



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 : 978-2-89616-143-0
(version imprimée)
ISBN : 978-2-89616-144-7 (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 :

Hyppolite, S.-R.
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, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, Direction régionale de santé publique, 2012, 161 p.

© 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

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

Rédaction

Shelley-Rose Hyppolite

Analyse et recherche

Shelley-Rose Hyppolite

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

(pour les sous-sections inégalités
territoriales et intraterritoriales et inégalités
sociales de santé de la section 3)

Analyse et rédaction

Myriam Duplain

Production de données

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

Collaboration à la recherche

Nicholas Brousseau
Marianne Corneau
Ariane Courville
Jean Damasse
Marlène Gagnon
Danièle Rinfret

Comité de relecture

Michel Beauchemin
Marianne Corneau
Myriam Duplain
Marlène Gagnon
Philippe Guay
Céline Lepage
Céline Morrow

Communications

Justine Duchesne
Marianne Potvin

Révision linguistique

Josée Côté

Secrétariat

Nancy Simard

Infographie

Bleuoutremer

Comité scientifique

Harold Côté, Centre de santé
et de services sociaux de Portneuf
Colette Lavoie, Centre de santé
et de services sociaux de la Vieille-Capitale
Robert Pampalon, Institut national
de santé publique du Québec
Ginette Paquet, Institut national
de santé publique du Québec
Yolande Pelchat, Équipe Proximité
et recherche sur les interventions,
les services et leurs modalités (PRISM)
Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale

Comité des collaborateurs à l'interne de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Lise Cardinal
Sonia Dugal
Myriam Duplain
Isabelle Goupil-Sormany
Denis Laliberté
Laurence Le Hénaff
Francine Michaud
Claude Rossi
Nathanaëlle Thériault

AUTRES CONTRIBUTIONS

Alliance des Groupes d'intervention pour le Rétablissement en Santé Mentale Québec

Charles Rice

Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec

Luc Vigneault

Centraide Québec et Chaudière-Appalaches

Marc De Koninck
Annie Vervondel

Centre d'amitié autochtone de Québec

Marie-Claude Cleary
Jacinthe Picard

Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix

Carole Dufour

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

Alexandra Aubry
Jacques Laverdière

Centre de santé et de services sociaux de Portneuf

Harold Côté
Jane Mitchell

Centre multiethnique de Québec

Dominique Lachance

Direction de santé publique de la Montérégie

Émile Tremblay

Groupe régional d'intervention sociale de Québec

Kevin Lavoie
Guy Lefebvre
André Tardif

Institut de la statistique du Québec

Stéphane Crespo

Institut national de santé publique du Québec

Louise Saint-Pierre

Maison de Lauberivière

Éric Boulay

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Guy Fréchet

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Caroline Druet

Mouvement Personne d'Abord du Québec Métropolitain

Nathalie Nadeau

Point de Repères

Mario Gagnon
Nathalie Marcoux

Projet Intervention Prostitution Québec

Julie Leyderman
Geneviève Quinty

Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03

Olivier Collomb d'Eyrames
Véronique Vézina

Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec

Frédéric Keck

Statistique Canada

Ann Vuksinic

Université Laval

Maria De Koninck
Nicolas Vonarx



MOT DU DIRECTEUR

Les inégalités sociales de santé : un problème prioritaire de santé publique

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 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. 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*.

Malgré cette reconnaissance de la nécessité de réduire les inégalités sociales de santé et les efforts consentis par plusieurs acteurs dans la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, nous devons admettre qu'elles persistent dans la région. Il faut s'interroger sur la production des inégalités sociales de santé et tenter de mieux comprendre comment elles se construisent. Il faut également se questionner sur nos façons de faire, nos interventions, nos programmes. Il n'existe pas de solutions simples mais nous connaissons toutefois certains principes reconnus pour réduire

les inégalités sociales de santé. Nous allons devoir inclure ces principes dans nos actions si nous voulons marquer des points. Il faut sortir de nos façons de faire habituelles et se permettre d'agir autrement.

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 sociales de santé. 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 : 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, de groupes de citoyens de la région particulièrement touchés par les inégalités sociales de santé et de partenaires intersectoriels (agriculture, pêcheries et alimentation, famille et aînés, transports, immigration et communautés culturelles, éducation, loisir et sport, emploi et solidarité sociale, habitation). Nous avons également organisé un Forum régional sur les inégalités sociales de santé qui a eu lieu le 6 octobre 2011 permettant de réunir une centaine de personnes. Je tiens personnellement à remercier toutes ces personnes pour leur contribution aux réflexions entourant ce rapport.

Enfin, je remercie la docteure Shelley-Rose Hyppolite, rédactrice du rapport, madame Céline Morrow, chef d'équipe en Pauvreté/Développement social et des communautés ainsi que monsieur Michel Beauchemin, coordonnateur, pour avoir piloté la production de ce tout premier rapport sur les inégalités sociales de santé dans notre région.

Les inégalités sociales de santé sont évitables.
Pour réussir, il faut agir autrement.
À nous de le faire maintenant!

Le directeur régional de santé publique,

A handwritten signature in black ink, reading "François Desbiens". The signature is fluid and cursive, with the first name and last name clearly distinguishable.

François Desbiens, M.D.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	12
Les inégalités sociales de santé	12
Une invitation à agir autrement	13
La structure du rapport	13
 PARTIE 1 : Une mise en contexte historique et théorique des inégalités sociales de santé	 15
Section 1 : Un rapport régional sur les inégalités sociales de santé : le contexte, les objectifs et la démarche	16
1.1 Les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé : une préoccupation mondiale, nationale et régionale	18
1.2 Les objectifs du rapport	21
1.3 La démarche de consultation	22
Section 2 : Les inégalités sociales de santé et leurs causes : vers une meilleure compréhension	24
2.1 Les inégalités sociales de santé	26
2.2 Les déterminants de la santé	27
2.3 Les déterminants des inégalités sociales de santé	28
2.3.1 Les inégalités sociales	30
2.3.2 Les inégalités des conditions de vie des individus	32

PARTIE 2 : Des inégalités sociales aux inégalités sociales de santé : regards multiples sur la région de la Capitale-Nationale	37
Section 3 : Un portrait statistique	38
3.1 Des inégalités sociales dans une région favorisée sur le plan économique	40
3.2 Des inégalités des conditions de vie	47
3.3 Des inégalités sociales de santé	52
Section 4 : L'expérience de citoyens en situation de pauvreté	60
4.1 Les inégalités sociales et les processus d'exclusion à l'œuvre	62
4.2 Les effets sur les conditions de vie	65
4.3 Les effets sur leur santé	67
Section 5 : L'expérience d'autres citoyens qui vivent de l'exclusion	68
5.1 Les inégalités sociales et les processus d'exclusion à l'œuvre	70
5.2 Les effets sur les conditions de vie	75
5.3 Les effets sur leur santé	78
Section 6 : Une analyse synthèse	80
6.1 Les inégalités sociales dans la région de la Capitale-Nationale	82
6.2 Les conditions de vie inégales dans la région de la Capitale-Nationale	87
6.3 Les inégalités sociales de santé dans la région de la Capitale-Nationale	88
PARTIE 3 : Des interventions possibles pour agir autrement	91
Section 7 : Des interventions régionales et locales pour l'équité en santé : trois principes clés et quatre orientations stratégiques	92
7.1 Les inégalités sociales de santé : une situation inacceptable et évitable	94
7.2 Viser l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé	94
7.3 Trois principes clés pour agir autrement	96
7.4 Agir au niveau national, régional et local : possible et pertinent	98
7.5 Quatre orientations stratégiques pour instaurer l'équité en santé	99
Section 8 : La mise en œuvre d'interventions concrètes : un appel à tous	114
8.1 Des recommandations aux différents secteurs de la société	116
8.2 Des propositions pour l'ensemble des acteurs qui mène des actions de santé publique dans la région	117
8.3 Les engagements de la Direction régionale de santé publique	118
CONCLUSION	121
RÉFÉRENCES ET ANNEXES	123

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Population vivant sous le seuil de faible revenu après impôt (SFR), Capitale-Nationale, 2005	43
TABLEAU 2 : Indicateurs de conditions matérielles, Capitale-Nationale, 2006	44
TABLEAU 3 : Indicateurs liés au logement, Capitale-Nationale, 2006	45

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1 : Espérance de vie à la naissance pour les hommes selon le niveau de la défavorisation matérielle et sociale, Capitale-Nationale, 1994-1998 et 2004-2008	53
GRAPHIQUE 2 : Espérance de vie à la naissance pour les hommes selon le CLSC, Capitale-Nationale, 1994-2008	53
GRAPHIQUE 3 : Espérance de vie à la naissance pour les femmes selon le niveau de la défavorisation matérielle et sociale, Capitale-Nationale, 1994-1998 et 2004-2008	54
GRAPHIQUE 4 : Espérance de vie à la naissance pour les femmes selon le CLSC, Capitale-Nationale, 1994-2008	54
GRAPHIQUE 5 : Mortalité avant 75 ans selon le sexe et selon le niveau de la défavorisation matérielle et sociale, Capitale-Nationale, 2004-2008	55
GRAPHIQUE 6 : Naissances de faible poids ou prématurées selon le niveau de la défavorisation matérielle et sociale, Capitale-Nationale, 2004-2008	55
GRAPHIQUE 7 : Mortalité pour les hommes selon cinq causes et selon le niveau de la défavorisation matérielle et sociale, Capitale-Nationale, 2004-2008	56
GRAPHIQUE 8 : Mortalité pour les femmes selon cinq causes et selon le niveau de la défavorisation matérielle et sociale, Capitale-Nationale, 2004-2008	57
GRAPHIQUE 9 : Santé autodéclarée selon le niveau de la défavorisation matérielle et sociale, Capitale-Nationale, 2008	58

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1-A:	Le gradient social (graphique)	26
FIGURE 1-B:	Le gradient social (illustration)	26
FIGURE 2:	La santé et ses déterminants	27
FIGURE 3:	Les différentes catégories de déterminants de la santé	28
FIGURE 4:	La production des inégalités sociales de santé : un modèle conceptuel synthétique	29
FIGURE 5:	L'exclusion sociale : un modèle conceptuel	31
FIGURE 6:	La production des inégalités sociales de santé : un processus d'exclusion	35
FIGURE 7:	Le budget d'une personne prestataire de l'aide sociale	51
FIGURE 8:	Des normes et des préjugés menant à la stigmatisation et à l'exclusion sociale	86
FIGURE 9:	Des inégalités sociales de santé à l'équité en santé : un modèle conceptuel	95
FIGURE 10:	Trois principes clés pour agir autrement en faveur de l'équité en santé	97
FIGURE 11:	L'universalisme proportionnel au désavantage	102
FIGURE 12:	L'équité en santé : un modèle conceptuel pour l'action	113

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 :	Les mesures de faible revenu	134
ANNEXE 2 :	Méthodologie—Section 3.3	136
ANNEXE 3 :	Outil diagnostique de l'action en partenariat	139
ANNEXE 4 :	Échelle de participation citoyenne	141
ANNEXE 5 :	Outil d'évaluation et de promotion de l'équité (ÉPÉ)	142
ANNEXE 6 :	Outil d'évaluation et de promotion de l'équité en santé (ÉPÉS)	144
ANNEXE 7 :	Carte de la région sociosanitaire de la Capitale-Nationale	146
ANNEXE 8 :	Carte de la répartition de la population des CSSS et des CLSC de la région sociosanitaire de la Capitale-Nationale	147
ANNEXE 9 :	Carte des MRC et municipalités de la région de la Capitale-Nationale	148
ANNEXE 10 :	Carte des territoires et arrondissements de la ville de Québec	149
ANNEXE 11 :	Carte de la région métropolitaine de recensement de Québec	150
ANNEXE 12 :	Carte de défavorisation matérielle et sociale de la région sociosanitaire de la Capitale-Nationale	151
ANNEXE 13 :	Carte de défavorisation matérielle et sociale du CSSS de Portneuf	152
ANNEXE 14 :	Carte de défavorisation matérielle et sociale du CSSS de Québec-Nord	153
ANNEXE 15 :	Carte de défavorisation matérielle et sociale du CLSC de la Jacques-Cartier	154

ANNEXE 16 : Carte de défavorisation matérielle et sociale du CLSC La Source	155
ANNEXE 17 : Carte de défavorisation matérielle et sociale du CLSC Orléans	156
ANNEXE 18 : Carte de défavorisation matérielle et sociale du CSSS de la Vieille-Capitale	157
ANNEXE 19 : Carte de défavorisation matérielle et sociale du CLSC Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	158
ANNEXE 20 : Carte de défavorisation matérielle et sociale du CLSC Haute-Ville – Des-Rivières	159
ANNEXE 21 : Carte de défavorisation matérielle et sociale du CLSC Basse-Ville – Limoilou – Vanier	160
ANNEXE 22 : Carte de défavorisation matérielle et sociale du CSSS de Charlevoix	161

INTRODUCTION

Les inégalités sociales de santé

Le présent rapport du directeur régional de santé publique s'adresse à tous les acteurs de la région de la Capitale-Nationale qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire, dans le réseau de la santé et des services sociaux comme dans les autres secteurs. Il porte sur les inégalités sociales de santé dans la région.

Les inégalités sociales de santé sont désormais reconnues comme un problème de santé publique majeur auquel le réseau de la santé publique doit s'adresser. Ce rapport s'inscrit dans le premier défi du plan d'action régional de santé publique qui vise la réduction des inégalités sociales de santé dans la région de la Capitale-Nationale.

Ce rapport situe le contexte historique duquel il émerge, campe les notions théoriques, illustre les inégalités sociales de santé dans la région à partir de certains indicateurs, montre comment se construisent les inégalités sociales de santé à partir de l'expérience de citoyens et propose des pistes d'intervention.

Le contenu du rapport souligne de façon prioritaire que dans la région de la Capitale-Nationale considérée comme riche, prospère et scolarisée, des inégalités sociales importantes existent et différents processus d'exclusion sociale sont à l'œuvre. Ces inégalités sociales et les processus d'exclusion qui les accompagnent se répercutent dans les conditions de vie de plusieurs groupes de citoyens. Or, l'impact des inégalités sociales et des conditions de vie sur la santé n'est pas anodin. Les inégalités sociales de santé se manifestent sous forme de maladies, d'incapacités précoces et de mort prématurée.

Les inégalités sociales de santé touchent la société dans son ensemble. Elles affectent les jeunes, les adultes, les personnes âgées. Toutefois, elles touchent certains groupes plus que d'autres. En effet, la maladie et la mort prématurée ne frappent pas au hasard. Elles atteignent de manière plus marquée les groupes de citoyens qui se situent au bas de l'échelle sociale, notamment les personnes qui vivent en situation de pauvreté. Elles touchent aussi tout particulièrement les itinérants, les prostitués, les toxicomanes, les immigrants, les réfugiés, les migrants à statut précaire, 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.

Cependant, bien que les inégalités sociales soient présentes, elles ne sont pas pour autant acceptables. Au contraire, elles sont d'autant plus inacceptables qu'elles surviennent dans une région favorisée sur le plan économique et pourvue d'importantes richesses collectives. Elles sont d'autant plus inacceptables que les inégalités sociales ne sont pas le fruit du hasard. Elles sont créées et reproduites par nos sociétés.

Ce rapport nous interpelle tous parce que les inégalités sociales de santé sont le reflet des inégalités sociales qui prévalent dans la région. Or, les inégalités sociales remettent en cause les valeurs les plus fondamentales, celles d'équité, de justice sociale et de solidarité. Les inégalités sociales et les inégalités sociales de santé remettent en question nos orientations, nos priorités, nos choix, nos décisions en tant que citoyen et en tant que société.

Les inégalités sociales et les inégalités sociales de santé sont le reflet actuel de notre société et elles nous interpellent sur ce que nous souhaitons devenir.

Une invitation à agir autrement

Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale, voilà ce à quoi le directeur régional de santé publique convie les divers acteurs, en contribuant, chacun dans leurs domaines, à une société plus juste, plus équitable, plus solidaire et plus socialement responsable.

Agir autrement pour réduire les inégalités sociales de santé, voilà ce que le directeur régional de santé publique a tenté lui aussi de faire par la production de ce rapport en privilégiant une approche :

- **axée sur la collaboration, la participation et le pouvoir d'agir** (empowerment)¹ de l'ensemble des acteurs concernés par les inégalités sociales de santé, notamment des citoyens les plus éprouvés. La production du rapport repose donc sur les principes reconnus et prônés pour réduire les inégalités sociales de santé.
- **orientée sur les expériences, le vécu et les représentations des citoyens** les plus éprouvés par les inégalités sociales de santé, sans privilégier uniquement les données statistiques, épidémiologiques et la parole des experts. Cette approche visait à comprendre comment se vivent les inégalités sociales et comment se construisent les inégalités sociales de santé dans la région.
- **centrée sur le processus de production du rapport.** La production du rapport a été vue comme une opportunité de mener un processus permettant de mettre en lien différents acteurs autour d'une même problématique, de croiser les regards et les perspectives diverses, de susciter une réflexion sur les inégalités sociales de santé dans la région et de percevoir les rôles et les responsabilités de tous et de chacun par rapport au problème complexe que représentent les inégalités sociales de santé.

La structure du rapport

Ce rapport comprend trois parties. La première partie décrit le contexte historique mondial, national et régional ayant conduit à retenir comme prioritaire le thème des inégalités sociales de santé dans la région. Elle présente les objectifs du rapport et la démarche de consultation qui a été menée. Ensuite, elle précise les notions théoriques liées aux inégalités sociales de santé et propose un modèle conceptuel des inégalités sociales de santé inspiré des travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

La deuxième partie centre son attention sur les inégalités sociales de santé dans la région de la Capitale-Nationale. Elle présente un portrait statistique des inégalités sociales et des inégalités des conditions de vie matérielles et sociales dans la région à partir de données disponibles. Puis, elle illustre les inégalités sociales de santé dans la région à partir de certains indicateurs. Ensuite, elle présente les données recueillies lors des groupes de discussion réalisés auprès de groupes de citoyens particulièrement touchés par les inégalités sociales de santé. Ces données permettent de comprendre comment se construisent et comment se vivent les inégalités sociales dans la région par les personnes les plus touchées. Elles permettent aussi de comprendre les impacts des inégalités sociales sur les conditions de vie des gens et finalement sur leur santé. Cette partie se termine par une analyse synthèse de l'ensemble des données présentées.

La troisième partie porte sur les interventions. Elle insiste sur le fait qu'il est possible d'agir sur le plan régional et local pour réduire les inégalités sociales de santé. Elle propose que les actions qui visent l'équité en santé reposent sur trois principes clés que sont la concertation, la participation et le pouvoir d'agir et qu'elles s'alignent autour de quatre orientations stratégiques. Enfin, le directeur régional de santé publique propose certaines recommandations aux différents secteurs de la société et à l'ensemble des acteurs qui mène des actions de santé publique dans la région, et il présente ses propres engagements.

1. Pour le reste du document, l'expression francophone *pouvoir d'agir* fera référence au terme anglophone *empowerment*.



PARTIE 1

UNE MISE EN CONTEXTE HISTORIQUE ET THÉORIQUE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ



SECTION 1

UN RAPPORT RÉGIONAL SUR LES INÉGALITÉS
SOCIALES DE SANTÉ : LE CONTEXTE,
LES OBJECTIFS ET LA DÉMARCHE



SECTION 1

UN RAPPORT RÉGIONAL SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : LE CONTEXTE, LES OBJECTIFS ET LA DÉMARCHE

1.1 LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET L'ÉQUITÉ EN SANTÉ : UNE PRÉOCCUPATION MONDIALE, NATIONALE ET RÉGIONALE

À l'échelle mondiale, l'influence des facteurs sociaux, économiques et environnementaux sur la santé des collectivités est reconnue depuis longtemps. Toutefois, les années qui ont suivi la naissance de la bactériologie ont suscité des pratiques de plus en plus médicalisées, individualisées et axées sur les soins curatifs.

Les pratiques d'organisation communautaire qui émergent dans les années 1960 au Québec et qui sont de plus en plus présentes ailleurs dans le monde font resurgir l'importance de tenir compte des déterminants sociaux. En 1974, la publication du Rapport Lalonde favorise une prise de conscience par rapport à l'existence de déterminants de la santé autres que celui lié au système de soins et de santé (Lalonde, 1974). En effet, on y propose quatre groupes de déterminants qui influencent la santé des populations : la biologie humaine, l'environnement physique et social, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. L'idée que la santé ne se résume pas à l'accès au système de santé et aux soins curatifs chemine. La perspective holistique de la santé prend de l'essor pour atteindre son point culminant en 1986 avec la ratification de la Charte d'Ottawa lors de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé (OMS *et al.*, 1986). La Charte précise que la promotion de la santé vise à réduire les écarts actuels dans l'état de santé (OMS *et al.*, 1986). Elle vise l'équité en santé. Pour y parvenir, plusieurs stratégies sont proposées : l'acquisition d'aptitudes individuelles, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'élaboration de politiques pour la santé et la réorientation des services de santé.

Cette charte représente le premier et jusqu'à maintenant le seul document ayant le statut d'une déclaration internationale qui vise

la réduction des inégalités sociales de santé (Ridde *et al.*, 2007 ; Guichard et Potvin, 2010).

Par ailleurs, en 1978, la *Conférence internationale de la Déclaration d'Alma-Ata* soulève le problème des inégalités de santé entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci qu'elle qualifie d'inacceptables (OMS, 1978). Lors de cette conférence, on y propose les soins de santé primaires pour améliorer la santé des peuples à travers le monde. Depuis une dizaine d'années, plusieurs pays comme l'Angleterre, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède et la Finlande ont adopté des politiques gouvernementales destinées à promouvoir la santé de la population et à réduire les disparités en santé (Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2008a). En 2005, l'OMS crée la Commission des déterminants sociaux de la santé chargée d'identifier les interventions et les politiques à instaurer pour réduire les inégalités de santé à l'échelle mondiale.

Dans son rapport final déposé en 2008, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS conclut que « l'injustice sociale tue à grande échelle » et invite à instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé (Commission on Social Determinants of Health [CSDH], 2008).

Au Canada, le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé (2004) propose en 2004 d'inscrire la réduction des disparités en santé comme une priorité dans le secteur de la santé et de l'intégrer aux programmes et services de santé afin de mettre l'accent sur les besoins des personnes, des populations et des collectivités désavantagées.



L'année suivante, la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains est adoptée. La Stratégie poursuit un double objectif : l'amélioration de la santé des Canadiens et la réduction des inégalités de santé (Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains *et al.*, 2005). Cette stratégie met l'accent sur les milieux de vie et de travail qui affectent la santé et sur les circonstances qui permettent aux gens de faire des choix sains.

En 2005, le Canada s'inscrit parmi les douze pays partenaires de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS s'engageant ainsi à suivre les recommandations formulées par la Commission.

En 2006, le Conseil canadien de la santé (2006) souligne qu'il faut agir avec dynamisme et concertation pour combattre les inégalités de santé en se fixant des objectifs clairs et en mesurant les progrès.

Dans un effort pour renouveler et renforcer la santé publique au Canada, le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est créé en 2006 (Canadian Institute for Health Information, 2007). Ce centre s'intéresse aux facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé des Canadiens.

Dans son premier rapport annuel portant sur les inégalités de santé, l'administrateur en chef de la santé publique du Canada montre l'ampleur de ce problème dans le pays et souligne l'importance de s'y attaquer sur le plan national, provincial et local (Agence de la santé du Canada, 2008).

En 2008, le Sous-comité sénatorial sur la santé de la population indique que seulement le tiers des Canadiens est conscient de l'existence d'un lien entre la santé et les déterminants qui ne sont pas médicaux comme le revenu, le logement ou le degré d'instruction, même si ce sont les conditions socioéconomiques qui influencent le plus la santé (Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2008b).



Après avoir analysé les politiques qui visent à améliorer la santé de la population et à réduire les inégalités de santé dans cinq pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, le Sous-comité sénatorial sur la santé de la population signale que le Canada accuse un sérieux retard par rapport à d'autres pays et qu'il est inacceptable qu'une nation aussi riche puisse tolérer de telles disparités en santé (Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2008a).

Au Québec, la Loi sur les services de santé et les services sociaux adoptée en 1991 inscrit parmi ses sept objectifs celui d'atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions (Gouvernement du Québec, 1991).

Parue l'année suivante, *La politique de la santé et du bien-être* émet le constat que si la santé des Québécois s'est grandement améliorée, des écarts de santé persistent entre les hommes et les femmes, entre les groupes socioéconomiques et entre les territoires (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992). Cette politique propose six stratégies d'intervention qui visent globalement les déterminants de la santé suivants :

- favoriser le renforcement du potentiel des personnes ;
- soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires ;
- améliorer les conditions de vie ;
- agir pour et avec les groupes vulnérables ;
- harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être ;
- orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses.

PARTIE 1 / SECTION 1

Adoptée en 2001, la Loi sur la santé publique indique que le ministre doit cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population et celles qui peuvent contrer les effets des facteurs de risque touchant notamment les groupes les plus vulnérables de la population (Gouvernement du Québec, 2001). Par ailleurs, cette loi oblige les pouvoirs publics de tous les secteurs à prendre en compte la santé de leur population dans l'élaboration de mesures prévues par les lois et les règlements.

Appuyée par une mobilisation populaire et portée par le Collectif pour un Québec sans pauvreté², la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale en 2002 institue une stratégie nationale confiée au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (Gouvernement du Québec, 2002). La Loi vise à diminuer la pauvreté de la population québécoise d'ici 2013. Cette loi s'articule autour de trois buts :

1. améliorer la situation économique et sociale des personnes qui vivent dans la pauvreté et qui sont exclues socialement ;
2. réduire les inégalités qui affectent plus particulièrement les personnes en situation de pauvreté ;
3. intervenir de manière globale en développant un sentiment de solidarité sociale.

Faisant suite au premier *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* (Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 2004), le *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015* (Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 2010) s'articule autour de quatre orientations :

1. revoir nos façons de faire et rapprocher les décisions des milieux locaux et régionaux ;
2. valoriser le travail et favoriser l'autonomie des personnes ;
3. soutenir le revenu des personnes défavorisées ;
4. améliorer les conditions de vie des personnes et des familles à faible revenu.

Principale mesure prévue par la Loi sur la santé publique, le *Programme national de santé publique 2003-2012* présente les activités nécessaires à l'amélioration de l'état de santé de la population et à la réduction des inégalités de santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003).

On signale l'existence d'inégalités sociales dans la distribution des facteurs de risque et des problèmes de santé. Parmi les stratégies retenues, on retrouve celles :

- de renforcer le potentiel des personnes ;
- de soutenir le développement des communautés ;
- de participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être ;
- de soutenir les groupes vulnérables ;
- d'encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces.

Paru en 2007, le troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec intitulé *Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans* attire l'attention sur le rôle des grands déterminants de la santé, notamment sur les inégalités socioéconomiques qui entraînent chez les jeunes des écarts marqués sur le plan de la santé et du développement selon qu'ils appartiennent à des familles plus ou moins favorisées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007).

Dans son *Plan stratégique 2008-2011*, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2008) souligne que l'influence des inégalités sociales et des différentes formes de pauvreté perdure et même s'accroît, constituant ainsi un défi important à relever.

Le *Plan stratégique 2010-2015* du ministère de la Santé et des Services sociaux retient, parmi six enjeux prioritaires, celui d'agir en amont des problèmes et de réduire les inégalités de santé et de bien-être (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010).

Dans la région de la Capitale-Nationale, le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007* positionne la pauvreté, le développement social et des communautés comme un domaine d'intervention spécifique, dont la finalité est la réduction des inégalités de santé et de bien-être (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 2004). Par ailleurs, le *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008* souligne la persistance des inégalités de santé selon le revenu dans la région (Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, 2008).

2. À la fois mouvement et espace citoyen, le Collectif pour un Québec sans pauvreté rassemble, depuis sa formation en 1998, une pluralité d'acteurs sociaux pour avancer vers un Québec sans pauvreté. En 2000, 215 307 personnes et plus de 1 600 organisations ont appuyé la proposition initiale du Collectif pour faire adopter une loi sur l'élimination de la pauvreté. Ces appuis ont permis d'obtenir la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Ensuite, le *Plan d'action régional de santé publique 2009-2015 de la Capitale-Nationale* positionne la réduction des inégalités sociales de santé comme le premier défi à relever pour la région (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2009). Il précise l'importance d'informer, de sensibiliser et de conscientiser tous les acteurs de la société aux inégalités sociales de santé et à l'importance d'intervenir pour les réduire. De plus, la *Planification stratégique en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale 2010-2015* engage le réseau de la santé et des services sociaux à contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé dans la région (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2010).

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur la santé publique, le Programme national de santé publique 2003-2012, la Planification stratégique en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale 2010-2015 et le Plan d'action régional de santé publique 2009-2015 de la Capitale-Nationale indiquent clairement que le réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale doit agir pour réduire les inégalités sociales de santé.



En somme, l'importance et l'urgence de tenir compte et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé afin de réduire les inégalités sociales de santé sont clairement énoncées à l'échelle mondiale, nationale, provinciale et régionale.

1.2 LES OBJECTIFS DU RAPPORT

Ce rapport s'inscrit dans le premier défi du *Plan d'action régional de santé publique 2009-2015 de la Capitale-Nationale* qui vise à réduire les inégalités sociales de santé (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2009).

L'objectif principal est de sensibiliser les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires, les acteurs intersectoriels et les citoyens de la région de la Capitale-Nationale sur les inégalités sociales de santé présentes dans la région en vue de soutenir une mobilisation qui vise à les réduire.

Plus spécifiquement, le rapport vise à :

- 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.



PARTIE 1 / SECTION 1

1.3 LA DÉMARCHE DE CONSULTATION

Pour répondre aux objectifs du rapport qui sont de recueillir des données qui reflètent la réalité vécue dans la région de la Capitale-Nationale, de proposer des interventions qui tiennent compte du contexte local et de susciter une mobilisation locale et régionale de différents acteurs, un vaste processus de consultation a été mené et a pris différentes formes :

1. La formation de comités-conseils

Un comité scientifique composé de personnes spécialistes du sujet des inégalités sociales de santé ou des approches communautaires qui visent les déterminants sociaux de la santé dans la région de la Capitale-Nationale et un comité composé de membres de chacune des équipes de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale ont été constitués. Leur rôle a été d'alimenter la réflexion sur la forme, le contenu et les orientations du rapport ainsi que d'échanger sur les informations recueillies au cours des diverses étapes menées. Le comité scientifique a également participé à l'élaboration des guides d'entretien utilisés pour les consultations.

2. La consultation d'acteurs du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, d'organismes communautaires et de regroupements régionaux qui interviennent auprès de clientèles susceptibles d'être particulièrement touchées par les inégalités sociales de santé

Des entrevues individuelles et de groupes ont été réalisées auprès de membres des équipes de la Direction régionale de santé publique et de la Direction régionale des programmes clientèles de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, de professionnels de la santé et des services sociaux de première ligne des quatre centres de santé et de services sociaux de la région ainsi que les Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale et, finalement, de représentants d'organismes communautaires ou de regroupements d'organismes communautaires qui interviennent auprès de personnes susceptibles d'être particulièrement touchées par les inégalités sociales de santé.

Ces entrevues ont permis de mieux connaître les perceptions et les contributions particulières de ces acteurs par rapport à la réduction des inégalités sociales de santé dans la région de la Capitale-Nationale et de recueillir leurs suggestions quant aux actions à mener pour y parvenir.

Plus précisément, nous avons réalisé :

- Des entrevues individuelles auprès de responsables de Centraide Québec et Chaudière-Appalaches, Québec en Forme, Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale, Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03, Regroupement des organismes communautaires de la région 03, Regroupement des organismes familles, Alliance des Groupes d'intervention pour le Rétablissement en Santé Mentale Québec et du Groupe régional d'intervention sociale de Québec.
- Des groupes de discussion auprès de la Table de concertation en itinérance (un groupe) et du Comité régional intersectoriel en sécurité alimentaire (un groupe).
- Des groupes de discussion auprès de professionnels de la santé et des services sociaux des quatre centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région de la Capitale-Nationale ainsi que le secteur anglophone (deux groupes), auprès de gestionnaires des quatre CSSS (un groupe) et auprès d'organismes communautaires des quatre CSSS (un groupe).
- Des entrevues individuelles auprès des membres du comité des collaborateurs internes au sein de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale et qui travaillent au sein des différentes équipes, soit Surveillance, Évaluation et systèmes de soins et de services, Planification, Santé et environnement, Santé au travail, Maladies infectieuses, Adaptation familiale et sociale 0-5 ans, Adaptation familiale et sociale 6-25 ans, Habitudes de vie/ Maladies chroniques, Pauvreté/Développement social et des communautés, Sécurité dans les milieux de vie/ Vieillesse en santé.
- Des entrevues individuelles auprès des responsables des volets services de santé des personnes vivant avec un problème de santé mentale, intégration sociale des personnes vivant avec un problème de santé mentale, accessibilité des services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles et clientèle itinérante au sein de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ont aussi été réalisées.

3. La consultation de groupes de citoyens dans la région de la Capitale-Nationale particulièrement touchés par les inégalités sociales de santé

Des groupes de discussion ont été menés auprès de citoyens particulièrement susceptibles d'être touchés par les inégalités sociales de santé selon la littérature. Ces groupes correspondent également aux groupes de personnes les moins bien desservis par le système de santé au Canada (Santé Canada, 2001). Des groupes de discussion ont été réalisés auprès :

- de personnes en situation de pauvreté au centre-ville de Québec, à Charlevoix et à Portneuf (trois groupes) ;
- de personnes itinérantes, prostituées et toxicomanes (un groupe) ;
- d'immigrants récents (un groupe) ;
- de réfugiés (un groupe) ;
- d'Autochtones vivant hors réserve dans la région de la Capitale-Nationale (un groupe) ;
- de personnes ayant une limitation fonctionnelle physique (un groupe) ;
- de personnes ayant une limitation fonctionnelle intellectuelle (un groupe) ;
- de personnes ayant un problème de santé mentale (un groupe) ;
- de personnes faisant partie de la diversité sexuelle à Charlevoix (un groupe).

Ces groupes de discussion ont permis de mieux comprendre comment se vivent les inégalités sociales et ses effets sur les conditions de vie et la santé.

La collaboration et la participation de différents CSSS (Charlevoix et Portneuf) et de groupes communautaires (Point de Repères, Projet Intervention Prostitution Québec, la Maison de Lauberivière, l'Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec, l'Alliance des Groupes d'intervention pour le Rétablissement en Santé Mentale Québec, le Groupe régional d'intervention sociale de Québec, le Mouvement Personne d'Abord du Québec Métropolitain, le Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03, le Centre multiethnique de Québec, le Centre d'amitié autochtone de Québec) de la région ont permis d'organiser les groupes de discussion et d'adapter la grille d'entretien à chacun des groupes.

4. Un forum régional auprès de l'ensemble des acteurs consultés au cours de la démarche

Un forum régional portant sur les inégalités sociales de santé a eu lieu le 6 octobre 2011. Ce forum a permis de réunir une centaine de personnes dont plusieurs avaient participé au processus de consultation (CSSS, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, organismes communautaires, ministère de la Sécurité publique, ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, Service Canada, Emploi-Québec, Conférence régionale des élus de la Capitale-Nationale, comités locaux de l'Approche territoriale intégrée de la Capitale-Nationale, citoyens appartenant à des groupes sociaux vivant de l'exclusion sociale et ayant participé aux groupes de discussion). Cette rencontre fut l'occasion pour l'ensemble des participants d'échanger sur leur compréhension des inégalités sociales de santé et leurs causes ainsi que de proposer des pistes d'intervention en vue d'instaurer l'équité en santé dans la région.

5. La consultation de partenaires intersectoriels

À la suite du forum régional sur les inégalités sociales de santé, différents partenaires intersectoriels ont été rencontrés en entrevue individuelle, soit 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.

Ces rencontres ont permis de recueillir les commentaires de ces différents partenaires sur le forum régional, de savoir s'ils s'étaient sentis interpellés, de voir si l'équité est une préoccupation dans leur secteur et comment elle se traduit concrètement et, enfin, d'échanger sur d'éventuelles actions qui favoriseraient l'équité dans leur secteur d'activité.



SECTION 2

LES INÉGALITÉS SOCIALES
DE SANTÉ ET LEURS CAUSES:
VERS UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION



SECTION 2

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET LEURS CAUSES: VERS UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION

2.1 LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

On observe des différences dans l'état de santé d'individus ou de groupes au sein de toutes les populations. Plusieurs des différences observées résultent de causes qui ne peuvent pas raisonnablement être qualifiées comme injustes et évitables (Kawachi *et al.*, 2002; Braveman et Gruskin, 2003; Bégin, 2007). C'est le cas par exemple du bagage génétique de chacun ou du processus naturel du vieillissement. On parle alors d'inégalités de santé.

Les inégalités sociales de santé vont au-delà des inégalités de santé. Elles font référence aux écarts systématiques d'état de santé entre les groupes sociaux, écarts jugés injustes et évitables par des mesures judicieuses (Kawachi *et al.*, 2002; CSDH, 2008). Elles sont observées entre des groupes sociaux selon la position qu'ils occupent dans la hiérarchie sociale.

Les inégalités sociales de santé présentent les caractéristiques suivantes :

- **Systématiques** parce que 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.
- **Injustes**, car elles sont associées à des structures sociales qui soumettent systématiquement les groupes déjà désavantagés, étant donné qu'ils sont situés au bas de l'échelle sociale, à un risque plus élevé de moins bonne santé (Kawachi *et al.*, 2002; Braveman et Gruskin, 2003; CSDH, 2005).
- **Évitables** par des mesures judicieuses (CSDH, 2008).

Les inégalités sociales de santé ne concernent pas uniquement les personnes désavantagées ou situées au bas de l'échelle sociale. Au contraire, elles sont présentes à travers la société à chaque niveau de la hiérarchie sociale (Marmot et Wilkinson, 1999; Kawachi *et al.*, 2002; Marmot, 2005; Marmot et Wilkinson, 2006). En effet, la santé suit un gradient social (figures 1-A et 1-B). Chaque fois qu'un individu descend d'un échelon sur l'échelle sociale, son risque de maladie et de mort prématurée augmente (Gillis et Mertens, 2008).

FIGURE 1-A
LE GRADIENT SOCIAL (GRAPHIQUE)

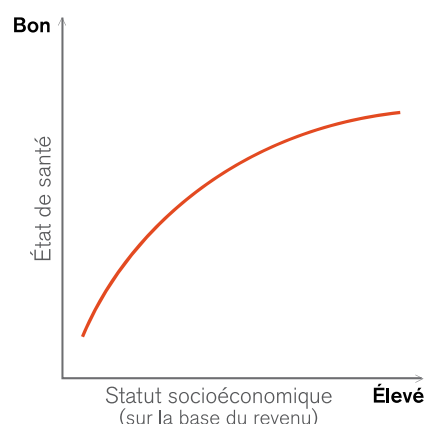
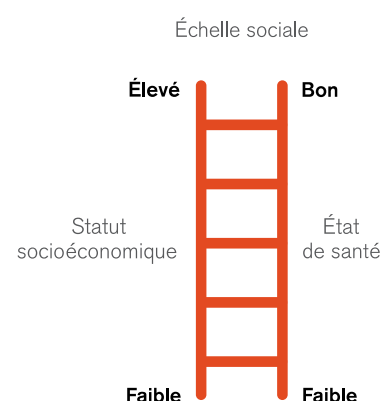


FIGURE 1-B
LE GRADIENT SOCIAL (ILLUSTRATION)



Les inégalités sociales de santé sont :

- des écarts de santé observés entre des groupes sociaux, selon leur position sociale ;
- des inégalités de santé jugées injustes et évitables ;
- des inégalités qui sont présentes à travers l'ensemble de la société et qui ne touchent pas uniquement les populations les plus pauvres ;
- des inégalités qui suivent un gradient social.



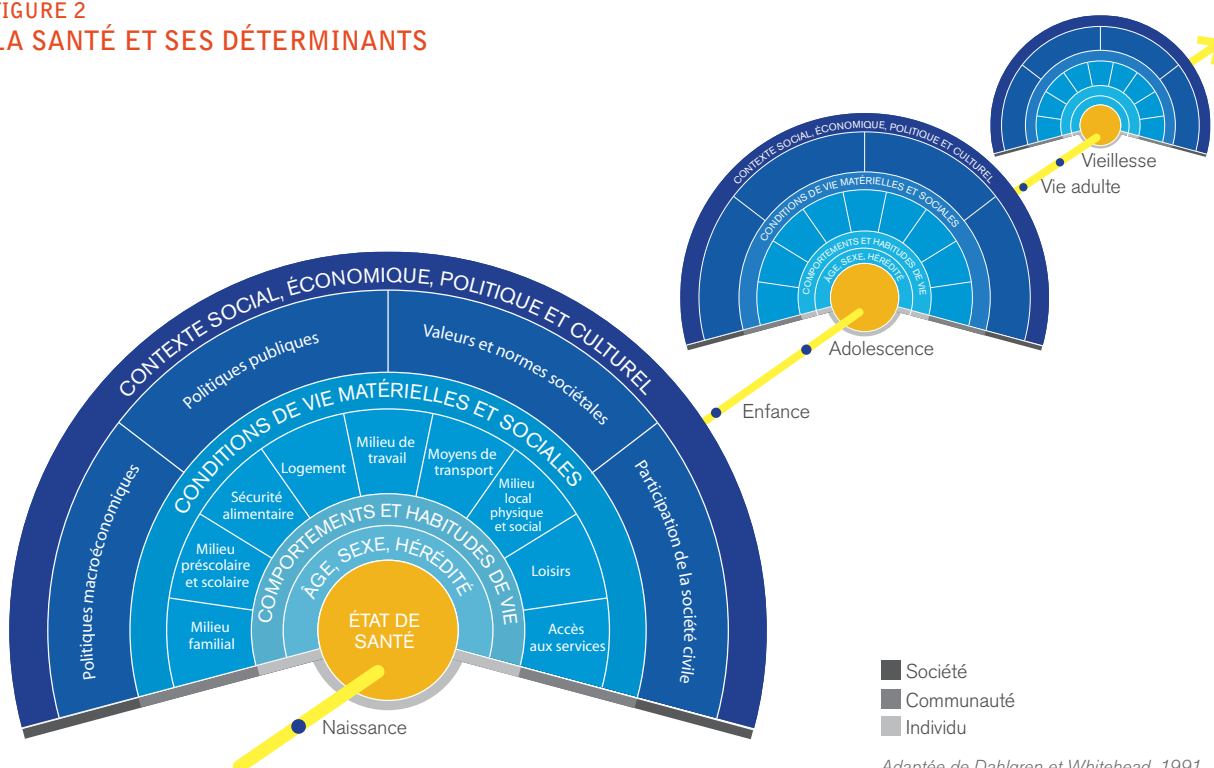
2.2 LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

La santé des individus est déterminée par de multiples facteurs. La figure 2 adaptée de Dahlgren et Whitehead (1991) illustre bien la pluralité de ces déterminants. Au centre, on retrouve l'état de santé des personnes qui est influencé par plusieurs facteurs. On trouve d'abord l'âge, le sexe et les facteurs héréditaires.

On note ensuite les comportements et les habitudes de vie des individus qui ont des effets plus ou moins néfastes sur la santé. Puis, on retrouve les conditions de vie matérielles et sociales des individus comme l'éducation, les conditions de logement, le milieu familial, le milieu de travail, l'environnement physique et social du milieu local, l'accès aux services essentiels, etc. Enfin, au-dessus de ces niveaux, on trouve le contexte social, économique, politique et culturel présent dans l'ensemble de la société sur le plan local, régional, national et mondial.

Cette figure montre que les différentes catégories de déterminants superposés ont une influence sur les autres. Les comportements et les habitudes de vie des individus sont influencés par les conditions de vie dans lesquelles ils vivent, elles-mêmes influencées par le contexte global. Cette figure montre aussi que la santé est le résultat des influences multiples des différents déterminants dès le plus jeune âge et tout au long de la vie.

FIGURE 2
LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS



Adaptée de Dahlgren et Whitehead, 1991.

PARTIE 1 / SECTION 2

2.3 LES DÉTERMINANTS DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Si les déterminants de la santé des individus sont multiples, les déterminants des inégalités sociales de santé se situent davantage au niveau de l'ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé, c'est-à-dire davantage au niveau des déterminants sociaux de la santé plutôt qu'au niveau des déterminants héréditaires, biologiques ou comportementaux (figure 3).

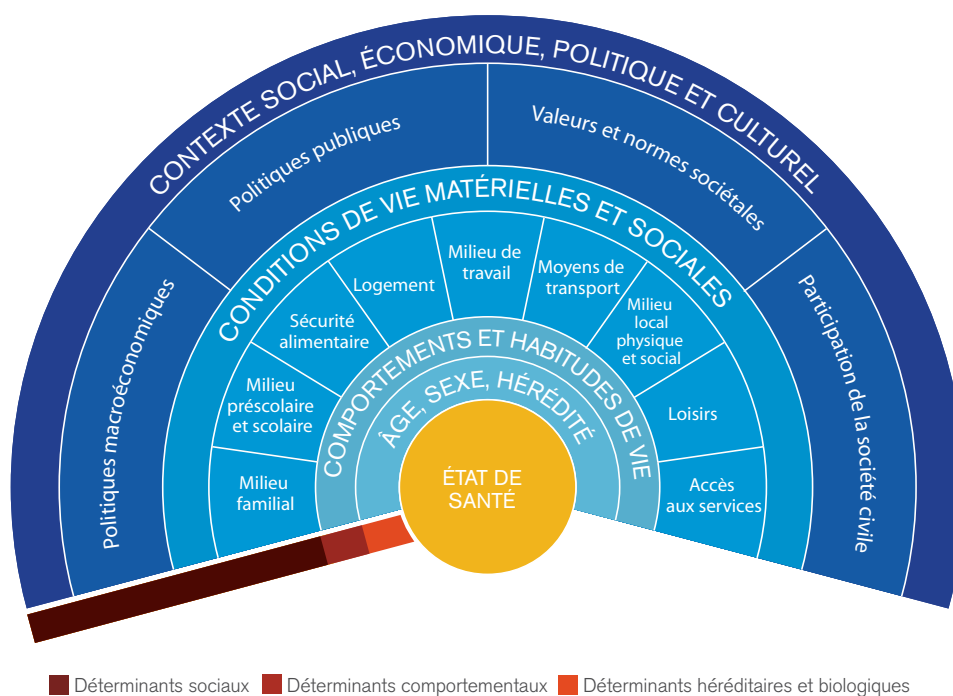
En effet, les inégalités sociales de santé ne s'expliquent pas par des différences d'ordre héréditaire ou biologique (Aiach et Fassin, 2004 ; CSDH, 2008). L'hérédité explique peu les écarts de santé observés entre différents groupes sociaux, même si elle joue un rôle important sur le plan individuel (Wilkinson, 1996 ; Marmot et Wilkinson, 1999).

Les inégalités sociales de santé ne peuvent pas être perçues comme le résultat de différences comportementales entre les personnes ou les groupes sociaux (Wilkinson, 1996 ; Aiach et Fassin, 2004 ; CSDH, 2008). S'il est vrai que les comportements néfastes à la santé sont plus largement observés chez les groupes les plus défavorisés, ils n'expliquent

que partiellement les écarts de santé observés entre les groupes sociaux (Wilkinson, 1996). Par ailleurs, la distribution inégale des comportements à risque au sein d'une population est fortement tributaire de l'environnement social dans lequel vivent les individus. En effet, les bonnes ou les mauvaises habitudes de vie sont largement déterminées par le contexte social (Rose, 1992 ; Link et Phelan, 1995 ; Renaud, 1996 ; Farmer, 1998 ; Frohlich et Potvin, 1999 ; Castro et Farmer, 2003 ; Barbier, 2008 ; Bihr et Pfefferkorn, 2008).

Par ailleurs, les inégalités sociales de santé ne résultent pas principalement de problèmes d'accessibilité au système de santé ou d'organisation du système de soins (Marmot et Wilkinson, 1999). Même si l'accès universel aux soins de santé joue un rôle pour réduire les écarts de santé, le système de soins ne cause pas les maladies. Il tente de les traiter.

FIGURE 3
LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ



Rechercher les causes des inégalités sociales de santé exige de se pencher sur les causes fondamentales qui se trouvent au niveau des déterminants sociaux de la santé.

Essentiellement, les inégalités sociales de santé résultent des inégalités sociales (figure 4). Elles sont le reflet des inégalités sociales présentes dans une société (Marmot et Wilkinson, 1999 ; Fassin *et al.*, 2000 ; De Koninck et Fassin, 2004) qui pénètrent les corps et les marquent en s'exprimant à travers la maladie et la mort précoce (Fassin *et al.*, 2000).

Les inégalités sociales positionnent les individus de manière inégale dans la structure sociale. La position des individus définit leur statut socioéconomique. Le statut socioéconomique d'un individu détermine sa capacité à accéder à l'argent et à diverses ressources (CSDH, 2008). Le statut socioéconomique d'un individu influencera grandement ses conditions de vie, qui, elles-mêmes, vont avoir une influence majeure sur sa santé. En retour, l'état de santé peut influencer la situation sociale des individus.

Les inégalités sociales de santé trouvent principalement leur origine dans un ensemble de conditions socialement produites qui influencent la santé, que l'on nomme les déterminants sociaux de la santé.

Les inégalités sociales de santé résultent principalement des inégalités sociales et des inégalités qui en découlent dans les conditions de vie des individus.



