

VERSION ABRÉGÉE

COMPRENDRE ET AGIR AUTREMENT

POUR VISER
L'ÉQUITÉ EN SANTÉ
DANS LA RÉGION DE
LA CAPITALE-NATIONALE

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse: www.dspq.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

Pour obtenir une copie papier de ce document, veuillez adresser votre demande à:

Centre de documentation
Direction régionale de santé publique
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone: 418 666-7000,
poste 217 ou 521
Télécopieur: 418 666-2776
Courriel:
cdoagence03@ssss.gouv.qc.ca

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

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2012
ISBN: 978-2-89616-161-4
(version imprimée)
ISBN: 978-2-89616-162-1 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, en autant que la source soit mentionnée.

Référence suggérée:

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.
Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale, Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012, version abrégée, Québec, Direction régionale de santé publique, 2012, 28 p.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

VERSION ABRÉGÉE

COMPRENDRE ET AGIR AUTREMENT

POUR VISER
L'ÉQUITÉ EN SANTÉ
DANS LA RÉGION DE
LA CAPITALE-NATIONALE

Coordination des travaux

François Desbiens, M.D.
Directeur régional de santé publique
de la Capitale-Nationale

Comité de coordination

Michel Beauchemin
Shelley-Rose Hyppolite
Céline Morrow

Direction scientifique

Shelley-Rose Hyppolite

Collaboration à la rédaction

Hervé Anctil, Expressions enr.

Analyse et recherche

Shelley-Rose Hyppolite

**Recherche, traitement et analyse
des données statistiques**

Sandra Bernier
Myriam Duplain
Denis Hamel, Institut national de santé
publique du Québec

AUTRES CONTRIBUTIONS

Plusieurs citoyens et professionnels d'organismes communautaires, d'associations, de regroupements d'organismes communautaires et d'établissements ont contribué à la production du document *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale, Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012*. La liste complète de ces contributions est incluse dans le rapport intégral.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ: UN PROBLÈME PRIORITAIRE DE SANTÉ PUBLIQUE | 6 |
| PARTIE 1 : Quand les inégalités sociales rendent malades et tuent | 9 |
| Section 1 : Un bilan sommaire... qui en dit long | 10 |
| L'espérance de vie | 10 |
| Les décès prématurés | 10 |
| Les naissances | 10 |
| La mortalité selon les causes | 11 |
| Section 2 : Comment se construisent les inégalités sociales de santé | 12 |
| Remonter aux sources | 13 |
| Les inégalités sociales | 13 |
| Les disparités des conditions de vie | 14 |
| Les inégalités: bien plus qu'une question d'argent | 14 |
| Section 3 : L'exclusion: la face cachée des inégalités sociales de santé | 16 |
| Le vrai visage de l'exclusion | 16 |
| Le point de vue des exclus | 16 |
| Les services de santé sont-ils en mesure de corriger les inégalités sociales de santé ? | 19 |
| PARTIE 2 : Pour agir autrement: un appel à tous | 21 |
| Pourquoi intervenir ? | 22 |
| Sur quoi intervenir ? | 22 |
| Où intervenir ? | 22 |
| Selon quels principes ? | 23 |
| Quoi faire ? | 23 |
| Qui doit le faire et comment ? | 26 |
| Les recommandations | 26 |
| Les engagements de la Direction régionale de santé publique | 28 |

LISTE DES FIGURES

| | | |
|-------------------|--|-----------|
| FIGURE 1 : | La production des inégalités sociales de santé : un modèle conceptuel synthétique | 12 |
| FIGURE 2 : | L'exclusion sociale : un modèle conceptuel | 15 |
| FIGURE 3 : | Trois principes clés pour agir autrement en faveur de l'équité en santé | 23 |
| FIGURE 4 : | L'équité en santé : un modèle conceptuel pour l'action | 24 |

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ :

UN PROBLÈME PRIORITAIRE DE SANTÉ PUBLIQUE

La région de la Capitale-Nationale est une région prospère. Sa population affiche, globalement, un excellent bilan de santé. Cependant, tous ne sont pas égaux devant la santé : dans les territoires où la population est défavorisée et parmi les gens qui font partie des groupes considérés comme étant au bas de l'échelle sociale, davantage de personnes meurent prématurément ou sont victimes de maladies et d'accidents. Les écarts sont parfois très importants.

Les inégalités sociales de santé sont reconnues comme étant un problème de santé publique majeur. Ce problème concerne toute la population de la région de la Capitale-Nationale. Ainsi, le rapport du directeur régional de santé publique s'adresse à l'ensemble des acteurs de la région de la Capitale-Nationale, qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire, du réseau de la santé et des services sociaux ou de tout autre secteur.

