

# POUR DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ: DES ENVIRONNEMENTS SOCIAUX SOLIDAIRES



RAPPORT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE 2007

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie  
Québec

## **UNE PUBLICATION DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE**

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

### **SOUS LA DIRECTION DE**

Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique

### **COORDINATION DES TRAVAUX**

Ginette Lafontaine, adjointe à la planification, programmation et recherche, DSP

### **RÉDACTION**

Caroline Marier, agente de planification, évaluation et recherche, DSP

Valérie Lahaie, conseillère en marketing social, DSP

Jean-Pierre Landriault, coordonnateur en prévention-promotion, DSP

### **COMITÉ CONSULTATIF**

Claire Brault, agente de planification, programmation et recherche, DSP

Noëlandré Delisle, agent de planification, programmation et recherche, DSP

Rollande Daudelin, directrice des programmes de santé publique, d'action communautaire et Famille-Enfance-Jeunesse, CSSS de la Haute-Yamaska

Renée Dufour, agente de planification, programmation et recherche, DSP

Serge Moisan, médecin conseil, DSP

Nathanaëlle Thériault, résidente en santé communautaire, Université de Sherbrooke

### **INTERVIEWS DES PARTENAIRES ET RÉDACTION DES BONS COUPS**

Anne-Marie Blain, agente d'information, ASSS

### **RÉVISION DES TEXTES**

Louise Desnoyers

### **RÉVISION LINGUISTIQUE**

Joanne Gagnier

### **SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE**

Louise Marchitello

### **CONCEPTION DE LA PAGE COUVERTURE**

René Larivière

### **CONCEPTION GRAPHIQUE – INFOGRAPHIE**

Le zeste graphique

### **PRODUCTION ET DIFFUSION**

Anne-Marie Blain

---

REPRODUCTION AUTORISÉE À DES FINS NON COMMERCIALES AVEC MENTION DE LA SOURCE  
POUR OBTENIR UNE COPIE DE CE RAPPORT, ADRESSEZ-VOUS AU SERVICE DES RESSOURCES DOCUMENTAIRES – VENTE DE PUBLICATIONS

#### **Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie**

1255, rue Beaugard, Longueuil (Québec) J4K 2M5

(450) 928-6777 poste 4213

OU CONSULTEZ LE SITE INTERNET SUIVANT :

[www.rsss16.gouv.qc.ca/santepublique/direction](http://www.rsss16.gouv.qc.ca/santepublique/direction)

DANS CE DOCUMENT, LE MASCULIN EST UTILISÉ SANS INTENTION  
DISCRIMINATOIRE ET UNIQUEMENT DANS LE BUT D'ALLÉGER LE TEXTE

#### **SANTÉCOM :**

Dépôt légal – 3<sup>e</sup> trimestre

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89342-394-4

**OCTOBRE 2007**

# MOT DE LA DIRECTRICE

Notre état de santé et notre bien-être sont fortement influencés par notre statut socio-économique et les différentes conditions sociales dans lesquelles nous vivons. Aussi appelés « déterminants sociaux de la santé », ces derniers sont largement dépendants des volontés et décisions d'une multitude d'acteurs politiques et sociaux.

Par ce troisième rapport annuel *Pour des communautés en santé : Des environnements sociaux solidaires*, j'entends cette fois convier les acteurs de la société montérégienne à poursuivre et accentuer leurs interventions collectives sur ces « déterminants sociaux ». À l'instar de l'environnement physique, thème retenu l'an dernier, les leviers d'action sur les environnements sociaux relèvent principalement de secteurs autres que celui de la santé et des services sociaux. Pour véritablement améliorer les conditions de vie de nos concitoyens, les intervenants de santé publique de la Direction de santé publique et des centres de santé et de services sociaux se doivent de susciter la mobilisation de tous les acteurs et de prendre part aux démarches de concertation nécessaires à la mise en place de solutions viables et durables.

La santé constitue un droit fondamental et une richesse collective de notre société. J'invite donc tous les acteurs concernés, tant du niveau local que régional, à unir leurs savoirs, leurs réseaux et leurs efforts pour favoriser des environnements sociaux solidaires en Montérégie.



Jocelyne Sauvé, M.D.

# REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous nos collègues de la Direction de santé publique (DSP) qui ont contribué à l'écriture de ce rapport par des recherches ou par des propositions de texte. Plusieurs d'entre eux travaillent dans les secteurs de la prévention/promotion alors que d'autres proviennent du secteur de la surveillance de l'état de santé de la population. Leur contribution a été grandement appréciée. Nos remerciements vont aussi aux membres du comité consultatif qui ont participé à plusieurs périodes de discussion nécessaires pour développer l'orientation d'un tel document ainsi que les idées maîtresses. Ils y ont mis le temps et la réflexion qui nous ont permis d'arriver à notre objectif.

De plus, plusieurs personnes ont accepté de faire la lecture de différentes versions de ce document. Leurs commentaires nous ont permis de le bonifier. Nous leur en sommes très reconnaissants. Il s'agit de :

**Mme Suzanne Auger**, DSP

**M. Aimé Lebeau**, DSP

**Mme Claudine Léonard**, DSP

**M. François Pierre Ménard**, DSP

**Mme Anne Michaud**, consultante

**Mme Annie Morin**, Conférence régionale des élus de la Montérégie Est

**M. Jean Panet-Raymond**, École de service social de l'Université de Montréal

**D<sup>re</sup> Catherine Risi**, DSP

Nous remercions également toutes les personnes des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de plusieurs organismes qui ont accepté de nous présenter leur expérience. Elles nous ont permis de rapporter quelques « bons coups » pouvant inspirer la mise en place d'autres initiatives.

**Merci à tous!**

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	7	
<b>LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ : UN PEU D'HISTOIRE</b>	8	
<b>POUR DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ...</b>	10	
L'impact du statut socio-économique	11	
L'accès aux biens et services essentiels	15	
L'importance du capital social	19	
Les répercussions des inégalités sociales sur la santé et le bien-être	23	
<b>... DES ENVIRONNEMENTS SOCIAUX SOLIDAIRES</b>	26	
Favoriser le développement des communautés et faciliter la participation citoyenne	29	
Renforcer l'action intersectorielle	31	
Promouvoir l'adoption de politiques publiques favorables à la santé et au bien-être	33	
Agir pour et avec les personnes et les groupes plus vulnérables	35	
<b>DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ : UNE RESPONSABILITÉ COLLECTIVE PARTAGÉE</b>	37	
Les engagements de la Direction de santé publique	37	
<b>CONCLUSION</b>	39	
<b>RÉFÉRENCES</b>	40	
<b>ANNEXES</b>		
1	Mesure du seuil de faible revenu	43
2	Rôles des principaux acteurs locaux et régionaux détenant des mandats liés aux déterminants sociaux de la santé	45
3	Mandats des différents acteurs en lien avec chacun des déterminants sociaux et des stratégies d'intervention	53
4	Exemples de politiques publiques ou mesures issues de politiques publiques à implanter aux niveaux local et régional	55



# INTRODUCTION

*Les causes fondamentales de la maladie et des inégalités en matière de santé sont les conditions sociales dans lesquelles les gens vivent et travaillent, dénommées les déterminants sociaux de la santé.*

(OMS, 2004)<sup>1</sup>

Ce troisième rapport de la directrice de santé publique porte sur un sujet préoccupant pour toute personne œuvrant au mieux-être de ses concitoyens : les déterminants sociaux de la santé. On reconnaît de plus en plus leur influence décisive sur la santé et le bien-être des individus, influence aussi importante, sinon plus, que celle que peuvent avoir les soins médicaux et les comportements personnels.

La DSP a pour mandats de rendre compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région et de promouvoir la mise en place de mesures susceptibles de l'améliorer. La *Loi sur la santé publique* lui confie également, à elle et à ses principaux partenaires de santé publique que sont les centres de santé et de services sociaux, la responsabilité de proposer des actions qui peuvent diminuer les inégalités de santé et de bien-être ou qui peuvent contrer ou atténuer leurs conséquences négatives<sup>2</sup>. Ce rapport s'inscrit dans cette perspective.

Le réseau de la santé n'est certes pas le principal expert pour identifier les solutions spécifiques à certains déterminants sociaux de la santé tels que le revenu, le logement ou le transport. Cependant, il est en mesure de fournir à ses partenaires les analyses permettant de mettre en évidence les effets importants de ces déterminants sur le bien-être et la santé. Il peut également apporter une contribution significative pour susciter et soutenir leur engagement à diminuer les inégalités sociales de santé et identifier les actions qui ont le meilleur potentiel de retombées positives sur la santé.

Ce rapport, après un court rappel historique, présente les principaux déterminants sociaux et leurs impacts sur la santé et le bien-être des personnes. Ces déterminants réfèrent notamment au revenu, à l'emploi, à l'éducation, au logement, à la sécurité alimentaire, au transport et au capital social. De plus, à partir des données disponibles, il dresse un bref portrait montréalais à l'égard de chacun de ces déterminants de même que des inégalités de santé et de bien-être qui en résultent. Par la suite, il propose les stratégies d'intervention privilégiées pour agir sur ces déterminants et favoriser des *Environnements sociaux solidaires* en Montérégie, le tout accompagné de témoignages d'expériences locales démontrant la faisabilité de ces stratégies. Pour conclure, il lance un appel à la responsabilité collective de chacun des secteurs de la société pour favoriser des communautés en santé et il détermine les engagements pris par la DSP à cet égard.

# LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ : UN PEU D'HISTOIRE

*La misère est une maladie du corps social comme la lèpre était une maladie du corps humain; la misère peut disparaître comme la lèpre a disparu. Détruire la misère! oui, cela est possible. Les législateurs et les gouvernants doivent y songer sans cesse; car, en pareille matière, tant que le possible n'est pas fait, le devoir n'est pas rempli.*

(Victor Hugo, 1848)

La communauté scientifique connaît depuis longtemps l'impact des déterminants sociaux sur la santé. Dès 1948, les dimensions sociales de la santé ont été clairement énoncées dans la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Toutefois, les décennies suivantes furent dominées par le développement de la technologie médicale et pharmaceutique, par le déploiement de soins curatifs, de mesures jugées plus efficaces à court terme, comme la vaccination, ainsi que par des mesures d'éducation à la santé<sup>1</sup>.

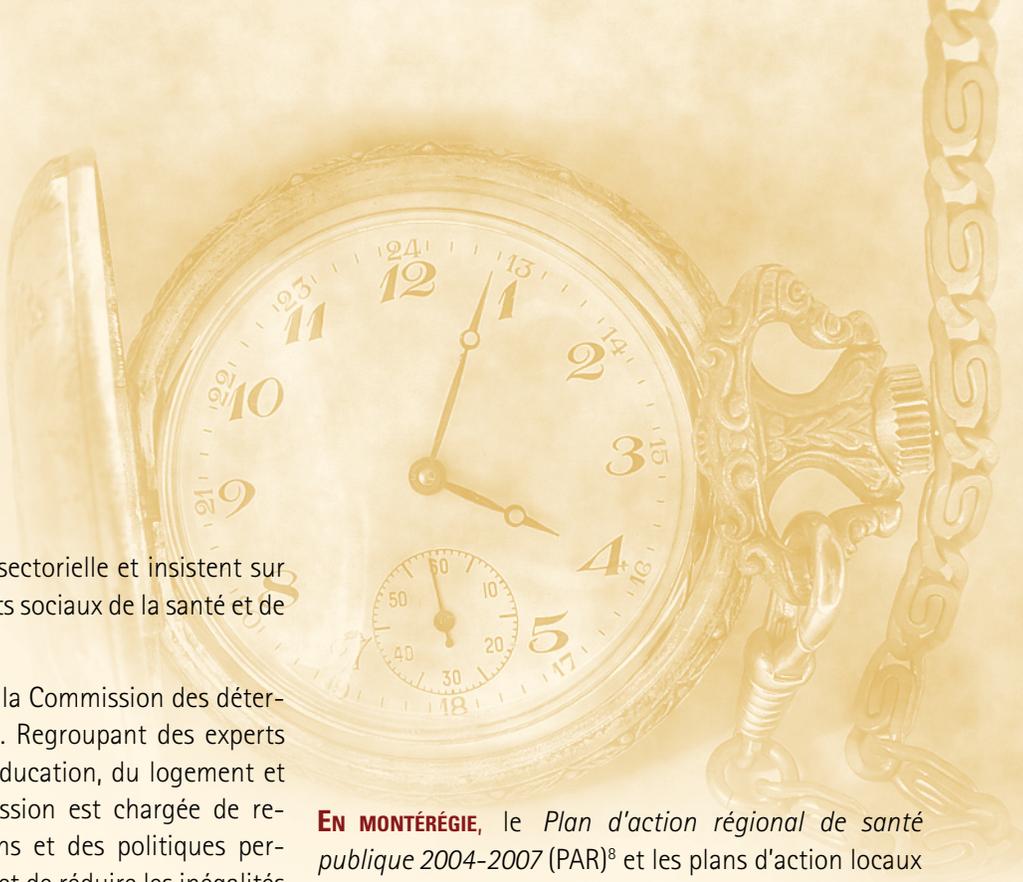
Au cours des années 70, devant le constat des limites des stratégies de santé qui omettent de tenir compte des causes sociales de la maladie et du bien-être, la préoccupation à l'égard des déterminants sociaux refait surface. En 1974, la publication du Rapport Lalonde<sup>3</sup> contribue largement, par sa compréhension globale des déterminants de la santé, à faire évoluer la conception de la santé au Canada ainsi que dans les autres pays industrialisés. Les environnements physique et social s'ajoutent alors à la biologie humaine, aux habitudes de vie et à l'organisation des soins de santé comme déterminants de la santé. En 1978, la *Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires* met l'action intersectorielle au cœur même du modèle des soins de santé primaires.

Au milieu des années 80, les déterminants sociaux font l'objet d'un intérêt accru au sein du mouvement naissant de la promotion de la santé. Les modèles écologiques qui accordent une attention particulière aux facteurs environnementaux sans négliger les autres facteurs, émergent<sup>4</sup>. Adoptée en 1986 à la première conférence internationale sur la promotion de la santé, la *Charte d'Ottawa* identifie des conditions préalables à la santé (paix, abri, nourriture et revenu) ainsi que plusieurs stratégies novatrices, dont la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire et l'élaboration de politiques publiques génératrices de santé et de bien-être. Par la suite, cinq conférences internationales sur la promotion de la santé<sup>a</sup> réaffirment la pertinence des stratégies de la *Charte*

## LA « SANTÉ »

**se définit comme étant « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques (OMS, 1986)<sup>5</sup>. »**

<sup>a</sup> Adélaïde, Australie (1988), Sundsvall, Suède (1991), Jakarta, Indonésie (1997), Mexico, Mexique (2000) et Bangkok, Thaïlande (2006).



d'Ottawa et de l'action intersectorielle et insistent sur l'importance des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en matière de santé.

En 2005, l'OMS met sur pied la Commission des déterminants sociaux de la santé. Regroupant des experts mondiaux de la santé, de l'éducation, du logement et de l'économie, cette commission est chargée de recommander des interventions et des politiques permettant d'améliorer la santé et de réduire les inégalités en matière de santé en agissant sur les déterminants sociaux.

**AU QUÉBEC**, la *Politique de la santé et du bien-être* (1992)<sup>6</sup> reconnaît les inégalités socio-économiques comme ayant un important impact sur la santé et fait une place de choix aux stratégies qui proposent d'agir sur les déterminants sociaux et les inégalités sociales de la santé :

- 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.

Environ dix ans plus tard, le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP)<sup>7</sup> réaffirme l'importance de considérer les conditions de vie et les milieux de vie comme déterminants de la santé et réitère la réduction des inégalités de santé et de bien-être comme enjeu de santé publique au Québec. Le développement des communautés, l'action intersectorielle et le soutien aux groupes vulnérables y figurent parmi les stratégies privilégiées.

**EN MONTRÉGIE**, le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007* (PAR)<sup>8</sup> et les plans d'action locaux (PAL) des centres de santé et de services sociaux (CSSS) accordent une place d'importance à l'amélioration des conditions de vie et au développement des communautés ainsi qu'à certains programmes de prévention ciblant les personnes plus défavorisées. Cette cible d'action ainsi que ces programmes sont également inscrits dans la dimension « Prévenir » des continums d'intervention développés pour faciliter l'élaboration des projets cliniques dans les CSSS.

Bref, depuis plus de 50 ans, les principales instances reconnues mondialement dans le secteur de la santé insistent sur l'importance d'agir sur les environnements sociaux pour améliorer la santé de la population. En Montérégie, beaucoup d'efforts ont été déployés depuis plusieurs années tant au niveau local que régional, pour agir sur les déterminants sociaux de la santé, notamment par la mise en place de plusieurs mécanismes de concertation, par de l'action communautaire et par l'élaboration de plans d'action communs aux différents partenaires concernés.

# POUR DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ...

La recherche épidémiologique a depuis longtemps démontré l'influence déterminante du statut socio-économique sur l'état de santé et le bien-être des individus. À titre d'illustration, en 1996, au Canada, 23 % des années de vie perdues prématurément avant 75 ans étaient attribuées aux différences de revenu<sup>9</sup>. On reconnaît également que les personnes qui vivent dans les quartiers urbains les plus pauvres sont davantage susceptibles de souffrir de problèmes cardiovasculaires, du cancer, du diabète et de maladies respiratoires<sup>10</sup>. On pourrait croire que ces disparités sont surtout dues aux différences de comportements qu'on observe entre les sous-groupes les plus riches et les plus pauvres de la population. Or, divers travaux démontrent que les différences de comportements ne peuvent à elles seules expliquer les écarts observés. Selon certains auteurs, les habitudes de vie contribueraient pour moins de 25 % de l'explication des différences de mortalité selon le statut socio-économique<sup>11</sup>.

Les mécanismes expliquant l'influence du statut socio-économique sur la santé des individus ne sont toutefois pas entièrement compris et font l'objet d'intenses recherches<sup>12</sup>. Jusqu'à présent, certaines pistes d'explication ont été identifiées, dont les suivantes :

- les conditions économiques défavorables, le travail pénible, le manque de contrôle sur sa destinée, le sentiment de marginalisation, d'exclusion et d'injustice créent un stress chronique qui a des effets nocifs sur le fonctionnement neuroendocrinien et immunitaire des individus;
- les environnements sociaux et physiques auxquels sont exposées les populations socio-économiquement défavorisées sont souvent de moins bonne qualité. Les ressources, services et opportunités y sont plus limités, tant en quantité qu'en qualité.