FIGURE 4
LA PRODUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ :
UN MODÈLE CONCEPTUEL SYNTHÉTIQUE



PARTIE 1 / SECTION 2

À titre d'exemple, voici une liste non exhaustive de déterminants sociaux de la santé :

Contexte social, économique, politique et culturel	Conditions de vie matérielles	Conditions de vie sociales
• Les politiques macroéconomiques fiscales, monétaires, commerciales • Les politiques publiques en matière d'éducation, d'emploi, de santé, de logement, de protections sociales, d'immigration • Les valeurs et les normes sociétales • La participation de la société civile	• Le revenu • L'éducation reçue • Le type d'emploi et les conditions de travail • La sécurité alimentaire • Les conditions de logement • L'environnement bâti • Les réseaux de communication • L'accès et la qualité des services (transport public, soins de santé, services sociaux, réseaux d'alimentation, loisirs, services de garde, etc.)	• La cohésion sociale • Le soutien social • La participation sociale • La valorisation de la diversité culturelle • La sécurité du quartier

2.3.1 LES INÉGALITÉS SOCIALES

Les inégalités sociales sont les inégalités que l'on observe entre les groupes sociaux qui occupent différentes positions sociales. Toutes les sociétés sont stratifiées en fonction de différents critères (Potvin *et al.*, 2010). La position sociale ou le statut socioéconomique des individus sont souvent déterminés sur la base de leur revenu, de leur emploi et de leur scolarité. D'autres critères peuvent aussi influencer la position sociale des individus et leur statut socioéconomique, comme le sexe, l'origine ethnique, la présence d'une limitation fonctionnelle, l'orientation sexuelle. En somme, la position sociale d'un individu est liée à son appartenance à un ou à différents groupes sociaux définis selon différents critères comme le revenu, la scolarité, le sexe, l'origine ethnique, la présence d'une limitation fonctionnelle, etc. (Potvin *et al.*, 2010).

Les personnes sans emploi, celles qui ont un faible revenu et celles qui ont un faible niveau de scolarité ont un statut socioéconomique considéré comme inférieur aux personnes qui occupent un emploi, qui ont un revenu important ou qui ont un niveau de scolarité élevé.



Les inégalités sociales résultent de normes, de pratiques et de politiques sociales et économiques locales, régionales, nationales et mondiales qui influencent profondément l'organisation sociale d'une société à l'origine de la hiérarchie sociale des individus et des groupes sociaux et qui entraînent, tolèrent, voire favorisent les inégalités d'accès au pouvoir, aux richesses et aux ressources (CSDH, 2008).

Les inégalités sociales ne sont pas le fait de circonstances naturelles, la conséquence d'infortunes ou celle de l'incapacité des individus à résoudre leurs problèmes. Les inégalités sociales sont créées et reproduites par nos sociétés.



L'exclusion sociale

Selon leur statut socioéconomique, les différents groupes sociaux n'auront pas la même capacité d'accéder au pouvoir et aux ressources. Ceci s'explique par différents processus d'exclusion présents dans les sociétés et qui s'exercent principalement sur les groupes moins privilégiés dont le statut socioéconomique est inférieur (Popay *et al.*, 2008).

L'exclusion est un processus produit par des relations de pouvoir inégal exercé par des groupes privilégiés à l'endroit d'autres membres de la société (Pelchat et Clément, 2009). L'exclusion peut survenir à différents niveaux (mondial, national, régional, local, interpersonnel) et dans différents milieux comme la famille, le milieu scolaire, le milieu de travail, le quartier (Popay *et al.*, 2008).



Les rapports inégalitaires opèrent dans une ou plusieurs des quatre dimensions suivantes, soit (Popay *et al.*, 2008)(figure 5):

- **La dimension politique** : les individus et les groupes au sein d'une société ont plus ou moins la possibilité de participer à la vie publique, d'exprimer leurs besoins et leurs intérêts et de les voir pris en compte.
- **La dimension économique** : les individus et les groupes au sein d'une société ont plus ou moins accès aux diverses ressources économiques nécessaires pour vivre, comme un revenu, un emploi, un logement.
- **La dimension sociale** : les individus et les groupes au sein d'une société ont plus ou moins l'opportunité de bénéficier de relations de soutien et de solidarité.
- **La dimension culturelle** : les individus et les groupes au sein d'une société ont plus ou moins la possibilité de vivre selon des valeurs ou des normes différentes de celles qui prévalent dans la société où ils vivent.

L'exclusion n'est pas un état. Ce n'est pas une caractéristique que possèdent certains individus ou groupes sociaux désavantagés. Ce n'est pas non plus la conséquence de désavantages cumulés, d'échecs d'intégration sociale ou d'une vie marquée par des mésaventures (Pelchat et Clément, 2009).

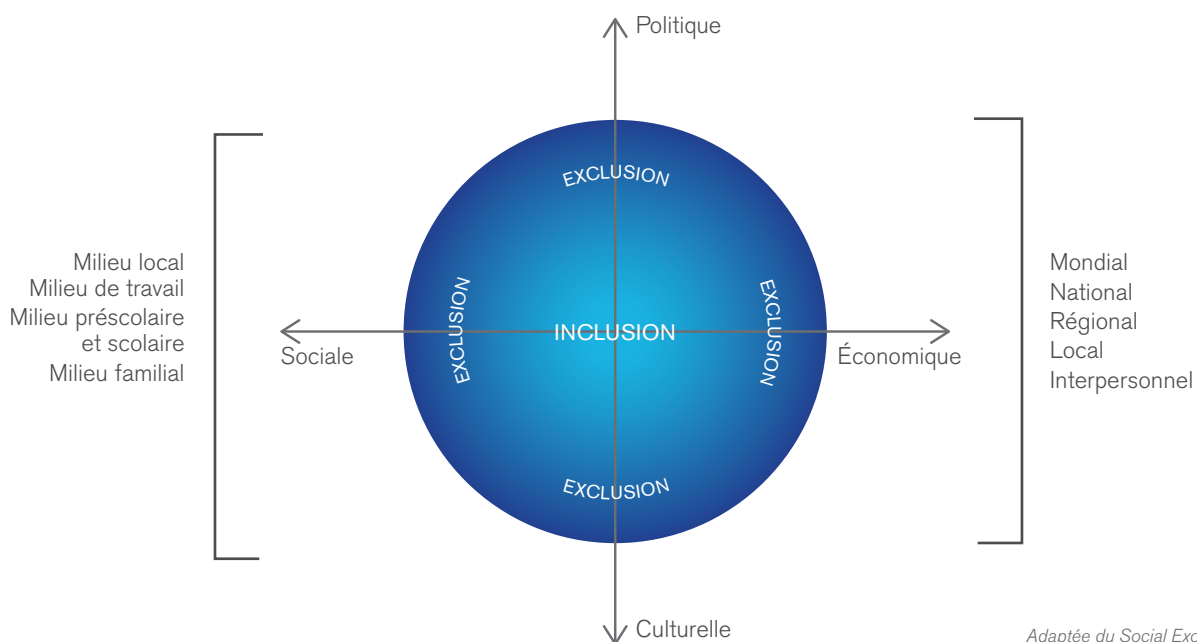
L'exclusion n'est pas une caractéristique que possèdent certains individus ou groupes sociaux désavantagés.

L'invisibilité des rapports inégalitaires ou hiérarchiques ne doit pas faire ignorer les rapports inégalitaires susceptibles d'être présents dans différents milieux sociaux. Il n'y a pas d'exclusion sans norme, sans pratique, sans des individus ou des groupes qui excluent ou qui contribuent à mettre à l'écart certains individus ou groupes sociaux.

L'exclusion sociale met en scène des individus et des rapports de force inégaux entre des groupes privilégiés et moins privilégiés qui entraînent un accès inégal au pouvoir et aux diverses ressources et, conséquemment, de moins bonnes conditions de vie et une moins bonne santé pour les groupes moins privilégiés.



FIGURE 5
L'EXCLUSION SOCIALE : UN MODÈLE CONCEPTUEL



Adaptée du Social Exclusion Knowledge Network, 2008.

PARTIE 1 / SECTION 2

2.3.2 LES INÉGALITÉS DES CONDITIONS DE VIE DES INDIVIDUS

Les inégalités sociales conduisent à des disparités au regard des conditions de vie des individus, c'est-à-dire à des différences au niveau des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (CSDH, 2008). Les conditions de vie des individus regroupent plusieurs éléments :

- **Le milieu familial** a une influence majeure sur la santé. Les ressources à la fois matérielles et sociales que procure le milieu familial ont des impacts très importants sur la santé des individus. Si cette influence est importante à tout âge, il est reconnu que le développement physique, social, affectif et cognitif du jeune enfant a des effets sur la santé tout au cours de l'existence (Wilkinson et Marmot, 2004; Paquet, 2005; Mikkonen et Raphael, 2010). La petite enfance et l'enfance constituent des périodes cruciales dans la construction des inégalités sociales de santé (Paquet, 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007).
- **Les milieux préscolaires et scolaires et leurs programmes d'éducation** contribuent au développement global de l'enfant et jouent un rôle capital dans le développement de ses capacités et sur sa santé (Hamel, 1992; Zigler, 1994; Gomby *et al.*, 1995; Zigler et Styfco, 2001).

- **La sécurité alimentaire** constitue un droit fondamental. Se nourrir est un besoin de base essentiel. Tous les citoyens doivent pouvoir se procurer en tout temps des aliments sains, nutritifs et abordables en quantité suffisante. La disponibilité et le coût des aliments sains et nourrissants sont des facteurs déterminants pour favoriser l'équité en santé (OMS, 2004).
- **Le logement** peut avoir des répercussions très importantes sur la santé physique et psychologique des individus (Dunn, 2002; Moloughney, 2004; Shaw, 2004; Dunn *et al.*, 2006; CSDH 2007; De Koninck *et al.*, 2009; Mikkonen et Raphael, 2010). La maison et le ménage représentent deux dimensions liées à l'habitation susceptibles d'agir sur la santé :
 - > La maison (ou le logement) renvoie aux aspects matériels de l'habitation, dont sa conception et ses dimensions. Elle fait référence aussi au potentiel d'exposition néfaste à des facteurs biologiques, chimiques et physiques qui peuvent affecter la santé. Cette dimension comprend également le coût de l'habitation qui peut réduire les ressources financières disponibles pour l'achat d'autres biens et services aussi considérés essentiels comme la nourriture, les vêtements et le transport.



> Le ménage fait référence à la dimension psychologique et sociale du logement qui a des effets sur le sentiment de sécurité, de contrôle, d'appartenance et d'identité. Le logement a aussi des répercussions psychosociales importantes sur les relations sociales.

- **Les différents moyens de transport** permettent d'accéder aux ressources permettant de répondre aux besoins essentiels des citoyens. Le transport donne accès au milieu de travail, aux aliments sains, nutritifs et à prix abordable, aux écoles et aux garderies, aux commerces, aux services de santé et aux services sociaux, aux loisirs, à la famille et aux amis. L'accessibilité physique aux moyens de transport à un prix abordable et sans discrimination s'avère un élément incontournable pour favoriser l'équité en santé (Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, 2010).
- **Les conditions d'emploi et de travail** constituent un déterminant majeur de la santé et des inégalités sociales de santé (Marmot et Wilkinson, 2006 ; Raphael, 2009 ; Mikkonen et Raphael, 2010). L'exposition aux risques d'origine professionnelle a des impacts considérables sur la santé des populations et sur les inégalités sociales de santé (Imbernon et Goldberg, 2006 ; Leclerc, 2006).

De manière générale, il est bon pour la santé de travailler. L'absence d'emploi entraîne une réduction des revenus et engendre des situations stressantes qui nuisent à la santé. L'absence d'emploi prive également les personnes de leur participation sociale et des avantages associés. Toutefois, les emplois précaires et les emplois dans le secteur informel (travail au noir) sont généralement associés à une moins bonne santé (Benach *et al.*, 2007a et b).

S'il est bon de travailler de manière générale, les conditions dans lesquelles se réalise le travail ont des effets majeurs sur la santé. Ces conditions font référence aux tâches accomplies par les travailleurs, à l'organisation du travail, à la technologie utilisée et aux expositions à différents risques de nature chimique, biologique, physique ou ergonomique. Parmi les conditions de travail, les facteurs psychosociaux jouent un rôle fondamental. La mise à profit des compétences, l'autonomie décisionnelle, les relations sociales positives et la valorisation adéquate des efforts fournis sont autant de facteurs qui ont une influence importante sur la santé des travailleurs (Benach *et al.*, 2007a et b ; CSDH, 2008). Les facteurs de risque liés aux conditions de travail ne sont pas distribués équitablement au sein de la population ce qui contribue aux écarts de santé observés entre les catégories sociales de travailleurs (OMS, 2004).



Photo : Shelley-Rose Hyppolite

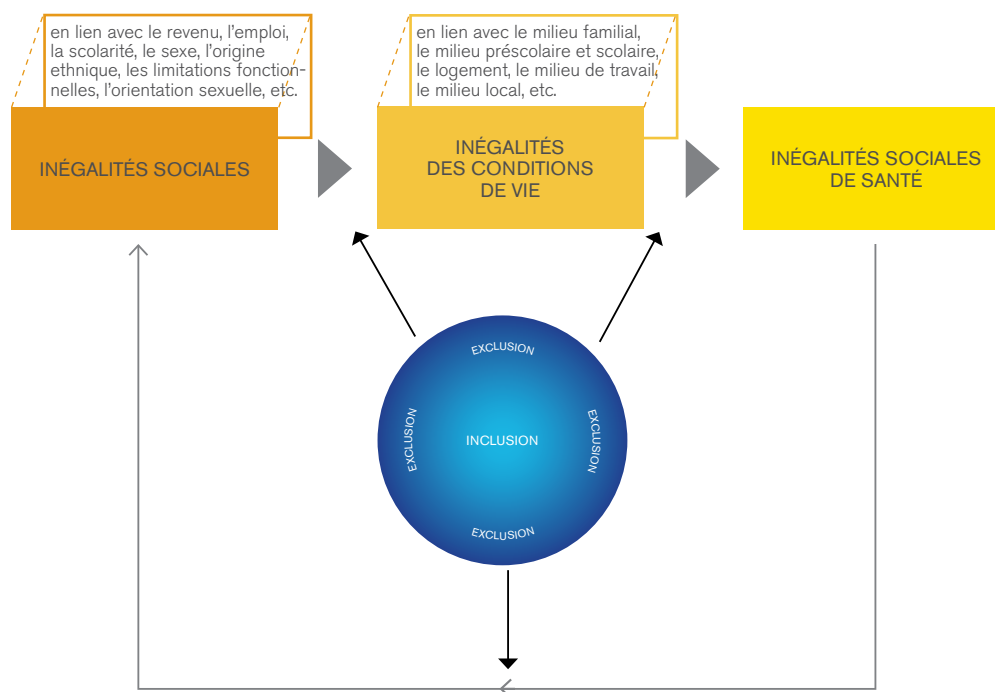
PARTIE 1 / SECTION 2

- **Le milieu local** influence de manière importante la santé et la construction des écarts de santé à partir des caractéristiques de l'environnement physique (bâti et naturel) et social (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007 ; Centre Léa-Roback, 2007). Des quartiers qui respectent l'environnement naturel, qui sont aménagés pour promouvoir l'activité physique, où l'accès aux biens élémentaires et aux différents services est garanti et où la cohésion sociale est bonne sont importants pour l'équité en santé (CSDH, 2008).
- **Les loisirs** ont des effets sur la santé des individus et l'équité en santé à partir de leurs accessibilités physiques et financières et de leurs caractéristiques sociales ainsi que physiques en lien avec la sécurité des lieux de pratique.
- **L'accès et la qualité des différents services** offerts à la population, notamment les soins de santé, sont importants pour un bon état de santé (CSDH, 2008). Sans système de santé accessible et équitable, plusieurs opportunités pour améliorer la santé sont perdues. Les services de santé agissent comme des déterminants de la santé. Lorsque les systèmes de santé ne fournissent pas un accès équitable aux soins ou des soins équitables, ils peuvent augmenter les disparités sociales et devenir un facteur de dégradation de l'état de santé de la population (Santé Canada, 2001).

Les conditions de vie des individus ont une forte influence sur leur santé. Selon la nature de ces conditions, les individus seront plus ou moins sujets à une mauvaise santé, à la maladie et au décès prématuré.



FIGURE 6
LA PRODUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : UN PROCESSUS D'EXCLUSION





PARTIE 2

**DES INÉGALITÉS
SOCIALES AUX
INÉGALITÉS SOCIALES
DE SANTÉ : REGARDS
MULTIPLES SUR
LA RÉGION DE LA
CAPITALE-NATIONALE**

SECTION 3

UN PORTRAIT STATISTIQUE





SECTION 3

UN PORTRAIT STATISTIQUE

3.1 DES INÉGALITÉS SOCIALES DANS UNE RÉGION FAVORISÉE SUR LE PLAN ÉCONOMIQUE

La région de la Capitale-Nationale : une région riche, prospère et scolarisée

Le niveau socioéconomique des résidents de la région de la Capitale-Nationale est parmi le plus élevé de la province de Québec et parmi le plus élevé au monde.

Comme mentionné précédemment, le statut socioéconomique d'une personne ou d'une population est le plus souvent mesuré à partir d'indicateurs liés au revenu, à l'emploi et à la scolarité (Pampalon *et al.*, 2003 ; CSDH, 2007). Dans la région de la Capitale-Nationale, plusieurs de ces indicateurs socioéconomiques montrent des résultats favorables depuis plusieurs années.

Revenu

Entre 2005 et 2009, le revenu personnel moyen par habitant a augmenté dans la région. Il est passé de 31 059\$ à 35 793\$ (Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2011a). Pour l'année 2009, ce revenu était plus élevé que le revenu provincial qui s'établissait à 33 623\$ (ISQ, 2011a).

Emploi

En 2010, le taux d'emploi dans la région était de 63,1 % ce qui le situait parmi les taux les plus élevés au Québec (ISQ, 2011b). Toujours en 2010, le taux de chômage atteignait 5,1 % comparativement à 8 % pour l'ensemble de la province (ISQ, 2011b). En somme, la situation actuelle de l'emploi est très favorable dans la région et les perspectives du marché du travail pour les prochaines années s'annoncent fort intéressantes (DRSP, 2008 ; CRÉ, 2011).

Scolarité

Le niveau de scolarisation et de diplomation de la population de la Capitale-Nationale se positionne favorablement comparativement à l'ensemble de la province (CRÉ, 2011). La région est au premier rang concernant la persévérance scolaire au secondaire. De 1998 à 2008, la proportion de titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (passant de 31,2 % en 1998 à 37,1 % en 2008) et universitaires (16,6 % à 21,8 %) a progressé (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale [MESS], 2011a).

Une région globalement riche, prospère et scolarisée dont tous ne profitent pas

Derrière le portrait global positif de croissance économique, de plein emploi, d'augmentation du revenu personnel moyen par habitant et de scolarité élevée se cachent d'autres réalités dans la région.

Des milliers de personnes qui vivent avec un faible revenu dans une région riche sur le plan économique

En 2005, 77 395 personnes vivaient sous le seuil de faible revenu³ après impôt (d'après le SFR), soit 12,0 % de la population de la région (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] *et al.*, 2011).

Ces milliers de personnes, ce sont des femmes, des hommes et des enfants de la région considérés en difficulté, car ils doivent consacrer au logement, à la nourriture et aux vêtements une part très importante de leur revenu, ce qui leur laisse peu d'argent pour l'achat d'autres biens et services essentiels.

3. Pour en savoir davantage sur les différentes mesures de faible revenu, voir l'annexe 1.



Dans la région de la Capitale-Nationale, environ une personne sur huit vivait sous le seuil de faible revenu en 2005.

La pauvreté n'est pas un fait marginal dans la région de la Capitale-Nationale. Elle est une réalité quotidienne pour des milliers de personnes.

Les personnes à faible revenu regroupent des personnes qui vivent différentes situations. Parmi elles, on retrouve les personnes prestataires de la sécurité du revenu, les personnes âgées prestataires du Supplément de revenu garanti et des personnes actives sur le marché du travail.

Les personnes prestataires de la sécurité du revenu

Parmi les personnes les plus pauvres qui vivent avec un faible revenu, on retrouve les personnes prestataires de la sécurité du revenu (programme du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec, plus communément appelé aide sociale). Il s'agit d'une aide financière de dernier recours qui s'adresse aux personnes n'ayant aucun ou peu de moyens de subsistance et aux personnes qui sont à leur charge. Il s'agit d'une protection importante, car elle détermine les conditions de vie des personnes les plus pauvres de notre société (Collectif pour un Québec sans pauvreté, 2005). L'aide financière de dernier recours regroupe le Programme d'aide sociale et le Programme de solidarité sociale.

En décembre 2011, on estimait à 6,1 % le pourcentage de la population de la région prestataire de la sécurité du revenu, soit 28 685 personnes (23 976 adultes et 4 709 enfants), dont la subsistance était assurée par l'aide financière de dernier recours (MESS, 2011b). Au cours des dernières années, on note une très légère baisse du pourcentage de la population prestataire de la sécurité du revenu dans la région (en 2004, le pourcentage s'établissait à 6,9 %, en 2006, à 6,7 % et en 2008, à 6,3 %).

Différents types de personnes sont prestataires de la sécurité du revenu. Parmi elles, on retrouve entre autres des personnes qui ont une bonne scolarité, mais qui ne trouvent pas d'emploi, des travailleurs qui ont perdu leur emploi et qui n'ont plus de chômage, des personnes qui ne peuvent pas occuper un emploi en raison d'une maladie ou d'une limitation fonctionnelle physique, intellectuelle ou liée à un problème de santé mentale, des personnes qui ne peuvent pas trouver un emploi adapté à leur condition physique ou mentale.

En décembre 2011, dans la région de la Capitale-Nationale, 28 685 personnes étaient prestataires de la sécurité du revenu. Trop souvent, ces personnes ne mangent pas à leur faim et n'ont pas les moyens de se loger ni de se vêtir convenablement (Centraide Québec, 2000) parce que les aides financières accordées par ce programme s'établissent nettement sous les seuils de faible revenu, et ce, quelle que soit la mesure de faible revenu utilisée. L'aide financière accordée aux prestataires de la sécurité du revenu les place donc en situation de pauvreté importante.



PARTIE 2 / SECTION 3



ILLUSTRATION D'UNE SITUATION⁴



En 2011, la protection assurée par l'aide financière de dernier recours pour une personne seule au Québec en termes de revenu disponible⁵ était de (MESS, 2011c) :

- 655,10 \$ par mois, soit 7 861 \$ par année pour une personne jugée sans contraintes à l'emploi ;
- 858,33 \$ par mois, soit 10 300 \$ par année pour une personne jugée avec contraintes temporaires à l'emploi ;
- 957,83 \$ par mois, soit 11 494 \$ par année pour une personne jugée avec contraintes sévères à l'emploi.

Pour tous ces cas de figure, l'aide financière de dernier recours s'établit sous les seuils de faible revenu d'après la mesure du panier de consommation (MPC) que ce soit pour une personne seule vivant à Québec (14 473 \$), à Charlevoix (14 645 \$) ou encore à Portneuf (13 937 \$)⁶.

Les personnes âgées prestataires du Supplément de revenu garanti

Les personnes âgées d'au moins 65 ans qui reçoivent une pension provenant du programme de la Sécurité de la vieillesse et dont le revenu est faible ou qui n'ont pas d'autres sources de revenus sont admissibles au Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral. Le montant alloué est déterminé par l'état civil et le revenu. Il s'agit d'une aide de dernier recours pour les personnes âgées ayant peu ou pas de revenu.

En 2010, 39,8 % des personnes de 65 ans et plus de la région de la Capitale-Nationale bénéficiaient du Supplément de revenu garanti, soit 42 706 personnes (MSSS *et al.*, 2011). Pour les femmes, la proportion était nettement plus élevée que celle des hommes et s'élevait à 45,1 % comparativement à 32,5 % pour les hommes (MSSS *et al.*, 2011).

Dans la région de la Capitale-Nationale, près de une femme sur deux et de un homme sur trois âgés de 65 ans et plus bénéficiaient en 2010 du Supplément de revenu garanti, une aide de dernier recours parce qu'ils avaient peu ou pas de revenu.

Depuis 1991, on note une baisse constante du pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus prestataires du Supplément de revenu garanti. En effet, ce pourcentage atteignait 52,1 % en 1991 et 44,2 % en 2005 dans la région.

ILLUSTRATION D'UNE SITUATION



D'avril à juin 2011, une personne seule sans aucun revenu admissible au Supplément de revenu garanti recevait une prestation mensuelle de 526,85 \$ à laquelle s'ajoutait le Supplément de revenu garanti d'un montant de 665 \$. Cette personne recevait donc 1 192 \$ par mois ou encore 14 302 \$ par année.

Ainsi, le montant accordé aux personnes prestataires du Supplément de revenu garanti se situe tout près du seuil de faible revenu d'après la MPC⁷ pour une personne seule vivant à Québec (14 473 \$), à Charlevoix (14 645 \$) ou encore à Portneuf (13 937 \$).

Des personnes actives sur le marché du travail qui demeurent en situation de pauvreté

La pauvreté ne touche pas que les personnes sans emploi dans la région. Elle atteint aussi les travailleurs qui occupent des emplois précaires : les travailleurs à faible revenu, des travailleurs contractuels, des travailleurs à temps partiel, des travailleurs temporaires, des travailleurs sous appel, des travailleurs saisonniers, des travailleurs autonomes sans protection sociale, des travailleurs qui occupent un emploi dans le secteur informel (travail au noir).



Dans la région de la Capitale-Nationale, la pauvreté touche aussi des personnes qui sont actives sur le marché du travail.

4. Bien que dans cette illustration le revenu disponible soit comparé aux seuils de faible revenu selon la MPC, les mesures de faible revenu (comme le SFR, la MPC, la MFR) n'ont pas été développées pour déterminer l'admissibilité aux programmes et aux services gouvernementaux ni pour servir de source de référence afin de fixer les montants de prestations sociales ni encore pour faire des comparaisons avec les revenus des ménages. Les mesures ont été développées pour dresser le portrait du faible revenu au Canada.

5. Le revenu disponible d'un ménage se définit comme étant l'argent dont le ménage dispose pour acheter des biens et des services ou encore pour épargner. Il est composé : **1) de l'ensemble des revenus** dont la rémunération du travail, **2) plus les transferts gouvernementaux** (y compris les prestations d'aide de dernier recours, les primes au travail, les prestations fiscales pour revenu gagné, les allocations logement, le crédit TVP, le crédit TPS, les remboursements d'impôt foncier), **3) moins les prélèvements obligatoires** comme l'impôt sur le revenu, les cotisations aux régimes d'assurance sociale comme le Régime des rentes du Québec, l'assurance-emploi et les assurances médicaments ainsi que certains frais liés à l'occupation d'un emploi (frais de garde).

6. Pour connaître les différents seuils de faible revenu pour différentes mesures de faible revenu, voir l'annexe 1.

7. Cette comparaison se veut illustrative, car une comparaison adéquate avec la MPC nécessiterait de disposer du revenu disponible des personnes âgées prestataires du Supplément de revenu garanti.

ILLUSTRATION D'UNE SITUATION

Entre mai 2011 et avril 2012, le salaire horaire minimum au Québec était de 9,65 \$. Une personne seule qui travaillait au salaire minimum 35 heures par semaine disposait d'un revenu disponible estimé à 16 676 \$ par année (CEPE, 2011).

Même si cette personne travaillait à temps plein, son revenu disponible ne se situait que légèrement au-dessus du seuil de faible revenu d'après la MPC, qui est de 14 473 \$ par année pour la région métropolitaine de recensement de Québec.

Des milliers de jeunes qui ne fréquentent pas l'école ou qui n'obtiennent pas leur diplôme d'études secondaires dans une région fortement scolarisée

Les données favorables concernant la scolarisation dans la région ne dévoilent pas le fait que plusieurs jeunes n'obtiennent pas de diplôme et ne fréquentent pas l'école.

Au cours de l'année 2008-2009, le taux de décrochage scolaire au secondaire pour le réseau public s'élevait à 15,7 % dans la région de la Capitale-Nationale (MSSS *et al.*, 2011). En 1999-2000, ce taux s'élevait à 16 %, puis avait atteint un sommet à 17,4 % en 2005-2006.

Toutefois, comme le taux de décrochage scolaire ne permet pas de considérer les impacts du phénomène de raccrochage, la proportion des 20-29 ans n'ayant aucun diplôme définit plus clairement une jeunesse qui aurait vraisemblablement plus de difficultés à connaître de bonnes conditions matérielles d'existence. En 2006, 7 290 jeunes de la région, soit 8 % des 20-29 ans, n'avaient aucun diplôme.

Par ailleurs, malgré une économie globale florissante et des perspectives d'emplois favorables pour les prochaines années, il est démontré que ce sont les gens les plus scolarisés qui en bénéficieront. Les gens les moins instruits et peu formés éprouveront une difficulté croissante à se trouver un emploi.

En 2006, 7 290 jeunes de la région, soit 8 % des 20-29 ans, n'avaient aucun diplôme.

Des territoires et des quartiers moins favorisés que d'autres dans une région pourtant riche et prospère

Bien que la région occupe une position privilégiée au Québec, elle fait face à la présence de groupes vivant en situation de grande précarité. Les statistiques relatives aux territoires de CSSS et de CLSC révèlent des inégalités sociales sur plusieurs indicateurs des conditions matérielles. Les données sur la population vivant sous le seuil de faible revenu, selon la mesure SFR, en sont une démonstration manifeste (tableau 1).

TABEAU 1
POPULATION VIVANT SOUS LE SEUIL
DE FAIBLE REVENU APRÈS IMPÔT (SFR),
CAPITALE-NATIONALE, 2005

	N	%
CSSS de Portneuf	2 075	4,6
CSSS de Québec-Nord	24 245	8,6
CLSC de la Jacques-Cartier	6 235	7,5
CLSC La Source	8 890	9,5
CLSC Orléans	9 120	8,7
CSSS de la Vieille-Capitale	49 625	17,2
CLSC Sainte-Foy — Sillery — Laurentien	13 785	10,4
CLSC Haute-Ville — Des-Rivières	11 070	14,9
CLSC Basse-Ville — Limoilou — Vanier	24 770	30,4
CSSS de Charlevoix	1 450	5,1
CAPITALE-NATIONALE	77 395	12,0

Source : Statistique Canada, Recensement de 2006.
Tableau de données géocodées pour les territoires de CLSC.

En 2005, plus de 77 000 personnes, soit 12 % de la population régionale, vivaient sous le seuil de faible revenu (mesure SFR après impôt). Pour les territoires des CSSS de Portneuf, de Charlevoix et de Québec-Nord et les territoires de CLSC associés, cette proportion variait entre 5 % et 10 %, se situant ainsi sous la valeur régionale. La position avantageuse de ces territoires ne doit pas occulter le fait qu'au total, plus de 27 000 personnes avaient un faible revenu. Quant aux territoires du CSSS de la Vieille-Capitale, on y retrouvait la concentration la plus élevée de la population vulnérable (près de 50 000 personnes) et plus particulièrement sur le territoire du CLSC Basse-Ville — Limoilou — Vanier alors que trois personnes sur dix y vivaient dans cette condition économique. Le même indicateur mesuré avant impôt permet de constater que la proportion de la population régionale vivant sous le SFR est passée de 23 % à 16 % entre 1995 et 2005.

PARTIE 2 / SECTION 3

TABEAU 2
INDICATEURS DE CONDITIONS MATÉRIELLES,
CAPITALE-NATIONALE, 2006

	Taux d'emploi (%)	Proportion de la population sans diplôme (%)	Revenu moyen en 2005 (\$)
CSSS de Portneuf	59,8	25,5	27 327
CSSS de Québec-Nord	64,2	20,3	30 903
CLSC de la Jacques-Cartier	64,0	22,1	31 241
CLSC La Source	64,3	17,6	31 281
CLSC Orléans	64,1	21,6	30 317
CSSS de la Vieille-Capitale	63,1	15,4	33 116
CLSC Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	66,0	10,1	39 493
CLSC Haute-Ville – Des-Rivières	65,0	12,5	34 166
CLSC Basse-Ville – Limoilou – Vanier	57,2	26,2	23 559
CSSS de Charlevoix	55,4	30,7	25 534
CAPITALE-NATIONALE	63,0	18,8	31 798

Source : Statistique Canada, Recensement de 2006.
Tableau de données géocodées pour les territoires de CLSC.

D'autres indicateurs du recensement liés aux conditions matérielles présentent des écarts importants entre les territoires de CLSC (tableau 2). Il s'agit du taux d'emploi, de la population ne détenant pas de diplôme et du revenu moyen des particuliers. Ces indicateurs sont considérés comme des déterminants majeurs de l'état de santé.

Dans la Capitale-Nationale, le taux d'emploi en 2006 était de 63 %. Pour les populations vivant dans les territoires de Charlevoix, de Basse-Ville – Limoilou – Vanier et de Portneuf, le taux était nettement inférieur (55 %, 57 % et 60 %).

Pour la faible scolarité, en 2006, 19 % de la population régionale de 15 ans et plus n'avait pas de diplôme. Cette proportion était beaucoup plus élevée pour les territoires de Charlevoix, de Basse-Ville – Limoilou – Vanier et de Portneuf où les valeurs se situaient entre 26 % et 31 %.

Par ailleurs, les populations des territoires de Sainte-Foy – Sillery – Laurentien, de Haute-Ville – Des-Rivières étaient avantagées alors que 10 % et 13 % étaient faiblement scolarisées.

Quant au revenu moyen personnel de la région en 2005, il était de 31 798 \$. L'écart le plus important concernait le revenu de Basse-Ville – Limoilou – Vanier qui atteignait 60 % de celui de Sainte-Foy – Sillery – Laurentien (23 559 \$ par rapport à 39 493 \$). De plus, deux autres territoires présentaient un revenu moyen largement inférieur à celui de la région, soit Charlevoix et Portneuf.

Une recherche universitaire (INSPQ, 2008) avait déjà montré que des disparités importantes sont observées à une échelle beaucoup plus fine définie par des unités de voisinage⁸. C'est ainsi que des écarts importants étaient soulevés à l'intérieur de deux arrondissements de la ville de Québec et d'une zone plus rurale de la Capitale-Nationale. Pour le revenu moyen déclaré en 2000, il variait entre 14 260 \$ et 23 066 \$ pour des unités de voisinage d'un arrondissement du centre-ville, entre 20 046 \$ et 25 240 \$ à l'intérieur d'un arrondissement situé en banlieue et entre 19 180 \$ et 32 440 \$ entre des unités de la zone rurale. Pour la proportion de la population de 15 ans et plus ne détenant pas de diplôme en 2001, les données variaient entre 27 % et 51 % pour le même arrondissement du centre-ville de Québec, entre 17 % et 37 % en banlieue et entre 26 % et 41 % pour la zone rurale.

8. Brièvement, une unité de voisinage se définit par un territoire relativement homogène sur le plan historique et sociologique et par une population autour de 5 000 résidents.

TABEAU 3
INDICATEURS LIÉS AU LOGEMENT,
CAPITALE-NATIONALE, 2006

	Ménages privés locataires consacrant 30 % ou plus du revenu pour se loger (%)	Ménages privés propriétaires consacrant 30 % ou plus du revenu pour se loger (%)	Logements privés nécessitant des réparations majeures (propriétés et logements locatifs confondus) (%)
CSSS de Portneuf	24,7	9,9	7,8
CSSS de Québec-Nord	30,2	10,6	5,7
CLSC de la Jacques-Cartier	28,0	9,9	5,6
CLSC La Source	32,6	10,9	5,6
CLSC Orléans	29,2	10,8	5,9
CSSS de la Vieille-Capitale	35,8	11,4	6,9
CLSC Sainte-Foy—Sillery—Laurentien	35,8	11,4	5,2
CLSC Haute-Ville—Des-Rivières	35,3	9,1	6,7
CLSC Basse-Ville—Limoilou—Vanier	36,5	19,9	9,2
CSSS de Charlevoix	28,1	11,6	9,0
CAPITALE-NATIONALE	33,7	10,9	6,6

Source : Statistique Canada, Recensement de 2006.
Tableau de données géocodées pour les territoires de CLSC.

D'autres données tirées des plus récents portraits de défavorisation réalisés par les quatre CSSS témoignent également de disparités à une échelle microlocale⁹. Ces travaux ont montré des écarts à l'intérieur des arrondissements municipaux de la ville de Québec ou à l'intérieur des municipalités régionales de comtés (MRC). À titre d'exemple, le revenu personnel moyen en 2005 variait entre 20 892 \$ et 39 594 \$ pour des quartiers d'un arrondissement du centre-ville de Québec, entre 27 609 \$ et 37 431 \$ dans un secteur de banlieue de la ville de Québec et entre 20 500 \$ et 36 000 \$ entre des municipalités d'une 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, entre 15 % et 22 % en banlieue et entre 12 % et 47 % dans la zone rurale.

D'autres indicateurs s'attardent aux conditions environnementales et le logement fait partie des déterminants exerçant une influence sur la santé. Il est analysé ici selon deux indicateurs permettant de cerner des groupes à risque de vulnérabilité, soit la proportion des ménages privés consacrant 30 % ou plus de leur revenu brut aux coûts de l'habitation¹⁰ et la proportion de logements privés nécessitant des réparations majeures. Dans le cas du revenu dédié au logement, certains ménages consacrent volontairement 30 % ou plus de leur revenu pour l'habitation sans compromettre les autres dépenses essentielles. Cependant, les ménages à faible revenu n'ayant pas accès à des logements abordables sont contraints d'y consacrer une part très importante de leur revenu, devant de ce fait réduire leur accès aux autres biens essentiels.

9. Voir les hyperliens suivants pour accéder aux portraits de défavorisation des CSSS de la Capitale-Nationale : [\[www.csssdeportneuf.qc.ca\]](http://www.csssdeportneuf.qc.ca), [\[www.csssvc.qc.ca\]](http://www.csssvc.qc.ca), [\[www.csssqn.qc.ca\]](http://www.csssqn.qc.ca), [\[www.cssscharlevoix.qc.ca\]](http://www.cssscharlevoix.qc.ca).

10. Pour plus de détails sur l'abordabilité du logement comme déterminant social, voir les liens suivants : [\[www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/11106/9519-fra.htm\]](http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/11106/9519-fra.htm), [\[www.publications.gc.ca/collections/collection_2008/statcan/75F0002M/75F0002MIF2008001.pdf\]](http://www.publications.gc.ca/collections/collection_2008/statcan/75F0002M/75F0002MIF2008001.pdf).

PARTIE 2 / SECTION 3

En ce qui concerne les logements nécessitant des réparations majeures, cette condition dans l'habitat augmente les risques à la santé, dont les problèmes respiratoires liés à la qualité de l'air.

En 2006, dans la Capitale-Nationale, les ménages locataires étaient particulièrement touchés par le phénomène d'abordabilité du logement au sens où le tiers d'entre eux avait consacré 30 % ou plus de leur revenu brut à ce poste budgétaire comparativement à un peu plus de un ménage sur dix chez les propriétaires (tableau 3). Cette problématique était plus accentuée dans les territoires du CSSS de la Vieille-Capitale alors que les proportions relatives aux ménages locataires étaient plus élevées que celles de la région, soit autour de 36 % pour tous les territoires de CLSC.

En 2006, près de 7 % des logements privés de la région étaient caractérisés par une qualité d'infrastructure nécessitant des réparations majeures. Les territoires de Basse-Ville – Limoilou – Vanier, Charlevoix ainsi que Portneuf présentaient des proportions nettement plus élevées que la proportion de la région alors que les valeurs inférieures étaient observées pour tous les territoires de CLSC du CSSS de Québec-Nord ainsi que dans Sainte-Foy – Sillery – Laurentien.



DES INÉGALITÉS SOCIALES ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES DE LA RÉGION

Les données socioéconomiques globales masquent des différences importantes entre les femmes et les hommes de la région de la Capitale-Nationale. Au regard du taux d'emploi et du revenu, on note que des écarts importants persistent entre les femmes et les hommes. Globalement, les femmes de la région occupent moins d'emploi et sont moins bien rémunérées.

Bien que la participation des femmes sur le marché du travail ait augmenté au cours des dernières années, le **taux d'emploi** des femmes dans la région administrative de la Capitale-Nationale était de 56,4 % comparativement à 67,4 % chez les hommes en 2006 (Conseil du statut de la femme, 2010).

En 2005, le **revenu moyen** pour les femmes âgées de 15 ans et plus était de 27 077 \$ comparativement à 38 680 \$ pour les hommes. Autrement dit, le revenu des femmes représentait 70 % du revenu des hommes (Conseil du statut de la femme, 2010).

Par ailleurs, malgré un rehaussement marqué de la **scolarisation** chez les femmes tant au niveau secondaire, postsecondaire qu'universitaire, les femmes qui sont sans diplôme ou qui ont une plus faible scolarité demeurent plus pénalisées

que les hommes dans la région. En 2006, le taux d'emploi des femmes sans diplôme était de 21,8 % comparativement à 40 % chez les hommes (Conseil du statut de la femme, 2010).

Dans la région, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à vivre sous le seuil de faible revenu, et ce, pour toutes les catégories d'âge (39 335 femmes et 28 515 hommes) (Conseil du statut de la femme, 2010). Plusieurs facteurs expliquent cette situation. Parmi eux, on relève que les femmes sont moins nombreuses à occuper un emploi, elles sont plus nombreuses à détenir des emplois à temps partiel, elles sont moins syndiquées et elles occupent davantage des secteurs d'emploi précaire et faiblement rémunéré comme le commerce de détail, la restauration et l'hébergement (Conseil du statut de la femme, 2010). À cela, il faut ajouter la perte de revenu liée aux grossesses, la monoparentalité, l'appauvrissement lié à la séparation du couple et l'accès difficile à des promotions liées aux responsabilités familiales (Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, 1999 ; Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 2004).

3.2 DES INÉGALITÉS DES CONDITIONS DE VIE

Les inégalités sociales qui existent dans la région de la Capitale-Nationale entraînent des inégalités au regard des conditions de vie des individus.

Le milieu familial

En 2009, 5,9 % des familles¹¹ vivaient avec un faible revenu (d'après la MFR) dans la région de la Capitale-Nationale, soit 11 160 familles qui regroupaient 29 620 personnes (ISQ, 2012c; ISQ, 2012d). Parmi ces personnes, 17 680 vivaient en couple et 11 940 étaient monoparentales (ISQ, 2012e). En 2009, près de 10 460 enfants vivaient dans une famille à faible revenu (d'après la MFR) dans la région (ISQ, 2012e).

La pauvreté est particulièrement préoccupante chez les familles monoparentales et les personnes qui vivent seules. En 2009, 18,7 % des familles monoparentales vivaient sous le seuil de faible revenu (d'après la MFR), tandis que cette proportion atteignait 20,5 % pour les personnes seules (ISQ, 2012c).

Les conséquences de la pauvreté sur les familles et particulièrement sur les enfants sont majeures. Non seulement elles entraînent des conditions de vie matérielles plus précaires, mais également des conditions de vie sociale marquées par l'isolement et la marginalisation.



Dans la région de la Capitale-Nationale, 11 160 familles vivaient en situation de pauvreté en 2009.

L'insécurité alimentaire

En 2007-2008, 31 200 personnes de la région de la Capitale-Nationale ont vécu dans un ménage ayant connu une insécurité alimentaire par manque d'argent¹², soit 5,3 % de la population âgée de 12 ans et plus (MSSS *et al.*, 2011).

En 2010-2011, on estimait que le réseau d'aide alimentaire de la région de la Capitale-Nationale¹³ composé de 282 organismes, institutions et groupes autonomes avait rejoint environ 36 000 personnes chaque mois (Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, à paraître en 2013). Parmi les personnes bénéficiaires, 40 % étaient âgées de moins de 18 ans, 12 % de 18 à 30 ans, 16 % de 31 à 45 ans, 10 % de 46 à 60 ans, 13 % de 61 ans et plus et pour 9 % d'entre elles l'âge est inconnu (Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, à paraître en 2013). Parmi ces personnes, 61 % étaient prestataires de l'aide sociale, 9 % avaient des revenus de travail et 3 % étaient au chômage (Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, à paraître en 2013).

Selon la perception des organismes du réseau d'aide alimentaire de la région, environ 40 % des services d'aide alimentaire ont vu leur demande augmenter, alors qu'une diminution a été notée dans environ 10 % des services offerts (Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, à paraître en 2013).

Par ailleurs, il existe des disparités importantes liées à l'accessibilité géographique aux détaillants alimentaires dans la région. On dénombre plusieurs déserts alimentaires¹⁴. Beauport, Lac-Saint-Charles, Val-Bélair, la MRC de la Côte-de-Beaupré, le nord de Portneuf, l'est de la MRC de Charlevoix-Est, le nord de la MRC de Charlevoix et l'Isle-aux-Coudres présentent des zones où l'accessibilité géographique aux aliments est préoccupante. Or, la faible accessibilité géographique aux détaillants alimentaires peut constituer un obstacle important à la sécurité alimentaire.

Dans la région de la Capitale-Nationale, 31 200 personnes ont vécu dans l'insécurité alimentaire en 2007-2008.



11. Une famille désigne les couples avec ou sans enfants et les familles monoparentales.

12. L'insécurité alimentaire liée au revenu est estimée au moyen d'un instrument qui aborde 18 problèmes d'accès à la nourriture liés au revenu pendant l'année. L'éventail des questions porte sur la peur de manquer de nourriture à la privation pendant une journée entière en passant par la réduction des portions et le fait de sauter des repas.

13. Le réseau d'aide alimentaire regroupe des organismes communautaires, des organismes caritatifs, des centres de santé et de services sociaux, le réseau de l'éducation (niveaux primaire et secondaire) ainsi que des groupes autonomes d'individus qui ne sont ni associés à une institution ni à un organisme licencié. En 2010-2011, dans la région de la Capitale-Nationale, on recensait 282 organismes, institutions ou groupes autonomes faisant partie de ce réseau et offrant une aide alimentaire de différentes natures (Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, à paraître en 2013).

14. Un désert alimentaire est un secteur de forte défavorisation matérielle où on retrouve un faible accès aux supermarchés et aux épiceries. En milieu urbain, un faible accès se définit comme un accès à plus de un kilomètre à vol d'oiseau du supermarché ou de l'épicerie et en milieux périurbain et rural comme un accès à plus de dix kilomètres (Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, à paraître en 2013).

PARTIE 2 / SECTION 3

Le logement

Dans la ville de Québec, louer un logement acceptable¹⁵ s'avère difficile pour plusieurs personnes. En effet, il existe une pénurie importante de logements locatifs (CDÉC, 2010; SCHL, 2011b; CRÉ, 2011) et le coût des logements s'avère élevé (CDÉC, 2010).

En 2006, dans la région de la Capitale-Nationale, 34 % des ménages locataires ont consacré 30 % ou plus de leur revenu au logement (tableau 3). Les logements sociaux et communautaires qui offrent aux ménages plus démunis un loyer moins cher que le marché privé sont peu nombreux. Ils ne représentent que 8,6 % de l'ensemble du parc de logements locatifs dans l'agglomération de Québec (Société d'habitation du Québec, 2010).

Dans la région, certaines personnes n'ont tout simplement pas les moyens de se loger. L'itinérance urbaine est en croissance dans la ville de Québec (Fournier, 2001). À partir des dernières données disponibles qui remontent à 1996-1997, on estimait que 3 589 personnes s'étaient retrouvées sans domicile fixe au cours de l'année (Fournier, 1998). Depuis, l'itinérance ne semble pas avoir diminué selon la perception des organismes communautaires de la région, car on note une augmentation du nombre de repas servis dans les soupes populaires, une utilisation maximale du réseau d'hébergement, des logements d'insertion et de transition ainsi que l'apparition de nouveaux groupes en situation d'itinérance comme les femmes, les mères monoparentales, les personnes âgées, les familles, les jeunes adultes et les mineurs (RAIQ, 2008).

Dans la région de la Capitale-Nationale, 34 % des ménages locataires ont consacré 30 % ou plus de leur revenu pour se loger en 2006, réduisant ainsi l'argent disponible pour assurer d'autres besoins essentiels.

Dans la ville de Québec, plusieurs personnes sont sans-abri.



Les moyens de transport

Bien que le transport en commun soit considéré comme un service desservant l'ensemble de la population, il demeure parfois inaccessible financièrement aux personnes qui vivent en situation de pauvreté (Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, 2010). L'accessibilité au transport en commun et au transport adapté reste inégale entre les territoires de la région et les transports actifs¹⁶ restent encore peu développés (CRÉ, 2011). Le transport en commun est absent de plusieurs milieux ruraux et les transports collectifs sont en émergence dans certains milieux seulement¹⁷.

Le manque d'accès physique et économique au transport en commun, au transport collectif et au transport adapté complique et limite parfois l'accès aux autres biens et services essentiels, en plus de réduire la participation sociale.



Les conditions d'emploi

Bien que le taux d'emploi dans la région de la Capitale-Nationale soit parmi le plus élevé de la province, il s'agit de l'une des régions qui offre le moins de possibilités d'emplois pour les personnes sans diplôme ou faiblement scolarisées (Conseil du statut de la femme, 2010). Comme mentionné précédemment, le taux d'emploi des femmes et des hommes sans diplôme était respectivement de 21,8 % et de 40 % en 2006 (Conseil du statut de la femme, 2010). Ainsi, plusieurs personnes sans diplôme ou peu scolarisées se trouvent sans emploi dans la région.



15. Selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL, 2011a), un logement est acceptable lorsque son état est adéquat (il ne nécessite pas de réparations majeures), sa taille est appropriée (le nombre de chambres est approprié compte tenu de la taille du ménage) et son prix est abordable (il coûte moins de 30 % du revenu avant impôt au ménage qui l'occupe).

16. Le transport actif est toute forme de transport où l'énergie est produite par l'être humain. On retrouve par exemple, la marche, la course, la bicyclette, le fauteuil roulant non motorisé, les patins à roues alignées, la planche à roulette, le ski, la raquette à neige.