La nécessité de réduire les écarts de santé ne fait plus de doute. À l'échelle internationale, cette nécessité constitue l'un des fondements de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Elle constitue la première déclaration internationale visant la réduction des écarts de santé. Plusieurs sociétés ont amorcé diverses initiatives au fil des ans afin de réduire les disparités sociales. Le Québec fait partie des provinces qui ont pris de telles initiatives. La réduction des inégalités sociales de santé est un objectif que l'on retrouve dans plusieurs lois et documents d'orientation publics adoptés au cours des vingt dernières années : la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1991), *La politique de la santé et du bien-être* (1992), la Loi sur la santé publique (2001) et le *Programme national de santé publique 2003-2012*. L'engagement a été repris à l'échelle régionale dans la *Planification stratégique en santé et services sociaux de la région de la Capitale-Nationale 2010-2015* et dans le *Plan d'action régional de santé publique 2009-2015 de la Capitale-Nationale*.

Le présent rapport s'inscrit dans cette trame. Il poursuit les buts suivants :

- contribuer à une meilleure compréhension des inégalités sociales de santé et de leurs causes ;
- illustrer les inégalités sociales de santé dans la région à partir de certains indicateurs ;
- susciter des échanges sur les inégalités sociales de santé parmi les différents acteurs de la région ;
- identifier et promouvoir des pistes d'intervention efficaces ou prometteuses pour réduire les inégalités sociales de santé.

La Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale a voulu profiter de la démarche d'élaboration du rapport pour sensibiliser les acteurs sociaux de la région à la lutte contre les inégalités. La diffusion du rapport constitue la rampe de lancement d'une véritable mobilisation régionale pour l'équité en santé. Elle marque en effet l'aboutissement d'un vaste processus de consultation qui a pris différentes formes :

- la formation de comités-conseils (scientifiques, membres d'équipes de la Direction régionale de santé publique);
- la consultation d'acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, d'organismes communautaires et de regroupements régionaux qui interviennent auprès de clientèles susceptibles d'être particulièrement touchées par les inégalités sociales de santé;
- la consultation de groupes de citoyens de la région particulièrement touchés par les inégalités sociales de santé;
- un forum régional réunissant l'ensemble des acteurs consultés au cours de la démarche;
- la consultation de partenaires d'autres secteurs d'activité (la Direction régionale du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, la Direction régionale du ministère de la Famille et des Aînés, la Direction régionale du ministère des Transports du Québec, la Direction régionale du ministère de l'Immigration et des communautés culturelles, la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, la Direction régionale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le Service des loisirs, des sports et de la vie communautaire de la Ville de Québec, l'Office municipal d'habitation de Québec et la Conférence régionale des élus de la Capitale-Nationale).

Soulignons que le rapport s'inscrit dans la foulée du *Plan d'action régional de santé publique 2009-2015 de la Capitale-Nationale* dans lequel la réduction des inégalités sociales de santé y figure comme le premier défi à relever. L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a conforté ce choix : elle en a fait le premier engagement de son plan stratégique 2010-2015.



PARTIE 1

QUAND
LES INÉGALITÉS
SOCIALES RENDENT
MALADES ET TUENT

SECTION 1

UN BILAN SOMMAIRE... QUI EN DIT LONG

Un examen sommaire des données montre que la région de la Capitale-Nationale connaît d'importantes disparités de santé, malgré une conjoncture économique favorable.

L'ESPÉRANCE DE VIE

Pour la période 1998-2002, l'espérance de vie à la naissance dans un arrondissement du centre-ville de Québec variait de 71,9 ans à 86,1 ans, selon les secteurs, soit un écart de 14,2 ans. La même mesure prise dans un arrondissement de la banlieue et dans une zone rurale révélait un écart de 5,8 ans dans le premier cas et de 6,4 ans dans le second.

Lorsqu'on analyse l'espérance de vie sur une période de dix ans (1994-1998 et 2004-2008), on note des gains substantiels, tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, l'écart dans l'espérance de vie entre les hommes des territoires défavorisés et la moyenne de la population masculine ne s'est pas réduit. Il est resté stable à 4 ans. Chez les femmes, bien que la différence soit moins grande que celle constatée chez les hommes, l'écart persiste. En effet, il était de 2,4 ans pour la période 1994-1998 et en 2004-2008, il était de 2,8 ans.

Si l'on examine les données selon les territoires, on relève les écarts de longévité les plus marqués entre deux territoires de CLSC : Sainte-Foy-Sillery-Laurentien et Basse-Ville-Limoilou-Vanier. Chez les hommes, cet écart s'établissait à 6,1 ans pour la période 1994-1998, au désavantage du second territoire. Il était de 6,9 ans en 1999-2003 et de 7,1 ans en 2004-2008. Chez les femmes, l'écart était moins prononcé mais bien réel : il était de 5,4 ans en 1994-1998, de 5,5 ans en 1999-2003 et de 5,7 ans en 2004-2008.

LES DÉCÈS PRÉMATURÉS

Pour la période 2004-2008, le taux de mortalité avant l'âge de 75 ans chez les hommes des milieux défavorisés atteignait 2,4 fois le taux observé dans les milieux favorisés. Chez les femmes, l'écart s'établissait à 1,8 fois.

LES NAISSANCES

Pour la même période, la proportion des naissances de bébés de faible poids (moins de 2 500 grammes) était 40% plus élevée dans les milieux défavorisés que dans les milieux les mieux nantis.

