bien-être et son lien avec la pauvreté

En posant comme postulat que les effets de la pauvreté sur la santé et le bien-être sont les mêmes pour toutes les unités appartenant au quintile des unités les plus défavorisées, Robert Pampalon et Guy Raymond²⁹ font observer que la trame géographique de la défavorisation n'est pas tissée au hasard sur l'ensemble du territoire québécois.

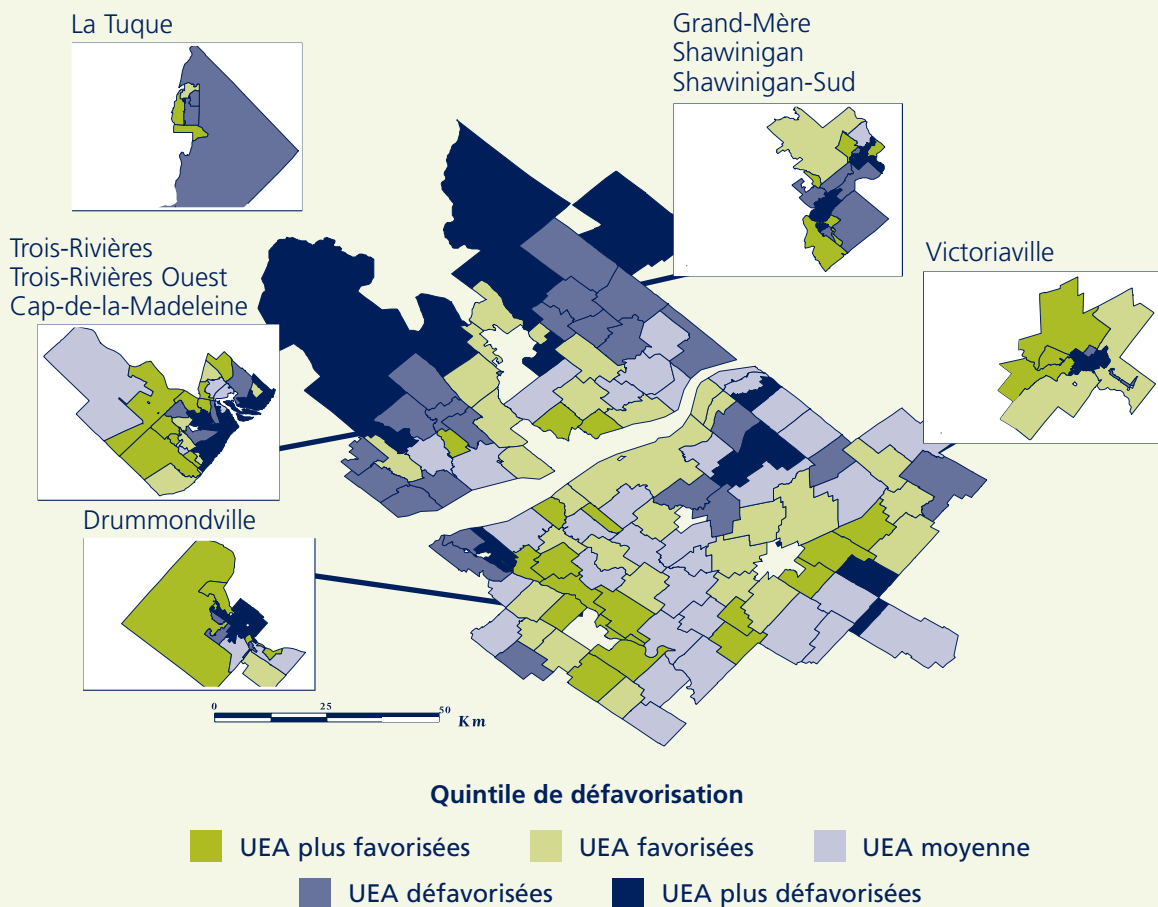
Loin d'être concentrée uniquement dans la région de Montréal, la défavorisation

matérielle sévit particulièrement dans les petites villes périphériques du Québec et en milieu rural. Elle diminue dans les banlieues situées près des villes de moyenne importance, puis croît de nouveau dans les centres-villes. C'est également dans les centres-villes que la défavorisation sociale est la plus grande.

Histoire d'envisager le phénomène d'un seul coup d'œil, qu'il nous soit permis ici d'illustrer la dynamique générale de la défavorisation au Québec à partir de l'exemple de la Mauricie et du Centre-du-Québec³⁰.

Carte 1

Les communautés (municipalités en milieu rural et quartiers en milieu urbain) de la Mauricie et du Centre-du-Québec selon cinq quintiles relatifs à la défavorisation



La carte qui précède représente les municipalités rurales de la Mauricie et du Centre-du-Québec réparties de part et d'autre du fleuve Saint-Laurent et, en agrandissement, dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, les quartiers des zones urbanisées de La Tuque, Trois-Rivières, Drummondville, Victoriaville et Shawinigan. Toutes ces communautés sont redistribuées en cinq catégories établies à l'aide d'un indice socioéconomique composite. La catégorie la plus défavorisée est représentée en bleu foncé et la plus favorisée en orange. Cette représentation est fidèle à l'image du « trou de beigne » évoquée dans *Deux Québec dans un*³¹, expression illustrant le fait que la pauvreté encercle les banlieues des villes centres de même que leurs quartiers périphériques et se concentre dans les centres-villes et dans l'arrière-pays.

Comme le montre la carte, la défavorisation est à peu près générale au nord de la Mauricie. Les centres-villes des principales municipalités de la région sont grandement touchés par la pauvreté alors que leurs couronnes résidentielles sont relativement prospères. Le Centre-du-Québec fait exception à cette règle. En effet, il y manque une portion du beigne, ce qui laisse à découvert les municipalités plus prospères du sud et du sud-ouest du territoire. Cela illustre on ne peut mieux le fait que, dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec comme dans l'ensemble du Québec, la croissance suit un axe de développement nord-sud/est-ouest, alors que la décroissance suit l'axe inverse.

» Pourquoi les inégalités socioéconomiques se transforment-elles en inégalités sur le plan de la santé et du bien-être ?

Les inégalités en matière de santé et de bien-être touchent certaines personnes davantage que d'autres, comme nous l'avons vu, et elles se concentrent à tel endroit plutôt qu'à tel autre. Mais une fois ces constatations faites, comment en rendre compte ? Autrement dit, comment expliquer que des inégalités sociales et économiques se transforment en inégalités sur le plan de la santé et du bien-être ?

Les liens entre la pauvreté et la santé ont fait l'objet de nombreuses analyses qui convergent pour la grande majorité et font ressortir une

étroite relation entre ces phénomènes. Les personnes dont les revenus ne leur permettent pas de se loger convenablement, de se nourrir à leur faim, de se déplacer ou de s'offrir tous les médicaments dont elles ont besoin, vivent dans des conditions extrêmement délétères. Qu'elles habitent dans les pays les plus pauvres de la terre ou dans les quartiers les plus détériorés des pays riches, leur santé et leur bien-être supportent mal la comparaison avec l'état des mieux nantis.

Si les déterminants sociaux et économiques de la santé agissent brutalement sur les plus démunis, ils exercent en outre leur influence de façon graduelle et continue sur le reste de la population. On observe ainsi que dans tous les pays où les différences entre les classes sociales sur le plan de la santé sont bien mesurées, elles sont progressives et ne comportent pas de point de rupture. Les personnes qui appartiennent aux couches sociales supérieures sont, dans l'ensemble, en meilleure santé que celles de la classe moyenne, même si ces dernières ont de meilleurs revenus et un rang social plus élevé que le reste de la population³². Des facteurs de risque généraux ou structurels seraient donc à l'œuvre concurremment aux facteurs de risque individuels³³. Ces facteurs seraient également associés à la position dans la hiérarchie sociale et, bien qu'ils prédisposent à la maladie et à la mort prématurée, il semble que la médecine n'y puisse rien.

Les études longitudinales de Whitehall, réalisées par Marmot à Londres auprès de la fonction publique³⁴ ont montré que la maîtrise de son travail (sentiment de pouvoir, autonomie décisionnelle) avait un rapport significatif avec la santé, même après avoir pris en considération les facteurs de risque habituels. Le sentiment de maîtriser sa situation personnelle semble influencer les mécanismes de défense des individus contre plusieurs maladies (cancers, maladies coronariennes, etc.)³⁵. L'inhibition de l'action, très souvent propre aux gens qui vivent dans des quartiers qui se désintègrent ou à ceux qui se trouvent au sein d'une hiérarchie sur le plan professionnel, provoque également un stress insoutenable pouvant conduire à une dépression correspondante du système de défense³⁶.

Précisons que les recherches sur le sujet montrent clairement qu'être en bonne santé ne relève pas uniquement des habitudes de vie (tabagisme, alimentation, etc.). En fait, elles disent que même si toute la population adoptait de saines habitudes de vie (une bonne alimentation, pas de tabac, pas d'alcool, etc.), l'espérance de vie globale augmenterait assurément, mais que les différences relatives à l'état de santé persisteraient entre les classes sociales. Peu importe le problème de santé auquel on est prédisposé, l'expression de la maladie dépendrait de la capacité de s'acquitter de ses tâches quotidiennes, du sentiment d'avoir du pouvoir sur sa destinée et de l'impression qu'il existe une issue dans l'adversité.

Par quels mécanismes, enfin, le social interagit-il avec le biologique? On soupçonne de plus en plus « le rôle de médiateur que joue le système nerveux vers les autres systèmes biologiques: endocrinien, immunitaire, sanguin, etc. »³⁷. Les stress les plus nocifs ne seraient pas ceux découlant d'une crise, mais plutôt ceux qui sont ressentis d'une manière personnelle et qui durent longtemps. Leurs effets seraient nombreux, notamment sur la digestion, sur l'énergie vitale et sur la tension artérielle. Certains des effets du stress sont connus depuis moins longtemps, notamment ses effets sur le système immunitaire et sur la mort neuronale, qui entraînent un vieillissement prématuré et, éventuellement, la mort.

» Et maintenant... que faire?

Selon les acteurs rencontrés au cours de la consultation en région, la pauvreté serait en nette progression. Au surplus, selon nos informateurs clés, la pauvreté n'affecterait plus seulement certains groupes particuliers. Elle toucherait maintenant des groupes sociaux élargis, comme les jeunes et les familles avec de jeunes enfants, ainsi que des gens qu'on croyait jusqu'à maintenant à l'abri, comme certaines personnes des classes moyennes, par exemple. Enfin, la pauvreté sévit aussi durement, quoique de manière différente, dans les centres-villes des capitales régionales et dans l'arrière-pays.

Par ailleurs, les données consultées, qui s'étalent sur une période de vingt ans, incluant les périodes de croissance économique et les périodes plus

difficiles, révèlent que les inégalités semblent avoir été relativement stables, tant sur le plan socioéconomique que sur le plan de la santé et du bien-être, en dépit des ressources consacrées pendant cette période à l'aide aux plus démunis.

