

Bon diagnostic, mauvais traitement

Analyse du rapport annuel de la Direction de la santé publique de Montréal : Les inégalités sociales de santé à Montréal, le chemin parcouru

09/01/2012



Le présent document est signé par :

le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM)



la Table régionale des organismes volontaires d'éducation populaire de Montréal (TROVEP)



le Regroupement des organismes communautaires famille de Montréal (ROCFM)



la Table régionale des centres de femmes Montréal métropolitain-Laval (TRCFMM)



qui composent le comité de coordination de la Coalition montréalaise pour la survie des services publics.

Introduction

Le 31 mai 2011, les organismes communautaires étaient invités à un forum sur les inégalités sociales en matière de santé par la Direction de la santé publique (DSP) de Montréal. La forte participation du milieu communautaire à cette journée témoigne de l'intérêt des organismes à participer aux réflexions et à la mise en œuvre de solutions pour lutter contre ces inégalités. C'est donc avec grand intérêt que nous avons pris connaissance du dernier rapport annuel de la DSP de Montréal¹.

À l'instar de la DSP, nous partageons l'idée que la pauvreté est la principale cause des inégalités sociales de santé et saluons les recommandations du rapport y étant associées : augmentation du revenu pour les personnes les plus démunies, accès aux CPE, logements sociaux, contrôle des prix des loyers privés, adaptation des services aux personnes immigrantes ainsi que l'accès au transport en commun.

C'est au niveau des actions concrètes de la DSP de Montréal que nos réserves les plus importantes s'expriment: la DSP ne soutient pratiquement aucune action terrain visant à changer les politiques

publiques nationales qu'elle cite dans son propre rapport. Qui plus est, le plan régional de santé publique 2010-2015 vise à changer des comportements individuels dans une approche médicale de la lutte à la pauvreté (maturité scolaire, prévention précoce). Or, les inégalités sociales de santé ne sont pas un amoncellement de drames individuels, mais le résultat de choix collectifs.

Il n'y a pas de vaccin contre les injustices sociales. Historiquement, les seules mesures qui ont réussi à renverser l'appauvrissement ont été des mesures larges de redistribution de la richesse gérées par l'État. Soulignons à ce titre les politiques de tarifications et de privatisations mises de l'avant par notre gouvernement actuel : augmentation des frais de scolarité, facturation de plus en plus présente dans nos soins de santé, augmentation constante des tarifs d'Hydro-Québec, etc. Or, sauf en ce qui concerne la privatisation et la tarification des soins de santé, le rapport ne dénonce pas ces politiques, et lorsqu'il aborde cette question, il le fait du bout des lèvres.

¹ Rapport du directeur de santé publique 2011, *Les inégalités sociales de santé à Montréal : le chemin parcouru*, Marie-France Le Blanc, Marie-France Raynault, 2011, 144 p.

Bon diagnostic, mauvais traitement

L'Agence de la santé publique du Canada reconnaît que les déterminants de la santé sont les suivants² :

- le niveau de revenu et le statut social;
- les réseaux de soutien social;
- l'éducation et l'alphabétisme;
- l'emploi et les conditions de travail;
- les environnements sociaux;
- les environnements physiques;
- les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles;
- le développement de la petite enfance;
- le patrimoine biologique et génétique;
- les services de santé;
- le sexe;
- la culture.

Ce qui est étonnant dans le rapport de la DSP, c'est que bien qu'elle recommande aux différents gouvernements des mesures systémiques, elle continue de militer presque exclusivement en faveur de mesures portant sur les saines habitudes de vie et sur la question du patrimoine biologique et génétique, comme si l'ensemble des autres déterminants n'était justement pas déterminant! La DSP semble avoir choisi d'être complice des politiques néolibérales du gouvernement actuel et des décideurs influents (incluant ceux du marché), politiques qui sont elles-mêmes créatrices des inégalités sociales de santé.