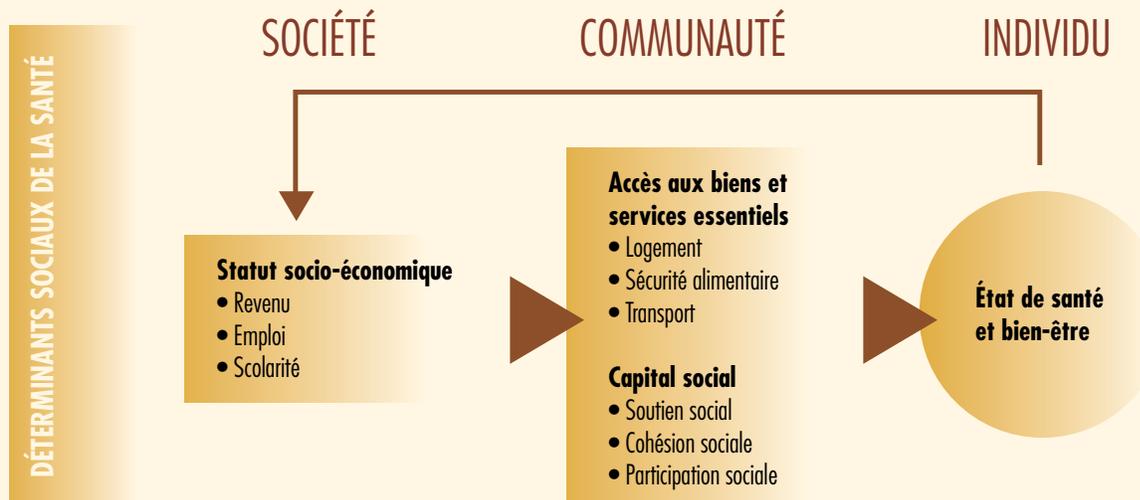
En somme, le statut socio-économique exerce une influence déterminante sur la santé et le bien-être, et ce, par l'entremise d'un ensemble de facteurs dont l'accès aux biens et services essentiels à la vie quotidienne et le capital social des communautés. Le modèle suivant, inspiré de celui de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, permet de positionner, les uns par rapport aux autres, l'ensemble de ces déterminants sociaux.

Cette première partie du rapport décrit l'influence de différents éléments, soit le statut socio-économique, l'accès aux biens et services essentiels et le capital social. De plus, quelques données permettent d'apprécier l'état de situation relatif à chacun de ces déterminants sociaux en Montérégie. À ce portrait, s'ajoutent des illustrations sur les répercussions des inégalités sociales sur la santé et le bien-être des Montérégiens.

**Le sexe, l'âge et l'origine ethnique ont un lien étroit avec chacun des déterminants sociaux, que ce soit le niveau de scolarité, le revenu (équité salariale), l'accès à un emploi ou à un logement adéquat ou la participation sociale. Il importe donc de bien cerner cet impact et d'en tenir compte pour que nos actions soient les plus efficaces possible et qu'elles ne créent pas ou ne renforcent pas les inégalités entre les sexes<sup>b</sup>, les âges ou les groupes ethniques.**

<sup>b</sup> Pour contrer les inégalités de genre, le gouvernement québécois invite les planificateurs à adopter une analyse différenciée selon les sexes (ADS) qu'on définit comme un « processus qui vise à discerner de façon préventive, au cours de la conception et de l'élaboration d'une politique, d'un programme ou de toute autre mesure, les effets distincts que pourra avoir son adoption sur les femmes et les hommes ainsi touchés compte tenu des conditions socio-économiques différentes qui les caractérisent ».

# LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ : MODÈLE CONCEPTUEL



Inspiré et traduit de : WHO (2005), Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Commission on social determinants of health.

## L'IMPACT DU STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE

*Plus les gens vivent longtemps dans des conditions économiques et sociales difficiles, moins ils ont de chances de vivre une vieillesse en bonne santé.*

(OMS, 2004)<sup>1</sup>

Directement lié aux politiques sociales et économiques nationales et même internationales, le statut socio-économique exerce une influence majeure sur la santé et le bien-être des personnes<sup>13,14</sup>. Le revenu, l'emploi et la scolarité en sont les principales composantes.

Le **REVENU** est le déterminant le plus puissant de l'état de santé et du bien-être des individus. Les personnes à faible revenu risquent davantage de souffrir de maladies et de décéder plus jeunes que celles dont le revenu est plus élevé, et ce, indépendamment de l'âge, du sexe, de la race et du lieu de résidence<sup>15</sup>. On sait également que la pauvreté de longue durée ou chronique est plus néfaste que les épisodes occasionnels de pauvreté<sup>16</sup>. Par ailleurs, plusieurs preuves sont à l'effet que la santé de la population tient plus à la répartition équitable du

revenu qu'à l'importance du revenu moyen. Plus l'écart entre les riches et les pauvres est important, plus la santé de la population est affectée<sup>17</sup>.

En 2005, le revenu personnel<sup>c</sup> par Montérégien s'établissait à 31 087 \$, soit le deuxième plus élevé parmi les 17 régions administratives du Québec. Bien qu'envisageable en apparence, cette situation masque des disparités importantes. Par exemple, la municipalité régionale de comté (MRC) du Haut-Saint-Laurent figurait au sixième rang des MRC affichant le revenu personnel par habitant (20 555 \$) le plus faible au Québec. Quant au revenu personnel des femmes et des hommes, on observe aussi des différences marquées. En 2004, avec un revenu personnel de 23 990 \$, celui des femmes n'atteignait que les deux tiers de celui des hommes (36 664 \$)<sup>18</sup>.

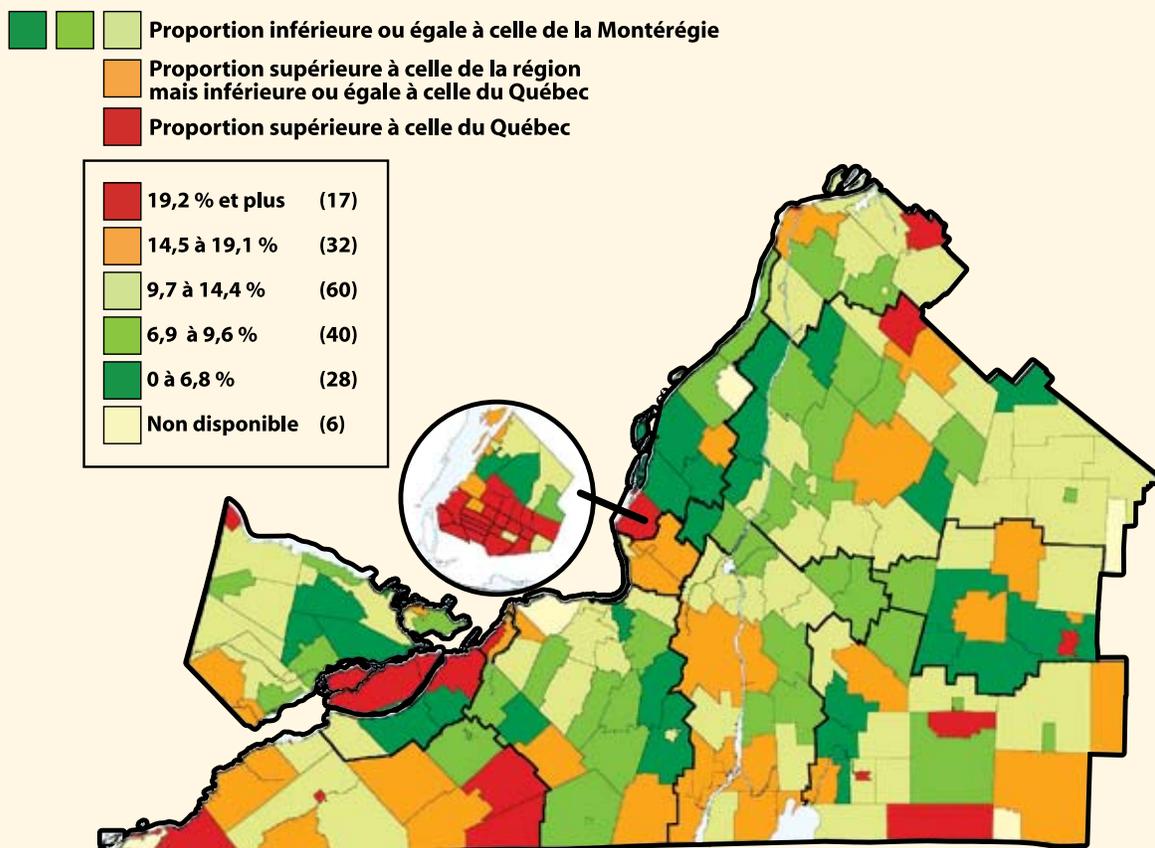
<sup>c</sup> Le revenu personnel est la somme des revenus du ménage provenant de leur participation aux activités de production, des revenus de placements et des transferts gouvernementaux.

En 2000, on dénombrait 78 810 Montérégiens et 102 560 Montérégiennes qui vivaient sous le seuil de faible revenu<sup>d</sup>, soit 14 % de la population, cette proportion variant selon les municipalités de 1,3 % à 40 %<sup>19</sup>. C'est aux deux extrêmes des groupes d'âge qu'on retrouve les proportions les plus élevées. Compte tenu que l'objectif de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* est d'amener progressivement le Québec au nombre des nations industrialisées comptant le moins de personnes pauvres, la lutte à la pauvreté constitue un réel défi pour notre région.

Quant à l'**EMPLOI**, il constitue un déterminant majeur du revenu et est l'une des principales formes de participation sociale, en plus de contribuer au sentiment de valorisation personnelle et de contrôle sur sa vie. En Montérégie, le marché du travail offre généralement plus de possibilités d'emploi que le reste du Québec et se caractérise par une grande variété de secteurs d'activités. Par contre, certains territoires présentent de fortes concentrations dans des sous-secteurs particuliers (première transformation des métaux, production

textile, fabrication d'aliments, etc.), ce qui peut fragiliser le marché local de l'emploi et l'exposer à de fortes secousses lors de changements économiques ou de fermetures d'usines.

Dans les derniers dix ans, la région a connu un taux d'activités et un taux d'emploi plus élevés et par conséquent un taux de chômage plus faible que la moyenne québécoise (7,3 % par rapport à 8 % en 2006)<sup>20</sup>. En 2002, 52 800 Montérégiens étaient prestataires de l'assistance-emploi. Si ce nombre a diminué, il demeure tout de même qu'en 2006, 49 268 Montérégiens en étaient toujours prestataires, dont près des deux-tiers ont des contraintes sévères (35 %) ou temporaires (27 %) à l'emploi<sup>21</sup>. D'autres personnes font aussi face à des obstacles importants d'intégration en emploi, soit les personnes peu scolarisées, les femmes monoparentales, les jeunes décrocheurs, les travailleurs âgés, les personnes handicapées, les immigrants et les personnes judiciarisées. Des écarts de santé entre travailleurs et chômeurs ont été démontrés, notamment au regard de la santé mentale et des maladies cardiovasculaires<sup>6</sup>.



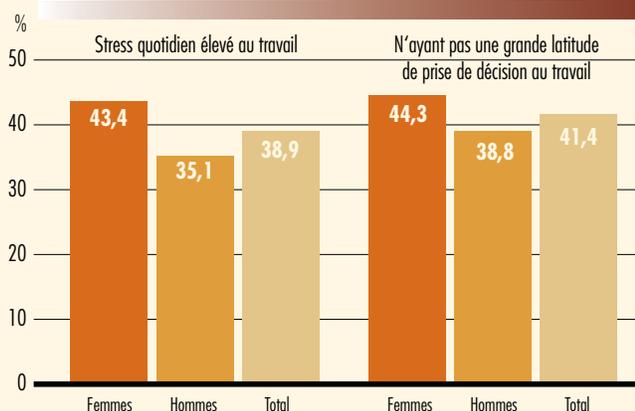
Source : Statistique Canada, Recensement canadien 2001  
 Équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, 2006

<sup>d</sup> Les seuils de faible revenu sont établis en fonction de la proportion du revenu annuel que la famille canadienne moyenne consacre à l'alimentation, au logement et à l'habillement (annexe 1).

Par ailleurs, la qualité de l'emploi a aussi une importance significative. Par exemple, les travailleurs qui disposent de plus de pouvoir sur leurs conditions de travail et qui vivent moins de stress sont en meilleure santé et vivent plus longtemps<sup>15</sup>. Or, en 2003, 39 % des travailleurs montérégiens estimaient vivre un stress quotidien élevé au travail. Cette proportion est plus élevée chez les femmes et chez les personnes âgées de 25 à 44 ans<sup>22</sup>. Parmi les sources de stress, mentionnons le manque de latitude dans la prise de décision au travail. En Montérégie, deux travailleurs sur cinq estiment ne pas avoir une grande latitude dans leur prise de décision. Cette situation affecte davantage les femmes, mais demeure tout de même un problème important pour les deux sexes.

### STRESS ÉLEVÉ AU TRAVAIL (2003)

et faible latitude de prise de décision (2000-2001),  
proportion des travailleurs selon le sexe, Montérégie



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 1-1 (2000-2001), cycle 2-1 (2003). Équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, 2007.

Enfin, on sait qu'un niveau élevé de **SCOLARITÉ** accroît les possibilités d'obtenir un meilleur emploi et un revenu plus élevé. Actuellement, sans diplôme d'études secondaires, les chances sont minces de parvenir à trouver un emploi intéressant avec une rémunération suffisante. Au Québec, les mesures pour favoriser la scolarité semblent avoir eu un impact positif au cours des dernières années. Alors qu'en 1990, 38 % des Québécois de 25 à 64 ans ne détenaient pas de diplôme d'études secondaires, en 2006, ce taux était de 18 %. De même, la proportion de personnes qui ont obtenu un baccalauréat universitaire est passée de 12 % à 22 % entre 1990 et 2006. C'est donc une amélioration importante pour plusieurs Québécois<sup>23</sup>.

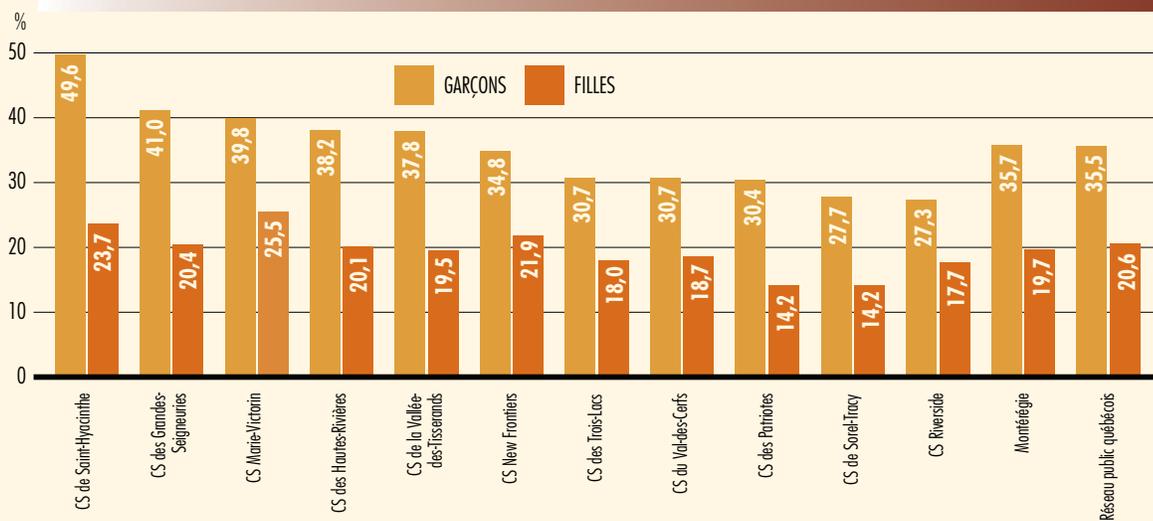
Il reste néanmoins beaucoup à faire en Montérégie. Le taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires est inférieur à celui de l'ensemble du Québec (82 % par rapport à 85 % en 2004-2005). Comme ailleurs au Québec, ce taux est plus faible chez les garçons que chez les filles (79 % par rapport à 92 %)<sup>24</sup>. Entre 2001 et 2004, plus d'un garçon sur trois et une fille sur cinq quittaient l'école avant d'obtenir un diplôme d'études secondaires<sup>e</sup>. Ce taux de décrochage variait, selon la commission scolaire, de 27 % à 50 % chez les garçons et de 14 % à 26 % chez les filles.

<sup>e</sup> Le décrocheur, ou sortant sans diplôme ni qualification, est un élève qui est inscrit une année donnée et qui répond aux deux critères suivants :

- a) Il n'obtient ni diplôme ni qualification durant l'année considérée. Les diplômes retenus sont les suivants : diplôme d'études secondaires (DES), diplôme d'études professionnelles (DEP), attestation de formation professionnelle (AFP) et attestation de spécialisation professionnelle (ASP).
- b) Il n'est inscrit, durant l'année suivante, ni en formation générale (jeunes ou adultes), ni en formation professionnelle, ni au collégial, dans un établissement d'enseignement au Québec.

## TAUX DE DÉCROCHAGE

(ou sortie sans diplôme) des élèves du secteur des jeunes, en formation générale, dans les commissions scolaires de la région de la Montérégie, selon le sexe, de 2001 à 2004



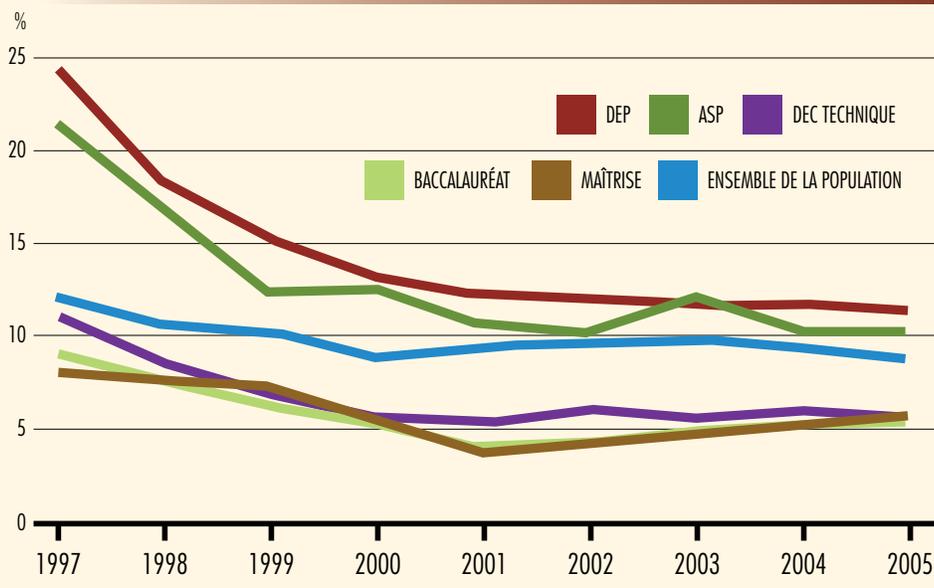
Source : Banque de cheminement scolaire (BCS), Tiré de : Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Portrait statistique de l'éducation, région administrative de la Montérégie (16), 2005. Équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, 2007

Enfin, en 2005, le taux de chômage des Montérégiens qui n'avaient pas de diplôme d'études secondaires dépassait 12 %<sup>20</sup>. Ces derniers étaient cinq fois plus susceptibles de travailler au salaire minimum que ceux qui avaient fait des études postsecondaires<sup>25</sup>.

Il existe des écarts importants de taux de chômage selon le type de diplôme obtenu. Ces écarts varient du simple au double entre une personne qui a un diplôme d'études secondaires et une autre qui détient un baccalauréat.