Il n'y a pas nécessairement de contradiction entre les chiffres et les constats des intervenants. La réalité de la pauvreté est fort complexe, bien sûr, mais mouvante et, en partie, insaisissable. La pauvreté ne se réduit pas à une question d'indicateurs ni à une image, et encore moins à un seul point de vue. Chose certaine, la nécessité de contrer les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être doit tenir compte de la réalité suivante: toutes choses étant égales par ailleurs, si aucune action nouvelle ou différente n'est entreprise, nous ne pouvons espérer réduire les inégalités dans un avenir rapproché; au mieux, nous maintiendrons les écarts actuels; au pire, le *statu quo* entraînera une détérioration de la situation, car si nous, nous ne bougeons pas, la réalité, elle, est sans cesse en mouvement.

Il importe, selon le comité, d'aborder la question des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être avec un regard neuf, mais aussi en ayant à l'esprit les expériences passées, en s'appuyant sur les principes d'équité et de justice sociale qui caractérisent la société québécoise, et en misant sur la richesse et le dynamisme des organisations publiques, privées et communautaires qui, chaque jour, agissent pour contrer la pauvreté et les inégalités en matière de santé et de bien-être. Voilà une perspective qui nous semble en harmonie tant avec les grands énoncés de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux³⁸, qu'avec la décision gouvernementale de faire de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, une priorité.

Deuxième partie

des orientations misant sur le **potentiel** des personnes

« 25

Il faut poser sur la pauvreté un regard neuf, disions-nous. Notre approche doit être enrichie par les expériences passées, par les principes d'équité et de justice sociale, elle doit miser sur la richesse et le dynamisme de nos organisations publiques, privées et communautaires, mais avant tout, elle doit tenir compte de ce qui se fait ailleurs.

» Ce qui se fait ailleurs

Les questions relatives à la lutte contre la pauvreté et à la réduction des inégalités en matière de santé et de bien-être sont des préoccupations partagées par bon nombre de pays. Au premier chef, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirme que les principaux défis à relever pour améliorer la santé consistent à réduire largement la charge de surmortalité et de surmorbidity qui pèse sur les pauvres et à contrer les menaces

potentielles pour la santé qui résultent de crises économiques³⁹. En outre, toujours selon l'OMS, les objectifs poursuivis dans le document « Santé pour tous » ne pourront être atteints que lorsque les pays membres s'emploieront à mettre en place des systèmes capables de réduire les inégalités dans le domaine de la santé.

Afin qu'on en arrive à réduire les inégalités en matière de santé, l'OMS a adopté, à l'occasion de la cent cinquième session de son conseil exécutif, un plan d'action⁴⁰ dont les éléments principaux passent par l'adoption de stratégies d'intervention réputées pour être efficaces, comme l'action sur les déterminants de la santé qui influencent les politiques de développement. L'OMS croit également qu'il faut focaliser notre attention sur les problèmes de santé des personnes pauvres (c'est-à-dire sur le nombre relativement restreint de problèmes qui les affectent de façon disproportionnée) et concevoir un système de santé répondant plus efficacement à leurs besoins.

Cet appel a été entendu différemment par les pays membres, mais certaines réponses suscitent plus d'intérêt que d'autres. Parmi celles-ci, on retiendra l'expérience britannique, car elle a influencé de nombreux pays, dont le Canada et les États-Unis. Inspiré de deux rapports indépendants sur les inégalités en matière de santé, soit le rapport Black⁴¹ et le Rapport Acheson⁴², le gouvernement anglais a préparé en 1999 un Livre blanc sur la santé de la population. Cette politique, intitulée *Saving Lives: Our Healthier Nation*⁴³, est une politique générale destinée à l'amélioration de la santé de toute la population, à l'intérieur de laquelle on trouve des préoccupations relatives à la santé des plus démunis. Elle établit sur dix ans des objectifs visant la réduction de la mortalité et de la morbidité liées au cancer, aux maladies cardiovasculaires, aux traumatismes et à la santé mentale. Elle propose en outre d'augmenter les budgets de la santé, tout en mettant sur pied des services nationaux de santé destinés, et nous insistons ici, **au renforcement du potentiel des individus** (*National Health Services*). Ces services sont de trois types : des services directs d'information et de consultation, des services de promotion et de renforcement des aptitudes personnelles et des services visant une meilleure prise en charge de leur maladie par les malades eux-mêmes.

Dans le même esprit, le gouvernement de l'Écosse a préparé un Livre vert⁴⁴ dans lequel il propose de réduire les inégalités en matière de santé en portant une attention particulière aux personnes à risque vivant dans les communautés les plus désavantagées, tout en adoptant une politique de santé qui s'adresse à toute la population. Cette politique devrait permettre d'élaborer des **stratégies destinées au développement et au renforcement des communautés** qui, selon le Livre vert, viseraient à accroître le sentiment d'appartenance des personnes, à renforcer leur estime personnelle, en plus d'améliorer leur confiance en elles-mêmes, ce qui, en dernière analyse, leur permettrait de mieux tenir compte de l'information qu'elles reçoivent en matière de santé et d'être plus réceptives aux programmes de promotion et de prévention.

Ce rapide survol ne saurait passer sous silence l'expérience française. La Loi contre les exclusions a été adoptée en 1998. Il s'agit d'une loi qui n'a pas d'équivalent dans les autres pays de la communauté européenne, où la problématique de la pauvreté est plutôt traitée dans le cadre plus large d'une politique générale de santé. La loi française suppose donc un changement de perspective et apparaît comme un vaste dispositif gouvernemental et institutionnel destiné à contrer les exclusions. Son architecture comprend six paliers organisationnels qui ouvrent des perspectives inédites. Un premier palier prévoit la mise en place d'un système coordonné de réponse aux besoins des personnes, par l'entremise d'un appareil d'information et de sensibilisation sur l'exclusion. Un deuxième concerne l'instauration d'un observatoire de la pauvreté et de l'exclusion. Les autres paliers sont de nature plus conventionnelle. Ainsi, cette loi précise que les exclus, comme tous les citoyens français, doivent bénéficier d'une couverture universelle de consultation médicale et de soins de santé. Leurs droits sont les mêmes : le droit au logement, le droit à des moyens de vie décentes, le droit à la vie familiale et à la citoyenneté, le droit d'avoir accès à l'éducation, à la culture, aux loisirs et aux sports.

Les références sur les interventions étrangères en matière de réduction des inégalités et de lutte contre la pauvreté sont variées. Les pratiques en cours ailleurs nous proposent une diversité d'orientations, de stratégies et de pistes d'intervention, toutes aussi pertinentes les unes que les autres, qui vont de grandes politiques gouvernementales à de simples actions ministérielles. Ces expériences mettent en lumière le fait que, une fois assurés les conditions de subsistance et un cadre de vie sain, le maintien et le développement de la santé et du bien-être de la population passent par les individus, par leur facilité plus ou moins grande à mettre en valeur leur potentiel. De là découle la nécessité de soutenir toutes les personnes qui forment une même collectivité et de leur offrir les moyens de se développer et de s'épanouir.

» Au Québec, une réflexion qui évolue

Au Québec, les principes énoncés dans la section précédente ne sont pas nouveaux. On les retrouve dans les stratégies privilégiées par la Politique de la santé et du bien-être adoptée en 1992. L'une de ces stratégies met l'accent sur la nécessité de favoriser le renforcement du potentiel des personnes. Les autres proposent des actions comme le soutien des milieux de vie et le développement d'environnements sains et sécuritaires, l'amélioration des conditions de vie et l'action avec et pour les groupes vulnérables.

Ces stratégies nous apparaissent encore aujourd'hui comme étant d'une parfaite actualité, d'autant que les politiques et les programmes en cours à l'échelle internationale reposent sur les mêmes bases⁴⁵.

» L'essentiel renforcement du potentiel des personnes

L'effort que nous devons faire ne consiste donc pas à proposer de nouvelles avenues, mais bien à nous concentrer sur l'essentiel et à concevoir des orientations qui favorisent l'action. Il s'agit de convenir d'abord d'une proposition qui rassemble les forces vives de tous les milieux, afin d'améliorer la qualité de la vie, la santé et le bien-être de l'ensemble de la population. Or, parmi les facteurs favorables au maintien et au développement de la santé et du bien-être de la population, l'emprise que les gens exercent sur leur propre vie figure au premier plan. Aider les personnes à avoir davantage de pouvoir sur leur propre vie, leur offrir le soutien que requiert le développement de leur potentiel et de leur autonomie, sont des actions qui constituent un point de départ incontournable dans une perspective de réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être.

Une des conditions gagnantes de lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être engendrées par la pauvreté consiste donc à renforcer chez les personnes la capacité de faire face aux difficultés qu'elles éprouvent⁴⁶, aux stress qu'elles auront à subir tout au long de leur vie, et à développer leur autonomie.



Le comité recommande de retenir des orientations qui visent le renforcement du potentiel des personnes

» Comment renforcer le potentiel des personnes ?

Comment soutenir le développement du potentiel humain ? Comment renforcer le sentiment de maîtrise que chacun a sur sa propre vie et la capacité d'affronter les situations difficiles ? Pour renforcer le potentiel des personnes, il faut intervenir à la fois auprès des individus et à l'intérieur des communautés, des collectivités et des milieux de vie, et ce, dans un contexte organisationnel qui prenne en considération l'ensemble des actions propres au ministère de la Santé et des Services sociaux et à son réseau.

En ce qui concerne les individus, il importe de fournir à chaque personne toutes les chances de développer pleinement son potentiel, et ce, dès l'enfance. Les premières années de la vie sont prédominantes pour le devenir de la personne. Il faut donc agir dès ce moment, en offrant diverses formes de soutien aux parents et aux familles⁴⁷. **La nécessité de soutenir la petite enfance et la famille constitue la première orientation proposée.**

Les communautés sont également considérées. Tous les citoyens devraient pouvoir vivre dans un cadre social qui permette un accès équitable aux ressources de l'ensemble de la société, un cadre où la cohésion favorise l'élimination des facteurs d'exclusion, de même que la participation et le plein exercice de la citoyenneté⁴⁸. **Le renforcement de la cohésion sociale représente la deuxième orientation formulée par le comité.**

Au regard du contexte organisationnel, il importe que le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau utilisent pleinement leurs ressources et adoptent un mode de prestation des services qui s'inscrive dans une dynamique de soutien aux personnes et aux communautés. Pour y arriver, il faut s'assurer que les différents services, les programmes établis et les interventions des différentes instances concernées soient effectivement accessibles à l'ensemble des personnes, surtout aux personnes défavorisées sur le plan socio-économique. **La révision de nos façons de faire constitue la troisième orientation proposée.**

Pour renforcer le potentiel des personnes, le comité retient donc trois orientations, soit la nécessité de soutenir l'enfance et la famille, le renforcement de la cohésion sociale et le resserrement de l'action du réseau de la santé et des services sociaux.

Première orientation : soutenir l'enfance et la famille

La sécurité du milieu familial et la réussite scolaire sont deux éléments absolument essentiels au développement harmonieux de l'enfant. La conjugaison de ces deux facteurs constitue la voie la plus prometteuse vers la réalisation de l'objectif social qui consiste à *permettre à chaque personne de développer son potentiel et son autonomie et de participer activement à la vie sociale*, en plus d'engendrer les conditions favorables à une meilleure santé et de réduire sensiblement les risques de problèmes d'adaptation sociale à l'âge adulte.

Il convient de rappeler ici qu'au cours des consultations menées dans les différentes régions du Québec auprès d'acteurs clés (autant auprès des gestionnaires et des intervenants des réseaux publics que des représentants du milieu communautaire), la perspective de donner la priorité au soutien à l'enfance et à la famille a reçu un accueil favorable.