LA MORTALITÉ SELON LES CAUSES

Lorsqu'on examine cinq causes de mortalité chez les hommes durant la période 2004-2008, on observe les écarts les plus prononcés pour les décès par maladies de l'appareil digestif : le taux observé dans les territoires défavorisés atteignait 2,4 fois celui des territoires favorisés. Pour les traumatismes non intentionnels, l'écart était de 2,2 fois ; pour les maladies de l'appareil respiratoire, 2,0 fois ; pour les maladies de l'appareil circulatoire, 1,7 fois et pour les cancers, 1,4 fois.



Pour la même période chez les femmes, on note les plus grandes disparités pour les décès par maladies de l'appareil respiratoire : le taux relevé dans les territoires défavorisés atteignait 1,8 fois celui observé dans les territoires favorisés. Dans le cas des décès par maladies de l'appareil digestif, l'écart atteignait 1,3 fois. Quant aux décès attribuables aux cancers et aux maladies de l'appareil circulatoire, l'écart s'établissait à 1,2 fois.

Par ailleurs, on relève des inégalités de santé entre les femmes et les hommes d'un autre ordre. Les hommes meurent plus tôt, se suicident davantage et consultent moins les professionnels de la santé que les femmes. Par contre, des problèmes de santé touchent plus souvent les femmes. C'est le cas de plusieurs maladies chroniques comme la migraine, l'asthme, l'arthrite, les problèmes de la thyroïde et l'hypertension. Ces affections n'entraînent pas nécessairement un risque de décès, mais plutôt des limitations fonctionnelles. Les femmes sont aussi plus nombreuses que les hommes à être victimes de violence conjugale.

Comment corriger ces écarts et rétablir l'égalité des chances ? Sur quels éléments peut-on ou doit-on agir ? Pour le savoir, il faut connaître la nature exacte des inégalités sociales de santé et comprendre le mécanisme par lequel elles se construisent.

SECTION 2

COMMENT SE CONSTRUISENT LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Dans toutes les populations, on observe des écarts dans l'état de santé d'individus ou de groupes. La région de la Capitale-Nationale ne fait pas exception. Certains de ces écarts dépendent de causes biologiques, comme le bagage génétique ou le processus naturel du vieillissement. On peut alors parler d'inégalités de santé au sens strict. D'autres écarts relèvent de causes différentes. La chose est maintenant démontrée et reconnue universellement : la santé des individus dépend en grande partie des conditions dans lesquelles ils naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces conditions sont appelées déterminants sociaux de la santé.

Ces déterminants sont : le revenu, la scolarité, le milieu préscolaire et scolaire, la sécurité alimentaire, le milieu familial, le logement, le milieu de travail, l'environnement physique et social du milieu local, les moyens de transport, l'accès aux ressources, l'accès aux services publics et la qualité de ces services. À une échelle plus large, il y a également le contexte social, économique, politique et culturel.

En clair, les inégalités sociales de santé sont le reflet des inégalités des conditions de vie qui, elles-mêmes, résultent des inégalités sociales présentes dans une collectivité. On se retrouve donc devant le continuum suivant (figure 1) :

FIGURE 1
LA PRODUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ :
UN MODÈLE CONCEPTUEL SYNTHÉTIQUE



Parmi les groupes les plus touchés par les inégalités sociales de santé, on retrouve les personnes en situation de pauvreté (par exemple, les prestataires de la sécurité du revenu, les personnes âgées prestataires du Supplément de revenu garanti, les travailleurs à faible revenu, les travailleurs précaires) et d'autres personnes susceptibles de vivre de l'exclusion sociale (par exemple, les personnes appartenant aux minorités ethnoculturelles, les personnes ayant une limitation physique ou intellectuelle, les Autochtones, les personnes ayant un problème de santé mentale, les itinérants, les prostitués, les toxicomanes et les personnes faisant partie de la diversité sexuelle).

Les inégalités sociales de santé ne concernent pas seulement les personnes susceptibles de vivre de l'exclusion sociale. En fait, l'état de santé des groupes de la population suit un gradient à l'image de la hiérarchie sociale : plus un groupe est situé au bas de l'échelle sociale, moins bonne est sa santé, et ce, autant les femmes, les hommes, les jeunes, les adultes que les personnes âgées.

Les inégalités sociales de santé présentent les caractéristiques suivantes : le lien entre le statut social et la mauvaise santé est fort ; il est constant au sein de différentes populations et il persiste dans le temps. Pour bien comprendre comment se construisent ces inégalités, il faut remonter le continuum, refaire le chemin qui mène à la source du problème, aux causes profondes.

REMONTER AUX SOURCES

La région de la Capitale-Nationale affiche un revenu personnel moyen par habitant plus élevé que la moyenne québécoise et un taux de chômage parmi les plus bas. Elle se classe au premier rang pour la persévérance scolaire au secondaire et compte une proportion élevée de diplômés d'études postsecondaires. Tous ne profitent cependant pas de cette richesse et tous n'ont pas les mêmes chances de réussite.