L'apparition de nouvelles formes de taxation de nos services publics

Dans ses recommandations, la DSP cite l'auteur du rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les déterminants sociaux de la santé. Ce dernier estime qu'on pourrait réduire le fossé des inégalités sociales de santé en une génération³ en s'attaquant aux inégalités de pouvoir, d'argent et de ressources et en améliorant les conditions de la vie quotidienne des plus démunis⁴. À cela, nous ajouterions une autre citation de l'OMS qui mentionne que « *l'inégalité des conditions de vie*

*quotidienne est le fait de structures et de processus sociaux profonds. La production d'inégalités est systématique; elle est le résultat de normes, de politiques et de pratiques sociales qui tolèrent voire favorisent les disparités d'accès au pouvoir, aux richesses et à d'autres ressources sociales indispensables*⁵. »

Sachant cela, les mesures qui devraient être mises en place pour lutter contre les inégalités sociales de

² Consulté en ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>

³ Rapport du directeur de santé publique 2011, *op. cit.*, p. 5.

⁴ Organisation mondiale de la santé, *Déterminants sociaux de la santé, combler le fossé en une génération : comment faire ?*, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/fr/index2.html

⁵ *Idem.*

santé devraient avant tout s'attaquer à ces normes, politiques et pratiques sociales. Parmi les moyens retenus par l'OMS⁶, on note, entre autres, la taxation progressive plutôt que régressive et la mise en œuvre de mesures favorisant l'équité entre les sexes. Or, on ne retrouve aucune recommandation qui va en ce sens dans le rapport de la DSP.

Pourtant, plusieurs mesures de taxations régressives ont été mises de l'avant ces dernières années : taxe santé, dégel du bloc patrimonial à Hydro-Québec, augmentation des frais de scolarité, augmentation de la TVQ, en ajoutant l'indexation et l'augmentation des tarifs pour l'ensemble des services publics (permis de conduire, frais d'accès aux parcs nationaux, etc.). Tous ces tarifs s'ajoutent au fardeau fiscal des personnes et familles déjà fortement sollicitées (on pense entre autres au coût du loyer, du transport, du panier d'épicerie qui ne cesse d'augmenter, etc.). Si l'on prend l'exemple de la taxe santé, celle-ci s'applique de manière uniforme à toute personne seule dont le revenu est supérieur à 14 320 \$ ou au couple avec enfant ayant un revenu supérieur à 29 165 \$. Déjà que le revenu maximal pour obtenir une exonération de la contribution est injuste et inacceptable, la situation est encore pire lorsqu'il est question des couples, une personne faisant moins que 14 320 \$/an pourrait tout de même avoir à payer cette taxe. On pense à une situation où l'un des conjoints fait 25 000 \$ et l'autre fait 5 000 \$ en raison d'un travail à temps partiel par exemple. Les deux personnes auront à payer la taxe, et ce, même si l'un des deux fait moins de 14 320 \$ puisque l'on prend en compte le revenu familial et non pas le revenu individuel.

Nous saluons toutefois la recommandation de la DSP en faveur du maintien et du développement du système public de soins de santé⁷. Tout comme elle, nous éprouvons de vives inquiétudes. Non seulement la privatisation des soins de santé se fait de manière de plus en plus pressante, mais elle affaiblit notre réseau public en venant y puiser nos ressources humaines et nos fonds publics dans le cadre des partenariats public-privé de soins de santé. Si l'accès à des soins de santé demeure l'un des déterminants sociaux majeurs dans la lutte aux inégalités sociales de santé, seul un réseau public fort est en mesure de s'en assurer. La santé ne doit jamais avoir un prix.