Le comité estime donc que deux voies fondamentales s'ouvrent ici : le soutien aux enfants et le soutien aux familles et aux parents.

» Le soutien destiné aux enfants

Nous entendons dire souvent que tout se joue avant six ans. Les premières années de la vie sont d'une importance capitale pour le développement ultérieur de l'individu et conditionnent largement sa capacité d'affronter les situations difficiles. Au moins deux certitudes découlent de cette affirmation.

En premier lieu, il est évident que le fait d'évoluer dans un milieu donné et d'être exposé à certaines situations aura une influence sur la plus ou moins grande capacité des individus à l'âge adulte de résister à certaines maladies. En second lieu, il est généralement admis que les épreuves et les expériences difficiles vécues dans les premières années de la vie entraînent des conséquences cumulatives dont les effets sont inéluctables. C'est ainsi qu'un bon nombre de problèmes de santé et de bien-être observés à l'âge adulte s'expliquent par les expériences traversées durant l'enfance⁴⁹. Il en va de même avec les habitudes de vie.

En plus de jouer un rôle prédominant sur le plan de la santé, les premières années de la vie sont fondamentales en ce qui concerne la socialisation de l'enfant et le développement de ses aptitudes. Plusieurs recherches récentes ont confirmé que des programmes d'intervention précoce et d'éducation préscolaire en milieu défavorisé, ainsi qu'un système d'éducation compensatoire, peuvent favoriser l'égalité des chances de réussite et ainsi contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé et de bien-être⁵⁰. Dans le même esprit, plusieurs expériences et projets pilotes⁵¹ menés depuis quelques années auprès de la petite enfance ont démontré qu'en intervenant de façon précoce et en soutenant les familles avec de jeunes enfants, on peut arriver à briser le cycle de la transmission intergénérationnelle de la pauvreté.

Si on espère réduire la prévalence de problèmes de santé et d'adaptation sociale à l'âge adulte, il faut se préoccuper en priorité des facteurs susceptibles de protéger les enfants de conditions de vie défavorables. En ce sens, il convient de considérer comme prioritaire le soutien accordé aux enfants sous diverses formes.

» Le soutien destiné aux familles

S'il faut protéger les enfants des conditions de vie défavorables à leur développement, on doit le faire en considérant d'abord que ces enfants vivent au sein de familles quotidiennement aux prises avec des difficultés réelles. Aux difficultés financières importantes et aux privations matérielles de divers ordres (nourriture, médicaments, vêtements, logement, etc.), s'ajoutent des difficultés davantage émotives, comme l'isolement et le sentiment d'échec. Bien souvent, dans ces familles, les mères sont faiblement scolarisées et, si elles ont connu le marché du travail, elles n'y ont guère eu d'expériences valorisantes. Face aux diverses privations que leur situation financière impose à leurs enfants, les parents, et en particulier les mères, se sentent coupables et incompetents.

Par ailleurs, pour bien comprendre l'importance du phénomène d'isolement social que subissent ces familles, il faut considérer l'évolution récente de notre société. Les quartiers urbains qui, autrefois, avaient une population ouvrière modeste, mais disposant néanmoins de réseaux d'entraide établis et animés par une culture commune, ont été les premiers à souffrir des crises économiques qui se sont succédées depuis les années soixante-dix. Ce sont ces quartiers qui regroupent aujourd'hui les enfants courant le plus de risques d'échecs scolaires⁵².

» Les pistes d'action concernant le soutien aux enfants et aux familles

L'intervention précoce et intensive auprès des femmes enceintes, des parents et de leurs enfants de 0 à 5 ans en situation de grande vulnérabilité et d'extrême pauvreté vise à réduire les écarts de santé et de bien-être et à rompre la transmission intergénérationnelle de la pauvreté et de ses conséquences. Les programmes « Naître égaux et grandir en santé (NÉ-GS) », « Soutien aux jeunes parents dont la mère est âgée de moins de 20 ans (PSJP) » et « Soutien éducatif précoce » notamment en milieu de garde ainsi que des actions liées à la prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes sont des mesures préventives complémentaires qui doivent être particulièrement soutenues dans le cadre d'un réseau de services intégrés et continus, de la grossesse à la maternelle.

Ces programmes visent à favoriser le lien d'attachement parent/enfant et le développement global et harmonieux de l'enfant, à soutenir les parents dans le développement et l'exercice de leur rôle parental et à appuyer la création d'environnements sains et sécuritaires pour les enfants de 0 à 5 ans et leurs familles. Des actions précoces, adaptées, intenses et soutenues sont au nombre des conditions à respecter pour en garantir le succès.

Dans le continuum des programmes préventifs destinés aux enfants et aux familles les plus vulnérables sur le plan socioéconomique, d'autres stratégies conjuguant des approches de milieux de vie du type « écoles et milieux en santé » associent l'école, la famille et la communauté. À l'instar de ces programmes, ces approches, axées sur une planification globale et intégrée d'actions préventives, visent à intervenir le plus précocement possible sur des déterminants qui sont communs à plusieurs aspects de la santé et du bien-être des enfants et de leurs parents en plus d'agir sur de multiples facteurs de risque ou sur divers problèmes de santé et de bien-être.

Le MSSS doit poursuivre ses efforts en vue d'assurer le développement et la consolidation de ces divers programmes dans l'ensemble des régions du Québec en accordant une priorité aux milieux défavorisés. Le gouvernement a contribué ces dernières années au développement d'un réseau de services de garde éducatifs et accessibles pour les 0 à 4 ans dans près de 2 000 centres de la petite enfance (CPE) répartis à travers le Québec. En avril 2002, 145 000 places étaient disponibles et un total de 200 000 places sont prévues d'ici 2005-2006. La mesure à la base de ce changement découle directement de la Politique familiale que le gouvernement du Québec a adoptée en 1996.

Ainsi, eu égard à l'importance des premières années de vie pour le développement de l'enfant, il importe d'offrir aux enfants de milieux défavorisés une diversité de services et de programmes qui favoriseront leur développement. Dans cette optique, le comité souscrit également aux principaux objectifs de la Politique familiale, à l'effet :

- *d'assurer l'équité entre les familles en accordant une aide accrue à celles qui sont à faible revenu, tout en maintenant un soutien universel;*

- *de faciliter la conciliation des responsabilités parentales et professionnelles;*
- *de favoriser le développement des enfants et l'égalité des chances*⁵³.

De plus, le comité soutient qu'une intervention précoce, adaptée et accessible auprès des enfants de milieux défavorisés pourrait être optimisée par une alliance plus étroite entre le réseau du ministère de la Santé et des Services sociaux et celui du ministère de la Famille et de l'Enfance. L'un a en effet développé une expertise en matière d'intervention précoce et bon nombre d'initiatives de soutien auprès des enfants et des familles vulnérables, et l'autre s'est vu confier la responsabilité d'organiser des services éducatifs pour les enfants de 0 à 4 ans et des services de soutien à l'exercice des rôles parentaux.

Les contraintes et les privations quotidiennes des familles aux prises avec la pauvreté constituent des obstacles de taille. Les pistes d'action qu'il faut entrevoir sont donc de plusieurs ordres et font appel à l'ensemble de la collectivité. Il est essentiel de s'assurer que les familles en proie à la défavorisation socioéconomique disposent des ressources nécessaires pour prendre soin de leurs enfants. L'adéquation des diverses formes de soutien aux besoins essentiels des familles est donc une priorité incontournable.

Au chapitre des besoins essentiels, il importe de considérer les conditions de logement. Les problèmes de santé liés aux conditions de logement sont maintenant connus. Il s'agit d'une problématique importante pour les familles défavorisées, et ce, autant dans les villes, où les coûts des logements sont souvent prohibitifs, que dans certaines régions, où les familles pauvres sont contraintes de vivre dans des résidences souvent insalubres. Il y a donc lieu de considérer plus judicieusement notre compréhension de ce que sont les besoins essentiels.

Par ailleurs, le Québec, conscient de l'importance du rôle social des familles et soucieux de soutenir les parents dans l'exercice de leurs responsabilités à l'égard de leurs enfants, a fondé sa Politique familiale sur le principe de base suivant : « reconnaître aux parents leur rôle prépondérant dans le développement de leurs enfants et à l'État un rôle de soutien »⁵⁴. Ainsi, cette politique vise à influencer les politiques, les

programmes et les réglementations des différents ministères et organismes publics afin qu'ils prennent en considération les responsabilités parentales et soutiennent les familles. Il s'agit d'une politique qui vient concrétiser l'importance que la collectivité québécoise accorde aux enfants et à la responsabilité parentale. Le comité estime que si la Politique familiale du gouvernement du Québec doit continuer de s'adresser à toutes les familles, elle doit néanmoins, dans une perspective de solidarité, témoigner d'une préoccupation particulière à l'égard des familles défavorisées. Tout en continuant de promouvoir des mesures de soutien s'adressant aux familles, elle doit donc aussi s'assurer que ces mesures rejoignent les familles défavorisées et promouvoir des mesures particulières visant à ce que les conditions de vie des familles défavorisées se rapprochent le plus possible des conditions de vie des autres familles.

Tous conviennent également qu'il n'est guère facile d'être parent. Cela est encore plus vrai en milieu défavorisé où, bien souvent, l'insuffisance des revenus et les privations qui en découlent s'accompagnent d'une faible scolarisation. Il importe donc de soutenir les initiatives qui visent le développement des compétences parentales. À cet effet, il faudrait favoriser le rapprochement des différents réseaux qui offrent des services aux enfants ainsi qu'à leurs parents, voire adopter des approches intégrées et s'appuyer, pour concrétiser les présentes orientations, sur des organismes locaux qui agiront de concert avec les enfants et les familles.



Deuxième orientation: renforcer la cohésion sociale

Depuis quelques années, nombreux sont les intervenants qui adhèrent aux concepts de capital social, de développement social, « d'empowerment » des communautés et de développement local. Études et recherches à l'appui, ils allèguent que de telles perspectives d'action sont essentielles, tant pour la santé et le mieux-être des personnes que pour le développement de communautés plus solidaires⁵⁵.

En étudiant plusieurs exemples de sociétés réputées pour être égalitaires et où la population semble être relativement en bonne santé, Wilkinson⁵⁶ explique qu'elles semblent avoir une caractéristique commune: leur cohésion sociale⁵⁷. Selon lui, ces sociétés se caractérisent par une vie communautaire intense, où l'individualisme et les valeurs du marché sont tempérés par la moralité sociale. On y constate également peu de manifestations de violence, de même que davantage de compassion et de solidarité. Ces sociétés se caractérisent par un plus grand capital social⁵⁸.

Rappelons ici que la notion de cohésion sociale renvoie à tout ce qui concerne l'intégration des personnes dans la société. Selon Durkheim, une société ayant une forte cohésion sociale est une société où l'on trouve un sentiment général de soutien qui amène les individus à profiter des bienfaits de la collectivité plutôt que de les laisser s'épuiser tout seuls lorsqu'ils éprouvent des problèmes⁵⁹. La cohésion sociale suppose:

La cohésion sociale s'établit et se maintient dans les communautés par la participation, la démocratie, les rapports égalitaires, la solidarité et le partage des responsabilités. Aux fins de la présente démarche de réflexion sur la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé, le comité applique cette notion de cohésion sociale à deux des dimensions importantes de l'organisation sociale ayant des incidences directes sur la santé et le bien-être des personnes, soit le partage de la richesse et la participation sociale.