17. Le transport collectif comprend l'ensemble des modes de transport mettant en œuvre des véhicules adaptés à l'accueil simultané de plusieurs personnes. Le transport en commun est un système de transport mis à la disposition du public et dont les horaires, la tarification et les trajets sont planifiés et connus d'avance. Il comprend habituellement les autobus, le métro, les trains de banlieue et les tramways. Le transport collectif inclut le transport en commun, mais désigne une réalité plus large et comprend aussi par exemple le covoiturage et les taxis collectifs.

Par ailleurs, il est reconnu que les emplois dans le secteur informel (travail au noir) et les emplois précaires offrent des conditions d'emploi plus difficiles et associées à une moins bonne santé. Les conditions de travail précaires regroupent : le travail à temps partiel, le travail temporaire, le travail autonome, la sous-traitance, le travail à faible revenu, la faible syndicalisation et la faible ancienneté (Gervais *et al.*, 2006).

Dans la région de la Capitale-Nationale, 20% des personnes sur le marché du travail occupaient des emplois à temps partiel en 2010 (ISQ, 2011b). Entre 2006 et 2010, les emplois à temps plein ont augmenté de 3,4 % comparativement à 25,9 % pour ceux à temps partiel (ISQ, 2011b). Ainsi, la croissance de l'emploi dans la région est fortement attribuable à la croissance des emplois à temps partiel, particulièrement dans le secteur des services. Aussi, parmi les personnes qui ont un emploi rémunéré dans la région, 16,7 % occupent un emploi temporaire (ISQ, 2011c).

De plus, le travail autonome regroupe 10,9 % de la population active chez les hommes et 6,7 % chez les femmes (Conseil du statut de la femme, 2010). Enfin, les personnes syndiquées regroupent 47,7 % des femmes en emploi et 44,4 % des hommes dans la région (Conseil du statut de la femme, 2010). En somme, dans la région, plusieurs personnes travaillent dans des conditions d'emploi considérées comme précaires.

La région de la Capitale-Nationale est l'une des régions de la province qui offre le moins de possibilités d'emplois pour les personnes sans diplôme ou peu scolarisées. De plus, la croissance des emplois dans la région est fortement attribuable à une croissance des emplois à temps partiel.



DES DIFFÉRENCES ENTRE LES CONDITIONS DE VIE DES FEMMES ET DES HOMMES DE LA RÉGION

Les inégalités socioéconomiques qui existent entre les femmes et les hommes de la région sont liées aux inégalités de leurs conditions de vie. Comparativement aux hommes, les femmes vivent dans des conditions de vie moins favorables.

Les femmes consacrent plus de temps que les hommes aux tâches parentales, elles s'occupent davantage des travaux ménagers et sont le plus souvent responsables des soins à apporter à la famille (Conseil du statut de la femme, 2010). En effet, en 2006, 43,7 % des femmes comparativement à 33,5 % des hommes de 24 à 54 ans affirmaient consacrer au moins cinq heures par semaines aux soins des enfants (Conseil du statut de la femme, 2010). Aussi, 76,6 % des femmes affirmaient passer au moins cinq heures par semaine

à effectuer des travaux ménagers comparativement à 56 % des hommes (Conseil du statut de la femme, 2010). Enfin, 22 % des femmes comparativement à 16 % des hommes prodiguaient sans rémunération des soins à des personnes âgées (Conseil du statut de la femme, 2010).

Globalement, les femmes doivent davantage faire face aux difficultés de concilier les obligations professionnelles et familiales que les hommes, elles occupent plus souvent des emplois précaires, elles représentent largement les familles mono-parentales et elles ont moins de loisirs.

PARTIE 2 / SECTION 3



ILLUSTRATION D'UNE SITUATION

Une personne prestataire de l'aide sociale a été choisie pour illustrer l'exemple. Seuls les coûts qu'elle doit déboursier pour se loger, manger et se déplacer sont considérés dans cet exemple. Les coûts liés aux autres besoins essentiels, comme les frais de chauffage, d'électricité, de téléphone, les articles et accessoires d'ameublement, les vêtements et les chaussures, les frais de scolarité, les frais de garderie, les frais pour les soins

personnels, les frais bancaires, les médicaments en vente libre, les frais du régime public d'assurance médicaments, les soins dentaires, les lunettes, les assurances, les loisirs et les activités sportives ne sont pas considérés.

L'illustration suivante vise à comprendre pourquoi plusieurs personnes ne parviennent pas avec le revenu dont elles disposent à subvenir à leurs besoins essentiels comme se loger, manger et se déplacer.

En avril 2011, dans la région métropolitaine de recensement de Québec, le **coût du loyer mensuel** moyen (Ville de Québec, 2011) était de :

- 499 \$ par mois pour un studio ;
- 608 \$ par mois pour un appartement avec une chambre ;
- 711 \$ par mois pour un appartement avec deux chambres ;
- 859 \$ par mois pour un appartement avec trois chambres.

Ces montants ne comprennent pas les frais liés au chauffage, à l'éclairage, au téléphone, à l'eau chaude et au mobilier.

Une personne seule prestataire de l'aide sociale qui souhaiterait vivre dans un studio d'une pièce devrait consacrer ainsi 499 \$ sur les 655,10 \$ de revenu disponible, soit 76 % de son revenu disponible. En général, on estime qu'il est préférable que les frais de logement n'excèdent pas 30 % des revenus nets mensuels, sinon l'équilibre du budget est considéré comme précaire. Pour ne pas excéder 30 % de son revenu, cette personne devrait dépenser pour se loger moins de 197 \$ par mois, ce qui est pratiquement impossible pour la location d'un logement.

Cette personne peut vivre dans un logement social si un logement est disponible. Sinon, cette personne est vraisemblablement contrainte de partager un logement ou de vivre dans un logement considéré comme inacceptable parce qu'il est trop restreint, parce qu'il est insalubre ou qu'il nécessite des réparations majeures. Elle peut être contrainte de vivre dans une chambre, dans un gîte, chez des connaissances, dans des ressources d'hébergement ou, parfois même, dans la rue.

Le **panier à provisions nutritif (PPN)** regroupe les aliments requis pour satisfaire à faible coût les besoins nutritionnels de tout individu. En 2011, le coût du panier à provisions nutritif pour la région de la Capitale-Nationale (Duquette *et al.*, 2011) s'élevait à :

- 8,68 \$ par jour pour une personne, soit 243,04 \$ pour un mois ;
- 7,95 \$ par jour et par personne pour une famille de deux personnes, soit 445,20 \$ pour un mois ;
- 7,59 \$ par jour et par personne pour une famille de trois personnes, soit 637,56 \$ pour un mois ;
- 7,23 \$ par jour et par personne pour une famille de quatre personnes, soit 809,76 \$ pour un mois.

Or, une personne seule prestataire de l'aide sociale dispose de 655,10 \$ par mois. Selon le PPN, cette personne devrait consacrer à l'alimentation 243,04 \$ par mois, soit 37 % de son revenu pour pouvoir s'alimenter adéquatement, ce qui est très élevé pour pouvoir répondre à ses autres besoins essentiels. Pour comparaison, en 2009 au Québec, les dépenses liées à l'alimentation comptaient pour environ 12 % du revenu brut consacré aux grands postes budgétaires des ménages (ISQ, 2010).

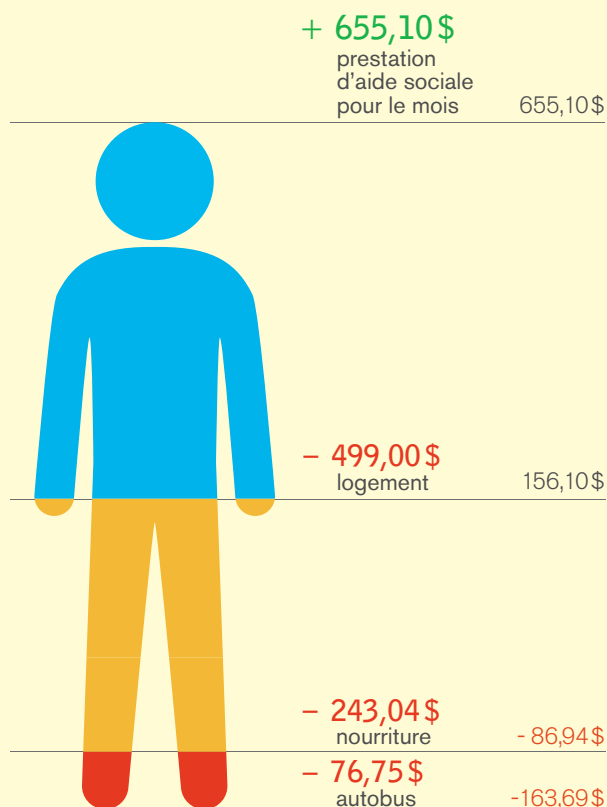
Les **tarifs du Réseau de transport de la Capitale (RTC)** varient selon les catégories d'utilisateurs. En avril 2012, le coût s'élevait à 76,75 \$ pour un utilisateur général et à 35,50 \$ pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Il n'y a pas de réduction pour les personnes prestataires de l'aide sociale.

Le coût du transport en commun pour une personne seule prestataire de l'aide sociale qui disposait de 655,10 \$ par mois représentait ainsi 12 % de son revenu.

Comme le coût des logements locatifs disponibles est élevé, beaucoup de personnes en situation de pauvreté consacrent davantage que 30 % de leur revenu pour se loger. Par conséquent, l'argent disponible pour s'alimenter est nécessairement réduit. Dans ces conditions, le montant

d'argent nécessaire pour se déplacer devient parfois tout simplement hors de portée, ainsi que celui lié aux autres dépenses considérées aussi comme essentielles.

FIGURE 7
LE BUDGET D'UNE PERSONNE PRESTATAIRE DE L'AIDE SOCIALE



Il manque **163,69\$** à cette personne pour qu'elle puisse se loger convenablement, se nourrir adéquatement et se déplacer. Et cela c'est sans compter qu'elle devra trouver de l'argent pour payer le chauffage, l'électricité, le téléphone, les articles et les accessoires d'ameublement, les vêtements et les chaussures, les frais de scolarité, les frais de garderie, les frais pour les soins personnels, les frais bancaires, les médicaments en vente libre, les soins dentaires, les lunettes, les assurances, les loisirs, les activités sportives, etc.

PARTIE 2 / SECTION 3

3.3 DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Un bref aperçu d'inégalités sociales de santé pour la région de la Capitale-Nationale

Les statistiques présentées dans cette section sont liées à des indicateurs de l'espérance de vie, de la mortalité, de la santé des nouveau-nés et de la santé autodéclarée. Elles montrent que la région de la Capitale-Nationale connaît d'importantes disparités de santé malgré une conjoncture économique privilégiée. Loin de fournir un portrait exhaustif des inégalités sociales de santé, cette sélection d'indicateurs illustre les impacts de la distribution inégale des déterminants sur l'état de santé de la population.

Pour la majorité des treize indicateurs retenus, la mesure des inégalités sociales de santé provient de leur croisement avec l'indice régional de défavorisation matérielle et sociale utilisé dans les banques de données du réseau de la santé et des services sociaux¹⁸. Les statistiques sont produites de manière à mesurer le désavantage des populations des territoires défavorisés comparativement aux populations des territoires favorisés. Les figures présentent les valeurs observées en termes de nombre d'années pour l'espérance de vie et de taux ou de proportions pour les autres indicateurs alors que le commentaire d'analyse précise l'écart entre les deux groupes comparés.

Les données sur l'espérance de vie à la naissance jouissent d'un traitement additionnel par une mesure provenant d'un croisement avec le territoire qu'il s'agisse de territoires sociosanitaires ou de découpages définis à une échelle microlocale.

Des indicateurs de l'état de santé révélateurs d'inégalités sociales de santé

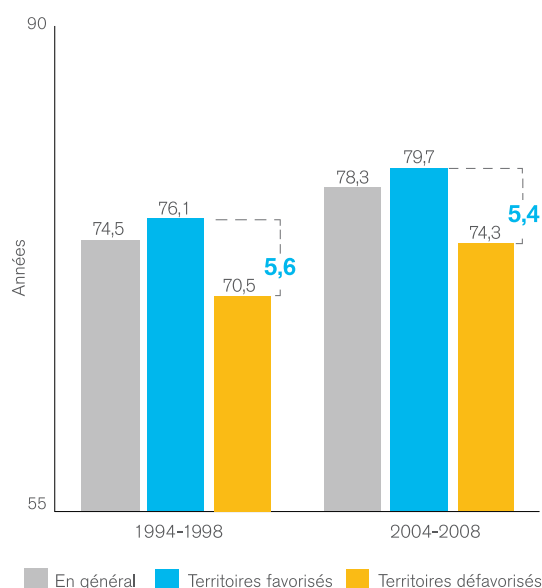
L'espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance est considérée comme une information synthétique de l'état de santé d'une population. L'indicateur est analysé sous une perspective temporelle couvrant une période de dix ans. Entre 1994-1998 et 2004-2008, la population régionale (sexes réunis) a gagné 2,8 années de longévité, passant de 78,2 ans à 81,0 ans.



18. Voir les détails sur les procédures de calcul dans l'annexe 2 : Méthodologie—Section 3.3.

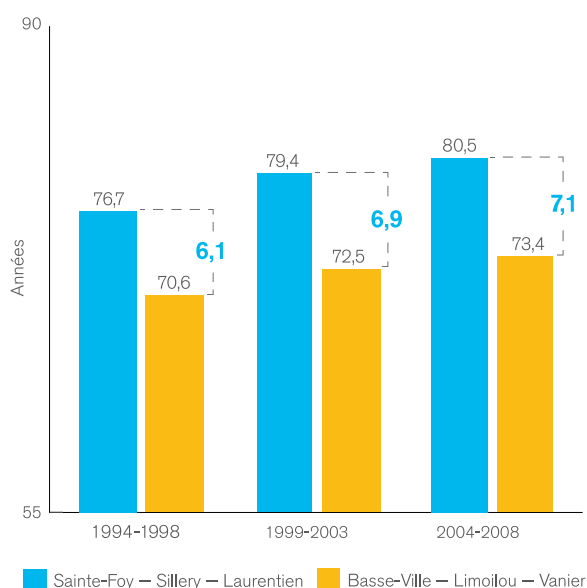
GRAPHIQUE 1
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE
POUR LES HOMMES SELON LE NIVEAU
DE LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE,
CAPITALE-NATIONALE, 1994-1998 ET 2004-2008



Source : INSPQ, 7 mai 2012.

Durant ces dix ans, tous les groupes d'hommes ont connu des gains substantiels de l'espérance de vie (graphique 1). Une telle progression généralisée s'accompagne cependant d'une persistance des inégalités. Pour 1994-1998, les hommes des territoires défavorisés vivaient en moyenne 4 ans de moins que la population masculine en général, mais l'écart avec leurs confrères des territoires favorisés se situait à 5,6 ans. Dix ans plus tard (2004-2008), le déficit se maintenait à 4 ans entre les groupes vivant en territoires défavorisés et la population masculine générale, mais l'écart avec les hommes des territoires favorisés était de 5,4 ans.

GRAPHIQUE 2
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE
POUR LES HOMMES SELON LE CLSC,
CAPITALE-NATIONALE, 1994-2008

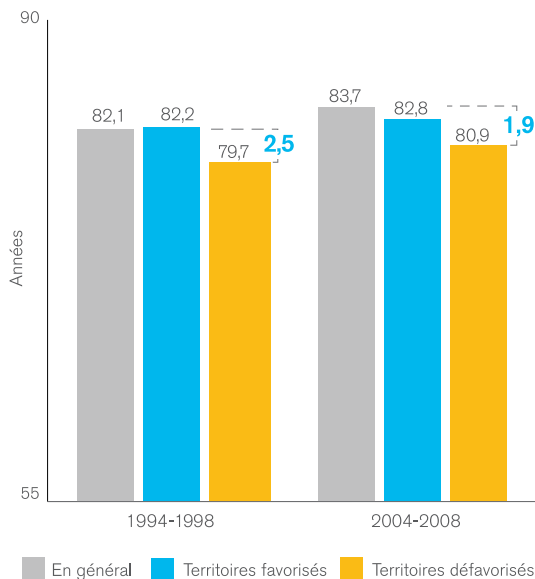


Source : Données extraites de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ le 23 juillet 2012.

Sous l'angle de l'analyse territoriale, deux territoires de CLSC de la Capitale-Nationale présentent les écarts les plus marqués de longévité chez les hommes (graphique 2). Comparativement à Sainte-Foy – Sillery – Laurentien, l'espérance de vie à la naissance chez les hommes de Basse-Ville – Limoilou – Vanier était inférieure de 6,1 années en 1994-1998, de 6,9 années en 1999-2003 et de 7,1 années en 2004-2008.

PARTIE 2 / SECTION 3

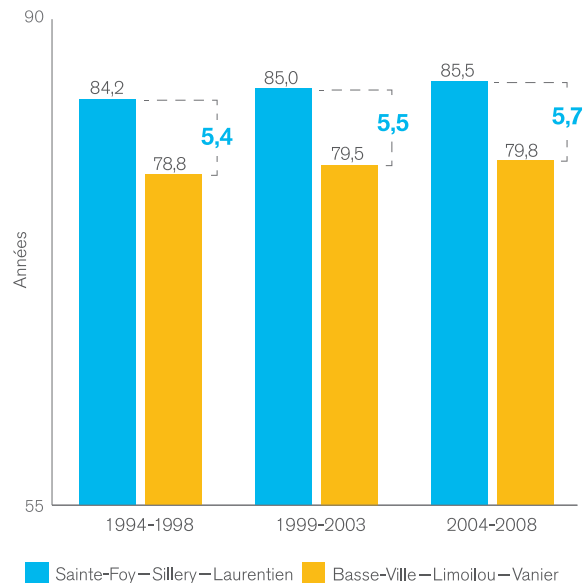
GRAPHIQUE 3
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE
POUR LES FEMMES SELON LE NIVEAU
DE LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE,
CAPITALE-NATIONALE, 1994-1998 ET 2004-2008



Source : INSPQ, 7 mai 2012.

Le même indicateur chez les femmes montre que les disparités sont moins prononcées entre les groupes (graphique 3). Toutes ont connu des gains pour l'espérance de vie entre les deux périodes malgré la persistance d'inégalités sociales de santé. En 1994-1998, les femmes des milieux défavorisés vivaient en moyenne 2,4 années de moins que les femmes en général. L'écart avec leurs consœurs des milieux favorisés était de 2,5 ans. En 2004-2008, l'écart avec les femmes en général est passé à 2,8 ans et l'écart avec les femmes favorisées est passé à 1,9 ans.

GRAPHIQUE 4
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE
POUR LES FEMMES SELON LE CLSC,
CAPITALE-NATIONALE, 1994-2008



Source : Données extraites de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ le 23 juillet 2012.

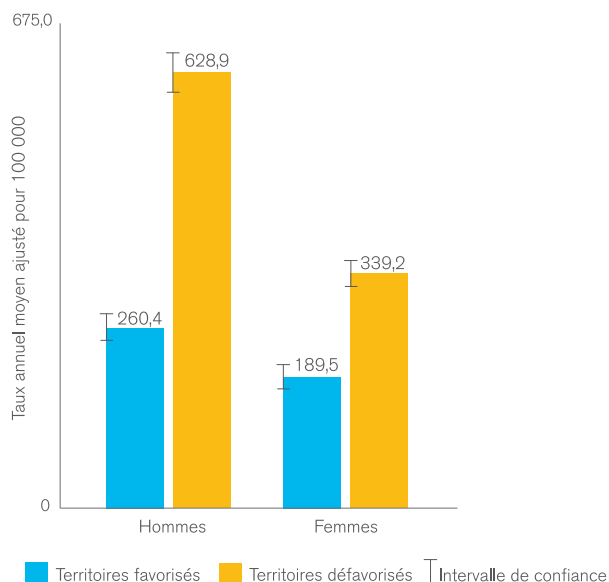
En considération du territoire de résidence, en 1994-1998, les femmes de Basse-Ville—Limoilou—Vanier vivaient en moyenne 5,4 années de moins que les femmes de Sainte-Foy—Sillery—Laurentien (graphique 4). En 1999-2003, l'écart était de 5,5 années et en 2004-2008, il était de 5,7 années.

La recherche menée par l'INSPQ (2008) dévoilait d'importantes inégalités sociales de santé à l'égard d'indicateurs similaires à ceux du présent rapport, et ce, entre des unités de voisinage. C'est ainsi qu'on apprenait que pour la période 1998-2002, l'espérance de vie à la naissance (sexes réunis) à l'intérieur de l'arrondissement du centre-ville de Québec variait entre 71,9 ans et 86,1 ans (écart de 14,2 années) selon les unités de voisinage, que pour l'arrondissement de banlieue, l'espérance de vie variait entre 77,9 ans et 83,7 ans (écart de 5,8 années) et que dans la zone rurale, le même indicateur se situait entre 76,6 ans et 83 ans (écart de 6,4 années).

La mortalité prématurée

Si l'espérance de vie est une donnée traditionnellement utilisée pour signaler des écarts de santé au sein d'une population, la mortalité prématurée constitue une mesure encore plus robuste des inégalités sociales de santé. Elle est mesurée ici par les décès survenus avant l'âge de 75 ans compte tenu de la longévité actuelle des hommes et des femmes.

GRAPHIQUE 5
MORTALITÉ AVANT 75 ANS SELON LE SEXE
ET SELON LE NIVEAU DE LA DÉFAVORISATION
MATÉRIELLE ET SOCIALE,
CAPITALE-NATIONALE, 2004-2008



Source : INSPQ, 7 mai 2012.

Note : Intervalle de confiance à 95 %.

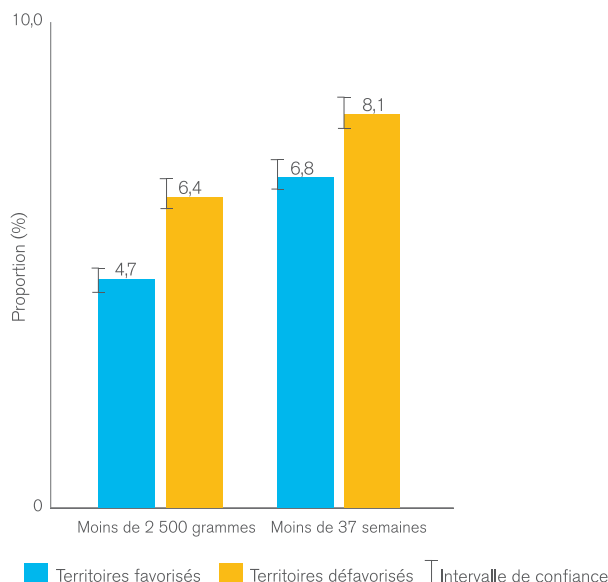
La mortalité prématurée présente des écarts importants entre les populations comparées (graphique 5). Pour la période 2004-2008, le taux de mortalité avant l'âge de 75 ans chez les hommes des territoires défavorisés atteint 2,4 fois le taux observé chez les hommes des milieux favorisés. Chez les femmes, le taux de mortalité des territoires défavorisés est 80 % plus élevé que le taux des milieux favorisés (1,8 fois).

Pour les données issues de la recherche universitaire (INSPQ, 2008), la mortalité prématurée définie par les décès survenus avant l'âge de 65 ans (sexes réunis) présentait aussi des écarts entre les unités de voisinage. En 1998-2002, pour l'arrondissement du centre-ville, la mortalité avant l'âge de 65 ans présentait une différence allant jusqu'à 2,4 fois entre les taux d'unités de voisinage. Pour l'arrondissement de banlieue, cet écart était de 2,2 fois et pour la zone rurale il était de 2,8 fois.

L'état de santé des nouveau-nés

Il est connu que les bébés qui naissent prématurément ou avec une insuffisance de poids courent un plus grand risque de connaître des problèmes de santé ou de développement assez rapidement ou plus tard au cours de leur vie.

GRAPHIQUE 6
NAISSANCES DE FAIBLE POIDS OU PRÉMATURÉES
SELON LE NIVEAU DE LA DÉFAVORISATION
MATÉRIELLE ET SOCIALE,
CAPITALE-NATIONALE, 2004-2008



Source : INSPQ, 7 mai 2012.

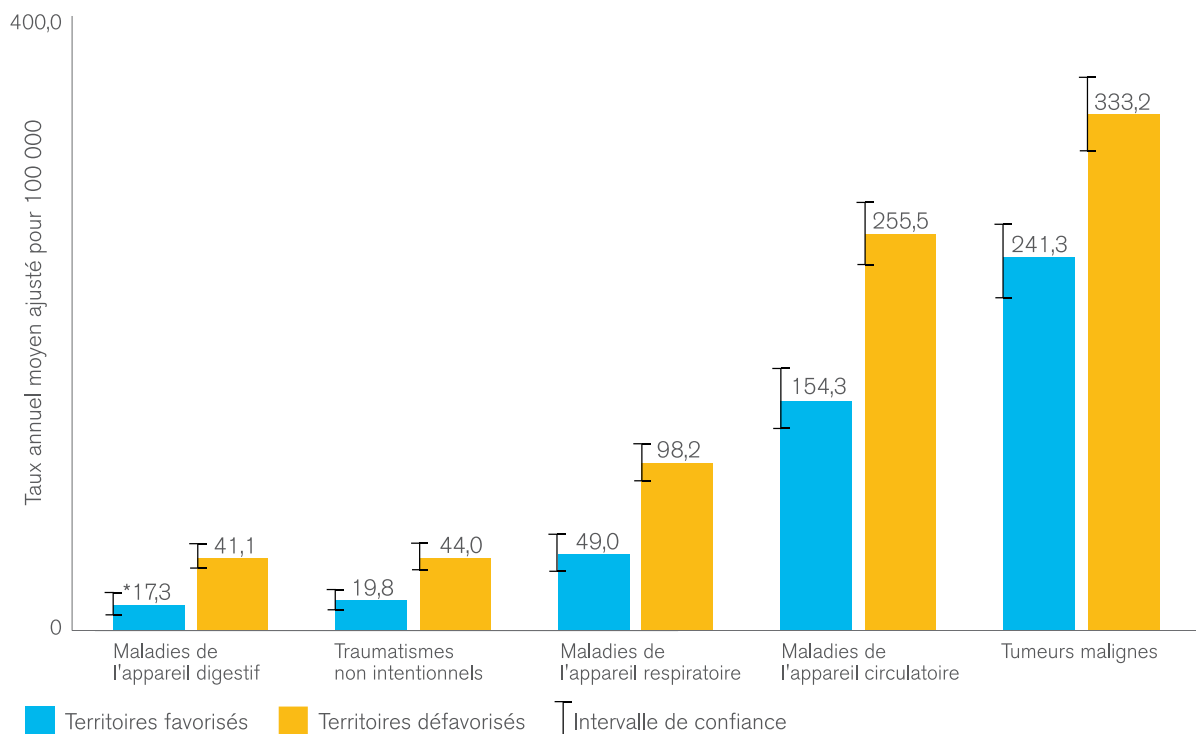
Note 1 : Intervalle de confiance à 95 %.

Note 2 : Pour les deux indicateurs, la différence est significative au seuil de 5 %.

Pour la période 2004-2008 (graphique 6), la proportion des naissances de faible poids (moins de 2 500 grammes) des milieux défavorisés est 40 % plus élevée que la proportion des milieux favorisés (1,4 fois). Pour les naissances prématurées (moins de 37 semaines de gestation), l'écart est un peu moins prononcé alors que la proportion des milieux défavorisés est 20 % plus élevée que la proportion des milieux favorisés (1,2 fois).

PARTIE 2 / SECTION 3

GRAPHIQUE 7
MORTALITÉ POUR LES HOMMES SELON CINQ CAUSES
ET SELON LE NIVEAU DE LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE,
CAPITALE-NATIONALE, 2004-2008



Source : INSPQ, 7 mai 2012.

* Donnée à interpréter avec prudence en raison du coefficient de variation.

Note 1 : Intervalle de confiance à 95 %. Test statistique au seuil 5 %.

Note 2 : Pour toutes les causes de mortalité chez les hommes, les écarts sont significatifs.

La mortalité selon des causes spécifiques¹⁹

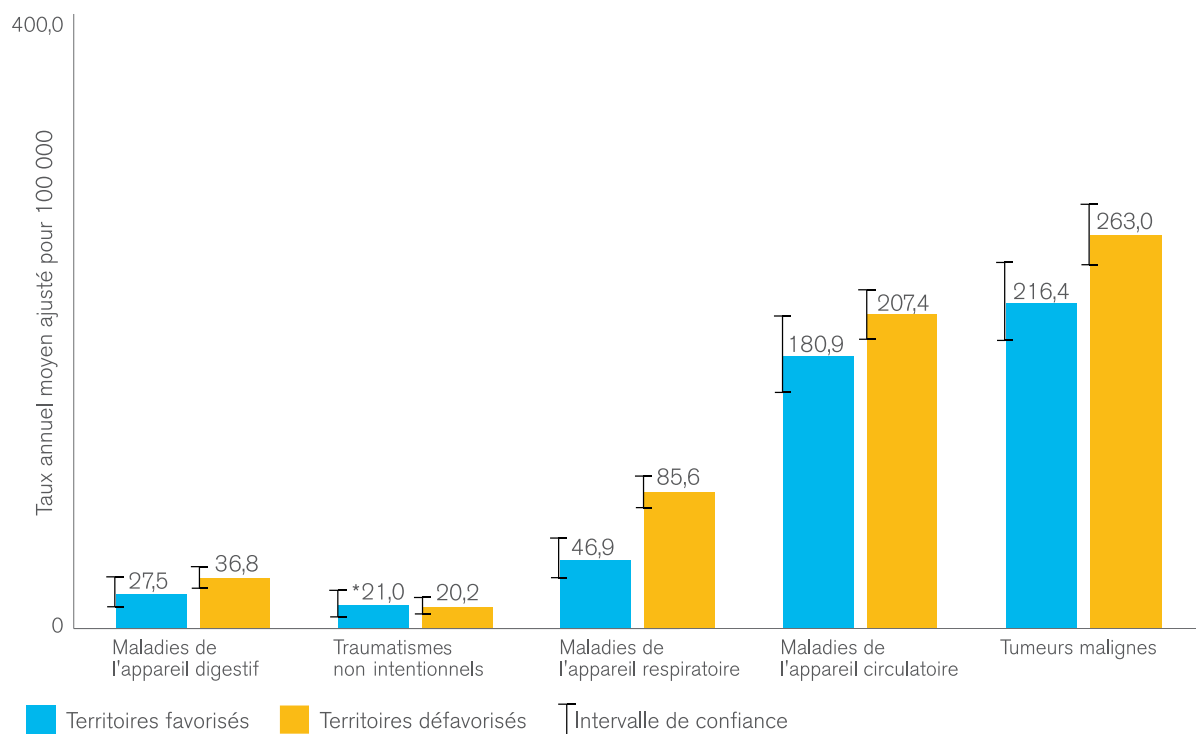
En 2004-2008 (graphique 7), pour les cinq causes de mortalité spécifique chez les hommes, les écarts les plus prononcés reviennent aux décès par maladies de l'appareil digestif alors que le taux chez les hommes des territoires défavorisés atteint 2,4 fois le taux des hommes des territoires favorisés. Pour les traumatismes non intentionnels, le taux en milieux défavorisés atteint 2,2 fois le taux des milieux favorisés. Pour les maladies de l'appareil respiratoire,

l'écart est de 2,0 fois (ou 100 % plus élevé). Pour les maladies de l'appareil circulatoire, le taux des milieux défavorisés est 70 % plus élevé que le taux des milieux favorisés (1,7 fois). Quant aux décès par cancers (tumeurs malignes), le taux chez les hommes des milieux défavorisés est 40 % plus élevé que le taux chez les hommes des milieux favorisés (1,4 fois)²⁰.

19. Les tumeurs malignes réfèrent à des cancers. Les cardiopathies ischémiques, les maladies hypertensives, les maladies cérébrovasculaires sont des exemples de maladies de l'appareil circulatoire. Les accidents de véhicules à moteur, les chutes, les brûlures, les intoxications sont des exemples de traumatismes non intentionnels. L'asthme et l'emphysème sont des exemples de maladies de l'appareil respiratoire. Les maladies de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum, du foie et de l'appendice représentent des exemples de maladies de l'appareil digestif.

20. Pour une analyse détaillée de l'impact de la défavorisation sur les cancers dans la région, voir *Le cancer dans la Capitale-Nationale : incidence et mortalité*, www.dspq.qc.ca/publications/RAP_Cancer_CN_Incidence_et_mortaliteWEB.pdf.

GRAPHIQUE 8
MORTALITÉ POUR LES FEMMES SELON CINQ CAUSES
ET SELON LE NIVEAU DE LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE,
CAPITALE-NATIONALE, 2004-2008



Source : INSPQ, 7 mai 2012.

*Donnée à interpréter avec prudence en raison du coefficient de variation.

Note 1 : Intervalle de confiance à 95 %. Test statistique au seuil 5 %.

Note 2 : À l'exception des décès par traumatismes non intentionnels, les écarts sont tous significatifs.

Pour la période 2004-2008 chez les femmes (graphique 8), les disparités les plus prononcées sont observées pour les décès par maladies de l'appareil respiratoire alors que le taux des territoires défavorisés est 80 % plus élevé que le taux des territoires favorisés (1,8 fois). Pour les décès par maladies de l'appareil digestif, le taux chez les femmes défavorisées est 30 % plus élevé (1,3 fois).

Pour les décès attribuables aux tumeurs malignes (cancers) et aux maladies de l'appareil circulatoire le taux est 20 % plus élevé (1,2 fois). Le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels est comparable entre les deux niveaux de défavorisation opposés.

PARTIE 2 / SECTION 3

La santé autodéclarée

Toutes les inégalités sociales de santé analysées précédemment sont tirées de grands fichiers administratifs où sont consignées les informations relatives aux naissances et aux décès. Les quatre prochaines données statistiques proviennent d'une enquête québécoise réalisée en 2008 où la population régionale a elle-même déclaré des informations sur son état de santé.

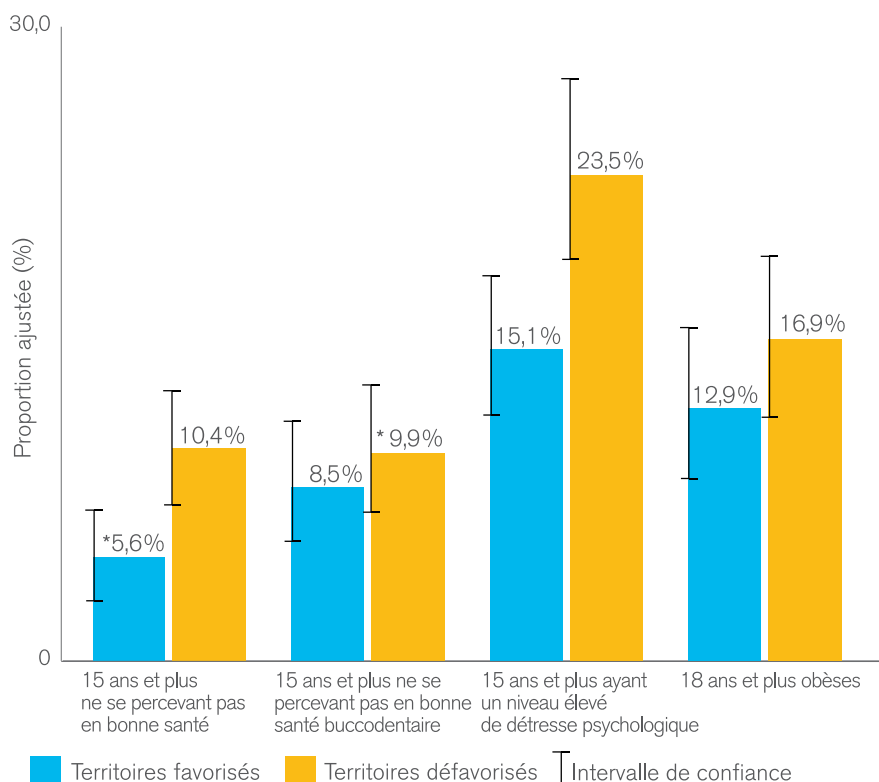
En 2008, la proportion de personnes de 15 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé sur les territoires défavorisés (graphique 9) est 90 % plus élevée que la proportion des territoires favorisés de la Capitale-Nationale (1,9 fois). La perception négative de la santé réunit deux catégories de réponse à cette question lors d'enquêtes : «santé passable ou mauvaise». On considère généralement que les répondants ayant signalé ces choix de réponse présentent effectivement des problèmes de santé.

En 2008, la proportion de la population de 15 ans et plus ayant un niveau élevé de détresse psychologique en milieux défavorisés est 60 % plus élevée que celle observée dans les milieux favorisés (1,6 fois). L'indicateur qui signale un niveau élevé de détresse psychologique obtenu par enquêtes ne constitue pas une mesure clinique de santé mentale. Il permet toutefois de mesurer quelle est la proportion de la population se situant dans le haut de l'échelle de détresse et étant ainsi à risque de vivre des troubles de l'humeur ou d'anxiété.

Quant à la proportion de la population de 15 ans et plus ayant une mauvaise perception de la santé buccodentaire et de la proportion des 18 ans et plus obèses en 2008, les résultats des tests statistiques ne permettent pas de quantifier les écarts au niveau régional. Toutefois, les données pour l'ensemble du Québec confirment les disparités.

GRAPHIQUE 9

SANTÉ AUTODÉCLARÉE SELON LE NIVEAU DE LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE, CAPITALE-NATIONALE, 2008



Source : Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2008. Données extraites de l'onglet Plan commun de surveillance (PCS) de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ. * Donnée à interpréter avec prudence en raison du coefficient de variation. Note 1 : Intervalle de confiance à 95 %. Test statistique au seuil de 5 %. Note 2 : Pour les 15 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé et les 15 ans et plus ayant un niveau élevé de détresse psychologique, les écarts sont statistiquement significatifs. Pour les 15 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire et pour les 18 ans et plus obèses, il n'y a pas d'écarts statistiquement significatifs.



DES DIFFÉRENCES DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES DE LA RÉGION

Dans la région de la Capitale-Nationale, comme ailleurs au Québec et dans les pays industrialisés, les hommes ont une espérance de vie inférieure à celle des femmes, soit 78,4 ans pour les hommes au cours de la période 2005-2008 comparativement à 83,5 ans pour les femmes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Cette différence de cinq ans est attribuable à la surmortalité des hommes liée aux maladies de l'appareil circulatoire, aux cancers et aux décès accidentels. Au cours des deux dernières décennies, on note toutefois une réduction de l'écart de l'espérance de vie entre les sexes (Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, 2008).

De plus, dans la région, bien que la prévalence des idées suicidaires soit comparable chez les deux sexes en 2008, les décès par suicide étaient beaucoup plus fréquents chez les hommes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). En effet, pour la période 2005 à 2008, le taux de mortalité par suicide s'élevait à 26 sur 100 000 chez les hommes comparativement à 8,8 sur 100 000 chez les femmes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011).

Comparativement aux femmes, les hommes de la région bénéficient de moins de services adaptés à leurs besoins.

D'autres problèmes de santé touchent plus souvent les femmes que les hommes. C'est le cas de plusieurs maladies chroniques comme la migraine, l'asthme, l'arthrite, les problèmes de la thyroïde et l'hyper-tension qui n'entraînent pas nécessairement un risque de décès, mais plutôt des limitations fonctionnelles (Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, 2008). Les femmes sont aussi plus nombreuses que les hommes à être victimes de violence conjugale. En 2006, 1 253 femmes ont signalé avoir été victimes de violence conjugale dans la région comparativement à 205 hommes (Conseil du statut de la femme, 2010).

Par ailleurs, les femmes utilisent davantage les services de santé tout au long de leur vie en lien notamment avec la contraception, la maternité, le suivi des enfants et une attention plus grande accordée à leur corps (Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, 2008).

Les inégalités de santé entre les femmes et les hommes résultent de facteurs biologiques liés au sexe, mais aussi de facteurs sociaux liés à la manière dont la société socialise différemment les femmes et les hommes au regard de normes liées à la féminité et à la masculinité (Potvin et Frohlich, 1998; De Koninck, 2002; Sen *et al.*, 2007; Östlin *et al.*, 2007). Ces normes définissent des rôles, des responsabilités et des pratiques différentes pour les femmes et pour les hommes (De Koninck, 2002; Santé Canada, 2003; Östlin *et al.*, 2007). Elles entraînent une division du travail et du pouvoir selon le sexe ce qui influence grandement les conditions de vie des femmes et des hommes (Potvin et Frohlich, 1998; Sen *et al.*, 2007).

En somme, les inégalités sociales entre les femmes et les hommes de la région entraînent des conditions de vie moins bonnes pour les femmes qui affectent négativement la santé des femmes, mais aussi celle des hommes. On constate que les conditions de vie touchent différemment la santé des femmes et des hommes, tout en occasionnant des effets délétères chez les deux (Sen *et al.*, 2007). La surmortalité des hommes liée aux maladies de l'appareil circulatoire, aux cancers et aux décès accidentels et les limitations fonctionnelles liées à diverses maladies chroniques qui touchent davantage les femmes reflètent largement les conditions de travail distinctes entre les femmes et les hommes et leurs conditions de vie plus générales.



SECTION 4

L'EXPÉRIENCE DE CITOYENS
EN SITUATION DE PAUVRETÉ



SECTION 4

L'EXPÉRIENCE DE CITOYENS EN SITUATION DE PAUVRETÉ

4.1 LES INÉGALITÉS SOCIALES ET LES PROCESSUS D'EXCLUSION À L'ŒUVRE

Les groupes de discussion menés auprès de personnes en situation de pauvreté dans la région de la Capitale-Nationale (Québec, Charlevoix et Portneuf) montrent que les inégalités sociales se vivent au jour le jour à travers des processus d'exclusion qui surviennent dans différents milieux de leur vie quotidienne.

D'abord, au sein de leur famille, plusieurs personnes en situation de pauvreté se sentent à part d'autres membres qui ont mieux réussi professionnellement. Par le thème des sujets discutés, par le vocabulaire utilisé et par des questions qui leur sont posées sur leurs projets et leur avenir, elles se sentent mises à l'écart des conversations générales qui portent souvent sur la maison, le travail, les réussites, les voyages, les projets d'avenir. Comparativement aux autres membres de leur famille, elles se sentent parfois peu considérées, inférieures et peu utiles.

« Dans ma famille, les gens ont réussi dans la vie. Puis, je suis bien contente pour eux autres. Mais ça ne m'enlève pas, je me sens comme inférieure. On me le fait sentir : "Ah, non, tu n'es pas allée en France, quand est-ce que tu vas y aller ? Ah, mais pourquoi tu ne t'achètes pas une maison ?" C'est dur de vieillir de même. T'sais, je me sens inutile face à des commentaires comme ça, puis diminuée, amoindrie » (résidente de Québec).

« Ça nous affecte, c'est pas bon. Parce que regarde, moi, j'en ai trois qui sont mariés dans ma famille. Ils ont des enfants, des petits-enfants, ils ont tous une grosse cabane, la grosse maison, les gros chars. Tu te tasses, moi je me suis tassée, t'sais. Vois-tu, parce que dans leur conversation quand on avait des réunions de famille, les trois qui étaient mariés, bien, ils parlaient de leur travail, de haut standing. Ils travaillaient, ils parlaient de leurs enfants. Nous autres, on n'a pas d'enfant, on n'a pas de haut standing. Fait que le vocabulaire n'est pas le même, malgré qu'on a été élevé dans la même famille » (résidente de Portneuf).

Ces personnes ressentent parfois beaucoup de pression de la part de leurs proches, que ce soit de la part de leurs enfants, de leurs parents, de leurs frères et sœurs, des membres de leur belle-famille qui ne comprennent pas leur situation et qui les incitent à se trouver un emploi. Ces relations marquées par des incompréhensions et des tensions peuvent entraîner une distanciation progressive envers certains membres de leur famille.

Lorsqu'elles se retrouvent en situation de pauvreté, plusieurs personnes perdent des amis. Elles ne peuvent plus mener les mêmes activités qu'auparavant en raison du manque d'argent pour se déplacer et pour s'offrir différentes activités. Aux yeux des autres, elles ont l'impression de devenir moins intéressantes. Comme au sein de leur famille, elles se sentent le plus souvent à part des échanges qui se font dans les cercles d'amis, et certains amis vont les critiquer ouvertement parce qu'elles n'ont plus d'emploi.

« Tu es sur l'aide sociale. Woups ! Bien là, woups, woups, woups ! Tu te revires de bord là, tu en as une amie. Les autres, elles ont toutes...bye bye ! Là, tu n'es plus intéressante. Pourtant, tu es la même personne, tu n'as pas changé. C'est toute la situation entière qui a changé. Ton mode de vie, tu ne peux plus suivre les autres. Viens-tu magasiner ? Bien là, tu ne peux plus y aller, tu n'as plus d'argent. Viens-tu au restaurant ? Bien là, tu ne peux plus y aller, parce qu'après, tu n'es plus capable de suivre personne. Fait que là, regarde, tu n'es plus intéressante » (résidente de Portneuf).

La recherche d'un **logement** s'avère en général difficile, car la majorité des propriétaires ne souhaite pas louer leur appartement aux personnes qui n'ont pas d'emploi. De mauvaises expériences antérieures renforcent souvent leur manque de confiance. Ainsi, les personnes sans emploi se voient refuser des logements ou des chambres dans certains quartiers de la ville de Québec. Certains propriétaires vont leur exiger de payer leur loyer à l'avance.

Le **milieu scolaire** est considéré comme un lieu difficile pour les jeunes et les adultes en situation de pauvreté. Au niveau secondaire, certains jeunes qui ont peu de moyens financiers se font critiquer, se font insulter et sont rejetés de leur groupe d'amis.

« Toute l'école était au courant. C'était moins le fun un peu, parce que le monde il nous gardait un peu à l'écart. Fait que c'était pas mal dur. Je suis devenu un peu agressif dans ce temps-là. Parce que c'était du rejet. Fait que moi, ça me faisait de l'agressivité. Mes amis les plus proches que j'avais, ils se sont virés contre moi, à cause que je n'avais plus une cenne, puis qu'avant, j'étais plein aux as, [...] j'avais juste ce manteau-là avant [...]. J'achetais des paires de pantalons à 75 piastres, puis tout ça. Fait que là, j'étais retombé. Mes amis, j'ai vu que je n'avais pas de vrais amis parce que je suis tombé, je ne m'habillais plus bien » (résident de Portneuf).

Pour certaines personnes, les relations avec le **voisinage** s'avèrent particulièrement tendues. Certains voisins lancent des insultes, d'autres vont même jusqu'à poser des gestes offensants envers les personnes qui vivent sur l'aide sociale, comme cracher devant leur porte ou sur leurs fenêtres.

« Je l'ai entendu le monsieur d'à côté la traiter de trou de cul de BS, de grosse vache, je te fais vivre ma câlisse [...]. Puis, tu te dis : "Hey ! Ça se peut-tu ? Ça se peut-tu ?" Ça ne se peut pas vivre ça. Mais oui ! » (résidente de Portneuf).

Plusieurs personnes en situation de pauvreté se sentent malvenues dans **les restaurants et les bars**, surtout durant la période touristique. Parce qu'elles sont mal habillées et qu'elles vont vraisemblablement peu consommer, certains serveurs les invitent à quitter.

« On ne veut pas te voir. Ça, ça en est de la discrimination. Ça, je pense que tout le monde le vit dans les restos-bars [...]. Ils te regardent, puis là, t'sais : "Sors d'ici." Là, tu es affichée. Tu te sens regardée, puis là tu te dis, bon, je n'ai pas des vêtements de 50 piastres. Je ne m'habille pas à telle place. Je n'ai pas d'argent. Je ne fais plus partie de la game. C'est un sentiment de rejet social » (résidente de Charlevoix).

Dans certaines **coopératives d'habitation**, les personnes en situation de pauvreté se font insulter et se font mettre à l'écart de diverses décisions, sous prétexte qu'elles paient leur loyer moins cher que les autres.

« J'entends souvent des drôles de commentaires aussi dans la coop, ce n'est pas toujours rose. Il y a des gens qui nous appellent les HLM, à l'intérieur même des coops. Pourtant, on est dans la même coop. On se fait dire qu'on vit dans un HLM » (résident de Québec).

« T'sais, c'est comme si on était un sous-citoyen » (résident de Québec).

Les personnes qui ont recours aux prestations de l'**aide sociale** rapportent vivre de la discrimination par certains agents, par les normes et par les pratiques existantes. D'abord, l'obtention de l'aide sociale est décrite comme ardue parce qu'elle exige d'effectuer de multiples démarches et de fournir différents documents à l'appui. Ceci a pour effet de retarder l'obtention du premier chèque et aussi de freiner certaines tentatives de retour au travail dans des emplois précaires, parce que cela nécessiterait en cas de perte d'emploi de reprendre toutes les démarches et de vivre encore quelques semaines sans aucun revenu.

PARTIE 2 / SECTION 4

On y dénonce les règles très strictes qui font en sorte que plusieurs prestataires se trouvent à enfreindre ces règles sans se sentir malhonnêtes en soi, par exemple le fait d'avoir travaillé au noir pour pouvoir survivre durant le mois, le fait d'avoir travaillé quelques semaines sans déclarer l'argent obtenu parce que l'emploi était de courte durée, le fait d'avoir vécu avec une autre personne quelques mois, le fait d'avoir quitté le pays quelques semaines. Les remises de dettes font en sorte que pendant plusieurs semaines, mois ou années, les prestataires reçoivent moins que l'aide financière de dernier recours normalement accordée.

Certains déplorent les pratiques de surveillance qui y seraient réalisées donnant l'impression d'une violation de la vie intime et privée.