## TAUX DE CHÔMAGE SELON LE TYPE DE DIPLÔME OBTENU

au Québec, par année



Source : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Indicateurs de l'éducation, édition 2006, secteur de l'information et des communications, p. 129. Sigles : DEP (diplôme d'études professionnelles), ASP (attestation de spécialisation professionnelle) et DEC (diplôme d'études collégiales)



# En bref

- Même si, dans son ensemble, la situation socio-économique des Montérégiens est plus avantageuse que celle de l'ensemble des Québécois, on observe d'importantes disparités entre les territoires ou communautés et entre les femmes et les hommes.
- Sur notre territoire, environ 14 % des résidents vivent sous le seuil de faible revenu. La réduction de la pauvreté doit être mise au premier plan de nos projets collectifs.
- Globalement, en Montérégie, le taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires est inférieur à celui du Québec. Malgré le niveau croissant de la scolarisation, le décrochage scolaire est encore important, surtout chez les garçons. Ces derniers sont aussi moins nombreux que les filles à obtenir, au cours de leur vie, un diplôme d'études secondaires.

## L'ACCÈS AUX BIENS ET SERVICES ESSENTIELS

*Être pauvre, c'est, à la base, manquer de ressources et avoir un accès très limité aux biens et services essentiels, comme le logement, la nourriture et le transport.*

(MSSS, 2007)<sup>26</sup>

Les dépenses moyennes des ménages se concentrent dans trois grandes catégories de dépenses outre l'impôt sur le revenu : le logement, l'approvisionnement alimentaire et les transports<sup>27</sup>. L'accessibilité et la qualité de ces biens et services essentiels à la vie quotidienne ont une influence importante sur la santé et le bien-être des personnes.

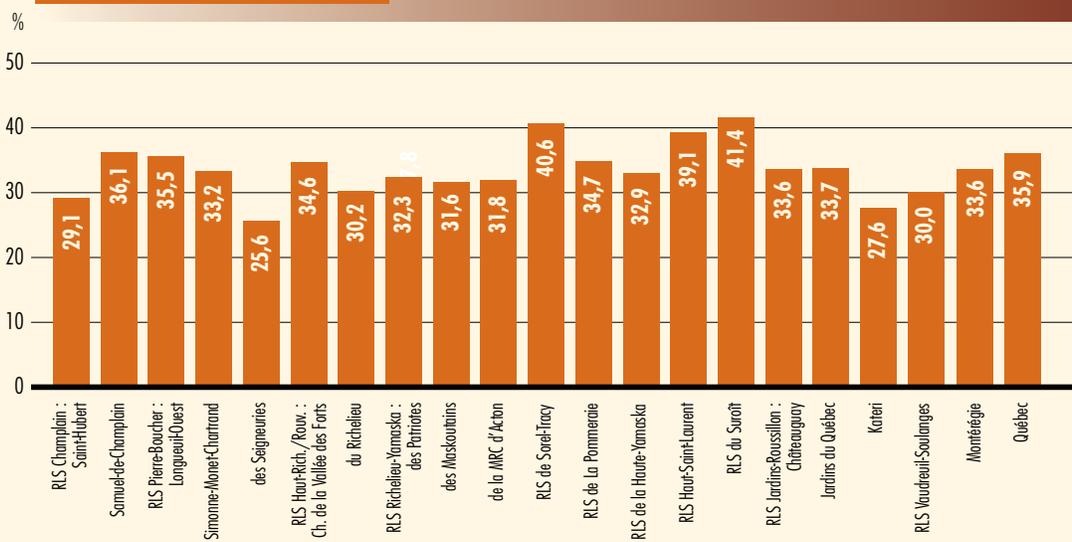
Les **CONDITIONS DE LOGEMENT** ont un impact certain sur la santé. En général, on considère qu'un loyer qui représente plus de 30 % du revenu avant impôt peut nuire à la satisfaction des autres besoins du ménage, tels que se nourrir, se vêtir et se déplacer<sup>15</sup>. En Montérégie, cette situation constitue un problème important puisqu'il affecte le tiers des ménages locataires. Selon les territoires de centre local de services communautaires (CLSC), cette proportion varie de 26 % à 41 %. Chez les Montérégiens propriétaires, elle est de 12 %.

Les femmes monoparentales, les familles avec enfants, les aînés et les membres de certaines communautés ethnoculturelles, qui ont une situation financière précaire, sont souvent victimes de discrimination lors de la recherche de logement<sup>28</sup>.

Un logement surpeuplé, exigu ou bruyant peut avoir un impact négatif sur la santé mentale de ses occupants et sur le développement des enfants. Une moindre qualité de logement est aussi associée à un risque accru d'exposition aux agents infectieux, à une mauvaise qualité de l'air ou à des produits nuisibles. De plus, les fréquents déménagements occasionnés par la recherche d'un logement plus abordable ou convenable érodent le capital social des ménages et des milieux de vie qui n'arrivent pas à stabiliser leur population.

### PROPORTION DES MÉNAGES LOCATAIRES CONSACRANT 30 % ET PLUS DE LEUR REVENU AU LOYER

en Montérégie, par territoire de CLSC (2001)



Source : Statistique Canada, Recensement canadien 2001, Fichier 95F0495XCBO1001  
Équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, 2004

## UNE POLITIQUE DU LOGEMENT POUR GARANTIR L'ACCESSIBILITÉ

La Ville de Salaberry-de-Valleyfield adoptait en février 2007 sa politique du logement. Plus de sept rencontres entre la ville, le CSSS du Suroît, les organismes locaux en logement, le Groupe de ressources techniques du Sud-Ouest, l'Office municipal d'habitation, la Société d'habitation du Québec, la Société canadienne d'hypothèque et de logement et les représentants des citoyens ont permis de se doter d'un plan d'action qui propose des solutions concrètes aux problèmes d'accessibilité à des logements de qualité pour les personnes défavorisées.

Dans sa politique, la ville oblige les investisseurs qui se portent acquéreurs d'édifices multilogements à garantir un pourcentage de logements offerts à coûts modiques aux personnes moins nanties. D'autres mesures visent à aider les propriétaires actuels à obtenir des subventions de rénovation afin de rehausser la qualité du parc de logements. Dans certains quartiers plus pauvres, la ville investit directement pour développer et coordonner des projets domiciliaires. Ainsi, le projet Le Phare, conduit par la ville, offre 14 logements aux mères monoparentales.

Afin de s'assurer, sur une base régulière, de la qualité et de la salubrité des logis, il existe une obligation d'inspection municipale annuelle pour tous les établissements qui offrent de l'hébergement social. Actuellement, la ville prévoit étendre cette obligation à l'ensemble de son parc de logements.

Bien que la ville agisse comme maître d'œuvre de l'application de la politique, le succès de ce projet repose sur la force de la mobilisation du groupe d'organismes et des intervenants en faveur de l'accès à des logements de qualité.

**Bon  
coup**



Quant à l'approvisionnement alimentaire, on note qu'environ 137 800 Montérégiens de 12 ans et plus ont rapporté avoir souffert d'**INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE** en raison d'un manque d'argent durant l'année 2002<sup>29</sup>. L'insécurité alimentaire, ou l'accès limité à des aliments variés et nutritifs, peut engendrer des carences importantes et contribuer à différents problèmes de santé mentale et physique tels que la détresse psychologique, le sentiment d'exclusion sociale, des troubles du développement de l'enfant, une moindre résistance aux infections, l'anémie et l'obésité<sup>30</sup>.

Un accès limité à des sources d'approvisionnement, le manque d'habiletés culinaires, mais surtout un revenu insuffisant peuvent compromettre la sécurité alimentaire des individus dans notre contexte. En 2007, le coût minimum d'un régime nutritif est estimé à 6,11 \$ par personne par jour, pour une famille montréalaise de deux adultes et deux enfants<sup>31</sup>. Le budget accordé à l'alimentation étant relativement compressible, contrairement à d'autres postes de dépenses fixes comme le loyer, de nombreux ménages à faible revenu se voient contraints de le restreindre et, ce faisant, se retrouvent en situation d'insécurité alimentaire.

Actuellement, plus de 50 000 personnes ont recours mensuellement à de l'aide alimentaire dans notre région et environ le quart des organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux sont engagés dans des activités liées à la sécurité alimentaire (cuisines collectives, groupes d'achats, jardins, éducation populaire en nutrition et gestion du budget, etc.)<sup>32</sup>. Au cours de l'année 2006, les trois principales banques alimentaires de la Montérégie ont distribué plus de 4 millions de kilogrammes de nourriture à plus de 149 organismes accrédités. Cette distribution constitue une hausse considérable comparativement au 1,7 million de kilogrammes de nourriture distribués en 2002.

## L'AIDE ALIMENTAIRE : UNE FENÊTRE SUR L'AUTONOMIE

L'organisme SOS Dépannage Moisson Granby intervient depuis plus de vingt ans auprès des personnes défavorisées. Dans les premières années, l'organisme se limitait à offrir des services de dépannage alimentaire. Aujourd'hui, il est devenu un carrefour d'entraide sociale qui offre aux personnes démunies la possibilité de briser le cycle de la dépendance économique.

L'une des réussites marquantes de SOS Dépannage Moisson Granby a été le développement d'un immense jardin communautaire. Démarré timidement avec seulement 25 lopins de terre disponibles, le jardin a pris de l'ampleur pour offrir maintenant à plus de 400 personnes près de 150 lopins de terre. Grâce à la participation de la municipalité qui continue d'y investir temps et main-d'œuvre, ce projet prospère chaque année. Le jardin est devenu un lieu de rassemblement où on retrouve toutes sortes de jardiniers : des travailleurs, des familles, des personnes vivant seules, des personnes âgées et, bien sûr, des personnes fréquentant la banque alimentaire. Grâce au jardinage, tous ces gens partagent une vie de quartier, se font des amis et brisent leur isolement.

SOS Dépannage Moisson Granby est devenu une référence dans la région auprès des autres organismes et un exemple de mobilisation de la population défavorisée dans un projet stimulant.

Bon  
coup

Enfin, le **TRANSPORT** joue un rôle majeur dans l'accès aux services, facilite la participation sociale et constitue souvent une condition préalable à l'éducation et à l'emploi. L'absence ou l'insuffisance de moyens de transport peut entraîner, entre autres, des difficultés de recrutement de la main-d'œuvre non spécialisée, l'isolement et la détérioration de la santé physique et mentale des personnes. Les difficultés liées au transport affectent particulièrement les personnes à faible revenu ou sans emploi, les jeunes, les aînés et les personnes souffrant d'incapacité physique ou mentale.

En 2002, le transport en commun couvrait seulement 30 % du territoire montérégien, ce qui correspondait à desservir 80 % de la population. Bien que 67 % des déplacements en période de pointe du matin s'effectuent à l'intérieur des limites de la région, les services de transport en commun ont surtout été développés en fonction de la desserte vers Montréal<sup>33</sup>.

Le milieu rural montérégien constitue 77 % du territoire, ce qui présente un défi particulier de développement de services de transport en commun. Plusieurs MRC en Montérégie ont récemment réalisé divers projets de transport collectif par la mise en commun de services de transport scolaire ou adapté, le taxibus, le transport collectif intermunicipal, le covoiturage, les mesures incitatives au transport collectif (stationnement incitatif, crédit), l'auto-partage, le transport accompagnement, le transport actif, etc. Ces initiatives ont toutes eu pour effet d'accroître l'offre de transport dans leur territoire respectif.

Un système de transport adéquat devrait faciliter l'accès aux services, aux établissements d'enseignement, aux milieux de travail et aux activités favorisant le développement de saines habitudes de vie (loisirs, marché d'alimentation, etc.), tout en encourageant le transport actif (marche, vélo, etc.) et la réduction de la pollution atmosphérique<sup>34, 35</sup>.



## LA CORPORATION DE TRANSPORT ADAPTÉ OMNIBUS

La Corporation de transport adapté Omnibus, localisée dans la MRC d'Acton, possède une flotte de deux minibus et de deux taxis. Créée en 1995 et financée grâce à l'implication de différents organismes locaux dont le CSSS Richelieu-Yamaska, le Carrefour jeunesse-emploi, le Centre local de développement et le Service d'aide au développement des collectivités de la région d'Acton, la Corporation effectue plus de 17 000 déplacements adaptés par année.

En 2005, s'est greffé à ce service de base, un service de transport collectif qui permettait d'offrir un transport à coût modique aux résidents non motorisés. Au départ, la Corporation se contentait d'offrir les places non comblées dans les véhicules des services adaptés. Aujourd'hui, de nouveaux itinéraires sont disponibles et un service de covoiturage à horaire régulier est à l'étude pour les travailleurs et les jeunes étudiants du cégep. Dans une région rurale où le transport en commun est inexistant, de tels services sont très précieux.

Comme en témoigne la présidente de la Corporation, Mme Mariette Brunet : « Notre taux d'utilisation des services de transport collectif a doublé depuis l'an dernier. Le nombre de déplacements collectifs est passé de 712 à 1 400. Notre but est de devenir le guichet unique de tous les besoins en transport de notre région. » En restant à l'écoute des besoins de la communauté et en adaptant continuellement ses services, la Corporation Omnibus a permis à toutes les communautés de la MRC d'Acton de bénéficier d'un service de transport flexible et de grande qualité.

**Bon  
coup**



**En bref**

- Les difficultés à obtenir un logement convenable et abordable ainsi qu'à avoir accès à une alimentation suffisante et de qualité sont bien réelles pour un grand nombre de Montérégiens.
- Le vaste territoire de la Montérégie et la faible densité de population dans certaines zones rendent difficile l'accès à un transport en commun adéquat pour plusieurs Montérégiens. Le transport étant une condition facilitant l'accès à l'éducation et à l'emploi, cette situation désavantage certains de nos concitoyens.

## L'IMPORTANCE DU CAPITAL SOCIAL

*Les communautés ayant un capital social élevé ont un meilleur rendement économique et social (taux de criminalité et de fraude sociale plus faible, meilleurs résultats scolaires des enfants, etc.).*

(Van Kemenade, 2003)<sup>36</sup>

À niveau de revenu égal, la communauté dotée d'un plus haut niveau de capital social connaîtra moins de mortalité prématurée<sup>37</sup> et moins de problèmes d'adaptation sociale<sup>6</sup>. Dépassé un certain seuil, soit 5 000 \$ de P.I.B. *per capita*, on a démontré que la croissance économique à elle seule n'a que peu d'impact sur l'amélioration du niveau de santé moyen d'une société. Ce qui compte alors, c'est plutôt le niveau de redistribution de la richesse et le niveau de capital social, c'est-à-dire la qualité du tissu social et des réseaux sociaux formels et informels présents<sup>38</sup>.

### LE CAPITAL SOCIAL

est en quelque sorte le ciment qui lie les personnes dans une communauté. Il doit être considéré comme une ressource complémentaire aux politiques publiques visant à diminuer les inégalités sociales et leurs effets<sup>39</sup>.

Il s'avère complexe de bien rendre compte de l'ensemble des aspects liés au capital social, car les composantes de ce déterminant (identifiées ici comme étant le soutien social, la cohésion sociale et la participation sociale) sont des phénomènes sociaux difficiles à mesurer. Néanmoins, quelques données pour illustrer chacun de ces phénomènes sont disponibles.

L'ensemble des formes d'aides que les individus offrent ou reçoivent de leur entourage renvoie à la notion de **SOUTIEN SOCIAL**. En Montérégie, la population de 12 ans et plus bénéficie d'un niveau de soutien émotionnel (confident) ou informationnel (personne-ressource) significativement plus élevé que la moyenne québécoise (90 % par rapport à 86 %)<sup>22</sup>. Toutefois, ce niveau de soutien social est moindre chez les aînés.

Par ailleurs, la taille du réseau social d'une personne est la mesure qui apparaît la plus étroitement liée à sa santé et son bien-être. Une étude américaine a démontré que les personnes dépourvues de liens sociaux, familiaux, amicaux et communautaires couraient jusqu'à trois fois plus de risque de mourir précocement (de maladies cardio-vasculaires, cancer, etc.) que les autres, et ce, indépendamment de leurs habitudes de vie<sup>37</sup>. Le seul fait de vivre isolé aurait donc des répercussions défavorables tant sur la santé physique que mentale. En Montérégie, on observe de grands écarts entre les territoires de CLSC. Les proportions de personnes vivant seules varient du simple au triple, oscillant de 7 % pour le CLSC des Seigneuries à 22 % pour celui de Longueuil-Ouest<sup>19</sup>.

Il importe de souligner que l'appartenance à des réseaux sociaux a une influence positive sur divers comportements préventifs (dépistage du cancer, cessation tabagique, diminution de la consommation d'alcool)<sup>40</sup>, la réponse immunitaire, la santé mentale et qu'elle agit comme facteur de protection contre le stress chronique<sup>15</sup>. De plus, elle peut accroître le taux de guérison de maladies diverses et favoriser le bon déroulement d'une grossesse chez les femmes vulnérables<sup>1</sup>. Or, on observe une plus pauvre qualité des réseaux sociaux dans les communautés économiquement défavorisées<sup>1</sup> et chez les personnes qui ont un niveau de scolarité plus faible<sup>41</sup>.

## LORSQUE LES AIDANTS ONT BESOIN D'AIDE

Le Regroupement des organismes montérégiens d'aidants naturels (ROMAN) a été mis sur pied afin de prévenir l'épuisement des aidants naturels. Le ROMAN assure une accessibilité de services sur l'ensemble du territoire : services de soutien, de transport, ateliers de réflexion, d'information et d'éducation. Ces services permettent aux aidants naturels de mieux évaluer leur situation, de reconnaître leurs limites physiques et psychologiques et de comprendre la nécessité de solliciter l'aide de leur entourage dans les moments de débordement.

Le ROMAN s'est bâti au cours des 10 dernières années. Il regroupe maintenant des CSSS, des organismes communautaires entièrement dédiés aux aidants naturels, des centres d'action bénévole, des centres de bénévolat, des maisons de la famille, un centre de parrainage civique et la Direction de santé publique. En 2007, le ROMAN s'est incorporé et est devenu un organisme indépendant. Un site Internet, nouvellement créé à l'adresse [www.aidantsnaturels.org](http://www.aidantsnaturels.org) permet maintenant aux aidants naturels de la région d'obtenir rapidement l'information sur les organismes, activités et services offerts dans leur localité.

**Bon  
coup**

Nombreux sont les organismes communautaires et les bénévoles qui composent de façon importante les réseaux de soutien de la population montérégienne. En 2004, 437 organismes œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux en Montérégie recevaient du financement de l'Agence<sup>f</sup>. Plus de la moitié (55 %) d'entre eux constituaient un milieu de vie et de soutien dans la communauté, c'est-à-dire un lieu d'appartenance et de transition, un réseau d'entraide et d'action<sup>32</sup>.

Par ailleurs, on estime qu'environ 80 % des soins et services à domicile dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie le sont par un proche parent ou ami<sup>42</sup>. Ces aidants naturels fournissent un éventail de services partant du soutien social et moral à l'aide domestique, aux soins corporels et même aux soins infirmiers. La contribution indéniable de ces aidants est parfois très exigeante et peut entraîner des répercussions sur leur propre santé et bien-être; une étude montérégienne menée auprès d'organismes de soutien aux aidants naturels indique que ce sont majoritairement des femmes (84,5 %) dont l'âge moyen est de 62 ans. Fait à noter, elles se perçoivent en moins bonne santé physique et mentale que les autres personnes de leur groupe d'âge dans la population en général<sup>43</sup>.