» Promotion d'une distribution équitable de la richesse

On reconnaît assez aisément l'existence de corrélations entre le produit national brut (PNB) par habitant et les mesures de l'état de santé comme l'espérance de vie, mais on doit s'intéresser aussi à l'existence des fortes corrélations entre le degré d'équité dans la distribution du produit national et l'état de santé⁶¹. Les données actuelles laissent croire que la répartition du revenu dans les sociétés a un effet important sur l'espérance de vie. Les pays et les régions qui atteignent une grande prospérité et une équité raisonnable dans la distribution du revenu ont des populations qui vivent plus longtemps et qui montrent de faibles variations socioéconomiques.

Bien que l'élément de cohésion sociale qu'est le partage de la richesse ne soit pas de sa responsabilité immédiate, le comité croit que le MSSS doit s'intéresser à la question du partage de la richesse à deux égards.

» Les pistes d'action visant à promouvoir une distribution équitable de la richesse

Le MSSS devrait d'abord soutenir la pertinence d'une équité fiscale et en illustrer les effets sur la santé et le bien-être de la population. L'enrichissement de notre société ne saurait être une valeur commune que s'il profite à l'ensemble de la société. C'est ainsi qu'il aura des retombées positives sur la santé de la population.

« la constitution de valeurs et d'interprétations communes, la réduction des disparités de richesse et de revenus et, de façon générale, l'inculcation aux citoyens du sentiment d'être engagés dans une entreprise commune, d'affronter ensemble les difficultés et d'être membres d'une même collectivité⁶⁰. »

Le MSSS devrait également s'intéresser aux formes de redistribution de la richesse les plus susceptibles de renforcer le potentiel des individus et des communautés. En conformité avec l'article 54 de la Loi sur la santé publique, il peut faire valoir à ses partenaires ministériels les aspects des politiques publiques qui, à l'instar des politiques de soutien du revenu et de solidarité sociale, offrent des perspectives nouvelles en ce qui a trait à l'amélioration des conditions et des habitudes de vie des personnes. Certaines formes d'aide de dernier recours ont des effets plus positifs que d'autres sur l'estime de soi, le sentiment de confiance et l'esprit d'entreprise, et elles favorisent l'intégration des personnes à leur communauté. Autant d'aspects ayant un lien avec la prise en charge et l'autonomie nécessaires au maintien et au développement de la santé et du bien-être.

» La participation sociale

Le droit des individus et des communautés de participer aux décisions qui les concernent fait partie des ingrédients reconnus parmi les plus prometteurs pour améliorer leur santé et leur bien-être. Ce droit implique que les membres d'une collectivité se réunissent pour agir et apporter des solutions à des problèmes communs.

« Les problèmes particuliers vécus par les personnes en situation de pauvreté nécessitent des actions qui, pour être efficaces, doivent être élaborées à partir des perceptions propres à ces groupes et de leurs valeurs, et mettre à contribution leur dynamisme, leurs forces et celles du milieu⁶². »

Cette notion de participation sociale n'est guère nouvelle. Il s'agit d'une notion présente dans la définition même de la santé et du bien-être arrêtée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et reprise par la Politique de la santé et du bien-être publiée en 1992 :

« La santé et le bien-être ne sont plus perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux; ils désignent plutôt la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie. Selon cette optique, la santé et le bien-être sont considérés d'abord et avant tout comme une ressource de la vie quotidienne. »

» Les pistes d'action visant à favoriser la participation sociale

Il faut miser sur la mobilisation et l'engagement des individus et des communautés à leur développement en mettant l'accent sur la participation sociale, la responsabilisation et l'accroissement des solidarités. Le potentiel des individus et des collectivités à prendre en charge leur santé et leur bien-être doit être renforcé par la mise en place d'initiatives locales émergeant des communautés et construites par elles.

On doit encourager la participation sociale sous diverses formes : travail rémunéré, investissement humain et financier dans une entreprise ou dans un projet communautaire, entraide et bénévolat, engagement dans des institutions démocratiques ou autres.

La participation sociale peut aussi revêtir des dimensions plus informelles. L'engagement de l'individu à l'intérieur de sa propre famille, par exemple, constitue également une forme de participation sociale. Elle se manifeste d'abord dans le lien existant entre l'individu, sa famille et ses proches. Elle prend ensuite forme dans les relations entre les individus et les différents milieux de vie que sont l'école, le monde de travail, le milieu communautaire, de même que dans la relation entre l'individu et sa collectivité⁶³.



Troisième orientation : resserrer l'action du réseau

Comme les études portant sur les relations précises entre état de santé, offre de soins et recours aux soins sont rares, il est certes difficile de déterminer le rôle exact que peut jouer un système de santé sur la réduction des inégalités elles-mêmes en matière de santé⁶⁴. Par ailleurs, il a déjà été largement démontré que les services de santé et les services sociaux en général ne sont pas le principal déterminant de la santé et du bien-être de la population⁶⁵. Leurs effets se situent loin derrière ceux de l'environnement social, économique et physique des personnes.

Cela étant dit, il est clair que les personnes pauvres ont des besoins importants, voire distincts de ceux de l'ensemble de la population en matière de santé et de bien-être, et qu'il faut combler ces besoins. Mais l'idée de quantifier les budgets et les ressources nécessaires à la réduction des inégalités liées à la pauvreté sur le plan de la santé et du bien-être ne nous apparaît pas comme une tâche relevant de notre compétence. Au surplus, cette voie est loin d'offrir toutes les garanties de résultats escomptés. D'autres avenues nous semblent plus prometteuses.

Partant du principe que le système de santé et de services sociaux constitue un levier nécessaire et incontournable permettant de réduire les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être, le comité estime que trois éléments doivent guider le resserrement de l'action du réseau : la nécessité d'ajuster les soins et les services offerts, d'accroître leur accessibilité et de les offrir d'une façon plus équitable.

» Adapter les soins et les services aux réalités des milieux défavorisés

Il est possible d'accroître le rendement du système de santé et de services sociaux en ce qui concerne l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes pauvres. Cela est faisable pour peu que l'on considère ce système dans son ensemble, que l'on tienne compte de la totalité de ses moyens, de ses aspects préventifs et curatifs, à partir d'un point de vue global. Cette façon de voir, plus transversale que verticale, plus générale que spécialisée,

est une perspective moins réductionniste que si nous proposons, par exemple, de dégager un budget particulier ou de préparer un programme d'intervention spécial afin de réduire les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être. Un rendement accru du système de santé et de services sociaux nous semble une perspective généreuse. L'atteinte de cet objectif constitue un défi lancé à tous les acteurs, un mot d'ordre adressé à chaque palier d'intervention du réseau.

» Les pistes d'action concernant l'ajustement nécessaire du réseau

Décloisonner les interventions

Commençons par rappeler que le cloisonnement des interventions sectorielles des différents ministères ne favorise pas la mise en œuvre de stratégies cohérentes et multisectorielles en vue de réduire la pauvreté au sein de la population et, par voie de conséquence, de réduire également les écarts actuels entre les groupes sociaux. L'objectif visant la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être doit permettre de franchir l'obstacle du cloisonnement et être partagé par l'ensemble des ministères.

Selon le comité, le MSSS est concerné par la question du cloisonnement des interventions à deux égards. En premier lieu, le comité a d'abord convenu que le MSSS devrait contrer le cloisonnement des interventions au sein de son propre réseau, autant entre les différents paliers d'intervention qu'à l'intérieur d'un même palier. À titre d'exemple, il est important d'harmoniser les interventions sur le terrain, des CLSC et des Directions de la santé publique (DSP) avec les interventions d'autres acteurs du milieu, comme les organismes communautaires. Il est aussi primordial d'améliorer les rapports et la collaboration entre les CLSC et les Directions de la protection de la jeunesse (DPJ), entre les CLSC et les DSP, de même qu'entre les régies, les organismes communautaires et l'ensemble des acteurs locaux du réseau. Le decloisonnement des interventions, le MSSS doit d'abord l'entreprendre au sein de son propre réseau.

En second lieu, le comité a également convenu que le MSSS devrait jouer un rôle de premier plan dans la *sensibilisation*, dans la *mobilisation* et dans la *concertation* des autres ministères et des organismes publics afin que les politiques et les programmes des différents ministères concourent à l'objectif visant la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être.

Favoriser le fonctionnement synergique des différentes instances du réseau

L'État a toujours joué un rôle fondamental dans le maintien de la cohésion sociale, dans la régulation de l'économie, dans l'organisation des divers programmes de protection sociale et des services collectifs. Les perspectives avancées ici ne modifient en rien l'importance des rôles dévolus à l'État, pas plus qu'elles ne signifient qu'il faille délester l'État de ses responsabilités pour les confier à d'autres paliers d'intervention.

Les orientations suggérées par le comité visent à rendre les interventions des différents paliers, synergiques et complémentaires, tout en respectant la légitimité des choix démocratiques de la société québécoise. Par ailleurs, ces orientations respectent en tous points l'esprit de la Loi sur les services de santé et les services sociaux quant aux responsabilités qui doivent être assumées par les différents paliers d'intervention.

Le comité considère que les enjeux relatifs à la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être plaident en faveur d'une articulation cohérente des rôles et des responsabilités des divers paliers d'intervention.

En ce sens, la vision globale à laquelle nous faisons allusion plus haut doit être développée au niveau national. Il appartient donc au MSSS, sur la base d'informations pertinentes, de fixer les orientations et les objectifs nationaux en matière de santé et de bien-être et d'y allouer les ressources nécessaires. Le niveau régional doit pour sa part soutenir les CLSC et les acteurs locaux dans la planification et la mise en œuvre des stratégies pertinentes favorisant l'atteinte des objectifs fixés par le MSSS, et fournir, tant au MSSS qu'aux CLSC et aux autres acteurs locaux, l'information nécessaire à la prise de décisions. La concertation,

l'action et l'intervention doivent enfin, sur la base de projets concrets et d'initiatives du milieu, prendre forme, être mises en place et s'enraciner au niveau local. Le CLSC est l'instance locale du réseau de la santé et des services sociaux dans les communautés. Le comité estime que c'est donc à ce niveau que les interventions doivent être conçues et mises au point, avec le soutien des instances régionales.

» Accroître l'accessibilité des soins et des services

La question de l'accessibilité des soins et des services est une question complexe. Le seul fait d'offrir des services n'est pas une garantie que les gens utiliseront ces services, *a fortiori* en milieu défavorisé. De la même façon, toutes les personnes ne sont pas également disposées à avoir recours à tel ou tel service. Cela met en lumière certaines réalités facilitant ou entravant la prestation des services. Ces réalités touchent aussi bien les services que les personnes auxquelles ils s'adressent.