Les inégalités sociales

À l'arrière-scène se cache une dure réalité : en 2005, près de une personne sur huit vivait sous le seuil de faible revenu après impôt, soit plus de 77 000 individus. Ces personnes doivent consacrer une part démesurée de leur revenu au logement, à l'alimentation et aux vêtements, ce qui leur laisse peu d'argent pour l'achat d'autres biens et services essentiels. Les personnes à faible revenu sont des prestataires de la sécurité du revenu (6% de la population), des personnes âgées prestataires du Supplément de revenu garanti (près de une femme sur deux et de un homme sur trois) ainsi que des travailleurs qui occupent des emplois précaires : des travailleurs temporaires, saisonniers, à temps partiel, des travailleurs autonomes sans protection sociale et autres.

Les données favorables sur le niveau de scolarité de la population dissimulent aussi une face cachée : plus de 7 000 jeunes, soit 8% des 20-29 ans, n'avaient aucun diplôme en 2006.

Quant aux perspectives d'emploi, si elles demeurent favorables pour les prochaines années, ce sont les gens les plus scolarisés qui en profiteront ; les moins instruits éprouvant souvent plus de difficulté à se trouver du travail.

Les femmes restent désavantagées par rapport aux hommes pour ce qui est des perspectives d'emploi. En 2005, le revenu moyen des femmes de 15 ans et plus représentait 70% du revenu moyen des hommes (27 077 \$ comparativement à 38 680 \$). Elles sont aussi plus nombreuses à se retrouver sous le seuil de faible revenu. De même, les femmes sans diplôme ou peu scolarisées sont davantage pénalisées que les hommes, toujours en ce qui a trait aux perspectives d'emploi. En 2006, le taux d'emploi des femmes sans diplôme était de 22 %, comparativement à 40 % pour les hommes. Une lueur d'espoir pointe toutefois : la scolarisation des filles a connu une hausse marquée durant la dernière décennie.

Enfin, la pauvreté n'est pas répartie également sur le territoire. C'est dans les quartiers desservis par le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale que l'on retrouve la concentration la plus élevée de personnes qui vivent sous le seuil de faible revenu (près de 50 000), plus particulièrement sur le territoire du CLSC Basse-Ville—Limoilou—Vanier. On relève également des disparités à une échelle encore plus petite. À titre d'exemple, le revenu personnel moyen en 2005 variait entre 20 892 \$ et 39 594 \$ dans des quartiers d'un arrondissement du centre-ville de Québec; entre 27 609 \$ et 37 431 \$ dans un secteur de banlieue et entre 20 500 \$ et 36 000 \$ entre des municipalités d'une municipalité régionale de comté (MRC). Quant à la population de 15 ans et plus ne détenant pas de diplôme en 2006, la proportion variait entre 7 % et 32 % dans le même arrondissement du centre-ville, et entre 12 % et 47 % dans la zone rurale.

Les disparités des conditions de vie

Les inégalités sociales se répercutent forcément dans les conditions de vie des individus et des familles. En 2009, plus de 11 000 familles vivaient en situation de pauvreté dans la région.

Chaque année, des milliers de personnes vivent au moins un épisode d'insécurité alimentaire. En 2010-2011, le réseau d'aide alimentaire de la région de la Capitale-Nationale (282 organisations) aurait joint quelque 36 000 personnes chaque mois. Parmi les bénéficiaires, 61 % étaient prestataires de la sécurité du revenu; 9 % avaient des revenus de travail et 3 % étaient chômeurs. Deux bénéficiaires sur cinq avaient moins de 18 ans.

Louer un logement acceptable se révèle difficile pour plusieurs personnes: le coût des logements est élevé, le parc locatif est insuffisant, les logements sociaux et communautaires sont peu nombreux (moins de 9 % du parc locatif). En 2006, dans la région de la Capitale-Nationale, plus du tiers (34 %) des ménages privés locataires consacraient 30 % ou plus de leur revenu au logement. Plusieurs personnes n'ont tout simplement pas les moyens de se loger et l'itinérance urbaine semble en croissance dans la ville de Québec.

Tous les citoyens n'ont pas le même accès aux moyens de transport. Pour certains, la barrière financière constitue un obstacle, même pour le transport en commun. De plus, dans les zones rurales, le transport en commun est pour ainsi dire absent.

Bien que le taux d'emploi dans la région de la Capitale-Nationale soit l'un des plus élevés du Québec, la région offre peu de possibilités d'emplois aux personnes sans diplôme ou faiblement scolarisées. Entre 2006 et 2010, les emplois à temps plein ont augmenté de 3,4 %, comparativement à 25,9 % pour ceux à temps partiel. En 2010, une personne sur cinq occupait un emploi à temps partiel.

Enfin, davantage de femmes que d'hommes vivent dans des conditions difficiles. Globalement, les femmes consacrent plus de temps aux tâches parentales, s'occupent davantage des travaux ménagers et se chargent plus souvent des soins à apporter à la famille. Par ailleurs, elles sont plus nombreuses à occuper des emplois précaires et sont largement surreprésentées comme chefs de famille monoparentale. Pour plusieurs, la conciliation travail-famille demeure un véritable casse-tête.