La notion de **COHÉSION SOCIALE** fait, quant à elle, référence à des valeurs partagées par l'ensemble d'une collectivité telles que la confiance, la reconnaissance de la diversité, la coopération, le sentiment d'appartenance<sup>44</sup>. Elle est très influencée par la répartition de la richesse et a un effet positif sur le développement économique.

On observe que les gens qui déclarent avoir un très faible sentiment d'appartenance à leur communauté sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé<sup>45</sup>. Une enquête canadienne révèle que le sentiment d'appartenance à la communauté locale est plus élevé en milieu rural et qu'il s'accroît à mesure que l'on s'éloigne des centres urbains<sup>46</sup>. En Montérégie, près d'une personne sur huit, de 12 ans et plus, considère avoir un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale, ce qui rejoint les observations portant sur l'ensemble du Québec. En fait, c'est dans le groupe d'âge des 20-24 ans que l'on retrouve le sentiment d'appartenance à sa communauté le plus faible au Québec (18 %); rien n'indique que ce serait différent en Montérégie.

<sup>f</sup> On estime qu'au Québec, 60 % de l'ensemble des organismes communautaires et bénévoles de la société sont financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

## L'IMPLICATION DES LOCATAIRES, SOURCE DU CHANGEMENT

Dans un édifice d'habitations à loyer modique (HLM) de Saint-Jean-sur-Richelieu habitent 40 familles, principalement monoparentales, vivant avec un faible revenu. Il y a cinq ans, les conflits entre locataires, le vandalisme et la délinquance juvénile étaient tels que la police devait fréquemment intervenir, parfois même plus d'une fois par jour. C'était un milieu de vie considéré très difficile où les relations entre voisins étaient extrêmement tendues. Un groupe de locataires demandent alors l'aide du service d'action communautaire du CSSS Haut-Richelieu-Rouville. Ils souhaitent trouver des solutions et améliorer leur qualité de vie.

Dès le départ, le CSSS les a aidés à mettre sur pied une association de locataires et a soutenu leur participation et leurs démarches. On les a amenés à identifier leurs besoins, leurs problèmes et à réaliser des actions concrètes pour y remédier. Le CSSS a aussi animé différents ateliers et s'est associé à la Maison des Jeunes le Dôme pour qu'elle s'implique, sur une base régulière, auprès des jeunes du HLM.

Aujourd'hui, le climat entre les résidants s'est grandement amélioré. Des liens d'entraide se sont créés, des services collectifs ont été mis en place. La réussite de ce projet est due avant tout à la participation des résidants.

**Bon  
coup**

La notion de **PARTICIPATION SOCIALE** réfère à un échange réciproque entre la personne et sa collectivité<sup>47</sup>. Il en existe différentes formes. Elle se mesure par la qualité des rapports avec la famille et les proches, par l'entraide ou le bénévolat de même que par les interactions avec les différents milieux que sont l'école, le travail et la communauté.

En 2003, environ 23 % des Montérégiens étaient membres d'un organisme sans but lucratif. Chez les personnes de 65 ans et plus, cette proportion s'élevait à 40 %. Actuellement, plus de 2 500 personnes travaillent à temps complet dans les organismes communautaires de la Montérégie et plus de 42 000 personnes donnent bénévolement de leur temps.

## DIVERSES FORMES DE PARTICIPATION SOCIALE

Le **BÉNÉVOLAT** est fondé sur un travail non rémunéré et volontaire au profit des autres. Il peut être informel (aider un parent, ami, voisin) ou formel au sein d'un organisme ou d'une association dans différents domaines (services sociaux et de santé, loisirs sportifs ou culturels, travail, activités religieuses, etc.).

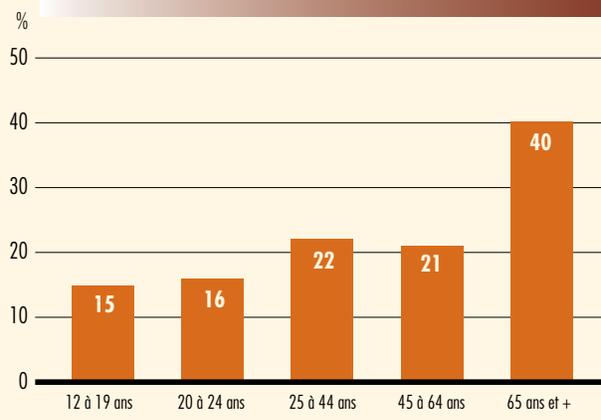
On parle de **PARTICIPATION PUBLIQUE** lorsque les citoyens, individuellement ou de manière organisée, contribuent à un processus de décision lié aux politiques publiques ou au fonctionnement d'un organisme public. Cette participation prend donc place dans le contexte de mécanismes mis en place et encadrés par l'État (ex. : participation électorale, commission parlementaire, conseil d'administration, comité d'usagers, conseil de quartier, conseil d'établissement scolaire)<sup>48</sup>.

La **PARTICIPATION CITOYENNE**, quant à elle, prend racine dans la société civile. Les citoyens se mobilisent autour d'enjeux d'intérêt commun, s'organisent pour défendre des valeurs et certains intérêts. Ils peuvent aussi prendre part à des débats comme à l'occasion de forums ou de commissions<sup>48</sup>.

Enfin, la participation électorale est également considérée comme une forme de participation sociale<sup>48</sup>. Aux élections générales québécoises de 2007, la participation électorale en Montérégie se situait entre 67 % (comté de LaPinière) et 83 % (comté de Marguerite-d'Youville) alors que le taux de participation pour l'ensemble du Québec était de 71,2 %<sup>49</sup>. Aux élections municipales de 2005, le taux de participation à l'élection variait de 36 % à 81 % selon la municipalité.

## MONTÉRÉGIENS MEMBRES D'UN ORGANISME SANS BUT LUCRATIF

selon l'âge (2003)



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2-1 (2003) Équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, 2007

### LE RÉSEAU DES ÉLUES MUNICIPALES DE LA MONTÉRÉGIE EST : UN SOUTIEN À LA PARTICIPATION DES FEMMES

La participation des femmes à la vie politique municipale est encore loin de correspondre à leur poids démographique. Dans la foulée du plan d'action du Comité condition féminine en développement régional, rattaché alors au Conseil régional de développement de la Montérégie (CRDM), le Réseau des élues municipales de la Montérégie a vu le jour en 1997. C'était le premier réseau de ce type à être créé au Québec et au Canada, et il est resté le seul jusqu'en 2006, moment où le Réseau des élues de Chaudière-Appalaches a été mis sur pied. Il est devenu le Réseau des élues municipales de la Montérégie Est à la suite de la création de la Conférence régionale des élus de la Montérégie Est et l'abolition du CRDM.

L'objectif de ce réseau est d'aider les femmes qui veulent faire de la politique, mais aussi celles qui en font déjà. Il vise à encourager les femmes à prendre leur place dans les conseils municipaux et dans les autres instances, à soutenir les élues municipales dans l'exercice de leur mandat et à défendre le dossier de l'égalité entre les femmes et les hommes en milieu municipal.

Ce réseau réalise plusieurs types d'activités. Un site web a été créé afin de faire connaître le travail des élues municipales de la région et de les informer tout en favorisant leur réseautage. Des guides à l'intention des élues et des membres des conseils municipaux y sont disponibles. Ils traitent de différents sujets tels que *Comment augmenter son influence comme élue*, *Guide de survie pour les femmes dans les instances décisionnelles municipales*, *Comment administrer les municipalités en toute équité : la méthode des 3-R*. Une visite sur le site s'impose : [www.eluesmonteregie.qc.ca](http://www.eluesmonteregie.qc.ca).

**Bon  
coup**



En bref

- Le capital social d'une communauté, mesuré notamment par les niveaux de soutien social, de cohésion et de participation sociale, exerce un réel impact sur l'état de santé et bien-être des personnes. Cette réalité n'enlève rien à la nécessité d'agir pour diminuer la source de la défavorisation.
- Le niveau de soutien social semble assez élevé en Montérégie, mais les personnes âgées demeurent celles qui en auraient le moins.
- Le sentiment d'appartenance à leur communauté serait moins important chez les jeunes adultes.
- Bien qu'on ne puisse pas le mesurer précisément, on observe qu'un grand nombre de citoyens ont une participation sociale active.

# LES RÉPERCUSSIONS DES INÉGALITÉS SOCIALES SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE

*Dans le monde entier, où on a moins accès aux ressources de santé, on tombe plus souvent malade et l'on meurt plus jeune lorsqu'on appartient à un groupe vulnérable et socialement désavantagé que lorsqu'on appartient à un groupe socialement privilégié. Et ces fossés sont en train de se creuser, alors même que la richesse mondiale, les connaissances et la sensibilisation aux problèmes de santé atteignent des niveaux sans précédent.*

(OMS, 2007)<sup>50</sup>

L'ensemble des données présentées jusqu'ici ont permis d'illustrer plusieurs écarts en Montérégie au regard des déterminants sociaux de la santé. Mais qu'en est-il des impacts réels de ces différents déterminants sur l'état de santé et le bien-être de nos concitoyens?

## LES INÉGALITÉS

**sociales de santé sont ces écarts, pourtant évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations<sup>51</sup>.**

Plusieurs déterminants sociaux interagissent les uns avec les autres et il est difficile de les isoler pour illustrer, à l'échelle de la Montérégie et de ses sous-régions, l'impact direct de chacun d'entre eux sur la santé et le bien-être de nos concitoyens. Donc, on a traité certaines données relatives à la santé en fonction d'un

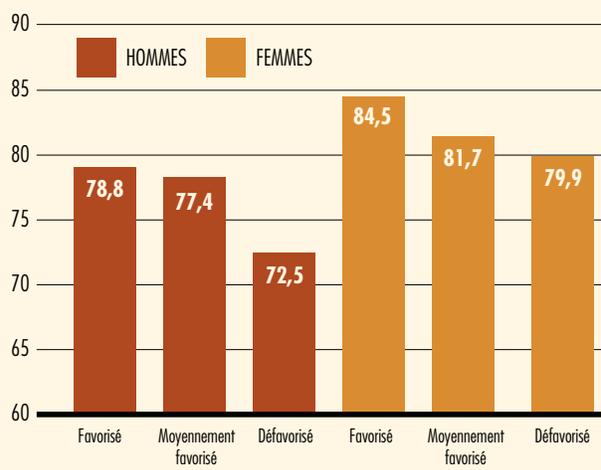
indice qui répartit la population montérégienne selon trois niveaux de défavorisation<sup>9</sup>. Développé au Québec par Raymond et Pampalon, l'indice de défavorisation a cela de particulier qu'il tient compte non seulement de la défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante, mais également de la défavorisation sociale, qui renvoie à la fragilité du réseau social<sup>h</sup>. Défini à l'échelle du Québec, cet indice a été adapté pour aussi permettre son utilisation à l'échelle locale<sup>52</sup>.

Voici quelques conclusions découlant de ces analyses :

- Bien que l'**ESPÉRANCE DE VIE** s'améliore constamment dans la population en général, on observe des différences importantes entre les trois niveaux de défavorisation en Montérégie. Fait marquant, les femmes et les hommes de milieux défavorisés vivent respectivement 4,6 et 6,3 années de moins que celles et ceux qui proviennent de milieux favorisés.

## ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE

en Montérégie, selon la défavorisation matérielle et sociale (2000-2003)



Source : Fichier des décès, MSSS et perspectives démographiques basées sur le recensement 2001, édition 2003  
Équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, 2007

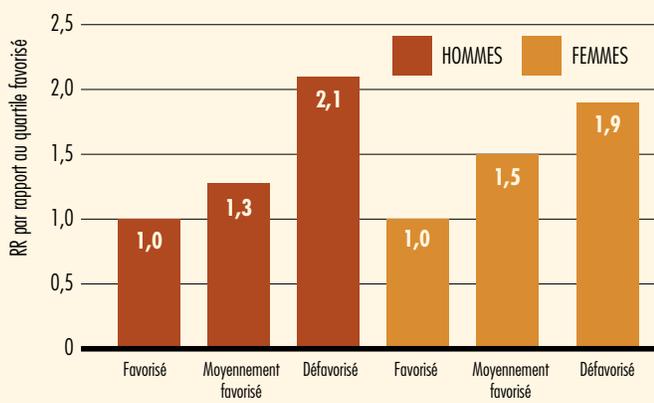
<sup>9</sup> Le quartile de population la plus défavorisée (25 % des résidents), les quartiles médians (50 % des résidents) et le quartile de population la plus favorisée (25 % des résidents)

<sup>h</sup> Défavorisation matérielle : scolarité, emploi et revenu - Défavorisation sociale : état matrimonial, le fait de vivre seul, monoparentalité

- On observe une plus grande proportion de **NAISSANCES DE BÉBÉS DE FAIBLE POIDS** en milieu défavorisé. Ces bébés courent davantage de risques tels que d'être atteint d'un handicap, d'avoir des difficultés d'apprentissage ou des problèmes respiratoires. En Montérégie, entre 2000 et 2003, on constate qu'en milieu défavorisé 8,5 % des bébés sont nés avec un poids inférieur à 2 500 g, comparativement à 6,2 % des bébés de milieu favorisé.
- Il y a un lien entre la mortalité due à certaines maladies physiques et la défavorisation comme le démontrent les deux prochains exemples. Ainsi, on observe que le risque de mortalité par **MALADIE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE ET PAR CANCER DU POUMON** augmente graduellement à chacun des niveaux de défavorisation, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes.

## RISQUE DE MORTALITÉ PAR MALADIE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

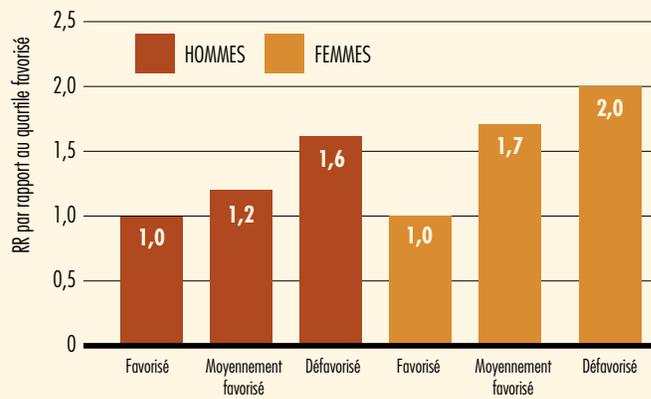
en Montérégie, selon la défavorisation matérielle et sociale (2000-2003)



Risque relatif (RR) ajusté pour l'âge. Comparaison avec le quartile le plus favorisé matériellement et socialement. Source : Fichier des décès, MSSS et perspectives démographiques basées sur le recensement 2001, édition 2003 Équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, 2007

## RISQUE DE MORTALITÉ PAR CANCER DU POUMON

en Montérégie, selon la défavorisation matérielle et sociale (2000-2003)

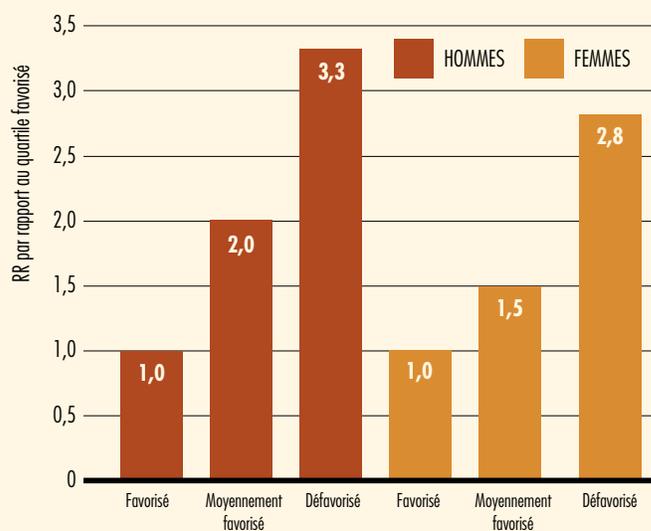


Risque relatif (RR) ajusté pour l'âge. Comparaison avec le quartile le plus favorisé matériellement et socialement. Source : Fichier des décès, MSSS et perspectives démographiques basées sur le recensement 2001, édition 2003 Équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, 2007

- En ce qui concerne le **SUICIDE**, on observe aussi une importante différence selon le niveau de défavorisation. Les hommes et les femmes les plus défavorisés ont un risque de mortalité par suicide environ trois fois plus élevé que ceux et celles qui sont plus favorisés. Le taux de suicide chez les hommes étant déjà beaucoup plus élevé que chez les femmes, cette augmentation du risque chez les hommes défavorisés est particulièrement préoccupante.

## RISQUE DE MORTALITÉ PAR SUICIDE

en Montérégie, selon la défavorisation matérielle et sociale (2000-2003)



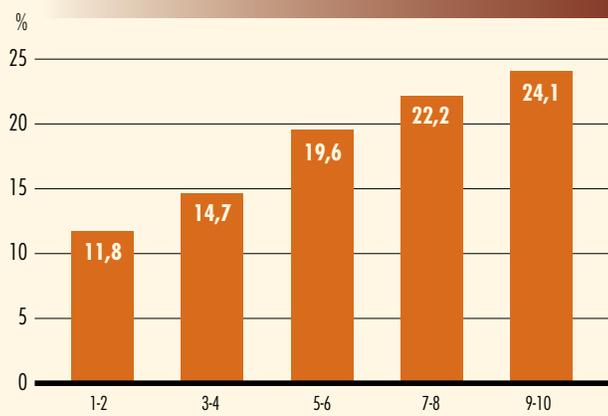
Risque relatif (RR) ajusté pour l'âge. Comparaison avec le quartile le plus favorisé matériellement et socialement. Source : Fichier des décès, MSSS et perspectives démographiques basées sur le recensement 2001, édition 2003 Équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, 2007



- Parmi les autres domaines où on observe de flagrantes inégalités de santé, on retrouve la **SANTÉ DENTAIRE** chez les enfants. La proportion d'enfants de maternelle vulnérables à la carie dentaire est deux fois plus élevée dans les écoles de milieu socio-économique défavorisé que dans les écoles de milieu favorisé. Encore une fois, on note ici une augmentation graduelle entre les groupes socio-économiques.

## PROPORTION D'ENFANTS DE MATERNELLE

vulnérables à la carie dentaire\* selon l'indice de milieu socio-économique\*\* dans les écoles primaires, Montérégie, 2004-2005



\* Pour être classifié comme vulnérable à la carie, un enfant doit avoir expérimenté au moins une carie sur les dents antérieures ou deux caries ou plus entre les dents postérieures.

\*\* Indice composé qui utilise la proportion de mères sous-scolarisées (2/3 de l'indice) et la proportion de parents inactifs sur le plan de l'emploi (1/3 de l'indice) (MELS, 2007). Cet indice permet de classifier les écoles en déciles des plus favorisées (indice 1) aux plus défavorisées (indice 10).

Source : Direction de santé publique de la Montérégie, Banque de données du monitoring des services dentaires préventifs, Équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, 2007

Ces quelques exemples d'inégalités sociales de santé et de bien-être illustrent bien le lien étroit entre plusieurs problèmes de santé et la défavorisation. Ils démontrent que la mortalité et la morbidité évoluent graduellement selon le niveau de défavorisation. Enfin, les exemples d'inégalités sociales de santé et de bien-être sont suffisamment éloquents pour nous inciter à poursuivre les actions entreprises sur les déterminants sociaux de la santé. Il s'agit d'un enjeu montérégien des plus pertinents si l'on souhaite donner une chance égale à tous de s'épanouir dans un environnement plus équitable et davantage soucieux du bien-être général.