Les obstacles liés à certaines caractéristiques des personnes

De l'avis de plusieurs, les personnes pauvres ne consultent pas facilement ou spontanément les professionnels de la santé et n'utilisent guère les services préventifs du réseau. Au cours des consultations du comité, les acteurs clés furent nombreux à mentionner que les personnes pauvres, malheureusement trop peu informées bien souvent, ont tendance à n'avoir recours qu'aux services d'urgence, même pour des problèmes qui pourraient être réglés par une simple consultation. Lorsqu'elles ont un problème de santé plus sérieux, elles n'utilisent les services de santé qu'en dernier recours, quand la situation est devenue grave et intenable. On constate également que plus la situation de pauvreté se prolonge, plus des attitudes comme le repli sur soi et la méfiance sont fréquentes. Cela rend encore ces milieux plus imperméables aux interventions des CLSC.

L'analphabétisme, enfin, très fréquent chez les personnes pauvres, est un obstacle important à l'accessibilité des soins et services, car c'est le plus souvent à l'aide de documentation écrite qu'on informe la population de l'existence d'un service. À titre d'exemple, mentionnons la difficulté qu'ont les personnes analphabètes à bien comprendre les étiquettes et les modes d'emploi des différents produits et médicaments qu'elles doivent utiliser.

Par ailleurs, les services clairement réservés aux personnes pauvres ne sont généralement pas très populaires car ils ont souvent pour effet, malgré les bonnes intentions qui les sous-tendent, de stigmatiser les personnes pauvres.

Les obstacles liés aux services

Dans les régions où les villes et villages sont dispersés sur le territoire, les distances géographiques et les difficultés de transport deviennent, tant pour les intervenants que pour les usagers, des obstacles de taille. Ces problèmes de transport sont une des conséquences d'un certain type de développement qui repousse vers l'arrière-pays, ou dans les zones situées à l'intérieur des ceintures urbaines, les populations pauvres, victimes de l'augmentation du coût des logements dans les secteurs en croissance économique. Or, c'est le plus souvent dans ces secteurs que sont établis les services de santé. Dans les centres urbains, les problèmes de transport tiennent à l'achat d'un ticket d'autobus ou de métro, ou encore aux tarifs, même modestes, exigés pour le stationnement aux abords des édifices publics.

D'autres obstacles relevés par le comité ont trait aux horaires des établissements où les services offerts ne conviennent pas toujours aux gens qui ne peuvent s'absenter de leur travail ou se payer des services de gardiennage. Les services médicaux sont par ailleurs jugés insuffisants dans les quartiers pauvres, où l'on constate une pénurie de médecins. Il semble en effet que la pratique médicale en milieu défavorisé soit peu valorisée par la profession. Par ailleurs, les médecins et autres professionnels du réseau qui pratiquent dans des secteurs défavorisés comprennent parfois mal la réalité des personnes pauvres, ce qui crée des barrières qui n'encouragent pas le suivi de ces personnes.

Le clivage entre la culture des intervenants et celle des personnes pauvres est aussi un obstacle important à l'intervention.

» Les pistes d'action destinées à améliorer l'accessibilité des soins et des services

Le comité recommande au MSSS de faire de l'accessibilité des soins et des services pour tous les citoyens du Québec une priorité incontournable qui engagera l'ensemble des instances, des organismes et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

À cet égard, le MSSS, de concert avec les régions régionales, devrait entreprendre les études nécessaires pour trouver des solutions aux différents problèmes limitant l'accessibilité des soins et des services. Pour ce faire, il faudrait intensifier les approches permettant au personnel du réseau de travailler dans le milieu de vie et plus près des personnes en situation de pauvreté, inciter davantage de médecins et autres professionnels de la santé à travailler dans des milieux défavorisés, assurer une meilleure coordination régionale des services et des programmes adaptés à la culture des milieux défavorisés et améliorer l'information donnée sur les services offerts.

Par ailleurs, compte tenu des problèmes de transport existant dans plusieurs régions, le MSSS devrait sensibiliser d'autres ministères afin que soit établie la concertation nécessaire pour faciliter le transport des personnes.

» Assurer une meilleure équité dans l'allocation des ressources

Le système de santé et de services sociaux étant financé par l'ensemble de la population, il doit tendre vers l'égalité d'accès aux ressources pour les personnes et les communautés, et ce, en fonction de leurs besoins différents. Pour parvenir à cette égalité, encore faut-il bien connaître ces besoins et mettre sur pied un système efficace d'allocation des ressources. En cette matière, le Québec a très souvent fait œuvre de pionnier. Le système québécois n'est plus financé aujourd'hui en fonction de l'offre de soins mais en fonction des caractéristiques de la population.

» Les pistes d'action pour une meilleure équité

L'approche déjà préconisée au Québec doit être généralisée et adaptée aux besoins, en matière de santé et de bien-être, des personnes les plus pauvres. Il faut pour cela mettre au point, sur la base de l'expertise actuelle et compte tenu des instances en place, les outils et les moyens nécessaires à une meilleure connaissance des besoins des personnes pauvres et à une allocation adéquate des ressources.



Troisième partie



des **actions intégrées** en vue de réduire les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être

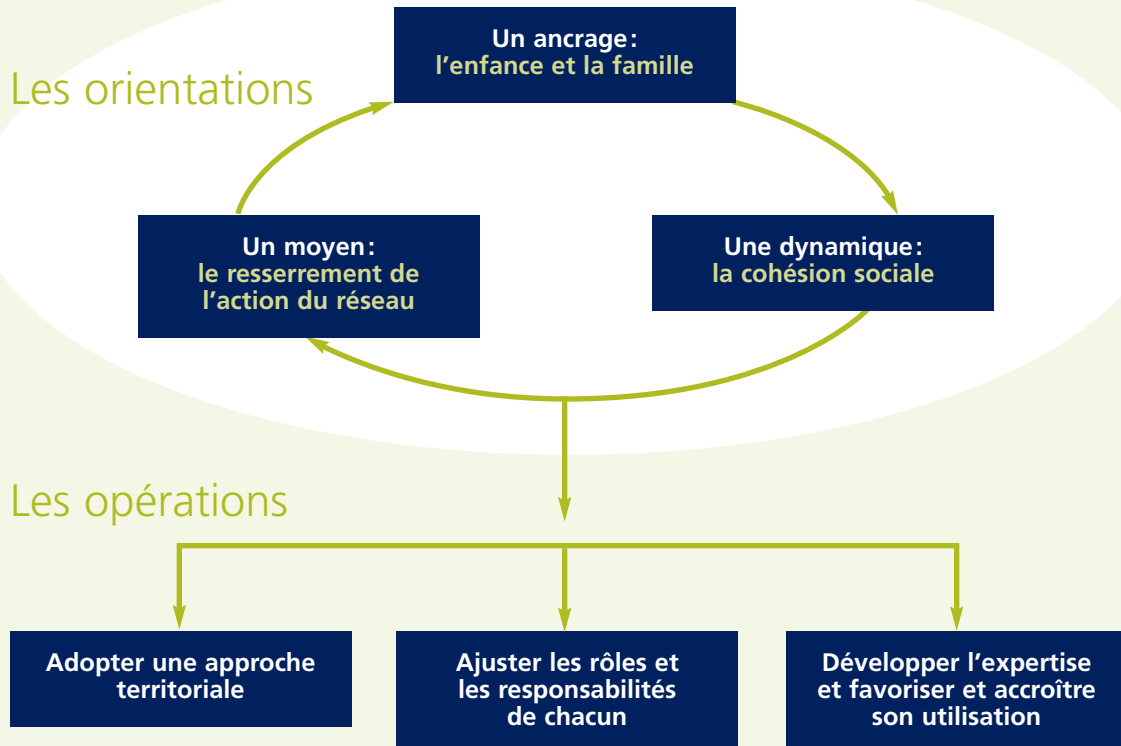
39

Comme nous l'avons dit précédemment, il est souhaitable que la question de la réduction des inégalités en matière de santé et de bien-être fasse partie des préoccupations des différentes instances du réseau sociosanitaire québécois et de plusieurs organisations partenaires du réseau.

En nous fondant sur le principe du renforcement du potentiel des personnes et sur les orientations retenues, nous devons maintenant intégrer l'action du réseau sur le plan opérationnel. Le type d'intégration proposé dans le schéma suivant repose sur les trois composantes principales que sont l'enfance et la famille, la cohésion sociale et l'action du réseau. La première composante sert d'ancrage à l'intervention, la deuxième en assure la dynamique et la troisième permet de mettre en œuvre les moyens destinés à réduire les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être. Ces éléments forment un ensemble susceptible de favoriser trois types d'opérations, représentées par les branches du schéma. Le premier type d'opérations passe par l'adoption d'une approche territoriale, le deuxième, en accord avec l'approche territoriale, suppose un ajustement des rôles et des

fonctions des différentes instances du réseau, le troisième réunit les efforts destinés à développer et à rendre disponible l'expertise nécessaire à la prestation de services accessibles et efficaces, mais qui soient également utilisés par les personnes visées, en vue de réduire les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être.

Schéma pour une action intégrée du réseau en vue de réduire les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être



» Une approche territoriale et un mode d'allocation budgétaire cohérent

À l'instar des multiples facettes de la pauvreté qui varient d'une région à l'autre, et même d'une localité à l'autre, en fonction des particularités des différents milieux, les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être ne sont pas identiques dans tous les milieux. En conséquence, on ne saurait envisager que les pistes d'action destinées à contrer les inégalités soient définies au palier national et appliquées indistinctement dans tous les milieux. Les approches visant la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être doivent être adaptées aux milieux auxquels elles s'adressent et compter sur la solidarité et le dynamisme présents dans les communautés.

Dans le dossier de la réduction des inégalités liées à la pauvreté sur le plan de la santé et du bien-être, le MSSS devrait opter pour une approche territoriale, c'est-à-dire une approche qui tienne compte des particularités des régions et des localités et qui s'y adapte. En ce qui concerne les normes régissant l'allocation budgétaire, le MSSS devrait se donner des règles d'allocation qui prennent effectivement en considération les besoins des localités et des régions, à l'aide notamment d'un indice de défavorisation qui témoigne des besoins réels des communautés.

Une approche territoriale et un mode d'allocation budgétaire tenant compte de la défavorisation économique présente dans les régions et dans les localités constituent, selon le comité, la meilleure stratégie pour que les instances du réseau sociosanitaire québécois et leurs partenaires dans les milieux agissent de concert et efficacement en vue de réduire les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être.

En retenant une telle approche et un tel mode d'allocation budgétaire, le MSSS met en place les conditions nécessaires pour que les instances régionales et locales, de même que leurs partenaires, puissent mieux définir les actions possibles dans chacun des milieux et le cadre opérationnel que requiert leur mise en œuvre. En outre, cela influencera favorablement

la participation sociale des citoyens et la solidarité présente dans les communautés, en plus d'encourager la mise en place de projets novateurs visant la transformation des milieux.

» L'harmonisation des rôles et des responsabilités des divers paliers d'intervention

Une fois qu'il a été convenu que pour réduire les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être, le MSSS doit adopter une approche territoriale et un mode d'allocation budgétaire conséquent, il nous faut revoir les rapports entre les différents paliers d'intervention du réseau sociosanitaire et opter pour des actions complémentaires, susceptibles de provoquer un effet de synergie à l'intérieur des divers paliers d'intervention.

L'État joue un rôle fondamental dans le maintien de la cohésion sociale, dans la régulation de l'économie, dans l'organisation des programmes de protection sociale et des services collectifs. Comme bon nombre d'observateurs, le comité estime que, dans l'actuel contexte où l'on observe des mutations profondes dans les règles économiques mondiales, il importe plus que jamais que l'État continue d'assumer pleinement ce rôle fondamental.