Finalement, les personnes rencontrées décrivent les bureaux de l'aide sociale comme étant un lieu où elles ressentent beaucoup de discrimination parce qu'elles ont l'impression de ne pas jouir des mêmes droits que les autres citoyens comme le droit à une vie privée, le droit aux loisirs, le droit de ramasser de l'argent en cas de nécessité.

« *Ils nous traitent comme si on était des gens qui sont, qui ne sont pas honnêtes, mais en fait quand même qu'on se ramasse de l'argent, ça veut pas dire qu'on est malhonnête ça. Si on a des besoins futurs, pour s'acheter quelque chose, faire réparer quelque chose ou faire. Puis, c'est ça, moi je trouve que l'inégalité est aussi au point de vue du gouvernement. C'est très complexe parce qu'ils nous traitent comme si on était des numéros, puis des numéros qui sont, qui ne valent pas la peine qu'on en parle* (résident de Charlevoix). »

Les personnes en situation de pauvreté se sentent jugées dans la **société** en général et elles se sentent traitées différemment des autres. Elles soulignent qu'on les considère le plus souvent comme des personnes paresseuses, lâches et malhonnêtes qui vivent aux dépens des autres. Elles se sentent souvent inférieures, peu utiles et à part des autres.

« *Tu as deux bras, tu as deux jambes, tu as une tête. Comment ça se fait qu'elle ne travaille pas. C'est mal vu de ne pas travailler. C'est très mal vu. Je me fais juger beaucoup pour ça. Énormément. Il y a beaucoup de jugement face à ça* (résidente de Portneuf). »

« *Parce qu'eux autres, ils ont de l'argent, puis ils gagnent de l'argent. Alors, nous autres, on n'est pas égal aux travailleurs. T'sais, on est presque rien* (résident de Québec). »

À Charlevoix comme à Portneuf, on indique qu'il est particulièrement difficile de vivre dans les petites localités parce que les personnes en situation de pauvreté sont connues de tous ainsi que leur situation personnelle. Toutefois, on souligne qu'il existe beaucoup de soutien, de solidarité et d'entraide dans certaines petites localités, ce qu'on retrouve parfois moins facilement au sein des grandes villes.



Photo : Shelley-Rose Hyppolite

4.2 LES EFFETS SUR LES CONDITIONS DE VIE

Pour les personnes en situation de pauvreté, s'alimenter demeure une préoccupation quotidienne. Elles soulignent que le montant d'argent qu'elles reçoivent par le Programme d'aide sociale s'avère insuffisant pour assurer une alimentation variée et en quantité suffisante pour combler les besoins de tous les membres de la famille. D'autant plus que le montant d'argent consacré à l'épicerie est variable, car il est déterminé en fonction de l'argent qui reste après avoir assuré le paiement du loyer, de l'électricité, du téléphone et des autres dépenses nécessaires durant le mois. Ainsi, plusieurs personnes ne mangent pas à leur faim et sautent des repas durant la journée.

« *T'sais, il y a des années dans ma vie, je faisais l'épicerie avec 30 piastres par mois. Pas pendant une semaine, pour un mois. J'ai vécu ça. Mais là je mangeais des pâtes, du riz, puis des omelettes, des grilled cheese. Moi, je payais mon loyer, moi je suis une fille que le loyer, le téléphone, l'électricité, puis s'il en reste pour l'épicerie, on fait l'épicerie* (résidente de Portneuf). »

Plusieurs ont recours à des distributions d'aide alimentaire dans des organismes communautaires ou caritatifs. La quantité d'aliments reçus s'avère le plus souvent variable et la qualité laisse parfois à désirer. Certaines personnes vont dans des cuisines collectives, décrites comme des lieux où l'on peut cuisiner de la nourriture à bon marché et de bonne qualité.

Assurer l'alimentation pour le mois est décrit comme un stress quotidien nécessitant de compter et de jongler avec les sous chaque jour. Faire l'épicerie est décrit comme une activité stressante, car les personnes en situation de pauvreté doivent compter et calculer pour arriver à un montant qui ne dépasse pas l'argent dont elles disposent. Le recours à des coupons, des billets ou des bons alimentaires à l'épicerie est aussi décrit comme gênant et honteux, tout comme le recours à des distributions d'aide alimentaire.

« *Des fois, ça me prenait deux ou trois jours. Comme je disais tantôt, ils me donnaient un coupon pour aller me chercher du manger. Puis, en même temps, tabaslack, j'aurais rentré en dessous du plancher* (résident de Charlevoix). »

Un lieu pour se loger apparaît prioritaire pour les personnes en situation de pauvreté, que ce soit un gîte, une chambre, une habitation à loyer modique, une coopérative d'habitation ou un logement régulier. Toutefois, chacun de ces lieux présente des difficultés. Les gîtes avec repas s'avèrent parfois cher, les chambres nécessitent de partager avec plusieurs personnes des salles communes comme la salle de bain, les habitations à loyer modique font l'objet de préjugés, les logements réguliers nécessitent de se meubler et finalement, au sein des coopératives, les personnes vivant de l'aide sociale sont parfois discriminées parce qu'elles paient moins cher leur loyer.

Pour plusieurs, les conditions de logement sont souvent médiocres, offrant des espaces restreints et un milieu parfois insalubre.

« *Moi, j'ai un logement, puis je le déteste. Je déteste où est-ce que je demeure. Mais à cause du manque d'argent. Puis, il faut que je paie le loyer, l'électricité, le chauffage, le téléphone, le câble. Où je demeure, on est obligé d'avoir le câble sinon on n'a pas de poste. Là, j'abandonne le câble pour le 30 novembre parce que là, il faut que je coupe. Je ne paie pas cher, mais j'en ai pour mon argent. Mais t'sais c'est parce que ce n'est pas isolé où est-ce que je suis. T'sais, moi, je suis une fille de campagne, j'aime le bois, j'aime la nature. Je capote. Puis là, je vis collée, collée. Puis moi, je suis une fille qui aime la vie, qui aime les gens. Puis, c'est très négatif le milieu où je suis. Il y a beaucoup de violence conjugale. C'est écho, c'est écho, c'est écho. Les planchers craquent de partout, tout est croche, puis il y a bien des affaires. Mais, en tout cas, je remercie le bon Dieu pareil d'avoir un toit sur la tête, puis tout* (résidente de Portneuf). »

Plusieurs personnes en situation de pauvreté ne sont pas sur le marché du travail et déplorent le fait qu'il est extrêmement difficile de se trouver un emploi. La présence d'une maladie limite parfois leur possibilité d'assurer une présence quotidienne au travail et leur capacité de travailler de longues heures. Lorsqu'elles réussissent à se trouver un emploi, il s'agit le plus souvent d'un emploi précaire et peu valorisé à partir duquel elles seront très souvent mises à pied pour se voir encore obligées de vivre de l'aide sociale.

PARTIE 2 / SECTION 4

« *Tu n'es pas président de la compagnie. Tu fais le ménage. Tu fais la job que les autres ne veulent pas. Pis, tu fais la job que tu vas être clairé dans trois mois. Fait que veux, veux pas, tu es précaire. Le jour où tu n'es plus employé, tu retournes sur l'aide sociale. Là, c'est comme si tu avais fait un vol de banque* (résident de la ville de Québec). »

Les personnes en situation de pauvreté déplorent le peu d'accès aux **moyens de transport** pour les activités quotidiennes et les loisirs. Très souvent, elles se déplacent à pied. Certaines personnes peuvent bénéficier d'un transport effectué par un ami ou un membre de leur famille. Le transport en commun a un coût qui s'avère parfois inaccessible. Plusieurs ne disposent pas de voiture. Le taxi est beaucoup trop cher. Des transports communautaires existent dans certaines localités, mais ils desservent une clientèle généralement bien précise comme des personnes prestataires de l'aide sociale qui présentent des problèmes de santé.

Si le transport en commun est déficient dans plusieurs quartiers éloignés du centre-ville de Québec, le problème s'avère majeur pour les résidents des localités qui se trouvent à l'extérieur de la ville. Le manque d'accès à un moyen de transport rend compliqués certains déplacements pourtant essentiels et contribue à l'isolement des personnes.

« *Ah, moi, je me suis retiré par moi-même de mes amis parce que je n'ai plus d'auto. J'avais mon char depuis que j'ai 16 ans. Puis ça fait 4 mois que je n'ai plus de char. À Montréal, ce n'est pas pire de ne pas avoir de char. On s'en fout. Mais quand il n'y a quasiment pas de char. T'sais juste vouloir aller faire ton épicerie, c'est long. Juste vouloir aller voir des amis, c'est long [...]. Puis je ne sais pas, je m'ennuie d'avoir moins de transport [...]. Je suis tout le temps tout seul, je m'ennuie pas mal* (résident de Portneuf). »

De manière générale, les personnes en situation de pauvreté ont peu de **loisirs** même si elles les considèrent comme un besoin essentiel. Elles n'ont pas suffisamment d'argent pour s'offrir une activité ou pour pouvoir se déplacer.

Dans les quartiers et les régions plus éloignés du centre-ville, la difficulté de se trouver un moyen de transport réduit considérablement l'accès à différents loisirs ou divertissements qui se trouvent en région ou en ville.

À l'occasion, certains vont économiser durant plusieurs mois ou encore vont couper dans les autres dépenses pour payer une sortie planifiée à leurs enfants dans le cadre scolaire

ou pour s'offrir une sortie spéciale. Certaines personnes assistent à des spectacles ou participent à des activités qui sont offerts gratuitement.

« *Donne-moi z'en gratuitement. Sinon, c'est sûr que je n'y vais pas. Moi, je ne peux pas* (résidente de Charlevoix). »

« *Ah! Bien c'est sûr quand le budget est petit, pour ne pas dire inexistant, c'est difficile d'avoir des loisirs. T'sais comme là, je vais au Capitole vendredi. J'économise depuis le mois de novembre, un petit montant. Tu es obligé de faire ça, de couper ailleurs. Mais le loisir, c'est une nécessité comme bien manger, bien dormir, bien se loger. Pour la santé mentale, c'est essentiel* (résidente de Québec). »

Le manque d'argent empêche la réalisation de certaines activités et limite les déplacements. De plus, les situations de mise à l'écart qui se manifestent au sein des familles et des groupes d'amis conduisent le plus souvent à un isolement progressif des personnes qui vivent en situation de pauvreté. Les enfants qui demeurent dans des familles en situation de pauvreté peuvent également vivre de l'isolement. Ils sont parfois contraints de refuser des invitations ou des sorties par manque d'argent ou contraints de restreindre les invitations d'amis à leur domicile pour ne pas qu'ils épuisent les réserves de nourriture et qu'ils voient dans quel environnement ils vivent.

Les personnes en situation de pauvreté signalent qu'elles n'ont pas accès à différents services de santé qui ne sont pas assurés parce qu'elles n'ont pas les moyens financiers. Par exemple, on souligne que certains services dentaires et des services liés à la correction de la vue ne sont pas couverts.

On signale également l'absence de certains services et de professionnels de la santé en milieu rural ce qui entrave leur accès aux services médicaux qui leur sont nécessaires.

Par ailleurs, d'autres éléments compliquent leur accès aux services de santé comme l'absence de moyen de transport pour ceux qui habitent en région, la difficulté ou l'impossibilité de défrayer les frais de transport pour se rendre aux institutions de santé, l'absence de personne pouvant assurer la garde des enfants ou l'impossibilité de payer les frais qui y sont reliés.

On déplore le changement fréquent des professionnels de la santé qui limite grandement l'établissement d'une relation de confiance.

4.3 LES EFFETS SUR LEUR SANTÉ

Les personnes en situation de pauvreté perçoivent des effets sur leur santé mentale.

« D'abord, quand on est pauvre, on s'alimente mal, on est plus sujet aux maladies physiques. Puis, vivre avec du mépris comme ça, puis du dédain, entouré de préjugés, c'est dur pour la santé mentale, c'est très dur. Il faut être fort. Puis, souvent moi j'ai demandé de l'aide parce que c'est trop dur. Puis, tu es toujours en train de te justifier, te défendre tout le temps. On gaspille une énergie folle. Fait que c'est malsain (résidente de Québec). »

Elles décrivent leur quotidien comme un **stress** continuuel où elles doivent compter leur argent tous les jours, calculer leurs dépenses, jongler avec les maigres possibilités.

« Bien, c'est toujours calculé. Il faut que tu paies les bases : ton logement, ton téléphone. C'est toujours le stress de comment il va te rester par mois. C'est tout le temps ça (résident de Charlevoix). »

« Parce que moi je suis insécure financièrement, puis quand arrive le jour de ma paie, il me reste 25 cents. Fait que là je suis tout le temps sur le stress [...]. On dirait que je suis toujours en survie. C'est tout le temps un instinct de survie. Fait que ça devient épuisant (résidente de Charlevoix). »

Certains ressentent beaucoup de colère et de frustrations devant l'impossibilité de se sortir de leur situation malgré leurs efforts et les démarches réalisées. Plusieurs éprouvent des difficultés importantes à dormir la nuit, ce qui accentue souvent une **fatigue** journalière.

Progressivement, elles **perdent confiance** en leurs propres capacités. Elles ne se sentent plus valorisées et perdent toute estime d'elle-même. Elles perdent également espoir d'améliorer leur situation et des **symptômes dépressifs** apparaissent et s'installent. Les **idées suicidaires** surviennent fréquemment.

« Puis, il a fallu que je m'enfonce tellement que j'aille voir le bien-être social. J'ai eu tellement honte ! Tellement honte ! Puis là, c'est comme si j'ai descendu de mon piédestal (résident de Charlevoix). »

« Sur le mental, parce que tu te sens rejetée, tu te sens abaissée, tu te sens moins que rien. C'est tough pour le mental (résidente de Québec). »

« Tu te sens comme un ver de terre. Tu n'es plus rien (résidente de Charlevoix). »

« Parce que quand j'étais sur le marché du travail, j'avais une assurance que je n'ai plus aujourd'hui. J'avais une confiance que je n'ai plus aujourd'hui. Puis, j'avais une estime que je n'ai plus aujourd'hui (résidente de Portneuf). »

Par ailleurs, certaines personnes soulignent que la pauvreté peut engendrer plus de **violence**, plus de **criminalité** et plus de **recours aux drogues**.



SECTION 5

L'EXPÉRIENCE D'AUTRES CITOYENS
QUI VIVENT DE L'EXCLUSION



SECTION 5

L'EXPÉRIENCE D'AUTRES CITOYENS QUI VIVENT DE L'EXCLUSION

5.1 LES INÉGALITÉS SOCIALES ET LES PROCESSUS D'EXCLUSION À L'ŒUVRE

Les groupes de discussion menés auprès de personnes itinérantes, prostituées et toxicomanes, d'immigrants récents, de réfugiés, d'Autochtones vivant hors réserve, de personnes ayant une limitation fonctionnelle physique, de personnes ayant une limitation fonctionnelle intellectuelle, de personnes ayant un problème de santé mentale et de personnes faisant partie de la diversité sexuelle²¹ montrent que l'ensemble de ces groupes vit de l'exclusion sociale au quotidien dans différents milieux sociaux et à différents degrés.

Certaines personnes rapportent avoir de très bonnes relations avec des membres de leur famille auprès desquels elles se sentent acceptées et à l'aise. Toutefois, à l'exception des immigrants, des réfugiés et des Autochtones rencontrés, plusieurs personnes soulignent qu'elles ont peu de contacts avec les membres de leur famille.

Globalement, elles partagent le sentiment de ne pas être comprises. Plusieurs se sentent jugées parce qu'elles n'ont pas d'emploi : l'absence de travail étant perçue comme un signe de faiblesse, de lâcheté, de paresse, de manque de volonté, voire d'abus du système. D'autres se sentent jugées sur leurs comportements et leurs façons de vivre parce qu'elles sont sans-abri, parce qu'elles ont fait de la prostitution, parce qu'elles sont toxicomanes, parce qu'elles ont fait de la prison. Certaines personnes se sentent jugées en raison de leur orientation sexuelle considérée comme anormale.

« Les beaux-frères, les belles-sœurs, je le sens qu'ils me regardent de haut. Je le sens vraiment. T'sais, eux-autres, ils travaillent. J'ai beau avoir un diplôme de deuxième cycle, puis lui, il a un secondaire 5. Mais, t'sais lui, il travaille comme couvreur, il a son entreprise, il gagne je ne sais pas combien par année, peut-être 200 000 piastres par année. Mais lui, c'est quelqu'un, hein ! Parce que lui, il a une job puis il travaille, puis il fait la grosse affaire. Ça là, j'ai un petit peu de misère avec ça, même j'ai beaucoup de misère. Fait qu'il y a des gens comme ça là que j'ai comme. Je ne suis pas capable de les. T'sais, puis, j'ai vraiment l'impression qu'ils me regardent tellement de haut (citoyenne ayant un problème de santé mentale). »

« Ma mère travaille à l'Hôpital Saint-François d'Assise, puis il n'est pas question que j'aille faire un tour à son étage ou quoi que ce soit. C'est : "Tu t'en vas, moi, tu n'es plus ma fille, puis je ne te connais pas." (citoyenne en dynamique prostitutionnelle). »

« J'ai surtout peur de ma, la plus grande crainte que j'ai, c'est ma vieille, la plus vieille de mes sœurs. C'est de elle que j'ai peur (citoyen homosexuel). »

Certains considèrent que leur milieu familial est trop malsain pour y maintenir des liens parce qu'ils y ont été maltraités, agressés, battus, abusés.

Plusieurs personnes ayant une limitation fonctionnelle physique ou intellectuelle depuis la naissance mentionnent qu'elles ont le sentiment d'avoir été traitées différemment par les membres de leur famille. Elles ont le sentiment d'avoir été dévalorisées et dénigrées en raison de leur limitation.

21. On emploie l'expression *personnes faisant partie de la diversité sexuelle* pour désigner les personnes gais, lesbiennes, bisexuelles, bispirituelles, transgenres et transsexuelles.

Souvent comparées à leurs frères et sœurs, elles se sont senties moins utiles, moins appréciées et moins aimées dès leur plus jeune âge.

« *Moi, je dirais que c'est la pire place [la famille]. C'est là que la société commence. Puis, c'est là que ça accroche en premier [...]. En parlant de ma sœur, ils vont la vanter: "Elle fait du sport, c'est tu le fun! Elle, elle fait du sport."* (citoyenne ayant une limitation fonctionnelle physique). »

« *Chez ma vraie mère, mais quand mon frère, lui, bien, lui il avait de la viande, il avait des légumes. Mais moi, j'avais, je mangeais des sandwiches à la moutarde. Puis, elle me battait. Puis, les chums de ma mère, ils me violaient, fait que ma mère elle ne faisait rien. Puis, j'ai toujours resté en famille d'accueil, t'sais je veux dire jusqu'à aujourd'hui [...], mais ma mère puis mon père, ils ne faisaient rien, eux autres. Ils avaient de la viande, des légumes. Moi, je mangeais des biscuits ou des sandwiches à la moutarde* (citoyenne ayant une limitation fonctionnelle intellectuelle). »

Aux yeux de tous, les milieux scolaires et les institutions d'enseignement apparaissent comme des lieux où se vit beaucoup de stigmatisation en raison de l'origine ethnique, de l'orientation sexuelle ou de la présence de limitations fonctionnelles. On signale que les Autochtones, les immigrants, les réfugiés, les personnes faisant partie de la diversité sexuelle, les personnes ayant une limitation fonctionnelle physique, intellectuelle ou mentale sont souvent victimes de moquerie, de sarcasme, d'intimidation, de rejet, de violence et de discrimination de la part de certains professeurs.

« *Des fois, il y avait des batailles organisées. Eux autres, ils étaient peut-être 500. Ben 500, disons 80. Puis là, on était juste notre petite gang* (citoyen d'origine autochtone qui vit hors réserve). »

« *Il est venu faire ses études ici à la polyvalente parce que dans son coin, on se moquait de lui* (citoyen homosexuel). »

Par ailleurs, les personnes ayant une limitation fonctionnelle physique n'ont pas accès à différents services et sont exclues de plusieurs lieux qui ne sont pas adaptés physiquement.

« *Tout à l'heure à la machine à café. On se rendait compte que le distributeur pour mettre la monnaie, il est à peu près à cette hauteur-là. Là, on s'est dit: "Okay, les gens en chaise, ils n'ont pas le droit de prendre du café." T'sais, c'est ça!* (citoyenne ayant une limitation fonctionnelle physique). »

La recherche d'un logement s'avère généralement laborieuse. On soulève la présence de discrimination marquée de la part des propriétaires en raison de l'origine ethnique, de la présence d'une limitation fonctionnelle intellectuelle, de l'apparence et de la tenue vestimentaire. Plusieurs propriétaires vont refuser certains locataires. D'autres vont louer leur logement ou leur chambre sans faire signer un bail ce qui rend les locataires à la merci d'une expulsion sans préavis et sans remise d'argent. On ajoute que certains propriétaires augmentent les coûts du loyer pour les immigrants et les réfugiés non francophones ou analphabètes.

« *Bien comme je le disais tantôt, l'enquête de crédit. Il faut donner 20 ou 30 piastres pour qu'eux autres enquêtent sur toi pour savoir si ton crédit est bon. Puis, là, ils ne signent pas de bail. C'est au mois. Fait que si tu ne fais pas son affaire une semaine, il te calice dans les vidanges. Tu es parti!* (citoyen en situation d'itinérance). »

« *On n'a pas toujours beaucoup d'argent 580 \$. Tu donnes 350 \$ pour le loyer. Puis, il te crisse dehors une semaine après. Tu vas faire quoi? Là tu deviens agressif. Tu te ramasses en prison* (citoyen en situation d'itinérance). »

PARTIE 2 / SECTION 5

Pour les personnes sans domicile fixe, remplir une demande d'emploi est une tâche compliquée, car elles ne sont pas en mesure de laisser une adresse ou un numéro de téléphone pour être jointes. Pour les immigrants et les réfugiés, la reconnaissance des expériences antérieures et des diplômes acquis dans leur pays d'origine est difficile.

« *Tu ne peux pas laisser une adresse comme Lauberivière. Ben non. C'est un pouilleux. C'est un dangereux, c'est un voleur! C'est un ci, c'est un ça* (citoyen en situation d'itinérance). »

« *Il y a des gens qui viennent avec les diplômes. Les diplômes qui ne sont pas du Canada, c'est un papier qu'il faut jeter à la poubelle, qui n'a pas de considération* (citoyen ayant un statut de réfugié). »

L'accès à l'emploi est souvent refusé en raison de préjugés sur l'apparence, sur la tenue vestimentaire, sur l'origine ethnique ou encore sur la présence de limitations fonctionnelles qu'elles soient physique, intellectuelle ou mentale. Les Autochtones précisent que les employeurs les perçoivent souvent comme des personnes peu vaillantes. Les personnes ayant une limitation fonctionnelle physique rapportent qu'elles sont perçues comme étant moins intelligentes et moins performantes. Les personnes qui ont un problème de santé mentale se disent exclues des milieux de travail même si elles sont rétablies, car un diagnostic présent ou passé de problème de santé mentale entraîne une disqualification sans que l'on tienne compte des compétences acquises et des expériences antérieures. Les personnes qui ont des antécédents judiciaires sont généralement exclues.

« *On envoie des CV des fois. Bien, il faut le dire, les Québécois passent avant l'immigrant* (citoyen ayant un statut d'immigrant). »

« *Mais, à un moment donné, j'ai eu de la fatigue à mon travail et puis mon médecin a marqué schizoaffectif. Devinez après qu'est-ce qui est arrivé? Je n'ai pas eu un seul emploi depuis* (citoyen ayant un problème de santé mentale). »

« *Ah, ils sont trop slow. Ils sont. T'sais, on dirait qu'on nous a tout le temps vu comme ça par rapport à la job. Puis, dans le fond, c'est peut-être pour ça que nous autres on a un peu de misère à entrer là-dedans, à se trouver une job dans le fond. Je ne sais pas si. On dirait que c'est ancré dans leur tête* (citoyen d'origine autochtone qui vit hors réserve). »

Enfin, les relations au travail ne sont pas toujours faciles. Les personnes faisant partie de la diversité sexuelle mentionnent que l'homophobie est fortement présente dans certains milieux de travail.

Concernant les transports en commun, plusieurs signalent qu'ils ne sont pas toujours les bienvenus, qu'ils se sentent observés et qu'ils font l'objet de remarques désobligeantes en raison de leur apparence, de leur tenue vestimentaire, de leur origine ethnique ou de la présence d'une limitation fonctionnelle physique ou intellectuelle.

« *Mettons si j'arrive juste à l'autobus, souvent ils n'arrêteront pas, mais une autre personne ils vont arrêter. Ils vont arrêter. Moi, c'est parce qu'ils savent que ça va prendre plus de temps à moi pour monter dans l'autobus* (citoyenne ayant une limitation fonctionnelle physique). »

Les personnes itinérantes, prostituées et toxicomanes rencontrées mentionnent que les centres locaux d'emploi sont des lieux où elles se sentent jugées comme si elles avaient fraudé ou qu'elles s'approprièrent à le faire. Elles ont l'impression que des membres du personnel de l'aide sociale leur manque parfois de respect ou vont abuser de leur pouvoir en prolongeant les délais dans le traitement de leur dossier. De plus, elles déplorent les démarches interminables pour avoir accès au Programme d'aide sociale, les enquêtes menées sur leur vie privée, les règlements trop stricts qui conduisent à des coupures dans le montant d'aide sociale alloué en cas de non-respect, et parfois même les paroles désobligeantes.

« *Je trouve que même d'aller faire une demande, c'était compliqué, je me suis senti comme un, excuse le mot, mais un crosseur, quelqu'un qui voulait juste frauder, quelqu'un qui voulait retirer quelque chose auquel je n'avais pas droit* (citoyen en situation d'itinérance). »

« J'avais certains papiers que j'avais pas pour eux autres. Mais pour avoir ce papier-là, comme le Directeur de l'état civil, ma carte d'assurance sociale, bien il faut que je paie. Je n'en ai pas d'argent! »
(citoyen en situation d'itinérance).

« Puis, si tu lèves le ton, bien là, elle prend ton dossier comme je l'ai entendu par bien des gens. Ton dossier va en dessous, puis là tu attends ton chèque deux semaines plus tard. T'sais, c'est de l'abus de pouvoir ça »
(citoyen toxicomane).

« Ça fait deux ans que je paie 225 \$ par mois, ils me coupent ça de mon chèque. Fait qu'aujourd'hui ça fait deux ans. 355 piastres par mois, puis mon loyer coûte 352 \$. Qu'est-ce que je fais pour vivre. Bien, je veux dire. Tabernacle! Comment tu veux! Comment tu veux que je vive de quelque chose, que je mange! Que je me paie de quoi, que je gâte mes enfants! Ben Christ! Je fais la rue »
(citoyenne en dynamique prostitutionnelle).

Par ailleurs, les interactions avec certains **policiers** sont particulièrement éprouvantes pour les jeunes Autochtones et pour les personnes itinérantes, prostituées et toxicomanes. Ils rapportent se faire arrêter par des policiers qui exigent de voir leur papier d'identité. Certains relatent qu'ils se font insulter et intimider. Ils se sentent harcelés lorsqu'ils sont arrêtés par les mêmes policiers plusieurs fois au cours d'une même journée. Ils dénoncent le fait qu'ils reçoivent des contraventions pour des raisons qui ne semblent pas faire l'objet de réprimande pour les autres citoyens, comme pour avoir flâné, pour avoir traversé au feu rouge, pour ne pas avoir traversé au feu de circulation, pour avoir quêté, pour avoir bu de l'alcool dans les lieux publics, pour avoir marché sur une piste cyclable, pour s'être assis sur un banc public ou sur des marches d'escalier.



Photo : Centre d'amitié autochtone de Québec

PARTIE 2 / SECTION 5

« Quand tu es assise sur un banc de parc. Il est fait là pourquoi le calice de banc ! Ce n'est pas une décoration, c'est bien fait pour s'asseoir. Tu vas avoir les petits vieux qui passent leur calice de journée assis-là. Pas de problème. Moi, là, j'en ai pognés ! Ils passaient les flics, là, là ils me pognaient. Ils repassaient 15 minutes : "Ouais, ça fait 15 minutes que tu es assise là. Qu'est-ce que tu fais là ? Du flânage, un ticket !" Des piles et des piles pour rien ! (citoyenne en situation d'itinérance et en dynamique prostitutionnelle). »

« En tout cas, j'étais sur Fullum, il y a une banque juste à côté, bien moi, je me fais coller là. Puis, je traversais rien que la rue devant l'auto. Je me fais coller de l'autre bord. En l'espace même pas de 5 minutes. T'sais c'était grave. J'ai dit : "Wow là !", j'ai dit : "Ça n'a pas de bon sens. Vous n'avez pas vu que vous m'aviez arrêté l'autre bord ?" Il a dit : "Non !" (citoyen d'origine autochtone qui vit hors réserve). »

Les personnes ayant un problème de santé mentale, les itinérants, les prostitués et les toxicomanes mentionnent qu'ils se sentent traités différemment d'autres citoyens dans le **réseau de la santé et des services sociaux**. Ils se sentent souvent méprisés, discrédités dans leurs propos, jugés sur leurs comportements et ils se sentent étiquetés. Les personnes ayant un problème de santé mentale ajoutent que certains professionnels insinuent qu'elles profitent du système en demeurant malades. Enfin, les itinérants, les prostitués et les toxicomanes signalent que certains professionnels de la santé refusent de les traiter.

« Tu as un tempérament agressif. Si tu ne te fâches pas, tu as un tempérament passif. Si tu veux trop, tu te fais dire que tu es obsessionnel, fait que tu as toujours tort peu importe ce que tu fais, ça aboutit toujours sur un diagnostic de quelque chose. Ça ne peut pas être juste une personne normale (citoyenne ayant un problème de santé mentale). »

« T'sais, j'ai des marques puis tout ça. Puis, j'ai comme tout le temps cette idée qu'on va avoir des préjugés, puis on va me parler comme si j'étais une merde. Comme si je n'avais pas droit aux soins parce que bon je me piquais, j'avais un mauvais comportement. Ils ont des préjugés, puis ils te montrent que ça les écœure de te traiter (citoyen toxicomane). »

« C'est supposé être du monde humain. Ils sont là pour s'occuper du monde, sauver des vies. Comment peuvent-ils avoir ces manques ? Ils ne sont pas à leur place là. Ils ont beau avoir les diplômes et tout ça, ils ne sont pas à leur place. Il faut que tu aimes l'humain, avoir de la compassion puis vouloir t'occuper des autres quelle que soit la situation (citoyenne en dynamique prostitutionnelle). »

Plusieurs soulignent et vantent l'établissement de rapports plus égalitaires entre eux et les intervenants au sein de plusieurs **organismes communautaires**.

« J'avais été hospitalisée pendant deux mois de temps au CHUL. Vraiment ça n'allait pas du tout. Puis, je suis sortie de l'hôpital, je suis allée au centre d'hébergement temporaire, où est-ce que c'est encore assez relié au système de santé. Mais, quand je suis allée dans un, vraiment un centre communautaire, là, j'ai vu vraiment une différence marquante parce que tout de suite en entrant elle proposait d'être bénévole. T'sais, c'est comme si je me sentais comme égalitaire. Le rapport devenait égalitaire. Ce n'était plus : "Moi, je suis l'intervenante, toi tu es la patiente, puis moi je vais t'aider, toi tu ne sais rien." Ce n'était pas du tout ça, fait que ça m'a beaucoup aidée. Puis, ça, on ne le voit pas, on ne le voit pas souvent (citoyenne ayant un problème de santé mentale). »

Les personnes rencontrées soulignent qu'il existe beaucoup de préjugés 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.



Elles font part que la **société** dans son ensemble tolère peu les différences. Les gens associent souvent les cheveux de couleur, les tatouages, les perçages, certains styles vestimentaires et les problèmes de santé mentale à la déviance, au vol, aux comportements imprévisibles et à la violence ce qui suscite des sentiments de crainte, de peur et d'évitement. Les personnes ayant une limitation fonctionnelle physique ou intellectuelle se sentent souvent jugées comme si elles étaient incapables de réaliser quoi que ce soit et qu'elles étaient sans valeur. Enfin, les personnes ayant un problème de santé mentale se sentent perçues comme étant lâches et irresponsables, et comme des personnes qui souhaitent profiter du système.

« Comme là, je m'en vais en stage. J'ai pas le droit aux cheveux de couleur. On m'a même demandé d'ôter mes piercings. Puis, t'sais, il faut que je camoufle mes tatouages (citoyen toxicomane). »

« On se fait traiter comme des déchets. Comme des déchets! (citoyen en situation d'itinérance). »

« Tu es à part des autres, tu n'es pas normale (citoyenne ayant une limitation fonctionnelle physique). »

5.2 LES EFFETS SUR LES CONDITIONS DE VIE

À l'exception des personnes à diversité sexuelle, les conditions de vie matérielles de l'ensemble des groupes rencontrés sont fortement influencées par la pauvreté économique.

Les moyens économiques dont disposent les personnes en situation de pauvreté ne permettent pas de répondre adéquatement aux besoins des personnes et de leur famille. L'argent disponible pour l'**alimentation** est déterminé une fois que d'autres dépenses jugées plus importantes sont assurées comme le logement, le chauffage, l'électricité. Plusieurs ont recours aux services d'aide alimentaire de la région pour se nourrir.

À l'exception des personnes faisant partie de la diversité sexuelle, la majorité des personnes rencontrées dénonce les prix élevés des **logements** et la difficulté de trouver des logements à prix modique. Elles déplorent le temps d'attente pour avoir accès à un logement social et les procédures exigées. Plusieurs doivent vivre dans des logements trop restreints pour leurs besoins et de moindre qualité.

PARTIE 2 / SECTION 5

« Mon chum, il chiale. C'est sûr, comme on a un voisin qui met sa musique super fort. Mais, moi, ça m'arrive aussi [...]. Bon lui, juste de savoir qu'en bas, ils faisaient de la coke, ça le stressait. Il avait peur que moi, ça me donne le goût d'aller voir, puis de leur chiper. Mais, moi, je trouve que c'est quand même assez calme pour justement, par rapport au genre de monde qu'il peut y avoir. Je trouve ça correct. Puis, c'est sûr par contre, il y aurait beaucoup de réparations à faire. Il y a des trous dans les murs, il manque des affaires. Là, ça serait long à énumérer. Puis, le propriétaire, il ne fout rien. Comme on avait besoin d'une fenêtre, il nous a placardé ça à un moment donné. Il a mis un morceau de bois en rectangle, puis il a placardé (citoyen toxicomane). »

Pour plusieurs, il est difficile de trouver un logement qui réponde à leurs besoins. Les personnes ayant une limitation fonctionnelle physique déplorent le manque de logements adaptés à leurs besoins. Tandis que les personnes immigrantes et réfugiées signalent qu'il existe peu de logements abordables pour les familles nombreuses.

« Le logement pour moi est très cher. Donc, c'est-à-dire l'appartement est très cher et il est trop petit. Alors concernant les enfants, j'ai des enfants, un garçon et une fille, l'aînée qui dort aussi dans le même lit dans une même chambre. Alors pour moi ça devient un peu compliqué. Et ma femme est enceinte et très bientôt on va avoir un nouveau bébé (citoyen ayant le statut de réfugié). »

Plusieurs des personnes rencontrées vivent dans leur famille, dans une famille d'accueil ou dans une chambre avec pension.

« On ne parlera pas de logement, parce que évidemment comme j'ai toujours été pauvre, je n'ai jamais eu les moyens de me payer un logement, puis pas plus encore aujourd'hui. J'ai toujours vécu avec ma mère (citoyen ayant un problème de santé mentale). »



Pour obtenir un lieu où dormir, les personnes itinérantes, prostituées et toxicomanes rencontrées peuvent demander à des amis de louer une chambre ou un logement en leur nom. Certains vont dormir temporairement chez une connaissance, un ami de consommation, un membre de la famille, un organisme communautaire ou, plus rarement, chez une personne rencontrée par hasard. Certains vont offrir des services sexuels en échange d'un lieu où dormir. Plusieurs vont dormir dans la rue pour une certaine période. Ils dorment dans les parcs, dans les entrées de blocs ou d'institutions, dans la bibliothèque, dans un stationnement souterrain.

« *C'est dur, ils demandent des enquêtes de crédit pour des chambres, pour prendre une chambre. Lui, il la paie, puis moi je lui paie à lui. C'est mon chum qui paie le loyer. Moi, je le paie à lui. C'est la seule manière qu'on peut louer. Puis, au mois de mai, ils nous ôtent le loyer. Je retourne dans la rue. Ils sont rendus fous sur les logements. Ils sont fous raides!* (citoyen en situation d'itinérance). »

À l'exception des personnes faisant partie de la diversité sexuelle, la majorité des personnes rencontrées était sans **emploi** et recevait des prestations de l'aide sociale. À l'occasion, certaines réalisent de petits travaux au noir qui sont en général précaires et peu payants.

« *On ne trouve pas d'emploi, les économies partent. Les économies commencent à partir. On sent qu'on est obligé d'être à l'aide sociale. L'aide sociale ne suffit pas pour payer le loyer, pour payer les autres frais, les frais scolaires, pour payer la bouffe, pour acheter les habits d'hiver* (citoyen ayant le statut d'immigrant). »

L'usage du **transport en commun** est compliqué pour plusieurs personnes. Pour les personnes qui vivent en situation de pauvreté, le coût du transport en commun s'avère élevé. Pour les nouveaux immigrants et les réfugiés non francophones, il n'est pas facile de communiquer avec les chauffeurs d'autobus pour se déplacer. Plusieurs se sentent dévisagés et malvenus dans les autobus, ce qui limite leurs déplacements. Utilisé par plusieurs personnes ayant une limitation fonctionnelle physique, le transport adapté présente aussi des désavantages, en particulier les horaires déterminés.

Hormis la marche et les promenades, les personnes rencontrées qui vivent avec peu de moyens économiques ont indiqué qu'elles avaient peu de **loisirs** en général.

« *Des loisirs! Mes loisirs, c'est aller me promener. Moi, j'aime dessiner. Je n'ai pas de loisir. Je marche, je marche. C'est tout* (citoyenne en dynamique prostitutionnelle). »

« *Moi, je voudrais bien faire des patentes, mais regarde tout coûte cher!* (citoyen ayant un problème de santé mentale). »

Le sentiment d'**isolement** est particulièrement prononcé chez les itinérants, les prostitués et les toxicomanes. Leur réseau social est très restreint et se limite parfois à des amis de consommation. Plusieurs ne font plus confiance aux gens parce qu'ils ont vécu trop de situations d'abus, de répression, de harcèlement et trop de préjugés. Les nouveaux immigrants et réfugiés se sentent très isolés, en particulier ceux qui ne sont pas francophones. La situation est particulièrement difficile pour les personnes ayant une limitation fonctionnelle qu'elle soit physique, intellectuelle ou mentale. Plusieurs ont perdu leurs amis, certains ont quitté des groupes auxquels ils appartenaient. Certaines personnes faisant partie de la diversité sexuelle ont aussi mentionné avoir un réseau social plutôt ténu et vivre parfois un sentiment d'isolement.

« *J'ai l'impression que je me fais tout le temps avoir quand je demande quelque chose pour m'aider* (citoyen en situation d'itinérance). »

« *J'étais coureur de marathon, coureur de triathlon, j'étais dans l'équipe de soccer de l'université. Tout ce groupe-là de performants, c'est parti! C'est parti vite ça. Je me suis ramassé vite tout seul* (citoyen ayant une limitation fonctionnelle physique). »

PARTIE 2 / SECTION 5

« Quand tu as un problème de santé mentale, trouver un conjoint, trouver des amis, trouver des gens qui veulent rester avec toi. Ce n'est pas nécessairement des amis, c'est tous du monde que j'ai rencontré à l'hôpital ou presque. Mes amis d'avant, c'est drôle hein, mais on se voit moins. Je ne sais pas t'sais, c'est comme si là, elle est dépressive, puis t'sais à l'hôpital. Tu entres à l'hôpital. Si j'étais rentrée pour un cancer, tout le monde serait venu me voir. Là, je suis rentrée pour une dépression (citoyenne ayant un problème de santé mentale). »

Pour plusieurs, les participants et les intervenants de certains organismes communautaires constituent pratiquement le seul réseau social dont ils bénéficient et auprès duquel ils ont confiance.

Tous les groupes rencontrés ont souligné la difficulté d'avoir accès aux services de santé et aux services sociaux dans le réseau. L'accessibilité à un médecin de famille et aux services de santé mentale a été définie comme étant problématique. Les immigrants ont déploré le délai de carence de trois mois pour accéder au régime d'assurance maladie du Québec. Les personnes ayant une limitation fonctionnelle physique et intellectuelle ont indiqué que les services et les soins sont cloisonnés, qu'il est difficile d'avoir accès à des services près de leur domicile et qu'il manque de services à domicile.

« Moi, l'année passée, au mois de mai, j'étais en dépression. J'ai commencé à prendre des antidépresseurs et mon médecin m'a demandé de consulter au CLSC. Et la personne qui faisait le triage pour la santé mentale m'a dit : "Bien, il faudrait que tu ailles consulter la psychologue de l'IRDPQ en déficience visuelle." J'ai dit : "Non, non, ce n'est pas un problème de vision, c'est mes problèmes de dépression, ça concerne toutes les sphères de ma vie." Puis là, elle a dit : "Bien oui, mais je n'aurai pas le choix, tu as un handicap visuel, il faut que tu ailles à l'IRDPQ." (citoyenne ayant une limitation fonctionnelle physique). »

5.3 LES EFFETS SUR LEUR SANTÉ

L'ensemble des personnes rencontrées perçoit des effets de leurs conditions de vie sur leur santé, principalement sur leur état de santé mentale. Elles soulignent que leurs conditions de vie entraînent des situations de **stress** dans leur vie quotidienne. Elles vivent du stress en raison de leur situation économique précaire, des obstacles qui se dressent devant elles dans leur vie quotidienne et qu'elles ne parviennent pas à surmonter, et d'une société où la norme est d'être hétérosexuel.

« Cela génère un certain stress, oui, parce que tu as tout le temps l'impression de marcher sur des œufs, puis tu es tout le temps en train de te censurer, de vérifier. Les paroles, les vêtements (citoyen homosexuel). »

« Et là, on se met à la recherche d'emploi et là, madame, quand on ne trouve pas d'emploi, des fois ça crée un stress familial et ce stress bousille le couple et bousille la famille (citoyen ayant le statut d'immigrant). »

« Je stresse tout le temps. Surtout quand je vois une police. Le cœur, le cœur, il va me lâcher à un moment donné. Je ne sais pas. Je vais attraper de quoi (citoyen d'origine autochtone qui vit hors réserve). »

Plusieurs ressentent de la **colère** et des **frustrations** par rapport à leurs conditions de vie, à la façon dont ils se sentent traités et jugés dans la société, aux démarches qu'ils mènent et qui ne portent pas fruit. Plusieurs ressentent de la **fatigue** et de l'**épuisement**.

« Bien à quelque part, c'est qu'un moment donné à force d'avoir des refus, des refus, des refus comme ça. Tu pognes les nerfs (citoyen en situation d'itinérance). »

« Ça met en colère le fait d'être traité différemment. Ça fait de la peine (citoyenne ayant un problème de santé mentale). »

« On est désabusé des fois. Désabusé dans le sens que, on a tous constaté, tous, qu'est-ce qui est dur dans la vie. Je veux dire quand tu vis toutes les bassesses de la société, tout ce que ça peut apporter. À un moment donné, je veux dire, la réalité est là en pleine face, puis tu peux comme plus (citoyenne en dynamique prostitutionnelle). »

*Cette souffrance
qui ravageait mon corps
et mon âme...*

*Aujourd'hui, elle fait
partie du passé!*

Photo: Projet Intervention Prostitution Québec

La **perte d'estime de soi-même** et la **perte de confiance en soi** sont partagées par les personnes rencontrées. La majorité des personnes rapporte vivre ou avoir vécu du découragement. Les **symptômes dépressifs** sont fréquents ainsi que les **idées suicidaires**.

« *Quand le monde sont méchants envers moi, bien je pleure, j'ai des mauvaises idées ou je m'en vais sur l'autoroute pour dire : Bon, je suis mieux de mourir, j'aime mieux mourir* (citoyenne ayant une limitation fonctionnelle intellectuelle). »

« *Ça peut parfois conduire à des idées suicidaires, à force de se faire revirer un peu partout. Je me dis, coudon, ils ne veulent pas de moi nulle part. On peut aussi bien disparaître, puis ça soulagerait* (citoyen ayant un problème de santé mentale). »

Plus rarement, on souligne que le stress vécu au quotidien peut entraîner des **problèmes de santé physique**.

« *Ça peut développer même des cancers à la longue quelqu'un qui vit beaucoup, beaucoup de stress, puis d'anxiété* (citoyen toxicomane). »



SECTION 6

UNE ANALYSE SYNTHÈSE



SECTION 6

UNE ANALYSE SYNTHÈSE

6.1 LES INÉGALITÉS SOCIALES DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

Des inégalités sociales, territoriales et intraterritoriales sont présentes dans la région

La Capitale-Nationale est une région favorisée sur le plan économique et sur le plan de la scolarisation. Toutefois, les données statistiques disponibles et les études réalisées montrent qu'il existe des inégalités sociales, territoriales et intraterritoriales importantes au regard de la scolarité, du revenu et de l'emploi. Tous les résidents de la région ne bénéficient pas du même niveau d'instruction, n'ont pas les mêmes chances d'occuper un emploi et ne disposent pas des mêmes moyens économiques.



Dans la région de la Capitale-Nationale, il existe des inégalités sociales, territoriales et intraterritoriales importantes.

L'exclusion sociale des personnes appartenant aux groupes sociaux moins privilégiés se vit dans différents milieux

À partir des groupes de discussion menés dans la région auprès de groupes de personnes particulièrement touchées par les inégalités sociales de santé, on comprend que l'exclusion sociale ne survient pas dans des milieux précis. L'exclusion sociale se vit dans pratiquement tous les milieux sociaux.

Au sein de leur famille, plusieurs individus rencontrés lors des groupes de discussion s'y sentent souvent à part, peu compris et peu considérés. Si l'école est un lieu privilégié au développement personnel, certains individus y vivent de l'intimidation et du rejet. Bien qu'ils soient des citoyens comme les autres, ils sont mal accueillis dans certains restaurants et commerces. Si le transport en commun dessert en principe l'ensemble des citoyens, certains ne s'y sentent pas les bienvenus. Bien qu'ils aient le droit de se loger, on leur refuse souvent l'accès au logement. Enfin, même si le Programme d'aide sociale est une aide de dernier recours à laquelle tout le monde a droit, ils se sentent le plus souvent jugés.

On saisit également, à partir des groupes de discussion, que l'exclusion sociale se vit dans les interactions sociales du quotidien. Elle se vit essentiellement dans le rapport aux autres. Elle n'est pas le fait de certaines personnes, de certains groupes ou d'institutions particulières. Bien au contraire, l'exclusion résulte des comportements et des pratiques qu'adoptent les membres d'une société.

L'exclusion opère à travers les attitudes, les regards, les paroles, les comportements, les pratiques institutionnelles, les politiques et les lois. Elle peut revêtir différentes formes : de l'indifférence, un manque de considération, un traitement différent, une mise à l'écart, une dévalorisation, un dénigrement, une négligence, un rejet, des abus, des actes violents. Que l'on soit une personne en situation de pauvreté, une personne d'origine autochtone, une personne immigrante, une personne en situation d'itinérance, une personne ayant une orientation sexuelle différente de la norme, une personne ayant une limitation fonctionnelle, les processus d'exclusion sociale opèrent essentiellement de la même façon et sont décrits dans les mêmes termes, bien que ces personnes puissent vivre des réalités très différentes.



L'exclusion sociale se vit dans les interactions sociales du quotidien et se manifeste dans différents milieux sociaux. Elle n'est pas le fait de certains groupes ou milieux spécifiques.

L'exclusion sociale se vit souvent au sein des familles. Elle se vit aussi dans les cercles d'amis, dans nos écoles, dans nos milieux de travail, au sein de notre voisinage, dans nos restaurants, dans nos commerces et dans nos institutions. Elle se vit également dans notre système de santé. L'exclusion sociale est présente dans notre région.

L'exclusion sociale : une situation de mise à l'écart souvent conjuguée à une situation d'abus de pouvoir et de violence

On apprend également des groupes de discussion que l'exclusion sociale ne se restreint pas toujours à une situation de mise à l'écart, de mise en retrait, de manque de considération ou d'attention. L'exclusion sociale prend souvent des formes plus graves. Elle est souvent liée à des comportements d'abus de pouvoir, d'abus psychologiques, d'abus physiques ou encore d'actes violents. Les rapports inégalitaires qui sous-tendent l'exclusion sociale entraînent des abus de toutes sortes susceptibles de survenir dans différents milieux sociaux.

Les comportements d'abus de pouvoir et de violence peuvent être commis par des membres de la famille, des élèves de la classe, des professeurs, des employeurs, des propriétaires de logement, des policiers, des professionnels de la santé et d'autres. Ils ne sont pas le fait d'un groupe particulier.

L'exclusion sociale ne se restreint pas uniquement à une mise à l'écart. Pour les personnes les plus touchées, l'exclusion est souvent liée à des comportements d'abus de pouvoir et de violence posés par différentes personnes dans différents milieux sociaux.



Des personnes qui vivent dans la société sans être de la société²²

Même s'ils sont semblables aux autres citoyens, les individus qui font partie des groupes sociaux les plus touchés par les inégalités sociales de santé partagent le sentiment d'être traités différemment des autres. Bien qu'ils soient citoyens à part entière, ils n'ont pas le sentiment de l'être aux yeux des autres. Ils sont comme tout le monde, mais ne le sont pas vraiment (Goffman, 1975). Sans vivre en dehors de la société, ils sont exclus de ses différents milieux sociaux.