## UNE SITUATION PARTICULIÈRE EN MILIEU RURAL

La Montérégie est composée à 77 % d'un milieu rural. Or, le revenu, l'emploi et la scolarité sont inférieurs en milieu rural. L'espérance de vie en bonne santé y est d'une année et demie plus courte qu'en milieu urbain. Le milieu rural est associé à une fréquence accrue de décès par suicide et par accident routier, à des taux de mortalité plus élevés par cancer de l'estomac et du poumon et pour les maladies pulmonaires obstructives<sup>46</sup>. Soulignons cependant que le milieu rural de la Montérégie est fortement ou modérément influencé par le milieu urbain. Une proportion non négligeable de la population rurale travaille en milieu urbain et, conséquemment, profite des services que lui offre la ville, y compris les services de santé, ce qui devrait améliorer ce portrait.



# ... DES ENVIRONNEMENTS SOCIAUX SOLIDAIRES

## EMPLOI

Si l'on veut agir efficacement sur les déterminants sociaux de la santé, on doit faire appel aux nombreux acteurs de la société qui assument des responsabilités dans des domaines aussi variés que la santé, les conditions socio-économiques, la qualité des milieux de vie et l'amélioration du capital social. Chacun dispose de leviers d'action qui lui sont spécifiques, que ce soit au niveau individuel, local, régional ou provincial. Afin de mieux connaître ces derniers, une lecture des mandats des principaux acteurs locaux et régionaux a été effectuée. Les annexes 2 et 3 présentent un résumé de ces mandats ainsi qu'un tableau démontrant leur complémentarité dans le contexte de l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Par exemple, au niveau local, les municipalités assument des responsabilités en matière d'habitation et de logement social, de développement communautaire et culturel, de loisirs, de transport en commun et elles contribuent à la mise en place et au maintien des conditions propices à l'activité socio-économique sur leur territoire. Quant aux centres de santé et de services sociaux, compte tenu de leur responsabilité d'agir pour améliorer la santé et le bien-être de leur population, ils doivent se préoccuper de ces mêmes déterminants.

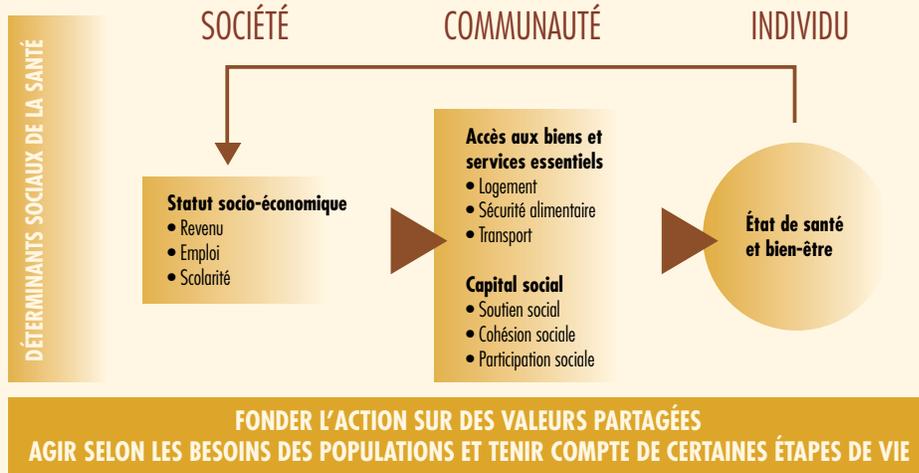
Au niveau régional, plusieurs acteurs ont également des mandats qui les amènent à travailler sur les mêmes déterminants sociaux et avec les mêmes stratégies d'intervention. C'est le cas, par exemple, des interventions en matière de sécurité alimentaire ou de lutte à la pauvreté réalisées par les conférences régionales des élus (CRÉ) et par la Direction de santé publique.

## CAPITAL

Donc, de nombreux acteurs agissent de manière diverse sur les déterminants sociaux et ont des mandats qui sont complémentaires et qui s'entrecroisent. Par conséquent, de quelle façon pouvons-nous mieux allier nos efforts et développer nos complémentarités pour créer des environnements sociaux plus solidaires? Diverses stratégies s'offrent à nous : le développement des communautés, l'action intersectorielle, l'adoption de politiques publiques favorables à la santé et des interventions avec et pour les groupes vulnérables.

Le schéma suivant fait le lien entre ces stratégies d'intervention à fort potentiel d'efficacité et les déterminants sociaux présentés précédemment. Il suppose que l'ensemble des acteurs appelés à collaborer à la mise en œuvre des stratégies partagent certaines valeurs et principes éthiques. De plus, il sous-entend que ces dernières doivent être fondées sur une bonne connaissance des besoins et des enjeux propres aux populations que l'on cherche à soutenir, et ce, en tenant compte de certaines étapes de vie déterminantes.

# LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ : MODÈLE CONCEPTUEL POUR L'ACTION



Inspiré et traduit de : WHO (2005), Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Commission on social determinants of health.

Cette deuxième partie du rapport décrit ces stratégies d'intervention. De plus, à partir de réalisations concrètes provenant de différents territoires de CSSS, elle illustre qu'il est possible d'agir significativement pour améliorer l'environnement social de nos concitoyens en mettant nos forces en commun. Bien que ces stratégies soient présentées de façon distincte, elles sont en fait interdépendantes. Par exemple, l'action

intersectorielle est souvent mise à profit pour l'élaboration des politiques publiques et pour le développement des communautés. À l'inverse, le développement des communautés est souvent le moteur pour susciter l'élaboration d'une politique publique favorable à la santé. Il faut donc concevoir ces stratégies comme complémentaires et intégrées dans l'action.

## UNE ACTION FONDÉE SUR DES VALEURS PARTAGÉES ET DES PRINCIPES ÉTHIQUES

Certaines valeurs et principes éthiques sont à la base du développement d'environnements sociaux solidaires.

- Le **RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX DE LA PERSONNE**, dont le droit à la santé, doit être au cœur des actions.
- Le principe de **JUSTICE** réfère à une réponse juste et équitable aux différents besoins des personnes et des groupes sans discrimination liée, par exemple, à l'âge, au sexe ou à l'origine ethnique.
- La **PROMOTION DU BIEN COMMUN** vise la défense des intérêts à long terme d'une population aux dépens parfois d'intérêts individuels ou ponctuels.
- Le principe de **SOLIDARITÉ SOCIALE** implique que la collectivité doit se préoccuper de tenir compte des besoins particuliers de groupes de personnes qui présentent davantage de problèmes ou de facteurs de risque.
- L'**ÉQUITÉ** s'impose comme principe de base de toute action visant à réduire les inégalités et à assurer le bien-être et le développement optimal du potentiel de chaque membre de la collectivité.

## POUR UN PLUS GRAND IMPACT : AGIR SELON LES BESOINS DES POPULATIONS QU'ON CHERCHE À SOUTENIR ET TENIR COMPTE DES ÉTAPES DE VIE DÉTERMINANTES

Une bonne connaissance de la population à desservir doit guider l'action. Elle révèle les principaux problèmes, leur importance, leurs tendances et les facteurs qui leur sont associés. De plus, elle contribue à identifier des pistes d'action pour solutionner les problèmes présents et à guider la prise de décision concernant le déploiement des ressources pour y remédier.

Par ailleurs, plusieurs étapes de vie sont déterminantes pour la santé et le bien-être des individus. Ces étapes surviennent sous forme de transitions, de points tournants, de situations de crise ou d'événements auxquels les personnes doivent s'adapter et qui orientent de manière significative le cours de leur existence<sup>53</sup>.

- **LA GROSSESSE, LA NAISSANCE ET LA PETITE ENFANCE** sont des périodes cruciales qui auront un impact sur le développement global de la personne, tout au long de sa vie. Des découvertes récentes démontrent que les premières années de développement posent les fondements des compétences, des capacités d'adaptation, des facultés cognitives, du comportement et de la santé de l'individu<sup>14, 54</sup>. La prévention auprès des familles vulnérables s'avère ainsi un investissement social majeur.
- **L'ENTRÉE À L'ÉCOLE ET LE PASSAGE DU PRIMAIRE AU SECONDAIRE** représentent également des périodes de transition importantes. Le succès, le sentiment de réussite et la fierté personnelle expérimentés dès les premières semaines dans un nouveau milieu de vie sont déterminants pour la poursuite du développement du jeune. **L'ADOLESCENCE** est une étape marquante. Sur la base de tous ses acquis antérieurs, l'adolescent fait l'apprentissage de nouveaux rôles et consolide son identité.
- **LES JEUNES ADULTES** vivent aujourd'hui plus d'autonomie qu'auparavant, mais dans un contexte de dépendance financière accrue envers les parents due à la précarité de l'emploi, à la prolongation des études, etc.<sup>55</sup> Le double rôle de travailleur et de parent amène souvent, surtout chez les personnes qui ont des emplois précaires, des difficultés de conciliation travail-famille. Des événements heureux comme un mariage, l'achat d'une première maison ou la naissance d'un enfant peuvent également être perturbateurs et fragiliser les individus. Les séparations et les divorces s'accompagnent souvent de précarité financière et de déménagements occasionnant de plus des ruptures avec le milieu de vie et un appauvrissement du réseau social.
- **LA RETRAITE** est une étape de réorganisation de la vie sur les plans matériel, psychologique, relationnel et occupationnel. Le succès ou l'échec de cette transition dépend des capacités personnelles d'adaptation et des possibilités offertes. Par ailleurs, cette période s'est allongée, ce qui constitue un fait social nouveau avec ses enjeux tant pour la société que pour la personne.
- Quand on **AVANCE EN ÂGE**, le plus souvent après 75 ans, le risque de perte de capacité s'accroît avec diverses formes de fragilisation. L'absence de reconnaissance des rôles sociaux, l'isolement social, le sentiment d'insécurité et le fardeau familial associés aux pertes d'autonomie sont parmi les principales problématiques liées à l'environnement social des personnes âgées<sup>56</sup>.

Les politiques ou programmes basés sur une bonne connaissance des caractéristiques des populations qu'on cherche à soutenir et des défis propres aux étapes de vie ont un potentiel d'impact augmenté<sup>39</sup>.

## FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS ET FACILITER LA PARTICIPATION CITOYENNE

Le développement des communautés est une voie privilégiée pour améliorer les environnements sociaux. Il repose sur la participation et la concertation des citoyens et des acteurs du milieu dans l'identification des problèmes les plus importants pour eux et des réponses les plus appropriées. Il se réalise au sein d'une communauté soit géographique, soit axée sur une identité commune, sur un même réseau social, sur des intérêts ou des espaces de vie partagés<sup>57</sup>. Le développement des communautés est bien illustré par les projets issus du réseau de Villes et Villages en santé, version québécoise de *Healthy Cities* de l'OMS.

### VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ



RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE  
VILLES ET VILLAGES  
EN SANTÉ

Créé en 1988, le réseau québécois de Villes et Villages en santé compte maintenant 140 municipalités membres (dont 27 en Montérégie) représentant plus de 50 % de la population québécoise, et six

MRC (dont la MRC de la Haute-Yamaska). Chacune d'entre elles réalise des projets très divers qui améliorent concrètement la qualité de vie de ses concitoyens en s'adaptant aux besoins et aux ressources spécifiques du milieu et en s'appuyant sur la concertation des acteurs (municipalités, santé, éducation, travail, groupes communautaires) et sur la participation des citoyens.

Dans le cadre de cette stratégie, la contribution des intervenants publics consiste à favoriser et soutenir la participation citoyenne ainsi que le processus d'*empowerment* (pouvoir d'agir) des collectivités. La revitalisation des quartiers défavorisés de la Ville de Salaberry-de-Valleyfield et le Pacte rural de la MRC d'Acton sont de bons exemples qui illustrent comment il est possible de soutenir les collectivités dans leur développement.

### LA VILLE DE SALABERRY-DE-VALLEYFIELD REVITALISE SES QUARTIERS DÉFAVORISÉS

Les résidents de trois quartiers de cette ville vivaient davantage de problèmes de santé, de délinquance, de décrochage et de violence familiale qu'ailleurs, avec un taux de chômage important. Devant ce constat, le conseil municipal, le CLSC, le Comité de Logement et le Groupe de Ressources Techniques du Sud-ouest décident d'intervenir et invitent plusieurs autres organismes à se joindre à eux. Des intervenants du milieu concernés par ces problèmes (la municipalité, le service de police, le CSSS, la commission scolaire, la MRC et la corporation de développement communautaire du territoire) conviennent de mettre sur pied un comité qui reçoit le mandat de développer avec les citoyens un plan d'action commun, de le mettre en place, d'en coordonner les interventions et d'en assurer le financement.

Le service d'aménagement du territoire de la ville s'est d'abord attaqué au problème des maisons dont le sous-sol en « terre battue » était source de moisissures. On a financé des rénovations majeures pour plusieurs d'entre elles. La maison des jeunes en tandem avec les services de police ont discuté avec les jeunes de l'existence du taxage et de la violence et leur a permis d'exprimer leurs témoignages par la réalisation de courts métrages. On a donné des fleurs et de la peinture pour inciter les familles à enjoliver leurs maisons et on a organisé des fêtes de quartier qui leur ont donné l'occasion de se connaître et de créer des liens. Un service de taxibus a aussi été implanté afin d'offrir un transport à prix modique aux travailleurs et aux familles.

Cette démarche de revitalisation n'aurait pas pu se faire sans le dévouement des personnes qui s'y sont engagées, mais également sans le partage, par l'ensemble des partenaires, d'objectifs communs. La clé du succès a également été attribuable au fait que ces objectifs étaient réalistes, accessibles à tous, tangibles et simples; ainsi, les résultats ont pu s'observer rapidement. Le comité d'origine est devenu une corporation, son mandat social s'est élargi et sa survie est maintenant assurée pour les prochaines années.

Bon  
coup

## QUAND LES INITIATIVES ISSUES DES COLLECTIVITÉS RURALES STIMULENT L'ENGAGEMENT DURABLE : LE PACTE RURAL DE LA MRC D'ACTON

Que peut-on faire de ses soirées lorsqu'on a entre 12 et 18 ans et qu'on habite une petite ville, voire un village, en Montérégie? Peu d'activités sont disponibles et la tentation est forte de combler ce vide par des occupations parfois peu constructives. Cette situation, les communautés de Roxton Falls, Roxton Canton et Sainte-Christine l'ont vécue de différentes manières : graffitis sur le matériel public, vandalisme, flânage, consommation d'alcool ou de drogues, délinquance.

Les trois municipalités se sont concertées afin d'offrir d'autres choix à ces jeunes. Dans le cadre du Pacte rural de la MRC d'Acton, ces villes ont constitué des comités locaux d'action collective (CLAC) formés de jeunes, de représentants et d'intervenants de différents milieux (municipal, santé, scolaire, sécurité). « On a voulu que le jeune participe à la solution du problème », explique France Lafrenière, organisatrice communautaire au CSSS Richelieu-Yamaska. Les jeunes ont participé à l'identification et à la réalisation de projets et ils y ont associé leurs parents et leurs amis.

À Sainte-Christine, une murale géante a été peinte sur la façade d'un lieu public trop souvent l'objet de graffitis. Pour sa réalisation, un concours a été lancé auprès des jeunes, un projet sélectionné et supervisé par le comité IMAJE, du CLAC de Sainte-Christine. Pour les jeunes de Roxton Falls et de Roxton Canton, les deux CLAC ont privilégié l'ouverture d'une Maison des jeunes. Les jeunes ont donc désormais un lieu de rassemblement qui leur appartient.

Bon  
coup

Ces deux expériences permettent de faire ressortir quelques éléments importants de réussite pour le développement des communautés et pour faciliter la participation citoyenne, notamment :

- le souci de la représentation et de la participation des divers groupes composant la communauté;
- une bonne connaissance des caractéristiques de la population par les partenaires concernés, condition primordiale pour bien cibler les objectifs et les actions;
- la mise en commun de divers types d'expertise : l'expertise citoyenne, essentielle pour que les communautés s'approprient leur propre développement; l'expertise de processus, surtout amenée par les organisateurs communautaires des CSSS et nécessaire pour accompagner et animer la mobilisation communautaire; l'expertise de contenu, permettant de rendre disponible l'information utile à la prise de décision.



Schéma présenté par M. Denis Bourque, 7 juin 2006  
Développement des communautés, perspectives, expertises et dynamique en présence

## RENFORCER L'ACTION INTERSECTORIELLE

L'action intersectorielle permet la mise en commun des forces, des connaissances et des outils pour comprendre et solutionner des problèmes complexes qui dépassent les capacités et les responsabilités d'un seul secteur. Seule une action concertée entre les différents acteurs aux échelons local, régional, provincial et national permettra d'avoir une influence sur les conditions sociales, économiques et environnementales qui déterminent et favorisent la santé et le bien-être de la population<sup>58</sup>. Si l'action intersectorielle s'avère nécessaire dans une perspective de développement des communautés, elle l'est tout autant pour faciliter l'arrimage des interventions des partenaires locaux et régionaux. À ce titre, l'action intersectorielle s'avère utile pour planifier, de façon concertée avec le milieu, le développement de plans d'action ou de projets.

Afin d'illustrer la richesse des retombées d'une action concertée entre plusieurs partenaires, le projet Habiter le Vieux-Sorel et la Table de développement social Jardin du Québec sont deux expériences intéressantes.

### LE PROJET HABITER LE VIEUX-SOREL

À Sorel-Tracy, on dénombre trois zones urbaines où réside la majorité des familles. Parmi celles-ci, le quartier du Vieux-Sorel est le plus démuné. Les habitations sont défraîchies, les écoles et les épiceries se font rares, les parcs et terrains de jeu n'ont pas été modernisés et plusieurs installations urbaines sont absentes.

En 2005, un colloque important a réuni les élus municipaux, les organismes communautaires et tous les décideurs concernés par la situation du logement des familles. Des engagements et des décisions ont alors été pris et le conseil municipal de la ville s'est engagé à appuyer financièrement les Habitations Saint-Maxime dans la construction de 20 maisons de ville qui pourraient accueillir des familles de trois enfants et plus. L'Association Habitations Saint-Maxime a su mobiliser les différents organismes communautaires qui permettront d'équiper le quartier de services tels qu'une cuisine collective, une cafétéria communautaire et une aire de jeu pour les enfants. La Municipalité régionale de comté, le Centre local de développement et la Société d'aide au développement de la collectivité du Bas-Richelieu ont de plus inscrit ce projet dans leurs plans stratégiques respectifs. La concertation des décideurs locaux a été la clé du succès de ce projet.

À long terme, ce projet aura contribué à la convergence des intérêts des partenaires et à la relance d'une démarche globale de lutte à la pauvreté. Son apport s'est traduit par l'adoption, en 2004, d'un Plan de revitalisation du Vieux-Sorel et par le renforcement de la dimension sociale dans ses stratégies de développement durable.