Cela étant dit, il convient de voir comment, dans le dossier de la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être, on peut améliorer l'efficacité des actions de l'ensemble des instances du réseau de la santé et des services sociaux, selon une approche misant sur la complémentarité et la synergie. Loin d'envisager l'élaboration de stratégies complexes ou de programmes particuliers, le comité estime qu'il s'agit plutôt ici de favoriser un resserrement de l'action du réseau en se fondant sur les valeurs et convictions qui étaient à l'origine même de la Politique de la santé et du bien-être et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Sans reprendre les éléments abordés dans les pages précédentes, rappelons simplement qu'il existe actuellement un nombre important de programmes, de services, de projets concrets et d'initiatives visant à compenser ou à réduire les effets des inégalités liées à la pauvreté sur le plan de la santé et du bien-être.

Ces diverses interventions viennent du MSSS, des régions régionales et des Directions de santé publique, ou encore, des communautés, des CLSC et des organisations communautaires. Bien sûr, d'une région à l'autre, et même à l'intérieur d'une même région, d'un quartier à l'autre ou d'une communauté à l'autre, les services offerts varient. La consultation a permis de constater que, pour diverses raisons, certains quartiers ou certaines communautés sont mieux équipés que d'autres. Cela s'explique probablement par le fait que la mise en place de programmes ou de services s'adressant aux personnes défavorisées est laissée à la discrétion des différentes instances du réseau, malheureusement sans qu'une logique d'ensemble n'encadre et ne soutienne ces initiatives.

Il faut donc faire un effort important pour mieux organiser les services offerts. Comment le réseau de la santé et des services sociaux peut-il y parvenir et, du coup, rendre ses interventions plus efficaces ?

Selon le comité, l'amélioration des services offerts et l'amélioration de l'efficacité des interventions passent nécessairement par une révision des rapports entre les différents paliers d'intervention, cela afin d'entraîner un partage nouveau des rôles et responsabilités des différents paliers.

Le comité met l'accent sur la complémentarité des rôles et des responsabilités des divers paliers d'intervention.

» Le rôle du MSSS

Dans la perspective voulant que la complémentarité des rôles et des responsabilités de chacun soit accentuée, il convient de revoir ici certains des rôles qui doivent être assumés par le MSSS.

Fixer des orientations, définir des objectifs clairs et y affecter les ressources adéquates

Sur la base des données les plus récentes concernant l'évolution des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être, il revient au MSSS de fixer des orientations pour contrer ces inégalités, de définir des objectifs et de déterminer quelles sont les ressources qui seront accordées aux différentes

régions en fonction des besoins réels de ces régions, tels qu'ils auront été établis au moyen d'un indice de défavorisation.

Clarifier les responsabilités des instances régionales et locales et confier à ces instances les pouvoirs requis pour assumer ces responsabilités

Dans la perspective d'un nouveau partage des responsabilités en matière de réduction des inégalités, le MSSS se doit de confier aux instances régionales et locales des responsabilités claires quant à la réalisation des objectifs définis, de même que les pouvoirs et les ressources permettant à ces instances de remplir adéquatement leurs mandats.

Soutenir le développement des connaissances

Il revient également au MSSS de voir à soutenir le développement des connaissances en mettant à contribution les organismes dédiés à la recherche, tels que l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le Fond québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Le développement des connaissances devrait permettre la mise au point des outils nécessaires à une meilleure appréciation de l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population, des problèmes qui l'affectent ou qui la menacent, et des avenues qui conduiront à l'amélioration de la situation.

C'est en développant les connaissances en ces matières que le MSSS pourra ensuite fixer des objectifs réalistes correspondant aux situations des différentes régions, soutenir les instances régionales et locales dans le choix et la mise en œuvre des stratégies visant la réduction des inégalités en matière de santé et de bien-être et suivre l'évolution de la situation dans les différents milieux.

S'assurer de la diffusion des connaissances

Il revient également au MSSS de voir à la diffusion des connaissances. Puisqu'il doit jouer un rôle majeur dans le soutien au développement des connaissances, de même que dans le soutien des instances locales et régionales quant au choix et à la mise en œuvre des stratégies visant la réduction des

inégalités sur le plan de la santé et du bien-être, le MSSS doit s'assurer de la diffusion efficace des connaissances développées par les organismes voués à la recherche. C'est à partir des connaissances actuelles et nouvelles servant à monter de véritables *coffres à outils* que les instances locales et régionales élaboreront leurs stratégies d'action.

Soutenir, à même les ressources en place, la fonction de surveillance des inégalités et assurer la liaison avec les organismes nationaux

Dans le but de suivre de près l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population et de soutenir les exercices de plans d'action à l'échelle régionale et locale, le MSSS doit encourager la mise en place d'un mécanisme régional de surveillance des inégalités. Le MSSS doit également assurer la liaison entre les instances aux paliers régional et national intervenant dans les domaines de la connaissance et de la surveillance.

Se donner un comité consultatif « santé et services sociaux »

Le MSSS devrait se donner un comité consultatif, lequel serait chargé de le conseiller sur les questions relatives aux inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté et sur les actions à mener pour leur réduction. Ce comité aurait la responsabilité de :

- Conseiller le MSSS sur les orientations à retenir et sur les objectifs à atteindre, à partir de l'intégration et de l'analyse qu'il ferait des données relatives à l'évolution des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être.
- Assurer la liaison avec les instances de recherche à l'échelle nationale et régionale ainsi qu'avec l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale.
- Soutenir le développement des connaissances et s'assurer de leur diffusion au sein des instances régionales et locales du réseau de la santé et des services sociaux. À cet effet, le comité devra s'assurer de la collaboration des différents organismes de recherche (FQRSC, INSPQ, ISQ) sur les questions relatives aux inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être.
- Soutenir les instances régionales et locales dans la réalisation des orientations et des objectifs.

Outre une représentation ministérielle, ce comité devrait également comprendre des représentants des instances locales et régionales du réseau de la santé et des services sociaux.

» Le rôle des régies régionales de la santé et des services sociaux

Les régies régionales de la santé et des services sociaux portent, quant à elles, la responsabilité suivante :

Mettre en place un mécanisme régional de surveillance des inégalités en soutien à la planification des actions locales

Chaque régie régionale, par l'entremise de sa direction de la santé publique et du mandat qui lui est dévolu en vertu de l'article 35 de la Loi sur la santé publique au regard des plans de surveillance de l'état de santé de la population, met en place un mécanisme de surveillance des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté et assure la diffusion périodique des données pertinentes sur son territoire. En collaboration avec le MSSS et l'INSPQ, chaque direction de santé publique participe également à la collecte d'informations pertinentes sur le plan national et à la production et diffusion périodique d'un rapport national.

Intégrer les actions visant à réduire les inégalités au plan d'action régional de santé publique et, le cas échéant, au plan d'action régional de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

En vertu de l'article 11 de la Loi sur la santé publique,

« les régies régionales doivent, en concertation notamment avec les établissements qui exploitent un centre local de services communautaires sur leur territoire, élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action régional de santé publique. »

Ce plan d'action doit être en conformité avec le Programme national de santé publique tout en considérant les spécificités de la population du territoire de la régie régionale. Il est également

question dans la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale d'un plan d'action gouvernemental duquel devrait résulter, le cas échéant, un plan d'action régional. C'est en tenant compte de ces démarches structurantes que les régies régionales doivent intégrer à ces plans régionaux, les actions visant à réduire les inégalités. Elles doivent également, dans cette perspective, soutenir les acteurs locaux dans l'élaboration des plans d'action locaux.

» Le rôle des CLSC

En vertu de l'article 14 de la Loi sur la santé publique,

« les établissements de santé et de services sociaux exploitant un centre local de services communautaires doivent élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action local de santé publique, en concertation notamment avec les organismes communautaires concernés. »

Ce plan d'action doit s'inscrire également en conformité avec le Programme national de santé publique et le plan d'action régional en découlant tout en tenant compte de la spécificité de la population du territoire desservi. On peut présumer également que des plans d'action locaux émergeront du plan d'action gouvernemental sur la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. C'est dans ce contexte que les actions locales en matière de réduction des inégalités liées à la pauvreté sur le plan de la santé devront être définies.

» Le développement et l'utilisation de l'expertise

Le réseau de la santé et des services sociaux est riche des personnes qui le composent, de leur savoir, de leur expertise, de leur engagement professionnel et personnel en vue d'offrir des services de santé et des services sociaux de qualité.

Mais cette ressource précieuse qu'est l'expertise professionnelle doit être mobilisée efficacement afin de relever le défi qui consiste à réduire les inégalités liées à la pauvreté en matière de

santé et de bien-être. À cet effet, trois grandes conditions doivent être réunies : une information pertinente, des outils concrets dont l'efficacité a été démontrée et une formation adéquate.

Une information pertinente

Pour que l'action des intervenants locaux soit la mieux adaptée possible aux besoins des personnes et des communautés, il est fondamental que les décideurs locaux et régionaux disposent d'une information pertinente concernant les inégalités en matière de santé et de bien-être qui prévalent dans les différents milieux. À cette fin, il importe de mobiliser l'expertise présente dans les régions, au sein des régies régionales et de leur direction de la santé publique, en vue de soutenir la fonction de surveillance des inégalités en matière de santé et de bien-être. Il appartient aux régies régionales d'assurer la diffusion de l'information recueillie, autant dans les CLSC et les organismes communautaires que dans les organismes nationaux (MSSS, INSPQ, ISQ).

Des outils concrets

Pour que les intervenants aient à leur disposition une gamme intéressante d'outils d'intervention éprouvés et reconnus, il importe que l'expertise québécoise en matière de recherche, d'évaluation et d'intervention soit mise à contribution. À cette fin, il faut que les organismes spécialisés comme l'INSPQ, le FQRSC et autres s'assurent que les résultats de leurs travaux soient adéquatement diffusés. Ces éléments de connaissance, ainsi mis en valeur, constitueront un coffre à outils précieux pour les intervenants locaux lorsqu'ils seront amenés à planifier les actions dans les différents milieux, sur la base des besoins qui auront été identifiés.

Une formation adéquate

Les multiples facettes de la pauvreté sont complexes. Pour bien comprendre la dynamique culturelle et les enjeux présents dans les milieux défavorisés, il importe que les intervenants aient accès à des actions de formation valorisantes. Par ailleurs, pour être en mesure de rentabiliser les informations produites et de choisir les interventions appropriées, les intervenants doivent avoir accès à des activités de formation structurées, conçues pour l'action sur le terrain.

Conclusion

Guidé notamment par la Loi sur les services de santé et des services sociaux, la Loi sur la santé publique, la Politique de la santé et du bien-être de même que par son Programme national de santé publique, le ministère de la Santé et des Services sociaux dispose, avec le présent rapport, de propositions concrètes et réalistes lui permettant d'*orienter et de soutenir l'action*...

Orienter et soutenir l'action... en faisant d'abord un examen attentif de la situation dans laquelle évoluent au Québec les personnes aux prises avec la pauvreté, en tenant compte principalement du fait que plusieurs de ces personnes sont des jeunes, vivent seules et habitent dans les centres-villes et les villes périphériques.