Les inégalités : bien plus qu'une question d'argent

On a parfois tendance à ramener les inégalités sociales, et conséquemment les inégalités des conditions de vie, à la seule dimension économique. Il est vrai que le manque de moyens financiers dresse beaucoup d'obstacles. Pour plusieurs, il est difficile de se nourrir suffisamment et sainement, de se loger convenablement, de se vêtir adéquatement et de se déplacer facilement. Le manque de ressources contraint également plusieurs personnes à vivre dans des environnements physiques délétères.

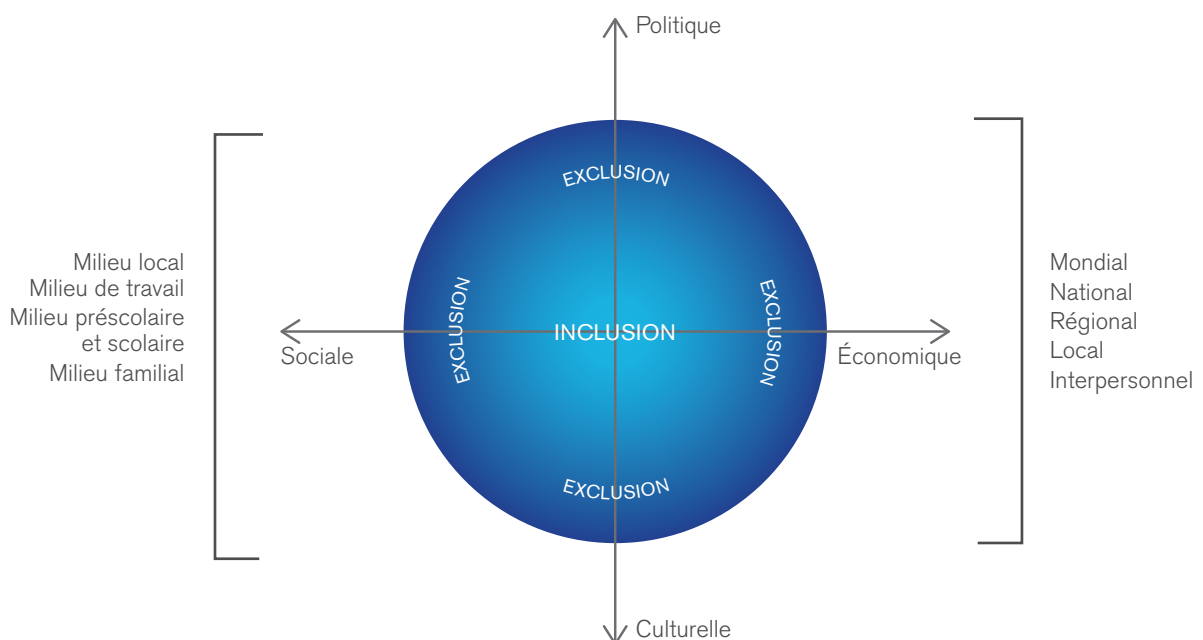
Il faut toutefois dépasser la lorgnette économique pour mieux saisir toutes les dimensions des inégalités et des processus d'exclusion. Les rapports inégalitaires opèrent dans une ou plusieurs des quatre dimensions suivantes (figure 2):

- 1. La dimension sociale :** De nombreuses personnes vivent dans la solitude et l'isolement et obtiennent très peu d'aide de leur entourage ou même des institutions. Leur réseau social est très restreint.
- 2. La dimension politique :** Des milliers de personnes sont sans voix ; elles n'ont pas l'occasion d'exprimer leurs points de vue, de partager leurs inquiétudes, de faire part de leurs besoins. Leurs préoccupations ne sont pas prises en compte, leurs champs d'intérêt non plus. Aussi, les personnes qui vivent de l'exclusion sociale sont très susceptibles de subir des abus de pouvoir et des abus physiques et psychologiques perpétrés par différentes personnes et dans différents milieux sociaux. Sans voix, ces personnes ont moins l'occasion de faire valoir et de faire respecter leurs droits.
- 3. La dimension culturelle :** Cette dimension est perçue comme étant centrale, car elle est liée à l'acceptation, à la reconnaissance et à la valorisation des personnes. Or, il existe des attentes normatives dans la société à partir desquelles les personnes sont jugées et sont discriminées. La société compromet leur identité sociale par leur dévalorisation et leur non-reconnaissance comme citoyen à part entière égal aux autres.

- 4. La dimension économique :** Plusieurs personnes ont plus ou moins accès aux diverses ressources économiques nécessaires pour vivre, comme un revenu, un emploi, un logement.

Les inégalités sociales et les inégalités des conditions de vie n'ont rien de naturel. Elles résultent de choix de société. Elles découlent des politiques économiques et sociales qu'une collectivité met de l'avant. Elles traduisent des comportements adoptés par la majorité qui vont largement déterminer les conditions d'existence des plus nantis comme des moins nantis. Ces éléments témoignent de processus d'exclusion qui sont à l'œuvre.

**FIGURE 2
L'EXCLUSION SOCIALE : UN MODÈLE CONCEPTUEL**



Adaptée du Social Exclusion Knowledge Network, 2008.

SECTION 3

L'EXCLUSION : LA FACE CACHÉE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les gens agissent à l'égard des autres en fonction de l'image qu'ils en ont. C'est à partir de représentations sociales que prend forme l'exclusion.