**Bon  
coup**

## LA TABLE DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL JARDIN DU QUÉBEC

En 2004, suite à la réorganisation des CSSS et à la création des CRÉ, les tables intersectorielles déjà existantes, dont la table À toute jeunesse, ont été fondues en une seule entité, soit la Table de développement social Jardin du Québec. Cette dernière poursuit aujourd'hui le mandat d'offrir une plate-forme d'échanges et de concertation sur l'ensemble des difficultés sociales et de santé liées aux réalités rurales présentes sur le territoire. Le comité de coordination se rencontre régulièrement afin de s'assurer du bon fonctionnement des comités et du suivi du plan d'action annuel. Six comités d'action concertée travaillent actuellement à la réalisation de différents projets.

Si la Table a réussi jusqu'à présent avec autant de succès à mobiliser la communauté autour des enjeux de la ruralité, il lui reste encore de nombreux défis à relever. L'ensemble des partenaires travaillent activement à la rédaction d'une politique de développement social. En 2008, une première proposition sera soumise à une réflexion partagée lors d'un colloque territorial qui réunira tous les acteurs concernés, dont la MRC Jardin de Napierville. Le fruit de cette réflexion devrait permettre de compléter les ententes de partenariat en vue de l'adoption de cette politique la même année.

Bon  
coup

Les pratiques de concertation entre les acteurs terrain permettent d'agir efficacement sur les déterminants de la santé et de développer des environnements sociaux solidaires. Quelques conditions de réussite sont identifiées :

- les affinités entre les partenaires et les avantages pour chacun d'eux à collaborer;
- le développement d'une confiance mutuelle malgré la cohabitation de cultures différentes;
- le développement d'une vision commune des réalités locales et des besoins prioritaires;
- la capacité de répartir les tâches et responsabilités tout en respectant les mandats et missions des divers partenaires;
- la possibilité de rassembler les ressources nécessaires à la mise en œuvre des projets identifiés en concertation.

## PROMOUVOIR L'ADOPTION DE POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Le but premier des politiques publiques favorables à la santé et au bien-être est de créer un environnement physique et social qui se préoccupe de santé et d'équité et qui permet aux individus de mener une vie saine. Il peut s'agir de mesures de protection sociale, d'une loi sur le tabac, de politiques favorisant l'accès au logement, aux loisirs ou à des services de garde à l'enfance, etc. On les définit comme étant des « choix faits par une autorité gouvernementale (fédérale, provinciale, régionale ou municipale) afin de régler un problème public »<sup>59</sup>. On considère que les gouvernements sont responsables devant les citoyens des conséquences sanitaires de leurs politiques ou de l'absence de politique<sup>60</sup>.

**En décembre 2002, le gouvernement du Québec adoptait la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Celle-ci vise à guider le gouvernement et l'ensemble de la société dans la planification et la réalisation d'actions pour lutter contre la pauvreté, en prévenir les causes, en atténuer les effets sur les individus et les familles, contrer l'exclusion sociale et tendre vers un Québec sans pauvreté**<sup>61</sup>.

En 2001, le gouvernement du Québec a reconnu l'impact potentiel des décisions prises par tous les secteurs du gouvernement sur la santé et le bien-être de la population ainsi que l'importance que le réseau de santé publique collabore avec ces secteurs afin d'éclairer leurs décisions (*Loi sur la santé publique*, article 54). Pour ce faire, un mécanisme d'évaluation d'impact sur la santé a été développé au niveau provincial. En 2005-2006, 63 demandes de consultation sont parvenues au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de la part des autres secteurs du gouvernement et des modifications ont été demandées pour neuf de ces projets<sup>62</sup>. Le développement d'un tel mécanisme d'évaluation d'impact des politiques publiques, adapté pour une utilisation à un niveau local, s'avère une piste intéressante.

Pour agir sur les politiques publiques dans le contexte de la décentralisation et de la régionalisation des services publics, le rôle des instances locales et régionales s'avère de plus en plus important (annexe 4).

Les expériences des villes de Longueuil et de Sainte-Julie témoignent de la pertinence et de la faisabilité de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques publiques qui agissent sur les déterminants de la santé.

### LA VILLE DE LONGUEUIL ET SON DÉVELOPPEMENT SOCIAL

À la suite de l'adoption de la *Loi sur les fusions municipales*, en janvier 2002, conférant aux villes de nouvelles responsabilités en matière de développement social et communautaire, la Ville de Longueuil décidait de consulter et d'associer l'ensemble des organismes de son territoire pour effectuer une évaluation complète des ressources et services communautaires. En mai 2006, cette consultation se traduisait par l'adoption de son **PLAN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET COMMUNAUTAIRE** (PDSC) auquel était associé un plan d'action détaillé.

Ce plan d'action identifie plus de 100 projets que la ville et les différents partenaires sociaux se sont engagés à réaliser au cours des trois prochaines années. Ces projets couvrent sept champs d'activités, soit la sécurité alimentaire, le logement, le transport collectif, la sécurité, la vie sociale et communautaire, la lutte à l'exclusion sociale, l'aménagement urbain, l'environnement et l'hygiène publique. Dans chacun de ces domaines, des projets ont été retenus pour leur capacité de répondre à l'un des six critères d'évaluation des services destinés aux citoyens : l'accessibilité aux ressources, le soutien, le développement des milieux de vie, l'information, la promotion et la sensibilisation, le réseautage entre partenaires et la participation des citoyens.

De par ses nouvelles responsabilités légales, la Ville de Longueuil a eu la fonction de maître d'œuvre de ce vaste chantier de consultation. Elle a su stimuler la collaboration de tous les milieux concernés pour en dégager, ultimement, les 100 projets les plus rassembleurs pour les partenaires et les plus essentiels pour les citoyens. Animé par sa volonté de mettre à contribution toutes les instances de son territoire, le PDSC vise l'amélioration continue de la qualité de vie des citoyens en se basant sur des valeurs fondamentales telles que l'égalité, l'équité et la justice sociale.

**Bon  
coup**

## À SAINTE-JULIE, LES ÉLUS PLACENT LA FAMILLE AU CENTRE DES PRÉOCCUPATIONS MUNICIPALES

Avec son tissu urbain composé de 30 000 citoyens dont la moyenne d'âge est de 33 ans, la Ville de Sainte-Julie a voulu créer un milieu de vie qui répond aux besoins des jeunes familles. En 2000, elle adopte sa **POLITIQUE FAMILIALE MUNICIPALE**. Cette politique englobe quatre champs d'intervention : l'aménagement du territoire, la communication et le partenariat, les loisirs et la culture, et la sécurité. Fruit d'une consultation intensive auprès des familles et des dispensateurs de services, elle a su innover en ajustant son offre de service et ses infrastructures en fonction des attentes et des besoins exprimés par les résidants eux-mêmes.

La mairesse, Mme Suzanne Roy, déclarait : « Nous sommes allés jusqu'à revoir les horaires de collecte des ordures ménagères afin que l'horaire de ramassage des camions n'entre pas en conflit, dans les corridors scolaires, avec les heures d'entrée et de sortie des classes ». La Ville innove aussi en offrant un accès à coûts réduits aux installations de loisirs (piscine, aréna), en organisant chaque année une grande fête familiale où plus de 7 000 repas sont servis gratuitement, en offrant du cinéma en plein air l'été et même en orientant son plan d'urbanisme pour la construction de nouvelles unités d'habitations intergénérationnelles. Toutes ces initiatives visent avant toute chose l'épanouissement de la relation parent-enfant de tout âge.

La Ville voit déjà plus loin en prévoyant de façon responsable et préventive que toute cette cohorte de bambins entrera d'ici quelques années dans l'adolescence. Une maison des jeunes offre déjà des services d'accueil tard la nuit en leur procurant un lieu de rassemblement où ils peuvent se retrouver. Cette initiative a déjà réduit de façon significative le vandalisme, la violence et le « flânage » dans les parcs.

Bon  
coup

Les deux exemples relevant particulièrement des mandats des élus municipaux et des diverses instances où ils siègent (conseil municipal, arrondissement, office municipal d'habitation, MRC, CRÉ, conseil d'agglomération, communauté métropolitaine, etc.) permettent d'illustrer l'importance du rôle de ces instances dans le développement de politiques publiques favorables à la santé. Soulignons que l'élaboration et l'évaluation de politiques publiques saines requièrent qu'une attention soit portée à certains facteurs et considérations clés<sup>57,63</sup>.

- Bien connaître les conséquences possibles d'une politique publique sur la santé et le bien-être de la population.
- Favoriser la participation citoyenne à l'action politique pour des mesures optimales à la santé et au bien-être de la population<sup>57</sup>.
- Viser l'efficacité et l'efficience des actions posées afin d'utiliser de manière appropriée les ressources.
- Assurer une cohérence entre une politique et les stratégies et objectifs du gouvernement et ce, en conformité avec les cadres constitutionnel, législatif et réglementaire.

## AGIR POUR ET AVEC LES PERSONNES ET LES GROUPES PLUS VULNÉRABLES

Malgré tous les filets de protection traditionnels de notre système public qui vise à assurer que personne n'aura à subir un lourd impact financier suite à un traumatisme, un accident de travail, la perte d'un emploi ou la maladie, ces mesures ne réussissent pas à atténuer les inégalités de santé et de bien-être. Comme nous avons pu le constater précédemment, l'influence des déterminants sociaux est telle que certains individus et sous-groupes de la population sont nettement plus défavorisés que d'autres. Cette situation de défavorisation fait en sorte qu'ils cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité, tant au plan économique qu'au plan social, ce qui entraîne pour eux un risque accru de présenter des problèmes de santé.

**Notre système public de santé contribue à diminuer les inégalités sociales de santé. Une augmentation du financement privé de ce système contribuerait à rendre plus difficile l'accès aux services par les personnes plus pauvres, soit les personnes qui en ont le plus besoin.**

Le choix d'agir pour et avec les personnes et les groupes plus vulnérables est fondé sur la conviction que, pour réduire les écarts de santé, minimiser les conséquences de la mauvaise santé et prévenir l'aggravation de la maladie, les actions doivent être conçues et réalisées en tenant compte des perceptions et des valeurs propres à ces personnes et ces groupes. Ainsi, il importe à la fois d'assurer l'accessibilité des services aux groupes vulnérables et de faire en sorte que ces services soient adaptés à leurs caractéristiques<sup>7</sup>.

Les exemples de la Commission scolaire des Trois-Lacs et du Club des naissances de Vaudreuil-Soulanges illustrent qu'il est possible d'agir sur les facteurs de vulnérabilité eux-mêmes et de renforcer les moyens auxquels peuvent avoir recours les individus et les communautés pour en diminuer les effets négatifs.

### QUAND UNE COMMISSION SCOLAIRE INVESTIT POUR FAVORISER LA PERSÉVÉRANCE SCOLAIRE

Afin de favoriser la persévérance scolaire, la Commission scolaire des Trois-Lacs mettait sur pied, en 1993, le programme Détour. Celui-ci se veut une alternative scolaire offrant une formation académique de base à des jeunes qui ont un niveau d'absentéisme scolaire élevé ou de graves problèmes de comportement. Les cours sont donnés dans un groupe restreint en dehors des classes régulières. Grâce à son association avec d'autres partenaires, le programme Détour offre aussi une panoplie de services adaptés aux besoins de chaque jeune; les Hébergements La Station offrent leurs services à ceux qui doivent être relocalisés temporairement en dehors du milieu familial; le CSSS Vaudreuil-Soulanges offre du counselling familial et individuel; la commission scolaire met à leur disposition des services de psychoéducateurs et d'orthopédagogues et, enfin, l'entreprise Location St-Gelais permet aux jeunes de plus de 14 ans, dont l'obligation de scolarisation n'est plus régie par la loi et qui ne veulent plus retourner en classe, d'expérimenter un stage en milieu de travail.

Le programme Détour existe depuis plus de dix ans. Son existence a permis d'augmenter la persévérance scolaire chez les jeunes de 13 à 15 ans et a contribué à la réinsertion en classe régulière de plusieurs d'entre eux.

**Bon  
coup**

## LE CLUB DES NAISSANCES DE VAUDREUIL-SOULANGES

Le Club des naissances de Vaudreuil-Soulanges, mis sur pied il y a deux ans par le CSSS dans le contexte des Services intégrés en périnatalité et petite enfance, s'adresse aux jeunes mères de moins de 20 ans, ayant souvent des antécédents de vie en familles d'accueil et qui sont sans emploi, sous-scolarisées, sans soutien ni famille pour les appuyer. Il vise à développer la capacité d'agir de ces jeunes femmes par une approche d'*empowerment* individuel et collectif.

Grâce à l'engagement de différents organismes communautaires, vingt jeunes femmes partagent chaque année leur expérience de grossesse et leurs apprentissages en tant que parents. La Maison de la famille de Vaudreuil-Soulanges fournit le local de rencontres où, à toutes les deux semaines, elles sont accueillies alternativement par une intervenante sociale, une infirmière, une auxiliaire familiale, un intervenant communautaire. Un service de transport est prévu et le Centre d'action bénévole leur permet, par exemple, de participer à des ateliers de cuisines collectives supervisés par une nutritionniste. L'ajout, cette année, d'une entente avec le Carrefour jeunesse emploi facilite désormais le retour au travail de ces jeunes mères.

Ce club est maintenant devenu un réseau d'entraide bien ancré dans la communauté.

**Bon  
coup**

Chacune de ces expériences évoque quelques-uns des éléments considérés essentiels pour intervenir pour et avec les groupes plus vulnérables, notamment :

- l'engagement et le soutien à l'approche d'*empowerment* collectif et individuel pour développer la capacité d'agir des groupes vulnérables;
- le recours à des stratégies d'actions favorisant l'accès à des environnements sains et sécuritaires, afin de faire en sorte que les groupes vulnérables s'exposent moins aux facteurs qui risquent de nuire à leur santé;
- des collaborations et des stratégies d'action partagées entre plusieurs partenaires de différents secteurs;
- des interventions et des services accessibles et adaptés aux besoins spécifiques de chacun des groupes vulnérables, ce qui peut inclure, à titre d'exemples, des interventions portant sur l'inclusion sociale de tous, sur des démarches susceptibles de rejoindre les plus vulnérables, sur le développement des habiletés des intervenants pour travailler auprès de ces personnes.



**En bref**

Cette partie du rapport a exposé certaines stratégies d'intervention prometteuses pour améliorer la santé des communautés et favoriser le développement d'environnements sociaux solidaires. Plusieurs acteurs en Montérégie, comme en témoignent les exemples d'initiatives, sont déjà à l'œuvre et mettent en pratique ces stratégies avec des bénéfices réels sur la santé et le bien-être de bon nombre de concitoyens. Ces expériences indiquent que nous détenons les moyens d'arriver ensemble à réduire les inégalités sociales et de santé. Le développement des communautés et la promotion de la participation citoyenne, l'action intersectorielle, le développement de politiques publiques favorables à la santé de même que « l'agir avec et pour » les individus et les groupes vulnérables sont des stratégies qui font appel à la responsabilité collective et qui requièrent une réponse multisectorielle.

# DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ: UNE RESPONSABILITÉ COLLECTIVE PARTAGÉE

Favoriser le développement d'environnements sociaux solidaires pour des communautés en santé suppose l'engagement et la solidarité de tous les secteurs de la société, à tous les niveaux. La Direction de santé publique de la Montérégie, compte tenu de la responsabilité qui lui est conférée de promouvoir la mise en place de mesures qui ont pour but d'améliorer l'état de santé et le bien-être de sa population et compte tenu de l'impact des déterminants sociaux à cet égard :

- convie les centres de santé et de services sociaux, de concert avec leurs partenaires locaux et la population, à renforcer la place qu'occupe l'action sur les déterminants sociaux de la santé, notamment en l'inscrivant dans leur projet clinique;
- sollicite les instances régionales telles que les CRÉ et le mouvement Villes et Villages en santé en Montérégie pour établir avec elle un partenariat actif afin de mettre en œuvre des projets concertés portant sur les déterminants sociaux de la santé;
- invite le monde municipal montérégien à optimiser l'impact de ses politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population.

## LES ENGAGEMENTS DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

De son côté, la Direction de santé publique reconnaît que le développement des environnements sociaux solidaires requiert une contribution concrète de sa part. C'est pourquoi **ELLE S'ENGAGE** :

### De façon générale

- À traiter et rendre disponibles les données portant sur les déterminants sociaux selon, entre autres, l'âge, le sexe et le milieu (urbain ou rural), en tenant particulièrement compte des inégalités sociales et de leur évolution.
- À promouvoir et à soutenir l'action sur les déterminants sociaux à l'intérieur des structures de concertation intersectorielle existantes ou dans de nouvelles structures, au besoin.
- Promouvoir l'application du principe d'équité en matière de santé au sein du réseau de la santé et des services sociaux concernant l'accès, l'allocation et l'adaptation des services, en conformité avec l'approche populationnelle.
- Réaliser des projets de recherche et d'évaluation en lien avec les déterminants sociaux de la santé.
- Assurer le suivi de la réalisation de ses engagements et en informer ses partenaires.

### Auprès des centres de santé et de services sociaux

- À promouvoir et rendre disponibles des activités de formation et de soutien portant sur les déterminants sociaux de la santé et sur les stratégies d'intervention présentées dans ce rapport, et ce, notamment à l'égard de méthodes et d'outils tels que :
  - la mesure du développement social d'une communauté;
  - la participation citoyenne dans le développement des communautés;
  - la promotion de la mise en œuvre de l'approche Villes et Villages en santé;
  - l'évaluation d'impact d'une politique publique sur la santé.
- À maintenir le soutien à l'action intersectorielle locale en petite enfance, en jeunesse et en sécurité alimentaire; elle désire également offrir un soutien à l'égard de l'approche Bien Vieillir.
- À maintenir son soutien aux services préventifs de santé publique auprès des groupes vulnérables.

### Auprès de ses partenaires régionaux

- À promouvoir l'action sur les déterminants sociaux de la santé et les stratégies d'intervention présentés dans ce rapport.
- À diffuser les connaissances émanant du champ de la santé publique à l'égard des déterminants sociaux présentés dans ce rapport et les meilleures pratiques qui s'y rattachent.
- À faire la promotion et rendre disponibles des méthodes et outils relatifs aux stratégies d'intervention présentées dans ce rapport tels que:
  - la mesure du développement social d'une communauté;
  - la participation citoyenne dans le développement des communautés;
  - la mise en œuvre de l'approche Villes et Villages en santé;
  - l'évaluation d'impact d'une politique publique sur la santé.
- À contribuer à l'implantation du *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte à la pauvreté*, notamment en collaborant à l'approche territoriale intégrée (ATI).

### Auprès des instances provinciales

- À exercer un rôle d'influence afin d'encourager le gouvernement à agir sur les déterminants sociaux de la santé, notamment par le biais de politiques publiques.





# CONCLUSION

Ce rapport démontre l'importance du lien qui existe entre l'état de santé et le bien-être des Montérégiens et les conditions économiques et sociales dans lesquelles ils vivent. La prévention d'un nombre important de problèmes de santé ainsi que la diminution de la mortalité prématurée chez certains groupes de la population reposent donc sur une amélioration de ces conditions. La croissance des inégalités de revenu et de richesse constatée ces dernières années accroît l'importance de notre action à cet égard, tant pour tenter d'inverser cette tendance que pour mettre en place des actions qui en diminueront l'impact sur les citoyens.