A priori, fournir une explication à ces contradictions fondamentales n'est pas évident (Goffman, 1975). Pourtant, les personnes qui appartiennent à ces groupes font face à ces contradictions profondes tous les jours. Qu'est-ce qui justifie la place et le traitement qu'on accorde dans notre société aux personnes en situation de pauvreté, aux personnes ayant une limitation fonctionnelle physique ou intellectuelle ou mentale, aux personnes d'origine autochtone, aux immigrants, aux réfugiés, aux itinérants, aux toxicomanes, aux prostitués, aux personnes ayant une orientation sexuelle différente de la norme et à bien d'autres groupes de personnes (Gagnon *et al.*, 2009) ?

Une représentation des autres différente des attentes normatives de la société

Une partie de l'explication réside possiblement dans le fait qu'il existe dans notre société des attentes normatives relatives à la conduite et aux attributs des personnes (Goffman, 1975). Ces attentes définissent ce qui est souhaitable et ce qui est valorisé dans la société. Elles sont certainement utiles à la socialisation. Néanmoins, toute personne dont les comportements ou les attributs ne correspondent pas aux attentes normatives risque de subir des conséquences négatives pour elle-même (*ibid.*). Elle risque de ne pas être acceptée dans différents milieux sociaux et d'être mise à l'écart, mise à distance, mise à l'extérieur de frontières, imperceptibles, mais bien réelles, qu'une société trace autour d'elle afin de reconnaître ses membres et ceux qui n'en sont pas (Gagnon *et al.*, 2009).

22. Ce titre reprend une formulation de Robert K. Merton, sociologue américain cité dans Gagnon *et al.* (2009).

PARTIE 2 / SECTION 6

Dans les sociétés qualifiées par certains auteurs comme étant hypermodernes, se réaliser dans le travail, travailler intensément, compresser le temps hebdomadaire sont devenus des exigences incontournables (Lipovetsky et Charles, 2004 ; Taylor, 2005 ; Aubert, 2006). La productivité, la performance et la rentabilité représentent des attentes normatives importantes chez les personnes.

Les personnes rencontrées lors des groupes de discussion ont souligné qu'elles se sentent jugées comme étant peu utiles parce qu'elles n'occupent pas d'emploi. Dans la société, l'utilité et la reconnaissance d'une personne sont très liées à son rôle socioprofessionnel. Une personne qui ne travaille pas est souvent considérée comme paresseuse et lâche. Elle peut aussi être jugée comme une personne n'ayant aucune compétence ou comme étant peu intelligente en raison de la présence d'une limitation fonctionnelle physique, intellectuelle ou mentale. Dans tous les cas, une personne qui ne travaille pas s'éloigne de l'idéal social de productivité et de performance. Les personnes rencontrées ont bien souligné que le travail était central dans l'acceptation par les autres et combien l'absence de travail était au cœur de l'exclusion pour la majorité d'entre elles, tout particulièrement pour les personnes en situation de pauvreté et pour celles ayant des limitations fonctionnelles. L'acceptation et l'intégration dans le monde social semblent passer essentiellement par le travail.

Le travail permet d'adopter et d'assumer d'autres comportements attendus dans notre société, comme celui de consommer. Non seulement consommer est normal, mais l'hyperconsommation devient la règle (Weil, 1993 ; Lipovetsky et Charles, 2004 ; Aubert, 2006). La consommation excessive est attendue et valorisée au sein d'une société inscrite dans le développement et le progrès économiques. Ainsi, pour les personnes en situation de pauvreté, le manque d'argent limite non seulement l'accès aux biens et services essentiels, mais également leur acceptation et leur participation au monde social.

Pour pouvoir produire davantage et toujours en moins de temps, on attend des individus qu'ils soient pleinement fonctionnels et performants. En ce sens, les groupes de discussion ont permis de bien saisir à quel point la société accorde peu de place aux personnes qui ont des limitations fonctionnelles qu'elles soient physiques, intellectuelles ou mentales.

Par ailleurs, cet écart aux normes est aussi noté chez d'autres personnes en lien cette fois avec d'autres comportements. Il en est ainsi des personnes ayant une orientation sexuelle différente de la norme. On comprend des groupes de discussion que l'hétérosexualité demeure le comportement standard et dominant à partir duquel plusieurs jugent ce qui est souhaitable et normal, même si la diversité sexuelle est de plus en plus acceptée dans la société. Rappelons que l'homosexualité a été longtemps considérée comme une maladie psychiatrique par les psychologues et les médecins et qu'il a fallu attendre en 1985 pour que l'homosexualité soit retirée du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* par l'Organisation mondiale de la Santé.

De plus, les personnes itinérantes, toxicomanes, prostituées, d'origine autochtone et ayant un problème de santé mentale qui ont participé aux groupes de discussion ont souligné qu'elles se sentent souvent considérées comme sujettes à des comportements imprévisibles, dangereux et déviants. Elles se sentent perçues comme des personnes enclines à la violence, à la délinquance, à la toxicomanie et à la folie. Ces représentations s'éloignent clairement des comportements normaux souhaités et attendus au sein de la société.

Finalement, les Autochtones, les immigrants et les réfugiés sont le plus souvent considérés d'emblée comme des étrangers appartenant à un autre monde dans leur façon de vivre et leur façon d'être. Une telle représentation s'accompagne souvent de l'idée que le monde de l'autre est relativement moins bon et moins évolué que le sien. En somme, les minorités ethniques s'écartent largement des normes dominantes en lien avec l'origine ethnique, la nationalité, la couleur de peau, la religion et d'autres référents identitaires.

Dans la société, la productivité, la performance, la surconsommation, la fonctionnalité des corps et l'hétérosexualité représentent des attentes normatives à partir desquelles les personnes sont jugées.



Les personnes appartenant aux minorités ethniques sont d'emblée considérées comme des personnes qui diffèrent des normes dominantes relatives à la race, à la nationalité et à la religion.

Enfin, la santé tend à s'imposer de plus en plus comme une norme au sein de notre société (Lupton, 1995 ; Peterson, 1997 ; Fainzang, 2004 ; Groenemeyer, 2007 ; Collin, 2007). Le discours sur le risque dans la culture médicale met l'accent sur les comportements et les modes de vie individuels (Fainzang, 2004 ; Collin, 2007). Ces discours amènent à considérer les personnes comme étant responsables de leur choix de vie et de leur santé sans tenir compte du contexte et des contraintes des environnements dans lesquels elles évoluent. Les problèmes de santé sont individualisés et les personnes en sont jugées responsables. L'idée d'une responsabilité individuelle des problèmes de santé relève encore de valeurs modernes occidentales et contemporaines qui tendent à définir les individus comme entièrement libres, autonomes et responsables.

D'autres discours participent à la représentation d'individus à risque, fragiles et vulnérables qui présentent des problèmes d'adaptation et d'insertion ou qui manquent de compétence et d'habileté (Peretti-Watel, 2010). Pourtant, il apparaît à partir des groupes de discussion menés, que ce sont avant tout les environnements dans lesquels les personnes évoluent qui sont à risque et qui s'avèrent peu adaptés, dangereux et délétères. Les environnements et le contexte de vie de plusieurs personnes sont extrêmement précaires.

Dans notre société, la santé tend à devenir une norme. Toute personne qui n'adopte pas un comportement ou un mode de vie favorable à sa santé est jugée très souvent comme fautive et irresponsable.

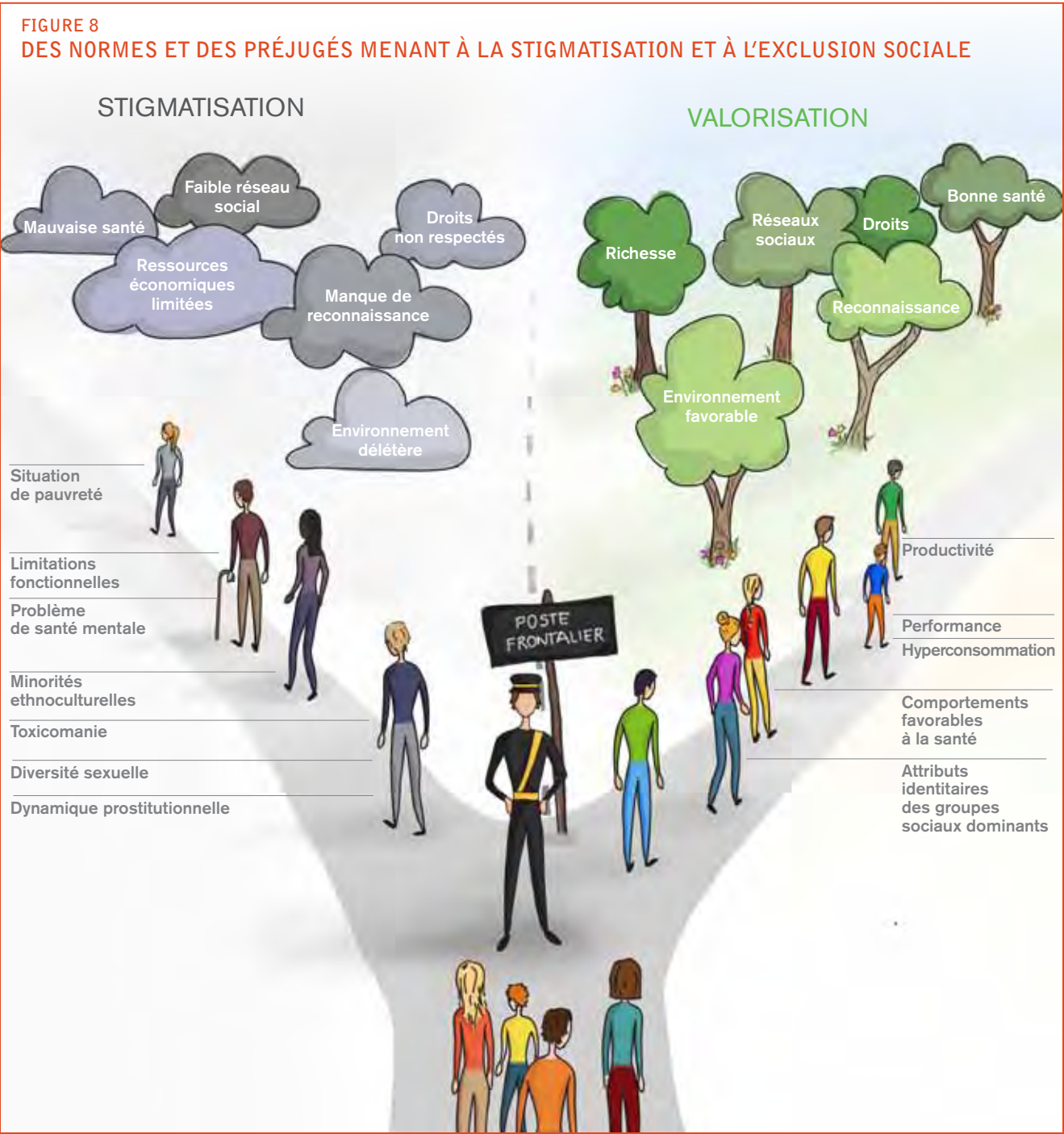
Or, pour les groupes de personnes les plus touchées par les inégalités sociales de santé, c'est souvent leur contexte de vie qui s'avère précaire et délétère. Force est de constater que plusieurs personnes qui se retrouvent dans ces contextes font preuve d'une grande capacité d'adaptation, de courage et de débrouillardise.



PARTIE 2 / SECTION 6

En somme, certaines représentations négatives au sujet de plusieurs personnes et de différents groupes relèvent d'attentes normatives qui dominent au sein de la société et qui sont largement véhiculées (figure 8). C'est à partir des représentations au sujet de ces personnes et de ces

groupes et subséquentement de notre conduite à leur égard que prend forme l'exclusion sociale dans un contexte de relations inégalitaires. Nous agissons à l'égard des autres en fonction de l'image que nous en avons.



6.2 LES CONDITIONS DE VIE INÉGALES DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

Les conséquences de la pauvreté et de l'exclusion sociale sont majeures. Elles touchent directement les gens dans leur quotidien sous plusieurs dimensions : économique, sociale, politique et culturelle. Si l'on parle souvent des désavantages et des injustices sociales et économiques qui affligent plusieurs personnes au sein de la société, on parle moins souvent des injustices liées aux dimensions politiques et culturelles. Ces deux dernières ont des conséquences majeures sur l'existence des personnes.

La dimension économique

Dans la région, des milliers de personnes ne parviennent pas à subvenir à leurs besoins essentiels ni à ceux de leur famille par manque de moyens financiers. Elles ne peuvent se nourrir suffisamment, se loger convenablement, se vêtir adéquatement et se déplacer facilement. Par manque de moyens économiques et de ressources matérielles, plusieurs sont contraints de vivre dans des environnements physiques délétères.

La dimension sociale

De nombreuses personnes dans la région vivent isolées et bénéficient de très peu d'aide de leur entourage, que ce soit de leur famille, de leur voisinage, des milieux scolaires, des milieux de travail ou de la société en général. Ces personnes ont un réseau social très restreint et vivent un sentiment de solitude.

La région de la Capitale-Nationale est riche sur le plan économique. Pourtant, tous les résidents n'ont pas les mêmes possibilités de vivre dans des conditions de vie matérielles et sociales optimales pour leur développement et leur santé.



La dimension politique

De nombreuses personnes n'ont pas l'occasion d'exprimer leur point de vue, de partager leurs préoccupations, de faire part de leurs besoins. Elles sont pratiquement sans voix. Et, sans voix, 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 sévices physiques et psychologiques perpétrés par différentes personnes et dans différents milieux sociaux. Sans voix, ces personnes ne peuvent faire valoir leurs droits et les faire respecter.

La dimension culturelle

Cette dimension est 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 discriminées. La société compromet leur identité sociale par leur dévalorisation et leur non-reconnaissance comme citoyen à part entière, égal aux autres.

L'exclusion sociale entraîne des désavantages socioéconomiques, mais aussi des désavantages politiques et culturels liés aux droits et à la reconnaissance.

Les résidents de la Capitale-Nationale partagent le même espace, sans toutefois partager les richesses, les réseaux sociaux, les droits et la reconnaissance.

Ces conditions de vie inégales n'ont rien de naturel. Elles résultent de choix et de projets de société. Elles découlent des politiques économiques et sociales qu'une société choisit de mettre de l'avant et des comportements que les membres d'une société adoptent tous les jours et qui vont déterminer largement les conditions d'existence des plus nantis et des moins nantis de la société.



PARTIE 2 / SECTION 6

6.3 LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

Les inégalités sociales de santé concernent la société dans son ensemble et aucun groupe d'âge n'est épargné. Elles touchent les jeunes, les adultes, les personnes âgées, les femmes et les hommes. Parmi les résidents de la Capitale-Nationale, il existe des inégalités sociales de santé importantes.

L'impact des inégalités sociales et des conditions de vie sur la santé ne se réduit pas à quelques maladies. L'impact est plus large et plus profond. Il concerne la santé dans sa globalité et la maladie dans toutes ses manifestations. Il se mesure dans presque tous les indicateurs socio-sanitaires dont on dispose pour décrire la santé globale, la santé physique et la santé mentale. Il se manifeste dans tous les domaines sous forme de maladies infectieuses, de maladies liées à l'environnement, de maladies liées au travail, de maladies chroniques, de maladies aiguës, de blessures non intentionnelles, de suicides.

L'impact des inégalités sociales et des conditions de vie sur la santé suit un gradient à l'image de la hiérarchie sociale. Plus un groupe social est situé bas dans l'échelle sociale, plus l'impact est grand.

Les répercussions des inégalités sociales et des conditions de vie sur la santé des individus sont pour le moins sinueuses. Les manifestations sont physiques et psychologiques, mais les causes sont d'ordre social. Cette relation entre les manifestations et les causes profondes est souvent occultée lorsqu'on pose des diagnostics médicaux. En fait, la tendance est de chercher dans l'ordre biologique les causes de la maladie, alors que ces dernières relèvent du social.

Les groupes de discussion montrent que les personnes appartenant aux groupes sociaux les plus éprouvés par les inégalités sociales de santé perçoivent clairement les effets délétères de leurs conditions de vie. Bien que les personnes rencontrées aient vécu des réalités très différentes, les effets délétères sont apparus comme étant similaires.

- Les conditions de vie précaires des personnes rencontrées occasionnent du stress dans leur vie quotidienne. Le manque d'argent pour subvenir à leurs besoins essentiels et à ceux de leur famille entraîne des préoccupations importantes, de l'anxiété et de l'angoisse.
- Le stress vécu et les sentiments d'angoisse et d'anxiété conduisent à de l'insomnie. Ces éléments entraînent de la fatigue qui s'avère difficile à surmonter puisque les préoccupations sont sans répit.
- Les circonstances difficiles de la vie quotidienne, 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.
- Les situations de discrimination et de dévalorisation vécues au quotidien et les démarches menées en vain pour se sortir de leur situation entraînent des sentiments de honte et de culpabilité accompagnés d'une perte d'estime de soi et d'une perte de confiance en soi.
- L'incapacité à subvenir à leurs besoins essentiels et à ceux de leurs proches malgré les efforts déployés fait place au désarroi, à la perte de confiance en l'avenir, à l'humeur dépressive et aux idées suicidaires.

Au-delà des symptômes psychologiques mentionnés, les propos rapportés témoignent d'une souffrance identitaire²³ importante liée aux représentations négatives que les membres de la société entretiennent à leur sujet. Ils se sentent jugés et traités différemment des autres. Ils se sentent globalement inférieurs, peu considérés et dénigrés comme s'ils n'avaient pas de valeur. Ils se sentent rejetés. Dans leur famille, ils se sentent parfois moins appréciés et moins aimés que d'autres. En général, ils perçoivent qu'ils sont étiquetés. Certains ont le sentiment d'être davantage surveillés comme s'ils étaient malhonnêtes, déviant et dangereux. Enfin, plusieurs se sentent anormaux parce qu'ils ne répondent pas aux normes dominantes comme celles liées à l'emploi, à la performance et à la consommation.

23. L'identité de l'individu est la reconnaissance de ce qu'il est, par lui-même et par les autres. L'identité regroupe les façons dont les individus ou les groupes se définissent eux-mêmes et sont définis par autrui. La façon dont se construit l'image que nous avons de nous-même est fonction des contextes sociaux dans lesquels nous vivons et des apprentissages sociaux. L'identité personnelle se construit à partir d'un processus psychologique de représentations qui se traduit par le sentiment d'exister en tant qu'être singulier et d'être reconnu comme tel par autrui. Il donne lieu à une estime de soi et à une conscience de soi.

De telles représentations négatives ont des effets sur les personnes et sur leur identité sociale. Il est reconnu que l'intégrité est liée à la reconnaissance des autres (Honneth, 1992). Il devient bien difficile de développer une image positive de soi-même quand le regard et l'attitude des autres nous renvoient une autre image (Goffman, 1975). Elles ne bénéficient pas des retours positifs que procure l'appartenance à des réseaux sociaux (*ibid.*). La souffrance dont elles témoignent est liée au fait qu'elles ne sont pas reconnues comme étant des citoyens au même titre que les autres. Les propos recueillis témoignent d'identités blessées, d'identités méprisées (Braud, 2003).

Les groupes sociaux les plus touchés par les inégalités sociales de santé sont aussi les moins bien desservis par le système de santé

Il est reconnu que les inégalités sociales de santé touchent de manière plus marquée certains groupes sociaux. Parmi eux, on retrouve les personnes qui vivent en situation de pauvreté (par exemple, les prestataires de l'aide sociale, les personnes âgées prestataires du Supplément de revenu garanti, les travailleurs à faible revenu, les travailleurs précaires), les immigrants, les réfugiés, les migrants à statut précaire, les Autochtones, les personnes ayant une limitation fonctionnelle physique, les personnes ayant une déficience intellectuelle, les personnes ayant un problème de santé mentale, les itinérants, les prostitués, les toxicomanes et les personnes à diversité sexuelle.

Or, malgré que ces groupes portent de manière disproportionnée le fardeau des inégalités sociales de santé, ils constituent aussi ceux qui sont les moins bien desservis par le système de santé au Canada (Santé Canada, 2001). En effet, plusieurs recherches menées par Santé Canada sur l'accès aux services de santé montrent que les groupes précédemment cités sont insuffisamment servis. Il y a de fortes chances que ces groupes éprouvent des difficultés à obtenir les soins nécessaires, qu'ils reçoivent moins de services, qu'ils reçoivent des services de qualité inférieure, qu'ils soient traités différemment par les prestataires de soins, qu'ils reçoivent un traitement qui ne correspond pas à leurs besoins ou encore qu'ils soient moins satisfaits des services de santé que la population générale.

Les différents types de difficultés éprouvées par les populations insuffisamment servies qui désirent accéder aux services de santé sont globalement liés :

- À la non-disponibilité des services : une personne pourrait ne pas avoir accès, car le service n'est pas couvert par le régime d'assurance maladie du Québec, il n'est pas disponible au moment nécessaire en raison de listes d'attente, ou encore, il n'est pas disponible à cause de facteurs géographiques.
- Aux obstacles financiers : le service est disponible, mais il n'est pas gratuit (correction de la vue, dentistes, suivi en santé mentale). Les coûts indirects de l'utilisation des soins de santé (la garde des enfants, le transport, les congés non payés pour les rendez-vous médicaux) représentent aussi des obstacles importants.
- Aux obstacles non financiers : un manque d'information, des difficultés linguistiques, des installations inaccessibles peuvent aussi empêcher les gens d'avoir recours aux services de santé.
- Au traitement non équitable : un problème de communication peut engendrer un mauvais diagnostic ou un traitement inapproprié, les prestataires de soins peuvent offrir des traitements différents selon l'appartenance sociale d'une personne, les programmes et les services peuvent être inappropriés pour satisfaire aux besoins de certaines personnes (les heures d'ouverture, le lieu, les installations physiques, le manque de service d'interprétation).

Ainsi, malgré le régime d'assurance maladie universel au Canada qui a permis de faire disparaître la plupart des obstacles financiers liés aux services de santé et qui figure parmi les meilleurs au monde, certains groupes de citoyens restent moins bien desservis que d'autres. Ceci est d'autant plus préoccupant que ces groupes sont aussi ceux qui présentent les plus grands besoins de santé et qui sont les plus éprouvés par les inégalités sociales de santé.



PARTIE 3

DES
INTERVENTIONS
POSSIBLES
POUR AGIR
AUTREMENT



SECTION 7

DES INTERVENTIONS RÉGIONALES
ET LOCALES POUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ :
TROIS PRINCIPES CLÉS ET QUATRE
ORIENTATIONS STRATÉGIQUES



LES ÉTIQUETTES

vont
sur
les
pots...



Pas sur les
personnes



SECTION 7

DES INTERVENTIONS RÉGIONALES ET LOCALES POUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ : TROIS PRINCIPES CLÉS ET QUATRE ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

7.1 LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : UNE SITUATION INACCEPTABLE ET ÉVITABLE

Il existe des inégalités sociales de santé importantes dans la région de la Capitale-Nationale. Ces inégalités sont inacceptables. Elles représentent par définition des écarts de santé entre différents groupes sociaux jugés injustes. Les inégalités sociales de santé vont à l'encontre des valeurs sociétales axées sur la justice sociale et l'équité. Elles touchent davantage les citoyens qui vivent dans des contextes socioéconomiques moins favorisés. Elles entraînent des coûts sociaux et économiques considérables. En fait, elles sont d'autant plus inacceptables qu'elles surviennent dans une société favorisée sur le plan socioéconomique et pourvue de richesses collectives importantes.

Si cette situation est inacceptable, elle n'est pas inéluctable. Bien sûr, la réduction des inégalités sociales de santé peut apparaître comme étant un défi insurmontable. La tâche peut sembler trop lourde pour penser des actions susceptibles d'apporter des changements notables. Pourtant, les inégalités sociales de santé ne sont ni le fruit du hasard ni un fait de nature. Elles résultent de conditions socialement produites et, par conséquent, de conditions qui peuvent être socialement modifiées.

Il est possible d'agir pour instaurer l'équité en santé. Il s'agit d'un impératif éthique pour la société. Les inégalités sociales de santé sont injustes et évitables.

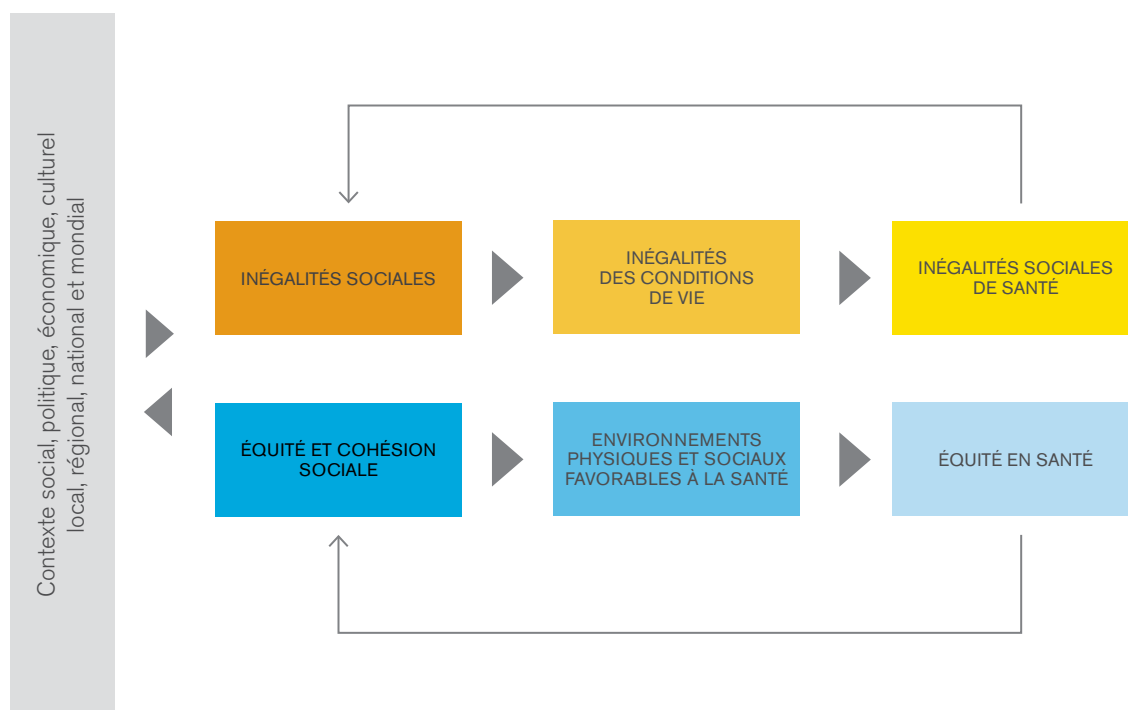


7.2 VISER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ EN AGISSANT SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Comme mentionné, les inégalités sociales de santé résultent des inégalités sociales et des inégalités qui en découlent dans les conditions de vie des individus. C'est donc en agissant sur ces conditions sociales qui influencent la santé que l'équité en santé pourra être atteinte. Autrement dit, pour viser l'équité en santé, il faut agir sur les déterminants sociaux de la santé.

La figure 9 présente le lien entre les causes des inégalités sociales de santé et ce qui doit être visé pour atteindre l'équité en santé. En fait, pour instaurer l'équité en santé, il faut viser l'équité et la cohésion sociale et rendre les environnements physiques et sociaux favorables à la santé.

FIGURE 9
DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ À L'ÉQUITÉ EN SANTÉ : UN MODÈLE CONCEPTUEL



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 quelle que soit l'origine sociale ou territoriale de la personne. Une telle société choisit d'avantager certains groupes sociaux dont la situation est jugée désavantagée afin d'établir une égalité des chances.

Une société cohésive est une société capable d'assurer le bien-être de tous ses membres et de réduire les disparités et la marginalisation (Conseil de l'Europe, 2007). Il s'agit d'une société solidaire où ses membres développent le sens d'une responsabilité partagée quant aux droits des personnes et à leur bien-être.

Des environnements physiques et sociaux favorables à la santé sont des environnements qui favorisent 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.

L'équité en santé se définit par l'absence d'écarts de santé considérés comme injustes et évitables entre les groupes sociaux (CSDH, 2005 et 2007).

PARTIE 3 / SECTION 7

7.3 TROIS PRINCIPES CLÉS POUR AGIR AUTREMENT

Il n'existe pas de solutions simples et rapides pour instaurer l'équité et la cohésion sociale, des environnements favorables et l'équité en santé. Pas plus qu'il n'existe de solutions définies d'emblée. Néanmoins, nous savons que pour instaurer l'équité en santé, cela passera avant tout par un regard critique sur nos façons d'être, d'agir et d'interagir. Nos façons d'agir devraient reposer sur les principes reconnus pour réduire les inégalités sociales de santé (figure 10).

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, de collaborer, de se concerter et de créer de nouveaux partenariats. En effet, la collaboration de différents acteurs permet de multiplier les points de vue et d'élargir la réflexion à l'égard des inégalités sociales de santé, car aucun acteur à lui seul ne détient la clé pour les résoudre. Une diversité d'acteurs est plus susceptible de générer des idées et des connaissances nouvelles, des pratiques et des interventions novatrices pour résoudre un problème social aussi épineux. Il faut donc penser à de nouvelles formes de collaboration qui permettent le partage d'une diversité de points de vue, de connaissances et de compétences.

Parmi les différentes formes de concertation, l'action intersectorielle permet la mise en relation d'acteurs provenant de divers secteurs d'activité et la mise en commun de leurs forces, de leurs connaissances et de leurs moyens d'agir. Ce type d'action apparaît essentiel pour intervenir sur les déterminants sociaux de la santé (Agence de la santé publique du Canada et Organisation mondiale de la Santé, 2008; Agence de la santé publique du Canada, 2010).

Il existe certains outils permettant d'évaluer la concertation et le partenariat entre différents acteurs. L'outil diagnostique de l'action en partenariat développé par Bilodeau *et al.* (2010) en est un exemple. Il est présenté à l'annexe 3.



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 leur élaboration, de leur mise en œuvre et de leur évaluation. Les personnes ont le droit de participer activement aux processus décisionnels qui affectent leur vie.

Dans le cadre d'intervention ayant pour but d'instaurer l'équité en santé, de véritables efforts doivent être faits pour inclure les personnes marginalisées. Le terme *participation* peut avoir différentes significations et peut prendre différentes formes selon les personnes. Toutefois, dans le cadre d'action sur les déterminants sociaux de la santé pour instaurer l'équité en santé, les formes de participation les plus élevées doivent être privilégiées et recherchées.

L'échelle de participation citoyenne développée par Arnstein (1969) qui illustre différents niveaux de participation est présentée à l'annexe 4.



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

Les processus mis en œuvre pour instaurer l'équité en santé doivent viser le développement et le renforcement de l'autonomie, des compétences et du pouvoir d'agir des individus et des communautés concernés. À partir de conditions permettant les formes les plus élevées de participation, ils pourront ainsi avoir un véritable pouvoir d'influence sur les décisions qui les concernent.

À première vue, la mise en œuvre synergique de ces trois principes peut paraître simple. Pourtant, les concertations où l'ensemble des acteurs concernés est présent et où les différents points de vue sont partagés, valorisés et réellement pris en compte ne sont pas fréquentes. Rares aussi sont les pratiques qui assurent une véritable participation des personnes et des groupes sociaux concernés par un problème. Quant aux pratiques qui favorisent le pouvoir d'agir des citoyens et des groupes concernés afin qu'ils puissent véritablement influencer les décisions qui les concernent, elles sont exceptionnelles.

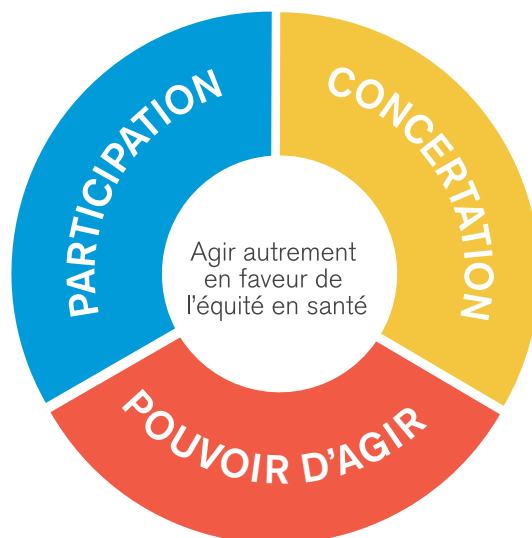
Pour certains acteurs de la région, mettre en œuvre ces trois principes est une pratique courante. Leurs pratiques sont bien souvent novatrices. Il faut donc les reconnaître et bien les soutenir. Néanmoins, pour d'autres acteurs, la mise en place de ces trois principes appelle à sortir des pratiques habituelles et des approches qui découlent uniquement du point de vue des experts.

S'éloigner des pratiques habituelles n'est pas facile, puisque des forces en présence concourent à maintenir les façons de penser et d'agir habituelles et à conserver des relations hiérarchiques et des rapports de pouvoir. Agir autrement ne va pas de soi. Cela demande des efforts considérables, de l'audace, une volonté de sortir des façons de faire traditionnelles, le courage de prendre des risques et une volonté indéfectible de vouloir intégrer les trois principes essentiels dans nos actions et interactions.

C'est en mettant en œuvre ces trois principes que l'innovation sociale peut être possible en vue de réduire les inégalités sociales de santé. Cette innovation doit susciter de nouvelles idées, de nouvelles connaissances, de nouveaux services ou de nouvelles interventions qui trouveront preneur au sein des institutions, des organisations ou des communautés (Réseau québécois en innovation sociale, 2010 ; Gouvernement du Canada, 2010 ; Hubert, 2010 ; Moore et Westley, 2011 ; Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, 2011). Elle doit apporter des réponses originales au problème collectif que représentent les inégalités sociales de santé.

FIGURE 10

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



PARTIE 3 / SECTION 7

L'innovation sociale

En procédant par la concertation d'une diversité d'acteurs, la participation citoyenne et le pouvoir d'agir des personnes et des groupes marginalisés, l'**innovation sociale** comprend sommairement les étapes suivantes :

- **Problématique sociale** : une situation sociale non résolue devient problématique et le *statu quo* n'est plus une option possible et la nécessité de trouver une solution nouvelle émerge.
- **Émergence** : les différents acteurs se regroupent et souhaitent faire autrement pour trouver des solutions novatrices au problème social.

- **Expérimentation** : les différents acteurs expérimentent de manière formelle ou informelle de nouvelles façons d'agir, ils cherchent de nouvelles pratiques, tentent de les mettre en place, évaluent si elles répondent, du moins en partie, au problème social et si elles sont acceptées par différents acteurs.
- **Appropriation** : l'innovation qui permet d'apporter une réponse au problème est intégrée aux pratiques courantes. L'innovation sociale locale peut s'étendre à d'autres territoires et à d'autres acteurs.

Réseau québécois en innovation sociale, 2011 ; Moore et Westley, 2011.

En somme, les pratiques qui reposent sur la concertation, la participation citoyenne et le pouvoir d'agir des personnes et des groupes marginalisés sont essentielles pour prendre des actions qui visent à instaurer l'équité en santé. Elles sont plus susceptibles de faire émerger des idées, des pratiques, des interventions novatrices capables d'apporter de nouvelles réponses aux inégalités sociales de santé.

7.4 AGIR AU NIVEAU NATIONAL, RÉGIONAL ET LOCAL : POSSIBLE ET PERTINENT

Il est clair que de nombreux déterminants sociaux de la santé sont largement influencés par les politiques économiques et sociales des pays. C'est au niveau national et aussi mondial que se définissent les grandes orientations politiques qui ont une influence sur les conditions de vie des citoyens. Le Canada se classe en 24^e position sur les 30 pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) au regard de ses dépenses sociales. On trouve donc au Canada moins d'interventions gouvernementales pour les déterminants sociaux de la santé lorsqu'on le compare à d'autres pays de l'OCDE (Raphael, 2008). L'approche du Canada ressemble plus à celle des États-Unis qu'à celle des pays européens qui mettent plus l'accent sur l'importance de la sécurité sociale et économique de leurs citoyens.

Il est certain qu'agir sur le plan national au cœur même des politiques économiques et sociales nationales peut avoir un impact considérable sur les inégalités sociales et les inégalités des conditions de vie des individus (Raphael, 2008). En complémentarité aux actions nationales, instaurer l'équité en santé passe aussi par des actions régionales et locales. Il est possible d'agir localement en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé.

Le milieu local est considéré comme un espace privilégié pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et pour susciter des innovations sociales (Agence de la santé publique du Canada et Organisation mondiale de la Santé, 2008; RQIS, 2011 ; Bernier *et al.*, 2010). Le milieu local est le milieu le plus favorable pour la mise en place de concertations et d'actions intersectorielles, pour la mobilisation et la participation des citoyens ainsi que pour l'exercice de leur pouvoir d'influence sur les décisions. Le milieu local permet une meilleure identification des besoins des citoyens. De plus, il facilite l'adoption de politiques publiques cohérentes et empreintes de solidarité. Enfin, il est reconnu que les actions et les innovations sociales qui émergent sur le plan local peuvent influencer les actions et les innovations sociales à des niveaux plus élevés.

Des actions locales sont donc possibles et pertinentes. Reconnaissant toutefois 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 politiques nationaux s'ils souhaitent les influencer.

7.5 QUATRE ORIENTATIONS STRATÉGIQUES POUR INSTAURER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Afin d'instaurer l'équité en santé, quatre orientations stratégiques sont proposées autour desquelles des actions et des innovations s'avèrent souhaitables et prometteuses. Les orientations proposées s'inspirent largement de la Charte d'Ottawa adoptée, en 1986, lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé. Cette charte qui a le statut de déclaration internationale vise l'équité en matière de santé.

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

Inscrire l'équité au cœur des politiques, des projets et des interventions de tous les secteurs de la société est fondamental pour réduire les inégalités sociales, les inégalités des conditions de vie et, subséquemment, les inégalités sociales de santé.

La notion d'équité est différente de celle d'égalité. L'équité vise l'égalité des chances pour chaque individu d'accéder à des positions sociales identiques et de vivre dans des conditions de vie favorables quelle que soit son origine sociale ou territoriale. Pour y parvenir, l'équité nécessite que les individus et les groupes sociaux soient traités différemment les uns des autres en fonction des désavantages qui les touchent.

Mettre l'accent sur l'équité, c'est avant tout se préoccuper du respect des droits des personnes. C'est pour cette raison que l'équité concerne au même titre tous les acteurs et tous les secteurs de la société, et non pas uniquement le secteur de la santé. Nous sommes tous interpellés par le respect des droits fondamentaux de la personne. Lorsque des enfants, des femmes et des hommes de notre région ne mangent pas à leur faim, sont contraints de vivre dans la rue, ne peuvent se déplacer, ne disposent pas d'un revenu minimum pour subvenir à leurs besoins essentiels, c'est la société dans son ensemble qui est interpellée. L'insécurité alimentaire, l'itinérance, la pauvreté apparaissent comme des situations prioritaires sur lesquelles il faut agir, parce que ces situations sont inacceptables en soi et non seulement parce qu'elles entraînent une mauvaise santé.



Photo : Shelley-Rose Hyppolite

PARTIE 3 / SECTION 7

Pour instaurer l'équité, trois cibles complémentaires et interdépendantes peuvent être envisagées (Fondation Roi Baudoin, 2012; Whitehead et Dahlgren, 2006):

A) 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

- À la suite d'une entente-cadre survenue entre le Canada et le Québec en 1969, les habitations à loyer modique sont destinées aux ménages à faible revenu pour qu'ils puissent payer un loyer correspondant à 25% de leur revenu.
- Le Programme d'aide à l'éveil à la lecture et à l'écriture a été instauré dans les milieux défavorisés grâce à la collaboration des ministères de l'Éducation, du Loisir et du Sport, de la Culture et des Communications, de la Famille et des Aînés et de la Santé et des Services sociaux.

Dans le domaine de la santé, les approches ciblées permettent d'améliorer la santé des groupes les plus désavantagés. Elles ne permettent pas nécessairement de réduire les écarts de santé entre les groupes sociaux.

- Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sont offerts aux jeunes parents et aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté.
- Le programme OLO, offert par les CSSS, en collaboration avec la Fondation OLO, permet aux femmes enceintes vivant dans une situation socioéconomique précaire de se procurer gratuitement au cours de leur grossesse des œufs, du lait, du jus d'orange ainsi qu'un supplément de vitamines et de minéraux.
- Les services de santé offerts à la population générale avec des services à bas seuil d'accessibilité visent à mieux rejoindre les populations qui vivent dans des contextes vulnérables.

B) 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

- La stratégie d'intervention *Agir autrement*, mise en place en 2002 par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, vise à augmenter la réussite scolaire chez les élèves des milieux défavorisés.

Dans le domaine de la santé, une combinaison des approches universelles et ciblées peut améliorer la santé des groupes les plus désavantagés et aussi réduire les écarts entre les groupes extrêmes.

- Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein offert à l'ensemble des femmes comporte des activités spécifiques de sensibilisation et de mobilisation communautaire locale afin de joindre davantage les femmes plus difficiles à contacter (par exemple, celles en situation de pauvreté, les femmes immigrantes et réfugiées, celles ayant une limitation fonctionnelle physique, celles ayant un problème de santé mentale, etc.).

C) Réduire le gradient social afin de réduire les écarts entre les groupes les plus désavantagés, les plus avantagés et tous les groupes intermédiaires

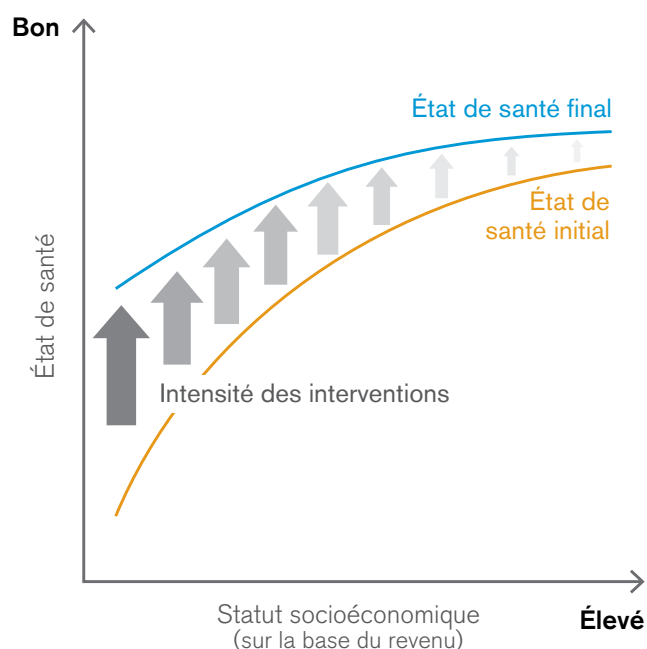
- L'impôt progressif sur le revenu dont le taux varie en fonction de la hauteur des revenus du contribuable est un exemple.

Dans le domaine de la santé, le principe d'universalisme proportionnel au désavantage (figure 11) reflète exactement la notion d'équité (Marmot, 2010). Ce principe nécessite des actions universelles dont l'intensité est proportionnelle au désavantage des groupes ciblés (Marmot, 2010). Les caractéristiques, la fréquence, la durée et l'intensité des actions doivent être adaptées au degré des désavantages des différents groupes au sein de la population (*ibid.*). Dans le domaine de la santé, cette approche permettrait vraisemblablement d'améliorer la santé des groupes désavantagés, de réduire les écarts entre les groupes extrêmes et de réduire le gradient social.

Bien qu'elles soient fréquentes dans le domaine de la santé et d'autres secteurs, les approches universelles isolées qui visent l'ensemble de la société ne sont pas recommandées pour réduire les inégalités sociales de santé. Dans le domaine de la santé, les approches universelles contribuent souvent à augmenter les inégalités sociales de santé ou, dans le meilleur des cas, à les reproduire (Ridde *et al.*, 2007 ; Frohlich et Potvin, 2008). Les approches universelles favorisent en général les groupes les plus aisés qui ont plus de ressources pour tirer un meilleur profit des approches proposées. Par conséquent, seules les approches ciblées, les approches ciblées et universelles combinées ainsi que les approches universelles proportionnelles au désavantage sont recommandées.

PARTIE 3 / SECTION 7

FIGURE 11
L'UNIVERSALISME PROPORTIONNEL AU DÉSAVANTAGE



Pour favoriser l'équité dans l'ensemble de la société, un outil d'évaluation et de promotion de l'équité (ÉPÉ) est proposé à l'annexe 5. Cet outil peut être utilisé lors de la planification, de la mise en œuvre ou de modifications apportées à une stratégie, une politique, un plan d'affaires, un projet ou un service à visée publique. Il permet d'anticiper les conséquences sur différents groupes de la société et de faire en sorte de minimiser ou d'éliminer les conséquences négatives et d'augmenter les occasions de promouvoir l'équité. Il s'adresse aux acteurs de tous les secteurs.

L'outil d'évaluation et de promotion sur l'équité est aussi utile pour les approches de développement durable et de l'Agenda 21 local, de justice environnementale et du Réseau québécois de Villes et Villages en santé puisque toutes ces approches visent de manière explicite l'équité.

Pour le secteur de la santé, un outil d'évaluation et de promotion de l'équité en santé (ÉPÉS) est proposé à l'annexe 6. Cet outil peut être utilisé lors de la planification ou de l'évaluation d'une politique, d'un programme, d'un service ou d'une intervention qui affecte la santé de la population. Il s'adresse à tous les acteurs du secteur de la santé et des services sociaux qu'ils soient publics, privés ou communautaires.



Il faut noter qu'il existe des outils d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) qui ont été élaborés pour évaluer les politiques publiques. Ces outils permettent de considérer les effets potentiels d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population ainsi que sur les effets différenciés au sein de la population. Ils permettent donc d'évaluer les effets sur l'équité en santé et de promouvoir des politiques publiques favorables à la santé. Au Québec, il existe un mécanisme intragouvernemental d'évaluation d'impact sur la santé (Saint-Pierre *et al.*, 2010). L'article 54 de la Loi sur la santé publique donne au ministre de la Santé et des Services sociaux un rôle-conseil et lui accorde

le pouvoir de donner tout avis qu'il juge opportun aux autres ministres pour promouvoir et adopter des politiques publiques favorables à la santé. Ce type d'avis est à encourager, non seulement au palier national, mais aussi aux paliers régionaux et municipaux, comme en France (Ateliers Santé Ville) et en Angleterre (The London Health Inequalities Strategy) où la santé et la lutte contre les inégalités font partie des politiques de plusieurs villes (Joubert *et al.*, 2010).

À l'instar de l'EIS, l'outil ÉPÉ s'adresse aux différents secteurs de la société. Il s'en distingue toutefois, car il interpelle les différents secteurs sur l'équité dans leur propre domaine, plutôt que sur l'équité en santé. Par ailleurs, contrairement à l'EIS, l'outil ÉPÉS s'adresse spécifiquement aux acteurs du domaine de la santé et des services sociaux et il met l'accent sur l'équité en santé, aspect parfois moins approfondi dans le domaine de l'EIS.

Les outils ÉPÉ et ÉPÉS ont été élaborés en s'inspirant d'autres outils utilisés dans différents pays et différents secteurs (Mahoney *et al.*, 2004; Transport for London, 2004; London Borough of Islington, 2006; Signal *et al.*, 2008; Département de Santé, 2009; Orenstein et Rondeau, 2009; Equality and Inclusion Team, 2010; Maxwell et Harris, 2010; Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2011).

Pour terminer, inscrire l'équité au calendrier des politiques, des programmes, des projets et des interventions de tous les secteurs de la société ne se fera pas sans une mobilisation importante de la société civile, des mouvements sociaux et des organisations prêts à lutter contre les inégalités existantes et à défendre la place centrale que devrait prendre l'équité dans l'ensemble de la société.



PARTIE 3 / SECTION 7



BELLE INITIATIVE ! **Accès-Loisirs Québec**

Lancé en 2000 par l'organisme communautaire La Courtepointe et la Corporation de loisirs Saint-Benoît, Accès-Loisirs Québec permettait aux personnes à faible revenu de participer gratuitement à des activités de loisirs de la corporation dans la paroisse Saint-Benoît qui est située à Sainte-Foy. En 2002, le programme s'est étendu à la ville de Québec et reçoit depuis le soutien financier de Centraide Québec et Chaudière-Appalaches. En 2005, le programme est devenu un organisme à but non lucratif et s'étend désormais à l'ensemble de la province de Québec.

Le programme Accès-Loisirs Québec permet aux personnes à faible revenu de participer gratuitement à des activités de loisirs en comblant les places

inoccupées de diverses activités offertes par les municipalités sur l'ensemble du territoire de la ville de Québec. Les personnes présentent une preuve de revenu aux points de service, et ce, en toute confidentialité.

La participation des personnes à faible revenu aux activités de loisirs leur permet bien souvent de sortir de leur isolement, de développer leur potentiel et de participer à la vie sociale de leur quartier au même titre que tous les autres citoyens.

Basé sur les valeurs de solidarité, d'équité, d'autonomie et de respect de la dignité humaine, Accès-Loisirs Québec joue également un rôle important dans la réduction de l'exclusion sociale.

2. Lutter pour l'inclusion sociale

Lutter pour l'inclusion sociale, c'est lutter pour que chaque citoyen puisse :

- avoir accès aux biens et services essentiels ;
- faire valoir ses droits et les faire respecter ;
- jouir de réseaux sociaux solidaires ;
- être reconnu comme un membre à part entière de la société.

C'est aussi lutter pour le respect des droits sociaux et économiques, et des droits politiques et culturels. C'est lutter pour le respect des droits fondamentaux et la dignité de toutes les personnes.

Lutter pour l'inclusion sociale nécessite des mesures de redistribution économique et des mesures qui visent la reconnaissance et la valorisation des personnes.