LE VRAI VISAGE DE L'EXCLUSION

L'exclusion n'est pas le fait de certaines personnes, de certains groupes ou d'institutions particulières. Elle résulte de comportements qui sont le fait de la majorité au sein d'une société. L'exclusion prend forme à travers des attitudes, des regards, des paroles, des façons de faire. Elle peut revêtir différentes formes : de l'indifférence, un manque de considération, un traitement différent, la mise à l'écart, la dévalorisation, le dénigrement, la négligence, le rejet, voire la violence.

Que l'on soit pauvre, membre d'une minorité ethnoculturelle, Autochtone, itinérant, prostitué, toxicomane, que l'on ait une limitation physique ou intellectuelle, une orientation sexuelle particulière ou encore un problème de santé mentale, le processus d'exclusion sociale est décrit dans les mêmes termes par ceux qui la subissent.

Ces derniers n'ont pas le sentiment d'être des citoyens à part entière aux yeux des autres. Ils se sentent exclus de différents milieux parce qu'ils ne correspondent pas à la norme sociale tacite.

La productivité, la performance, la consommation, l'hétérosexualité, tous ces éléments comportent ou entretiennent des attentes normatives à partir desquelles on porte souvent un jugement sur les autres.

Une certaine vision de la santé véhicule elle aussi une norme implicite : elle amène à considérer que l'individu est libre de ses choix de vie et de sa santé sans tenir compte des contraintes avec lesquelles il doit composer et des milieux au sein desquels il évolue. Chacun est ainsi, dans une certaine mesure, tenu responsable de ce qui lui arrive.

LE POINT DE VUE DES EXCLUS

Les personnes en situation de pauvreté

Plusieurs personnes en situation de pauvreté disent être peu considérées dans leur propre famille. Elles se sentent à l'écart des conversations qui portent le plus souvent sur la maison, le travail, les réussites, les voyages, les projets d'avenir. Certaines avouent qu'elles ont peu de contacts avec leur famille ; elles y ont été dévalorisées, maltraitées ou agressées.



Photo : Maison de Lauberivière

D'autres perdent des amis, parce qu'elles ne peuvent plus mener les mêmes activités qu'auparavant. Elles ont toujours l'impression d'être moins intéressantes aux yeux des autres.

S'alimenter est une préoccupation quotidienne pour la majorité d'entre elles. Les personnes en situation de pauvreté soulignent que le montant d'argent qu'elles reçoivent est insuffisant ; plusieurs sautent des repas et doivent avoir recours à l'aide alimentaire.

La recherche d'un logement se révèle en général difficile, car la majorité des propriétaires ne souhaite pas louer leur appartement à des personnes sans emploi. Pour plusieurs, les conditions de logement sont médiocres offrant des espaces restreints et un milieu parfois insalubre. Dans certaines coopératives d'habitation, les personnes en situation de pauvreté se font insulter et sont gardées à l'écart de certaines décisions sous prétexte qu'elles paient leur loyer moins cher que les autres.

Le manque d'accès à un moyen de transport rend les déplacements difficiles et les confine parfois à l'isolement.

Plusieurs se disent victimes de discrimination dans les institutions. Par exemple, l'école est un milieu difficile pour plusieurs enfants qui subissent des critiques, se font insulter et rejeter du groupe. Le centre local d'emploi est perçu comme un organisme où un citoyen n'a pas toujours les mêmes droits qu'ailleurs dans la société.

Diverses raisons font en sorte qu'il est difficile pour une personne en situation de pauvreté d'intégrer le marché du travail : le manque de formation, la maladie, une limitation fonctionnelle, la difficulté d'assurer une présence quotidienne, etc. Lorsque la personne réussit à se dénicher un emploi, il s'agit le plus souvent d'un emploi précaire et peu valorisé.

Les personnes en situation de pauvreté ont peu de loisirs même si elles considèrent que c'est un besoin essentiel. Elles n'ont pas suffisamment d'argent pour faire des activités ou encore pour pouvoir se déplacer.

Globalement, les personnes en situation de pauvreté disent qu'on les considère le plus souvent comme étant « paresseuses et mal-honnêtes », « des gens qui vivent aux dépens de ceux qui travaillent ». Un commentaire d'un résident de Québec résume le sentiment général : « C'est comme si on était un sous-citoyen. »

D'autres personnes susceptibles de vivre de l'exclusion

Les immigrants, les réfugiés, les Autochtones, les personnes ayant une limitation fonctionnelle physique, les personnes ayant une limitation fonctionnelle intellectuelle, les personnes ayant un problème de santé mentale, les personnes faisant partie de la diversité sexuelle, les personnes en situation d'itinérance, les personnes en dynamique « prostitutionnelle », les personnes toxicomanes soulignent qu'il existe beaucoup de préjugés dans la société liés à l'origine ethnique, à l'apparence physique, aux tenues vestimentaires, à la présence d'une limitation fonctionnelle qu'elle soit physique, intellectuelle ou mentale. Pour elles, les institutions et la collectivité tolèrent peu les différences. Ces personnes éprouvent des difficultés similaires à celles des personnes en situation de pauvreté, mais avec plus d'acuité.