Orienter et soutenir l'action... en agissant au moment opportun (durant l'enfance), selon une logique d'entraide et de solidarité (la cohésion sociale), en s'appuyant sur un déploiement optimal de nos ressources (l'action renouvelée du réseau) et à partir d'une plus grande cohérence d'action (perspective d'action globale et intégrée).

Orienter et soutenir l'action... en investissant aussi dans ce que nous avons de plus précieux (le renforcement de notre capital humain), en mettant à profit le patrimoine collectif (partager la richesse).

Orienter et soutenir l'action... en donnant le pouvoir d'agir aux communautés locales et aux personnes qui y évoluent, en réservant à l'instance ministérielle concernée le pouvoir d'énoncer les priorités et d'influencer l'action et en confiant aux instances régionales le rôle de soutenir les efforts locaux (harmonisation des interventions).

Orienter et soutenir l'action... en misant sur les individus, les communautés et l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Bref, *Orienter et soutenir l'action*... en capitalisant sur les forces que sont le leadership du MSSS et l'expertise du milieu.

Il revient à tous et à toutes de faire de la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être une priorité incontournable et, à cette fin, de se mobiliser pour le développement d'une société plus égalitaire.



- 1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La santé et le bien-être de la population à faible revenu : un engagement ministériel*, Québec, MSSS, 1996, 42 p.
- 2 COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE LIÉES À LA PAUVRETÉ, « Document de consultation », Québec, MSSS, novembre 1999, 23 p.
- 3 COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE LIÉES À LA PAUVRETÉ, *Le point de vue des régions*, Compte rendu de la consultation menée auprès d'acteurs clés sur l'action des personnes en situation de pauvreté, Québec, MSSS, octobre 2000, 17 p.
- 4 Lise DUBOIS et Édith BEAUCHESNE, *Recension des écrits, Un compte rendu des politiques, priorités et stratégies d'intervention visant à diminuer les inégalités de santé liées à la pauvreté*, Département de médecine sociale et préventive, Sainte-Foy, Université Laval, Département de médecine préventive, novembre 2000, 88 p.
- 5 Francine MAYER et Christiane MORIN, *Le faible revenu après impôt au Québec : situation actuelle et tendances récentes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 125 p.
- 6 Robert Pampalon et Marc Ferland.
- 7 CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL, *La pauvreté dans les agglomérations urbaines du Québec*, Ottawa, CCDS Publications, avril 2000, p. 12.
- 8 Francine MAYER et Christiane MORIN, *op. cit.*, p. 21.
- 9 La méthode qui permet de corriger les biais du seuil de faible revenu tel qu'il est estimé sur une base pan-canadienne par Statistique Canada (6 mars 2001) inclut les correctifs suivants :
 - a) Le ratio des dépenses sur les revenus est celui du Québec (45,2 %) et non celui de l'ensemble du Canada (43,6 %), une différence qui peut sembler mineure, mais qui a pourtant un effet significatif.
 - b) L'indice des prix à la consommation (IPC) est celui du Québec et non celui de l'ensemble du Canada, ce qui a également un effet significatif.
 - c) La région de référence, dans le cas de Hull-Outaouais, est une région de 100 000 à 499 999 habitants, et non de plus de 500 000, alors qu'elle est assimilée à Ottawa dans une perspective pancanadienne, dont l'effet est faible, mais qui indique aussi une tendance dans le même sens.
 À partir des nouvelles informations obtenues auprès de Statistique Canada (données personnalisées), le taux québécois de faible revenu pour l'ensemble des personnes est plus faible que celui qui est traditionnellement publié et celui de l'Ontario est plus élevé de quelques points de pourcentage dans les deux cas, si bien que ces deux provinces seraient très semblables. Source: *Les seuils de faible revenu personnalisés de Statistique Canada*, fiche synthèse, Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 6 mars 2001.
- 10 Rappelons que le coefficient de Gini est calculé sur la base de valeurs qui vont de 0 à 1. La valeur 1 signifie qu'une seule unité familiale reçoit la totalité d'un revenu donné. La valeur 0 signifie que toutes les unités reçoivent une part égale de ce revenu.
- 11 M.C. Wolfson, « Mesures d'inégalité divergentes : théorie et résultats empiriques », *Document de recherche n° 66*, édition révisée, Ottawa, Statistique Canada, Direction des études analytiques, juillet 1997.
- 12 Chiffres tirés du rapport statistique sur les prestataires du programme d'assurance emploi, fourni par le ministère de l'Emploi de la Solidarité sociale.
- 13 COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE LIÉES À LA PAUVRETÉ, « document de consultation », *op.cit.*, p. 8.
- 14 COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE LIÉES À LA PAUVRETÉ, Le point de vue des régions, *op. cit.*, p.2.
- 15 Pour les inégalités de type socioéconomique (scolarité et revenu), voir Paula M. LANTZ et al., « Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality », *JAMA*, vol. 279, n° 21, 1998. Pour les inégalités mesurées à partir du statut socioprofessionnel, voir David I. GREGORIO et al., « The effects of occupation based social position on mortality in a large american cohort », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9, 1997, pages 1472 - 1475. Pour les inégalités vérifiées à partir du revenu, voir Peggy MCDO-NOUGH et al., « Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989 », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9, 1997, pages 1476 - 1483.
- 16 Pour les inégalités relatives à la santé mesurées par un statut socioéconomique, voir Harry HEMMINGWAY et al., « The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by SF-36 Questionnaire: The Whitehall II Study », *American Journal of Public Health*, vol 87, n° 9, 1997, pages 1484 - 1490.
- 17 Il s'agit des disparités sociales et de leurs conséquences sur la mortalité due au cancer et aux maladies cardio-vasculaires et sur la mortalité infantile. Voir Ichiro KAWACHI et al., « Social capital, income inequality, and mortality », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9, 1997, pages 1491-1498. Pour une mesure

- du statut socioéconomique qui se rapporte à une anomalie congénitale liée à une grossesse à risque, voir Cathy R. WASSERMAN *et al.*, «Socioeconomic status, neighborhood social conditions, and neural tube defects, American», *American Journal of Public Health*, vol. 88, n°. 11, 1999.
- 18 Voir particulièrement J. EACHUS *et al.*, «Deprivation and cause specific morbidity: evidence from the Somerset and Avon survey of health», *British Medical Journal*, vol. 312, 1996. Pour la tuberculose voir Andrew R. ZOLOPA *et al.*, «HIV and Tuberculosis infection in San Francisco's homeless adults», *JAMA*, vol. 272, n°. 6, 1994.
 - 19 Robert PAMPALON et Guy RAYMOND, «Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec», *Maladies chroniques au Canada*, 2000.
 - 20 Robert CHOINIERE, «Les inégalités socioéconomiques et culturelles de la mortalité à Montréal à la fin des années 1980», *Cahiers québécois de démographie*, vol. 22, n° 2, 1993, pages 339-361.
 - 21 Calculs établis à partir des données de l'étude de Réal BOISVERT réalisée en collaboration avec Sophia CROSATO, Yves PEPIN et Louis ROCHELEAU, *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, novembre 2000, 43 p.
 - 22 Robert PAMPALON et Guy RAYMOND, *op.cit.*, 2000.
 - 23 Robert PAMPALON *et al.* : *Des indicateurs de besoin pour l'allocation interrégionale des ressources*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, 1995. p. 48.
 - 24 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, p. 260.
 - 25 *IBID.*, p. 340.
 - 26 Lise DUBOIS, *Se nourrir en situation de pauvreté: l'insécurité alimentaire des ménages au Québec*, projet MSSS-CQRS, non publié, 2000.
 - 27 RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population, Les inégalités sociales de la santé*, Direction de la santé publique, 1998, 92 pages.
 - 28 Marc FERLAND, «Variation des inégalités socioéconomiques de l'état de santé au Québec entre 1987 et 1998», Enquête sociale et de santé 1998, juillet 2000 (document de travail), 25 p.
 - 29 Robert PAMPALON et Guy RAYMOND, *op.cit.*, p. 12.
 - 30 Cet exemple provient de l'étude de Réal BOISVERT, *op.cit.*, p. 19.
 - 31 CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES, *Deux Québec dans un, rapport sur le développement social et démographique*, Chicoutimi, Gaëtan Morin éditeur, 1989, 124 p.
 - 32 M.G. MARMOT *et al.* «Social/Economic Status and Disease» *Annual Review of Public Health*, n° 8, pages 111-135, 1987.
 - 33 HERTZMAN *et al.*, «Health and Environment in the context of socioeconomic decline», HPRV 90: 2D, Health Policy Research Unit, University of British Columbia, 1990.
 - 34 M.G. MARMOT *et al.*, «Social class and cardiovascular disease, the contribution of work», *International Journal of Health Services*, n°. 18, pages 159-74, 1988.
 - 35 J. FRASER MUSTARD *et al.* *The determinants of health*, New York, CIAR, 1991.
 - 36 Voir les travaux de Henri Laborit tels que présentés dans *L'Éloge de la fuite*, Robert Laffont, Paris, 1976 et *La nouvelle grille*, Collection "Libertés", R. Laffont, Paris, 1974.
 - 37 R.M. SAPOLSKY, *Stress, the Aging Brain, and the Mechanisms of Neuron Death*. Cambridge, The MIT Press, 1992.
 - 38 COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Gouvernement du Québec, 2000, 410 p.
 - 39 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Pour un réel changement*, rapport sur la santé dans le monde 1999, Genève, 1999, 52 p.
 - 40 Les éléments de ce plan sont contenus dans le document *Pauvreté et santé: Rapport du directeur général*, Organisation mondiale de la santé, Genève, décembre 1999.
 - 41 BLACK *et al.*, *Inequalities in Health: Report of Research Working Group*, Londres, Department of Health and Social Securities, 1980.
 - 42 THE STATIONERY OFFICE, *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*, Londres, 1999, 162 p.
 - 43 THE STATIONERY OFFICE, *Saving lives: Our Healthier Nation*, Londres, juillet, 1999.
 - 44 DEPARTMENT OF HEALTH, *Working Together for a Healthier Scotland, A Consultation Document*, The Scottish Office, Secretary of State for Scotland, février 1998.
 - 45 Tout en étant accueilli avec réserve dans certains milieux, le plus récent guide américain sur le sujet, intitulé *Healthy People 2010*, parle ce langage. Il fait appel aux communautés, aux États et aux grandes organisations nationales en les incitant à adopter une approche qui permette d'améliorer la scolarité des plus démunis, leur logement, leurs conditions de travail, de transport et leur environnement. Il cherche clairement à favoriser l'empowerment des individus qui, en dernière analyse, permettra d'améliorer leur qualité de la vie et d'éliminer les inégalités sur le plan de la santé dont ils sont victimes. Voir U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Healthy people 2010*, Washington, D.C., janvier 2000.
 - 46 T.R. MARMOR *et al.* «The determinants of a population's health: What can be done to improve a democratic nation's health, status?», dans *Why are some people healthy and others not?*, Aldine de Gruyter, New York, 1994, pages 217 - 231.
 - 47 De nombreuses références justifient ce point de vue. Voir en particulier G. PAQUET, «Pour aller au-delà des croyances quant à l'égalité des chances de réussite», *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, vol 27, n° 1, pages 49-83.
 - 48 Voir R. G. Wilkinson, *Unhealthy Societies: the Afflictions of Inequality*, Londres, Routledge, 1996.