Les inégalités sont bien présentes en Montérégie et à l'intérieur de chacun des territoires de CSSS. Cette situation doit inciter tous les acteurs, régionaux et locaux, à prendre en compte cette réalité dans la planification et l'organisation de leurs services et de leurs actions. Certaines stratégies d'intervention ont d'ailleurs un fort potentiel d'impact pour améliorer la situation de vie des personnes qui vivent des difficultés à cet égard. Plusieurs actions sont déjà en cours, les acteurs sont à l'œuvre. La mobilisation de tous, partenaires et population, est indispensable pour générer des changements conduisant à une meilleure équité et justice sociale.

La Direction de santé publique met l'emphase, encore une fois cette année, sur l'importance d'une action intersectorielle concertée pour développer des environnements sociaux plus solidaires. Par ce rapport, elle veut démontrer son intention de faire des déterminants sociaux de la santé l'une de ses priorités d'action en Montérégie et convie l'ensemble de ses partenaires à partager cet objectif.

# RÉFÉRENCES

- 1 **WILKINSON, R. ET M. MARMOT** (sous la dir. de) (2004). *Les déterminants sociaux de la santé, Les faits. Deuxième édition*, OMS, Danemark, 42 p.
- 2 **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, *Loi sur la santé publique*, L.R.Q. Chapitre S-2.2, Éditeur officiel du Québec.
- 3 **LALONDE, M.** (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Gouvernement du Canada, 83 p.
- 4 **O'NEILL, M., ET AUTRES.** (2006). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 540 p.
- 5 **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ** (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa, 4 p.
- 6 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX** (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 193 p.
- 7 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX** (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 133 p.
- 8 **DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE** (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 Montérégie, Vers une action renouvelée en santé publique*, Longueuil, ASSS de la Montérégie, 159 p.
- 9 **RAPHAËL, D.** (2007). *Les inégalités de santé au Canada : faible préoccupation, actions insatisfaisantes, succès limités. Dans : Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, pp.138-159.
- 10 **WILKINS, R., J.-M. BERTHELOT ET E. NG** (2002). *Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996*, numéro spécial de Rapports sur la santé; S13.
- 11 **MAO, Y. ET AUTRES** (2001). « Canadian Cancer Registries Epidemiology Research Group, Socioeconomic status and Lung Cancer Risk in Canada », *Int J Epidemiol.*, 30 : 809-817.
- 12 **SYME, L. ET J. BALFOUR** (1998). « Social Determinants of Disease », in : Last, JM and RD Wallace (Eds). *Public Health and Preventive Medicine*, 13th Edition.
- 13 **WILKINSON, R.G. ET K.E. PICKETT** (2006). « Income inequality and population health : a review and explanation of the evidence », *Social science and Medicine*; 62 : 1768-1784.
- 14 **PAQUET, G. ET D. HAMEL** (2005). « *Des alliés pour la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle* », Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – de la naissance à 4 ans, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 3, fascicule 4.
- 15 **AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA**. *Santé de la population*. [En ligne], mis à jour 2004, [www.phac-aspc.gc.ca/ph-spd/ddsp/determinants/determinants.html] (Consulté le 2 mars 2007).
- 16 **INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ** (2004). *Améliorer la santé des canadiens*, 171 p.
- 17 **COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION** (1999). *Pour un avenir en santé. Deuxième rapport sur l'état de santé de la population canadienne*, document préparé pour la Conférence des ministres de la santé. Ottawa, 230 p.
- 18 **INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC** (2006). *Flash revenu personnel 2006*, 8 p.
- 19 **SAUVAGEAU, Y.** (2004). *Mise à jour de 17 indicateurs selon le CSSS tirés de Le Portrait de santé : la Montérégie et ses territoires de CLSC*, Longueuil, ADRLSSSS de la Montérégie, Direction de santé publique.
- 20 **EMPLOI-QUÉBEC MONTÉRÉGIE** (2007). *Le marché du travail en Montérégie, Bilan annuel 2006*, Direction de la planification, du partenariat et de l'information sur le marché du travail, 28 p.
- 21 **INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC** (2007). *Profils de la région administrative – Montérégie 16*. [En ligne] [http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/region\_16] (Consulté le 24 avril 2007).
- 22 **INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC** (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Les statistiques*, 680 p.
- 23 **STATISTIQUE CANADA** *Enquête sur la population active (portrait global de l'état de santé de la population)*.
- 24 **MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT** (2006). *Indicateurs de l'éducation, édition 2006*, Secteur de l'information et des communications.
- 25 **STATISTIQUE CANADA** (2006). *L'emploi et le revenu en perspective, le salaire minimum*, 8 p.
- 26 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX** (2007). *La santé, autrement dit...*, Service des orientations en santé publique de la Direction du programme national de santé publique, Québec, 21 p.
- 27 **INDUSTRIE CANADA** (2006). *Rapport sur les tendances en consommation*. [En ligne] [http://strategis.ic.gc.ca/epic/site/oca-bc.nsf/fr/ca02116f.html] (Consulté le 25 août 2007).
- 28 **COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE** (2002). *Les interventions dans le domaine du logement : une pierre angulaire de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion*. Mémoire présenté à la Commission de l'aménagement du territoire de l'Assemblée nationale, Québec, 32 p.
- 29 **DUFOUR, R.** (2006). « Insécurité alimentaire » dans *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003, Fiches de résultats pour la Montérégie*, Longueuil, ASSS de la Montérégie, Direction de santé publique, 4 p.
- 30 **ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE** (1996). *La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture*.
- 31 **DISPENSARE DIÉTÉTIQUE DE MONTRÉAL** (2007). *Coût minimum de régimes nutritifs*.
- 32 **VIENS, C., A. LEBEAU ET L. VIENS** (2005). *Portrait des organismes communautaires et bénévoles œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux en Montérégie*, Longueuil, ASSS de la Montérégie, Direction de santé publique, 80 p.
- 33 **MINISTÈRE DES TRANSPORTS** (2001). *Vers un plan de transport de la Montérégie, Diagnostic et orientations*, Québec, 254 p.
- 34 **DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE** (2005). *Rapport de la directrice de santé publique 2005 – Face à la progression de l'obésité en Montérégie... Ensemble pour faire contrepoids !*, ASSS de la Montérégie, 47 p.

- 35 **DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE** (2006). *Rapport de la directrice de santé publique 2006 – Des environnements physiques sains et sécuritaires : éléments clés pour la santé des communautés*, ASSS de la Montérégie, 82 p.
- 36 **VAN KEMENADE, S.** (2003). *Le capital social comme déterminant de la santé. Comment le définir ?* Santé Canada, Unité de communication de la recherche sur les politiques, 37 p.
- 37 **KAWASHI, I. ET AUTRES** (1997). « Social capital, income inequality and mortality », *American Journal of Public Health*, vol. 87, no. 9, p. 1491-1498.
- 38 **BÉLANGER, J.-P., R. SULLIVAN ET B. SÉVIGNY** (2000). *Capital social, développement communautaire et santé publique : réflexions sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population*, Montréal, ASPQ Éditions, 224 p.
- 39 **PROJET DE RECHERCHE SUR LES POLITIQUES** (2005). *Le capital social comme instrument de politique publique, Rapport de projet*, Gouvernement du Canada, 34 p.
- 40 **BOUCHARD, L., J.F. ROY ET S. VAN KEMENADE** (2006). « Coup d'œil sur la recherche et ses traditions », *Bulletin Recherches sur les politiques de santé*, numéro 12, p. 10.
- 41 **STATISTIQUE CANADA** (2005). Fichier de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 3.1.
- 42 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX** (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, Québec, 47 p.
- 43 **VANIER, C.** (2004). *Projet régional de soutien aux aidants naturels de la Montérégie*, Longueuil, ASSS de la Montérégie, Direction de santé publique, 105 p.
- 44 **KRISHNA, A. ET N. UPHOFF** (2002). « Mapping and Measuring Social Capital », In Christian Grootaert and Thierry van Bastelaer (Eds.), *The Role of Social Capital in Development : An Empirical Assessment*. Cambridge : Cambridge University Press.
- 45 **STATISTIQUE CANADA** (2005). *Appartenance à la communauté et perception de l'état de santé : premiers résultats de l'ESCC*, [En ligne] [<http://www.statcan.ca/bsolc/francais>] (Consulté le 13 mars 2007).
- 46 **INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC** (2004). *Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être ?* Québec, 80 p.
- 47 **CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE** (1997). *La participation sociale comme stratégie de renouvellement du développement social*, document diffusé à l'occasion du Forum sur le développement social, 119 p.
- 48 **CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE** (2004). *Participation et consultation des citoyennes et des citoyens en matière de santé et de bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 62 p.
- 49 **DIRECTEUR GÉNÉRAL DES ÉLECTIONS DU QUÉBEC** (2007). *Tableau synoptique des résultats – 26 mars 2007*, Adjoint aux scrutins.
- 50 **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ** (2007). *Questions et réponses*, Commission des déterminants de la santé, [En ligne] [[http://www.who.int/social\\_determinants/strategy/QandAs/fr/index.html](http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/fr/index.html)] (Consulté en mai 2007).
- 51 **CENTRE LÉA-ROBACK** (2006). *Les inégalités sociales de santé, qu'est-ce que c'est ?*, [En ligne] dernière mise à jour le 8 octobre 2006 [<http://www.centrelearoback.ca>] (Consulté en mars 2007).
- 52 **PAMPALON, R.** (2007). *Défavorisation et santé au Québec. Développement et utilisation d'un proxy écologique des conditions socioéconomiques de la population*. Présentation à Longueuil en avril 2007.
- 53 **ELDER, G.H.** (2001). *The Life Course in Time and Place*, [Présentation à The International Symposium on Institutions, Sequences : The Bremen Life-Course Approach, Bremen, Allemagne, 24-26 septembre].
- 54 **MCCAIN, M.N. ET J.F. MUSTARD** (1999). *Inverser la véritable fuite des cerveaux : Étude sur la petite enfance*. Rapport final. Institut canadien de la recherche avancée.
- 55 **JETTÉ, C.** (2000). « La redéfinition des temps de vie et la nécessaire transformation des institutions », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, no. 2.
- 56 **POIRIER, S. ET AUTRES** (2001). *Pour les aînés de la Montérégie : un art de vivre en santé, une qualité de vie*, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation p. 32.
- 57 **INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC** (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, 50 p.
- 58 **COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ** (1999). *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, Publications Santé Canada, 30 p.
- 59 **CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE, POLITIQUES PUBLIQUES ET SANTÉ** (2007). *Les impacts des politiques publiques sur la santé*, [En ligne] [[www.ccnpps.ca/526/politiques\\_publiques.htm](http://www.ccnpps.ca/526/politiques_publiques.htm)] (Consulté en avril 2007).
- 60 **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ** (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*, Direction de la promotion, de l'éducation et de la communication en santé, Genève, 25 p.
- 61 **GOVERNEMENT DU QUÉBEC** (2002). *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Éditeur officiel du Québec, 20 p.
- 62 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX** (2006). *La Loi sur la santé publique : un levier déterminant pour des politiques publiques saines*, présentation effectuée dans le cadre des Journées annuelles de santé publique 2006.
- 63 **SMITH, B.L.** (2003). *Politiques publiques et participation publique : Engagement des citoyens et des collectivités dans l'élaboration de politiques publiques*, Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (devenue l'ASPC), région de l'Atlantique, p. 17.



# ANNEXE 1 :

## Mesure du seuil de faible revenu

Selon l'Enquête sur les dépenses des familles (EDF) de 1992, on évalue que la famille moyenne canadienne consacre 34,7 % de son revenu avant impôt à l'alimentation, au logement et à l'habillement. À ce pourcentage, on ajoute 20 points, estimant arbitrairement qu'une famille vit sous le seuil de faible revenu lorsqu'elle consacre 20 % de plus que la famille canadienne moyenne à ces dépenses. Il s'agit ensuite d'appliquer cette proportion moyenne de 54,7 % aux données de l'EDF (1992) pour chacun des 35 sous-groupes de population (7 tailles de ménages x 5 tailles de secteur de résidence), ce qui donne 35 valeurs de revenu avant impôt qui constituent autant de seuils de faible revenu.

Les seuils de faible revenu sont mis à jour annuellement à partir de l'indice des prix à la consommation afin de tenir compte de l'inflation.

### SEUILS DE FAIBLE REVENU DE 2005 AVANT IMPÔT

	TAILLE DE LA COMMUNAUTÉ				
	RÉGIONS RURALES	RÉGIONS URBAINES			
		Moins de 30 000 habitants	30 000 à 99 999 habitants	100 000 à 499 999 habitants	500 000 habitants et plus
Taille de l'unité familiale					
1 PERSONNE	14 303	16 273	17 784	17 895	20 778
2 PERSONNES	17 807	20 257	22 139	22 276	25 867
3 PERSONNES	21 891	24 904	27 217	27 386	31 801
4 PERSONNES	26 579	30 238	33 046	33 251	38 610
5 PERSONNES	30 145	34 295	37 480	37 711	43 791
6 PERSONNES	33 999	38 679	42 271	42 533	49 389
7 PERSONNES OU PLUS	37 853	43 063	47 063	47 354	54 987

Source : Statistique Canada, *Les seuils de faible revenu de 2005 et les mesures de faible revenu de 2004*, No 75F0002MIF, vol. 4, avril 2006, p.18



# ANNEXE 2 :

## Rôles des principaux acteurs locaux et régionaux détenant des mandats liés aux déterminants sociaux de la santé

### I - LES ACTEURS LOCAUX

#### La municipalité

Source : [www.mamr.gouv.qc.ca/index\\_orga.asp](http://www.mamr.gouv.qc.ca/index_orga.asp)

Plusieurs lois régissent le fonctionnement et les activités des municipalités dont la *Loi sur les cités et villes* et le *Code municipal du Québec*. Palier de décision près des réalités de la population, la municipalité locale a reçu du législateur certains pouvoirs qui lui confèrent une autonomie politique et administrative. Elle est administrée par un conseil municipal.

Depuis leur création, les municipalités en sont venues à jouer un rôle élargi. Elles contribuent à la mise en place et au maintien des conditions propices à l'activité économique sur leur territoire et sur l'ensemble de leur région d'appartenance. Des responsabilités accrues en matière de développement social ont aussi été confiées aux villes lors des fusions municipales. Les municipalités offrent de plus en plus de services aux personnes et doivent composer avec la réalité des inégalités sociales qui ont un impact sur la qualité des milieux de vie des communautés locales.

La *Loi sur les compétences municipales*, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006, regroupe et modernise les compétences des municipalités dont traitaient le *Code municipal* et la *Loi sur les cités et villes*. Les pouvoirs administratifs et réglementaires qui sont accordés aux municipalités sont rédigés en des termes généraux, ce qui donne à ces dernières une plus grande marge de manœuvre. Soulignons que cette loi a été élaborée de concert avec le milieu municipal.

Les municipalités assument des responsabilités en matière d'aménagement et d'urbanisme, d'habitation et de logement social, de voirie, de développement communautaire et culturel, de loisirs, de transport en commun en milieu urbain, etc. La nature, l'étendue et l'exercice des responsabilités de chaque municipalité varient selon ses moyens, ses valeurs et les besoins qui la caractérisent.

Pour sa part, une municipalité reconstituée est responsable des services de proximité aux citoyens. Il s'agit des compétences de proximité, soit : le plan d'urbanisme, la réglementation et les dérogations mineures, la délivrance de permis de construction et de rénovation, les programmes d'amélioration de quartier, les conduites locales d'aqueduc et d'égout, dans certains cas, les équipements et infrastructures d'alimentation en eau et les autres équipements et installations d'assainissement des eaux usées, le ramassage et le transport des matières résiduelles, la gestion des rues locales, la réglementation en matière de protection incendie, de nuisance, de salubrité publique, les équipements locaux de sport ou de culture, les bibliothèques locales, les parcs locaux, les marchés publics, la délivrance des licences pour vélos, animaux, etc., le réseau municipal de production, de transport et de distribution d'électricité.

## L'arrondissement

Certaines municipalités sont divisées en arrondissements. Aux conseils de ces arrondissements sont déléguées certaines fonctions municipales qu'il est avantageux d'exercer sur un territoire réduit. Ces fonctions peuvent varier d'une municipalité à l'autre et aussi d'un arrondissement à l'autre.

Le rôle du conseil d'arrondissement consiste notamment à administrer certains services locaux, à consulter la communauté sur les règlements d'urbanisme et à faire des recommandations pour l'arrondissement au conseil municipal. Puisque certains conseillers siègent à la fois au conseil municipal et au conseil d'arrondissement, ces personnes peuvent influencer les décisions prises à ces deux niveaux. Sur le territoire de la Montérégie, seule la Ville de Longueuil compte des arrondissements (3 arrondissements).

## L'agglomération

Des agglomérations urbaines ont fait l'objet de regroupements municipaux au début des années 2000 et certaines des anciennes municipalités ont été reconstituées le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Les municipalités résultant d'une réorganisation demeurent toutefois liées les unes aux autres de façon à préserver l'agglomération formée par le territoire d'avant la réorganisation. Un conseil d'agglomération est institué pour voir à l'administration des services communs aux municipalités de l'agglomération, qui cèdent une part de leur autorité au profit de ce conseil. Pour des raisons d'efficacité et d'équité, le conseil d'agglomération exerce sur l'ensemble de l'agglomération certaines compétences d'intérêt collectif.

## La municipalité régionale de comté (MRC)

Le territoire de la Montérégie compte 14 MRC. Le conseil de la MRC est composé obligatoirement du maire de chacune des municipalités membres. Il peut aussi comprendre un ou plusieurs autres élus municipaux. La MRC assume plusieurs responsabilités ou compétences, dont l'aménagement et l'urbanisme, la gestion des cours d'eau régionaux ou la préparation des rôles d'évaluation foncière. Elle est responsable d'établir le plan de gestion des matières résiduelles, le schéma de couverture de risques (sécurité incendie) et le schéma de sécurité civile.

C'est aussi la MRC qui s'occupe de la gestion des projets reliés au *Pacte rural*. Quatorze pactes ruraux ont été signés avec des MRC de la Montérégie pour permettre au gouvernement et aux MRC de se mobiliser et d'unir leurs forces pour agir de manière globale, cohérente et à long terme sur le territoire rural en tenant compte de ses particularités, de ses forces et de son potentiel. Ces ententes visent à soutenir le développement des communautés rurales et à en assurer la pérennité, favorisant ainsi la mise en valeur de l'ensemble des ressources du territoire et le développement économique, social et culturel intégré et durable des régions du Québec.

## Les centres locaux de développement (CLD)

Source : [www.mdeie.gouv.qc.ca/page/web/portail](http://www.mdeie.gouv.qc.ca/page/web/portail)

Il y a 15 centres locaux de développement sur le territoire de la Montérégie. Ils relèvent des MRC. Le CLD est un organisme sans but lucratif qui élabore et met en place des mesures d'aide financière pour le développement d'entreprises et le soutien aux projets de développement local. Ces mesures s'inscrivent dans le *Plan d'action local pour l'économie et l'emploi* et la *Stratégie de développement de l'entrepreneuriat* du CLD. Il offre des services de première ligne d'accompagnement et de soutien technique ou financier aux entreprises potentielles ou déjà en activité, à but lucratif ou non lucratif, incluant les entreprises d'économie sociale.