Plusieurs d'entre elles révèlent qu'elles ont peu de contacts avec leur famille. Elles considèrent leur milieu familial comme étant trop malsain pour maintenir des liens parce qu'elles y ont été dévalorisées, maltraitées, agressées ou abusées.

La solitude et l'isolement sont le lot de la grande majorité. Le réseau social des personnes marginalisées est très restreint et se limite parfois à des compagnons d'infortune ou de consommation.

Les personnes doivent souvent subir des regards méprisants. Elles partagent le sentiment de ne pas être comprises. Plusieurs se sentent jugées sur leurs comportements et leurs façons de vivre. Toutes ont le sentiment d'être traitées différemment des autres dans la société.

Un fardeau similaire

Les propos recueillis dans les groupes de discussion révèlent que les personnes appartenant aux groupes sociaux les plus éprouvés par les inégalités sociales de santé perçoivent clairement les effets délétères de l'exclusion sociale et de leurs conditions de vie. Bien que les personnes rencontrées vivent des réalités très différentes, les effets sont similaires :

- les conditions de vie précaires occasionnent du stress au quotidien ;
- le manque d'argent pour subvenir aux besoins essentiels entraîne de l'angoisse et de l'anxiété ;
- ces sentiments causent de l'insomnie et de la fatigue ;
- les circonstances difficiles, les efforts menés en vain, les situations de discrimination, d'abus de pouvoir ou de violence suscitent des sentiments de frustration, d'agressivité et de colère ;
- la culpabilité et la honte, accompagnées de la perte d'estime de soi et de confiance en soi, entrent en jeu ;
- le désarroi, la perte de confiance en l'avenir, l'humeur dépressive voire les idées suicidaires sont aussi présents.



LES SERVICES DE SANTÉ SONT-ILS EN MESURE DE CORRIGER LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ?

Selon plusieurs recherches réalisées au Canada, les citoyens au bas de l'échelle sociale seraient le groupe le moins bien desservi par les services de santé. C'est là un curieux paradoxe. Ces citoyens éprouveraient des difficultés à obtenir les soins nécessaires, recevraient moins de services et, souvent, des services de qualité inférieure. Ils seraient traités différemment par les prestataires de soins, recevraient un traitement qui ne correspond pas toujours à leurs besoins. Globalement, les obstacles qu'ils rencontrent sont liés à la non-disponibilité de certains services (non assurés, non offerts dans le territoire, longue liste d'attente), au manque d'argent (services non assurés, coûts indirects comme la garde des enfants, le transport), au manque d'information, à la barrière linguistique et à des problèmes de communication.

Cette situation est préoccupante. Les services de santé doivent tout mettre en œuvre pour adapter leur organisation et leurs interventions.

Toutefois, même si le système de santé arrivait à desservir de façon optimale les groupes qui ont les plus grands besoins, peut-on croire que l'on pourrait arriver ainsi à corriger les inégalités sociales de santé ? Non, car si les répercussions des inégalités sociales et des conditions de vie sur la santé des individus sont physiques et psychologiques, les causes sont d'ordre social. La solution passe donc nécessairement par une action d'ensemble des acteurs sociaux : la lutte aux inégalités sociales de santé est un défi collectif.



Photo : Shelley-Rose Hyppolite



PARTIE 2

**POUR AGIR
AUTREMENT:
UN APPEL
À TOUS**

POUR AGIR AUTREMENT: UN APPEL À TOUS

POURQUOI INTERVENIR ?

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

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

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

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

SUR QUOI INTERVENIR ?

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

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

OÙ INTERVENIR ?

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

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

SELON QUELS PRINCIPES ?

Trois principes clés guident les interventions (figure 3).

1. La concertation d'une diversité d'acteurs

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

2. La participation citoyenne et des communautés

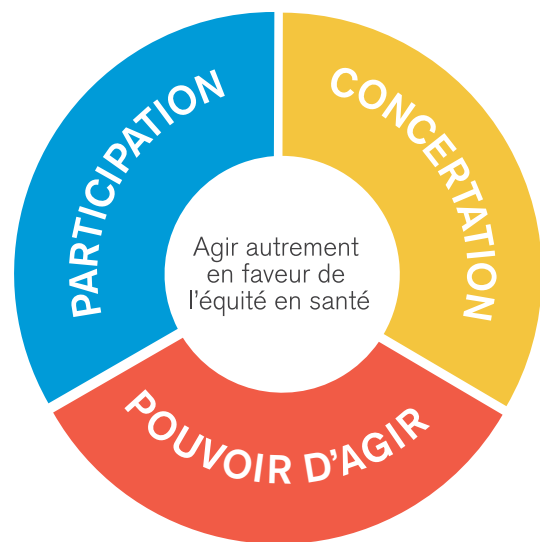
Les personnes et les groupes sociaux ciblés par les actions qui visent la réduction des inégalités sociales de santé doivent être des acteurs à part entière de la démarche, et ce, à toutes les étapes : élaboration, mise en œuvre, évaluation. C'est un droit fondamental de participer activement aux décisions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