De même, nous nous réjouissons de la recommandation de la DSP en ce qui concerne l'amélioration du revenu des personnes seules, et particulièrement aptes au travail. Les prestations d'aide sociale accordées actuellement sont nettement insuffisantes et ne permettent aucunement de se sortir de la pauvreté. En date du 1^{er} janvier 2011, la prestation de base pour une personne seule s'élevait à 574 \$/mois⁸. Quand on sait qu'un studio se loue en moyenne 531 \$/mois et qu'un logement avec une chambre 636 \$/mois⁹, il devient évident qu'avec pour seul revenu les prestations d'aide sociale cela ne suffit pas!

Concrètement, une des solutions passe par l'abolition des catégories à l'aide sociale : apte à l'emploi, avec contraintes temporaires ou avec contraintes sévères qui sont sous le programme de solidarité sociale. Selon plusieurs, le montant minimum nécessaire pour couvrir les besoins dits ordinaires

⁶ *Idem.*

⁷ Rapport du directeur de santé publique 2011, *op. cit.*, recommandation #4.

⁸ http://www.mess.gouv.qc.ca/solidarite-sociale/programmes-mesures/assistance-emploi/tableau_prestations.html

⁹ SCHL, 2010.

correspond au montant des prestations accordées à une personne ayant des contraintes sévères à l'emploi.

Cependant, sur une autre note, mentionnons l'accès à l'éducation postsecondaire. Dans le rapport on peut lire que « la proportion des "sans-diplômes" a diminué. Tandis que la proportion des diplômés universitaires a augmenté¹⁰. » Or, l'augmentation des frais de scolarité universitaire aura évidemment des impacts sur ce taux de diplomation, sinon elle en changera fortement le paysage. Par exemple, le nombre de diplômés universitaires dans des programmes contingentés tels que les sciences de la

santé et le droit ne diminuera certainement pas, puisque les universités peuvent recevoir des centaines de demandes pour quelques dizaines de places. Cependant, cela avantagera les étudiantes et les étudiants plus favorisés au profit de ceux qui sont dans des situations économiques précaires. C'est l'origine sociale qui déterminera si l'on aura accès ou non à ces programmes. Or, l'accès à l'éducation postsecondaire permet indéniablement de mettre un frein au cercle de la pauvreté non seulement pour la génération actuelle, mais aussi pour celles qui suivront. Il importe donc d'assurer à tous et à toutes un accès équitable aux études postsecondaires.

Favoriser l'exercice de la citoyenneté

L'OMS fait plusieurs recommandations pour contrer les inégalités de pouvoir telles que : donner les moyens d'agir à tous les groupes de la société en les associant de façon équitable aux prises de décision; permettre à la société civile de s'organiser et d'agir de façon à promouvoir et à respecter les droits politiques et sociaux qui contribuent à l'équité en santé et l'application de législations qui favorisent l'équité entre les sexes¹¹. Nous reviendrons plus tard sur la notion de l'équité entre les sexes.

En ce qui concerne les moyens d'action que l'on doit donner aux groupes de la société, nous résumerons cela par donner l'accès à l'exercice de la citoyenneté. Il faut permettre aux personnes qui

vivent des inégalités de s'organiser collectivement pour revendiquer leurs droits et des changements politiques aptes à améliorer leurs conditions de vie.

Depuis plusieurs années, la DSP et plusieurs autres bailleurs de fonds mettent de l'avant la concertation locale intersectorielle comme principale stratégie d'action sur la pauvreté et les déterminants sociaux de la santé. Partant de la prémisse qu'une meilleure organisation locale est en mesure d'améliorer et de transformer les conditions de vie, ce leitmotiv s'est peu à peu généralisé en laissant de côté les stratégies visant les politiques publiques nationales. Par exemple, vouloir lutter contre le décrochage scolaire par une meilleure concertation locale dans un quartier où l'école primaire manque

¹⁰ Rapport du directeur de santé publique 2011, *op. cit.*, p. 34.

¹¹ http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/fr/index2.html

de ressources professionnelles et où les parents des enfants vivent dans la pauvreté semble pour le moins difficile.