- 49 Voir à ce sujet Ichiro KAWACHI, « A historical framework for social epidemiology » dans *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000, pages 3 - 12.
- 50 Voir Richard TREMBLAY, « Protection de la jeunesse: commençons par le début », *Le Devoir*, 28 septembre 2000.
- 51 Plusieurs études et expérimentations sont relatées dans l'article de C. HERTZMAN et al. : « Heterogeneities in health status and the determinants of the population health », dans *Why are some people healthy and others not?* Aldine de Gruyter, New York, 1994, p. 71, pages. 78-81.
- 52 Un premier découpage de ces quartiers a été effectué par le ministère de l'Éducation en 1999, au moyen d'une cartographie de la population scolaire établie à partir de la proportion des familles avec enfants sous le seuil de faible revenu.
- 53 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *La Politique familiale - Un pas de plus vers l'épanouissement des familles et des enfants*, Québec, 1999, p.3.
- 54 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *op. cit.*, p.3.
- 55 R. B. SULLIVAN et J.P. BÉLANGER, *Le capital social au Québec*, Document de recherche, Montréal, GRASP, Université de Montréal, 1998.
- 56 R. G. WILKINSON, *op. cit.*
- 57 La cohésion sociale se mesure aux efforts consentis par l'ensemble d'une collectivité afin d'éviter les situations de fracture entre ses différentes composantes ou d'empêcher l'exclusion d'une catégorie de personnes. Les sociétés qui encouragent le partage de la richesse, où l'on observe un attachement réel aux valeurs d'entraide et de solidarité, les sociétés qui encouragent et soutiennent la participation sociale dans tous les domaines de la vie collective, ces sociétés-là présentent des indicateurs de santé et de bien-être avantageux.
- 58 Le capital social consiste en des liens, normes et compétences qui rendent les gens capables de s'en tirer avec moins (selon Sullivan et Bélanger). Sur le plan individuel, le capital social réside dans des réseaux de relations personnelles établis parmi les parents, les amis, les compagnons de travail. Sur le plan collectif, le capital social s'exprime dans la participation à des organisations bénévoles, à des activités scolaires ou religieuses. Contrairement à d'autres formes de capital, les réserves accumulées de capital social dans une communauté augmentent avec l'usage et peuvent diminuer si on n'y recourt pas régulièrement. Des niveaux élevés de capital social contribueraient au bien-être social et économique de même qu'à la santé des communautés. Plusieurs chercheurs ont trouvé de fortes corrélations entre les inégalités économiques, qui peuvent nuire au développement du capital social, et des niveaux de santé plus faibles. Notons que le capital social existe dans toutes les communautés, même celles se trouvant en milieu défavorisé. De plus, à degré de capital social égal, la relation entre les inégalités de revenus et la santé disparaîtrait. Le degré de capital social d'une communauté jouerait donc un rôle important entre l'inégale répartition de la richesse parmi sa population et l'effet de cette répartition sur l'état de santé collectif.
- 59 Émile DURKHEIM, *Le Suicide, Étude de sociologie*, (1897), 10^e tirage, Paris, PUF, 1986, 463 p.
- 60 COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, *Cohésion sociale et territoires*, sous la direction de Jean-Paul Delevoye, Paris: La Documentation française, 1997, 218 p.
- 61 M.G. MARMOT, et al. « Social/ Economic status and disease », *Annual Review of Public Health*, n° 8, 111-135, 1987.
- 62 MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF, *Le développement social au Québec (1995-2000): Bilan au regard des décisions prises au Sommet mondial pour le développement social*, Québec, juin 2000, p. 53.
- 63 Inspiré de *La Participation sociale comme stratégie de renouvellement du développement social*, CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, 1997, 79 p.
- 64 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités*, France, 1998, 189 p.
- 65 Robert G. EVANS, Moris L. BARER, Theodore R. MARMOR, *Why are some people healthy and others not, The determinants of health of populations*, Aldine De Gruyter, New-York, 1994, pages 217 - 230.

BIBLIOGRAPHIE

- BLACK, Sir Douglas, et al. *Inequalities in Health: Report of Research Working Group*, Londres, Department of Health and Social Securities, 1980.
- BOISVERT, Réal, en collaboration avec Sophia CROSATO, Yves PEPIN, Louis ROCHELEAU, *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, novembre 2000, 43 p.
- CHOINIÈRE, Robert. « Les inégalités socioéconomiques et culturelles de la mortalité à Montréal à la fin des années 1980 », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 22, n° 2, 1993, pages 339-361.
- COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE LIÉES À LA PAUVRETÉ. *Document de consultation*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1999, 23 p.
- COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE LIÉES À LA PAUVRETÉ. *Le point de vue des régions* (Compte rendu de la consultation menée auprès d'acteurs clés sur l'action des personnes en situation de pauvreté), Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 17 p.
- COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN. *Cohésion sociale et territoires*, sous la direction de Jean-Paul DELEVOYE, Paris : La Documentation française, 1997, 218 p.
- COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Les solutions émergentes*, Gouvernement du Québec, 2000, 410 p.
- CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL. *La pauvreté dans les agglomérations urbaines du Québec*, Ottawa, CCDS Publications, 2000, 38 p.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. *La participation sociale comme stratégie de renouvellement du développement social*, Québec, 1997, 119 p.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES. *Deux Québec dans un, rapport sur le développement social et démographique*, Chicoutimi, Gaëtan Morin éditeur, 1989, 124 p.
- DEPARTMENT OF HEALTH, *Working Together for a Healthier Scotland, A Consultation Document*, The Scottish Office, Secretary of State for Scotland, 1998.
- DUBOIS, Lise et Édith BEAUCHESNE. *Recension des écrits : Un compte rendu des politiques, priorités et stratégies d'intervention visant à diminuer les inégalités de santé liées à la pauvreté*, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Sainte-Foy, Département de médecine préventive, 2000, 88 p.
- DUBOIS, Lise. *Se nourrir en situation de pauvreté : l'insécurité alimentaire des ménages au Québec*, projet MSSS-CQRS, non publié, 2000.
- DURKHEIM, Émile. *Le Suicide : Étude de sociologie*, 10^e tirage, Paris, PUF, 1986, 463 p.
- EACHUS, J., et al. « Deprivation and cause specific morbidity: evidence from the Somerset and Avon survey of health », *British Medical Journal*, vol. 312, 1996.
- EVANS, Robert G., et al. *Why are some people healthy and others not: The determinants of health of populations*, New York, Aldine De Gruyter, 1994, p. 217-230.
- FERLAND, Marc. « Variation des inégalités socioéconomiques de l'état de santé au Québec entre 1987 et 1998 », *Enquête sociale et de santé 1998*, juillet 2000, Québec, (document de travail).
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC, *La Politique familiale - Un pas de plus vers l'épanouissement des familles et des enfants*, Québec, 1999.
- GREGORIO, David I., et al. « The effects of occupation based social position on mortality in a large american cohort », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9, 1997, p. 1472-1475.
- HEMMINGWAY, Harry, et al. « The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by SF-36 Questionnaire: The Whitehall II Study », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9, 1997, p. 1484-1490.
- HERTZMAN C., et al. « Health and Environment in the context of socioeconomic decline », HPRV 90: 2D, Health Policy Research Unit, University of British Columbia, 1990.
- HERTZMAN, C., et al. « Heterogeneities in health status and the determinants of the population health », dans *Why are some people healthy and others not?* New York, Aldine de Gruyter, 1994, p. 78-81.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé*, Québec, Les Publications du Québec, 2000.

KAWACHI, Ichiro. « A historical framework for social epidemiology » dans *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000, p. 3-12.

KAWACHI, Ichiro, et al. « Social capital, income inequality, and mortality », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9, 1997, p. 1491-1498.

LABORIT, HENRI. *Éloge de la fuite*, Paris, Robert Laffont, 1976.

LABORIT, Henri. *La nouvelle grille*, Paris, Collection "Libertés", Robert Laffont, 1974.

LANTZ, Paula M., et al. « Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality », *JAMA*, vol. 279, n° 21, 1998.

MARMOR, T.R., et al. « The determinants of a population's health: What can be done to improve a democratic nation's health status? », dans *Why are Some People Healthy and Others not?*, New York, Aldine de Gruyter, 1994, p. 217-231.

MARMOT, M.G., et al. « Social class and cardiovascular disease, the contribution of work », *International Journal of Health Services*, n° 18, 1988, p. 159-174.

MARMOT, M.G., et al. « Social/Economic status and disease » *Annual Review of Public Health*, n° 8, 1987, pages 111-135.

MAYER, Francine et MORIN, Christiane, *Le faible revenu après impôt au Québec: situation actuelle et tendances récente*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 125 p.

MCDONOUGH, Peggy, et al. « Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989 », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9, 1997.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La santé et le bien-être de la population à faible revenu: un engagement ministériel*, Québec, MSSS, 1996, 42 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités*, Paris, 1998, 189 p.

MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF. *Le développement social au Québec (1995-2000): Bilan au regard des décisions prises au Sommet mondial pour le développement social*, Québec, 2000, 62 p.

MUSTARD, FRASER, J., et al. *The Determinants of Health*, New York, CIAR, 1991.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Pauvreté et santé: Rapport du directeur général*, Genève, 1999.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Pour un réel changement* (rapport sur la santé dans le monde), Genève, 1999, 52 p.

PAMPALON, Robert, et RAYMOND, Guy. « Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec », *Maladies chroniques au Canada*, 2000.

PAMPALON, Robert, et al. *Des indicateurs de besoin pour l'allocation interrégionale des ressources*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Gouvernement du Québec, 1995, 227 p.

PAQUET, Ginette. « Pour aller au-delà des croyances quant à l'égalité des chances de réussite », *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, vol. 27, n° 1, p. 49-83.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population: Les inégalités sociales de la santé*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1998, 92 p.

SAPOLSKY, R.M. *Stress, the Aging Brain, and the Mechanisms of Neuron Death*, Cambridge, The MIT Press, 1992.

THE STATIONERY OFFICE. *The Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*, Londres, 1999, 152 p.

THE STATIONERY OFFICE. *Saving lives: Our Healthier Nation*, Londres, juillet, 1999.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Les seuils de faible revenu personnalisés de Statistique Canada* (fiche synthèse), Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, 6 mars 2001 - mise à jour février 2002.

SULLIVAN, R.B., et J.P BÉLANGER. *Le capital social au Québec*, Montréal, GRASP, Université de Montréal, 1998.

TREMBLAY, Richard. « Protection de la jeunesse: commençons par le début ». *Le Devoir*, 28 septembre 2000.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Healthy People 2010*, Washington, D.C., 2000.

WASSERMAN, Cathy R., et al. « Socioeconomic status, neighborhood social conditions, and neural tube defects, American », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 11, 1997.

WILKINSON, R.G. *Unhealthy Societies: the Afflictions of Inequality*, Londres, Routledge, 1996.

WOLFSON, M.C. « Mesures d'inégalité divergentes: théorie et résultats empiriques », *Document de recherche* n° 66, édition révisée, Ottawa, Statistique Canada, Direction des études analytiques, juillet 1997.

ZOLOPA, Andrew R. et al. « HIV and Tuberculosis infection in San Francisco's homeless adults », *JAMA*, vol. 272, n° 6, 1994.