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

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

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

FIGURE 3
TROIS PRINCIPES CLÉS POUR AGIR AUTREMENT EN FAVEUR DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

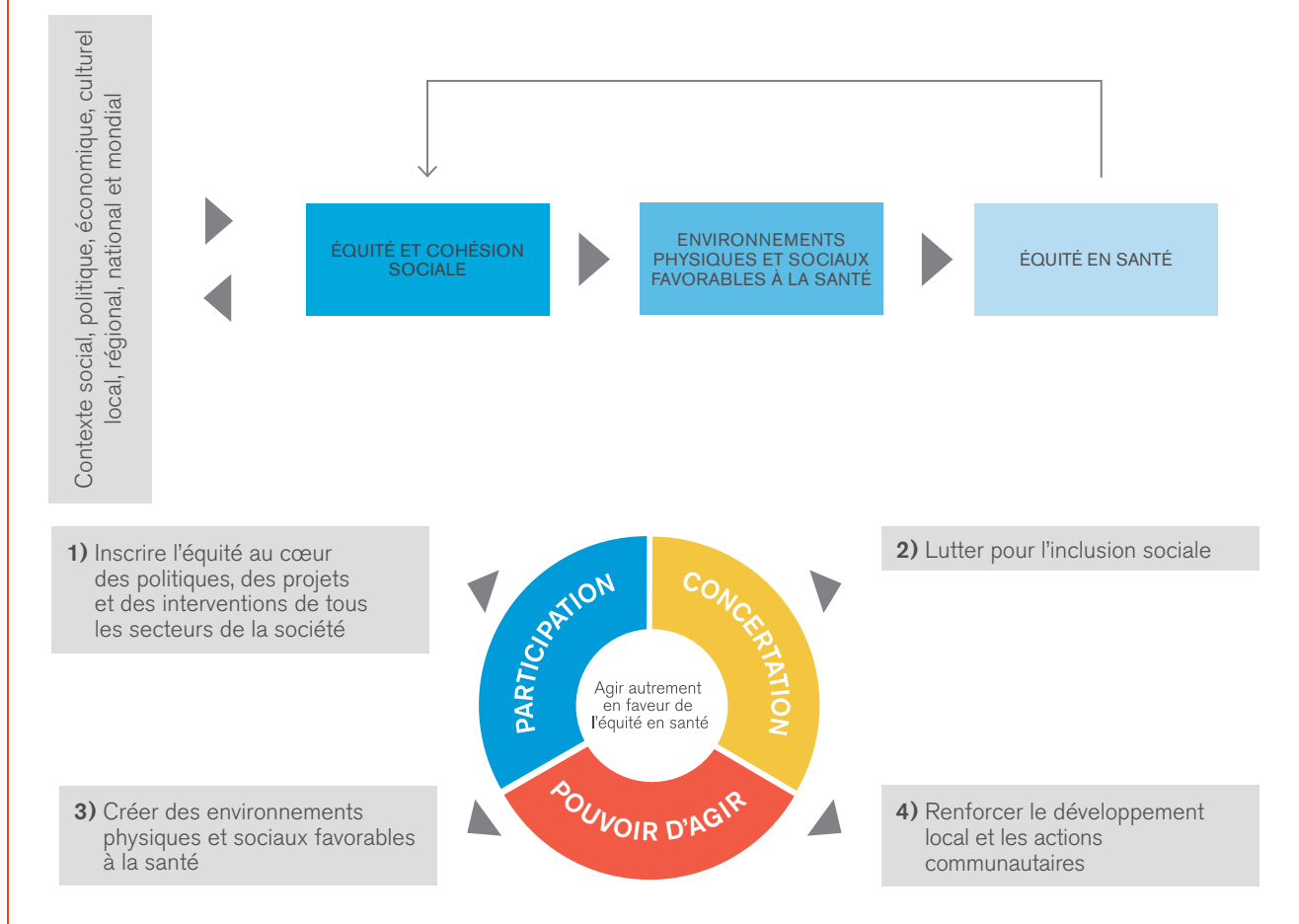


QUOI FAIRE ?

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

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

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



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

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

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

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

2. Lutter pour l'inclusion sociale

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

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

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

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

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

4. Renforcer le développement local et les actions communautaires

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

Le développement local regroupe :

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

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



QUI DOIT LE FAIRE ET COMMENT ?

LES RECOMMANDATIONS

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

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

Tous les décideurs

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

Les acteurs qui mènent des actions de santé publique

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

2. Lutter pour l'inclusion sociale

Tous les décideurs

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

Les acteurs qui mènent des actions de santé publique

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

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

Tous les décideurs

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

Les acteurs qui mènent des actions de santé publique

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

4. Renforcer le développement local et les actions communautaires

Tous les décideurs

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

Les acteurs qui mènent des actions de santé publique

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

LES ENGAGEMENTS DE LA DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

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

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

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

Surveillance continue de l'état de santé de la population

- Développer une surveillance régionale des inégalités sociales de santé.

Promotion de la santé et du bien-être

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

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

Recherche et innovation

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

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

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

Développement et maintien des compétences

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

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

**À NOUS DE LE FAIRE
MAINTENANT!**

Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale

Québec 