Les concertations se multiplient, avec des budgets de projets limités pour s'attaquer à des problèmes d'envergure nationale. Dans ce contexte, quelles que soient les sommes investies, elles ne seront pas seulement insuffisantes mais leur insuffisance même risque fort d'entraîner de nouvelles distorsions. Certains de ces lieux deviennent aussi des bailleurs de fonds, la concertation laisse parfois place à la distribution des argents et le manque de ressources oblige à faire des choix. Avant que le choix ne soit fait, ce sont les tensions entre municipalités (ou arrondissements), entre institutions, entre organismes qui se manifesteront. L'objectivité des indicateurs de pauvreté se tempère avec des compromis politiques et crée de nouvelles inégalités dans la répartition des ressources.

Nous aurions avantage, tout comme le recommande l'OMS d'ailleurs, à soutenir les groupes de citoyens et citoyennes qui désirent se prononcer sur les macropolitiques, la défense collective des droits, etc. Nous recommandons donc la création d'un

fonds pour soutenir les initiatives citoyennes ou de groupes qui souhaite agir au niveau des changements de politiques structurelles, qu'elles soient nationales ou municipales.

En ce qui concerne l'utilisation d'une législation favorisant l'équité entre les sexes, force nous est de constater que le rapport de la DSP est pratiquement muet sur la question et même pire, sur toute la question des conditions de vie des femmes. Or, on ne peut traiter de la question des inégalités sociales de santé sans prendre en compte la spécificité des femmes. Elles sont les principales usagères des services de soins de santé, ont encore un revenu moindre que celui des hommes, sont encore généralement le parent gardien dans les familles monoparentales, demeurent les principales aidantes naturelles et représentent la vaste majorité des victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle, pour ne donner que ces exemples. Si l'on veut lutter contre les inégalités sociales de santé, cela prend impérativement une analyse différenciée selon les sexes. De même, nous demeurons perplexes quant à l'absence de recommandations visant la lutte à la violence conjugale.

Des opportunités pour tous de se développer... vraiment ?

Lorsque la DSP aborde la question de l'intervention auprès des tout-petits, de la maturité scolaire, son analyse se campe dans une école de pensée positiviste de l'être humain, c'est-à-dire que l'on s'attarde à la connaissance objective des facteurs qui entraîneraient des comportements dits déviant, ou à tout le moins indésirables dans une

société. Cette vision dite scientifique des facteurs de pauvreté se retrouve en grande partie au sein des programmes d'intervention précoce. La ligne est bien mince entre le désir d'améliorer les conditions de vie des personnes vivant des inégalités sociales de santé et le contrôle social. Tout comme le rappelle François Huot, professeur à l'École de travail

social de l'Université du Québec à Montréal : « les objectifs des programmes de prévention précoce sont la prévention de l'apparition de comportements qui sont socialement jugés non désirables. Il ne s'agit pas d'aider les gens, pas plus qu'il ne s'agit de travailler à la transformation des conditions sociales. La prévention précoce emprunte à l'écologie sociale un modèle explicatif basé sur la capacité des individus d'adopter les stratégies d'adaptation sociale appropriées. Elle trouve dans le discours positiviste, la légitimation de son action de dépistage et d'intervention¹². » Il est par contre très difficile de s'opposer à « l'apartheid scientifique » des tenants de l'intervention précoce puisque nous semblons nous attaquer à la vertu. Est-ce utile de rappeler ici que jusqu'en 1987, l'homosexualité faisait partie des troubles mentaux répertoriés dans le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)? Il serait intéressant d'apprendre de notre histoire afin d'éviter de sombrer dans le darwinisme social.