Les mesures qui vont favoriser 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.

De concert avec la mise en place de ces mesures, des actions qui visent la reconnaissance des personnes sont aussi essentielles. Ainsi, lutter pour l'inclusion sociale nécessite de transformer les rapports sociaux. Il s'agit de promouvoir et de favoriser la mise en place de conditions favorables à l'établissement de rapports sociaux égalitaires et solidaires, et ce, dans tous les milieux sociaux et auprès de l'ensemble des membres de la société. Il s'agit bien sûr d'engager des actions pour faciliter l'intégration sociale des personnes mises à l'écart. Il s'agit aussi de faire en sorte que toutes les personnes soient acceptées et valorisées quelles que soient leurs différences et quel que soit leur degré d'intégration.

Parmi l'ensemble des actions possibles, la lutte contre les préjugés, la promotion de la responsabilité sociale et le renforcement du pouvoir d'agir des individus et des groupes exclus apparaissent essentiels :

- s'attaquer aux préjugés et aux normes sociales qui y sont rattachées représente certainement une voie incontournable pour favoriser l'établissement de relations égalitaires, respectueuses et solidaires ;
- promouvoir la responsabilité sociale pour que chaque citoyen puisse s'interroger sur la portée de ses idées, de ses relations, de ses actions ou encore de ses inactions envers ses concitoyens pour encourager des comportements solidaires ;
- renforcer le pouvoir d'agir des individus et des groupes exclus pour qu'ils puissent présenter et défendre leurs besoins de manière efficace et, ce faisant, pour qu'ils modifient la distribution inégale du pouvoir pour réduire les inégalités sociales et favoriser l'inclusion sociale de tous.

Certes, il s'agit là d'un projet ambitieux, mais il n'y a pas de détours possibles lorsqu'on souhaite s'attaquer aux causes fondamentales des inégalités sociales de santé. Malgré l'ampleur du défi, les actions à mener sont à la portée de tous.

Pour chaque individu, cela peut signifier de :

- s'interroger sur ses valeurs, sur ses préjugés à l'égard de différents groupes dans la société, sur ses actions à l'égard de ceux-ci et sur leurs conséquences ;
- se sensibiliser ainsi que les membres de notre cercle familial, de notre cercle d'amis ou de notre milieu de travail sur les préjugés et leurs conséquences, et sur la responsabilité sociale ;
- ne pas rester indifférent par rapport à ceux qui vivent des situations d'exclusion sous toutes ses formes et de ne plus accepter d'être un témoin silencieux de préjugés, de dénigrement, de discrimination, de rejet, de mise à l'écart, de moquerie, d'abus ou encore d'actes violents ;
- prendre sa part de responsabilité comme membre de la société et agir en prenant la défense, en s'insurgeant, en dénonçant.

En résumé, relever ce défi comme citoyen consiste à agir de manière respectueuse et solidaire envers tous ses concitoyens. Un défi, somme toute, à portée de main !

Suggestions de citoyens lors des groupes de discussion :

- sensibiliser et informer tous les citoyens, et en particulier les jeunes et les étudiants, sur les préjugés et leurs effets néfastes par les médias (journaux, radio, télévision, etc.) ;
- sensibiliser tous les citoyens et favoriser les relations respectueuses à l'aide d'affiches posées dans tous les milieux publics indiquant que le personnel et les employés dans ce milieu sont respectueux entre eux et envers les citoyens ;
- rééduquer les jeunes et les étudiants de tous les domaines et de tous les niveaux (du primaire à l'université) en favorisant le rapprochement et la proximité avec des personnes qui vivent de l'exclusion par le recours aux témoignages lors des cours ou encore par le développement de stages dans les milieux communautaires et auprès de ces personnes ;
- instaurer dans les écoles une culture de tolérance zéro à l'égard de l'exclusion sous toutes ses formes et faire participer les parents ;
- instaurer une culture de respect dans tous les milieux de travail et susciter un mode de gestion coopératif et collaboratif plutôt que hiérarchique et de contrôle ;
- appuyer et renforcer les groupes de citoyens afin qu'ils puissent faire valoir leurs droits et leurs besoins.

Suggestions de participants au forum :

- sensibiliser nos proches ;
- nommer et ne pas accepter la discrimination et continuer à s'indigner ;
- travailler à réduire les préjugés dans chaque famille ;
- s'affirmer, revendiquer et confronter ;
- identifier et travailler sur les préjugés et oser se remettre en question ;
- ne pas porter de jugement et essayer de comprendre l'autre ;
- faire confiance, être ouvert et respecter les différences ;
- sensibiliser sur la pauvreté et l'exclusion.



PARTIE 3 / SECTION 7

Suggestions d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux :

- sensibiliser les gestionnaires et les employeurs aux préjugés ;
- proposer des changements dans les CSSS, informer les organisations et les partenaires pour mettre en place des programmes qui favorisent l'inclusion ;
- former les intervenants sur la pauvreté et ses déterminants ;
- sensibiliser la population sur l'existence de clientèles démunies, sur l'itinérance et sur les inégalités sociales ;
- développer des pratiques plus participatives et inclusives ;
- développer le pouvoir d'agir des clientèles démunies.

Suggestions de gestionnaires de CSSS :

- être une voix pour les clientèles démunies ;
- être ambassadeur pour les clientèles démunies ;
- poursuivre les campagnes sociétales de sensibilisation ;
- enrichir les programmes universitaires de différentes professions sur la pauvreté et l'exclusion.



BELLE INITIATIVE !

La lutte contre les préjugés, pour le respect de la dignité

En novembre 2011, Centraide Québec et Chaudière-Appalaches lançait un appel destiné à sensibiliser les citoyens aux dommages importants qu'infligent les préjugés à ceux qui en sont la cible et à toute la collectivité. Dans un document intitulé *Un préjugé, c'est coller une étiquette. La lutte contre la pauvreté s'arrête là où commencent nos préjugés*.²⁴, Centraide fait valoir que malgré les efforts consentis dans la lutte contre la pauvreté, les préjugés à l'égard des personnes pauvres sont encore profondément enracinés dans notre société et conduisent à des déséquilibres sociaux préjudiciables à tous en divisant les citoyens et en les éloignant les uns des autres. Ces préjugés et les mythes sur lesquels ils reposent (« Les pauvres ne veulent pas travailler », « Les assistés sociaux ont tout gratuitement », etc.) projettent une image tordue qui va parfois jusqu'à questionner la valeur même des personnes qui en sont la cible. Les préjugés contribuent à l'exclusion, voire à l'autoexclusion des personnes en situation de pauvreté. Comment, en plus

d'avoir à survivre au quotidien, se sentir partie prenante d'une société qui nous renvoie une image remettant en question notre dignité ?

Le premier pas vers une société plus inclusive consiste à accepter d'écouter l'autre, de remiser ses certitudes et de croire que les personnes en situation de pauvreté ont quelque chose à dire qui vaut la peine d'être entendue. De quelque horizon que l'on provienne, chacun a le pouvoir d'agir en refusant de laisser ses idées reçues et ses préjugés miner les liens qui l'unissent aux autres.

Les préjugés constituent un nœud qui devra tôt ou tard être dénoué pour donner à la lutte contre la pauvreté toute sa portée. Ce document ainsi que les conférences et les outils d'animation qui en découlent nous invitent donc à traduire en gestes et en paroles les valeurs de justice et d'inclusion qui nous sont chères (Centraide Québec et Chaudière-Appalaches, 2011).

24. www.centraide-quebec.com/files/pdfs/document-reflexion-4-2011_1.pdf.

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

Créer des environnements physiques et sociaux favorables à la santé est incontournable pour réduire les inégalités liées aux conditions de vie des citoyens de la région et de leur santé.

La création de tels environnements doit se faire dès la plus petite enfance, car déployer des efforts pour améliorer les conditions de vie des plus jeunes entrainera 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 l'accès à des programmes éducatifs précoces et scolaires de qualité. L'équité doit s'appliquer dès le début de la vie des enfants et les investissements doivent être proportionnels au désavantage de leurs conditions de vie pour briser le cercle vicieux de la reproduction intergénérationnelle de la défavorisation.

Améliorer les conditions de vie des enfants passe inexorablement par l'amélioration des conditions de vie de leurs parents et de leur famille. Il est essentiel de soutenir les parents et les familles afin qu'ils puissent vivre dans des conditions de vie favorables.

L'accès à un logement acceptable apparaît central dans le parcours de vie des personnes en situation de défavorisation. Il représente un besoin primordial. Il s'agit d'un besoin d'autant plus prioritaire que dans la Capitale-Nationale, le taux d'inoccupation des logements est parmi le plus bas au Canada. Il faut assurer l'accès à des logements subventionnés à tous les citoyens qui n'ont pas les moyens de s'offrir des logements acceptables sur le marché locatif.

Assurer l'accès à tous et en tout temps à des aliments sains, nutritifs, abordables et en quantité suffisante est primordial. La sécurité alimentaire pour tous les citoyens de la région apparaît essentielle.

Pouvoir travailler et pouvoir travailler dans un environnement sain et sécuritaire ne sont pas un privilège, mais un droit. Encourager et favoriser l'accès à la formation et à l'emploi pour tous les citoyens qui le souhaitent devraient être une action prioritaire dans la région. L'équité dans les milieux de travail nécessite de favoriser l'accès aux individus et aux groupes qui en sont historiquement exclus, en imposant par exemple des quotas obligatoires. L'équité

exige une souplesse dans la charge de travail demandée, dans les horaires, dans les heures travaillées, notamment pour les personnes ayant une limitation fonctionnelle. Elle nécessite de bien rémunérer tous les employés et de mieux répartir les bénéfices engendrés par le travail de tous.

Créer des emplois sécuritaires à temps plein, cesser la croissance accélérée des emplois précaires et assurer l'accès à l'emploi aux personnes peu scolarisées sont des actions prioritaires pour la région.

Faire en sorte que le transport public soit véritablement accessible à tous est incontournable si on souhaite que toutes les personnes de la région aient un accès équitable aux ressources et aux biens nécessaires pour vivre. Le transport public doit être accessible sur le plan économique et géographique. Il doit être physiquement accessible pour toutes les personnes ayant des limitations fonctionnelles. Enfin, il ne doit pas être un lieu de discrimination.

L'équité demande d'investir davantage dans les quartiers défavorisés et éloignés pour assurer un accès équitable aux biens et aux services essentiels, aux logements acceptables, aux loisirs, aux transports, aux commerces, aux écoles, aux services d'alimentation et aux espaces naturels. L'équité doit faire partie des plans d'urbanisme. Il est également nécessaire de configurer les quartiers de manière à favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé. Là encore, il est important d'investir davantage dans les quartiers défavorisés.

L'équité doit aussi s'inscrire dans l'ensemble du système de santé pour permettre un accès à des soins équitables aux groupes marginalisés.

Le système de protection sociale est essentiel pour avoir un revenu tout au cours de la vie ou lors d'événements difficiles imprévus comme une perte de revenu, une perte d'emploi, la survenue d'une maladie, d'un accident ou d'une limitation fonctionnelle. Or, ce revenu est actuellement insuffisant pour permettre de répondre aux besoins essentiels. Une société équitable et cohésive doit assurer une protection sociale suffisante pour faire en sorte que tous ses citoyens vivent décemment et subviennent à leurs besoins essentiels. Sur le plan local et régional, il est nécessaire de militer pour des protections sociales plus élevées.

PARTIE 3 / SECTION 7

Suggestions de citoyens lors des groupes de discussion :

- faciliter l'éducation en augmentant le montant des bourses pour permettre de poursuivre les études à temps plein ;
- développer des milieux de travail flexibles ;
- développer des milieux de travail valorisants qui augmentent la confiance en soi ;
- permettre le mentorat en milieu de travail pour faciliter l'arrivée dans un nouveau milieu ;
- permettre des stages non rémunérés dans les milieux de travail pour faciliter l'acquisition de compétences ;
- augmenter les prestations d'aide sociale ;
- augmenter le nombre de logements à prix modique ;
- donner plus d'informations sur la protection du citoyen en regard du logement ;
- augmenter le nombre de ressources d'hébergement ;
- permettre l'accès au transport en commun gratuitement pour les personnes qui bénéficient de l'aide sociale ;
- rapprocher les services de santé des citoyens.

Suggestions de participants au forum :

- investir dans la petite enfance ;
- développer la confiance et le sentiment de sécurité chez les jeunes ;
- assurer un montant adéquat pour l'aide sociale ;
- réduire la pauvreté.

Suggestions d'intervenants du réseau public et communautaire :

- financer le transport en commun pour les clientèles défavorisées ;
- prioriser les services de première ligne et les approches de proximité ;
- favoriser l'accès aux logements sociaux ;
- construire des coopératives de logement ;
- augmenter le revenu de base et le salaire minimum ;
- faciliter l'accès aux aliments nutritifs ;
- préciser les besoins en termes de dépannage d'hébergement ;
- favoriser le travail de proximité.



BELLE INITIATIVE !

Le projet Accès-bus de la MRC de Portneuf pour favoriser l'accès à différents services

En 2011, dans le cadre du Programme de soutien communautaire en logement social du CSSS de Portneuf, un système de transport collectif gratuit a été mis sur pied pour favoriser l'accès aux supermarchés et à d'autres services à des résidents d'habitations à loyer modique.

À la suite de l'identification par une technicienne en action communautaire du CSSS et par la directrice de l'Office municipal d'habitation d'un problème d'accès physique aux aliments pour les personnes à faible revenu qui vivent au centre-ville, un comité de travail a été formé par des résidents d'habitations à loyer modique.

Financé par la ville, les caisses populaires, l'Office municipal d'habitation et l'Association des commerçants du centre

commercial, le projet offre à plus de 40 personnes, l'accès à un autobus scolaire toutes les semaines, de septembre à juin, en payant une carte d'accès au coût de 10\$ par année. Le service est offert une fois par semaine tous les mois, à l'exception du mois de décembre où le service est offert deux fois par semaine.

Ces personnes peuvent maintenant se rendre au supermarché ainsi qu'à tous les commerces du centre commercial (plus de 25 commerces) et à ceux situés à proximité (par exemple, le centre local d'emploi, le CSSS, la quincaillerie, etc.). Le projet a ainsi contribué à favoriser l'accès aux aliments abordables ainsi qu'à plusieurs autres services.



BELLE INITIATIVE !

Le projet d'intervention de proximité aux Habitations Place de la Rive

En 2004, la Corporation d'animation L'Ouvre-Boîte du Quartier, le Carrefour des enfants de Saint-Malo, l'Office municipal d'habitation de Québec, la Ruche Vanier, le Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes, le Centre de la petite enfance (CPE) l'Essentiel, Ressources Parents Vanier et le CSSS de la Vieille-Capitale ont cherché à identifier, dans le cadre d'un comité de travail, la meilleure stratégie à privilégier pour offrir des services mieux adaptés aux personnes qui habitaient aux Habitations Place de la Rive dans un contexte de pauvreté économique et d'exclusion sociale. Les résidents au nombre de 500 sont originaires de 19 pays différents.

L'intervention de proximité a été retenue comme approche à privilégier. Il s'agit d'une approche d'intervention novatrice intégrant une gamme complète d'activités cliniques en développement des communautés. Elle s'orchestre en partenariat entre la communauté et les intervenants à partir des préoccupations exprimées et priorisées par la communauté elle-même.

L'intervention de proximité est mise en œuvre par une équipe intersectorielle composée d'une quinzaine d'intervenants provenant de plusieurs organisations (La Corporation d'animation L'Ouvre-Boîte du Quartier, le Carrefour des enfants de Saint-Malo, l'Office municipal d'habitation de Québec, le CSSS de la Vieille-Capitale, le Service de police de la Ville de Québec, TRAIC Jeunesse, la Ruche Vanier). Cette équipe est présente directement dans le milieu de vie avec la communauté.

Les citoyens et les membres de l'équipe s'associent pour mettre sur pied des activités d'aide, de soutien et d'entraide à partir des besoins et des préoccupations exprimés par la communauté. Ensemble, ils s'investissent pour créer des conditions favorables au développement et au bien-être de chacun des membres de la communauté. Reconnus par le réseau local de services, les citoyens, de concert avec l'équipe, établissent des relations de coopération avec des acteurs du quartier et de la ville. Ces relations élargissent les possibilités d'intégration et de participation sociales de tous les citoyens.

Convaincus de l'efficacité de cette approche, différents acteurs contribuent aujourd'hui au projet par leur engagement et par leur présence et leur implication à différents niveaux selon leur mission. Malgré des missions différentes, les organisations engagées dans le projet ont travaillé à développer des valeurs et un discours communs, ce qui leur a permis d'intervenir auprès des résidents avec une même ligne de conduite.

PARTIE 3 / SECTION 7

4. Renforcer le développement local et les actions communautaires

Renforcer le développement local et les actions communautaires est essentiel, car les retombées permettent non seulement d'améliorer les conditions de vie des citoyens sur un territoire local, mais aussi de favoriser leur inclusion sociale et le respect de leurs droits.

Le développement local regroupe le développement communautaire, le développement social et le développement économique (Bourque *et al.*, 2007). En mettant l'accent sur le développement de l'autoproduction et de l'entraide, sur le développement des capacités des individus et des politiques sociales et sur les activités économiques et les emplois (*ibid.*), les trois types de développement local contribuent au développement d'un territoire local et permettent d'en améliorer les conditions de vie. Dans la région, plusieurs acteurs des réseaux communautaires et publics s'investissent 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, les municipalités, etc.

Le développement communautaire vise l'amélioration des conditions de vie en favorisant l'autonomie, l'initiative et l'entraide au sein de la population ;

Le développement social 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 vise la revitalisation socioéconomique d'une communauté par la valorisation des ressources locales, la participation citoyenne et la concertation des acteurs locaux.



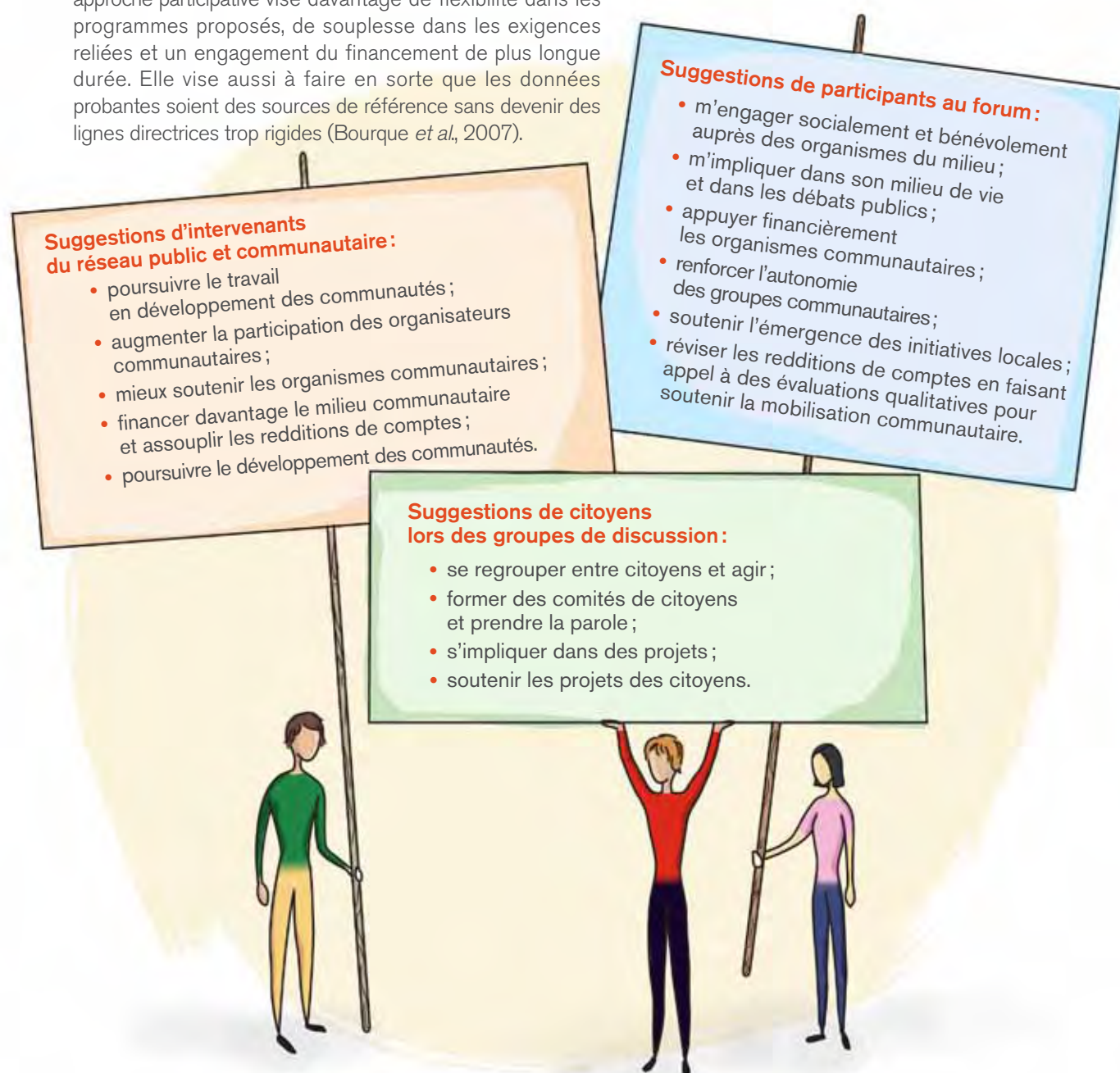
Le Programme national de santé publique 2003-2012 retient, parmi ses stratégies d'actions clés, le développement des communautés comme un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu. Le développement des communautés vise l'amélioration des conditions de vie sur un territoire local d'appartenance. Cette stratégie interpelle donc le réseau de la santé et des services sociaux, un outil de premier plan pour assumer la responsabilité populationnelle dévolue par la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Au-delà du développement local, d'autres stratégies en organisation communautaire sont aussi pertinentes lorsqu'on vise à instaurer l'équité en santé (Bourque *et al.*, 2007 ; Bourque et Lachapelle, 2010 ; RQIIAC, 2010), notamment l'action sociale.

L'action sociale est une stratégie privilégiée pour favoriser le pouvoir d'agir des individus et des groupes qui vivent de l'exclusion (Bourque *et al.*, 2007 ; Bourque et Lachapelle, 2010 ; RQIIAC, 2010). Par des actions de revendications menées par des groupes, des coalitions ou des mouvements sociaux, l'action sociale vise un changement social en faveur du respect des droits de chacun, de l'équité et de la justice sociale.

Les actions communautaires issues des groupes communautaires, des coalitions, des groupes de citoyens ou encore de certains organismes publics doivent être appuyées, car elles reflètent bien souvent les besoins locaux et témoignent de la mobilisation, de la participation et du pouvoir d'agir d'acteurs locaux.

En terminant, il faut souligner que la littérature sur les approches en organisation communautaire présente l'approche socioinstitutionnelle de type participative comme une réponse à des applications de programmes publics qui ne tiendraient pas compte des besoins, des caractéristiques, des valeurs ou des ressources des populations visées (Bourque *et al.*, 2007 ; Bourque et Lachapelle, 2010 ; RQIIAC, 2010). Cette approche participative vise davantage de flexibilité dans les programmes proposés, de souplesse dans les exigences reliées et un engagement du financement de plus longue durée. Elle vise aussi à faire en sorte que les données probantes soient des sources de référence sans devenir des lignes directrices trop rigides (Bourque *et al.*, 2007).



PARTIE 3 / SECTION 7



BELLE INITIATIVE !

Le projet Libres-Unies-Nuancées-Ensemble (LUNE) qui rassemble des travailleuses du sexe de la région de Québec

Le projet LUNE est né en 2007 d'une alliance entre le milieu communautaire (organisme Point de Repères), une équipe de chercheurs de l'Université Laval pilotée par la Faculté des sciences infirmières, et des femmes travailleuses du sexe de rue utilisatrices de drogues injectables. Ce projet de recherche participative visait à répondre à un ensemble de besoins énoncés par les femmes et à renforcer leurs capacités à titre de pairs aidantes dans leur communauté. L'idée à la base de cette initiative était de favoriser le croisement des savoirs entre les différents partenaires du projet et de développer le pouvoir d'agir des femmes qui y participaient.

Depuis sa création, plusieurs réalisations ont émané grâce au projet LUNE :

- Des ateliers de sensibilisation et de formation afin d'approfondir leurs connaissances sur des sujets aussi variés que l'autodéfense, la réanimation cardiorespiratoire, l'intervention en cas d'overdose, les droits et obligations, etc.
- La publication d'un journal de la rue, *Les voix de la ruELLES*, qui s'avère un outil d'expression, de sensibilisation et de transmission de messages à caractère préventif, notamment en ce qui a trait à la violence faite aux travailleuses du sexe par la diffusion d'une liste de mauvais clients.
- La définition des besoins associés à la mise en place d'un lieu d'hébergement à haut seuil d'acceptation de type *Drop-in*²⁵ pour les femmes exclues des ressources existantes. Les femmes travaillent d'ailleurs à mettre sur pied un tel type d'hébergement afin de répondre aux besoins exprimés par leurs pairs d'avoir un endroit où dormir en paix et en sécurité.

- L'élaboration de trousse d'hygiène pour les femmes qui vivent dans la rue et qui manquent du nécessaire de base.

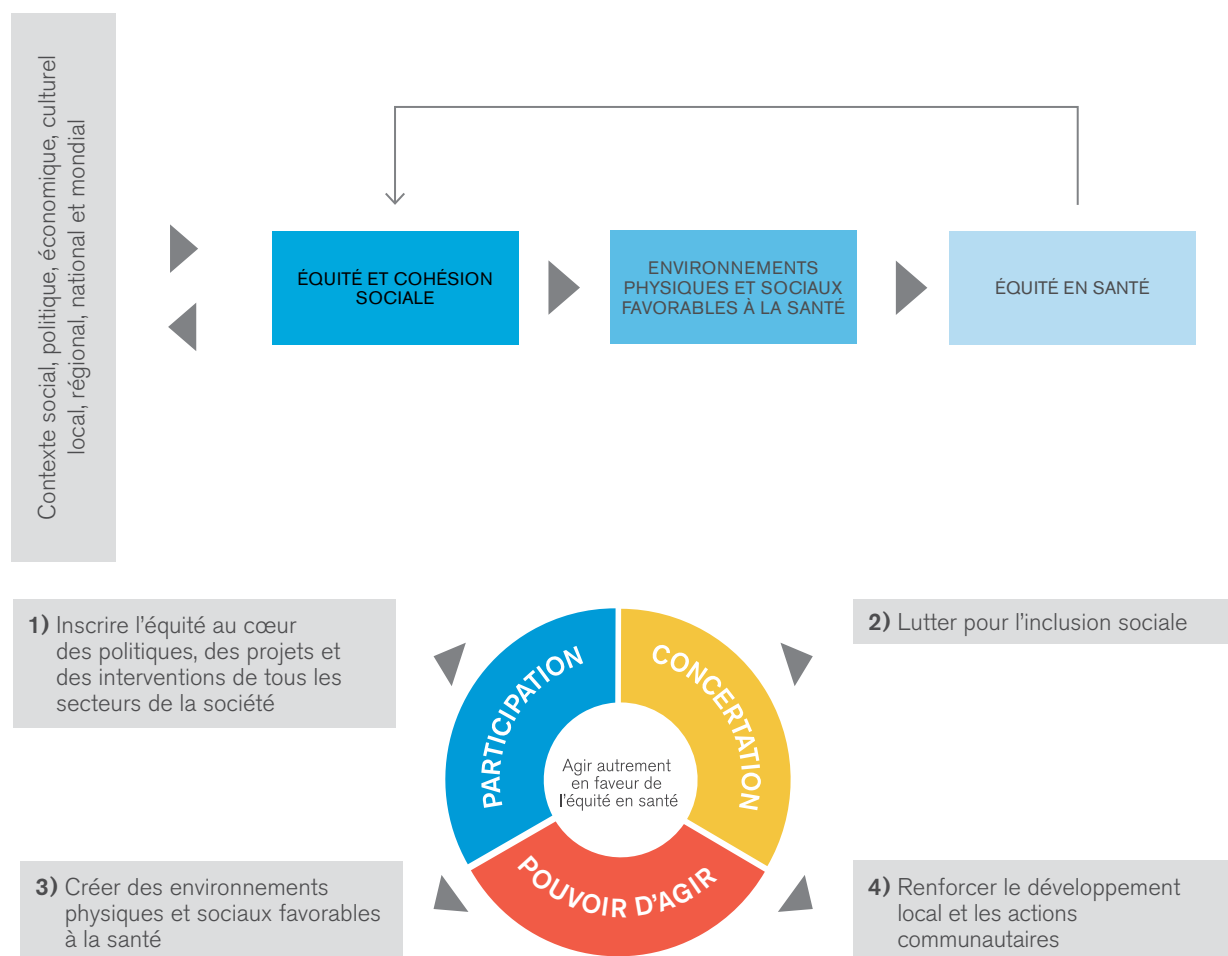
Au fil des ans, ce projet a connu plusieurs transformations, notamment par son transfert au Projet Intervention Prostitution de Québec en 2010 à la fin du projet de recherche. Le projet LUNE est devenu un groupe d'appartenance et de reconnaissance des droits sociaux « par et pour » des femmes travailleuses du sexe, actives ou non, consommatrices ou non. Dans tous les cas, les femmes sont toujours au cœur de la démarche. D'ailleurs, dans la suite logique de leurs actions faisant la promotion de leur autonomie, le projet s'est récemment incorporé.

Ce projet a su potentialiser l'expertise des travailleuses du sexe de rue de la région de Québec à définir des enjeux concrets et à les faire connaître.

Leurs actions ont permis de sensibiliser les acteurs du milieu communautaire et institutionnel à leur réalité, et vont contribuer à la mise sur pied de services adaptés, comme un site d'hébergement répondant à leurs besoins.

25. L'expression *hébergement à haut seuil d'acceptation de type Drop-in* fait référence à un milieu d'hébergement ayant le moins de conditions d'accès possibles afin de répondre aux besoins des personnes les plus désaffiliées.

FIGURE 12
L'ÉQUITÉ EN SANTÉ : UN MODÈLE CONCEPTUEL POUR L'ACTION





SECTION 8

LA MISE EN ŒUVRE
D'INTERVENTIONS CONCRÈTES:
UN APPEL À TOUS



SECTION 8

LA MISE EN ŒUVRE D'INTERVENTIONS CONCRÈTES : UN APPEL À TOUS

8.1 DES RECOMMANDATIONS AUX DIFFÉRENTS SECTEURS DE LA SOCIÉTÉ

Tous les secteurs de la société sont concernés par les inégalités sociales et les inégalités présentes dans les conditions de vie des citoyens. Par conséquent, dans le but de réduire les inégalités sociales et d'améliorer les conditions de vie des citoyens qui vivent en situation de pauvreté ou dans des contextes précaires, le directeur régional de santé publique fait des recommandations aux différents secteurs de la société.

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

- 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.

2. Lutter pour l'inclusion sociale

- 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.

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

- 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.

4. Renforcer le développement local et les actions communautaires

- 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.

8.2 DES PROPOSITIONS POUR L'ENSEMBLE DES ACTEURS QUI MÈNE DES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LA RÉGION

En vue d'instaurer l'équité en santé, l'ensemble des partenaires qui mène des actions de santé publique dans la région est également appelé à se mobiliser, que ce soit l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, les CSSS et leur réseau local de services de santé, les centres hospitaliers et tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau du ministère de la Famille et des Aînés ainsi que les milieux d'enseignement et de recherche en santé publique. Le contexte mondial, national et provincial exerce une grande influence sur les conditions de vie et la santé des citoyens de la région. La proposition qui suit permet de mieux cerner ce qui peut être fait à l'échelle régionale et locale par les acteurs qui mènent des actions de santé publique. Le directeur régional de santé publique convie l'ensemble des acteurs qui mène des actions de santé publique dans la région à adopter les propositions ci-dessous.

1. Inscrire l'équité en santé au cœur des politiques, des projets et des interventions de santé publique

- Adhérer à un engagement explicite 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

- 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

- 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.

PARTIE 3 / SECTION 8

- 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

- 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.

8.3 LES ENGAGEMENTS DE LA DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

La Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale souhaite préciser sa contribution aux efforts régionaux pour instaurer l'équité en santé à travers des engagements précis. Ainsi, elle 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.





CONCLUSION

Ce rapport montre que d'importantes inégalités sociales de santé existent dans la région de la Capitale-Nationale, région pourtant considérée comme étant favorisée sur le plan économique. Ces inégalités sociales de santé entraînent des maladies, des incapacités précoces et des morts prématurées dans la région.

Les inégalités sociales de santé sont le reflet des inégalités sociales. L'injustice sociale rend malade et tue à grande échelle. Il faut agir, puisque c'est une question de vie ou de mort concluait la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS en 2008.

Les inégalités sociales de santé sont évitables. Et nous connaissons des solutions. Viser l'équité dans tous les milieux et dans tous les secteurs d'activité. Si la justice sociale est une question de société, elle est aussi un choix de société. On peut choisir d'agir autrement pour instaurer une société plus équitable et plus solidaire. Nous sommes tous en mesure d'y contribuer.



RÉFÉRENCES ET ANNEXES

RÉFÉRENCES

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE. *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*. Région de la Capitale nationale, Québec, Direction régionale de santé publique, 2004, 143 p.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007*, Québec, 2004, 116 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Plan d'action régional de santé publique 2009-2015 de la Capitale-Nationale*, Québec, Direction régionale de santé publique, 2009, 144 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Planification stratégique en santé et services sociaux de la région de la Capitale-Nationale 2010-2015*, Québec, 2010, 71 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada. S'attaquer aux inégalités en santé. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada*, Winnipeg, gouvernement du Canada, 2008, 108 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Huit études de cas illustrant l'approche de développement de communautés saines et durables expérimentées au Québec*, Ottawa, 2010, 41 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays*, Ottawa, 2008, 44 p.

AÏACH, P. et D. FASSIN. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé, *La revue du praticien*, 2004, 54 : 2221-2227.

ARNSTEIN, S. R. A Ladder of Citizen Participation, *JAIP*, Vol. 35, N° 4, 1969, p. 216-224.

AUBERT, N. L'individu hypermoderne et ses pathologies, *L'information psychiatrique*, 2006, 82(7) : 605-610.

BARBIER, C. Les inégalités socioéconomiques de santé, *Éducation Santé*, 2008, 238 : 10-12.

BARNES, S. *The Real Cost of City Cuts: A Health Equity Impact Assessment*, Toronto, Wellesley Institute, 2011, 15 p.

BÉGIN, M. *La Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé : état de situation des travaux et enjeux pour la santé publique*, conférence donnée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, Québec, 2007.

BENACH, J., C. MUNTANER et V. SANTANA. (Chairs), *Employment Conditions and Health Inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report, Geneva, 2007a, 172 p.

BENACH, J., C. MUNTANER et V. SANTANA. *Employment Conditions and Health Inequalities. A Synthesis of the WHO Employment Conditions Knowledge Network, Final Report*, Geneva, 2007b, 32 p.

BERNIER, J., C. CLAVIER et G. GIASSEN. *Développement social local à Montréal : approche concertée de lutte contre les inégalités*, dans Potvin, L., M.-J. Moquet et C. Jones (sous la direction de), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 2010, 380 p.

BIHR, A. et R. PFEFFERKORN. *La Découverte*, Repères, n°511, mars 2008, 128 p.

BILODEAU, A., M. GALARNEAU, M. FOURNIER et L. POTVIN. *Outil de l'action en partenariat : pertinent pour les actions de réduction des inégalités*, dans Potvin, L., M.-J. Moquet et C. Jones (sous la direction de), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 2010, 380 p.

BOURQUE, D. et R. LACHAPPELLE. *L'organisation communautaire en CSSS*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2010, 165 p.

BOURQUE, D., Y. COMEAU, L. FAVREAU et L. FRÉCHETTE. *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2007, 535 p.

BRAUD, P. *Violence symbolique et mal-être identitaire*, Paris, Presses de Sciences Po, 2003, 1(9) : 33-47.

BRAVEMAN, P. et S. GRUSKIN. *Defining equity in health*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57 : 254-258.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. *Proceedings Report. Reducing Gaps in Health : Knowledge Synthesis, Translation and Exchange*, Halifax, 2007, 33 p.

CASTRO, A. et P. FARMER. *Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante*, *Anthropologie et Sociétés*, 2003, 27(2) : 23-40.

CENTRAIDE QUÉBEC. *Une société qui se tire dans le pied. Lettre ouverte aux personnes qui ne se sentent pas concernées par la pauvreté et à toutes les autres*, Québec, 2000, 31 p.

CENTRAIDE QUÉBEC ET CHAUDIÈRE-APPALACHES. *Un préjugé, c'est coller une étiquette. La lutte à la pauvreté s'arrête là où commencent nos préjugés*, Québec, 2011, 46 p.

CENTRE D'ÉTUDE SUR LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION (CEPE). *La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec : vers l'horizon 2013. État de situation 2011*, Québec, gouvernement du Québec, 2011, 74 p.

CENTRE LÉA-ROBACK. *Mieux comprendre le lien entre le quartier et la santé. Le point sur l'effet de quartier*, Montréal, 2007, 8 p.

COLLECTIF POUR UN QUÉBEC SANS PAUVRETÉ. *Faits à connaître sur la pauvreté au Québec*, Québec, 2005, 3 p.

COLLIN, J. *Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament*, *Sociologie et sociétés*, 2007, 39(1) : 99-122.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LA SÉCURITÉ DE LA SANTÉ. *Réduire les disparités sur le plan de la santé. Rôles du secteur de la santé : Orientations stratégiques et activités recommandées*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2004, 10 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. *Plan stratégique 2008-2011*, Québec, gouvernement du Québec, 2008, 38 p.

RÉFÉRENCES

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH). *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, 2005, 33 p.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, 2007, 77 p.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH). *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, World Health Organization, 2008, 250 p.

CONFÉRENCE RÉGIONALE DES ÉLUS DE LA CAPITALE-NATIONALE (CRÉ). *Le plan quinquennal de développement 2012-2017*. Région de la Capitale-Nationale. Diagnostic, Québec, 2011, 44 p.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. *Le renouvellement des soins de santé au Canada. Frayer la voie de la qualité*, Toronto, 2006, 87 p.

CONSEIL DE L'EUROPE. Rapport de la Task Force de haut niveau sur la cohésion sociale au XXI^e siècle, *Vers une Europe active, juste et cohésive sur le plan social*, Strasbourg, 2007, 83 p.

CONSEIL DE RECHERCHE EN SCIENCES HUMAINES DU CANADA. *Les communautés locales comme moteurs de projets novateurs*, [En ligne], [www.sshrc-crsh.gc.ca/newsletter-bulletin/spring-printemps/2011/bourque-fra.aspx] (Consulté en mars 2011).

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Portrait statistique Égalité femmes/hommes. Où en sommes-nous dans la Capitale-Nationale ?*, Québec, 2010, 111 p.

CORPORATION DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE COMMUNAUTAIRE DE QUÉBEC (CDÉC). *Le logement social et communautaire sur le territoire de la ville de Québec. Portrait par quartier*, Québec, 2010, 19 p.

DAHLGREN G. et M. WHITEHEAD. *Policies and Strategies to promote social equity in health*, Stockholm, Institute of Futures Studies, 1991, 69 p.

DE KONINCK, M. La reproduction et les inégalités sociales de santé, dans Descarries, F. et Corbeil, C. (directrices), *Espaces et temps de la maternité*, Montréal, Les éditions du Remue-Ménage, 2002, p.381-401.

DE KONINCK, M. et D. FASSIN. Les inégalités sociales de santé. *Santé, Société & Solidarité*, n° 2, 2004, p. 5-12.

DE KONINCK, M., R. PAMPALON, G. PAQUET, M. CLÉMENT, B. NOLIN, D. HAMEL, J. POISSANT, A. M. HAMELIN, G. TRUDEL, H. POLLENDER ET C. TURGEON. *La pauvreté et l'exclusion sociale, leur genèse et leur réduction : Le rôle déterminant des milieux de vie*, Québec, 2009, 76 p.

DEPARTMENT OF HEALTH. *Equality Impact Assessment. Summary, tool and guidance for policy makers*, United Kingdom, 2009, 9 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE (DRSP). *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, 2008, 140 p.

DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE (DRSP). *La mobilité durable pour la santé, la sécurité et l'équité*, Mémoire de la Direction régionale de santé publique sur le plan de mobilité durable, Québec, 2010, 18 p.

DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE (DRSP). *Portrait du réseau d'aide alimentaire de la région de la Capitale-Nationale 2009-2010*, Québec, à paraître en 2013.

DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE (DRSP). *Inégalités d'accès géographiques aux aliments sains et nutritifs dans la région de la Capitale-Nationale*, Québec, à paraître en 2013.

DUNN, J. R. *The Population Health Approach to Housing: A Framework for Research*, Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2002, 65 p.

DUNN, J. R., M. V. HAYES, J. D. HULCHANSKI, S.W. HWANG ET L. POTVIN. Le logement en tant que déterminant socio-économique de la santé : résultats d'une évaluation des besoins, des lacunes et des possibilités de recherche à l'échelle nationale, *Revue canadienne de santé publique*, 2006, 97 (S3) : S12-S16.

DUQUETTE, M.-P., T. DEMMERS, A. LACROIX, C. SCATLIFF et J. DESROSIERS-CHOQUETTE. *Étude sur la détermination du coût du panier à provisions nutritif dans trois régions du Québec*, Montréal, Dispensaire diététique de Montréal, 2011, 69 p.

EQUALITY AND INCLUSION TEAM. *Equality analysis*, Standard template for DH staff, London, 2010, 20 p.

FAINZANG, S. *Les normes en santé. Entre médecins et patients, une construction dialogique*. Séminaire du SIRS, 2004, 9 p.

FARMER, P. *Culture, Poverty and HIV Transmission. The Case of Rural Haïti*, in Van der Geest, S., Rienks, A. *The Art of Medical Anthropology*, Amsterdam, Het Spinhuis Publishers, 1998, p. 215-228.

FASSIN, D., H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI, T. LANG et A. LECLERC. *Connaître les inégalités sociales de santé*, dans Leclerc A., Fassin D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T. (sous la direction de), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, 324 p.

FONDATION ROI BAUDOIN. *Inégalités sociales de santé. Fondements théoriques*, [En ligne], [www.inegalitesdesante.be/files/ISS_Fondements_theoriques.pdf] (Consulté le 17 mai 2012).

FOURNIER, L. *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec, 1996-1997*, Montréal, 1998, 21 p.

FOURNIER, L. *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*, Québec, Collection Santé et bien-être, vol. 1, 2001, 131 p.

FROHLICH, K., L. POTVIN. Collective lifestyles as the target for health promotion, *Canadian Journal of Public Health*, nov.-dec., 1999, (90), 11-14.

FROHLICH, K., L. POTVIN. The inequality paradox : the population approach and vulnerable population, *American Journal of Public Health*, 2008, 98 : 216-221.

GAGNON, E., Y. PELCHAT, M. CLÉMENT et F. SAILLANT. *Exclusions et inégalités sociales. Enjeux et défis de l'intervention publique*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2009, 206 p.

GERVAIS M., P. MASSICOTTE et D. CHAMPOUX. *Conditions de travail, de santé et de sécurité des travailleurs du Québec*, Québec, Institut de recherche en santé et sécurité au travail, 2006, 139 p.

GILLIS, O. et R. MERTENS. Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé ?, *Éducation Santé*, 2008, 239 : 18.

GOFFMAN, E. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1975, 178 p.

GOMBY, D.-S., M.-B. LARNER, C.-S. STEVENSON, E.-M. LEWITT et R.-E. BEHRMAN. Long-Term Outcomes of Early Childhood Programs : Analysis and Recommendations, *The Future of Children*, 1995, 5(3) : 6-24.

RÉFÉRENCES

GOVERNEMENT DU CANADA. Social Innovation. What is it? Who does it?, *Social Policy Research Brief*, Avril 2010, 5 p.

GOVERNEMENT DU CANADA. *Talking about social innovation. Summary of International Roundtable on social innovation*, 2010, 13 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1991.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2001.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale : L.R.Q., chapitre L-7*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2002, 20 p.

GROENEMEYER, A. La normativité à l'épreuve. Changement social, transformation institutionnelle et interrogations sur l'usage du concept de déviance, *Médecine et Hygiène*, 2007, 4(31) : 421-444.

GUICHARD, A. et L. POTVIN. *Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ?* dans Potvin, L., Moquet, M.-J. et Jones, C., (sous la direction de), *Réduire les inégalités sociales de santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 2010, 380 p.

HAMEL, M. *L'intervention précoce au Québec : éléments de la situation*. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en éducation (M.A.), Rimouski, Université du Québec à Rimouski, 1992.

HONNETH, A. Reconnaissance et justice, *Le Passant ordinaire*, 2002, 38 : 8 p.

HUBERT, A. *Empowering people, driving change : social innovation in the European Union*, Luxembourg, Bureau of European Policy Advisers, 2010, 131 p.

IMBERNON, E. et M. GOLDBERG. Connaître les liens entre santé et travail, *Actualités et dossiers en santé publique*, 2006, 57 : 18-20.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Inventaire des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale*. Conditions de vie, Québec, gouvernement du Québec, 2005, 94 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Évolution de la consommation courante des ménages québécois de 1999 à 2009*. Coup d'œil démographique, Québec, gouvernement du Québec, 2010, 11 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Revenu personnel et ses composantes par habitant, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2005-2009*, Québec, 2010, [En ligne], [www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profil03/econo_fin/conj_econo/cptes_econo/rev03.htm] (Consulté le 13 mai 2011a).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Emploi à temps plein et à temps partiel par grand secteur d'activité, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2006-2010*, [En ligne], [www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profil03/societe/marche_trav/indicat/tra_hist03.htm] (Consulté le 13 mai 2011b).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Caractéristiques du marché du travail, population de 15 ans et plus, Capitale-Nationale et ensemble du Québec 2006-2010*, Québec, 2011c.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Seuils de faible revenu, MFR-seuils avant impôt. Selon la taille du ménage, Québec, 1996-2008*, [En ligne], [www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famlsmengsnivvie/revenusdepense/revenus/seuilsmfrqcavi.htm] (Consulté le 2 avril 2012a).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Seuils de faible revenu, MFR-seuils après impôt. Selon la taille du ménage, Québec, 1996-2009*, [En ligne], [www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/revenus_depense/revenus/seuilsmfr_qcapi.htm] (Consulté le 2 avril 2012b).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ).

Taux de faible revenu, selon le type de famille, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2005-2009, [En ligne], [www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profil03/societe/fammen_niv_vie/rev_dep/taux_revenu03.htm] (Consulté le 13 mars 2012c).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Nombre de familles à faible revenu, selon le type de famille, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2005-2009*, [En ligne], [www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profil03/societe/fam_men_niv_vie/rev_dep/mfr_unite_fam03.htm] (Consulté le 13 mars 2012d).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Nombre de personnes dans les familles à faible revenu, selon le type de famille, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2005-2009*, [En ligne], [www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profil03/societe/fam_men_niv_vie/rev_dep/mfr_nbr_pers03.htm] (Consulté le 13 mars 2012e).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE.

Inventaire des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale, gouvernement du Québec, 2005, 94 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, 2008, 24 p.

JOUBERT, M., P. CHAUVIN et C. RICHARD. *Ateliers Santé Ville : intersectorialité et réduction des inégalités à l'échelon local*, dans Potvin, L., M.-J. Moquet et Jones, C. (sous la direction de), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 2010, 380 p.

KAWACHI, I., S.V. SUBRAMANIAN et N. ALMEIDA-FILHO. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56 : 647-652.

LALONDE, M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, gouvernement du Canada, 1974, 83 p.

LECLERC, A. Contribution des facteurs professionnels aux inégalités sociales de santé. *Actualités et dossiers en santé publique*, 2006, 57 : 63-65.

LINK, B. G. et J. PHELAN. Social conditions as fundamental causes of diseases. *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, 80-94.

LIPOVETSKY, G. et S. CHARLES. *Les Temps hypermodernes*, Paris, Éditions Grasset & Fasquelle, 2004, 125 p.

LONDON BOROUGH OF ISLINGTON. *Sustainable Transport Strategy 2006-2016*, Islington, Islington's Local Implementation Plan, 2006, 79 p.

LUPTON, D. *The Imperative of Health : Public Health and the Regulated Body*, London, Thousand Oaks, Calif. Sage Publications, 1995, 181 p.

MAHONEY, M., S. SIMPSON, E. HARRIS, R. ALDRICH, et J. STEWART WILLIAMS, *Equity-Focused Health Impact Assessment Framework. The Australian Collaboration for Health Equity Impact Assessment*, 2004, 45 p.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities, *The Lancet*, 2005, 365 (9464) : 1005-1006.

MARMOT, M. *Fair Society. Healthy Lives, The Marmot Review. Executive Summary*, 2010, 32 p.

MARMOT M. et R.-G. WILKINSON. *Social determinants of health*, Oxford, Oxford University Press, 1999, 33 p.

MARMOT, M. et R.-G. WILKINSON. *Social determinants of health*, Second Edition, Oxford, Oxford University Press, 2006, 366 p.

RÉFÉRENCES

MAXWELL, M. et P. HARRIS. *Equity-focussed Health Impact Assessment-SSWAHS Overweight and Obesity Prevention and Management Plan*, Population Health Sydney South West Area Health Service and the Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation, Sydney, 2010, 16 p.

MIKKONEN, J. et D. RAPHAEL. *Social Determinants of Health, The Canadian Facts*, Toronto : York University School of Health Policy and Management, 2010, 62 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Le Québec mobilisé contre la pauvreté. Profil statistique régional. La région de la Capitale-Nationale*, Québec, 2011a, 23 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale*, Québec, Direction de la statistique, 2011b, 16 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Solidarité sociale, simulations de revenus disponibles*, [En ligne], [www.mess.gouv.qc.ca/solidarite-sociale/simulation-revenu/categorie1.asp] (Consulté le 11 mai 2011c).

MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE LA FAMILLE. *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec, gouvernement du Québec, 2004, 79 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE LA FAMILLE. *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015*, Québec, gouvernement du Québec, 2010, 56 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Québec, gouvernement du Québec, 2007, 162 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Pour guider l'action. Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques*, Québec, gouvernement du Québec, 2011, 351 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, gouvernement du Québec, 1992, 193 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, gouvernement du Québec, 2003, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015*, Québec, gouvernement du Québec, 2010, 52 p.

MOLOUGHNEY, B. *Le logement et la santé de la population. L'état des connaissances scientifiques actuelles*. Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2004, 32 p.

MOORE, M.-L. et F.-R. WESTLEY. Public sector policy and strategies for facilitating social innovation, *Horizons Policy Research Initiative*, 2011, 11 p.

ONTARIO MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE. *Health Equity Impact Assessment (HEIA) Workbook : How to conduct HEIA*, Ontario, 2011, 40 p.

ORENSTEIN, M. et K. RONDEAU. *Scan of Health Equity Impact Assessment Tools. Habitat Health Impact Consulting Corporation*, Calgary, 2009, 80 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA et ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 17-21 novembre 1986, Ottawa, 1986, 4 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Les soins de santé primaires, Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires de la Déclaration d'Alma-Ata (URSS)*, 6-12 septembre 1978, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*, Deuxième édition, Wilkinson, R. et M. Marmot, (sous la direction de), Europe, 2004, 40 p.

ÖSTLIN, P., E. ECKERMANN, U.-S. MISHRA, M. NKOWANE et E. WALLSTAM. Gender and health promotion : a multisectorial policy approach, *Health Promotion International*, 21, SI : 25-35, 2007.

PAMPALON, R. et G. RAYMOND. Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être, *Santé, Société et Solidarité*, 2003, 1 : 191-208.

PAQUET, G. *Partir du bas de l'échelle : des pistes pour atteindre l'égalité en matière de santé*, Québec, Les Presses de l'Université de Montréal, 2005, 152 p.

PELCHAT, Y. et M. CLÉMENT. *Reconnaissance, redistribution et lutte à l'exclusion : une invitation à l'exploration*, dans Gagnon, E., Y. Pelchat, M. Clément et F. Saillant. *Exclusions et inégalités sociales. Enjeux et défis de l'intervention publique*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2009, 207 p.

PERETTI-WATEL, P. Stigmate et santé publique, *Soins*, 748, 2010 : 18-20.

PETERSON, A. Risk, governance and the new public health, *Foucault, Health and Medicine*, 1997, p. 189-206.

POPAY, J., S. ESCOREL, M. HENANDEZ, H. JOHNSTON, J. MATHIESON et L. RISPEL. *Understanding and Tackling Social Exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network*, Lancaster, 2008, 207 p.

POTVIN, L. et K. L. FROHLICH. L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités de santé entre les hommes et les femmes, *Ruptures*, 1998, 5(2) : 142-152.

POTVIN, L., M.-J. MOQUET et C. JONES. *Réduire les inégalités sociales de santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 2010, 380 p.

RAPHAEL, D. Getting serious about the social determinants of health : new directions for public health workers, *Promotion & Education*, vol. XV, 2008, 3 : 15-20.

RAPHAEL, D. *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, Second Edition, Canadian Scholar's Press Inc., Toronto, 2009, 475 p.

REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES INTERVENANTES ET DES INTERVENANTS EN ACTION COMMUNAUTAIRE (RQIIAC). *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS, cadre de référence du RQIIAC*, Les Presses de l'Université du Québec, 2010, 141 p.

REGROUPEMENT POUR L'AIDE AUX ITINÉRANTS ET ITINÉRANTES DE QUÉBEC. *Pour une politique en itinérance*, Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales, Québec, 2008, 14 p.

RENAUD, M. *L'avenir : Hygiène ou Panacée ?* Evans, R. G., M. L. Barer, et T. R. Marmor. *Être ou ne pas être en bonne santé : Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1996, p. 317-332.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES. *Cadre de référence : La santé des femmes au Québec*, Montréal, 1999, 23 p.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS EN INNOVATION SOCIALE. Définition et processus de l'innovation sociale, [En ligne], [www.uquebec.ca/ptc/rqis/node/115] (Consulté en 2011).

RIDDE, V., A. GUICHARD et D. HOUÉTO. Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : agir pour une égalité équitable des chances, *Promotion & Éducation*, 2007, supplément, (2) : 44-47.

ROSE, G. *The strategy of preventive medicine* (chap. 3). Oxford UK, Oxford University Press, 1992, 138 p.

RÉFÉRENCES

SAINT-PIERRE, L., L. JOBIN et C. DRUET. *L'évaluation d'impact sur la santé : un outil de lutte contre les inégalités*, dans Potvin, L., M.-J. Moquet et C. Jones (sous la direction de), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 2010, 380 p.

SANTÉ CANADA. *Certaines circonstances. Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*. Recueil de documents et de rapports préparé pour Santé Canada, Ottawa, 2001, 283 p.

SANTÉ CANADA. *Explorations des concepts liés à la santé et au sexe social*, Ottawa, 2003, 64 p.

SECRÉTARIAT DU RÉSEAU INTERSECTORIEL DE PROMOTION DES MODES DE VIE SAINS, LE GROUPE DE TRAVAIL FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LES MODES DE VIE SAINS et LE COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LA SÉCURITÉ DE LA SANTÉ. *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, ministre de la santé, Ottawa, 2005, 61 p.

SEN, G., P. ÖSTLIN et A. GEORGE. *Unequal, Unfair and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how can we change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Women and Gender Equity Knowledge Network, World Health Organization, 2007, 127 p.

SERVICE CANADA. *Tableau des taux. Pension de la sécurité de la vieillesse, Supplément de revenu garanti, Allocation, Allocation au survivant. Taux en vigueur d'avril à juin 2011*, [En ligne], [www.servicecanada.gc.ca/fra/psr/sv/pdf/ISPB-119-04-11.pdf] (Consulté le 19 mai 2011).

SHAW, M. Housing and Public Health, *Annual Review of Public Health*, 2004, 25 : 397-418.

SIGNAL, L., J. MARTIN, F. CRAM et B. RONSON. *The Health Equity Assessment Tool: A user's guide*, New Zealand, Wellington, Ministry of Health, 2008, 49 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT, [En ligne], [www.cmhc.beyond2020.com/HiCODefinitions_FR.html] (Consulté le 20 mars 2011a).

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT, [En ligne], [www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/64429/64429_2010_A01.pdf] (Consulté le 20 mars 2011b).

SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC. *Statistiques pour l'agglomération de Québec*, Québec, 2010.

SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS DU COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. *Politiques sur la santé de la population : perspectives internationales*, Ottawa, 2008a, 62 p.

SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS DU COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. *Politiques sur la santé de la population : enjeux et options*, Ottawa, 2008b, 36 p.

STATISTIQUE CANADA. *Les lignes de faible revenu, 2009-2010*, Statistique Canada, 2011, 41 p.

TAYLOR, C. *Le malaise de la modernité*, Paris, Les Éditions du Cerf, 2005, 130 p.

TRANSPORT FOR LONDON. *Equality Impact Assessments. How to do them*, United Kingdom, 2004, 16 p.

VILLE DE QUÉBEC. *Service du développement économique*, tiré de Statistique Canada, Recensement 2006, 2011.

VILLE DE QUÉBEC. *Coût de la vie*, [En ligne], [www.ville.quebec.qc.ca/immigrants/decouvrir/cout_vie.aspx] (Consulté en mai 2011).

WEIL, P. *À quoi rêvent les années 90. Les nouveaux imaginaires consommation et communication*, Paris, Éditions du Seuil, 1993, 254 p.

WHITEHEAD, M. et G. DAHLGREN. *Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part 1*, University of Liverpool, 2006, 34 p.

WILKINSON, R. *Unhealthy societies. The afflictions of Inequalities*, London, Routledge, 1996, 255 p.

ZIGLER, E. Reshaping early childhood intervention to be a more effective weapon against poverty, *American Journal of Community Psychology*, 1994, 22(1) : 37-47.

ZIGLER, E. et S.-J. STYFCO. Extended childhood intervention prepares children for school and beyond, *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285(18) : 2378-2380.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LES MESURES DE FAIBLE REVENU

Les mesures de faible revenu

Il n'existe pas au Canada de mesure ou de seuil de pauvreté. Il existe toutefois des mesures de faible revenu comme la **mesure de faible revenu (MFR)**, le **seuil de faible revenu (SFR)** et la **mesure du panier de consommation (MPC)** qui permettent d'obtenir des données sur les personnes à faible revenu au Canada, soit les Canadiens qui sont moins bien nantis que d'autres sur la base uniquement de leur revenu.

La MFR est un pourcentage fixé à 50 %, autrement dit à la moitié, du revenu familial médian ajusté en fonction de la taille et de la composition de la famille. Une famille est considérée à faible revenu lorsque son revenu est inférieur à la moitié du revenu médian ajusté pour l'ensemble des familles.

En 2008, les seuils de faible revenu selon la MFR avant impôt au Québec étaient de (ISQ, 2012a) :

- 18 480 \$ pour une personne seule ;
- 26 135 \$ pour un ménage de deux personnes ;
- 32 008 \$ pour un ménage de trois personnes ;
- 36 960 \$ pour un ménage de quatre personnes.

Et les seuils de faible revenu selon la MFR après impôt étaient de (ISQ, 2012b) :

- 16 278 \$ pour une personne seule ;
- 23 020 \$ pour un ménage de deux personnes ;
- 28 193 \$ pour un ménage de trois personnes ;
- 32 555 \$ pour un ménage de quatre personnes.

Le SFR est une limite de revenu en deçà de laquelle une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de nécessités comme la nourriture, le logement et l'habillement qu'une famille moyenne (ISQ et MESS, 2005 ; Statistique Canada, 2011). L'approche consiste à estimer un seuil de revenu à partir duquel on s'attend à ce que les familles dépensent 20 points de pourcentage de plus que la famille moyenne pour l'achat de telles nécessités (ISQ et MESS, 2005). Le SFR avant et après impôt varie selon la taille de la communauté et le nombre de personnes au sein du ménage.

Bien qu'il ne soit pas un seuil de pauvreté, le SFR est considéré comme tel par le Conseil national du bien-être social et par le Conseil canadien de développement social (ISQ et MESS, 2005).

En 2009, dans la ville de Québec, comme pour toutes les villes de plus de 500 000 habitants au Canada, les seuils de faible revenu selon le SFR avant impôt étaient de (Statistique Canada, 2011) :

- 22 229 \$ pour une personne seule ;
- 27 674 \$ pour un ménage de deux personnes ;
- 34 022 \$ pour un ménage de trois personnes ;
- 41 307 \$ pour un ménage de quatre personnes.

Et les seuils de faible revenu selon le SFR après impôt étaient de :

- 18 421 \$ pour une personne seule ;
- 22 420 \$ pour un ménage de deux personnes ;
- 27 918 \$ pour un ménage de trois personnes ;
- 34 829 \$ pour un ménage de quatre personnes.

La MPC est basée sur le coût d'un panier de biens et de services correspondant à un niveau de vie de base et comprenant la nourriture, l'habillement, le logement avec les coûts d'électricité, de chauffage, d'eau et des électroménagers, les frais de transport en commun et autres biens et services de base dont les services téléphoniques, les meubles, les petits appareils électriques, le matériel de sport et de divertissement, etc. (ISQ et MESS, 2005; Statistique Canada, 2011).

La MPC est l'indicateur de faible revenu recommandé par le Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion.

La MPC est calculée pour une famille de référence de deux adultes âgés entre 25 et 49 ans et deux enfants âgés de 9 et 13 ans à laquelle on applique un barème d'équivalence pour les autres configurations familiales (ISQ et MESS, 2005). Les seuils sont produits pour plusieurs villes et différentes tailles d'agglomération.

Pour l'année 2009, les seuils de faible revenu d'après la MPC pour la région métropolitaine de recensement de Québec (Statistique Canada, 2011) étaient fixés à :

- 14 473 \$ pour une personne seule ;
- 20 468 \$ pour un ménage de deux adultes ;
- 25 068 \$ pour un ménage de deux adultes et un enfant ;
- 28 946 \$ pour la famille de référence composée de quatre personnes.

Pour l'année 2009, les seuils de faible revenu d'après la MPC pour la municipalité régionale de comté de Charlevoix étaient fixés à :

- 14 645 \$ pour une personne seule ;
- 20 711 \$ pour un ménage de deux adultes ;
- 25 366 \$ pour un ménage de deux adultes et un enfant ;
- 29 290 \$ pour la famille de référence composée de quatre personnes.

Pour l'année 2009, les seuils de faible revenu d'après la MPC pour la municipalité régionale de comté de Portneuf étaient fixés à :

- 13 937 \$ pour une personne seule ;
- 19 710 \$ pour un ménage de deux adultes ;
- 24 140 \$ pour un ménage de deux adultes et un enfant ;
- 27 874 \$ pour la famille de référence composée de quatre personnes.

Les familles et les personnes seules dont le revenu disponible²⁶ est en deçà de ces seuils sont considérées à faible revenu, car elles ne disposent pas des moyens économiques suffisants pour s'offrir l'ensemble des biens et services considérés comme nécessaires à un niveau de vie de base.

26. Le revenu disponible d'un ménage se définit comme étant l'argent dont le ménage dispose pour acheter des biens et des services ou encore pour épargner. Il est composé : **1) de l'ensemble des revenus** dont la rémunération du travail ; **2) plus les transferts gouvernementaux** (y compris les prestations d'aide de dernier recours, les primes au travail, les prestations fiscales pour revenu gagné, l'Allocation-logement, le crédit TVQ, le crédit TPS, les remboursements d'impôts fonciers) ; **3) moins les prélèvements obligatoires** comme l'impôt sur le revenu, les cotisations aux régimes d'assurance sociale comme le Régime des rentes du Québec, l'assurance-emploi et l'assurance médicaments ainsi que certains frais liés à l'occupation d'un emploi (frais de garde).

ANNEXES

ANNEXE 2 : MÉTHODOLOGIE – SECTION 3.3

Les indicateurs retenus et les périodes couvertes

La section sur la mesure des inégalités sociales de santé (3.3) présente treize indicateurs de l'état de santé liés à l'espérance de vie, à la mortalité prématurée, à la mortalité par cause spécifique, à la santé des nouveau-nés et à la santé autodéclarée. Plus spécifiquement, il s'agit de :

- l'espérance de vie à la naissance selon le sexe ;
- du taux annuel moyen ajusté de mortalité avant l'âge de 75 ans selon le sexe ;
- du taux annuel moyen ajusté de mortalité selon le sexe pour les décès attribuables aux tumeurs malignes, aux maladies de l'appareil circulatoire, aux maladies de l'appareil respiratoire, aux maladies de l'appareil digestif et aux traumatismes non intentionnels ;
- la proportion des naissances vivantes de faible poids (moins de 2500 grammes) ;
- la proportion de naissances vivantes prématurées (moins de 37 semaines de gestation) ;
- la proportion ajustée de la population de 15 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé ;
- la proportion ajustée de la population de 15 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire ;
- la proportion ajustée de la population de 15 ans et plus ayant un niveau élevé de détresse psychologique ;
- la proportion ajustée de la population de 18 ans et plus étant obèse.

Les données relatives aux indicateurs de mortalité et aux indicateurs de la santé des nouveau-nés couvrent la période 2004-2008, base quinquennale qui permet d'atteindre une puissance statistique suffisante pour mesurer les inégalités sociales de santé au niveau régional. Ces données proviennent de fichiers des décès et de fichiers des naissances vivantes du ministère de la Santé et des Services sociaux. Toutefois, les données rattachées à la santé autodéclarée (graphique 9) proviennent du Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (2008).

Les données sur l'espérance de vie à la naissance jouissent d'un traitement supplémentaire et couvrent une période plus longue afin de considérer l'évolution des écarts observés entre 1994 et 2008. Outre les données traitées directement par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, cette section du rapport introduit des données sur l'espérance de vie issues de travaux de recherche universitaire (INSPQ, 2008).

Les statistiques relatives à l'espérance de vie et à la mortalité sont ventilées selon le sexe parce que les différences entre les hommes et les femmes sont considérables. Toutefois, les données sur les naissances vivantes et sur les indicateurs de santé provenant de l'enquête ainsi que celles recueillies dans l'étude universitaire ont des limites de puissance statistique à cet égard en raison de la faible taille des échantillons.

Les méthodes appliquées pour mesurer les inégalités sociales de santé

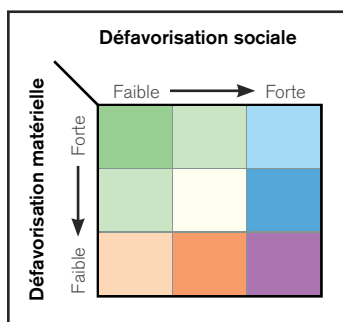
Diverses méthodes permettent de mesurer les inégalités sociales de santé. La principale méthode utilisée pour ce rapport est fondée sur le croisement d'indicateurs de l'état de santé avec l'indice de défavorisation matérielle et sociale appliqué au réseau de la santé et des services sociaux au Québec en fonction de la variation régionale 2006^{27, 28}. Il s'agit d'un indice conçu sur une base géographique qui est disponible dans plusieurs des grands fichiers statutaires de surveillance de l'état de santé de la population québécoise. Pour l'essentiel, l'indice associe des caractéristiques socioéconomiques à des unités territoriales appelées aires de diffusion (AD). Dans son application régionale, l'indice repose sur trois catégories de défavorisation matérielle et sociale pour qualifier les aires de diffusion : favorisée, moyennement défavorisée et défavorisée.

Les cartes de défavorisation matérielle et sociale par aire de diffusion incluses au rapport (annexes 12 à 22) permettent de localiser les zones AD selon leur catégorie spécifique parce qu'on y observe une concentration de caractéristiques communes au sein de la population.

27. Pour des détails techniques sur l'indice, voir la note méthodologique à partir du lien suivant : [www.inspq.qc.ca/santescope/documents/Guide_Metho_Indice_defavo_Sept_2010.pdf].

28. Pour la période 1994-1998, c'est la variation régionale 1996 de l'indice qui a été appliquée aux données de l'espérance de vie à la naissance.

La méthode illustrée ci-dessous précise la répartition des trois catégories de l'indice de défavorisation selon les seize combinaisons possibles entre les quartiles des composantes matérielles et sociales.



Les deux nuances de vert de la pointe supérieure gauche signalent des aires de diffusion favorisées sur le plan matériel et social alors que les trois couleurs de la pointe inférieure droite (bleu foncé, orangé et violet) signalent des aires de diffusion défavorisées. Les autres couleurs (bleu pâle, jaune et beige) indiquent les aires de diffusion moyennement favorisées.

Matrice de répartition des trois catégories de l'indice combiné de défavorisation matérielle et sociale selon les quartiles.

La catégorie appelée Défavorisé = les regroupements des quartiles Matériel Q4 avec Social Q3-Q4 ou Social Q4 avec Matériel Q3-Q4.

La catégorie appelée Favorisé = Matériel Q1 avec Social Q1-Q2 ou Social Q1 avec Matériel Q1-Q2.

Le reste forme la catégorie appelée Moyen.

		Composantes sociales				Indice combiné
		Q1	Q2	Q3	Q4	
Composantes matérielles	Q1	F	F	M	M	F Favorisé M Moyen D Défavorisé
	Q2	F	M	M	M	
	Q3	M	M	M	D	
	Q4	M	M	D	D	

Les résultats présentés dans ce rapport sur les inégalités sociales de santé opposent les statistiques relatives aux territoires défavorisés (violet, orangé et bleu foncé) à celles des territoires favorisés (les deux nuances de vert).

Les résultats présentés dans ce rapport se limitent toutefois aux disparités de santé observées entre les populations des territoires défavorisés et celles des territoires favorisés. Les calculs ont été effectués par l'Institut national de santé publique du Québec.

Pour l'espérance de vie à la naissance, le rapport comprend également des données sur les inégalités en fonction d'un croisement avec le territoire. Cette mesure additionnelle est réservée à la comparaison de deux territoires de CLSC qui ont la particularité de présenter généralement les écarts les plus importants dans la région, soit Sainte-Foy – Sillery – Laurentien et Basse-Ville – Limoilou – Vanier.

Les figures (diagramme à barres) illustrent la valeur de l'indicateur, soit un nombre d'années pour l'espérance de vie et des taux ou des proportions pour tous les autres indicateurs utilisés. Le choix de valeurs ajustées pour les taux et les proportions, sauf pour les indicateurs de la santé des nouveaux-nés, est justifié pour des fins de comparaison, en l'occurrence, entre les deux catégories de défavorisation opposées l'une à l'autre. Dans le cas des indicateurs de mortalité, c'est la structure âge/sexe de la population québécoise au Recensement de 2006 qui sert de référence alors que pour les indicateurs de la santé autodéclarée c'est la structure d'âge (sexes réunis) du Québec selon l'EQSP 2008 qui a été utilisée.

ANNEXES

À l'exception des données de l'espérance de vie où l'analyse réfère à la différence en nombre d'années entre les deux types de territoire ou entre les deux CLSC, les écarts présentés dans le texte d'analyse suivant chaque figure s'appuient sur le calcul des rapports de taux ou de proportions : c'est-à-dire le nombre de fois que la statistique des territoires défavorisés comprend celle des territoires favorisés. On est ainsi en mesure de voir l'ampleur du désavantage.

Voici des exemples explicatifs des mesures d'inégalités sociales de santé appliquées pour ce rapport ainsi que des formulations appropriées :

Exemple 1 - Inégalités pour l'indicateur Espérance de vie à la naissance (en années) chez les hommes selon la défavorisation matérielle et sociale

$$79,7 \text{ (favorisé)} - 74,3 \text{ (défavorisé)} = 5,4 \text{ ans}$$

On soustrait la valeur du groupe favorisé (79,7 ans) par la valeur du groupe défavorisé (74,3) et l'écart est mesuré en nombre d'années. On conclut ainsi que :

En 2004-2008, les hommes des territoires défavorisés vivaient en moyenne 5,4 années de moins que leurs confrères des territoires favorisés.

Exemple 2 - Inégalités pour l'indicateur Taux de mortalité (p. 100 000) par « Maladies de l'appareil respiratoire » chez les hommes selon la défavorisation matérielle et sociale

$$98,2 \text{ (défavorisé)} \div 49,0 \text{ (favorisé)} = 2,0 \text{ fois}$$

On divise le taux du groupe défavorisé (98,2) par le taux du groupe favorisé (49,0) et le résultat de cette division exprime le nombre de fois que le taux du deuxième groupe est compris dans le premier. On conclut ainsi que :

En 2004-2008, le taux de mortalité par « Maladies de l'appareil respiratoire » chez les hommes des territoires défavorisés atteint 2 fois le taux observé chez les hommes des territoires favorisés. Une autre formulation pour exprimer cet écart serait de dire que le taux chez les hommes du groupe défavorisé est 100 % plus élevé que le taux du groupe favorisé. On pourrait aussi dire qu'il est le double.

Exemple 3 - Inégalités pour l'indicateur proportion (%) des 15 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé selon la défavorisation matérielle et sociale

$$10,4 \text{ (défavorisé)} \div 5,6 \text{ (favorisé)} = 1,9 \text{ fois}$$

On divise la proportion du groupe défavorisé (10,4) par la proportion du groupe favorisé (5,6) et le résultat de cette division exprime le nombre de fois que la proportion du deuxième groupe est comprise dans le premier. On conclut ainsi que :

La proportion des 15 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé des territoires défavorisés atteint 1,9 fois la proportion observée chez les 15 ans et plus des territoires favorisés. On pourrait dire aussi qu'elle est 90 % plus élevée.

Tous les résultats ont été soumis à des tests statistiques au seuil de 5 % et une note sous la figure indique les cas où la différence est significative. Les intervalles de confiance calculés au niveau 95 % ont été ajoutés aux figures par de fines lignes noires verticales (barres d'erreur) et ils permettent de comprendre la « fourchette » dans laquelle la vraie valeur est comprise. Lorsque la valeur de certains indicateurs est précédée d'un astérisque, une note rédigée sous la figure invite à la prudence dans l'interprétation en raison du coefficient de variation qui dépasse un seuil.

ANNEXE 3 : OUTIL DIAGNOSTIQUE DE L'ACTION EN PARTENARIAT (Développé par Bilodeau *et al.*, 2010)

- 1. Dans notre partenariat, les acteurs concernés par le problème et les solutions sont mobilisés**
 - Il manque des acteurs essentiels (secteurs ou réseaux concernés) pour bien comprendre le problème et pour concevoir des solutions adéquates.
 - Les partenaires essentiels (secteurs ou réseaux concernés) sont mobilisés, mais la participation d'autres acteurs nous permettrait de comprendre plus finement le problème et de concevoir des solutions plus adéquates.
 - Tous les partenaires essentiels (secteurs ou réseaux concernés) pour bien comprendre le problème et concevoir des solutions adéquates sont mobilisés.
- 2. Les populations qui vivent le problème participent activement à notre partenariat**
 - Aucun individu vivant le problème ni organisme desservant les populations qui vivent directement le problème participe au partenariat.
 - Des individus vivant le problème ou un organisme desservant les populations qui vivent directement le problème participent, mais leur point de vue est rarement pris en compte dans les décisions.
 - Des individus vivant le problème ou un organisme desservant les populations qui vivent directement le problème participent, et ils ont une influence réelle sur les décisions.
- 3. Les partenaires sont activement impliqués dans l'analyse des problèmes et l'élaboration des solutions et non seulement dans l'exécution**
 - Les partenaires sont activement impliqués dans la définition des problèmes et des solutions.
 - Les partenaires sont activement impliqués dans les décisions sur les solutions à des problèmes qui sont définis par d'autres instances telles que les institutions publiques ou les bailleurs de fonds.
 - Les partenaires sont impliqués uniquement dans la mise en œuvre de solutions décidées par d'autres instances telles que les institutions publiques ou les bailleurs de fonds.
- 4. Les partenaires communautaires ont une réelle influence sur les décisions**
 - Les partenaires communautaires ont autant ou davantage d'influence sur les décisions que les membres institutionnels ou les bailleurs de fonds.
 - Les partenaires communautaires sont entendus, mais leurs points de vue sont moins pris en compte que ceux des membres institutionnels ou des bailleurs de fonds.
 - Les partenaires communautaires n'influencent pas les décisions.
- 5. Les partenaires sont capables de prendre des décisions et d'engager des ressources**
 - La majorité des partenaires occupent dans leur organisation une position qui leur permet de prendre des décisions et d'engager des ressources dans le partenariat.
 - Les partenaires représentent leur organisation, mais ne sont pas en position de prendre des décisions ou d'engager des ressources dans le partenariat.
 - Les partenaires sont surtout engagés à titre individuel.
- 6. L'échange sur une diversité de points de vue élargit les possibilités d'action**
 - Des points de vue différents sont exprimés sans être vraiment documentés (données sur le milieu, savoirs d'expérience, études) et sans être discutés de sorte que cela ne permet pas de dégager de nouvelles pistes d'action.
 - Des points de vue différents sont exprimés et documentés (données sur le milieu, savoirs d'expérience, études), mais cela ne permet pas vraiment de dégager de nouvelles pistes d'action.
 - Des points de vue différents sont exprimés, documentés (données sur le milieu, savoirs d'expérience, études) et discutés et cela permet de dégager de nouvelles pistes d'action.
- 7. Les partenaires sont capables d'identifier leurs divergences et de les discuter**
 - Les partenaires expriment des points de vue qui peuvent être divergents et sont capables de les discuter ouvertement.
 - Les partenaires expriment des points de vue qui peuvent être divergents, mais ils ne discutent que de leurs points de convergence.
 - Seuls les points de vue pouvant faire consensus sont exprimés et discutés.
- 8. Les partenaires parviennent à résoudre leurs divergences**
 - Devant des positions divergentes, les partenaires sont capables de changer de position pour construire des compromis.
 - Devant des positions divergentes, les partenaires changent rarement de position et les compromis sont rares.
 - Devant des positions divergentes, les partenaires cherchent plutôt à les contourner.
- 9. Les organismes partenaires maintiennent leur collaboration pour la durée des projets**
 - Des organismes partenaires quittent en cours de projets et cela compromet leur réalisation.
 - Le roulement des organismes partenaires fragilise ou retarde l'avancement des projets.
 - Les organismes partenaires maintiennent leur collaboration dans les projets pour toute leur durée.
- 10. Les ressources essentielles pour réaliser l'action sont mobilisées**
 - Les ressources essentielles pour le fonctionnement des projets sont mobilisées.
 - Il manque des ressources importantes, mais nous parvenons quand même à faire fonctionner les projets.
 - Il manque des ressources indispensables, ce qui compromet le fonctionnement des projets.

ANNEXES

11. Notre partenariat réussit à rallier les nouveaux acteurs dont il a besoin pour faire avancer ses actions

- Les partenaires ne cherchent pas vraiment à intéresser d'autres acteurs qui permettraient de consolider, d'améliorer ou de poursuivre le développement de l'action.
- Les partenaires ne réussissent pas à rallier les nouveaux acteurs qui seraient nécessaires pour consolider, améliorer ou poursuivre le développement de l'action.
- Les partenaires réussissent à rallier les nouveaux acteurs dont ils ont besoin pour consolider, améliorer ou poursuivre le développement de l'action.

12. Tous les points de vue sont traités de façon équivalente dans la discussion et la décision

- Dans les discussions et les décisions, tous les points de vue sont considérés selon leur valeur sans égard à la position sociale des partenaires.
- Tous les partenaires expriment leur point de vue dans les discussions, mais les points de vue de ceux ayant davantage de pouvoir sont davantage pris en compte dans les décisions.
- Seuls les points de vue des partenaires ayant davantage de pouvoir sont pris en compte dans les discussions et les décisions.

13. La contribution de chacun à la réalisation des actions est reconnue de façon juste

- La contribution des partenaires communautaires à la réalisation des actions est reconnue et rémunérée à sa juste valeur.
- La contribution des partenaires communautaires à la réalisation des actions est reconnue, mais n'est pas rémunérée adéquatement.
- La contribution des partenaires communautaires à la réalisation des actions n'est pas reconnue ni rémunérée adéquatement.

14. Les avantages découlant du partenariat sont répartis équitablement parmi les partenaires

- Tous les partenaires retirent des avantages réels de leur implication pour la réalisation de leur mission.
- Certains partenaires retirent davantage de retombées, mais tous sont en accord avec cette distribution.
- Certains partenaires retirent davantage de retombées et d'autres se sentent lésés.

15. Les partenaires parviennent à dépasser leurs intérêts propres pour converger vers l'intérêt des populations qu'ils ont à desservir

- Les partenaires cherchent d'abord à répondre à leurs propres intérêts.
- Certains partenaires dominent au point d'orienter l'action à leurs propres fins.
- Tous les partenaires mobilisent leurs atouts dans l'intérêt des populations qu'ils ont à desservir.

16. Les critères et mécanismes de reddition de comptes (à qui, quand et sur quoi rendre compte) entre les organismes communautaires et les bailleurs de fonds sont négociés

- Les critères et les mécanismes de reddition de comptes (à qui, quand et sur quoi rendre compte) entre les organismes communautaires et les bailleurs de fonds sont négociés et établis d'un commun accord.
- Les critères et les mécanismes de reddition de comptes (à qui, quand et sur quoi rendre compte) sont établis par les bailleurs de fonds suite à une consultation des organismes communautaires.
- Les mécanismes de reddition de comptes (à qui, quand et sur quoi rendre compte) entre les organismes communautaires et les bailleurs de fonds sont établis par les bailleurs de fonds seuls.

17. Les partenaires parviennent à se mobiliser autour de solutions intégrées qui dépassent la seule coordination des actions de chacun

- Les partenaires travaillent à construire ensemble des actions nouvelles, intégrées, plutôt que de viser la seule coordination des plans d'action, programmes ou services qu'ils faisaient déjà.
- Les partenaires se consacrent surtout à coordonner les plans d'action, programmes ou services qu'ils faisaient déjà, mais ils voient le besoin de se mobiliser autour de l'élaboration de solutions intégrées.
- Les partenaires se consacrent principalement à coordonner les différents plans d'action, services ou programmes que chacun faisait déjà.

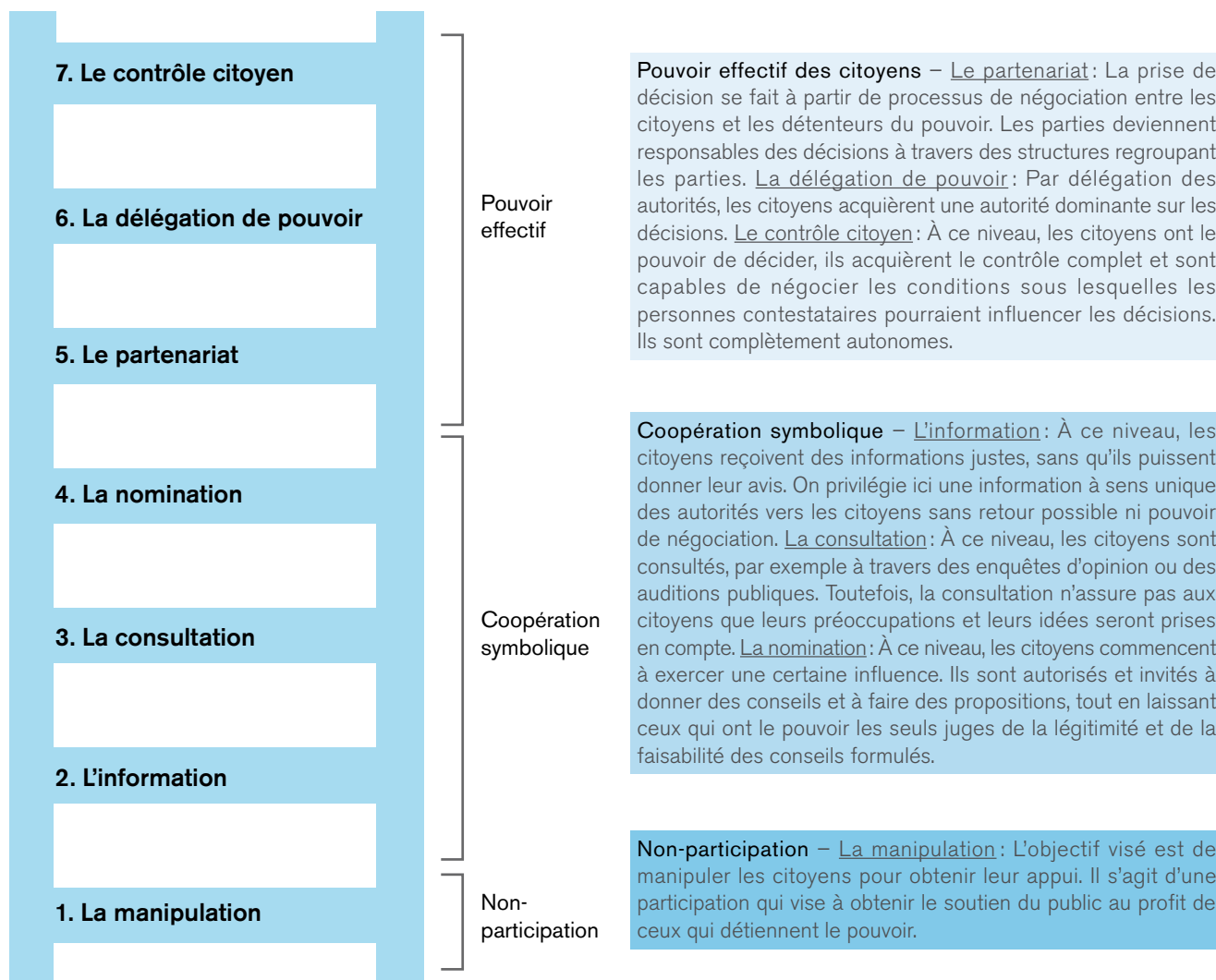
18. Les partenaires modifient leur rôle (ce qu'ils faisaient déjà) pour réaliser des solutions nouvelles

- Les partenaires acceptent de modifier leur rôle pour faciliter la réalisation de projets novateurs.
- Peu de partenaires consentent à modifier leur rôle en fonction des nécessités de l'action.
- Chacun cherche à conserver son rôle indépendamment des nécessités de l'action.

ANNEXE 4: ÉCHELLE DE PARTICIPATION CITOYENNE (adaptée de l'échelle de participation de Arnstein, S.R., 1969)

Dans cette échelle, le barreau situé au bas représente le niveau de non-participation. Les échelons 2, 3 et 4 correspondent à la coopération symbolique. Les échelons 5 et 6 permettent aux citoyens d'entendre et de se faire entendre et même, à l'échelon 4, de donner des conseils. Ils n'ont toutefois pas l'assurance que leurs idées, leurs opinions et leurs avis seront pris en compte par ceux qui détiennent le pouvoir. Les échelons 5, 6 et 7

correspondent au pouvoir citoyen et comprennent des degrés d'influence croissante sur la prise de décision. À l'échelon 5, les citoyens peuvent nouer des partenariats et négocier avec les détenteurs du pouvoir. Au sommet de l'échelle, les citoyens détiennent un pouvoir majoritaire par délégation (échelon 6) ou encore les pleins pouvoirs (échelon 7).



ANNEXES

ANNEXE 5: OUTIL D'ÉVALUATION ET DE PROMOTION DE L'ÉQUITÉ (ÉPÉ)

Ce que c'est : un outil²⁹ qui vise à promouvoir l'équité lors de l'élaboration, la mise en œuvre ou l'évaluation des politiques, des programmes, des projets, des plans d'affaires, des services ou des interventions dans différents secteurs de la société. Cet outil conduit à anticiper les conséquences sur différents groupes et à faire en sorte que les conséquences négatives envisagées soient éliminées ou minimisées et que les opportunités de promouvoir l'équité soient renforcées.

Pour qui : les acteurs de tous les secteurs et particulièrement ceux qui sont en mesure de contribuer ou d'effectuer des changements dans les politiques, les programmes, les projets, les services ou les interventions en cours ou à venir.

Quand l'utiliser : l'outil peut être utilisé lorsqu'on planifie, développe, modifie ou évalue toute stratégie, politique, plan d'affaires, projet ou service à visée publique.

Considérations importantes :

- L'outil se veut flexible et peut être utilisé pour une évaluation rapide ou plus en profondeur des effets sur l'équité. Le choix revient aux utilisateurs en fonction de leurs besoins.
- Le processus d'utilisation de l'outil est aussi important que le résultat parce que le processus est une opportunité d'impliquer l'ensemble des acteurs concernés. L'outil sera d'autant mieux utilisé que le processus permettra d'obtenir des différents acteurs concernés, notamment des personnes ciblées, leurs perspectives au regard des enjeux d'équité. Plus l'implication de différents acteurs sera large, plus des enjeux non anticipés ou non attendus au regard de l'équité pourront être identifiés.
- L'outil paraît simple, mais une réponse complète aux questions nécessite souvent la recherche d'information ainsi que l'identification et l'implication des acteurs concernés.

PARTIE 1 : ÉVALUATION

Présentation. Indiquez : **1)** en quoi consiste la politique, le programme, le projet, le plan d'affaires, la stratégie, le service ou l'intervention ; **2)** quels sont les résultats attendus ; **3)** qui seront les bénéficiaires.

Évaluation de l'effet potentiel sur différents groupes ou milieux. Indiquez quels groupes ou milieux sont susceptibles de bénéficier le plus et le moins de l'action envisagée et quels sont les effets positifs et négatifs anticipés pour chacun d'eux.

29. L'outil ÉPÉ est disponible en ligne : [www.dspq.qc.ca].

Voici une liste non exhaustive des groupes qui pourraient être considérés :

- Les femmes et les hommes
- Les personnes en situation de pauvreté
- Les personnes appartenant aux minorités ethnoculturelles
- Les personnes 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 toxicomanes, itinérantes et prostituées
- Les personnes ayant différentes orientations sexuelles
- Les personnes transgenres et transsexuelles
- Les personnes résidant sur un territoire spécifique (par exemple, quartiers urbains moins favorisés, territoires ruraux, etc.)
- Les personnes appartenant à certains groupes d'âge (personnes âgées, enfants, etc.)
- Autres groupes considérés

Analyse sommaire. *Faites une analyse sommaire des effets négatifs appréhendés et indiquez les raisons.*

Sources des données et consultations. *Indiquez les sources de données que vous avez utilisées pour réaliser cette évaluation (revue de littérature, recherches, enquêtes, rapports, consultation d'experts, d'informateurs clés ou de groupes cibles sous forme d'entrevues individuelles, de groupes de discussion, de groupes de travail, de forums, etc.).*

PARTIE 2: MESURES À PRENDRE

Planification de mesures à prendre. *À la lumière de votre évaluation, des données disponibles et des consultations, indiquez les mesures que vous allez prendre pour : 1) éliminer ou réduire les effets négatifs anticipés chez les groupes ou les milieux affectés ; 2) répondre davantage aux besoins des différents groupes ou milieux les plus affectés ; 3) promouvoir l'équité et réduire la discrimination.*

Suivi des effets. *Indiquez quand et comment les effets sur les différents groupes ou milieux seront évalués.*

Analyse du processus. *Indiquez quels acteurs ont été impliqués, comment et quand :*

- 1) *Comment les acteurs concernés ont-ils participé à l'élaboration de la politique, du programme, du projet, du plan d'affaires, de la stratégie, du service ou de l'intervention, à l'évaluation de ses effets, à l'identification des mesures à prendre et au suivi à réaliser ?*
- 2) *Comment les personnes et les groupes susceptibles d'être affectés négativement ont-ils participé à l'élaboration de la politique, du programme, du projet, du plan d'affaires, de la stratégie, du service ou de l'intervention, à l'évaluation de ses effets potentiels sur différents groupes, à l'identification des mesures à prendre et au suivi à réaliser ?*
- 3) *Comment les personnes et les groupes susceptibles d'être affectés négativement ont-ils pu influencer les décisions concernant l'élaboration de la politique, du programme, du projet, du plan d'affaires, de la stratégie, du service ou de l'intervention, ainsi que l'identification des mesures à prendre et le suivi des effets ?*

ANNEXES

ANNEXE 6 : OUTIL D'ÉVALUATION ET DE PROMOTION DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ (ÉPÉS)

Ce que c'est : un outil³⁰ qui vise à promouvoir l'équité en santé dans l'élaboration, la mise en œuvre ou l'évaluation des politiques, des programmes, des projets, des services ou des interventions dans le domaine de la santé.

Pour qui : les acteurs du secteur de la santé et des services sociaux (secteur de la santé et des services sociaux, organismes non gouvernementaux et groupes communautaires qui œuvrent dans le domaine de la santé), et particulièrement ceux qui sont en mesure de contribuer ou d'effectuer des changements dans les politiques, les programmes, les projets, les services ou les interventions en cours ou à venir.

Quand l'utiliser : l'outil peut être utilisé pour toute politique, programme, projet, service ou intervention qui visent la santé de la population. Il est souhaité que toutes les initiatives du secteur santé soient planifiées et évaluées au regard de l'équité en santé.

Considérations importantes :

- L'outil se veut flexible et peut être utilisé pour une évaluation rapide ou plus en profondeur des effets sur l'équité. Le choix revient aux utilisateurs en fonction de leurs besoins.
- Le processus d'utilisation de l'outil est aussi important que le résultat parce que le processus est une opportunité d'impliquer l'ensemble des acteurs concernés. L'outil sera d'autant mieux utilisé que le processus permettra d'obtenir des différents acteurs concernés, notamment des personnes ciblées, leurs perspectives au regard des enjeux d'équité. Plus l'implication de différents acteurs sera large, plus des enjeux non anticipés ou non attendus au regard de l'équité pourront être identifiés.
- L'outil paraît simple, mais une réponse complète aux questions nécessite souvent la recherche d'information ainsi que l'identification et l'implication des acteurs concernés.

PARTIE 1 : ÉVALUATION

Présentation. Indiquez : **1)** en quoi consiste la politique, le programme, le service ou l'intervention que vous planifiez ; **2)** quels sont les résultats attendus ; **3)** qui seront les bénéficiaires.

Analyse des inégalités sociales de santé déjà existantes. Indiquez :

- 1) Quelles sont les inégalités de santé documentées entre les groupes sociaux ou entre les milieux en lien avec le problème de santé soulevé dans la politique, le programme, le projet, le service ou l'intervention ;
- 2) Quels sont les groupes ou les milieux les plus avantagés et ceux qui le sont moins ;
- 3) Comment les inégalités de santé entre ces différents groupes ou milieux se produisent-elles et se maintiennent-elles ? Considérez les déterminants sociaux de la santé, notamment le contexte social, économique, politique et culturel, les conditions de vie matérielles et sociales (par exemple, le niveau d'éducation, le taux d'emploi, les conditions de logement, le milieu préscolaire et scolaire, le milieu familial, le milieu de travail, l'environnement physique et social du milieu local, l'accès et la qualité des services, notamment les services de santé, etc.).

Évaluation de l'effet potentiel de l'action évaluée sur différents groupes ou milieux. Indiquez quels groupes ou milieux sont susceptibles de bénéficier le plus et le moins de l'action envisagée et quels sont les effets positifs et négatifs anticipés pour chacun d'eux.

30. L'outil ÉPÉS est disponible en ligne : [www.dspq.qc.ca].

Voici une liste non exhaustive des groupes qui pourraient être considérés :

- Les femmes et les hommes
- Les personnes en situation de pauvreté
- Les personnes appartenant aux minorités ethnoculturelles
- Les personnes 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 toxicomanes, itinérantes et prostituées
- Les personnes ayant différentes orientations sexuelles
- Les personnes transgenres et transsexuelles
- Les personnes résidant sur un territoire spécifique (par exemple, quartiers urbains moins favorisés, territoires ruraux, etc.)
- Les personnes appartenant à certains groupes d'âge (par exemple, personnes âgées, enfants, etc.)
- Autres groupes identifiés

Analyse sommaire. Faites une analyse sommaire des effets négatifs anticipés et indiquez les raisons.

Source des données et consultations. Indiquez les sources de données que vous avez utilisées pour réaliser cette évaluation (revue de littérature, recherches, enquêtes, rapports, consultation d'experts, d'informateurs clés ou de groupes cibles sous forme d'entrevues individuelles, de groupes de discussion, de groupes de travail, de forums, etc.).

PARTIE 2 : MESURES À PRENDRE

Planification des mesures à prendre. À la lumière de votre évaluation, des données disponibles et des consultations, indiquez les mesures que vous allez prendre pour : **1)** agir sur les déterminants sociaux qui produisent ou maintiennent les inégalités sociales de santé identifiées à la seconde étape ; **2)** éliminer ou réduire les effets négatifs chez les groupes ou les milieux les plus affectés ; **3)** répondre davantage aux besoins des différents groupes ou milieux les plus affectés ; **4)** promouvoir l'équité et réduire la discrimination.

Dans l'offre de service de santé clinique, qu'est-ce qui sera fait pour améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services, pour réduire les obstacles non financiers (par exemple le manque d'information sur les services disponibles, les difficultés linguistiques, le manque d'accès physique), pour faciliter le suivi et pour offrir un traitement équitable par les dispensateurs de soins.

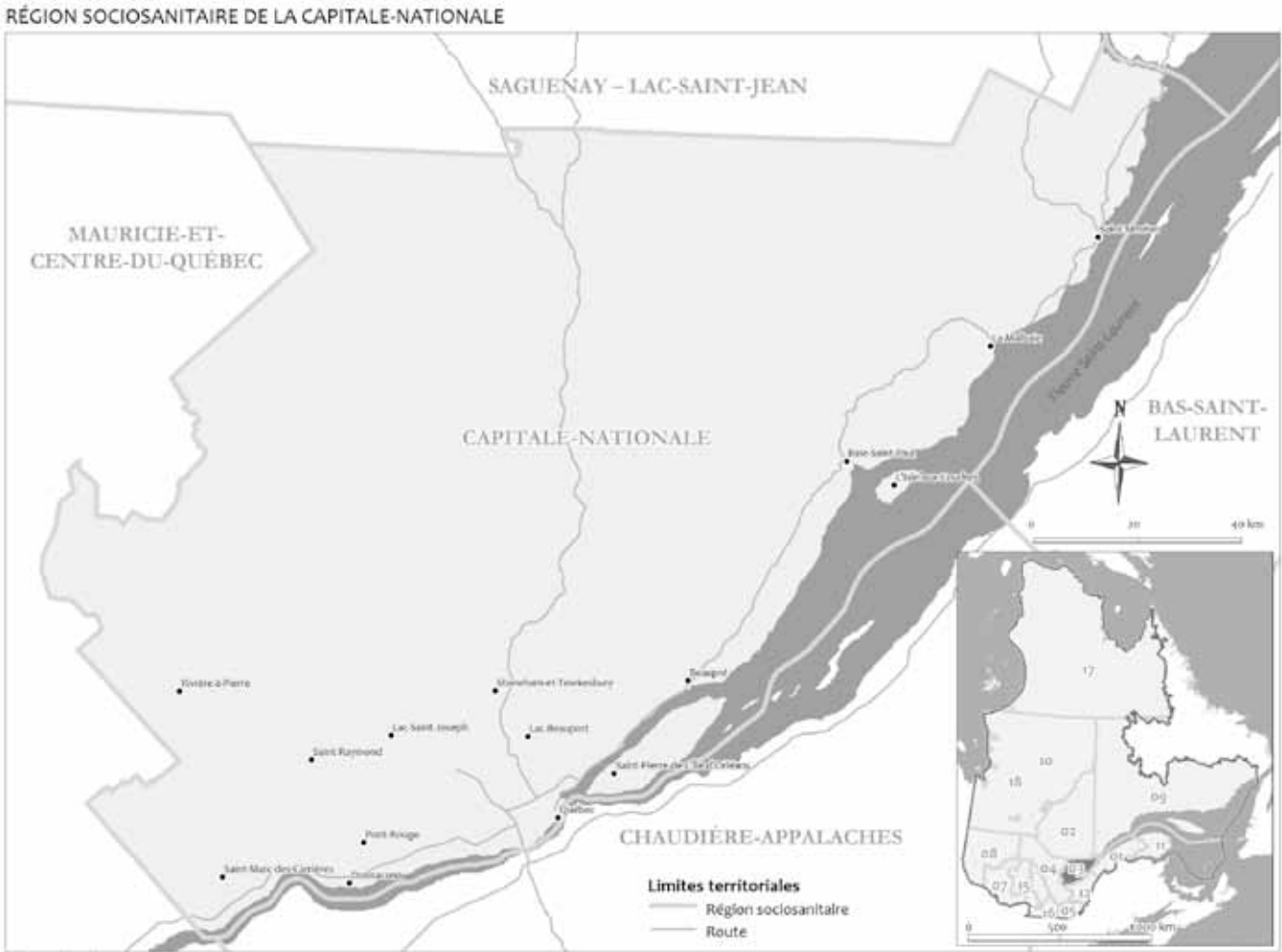
Suivi des effets. Indiquez quand et comment les effets sur les différents groupes ou milieux seront évalués.