François Huot mentionne d'ailleurs que « l'idée portée par les programmes de prévention précoce est séduisante pour beaucoup d'intervenantEs, pour les pouvoirs politiques et particulièrement pour l'opinion publique. De manière systématique et en s'appuyant sur un discours scientifique, on laisse croire à des interventions et à des actions qui auront un effet direct et rapide sur les problèmes sociaux. Les notions de développement social, de solidarité et d'entraide disparaissent donc devant cette forme de déresponsabilisation¹³. »

Par les programmes d'intervention précoce, une vision unique nous est présentée de ce que devrait être un bon parent. Les experts dictent les bons comportements à adopter et les parents se retrouvent comme de simples exécutants. « Le discours sur l'amélioration des compétences parentales renforce cette idée que la parentalité ne constitue qu'un savoir-faire technique pouvant s'acquérir par des cours ou une formation. » Cette conception de la parentalité très réductrice ne tient pas compte de toute sa dimension symbolique. Nous pensons que chaque parent est unique et qu'il a le droit d'exercer sa parentalité selon sa personnalité et ses valeurs. Nous proposons que les familles soient reconnues dans toute leur diversité et en mesure d'identifier elles-mêmes leurs besoins.

Dans le cas qui nous occupe, ce sont les familles dites vulnérables qui sont principalement visées par ces programmes. Or, on sait qu'à force de cibler des populations « à risque » on ne fait que les marginaliser davantage. Les familles vulnérables, comme les autres d'ailleurs, souhaiteraient peut-être davantage être soutenues et valorisées dans leur expérience plutôt qu'être « intervenue ». Comme il a été mentionné lors des sommets locaux sur la maturité scolaire, les familles ont besoin de lieux d'accueil et de soutien sans égard à leur condition sociale¹⁴.

Nous constatons que les CLSC offrent de moins en moins de services sociaux à moins bien sûr de faire partie des populations ciblées. Que reste-t-il pour les autres familles qui ne rentrent pas dans les petites cases des programmes?

¹² Actes du colloque : *De l'intervention précoce à l'intervention féroce, La critique de la vertu : pistes pour une analyse des fondements théoriques des programmes de prévention précoce*, p. 14. Consulté en ligne le 6 novembre 2011. <http://www.nps.uqam.ca/prevention/acteprec.pdf>

¹³ *Idem*, p. 14.

¹⁴ Voir notamment : *Quand les PPP s'emparent du social*, Mémoire présenté à la Commission des Affaires sociales dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi 7, Loi instituant le fonds pour le développement des jeunes enfants, ROCFM, avril 2009, p. 7.

Conclusion

En conclusion, nous rappelons à la DSP que d'autres solutions existent pour contrer les inégalités sociales de santé. Nous faisons part ici de nos propres recommandations, certaines se retrouvant déjà dans le rapport, d'autres non. Nous espérons que cela permettra de continuer et d'alimenter les réflexions et les actions visant à lutter contre les inégalités sociales de santé.

- **Que toutes les citoyennes et tous les citoyens aient accès, sans discrimination, à des services publics, gratuits, universels et de qualité.**
- **Ne pas augmenter les tarifs des services déjà facturés.**
- **Hausser le salaire minimum et améliorer les normes du travail.**
- **Rehausser les prestations d'aide sociale pour qu'elles couvrent les besoins essentiels.**
- **Une politique nationale en itinérance assortie de mesures pour améliorer la situation à Montréal.**
- **Des mesures concrètes pour lutter contre la pauvreté des personnes issues de l'immigration et des minorités visibles de la région de Montréal.**
- **Mettre fin au détournement des pensions alimentaires.**
- **Éliminer les catégories à l'aide sociale.**
- **Éliminer toute obligation pour les personnes de participer à des programmes de réinsertion sociale¹⁵.**
- **Construire davantage de logements sociaux.**
- **Implanter un système de contrôle des loyers.**
- **Implanter une réforme en profondeur de l'aide financière aux études ayant pour but l'élimination de l'endettement et de la précarité des étudiantEs et des jeunes adultes.**

¹⁵ Actuellement, la prestation de base à l'aide sociale est tellement basse que les personnes sont obligées de participer à des programmes de réinsertion sociale pour être en mesure de se nourrir. Il s'agit de mesures coercitives indirectes.