Analyse du processus. Indiquez quels acteurs ont été impliqués, comment et quand :

- 1) Comment les acteurs concernés ont-ils participé à la planification de l'intervention, à l'analyse des inégalités sociales de santé déjà existantes, à l'évaluation de ses effets, à l'identification des mesures à prendre et au suivi à réaliser ?
- 2) Comment les personnes et les groupes les plus susceptibles d'être affectés ont-ils participé à la planification de l'intervention, à l'analyse des inégalités sociales de santé déjà existantes, à l'évaluation de ses effets, à l'identification des mesures à prendre et au suivi à réaliser ?
- 3) Comment les personnes et les groupes les plus susceptibles d'être affectés ont-ils pu influencer les décisions concernant la planification de l'intervention, l'identification des mesures à prendre et le suivi à réaliser ?

ANNEXES

ANNEXE 7 : CARTE DE LA RÉGION SOCIO SANITAIRE DE LA CAPITALE-NATIONALE

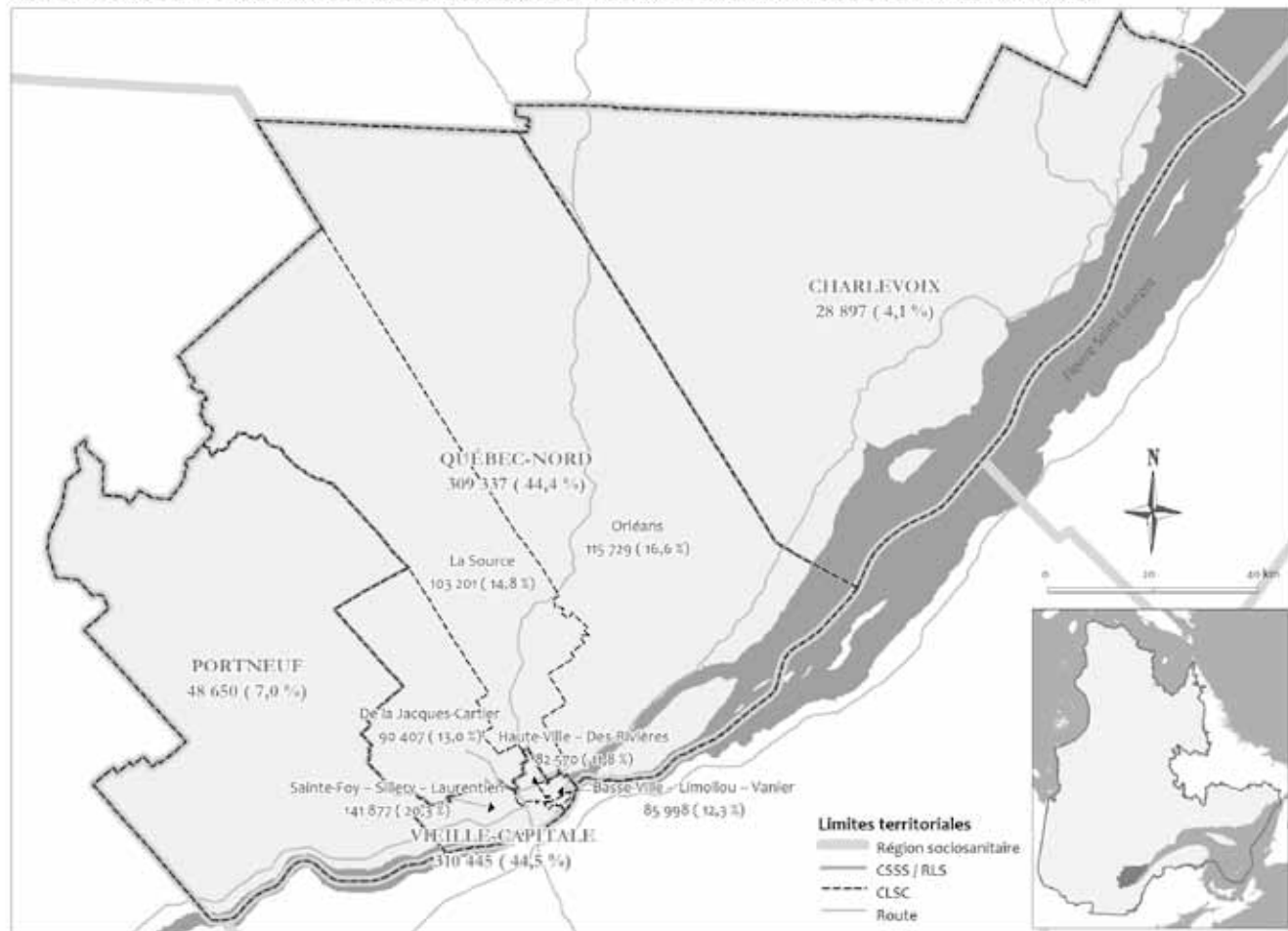


Guillaume Fontaine
Service de la gestion intégrée de l'information
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Juin 2012

Sources : Fichiers cartographiques, MSSS et MRNF
Territoires socio-sanitaires, MSSS, 2012

ANNEXE 8 : CARTE DE LA RÉPARTITION DE LA POPULATION DES CSSS ET DES CLSC DE LA RÉGION SOCIO SANITAIRE DE LA CAPITALE-NATIONALE

RÉPARTITION DE LA POPULATION DES CSSS ET DES CLSC DE LA RÉGION SOCIO SANITAIRE DE LA CAPITALE-NATIONALE

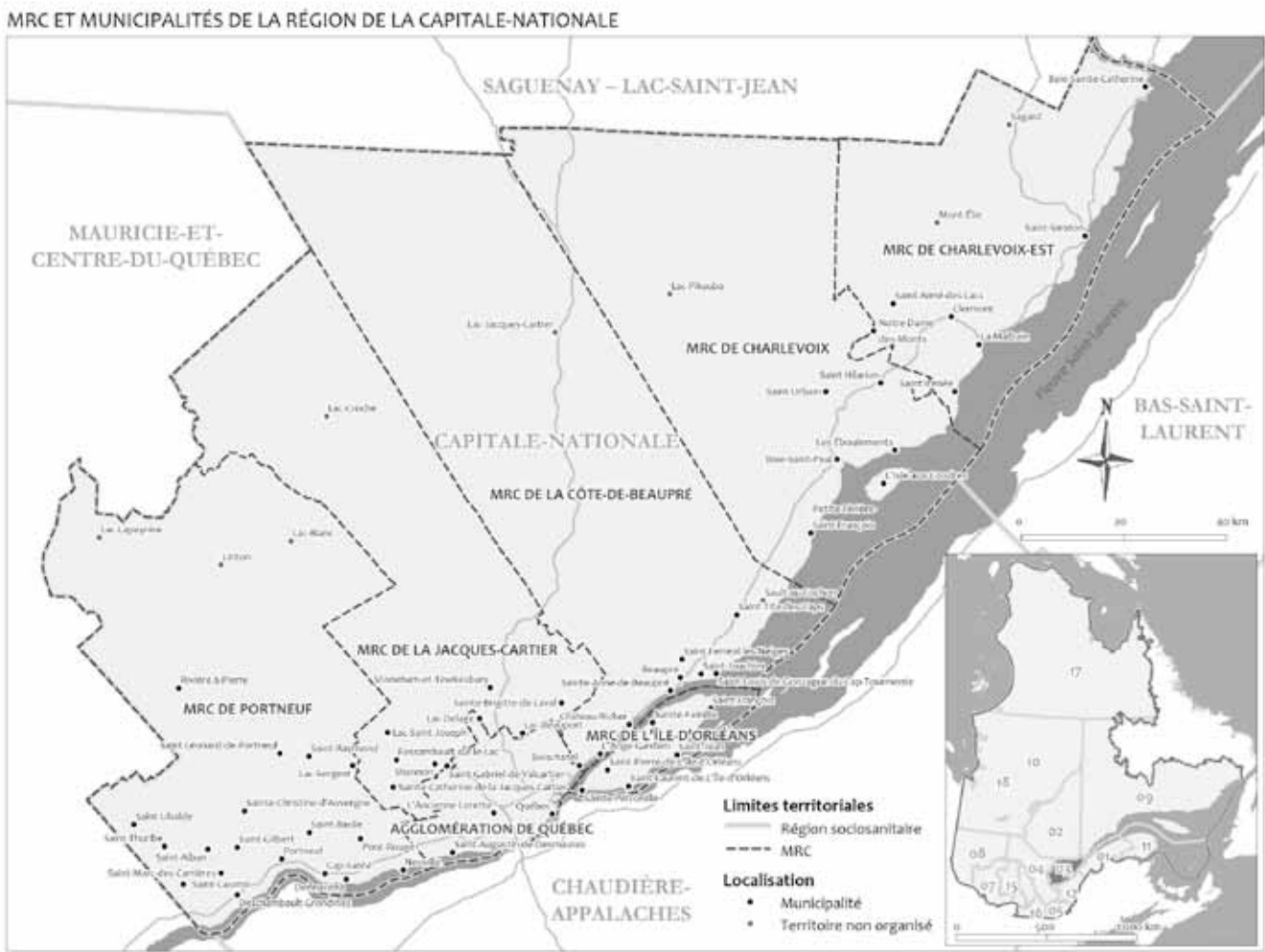


Guillaume Fontaine
Service de la gestion intégrée de l'information
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Juin 2012

Sources : Fichiers cartographiques, MSSS et MRNF
Territoires socio-sanitaires, MSSS, 2012
Projection de population 2006-2031, ISQ, 2009

ANNEXES

ANNEXE 9 : CARTE DES MRC ET MUNICIPALITÉS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE



Guillaume Fontaine
Service de la gestion intégrée de l'information
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Juin 2012

Sources : Fichiers cartographiques, MSSS et MRNF
Territoires administratifs, MRNF
Territoires sociosanitaires, MSSS, 2012

ANNEXE 10: CARTE DES TERRITOIRES ET ARRONDISSEMENTS DE LA VILLE DE QUÉBEC

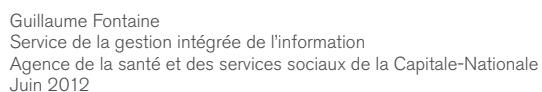


Guillaume Fontaine

Sources : Fichiers cartographiques, MRNF
 Territoires administratifs, MRNF

Service de la gestion intégrée de l'information
 Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
 Juin 2012

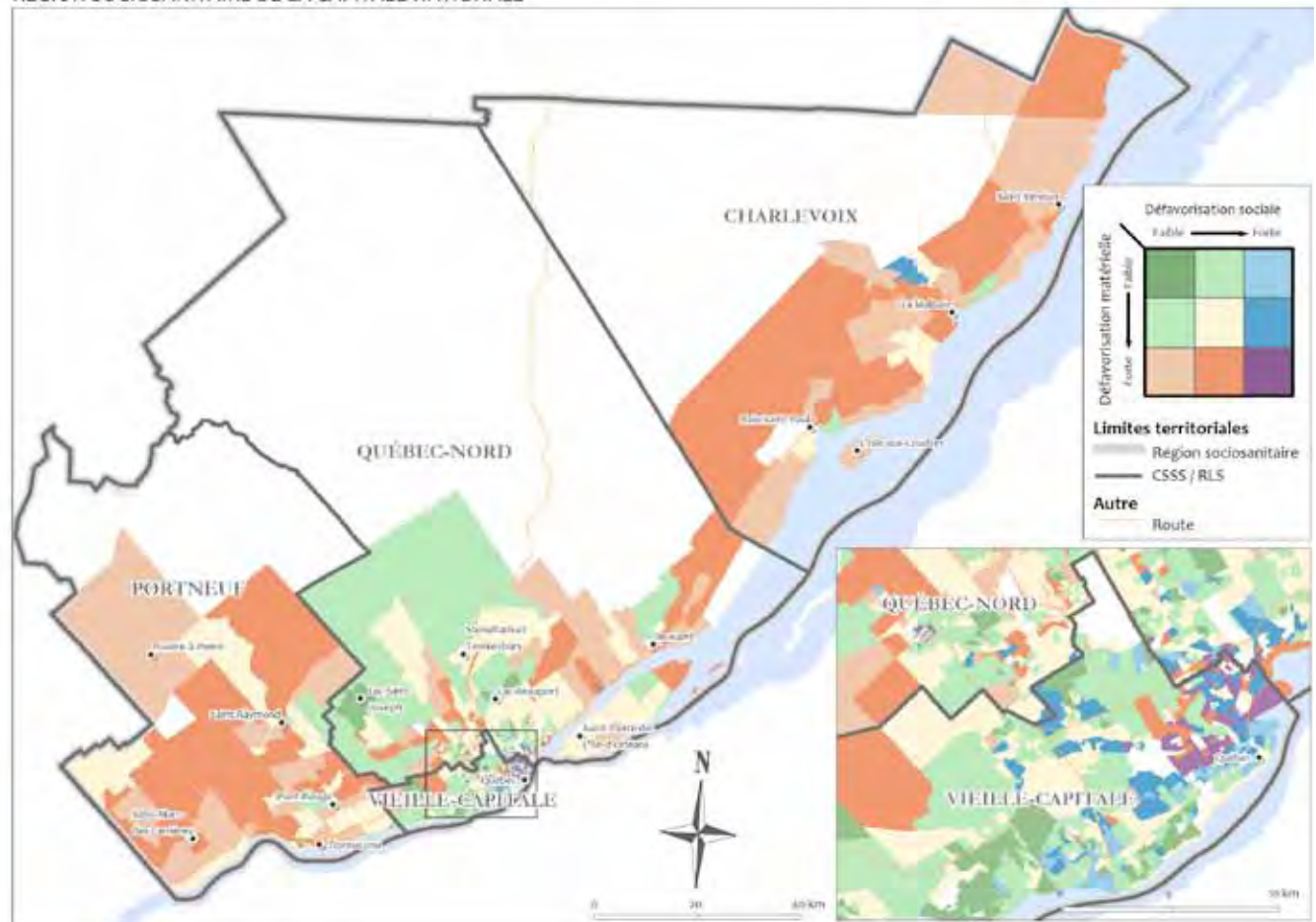
ANNEXE 11 : CARTE DE LA RÉGION MÉTROPOLITAINE DE RECENSEMENT DE QUÉBEC



150 | COMPRENDRE ET AGIR AUTREMENT POUR VISER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

ANNEXE 12 : CARTE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE DE LA RÉGION SOCIO SANITAIRE DE LA CAPITALE-NATIONALE

INDICE RÉGIONAL DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE PAR AIRE DE DIFFUSION (AD) 2006
RÉGION SOCIO SANITAIRE DE LA CAPITALE-NATIONALE



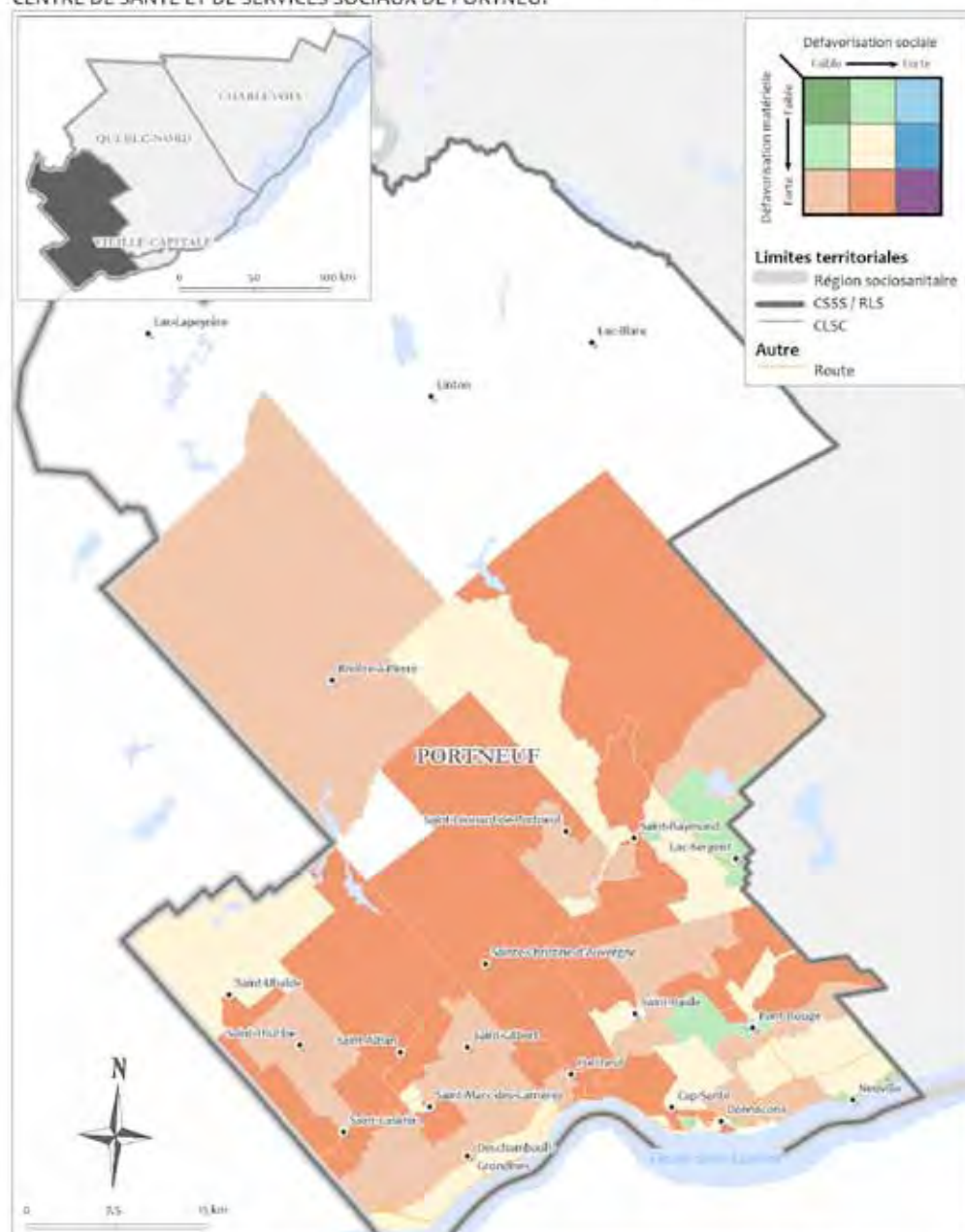
Guillaume Fontaine
Service de la gestion intégrée de l'information
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Juin 2012

Sources : Fichiers cartographiques, MSSS et MRNF
Statistique Canada, Recensement de 2006
Compilation effectuée par INSPO

ANNEXES

ANNEXE 13: CARTE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE DU CSSS DE PORTNEUF

INDICE RÉGIONAL DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE PAR AIRE DE DIFFUSION (AD) 2006
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE PORTNEUF



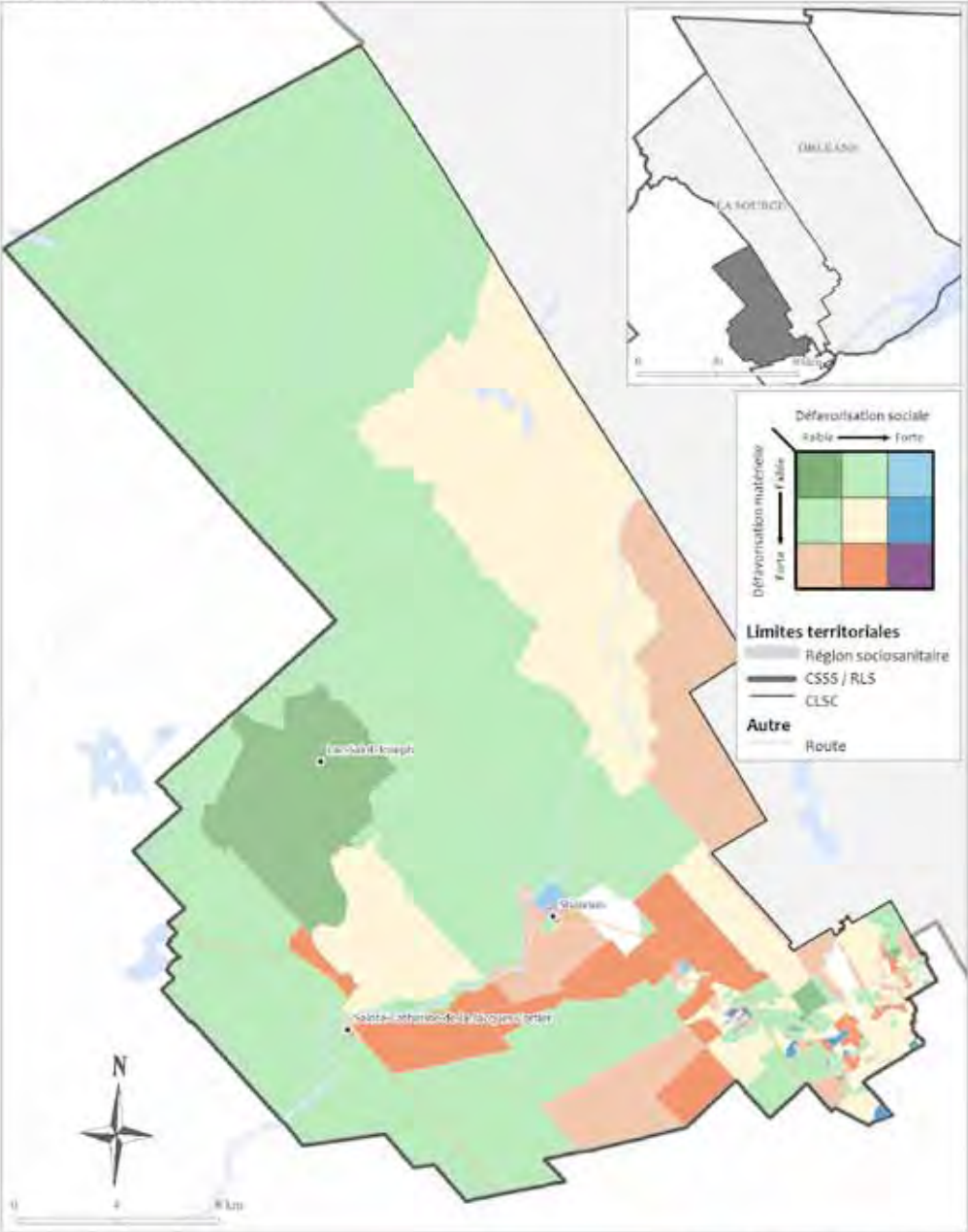
Guillaume Fontaine
Service de la gestion intégrée de l'information
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Juin 2012

Sources : Fichiers cartographiques, MSSS et MRNF
Statistique Canada, Recensement de 2006
Compilation effectuée par INSPQ

ANNEXES

ANNEXE 15 : CARTE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE DU CLSC DE LA JACQUES-CARTIER

INDICE RÉGIONAL DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE PAR AIRE DE DIFFUSION (AD) 2006
CLSC DE LA JACQUES-CARTIER

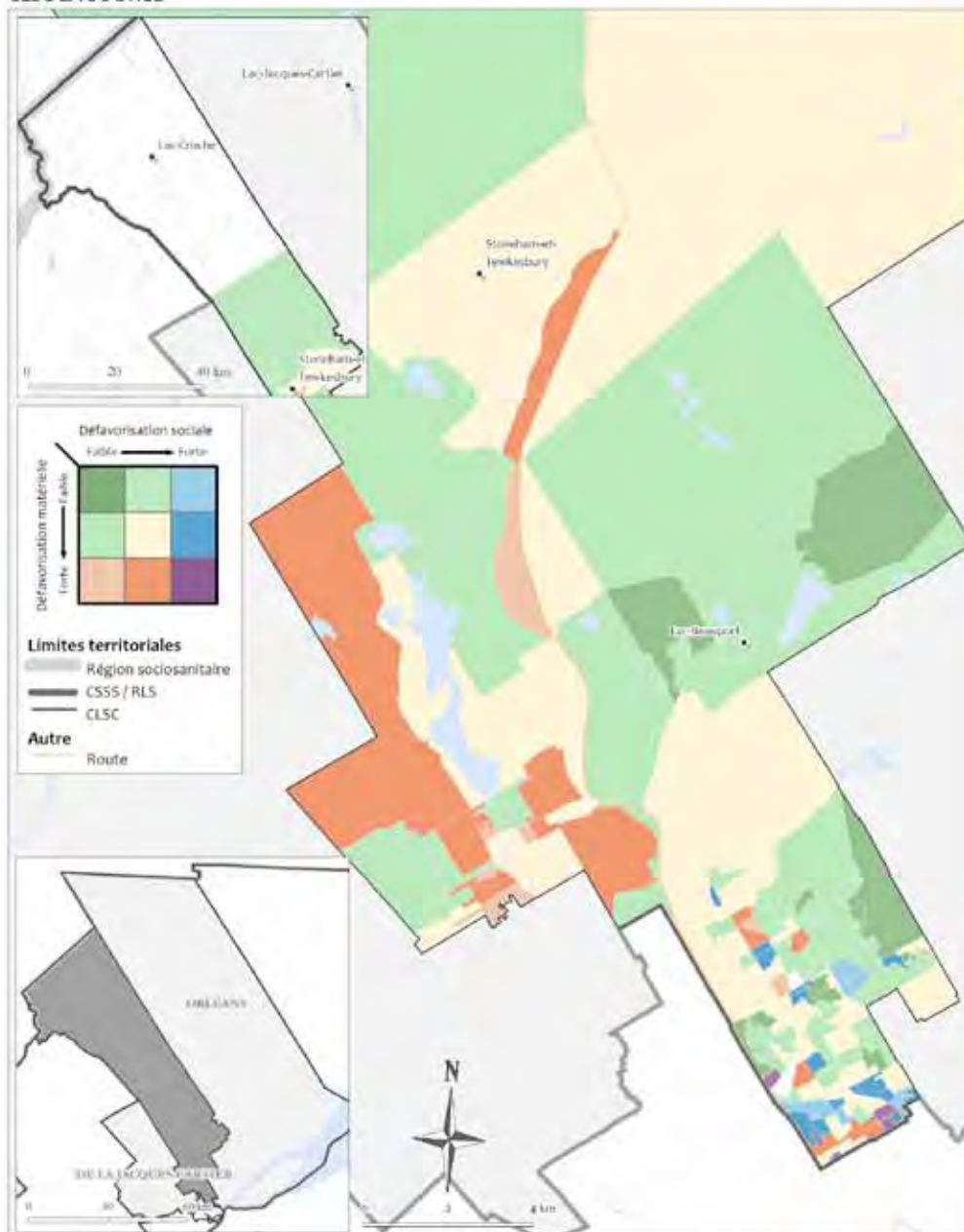


Guillaume Fontaine
Service de la gestion intégrée de l'information
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Juin 2012

Sources : Fichiers cartographiques, MSSS et MRNF
Statistique Canada, Recensement de 2006
Compilation effectuée par INSPQ

ANNEXE 16: CARTE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE DU CLSC LA SOURCE

INDICE RÉGIONAL DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE PAR AIRE DE DIFFUSION (AD) 2006
CLSC LA SOURCE



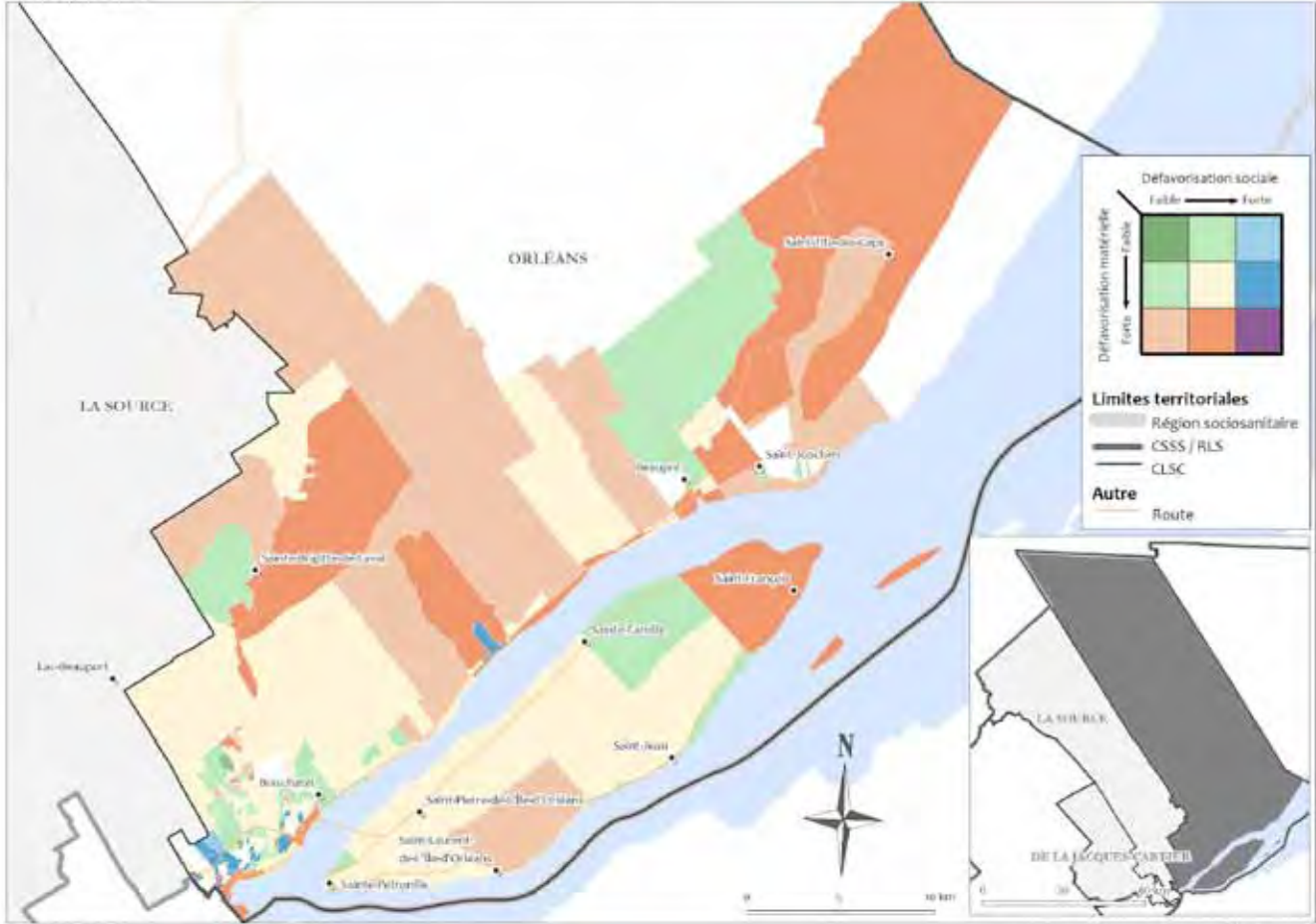
Guillaume Fontaine
Service de la gestion intégrée de l'information
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Juin 2012

Sources : Fichiers cartographiques, MSSS et MRNF
Statistique Canada, Recensement de 2006
Compilation effectuée par INSPQ

ANNEXES

ANNEXE 17 : CARTE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE DU CLSC ORLÉANS

INDICE RÉGIONAL DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE PAR AIRE DE DIFFUSION (AD) 2006
CLSC ORLÉANS

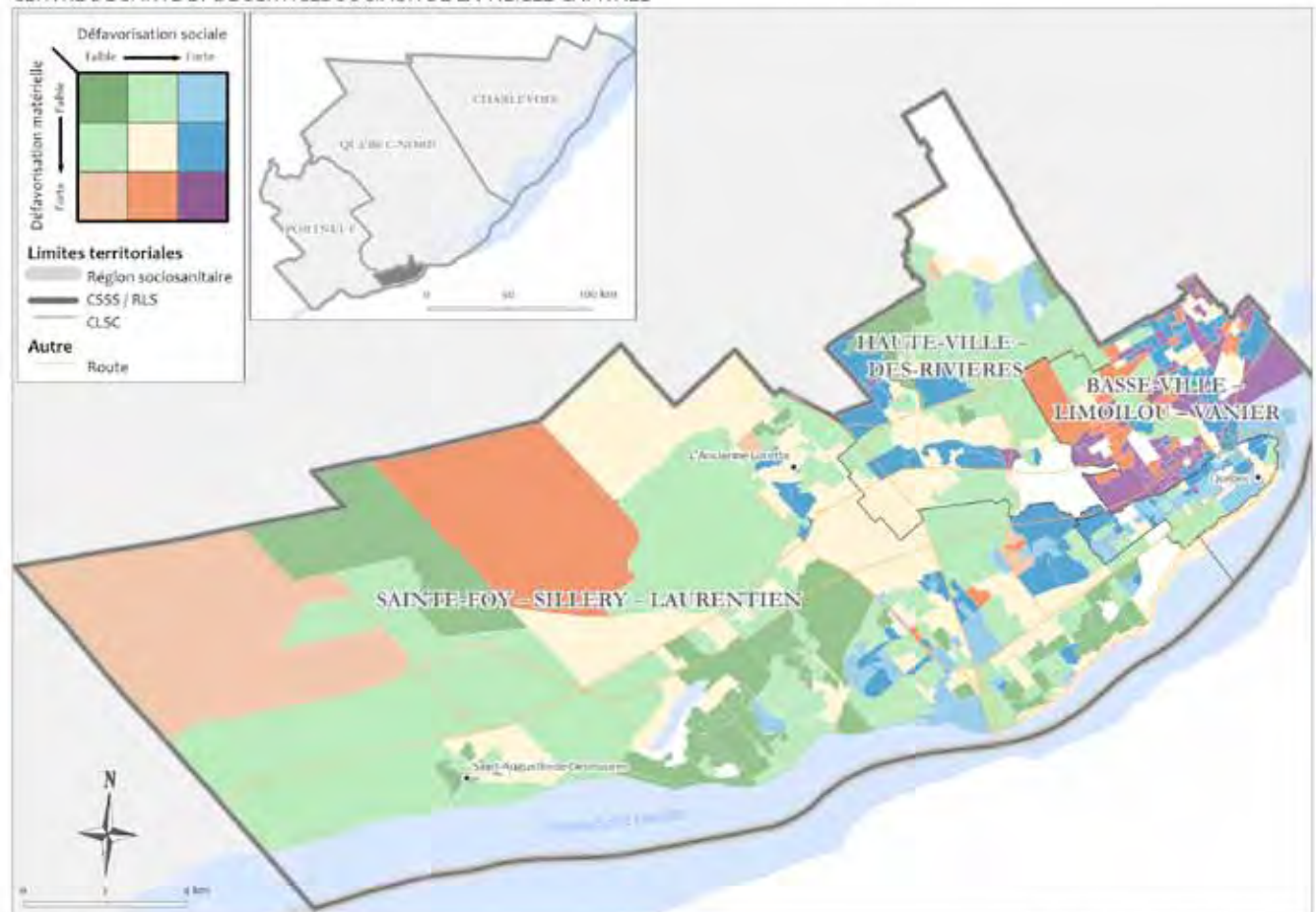


Guillaume Fontaine
Service de la gestion intégrée de l'information
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Juin 2012

Sources : Fichiers cartographiques, MSSS et MRNF
Statistique Canada, Recensement de 2006
Compilation effectuée par INSPQ

ANNEXE 18 : CARTE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE DU CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE

INDICE RÉGIONAL DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE PAR AIRE DE DIFFUSION (AD) 2006
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE



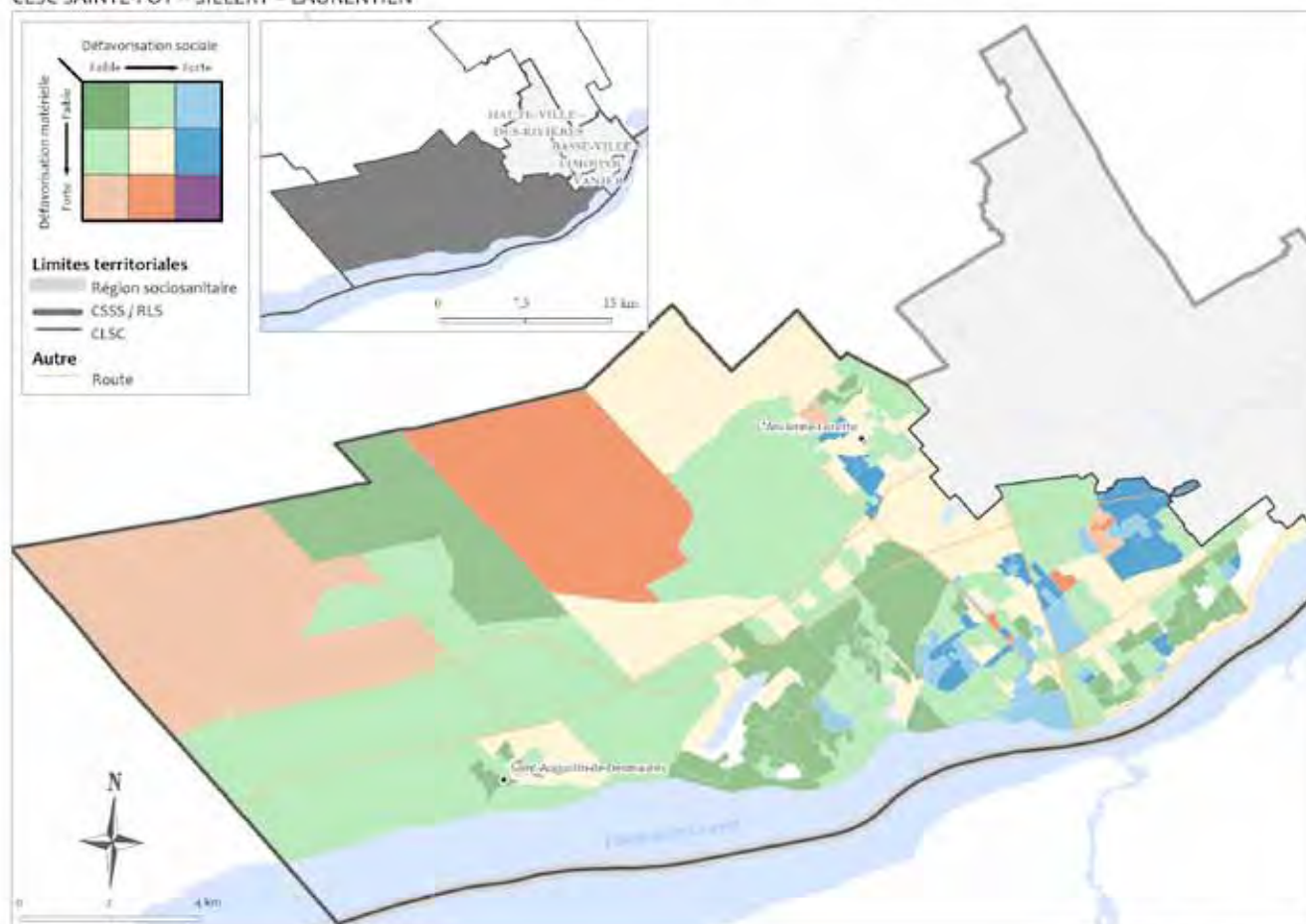
Guillaume Fontaine
Service de la gestion intégrée de l'information
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Juin 2012

Sources : Fichiers cartographiques, MSSS et MRNF
Statistique Canada, Recensement de 2006
Compilation effectuée par INSPQ

ANNEXES

ANNEXE 19: CARTE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE DU CLSC SAINTE-FOY – SILLERY – LAURENTIEN

INDICE RÉGIONAL DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE PAR AIRE DE DIFFUSION (AD) 2006
CLSC SAINTE-FOY – SILLERY – LAURENTIEN

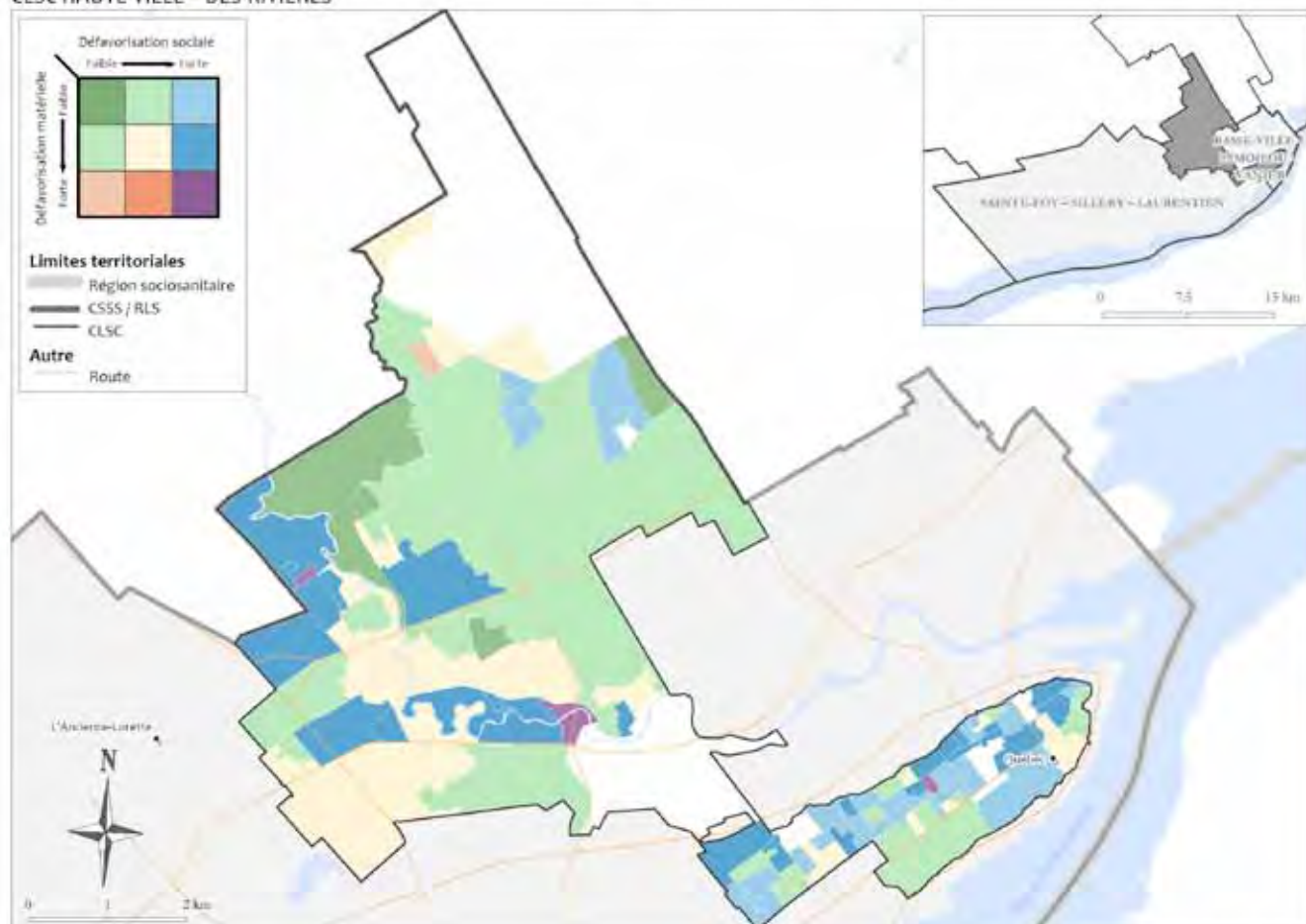


Guillaume Fontaine
Service de la gestion intégrée de l'information
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Juin 2012

Sources : Fichiers cartographiques, MSSS et MRNF
Statistique Canada, Recensement de 2006
Compilation effectuée par INSPO

ANNEXE 20: CARTE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE DU CLSC HAUTE-VILLE – DES-RIVIÈRES

INDICE RÉGIONAL DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE PAR AIRE DE DIFFUSION (AD) 2006
CLSC HAUTE-VILLE – DES-RIVIÈRES



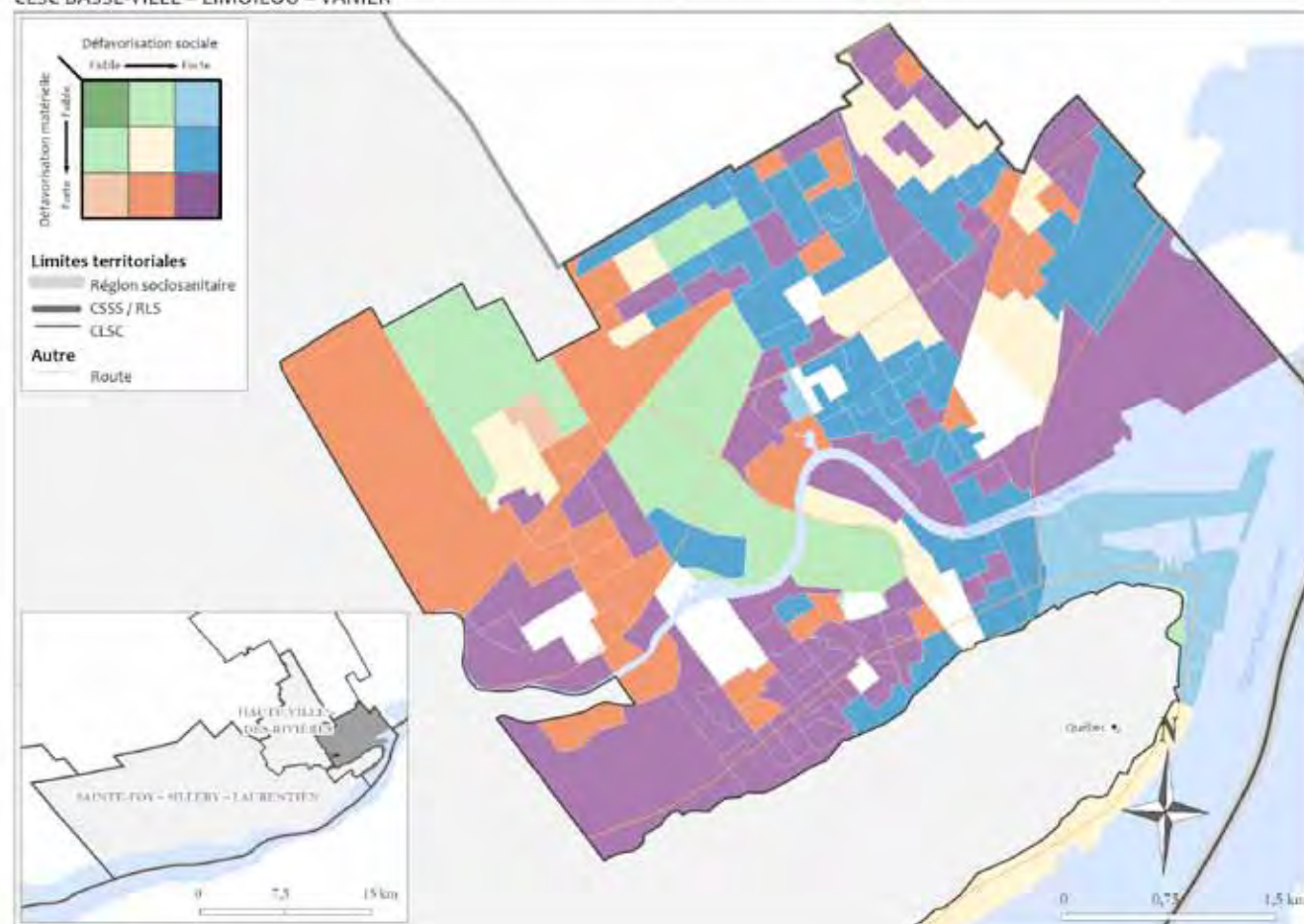
Guillaume Fontaine
Service de la gestion intégrée de l'information
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Juin 2012

Sources : Fichiers cartographiques, MSSS et MRNF
Statistique Canada, Recensement de 2006
Compilation effectuée par INSPQ

ANNEXES

ANNEXE 21 : CARTE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE DU CLSC BASSE-VILLE – LIMOILOU – VANIER

INDICE RÉGIONAL DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE PAR AIRE DE DIFFUSION (AD) 2006
CLSC BASSE-VILLE – LIMOILOU – VANIER



Guillaume Fontaine
Service de la gestion intégrée de l'information
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Juin 2012

Sources : Fichiers cartographiques, MSSS et MRNF
Statistique Canada, Recensement de 2006
Compilation effectuée par INSPQ