Ils sont gérés par un conseil d'administration composé d'élus municipaux ainsi que de personnes issues notamment du milieu des affaires et de l'économie sociale. Le ou les députés de l'Assemblée nationale du territoire ainsi que le responsable du CLD et le directeur du centre local d'emploi sont membres également du conseil d'administration, mais sans y avoir droit de vote.

Le Fonds local d'investissement (FLI) représente le principal outil financier des CLD. Il permet d'apporter une aide au démarrage et à l'expansion d'entreprises, incluant les entreprises d'économie sociale.

## Les offices municipaux d'habitation

Source : [www.habitation.gouv.qc.ca/societe/index.html](http://www.habitation.gouv.qc.ca/societe/index.html)

Les municipalités du Québec ont toujours joué un rôle en habitation sociale en prenant l'initiative des demandes de logements publics et en constituant des offices municipaux d'habitation responsables de leur gestion. Aujourd'hui encore, elles agissent comme intermédiaires et participantes dans l'application du programme Accès Logis et collaborent à la mission de la Société d'hypothèque et de logement (aide pour les ménages à faible revenu, aide pour les personnes en difficulté, habitation sociale, communautaire et abordable) en collaboration avec de nombreux partenaires locaux.

La *Loi modifiant la Loi sur la Société d'habitation du Québec*, adoptée en 2002, a marqué un tournant en reconnaissant le rôle social et communautaire des offices municipaux d'habitation et en leur permettant de mettre en œuvre toute activité à caractère social favorisant le mieux-être des locataires. Ce changement législatif a placé l'intégration sociale au cœur du projet d'habitation sociale consacrant ainsi le rôle des offices d'habitation à titre de gestionnaires de milieux de vie.

Le réseau de la santé et des services sociaux et les offices d'habitation collaborent dans de nombreux projets liés à l'intervention communautaire en HLM.

## Les centres de santé et de services sociaux (CSSS)

Source : [www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/](http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/)

Il y a 11 CSSS sur le territoire de la Montérégie. En décembre 2003, le gouvernement du Québec adoptait la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. La création, en juin 2004, de 95 réseaux locaux de services à l'échelle du Québec avait pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus.

Au cœur de chacun de ces réseaux locaux de services, on trouve un nouvel établissement appelé centre de santé et de services sociaux (CSSS), né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier. Le CSSS agit comme assise du réseau local de services assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population du territoire local.

Avec la création des réseaux locaux de services, les différents intervenants offrant des services de santé et des services sociaux à la population d'un territoire local devront partager collectivement une responsabilité envers cette population. Pour ce faire, ils devront ensemble rendre accessible un éventail de services le plus complet possible, tout en agissant pour améliorer la santé et le bien-être de la population locale. Cette nouvelle formule profitera à tous et permettra une meilleure intégration des services.

## Les organismes communautaires autonomes et bénévoles

Source : Portrait des organismes communautaires et bénévoles œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux en Montérégie

En Montérégie, près de 450 organismes communautaires autonomes et bénévoles sont soutenus financièrement par l'Agence de la santé et des services sociaux dans le cadre du *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC). La proportion du financement octroyé représente 38 % du financement de ces organismes. Ceux-ci ont environ 85 000 membres en règle, et sont des partenaires de premier plan du réseau de la santé et des services sociaux.

De nombreux organismes communautaires collaborent à la mission de prévention et de promotion du réseau de la santé et agissent sur l'un ou l'autre des déterminants sociaux de la santé auprès de diverses clientèles. Ils siègent à de nombreuses tables de concertation avec les institutions publiques. Ils œuvrent dans divers champs d'activités et offrent divers types d'intervention auprès de la population : aide et entraide; sensibilisation, promotion et défense des droits; soutien aux milieux de vie et à la communauté; hébergement.

## Les corporations de développement communautaire (CDC)

Source : [www.tncdc.qc.ca](http://www.tncdc.qc.ca)

Il y a 10 corporations de développement communautaire en Montérégie. Une CDC est un regroupement d'organisations communautaires qui œuvrent dans divers champs d'activités sur un territoire donné dont la mission est d'assurer la participation active du mouvement populaire et communautaire au développement socio-économique de son milieu. Sauf exception, le territoire d'une CDC est beaucoup plus petit que celui d'une région administrative et s'apparente souvent au territoire d'un ou de plusieurs CSSS ou MRC.

Les services d'une CDC sont axés sur des acquis reconnus du mouvement populaire et communautaire, tels le partage de l'information et des outils de travail, la mise en commun de services techniques, l'éducation populaire et le militantisme local, la participation à des tables conjointes, sectorielles ou thématiques et des activités de concertation et de développement de la solidarité.

## Les centres locaux d'emploi (CLE)

Source : [www.mess.gouv.qc.ca](http://www.mess.gouv.qc.ca)

Il y a 20 centres locaux d'emploi en Montérégie. Le CLE offre des services ou des ressources aux personnes qui ont besoin d'une aide à l'emploi ou d'une aide de dernier recours. Il soutient les employeurs dans la gestion des ressources humaines et le développement des compétences. Il est la porte d'entrée d'Emploi-Québec qui a pour mission de contribuer, de concert avec les partenaires du marché du travail, à développer l'emploi et la main-d'œuvre et de lutter contre le chômage dans une perspective de développement économique et social.

## Les carrefours jeunesse-emploi

Source : [www.cjereseau.org/fr/cje\\_index.asp](http://www.cjereseau.org/fr/cje_index.asp)

Il y a 16 carrefours jeunesse-emploi en Montérégie. Le Carrefour jeunesse-emploi est un organisme communautaire qui a comme mandat d'accompagner et de guider les jeunes adultes de 16 à 35 ans dans leurs démarches d'insertion sociale et économique. En les accompagnant dans leur cheminement vers l'emploi, vers un retour aux études ou dans le démarrage d'une petite entreprise, les services et activités du Carrefour visent l'amélioration des conditions de vie générales des jeunes.

Leur action s'appuie sur le Cadre de référence des carrefours jeunesse-emploi. Par leur approche, les carrefours ont la volonté d'inscrire leurs activités et leurs services en complémentarité avec les milieux locaux. La force des carrefours jeunesse-emploi provient de leur rattachement à la communauté dans laquelle ils s'inscrivent et de leur capacité à répondre aux multiples besoins des jeunes adultes à l'aide des outils conçus, entre autres, par les acteurs du milieu.

## Les commissions scolaires

Source : [www.fcsq.qc.ca/Commissions/Commissaires/index.html](http://www.fcsq.qc.ca/Commissions/Commissaires/index.html)

Il y a neuf commissions scolaires francophones et deux commissions scolaires anglophones en Montérégie. Sous la gouverne de commissaires élus au suffrage universel, les commissions scolaires sont des gouvernements locaux offrant des services éducatifs de qualité qui répondent aux besoins de formation des jeunes, des adultes ainsi que des entreprises et des organismes de leur territoire. Elles ont également pour mission d'offrir divers services à la communauté. La commission scolaire se voit donc accorder une mission d'une importance capitale qui se situe au cœur même du développement de toute collectivité.

La première responsabilité de la commission scolaire consiste à s'assurer que les personnes relevant de sa compétence reçoivent les services éducatifs auxquels elles ont droit. La deuxième est de répartir équitablement les ressources entre ses établissements, en tenant compte des besoins exprimés par ces derniers et des inégalités sociales et économiques des populations que ces établissements desservent. Pour la répartition des ressources financières, la commission scolaire doit rendre publics les objectifs, principes et critères afférents. La troisième responsabilité structurante de la commission scolaire consiste à organiser et à offrir des services à la communauté. Ces services peuvent être de nature culturelle, sociale, sportive, scientifique ou communautaire.

À ces différentes activités s'ajoutent d'autres champs d'action qui contribuent activement au développement local et régional, soit la participation à l'élaboration de divers plans stratégiques en région (loisirs, culture, emploi, économie, santé et services sociaux, sécurité publique, etc.) et la mise en place d'infrastructures (bibliothèque, gymnase, etc.).

Par son rôle dans l'organisation des services éducatifs aux adultes, la commission scolaire dynamise donc le développement social, culturel et économique des communautés locales.

## II - LES ACTEURS RÉGIONAUX

### Les conférences régionales des élus (CRÉ)

Connaissant la dynamique de leur région, les élus locaux sont bien placés pour prendre les décisions qui stimuleront son développement. Le gouvernement a voulu consacrer ce principe dans la *Loi sur le ministère du Développement économique et régional et de la Recherche* entrée en vigueur le 23 mars 2004. Les conférences régionales des élus ont été instituées par cette loi.

La CRÉ est l'interlocutrice privilégiée du gouvernement en matière de développement pour le territoire qu'elle représente. Elle est une instance composée d'élus municipaux qui s'adjoignent des représentants des divers secteurs socio-économiques pour favoriser la concertation des principaux intervenants et assumer la planification du développement régional. Les députés provinciaux y siègent sans droit de vote.

Pour la Montérégie, trois CRÉ ont été créées : la Conférence régionale des élus de Longueuil, la Conférence régionale des élus Vallée du Haut-Saint-Laurent et la Conférence régionale des élus de la Montérégie Est.

Leurs mandats en lien avec les déterminants sociaux de la santé sont :

- de favoriser la concertation des partenaires dans la région et de donner, le cas échéant, des avis au ministre sur le développement de la région;
- d'établir un plan quinquennal de développement, définissant dans une perspective de développement durable, les objectifs généraux et particuliers du développement de la région;
- de conclure des ententes avec les ministères ou organismes du gouvernement et, le cas échéant, avec d'autres organismes partenaires.

Le plan quinquennal doit être élaboré en tenant compte :

- de la participation des jeunes à la vie démocratique selon les principes de l'égalité et de la parité des femmes;
- des stratégies et des objectifs régionaux en matière de main-d'œuvre et d'emploi déterminés par le Conseil régional des partenaires du marché du travail de son territoire;
- du schéma métropolitain d'aménagement et de développement et des grands enjeux du développement économique d'une communauté métropolitaine, s'il y a lieu.

### La Communauté métropolitaine de Montréal

Les communautés métropolitaines sont des instances de planification et de coordination. Au Québec, on compte la Communauté métropolitaine de Montréal (CMM) et la Communauté métropolitaine de Québec (CMQ).

La CMM intervient dans plusieurs domaines dont l'aménagement du territoire, le développement économique, le transport en commun métropolitain, le logement social, l'assainissement des eaux et de l'atmosphère et la planification de la gestion des matières résiduelles. Chacune des communautés métropolitaines possède aussi des pouvoirs spécifiques en vertu de la loi qui la régit.

La CMM comprend 82 municipalités locales. Elle couvre entièrement le territoire de quatre MRC et, en partie, celui de six autres. Le conseil de la CMM est composé de 28 membres, soit des maires des villes de Montréal, de **Longueuil** et de Laval, de plusieurs conseillers de ces trois villes et de maires des couronnes Nord et Sud. Son président d'office est le maire de la Ville de Montréal.

Suite à une vaste consultation auprès de ses partenaires à l'automne 2004, la CMM adoptait un énoncé de vision stratégique du développement économique, social et environnemental de la région métropolitaine, intitulé *Cap sur le monde : bâtir une communauté compétitive, attractive, solidaire et responsable*. Celui-ci est basé sur plusieurs constats et défis, dont les suivants : une population vieillissante, un souci de cohésion sociale, des principes de développement durable et une nécessaire coordination des acteurs.

### **La Direction de santé publique de la Montérégie**

Source : [www.rrsss16.gouv.qc.ca/santepublique/direction/index.html](http://www.rrsss16.gouv.qc.ca/santepublique/direction/index.html)

La Direction de santé publique a la responsabilité d'agir sur les déterminants qui influencent la santé, dans ses dimensions physique et psychosociale, de façon à favoriser la santé et à empêcher que surgissent ou se développent les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux à l'échelle de la population montérégienne. Ses mandats en lien avec les déterminants de la santé sont :

- d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'elle juge les plus efficaces, en suivre l'évolution et, le cas échéant, faire les études et recherches nécessaires à cette fin;
- d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsque jugé approprié, prendre les mesures nécessaires pour favoriser cette action;
- de planifier, organiser, diriger et contrôler l'ensemble des activités reliées à l'élaboration, l'implantation et l'évaluation du *Plan d'action régional de santé publique* (PAR) et voir à ce que les activités soient harmonisées aux orientations du *Programme national de santé publique* et à la réponse aux besoins particuliers de sa population.

### **Le conseil régional des partenaires du marché du travail (CRPMT)**

Source : [www.crpmt.gouv.qc.ca/](http://www.crpmt.gouv.qc.ca/)

Les membres des CRPMT représentent les entreprises, la main-d'œuvre, le milieu de l'enseignement, les organismes communautaires et gouvernementaux. Les membres votants sont nommés par le ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale. La présidence est choisie par et parmi les membres.

Leurs principaux mandats sont de définir la problématique du marché du travail dans leur région, de soumettre un plan d'action régional en matière de main-d'œuvre et d'emploi, d'adapter à leur région les mesures, programmes et fonds de main-d'œuvre et d'emploi et de proposer des critères de répartition des ressources afférentes aux mesures et programmes. Les conseils régionaux peuvent également prendre des initiatives variées. Ils ont aussi le mandat, notamment :

- de promouvoir auprès de la conférence régionale des élus la prise en compte des stratégies et des objectifs régionaux en matière de main-d'œuvre et d'emploi;
- de favoriser des interventions à l'égard des personnes ou des groupes défavorisés sur le marché du travail dans leur région, notamment la conclusion d'ententes à cet égard avec des organismes communautaires œuvrant dans les domaines de la main-d'œuvre et de l'emploi;
- de favoriser la concertation entre les partenaires patronaux, syndicaux et sociaux et les milieux de l'enseignement et de l'économie, notamment par la création de comités consultatifs.

## **Les sociétés d'aide au développement des collectivités (SADC) et les centres d'aide aux entreprises (CAE)**

Source : [www.reseau-sadc.qc.ca/fr/index.php](http://www.reseau-sadc.qc.ca/fr/index.php)

Il y a trois SADC et trois CAE sur le territoire de la Montérégie. Ils sont financés principalement par Développement économique Canada. Ils viennent en aide aux collectivités des régions en leur fournissant des ressources qui favorisent leur développement économique et social. Ils ont pour mandat de :

- favoriser la concertation et le partenariat entre les divers intervenants des régions;
- maintenir les régions à l'avant-garde;
- favoriser la création, le maintien d'emplois et le développement d'entreprises;
- favoriser la création d'un climat propice au développement des initiatives locales;
- stimuler la participation de la collectivité dans la prise en charge de son avenir.

## **Les comités d'employabilité et de développement économique communautaire (CEDEC)**

Source : [www.buildingcommunities.ca/ct/fr/about.htm](http://www.buildingcommunities.ca/ct/fr/about.htm)

Il y a trois CEDEC qui desservent le territoire de la Montérégie. Ils agissent comme des catalyseurs de changement positif au sein des communautés de langue anglaise du Québec. Les directeurs des CEDEC et les bénévoles qui y travaillent s'évertuent à organiser et motiver les gens à reprendre possession de leurs communautés en les aidant à :

- mieux comprendre les avantages du développement économique communautaire (DEC) et le renforcement de capacités communautaires;
- coordonner et animer différentes activités (ateliers, forums, rencontres de cuisine, etc.) qui portent sur des questions de ressources humaines communautaires;
- animer des groupes d'action locaux;
- développer des partenariats favorisant le DEC;
- entrer en communication avec les décideurs au gouvernement fédéral et influencer les politiques publiques.

## **Réseau québécois de Villes et Villages en santé! (VVS)**

Source : [www.rqvvs.qc.ca](http://www.rqvvs.qc.ca)

Il y a 27 municipalités et une MRC (Haute-Yamaska) membres du réseau québécois de VVS en Montérégie. Ce réseau a pour mission de promouvoir et de soutenir, à travers tout le Québec, le développement durable de milieux de vie sains. Il mise, pour ce faire, sur les échanges et le partage entre les municipalités, sur l'engagement des décideurs municipaux en faveur de la qualité de vie et sur leur capacité à mobiliser leurs partenaires et les citoyennes et citoyens dans l'action concrète, dont :

- inciter les décideurs du monde municipal à prendre conscience de l'importance de leurs décisions au regard de la santé de leurs citoyens autant dans leur planification stratégique à long terme que dans leurs décisions courantes;
- inciter à travailler avec leurs partenaires de la santé et ceux des autres secteurs concernés à la réalisation de projets concrets, favorables à la santé et à la qualité de vie des citoyens et encourageant la participation active de ceux-ci et de celle des groupes communautaires;
- favoriser l'entraide et l'échange d'information et d'outils entre les différents projets locaux en cours dans les municipalités du Québec;
- défendre les intérêts des projets locaux auprès des autres structures concernées telles les gouvernements, le secteur privé, d'autres associations, etc.



# ANNEXE 3 :

## Mandats des différents acteurs en lien avec chacun des déterminants sociaux et des stratégies d'intervention

	Revenu	Emploi	Éducation	Logement	Sécurité alimentaire	Transport	Capital social	Soutien au développement des communautés	Mandat de concertation intersectorielle	Adoption de politiques publiques
<b>Acteurs locaux</b>										
1. Municipalité		X		X	X	X	X	X	X	X
2. Arrondissement				X	X	X	X	X	X	X
3. Agglomération		X		X	X	X	X	X	X	X
4. Municipalité régionale de comté	X	X	X	X		X	X	X	X	X
5. Office municipal d'habitation				X			X	X	X	
6. Centre de santé et de services sociaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7. Organisme communautaire autonome et bénévole	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
8. Corporation de développement communautaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
9. Centre local de développement	X	X	X				X	X	X	
10. Centre local d'emploi	X	X	X				X	X	X	
11. Carrefour jeunesse-emploi	X	X	X				X		X	
12. Commission scolaire			X		X	X	X	X	X	X
<b>Acteurs régionaux</b>										
13. Conférence régionale des élus	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14. Communauté métropolitaine	X	X		X		X			X	
15. Direction de santé publique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16. Conseil régional des partenaires du marché du travail	X	X	X				X		X	
17. Société d'aide au développement des collectivités et Centre d'aide aux entreprises	X	X	X				X	X	X	
18. Comité d'employabilité et de développement économique communautaire	X	X	X				X	X	X	

Tableau réalisé suite à la lecture des mandats des différents acteurs qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être, Direction de santé publique de la Montérégie



# ANNEXE 4 :

## Exemples de politiques publiques ou mesures issues de politiques publiques à implanter aux niveaux local et régional

### POLITIQUES PUBLIQUES LOCALES ET RÉGIONALES

#### Politique du développement social

Certaines MRC ont adopté une politique de développement social qui vise à doter la MRC d'une vision de développement intégré et durable appliqué au domaine social. Cette politique s'appuie sur la participation des citoyennes et des citoyens et traite de l'emploi, des études (jeunes et adultes), du bénévolat et de l'entraide (implication dans les activités culturelles, de loisirs et de sports), de l'investissement humain ou financier (dans une entreprise ou un projet communautaire) et de l'engagement (dans des institutions, organismes ou associations du territoire).

#### Politiques familiales municipales

Créer des environnements de vie favorables aux familles implique de combiner de multiples décisions et actions municipales émanant d'unités administratives ou d'instances différentes, mais aussi communautaires, privées et gouvernementales. L'adoption de politiques familiales et de plans d'action par les municipalités est préconisée par le Conseil de la famille et de l'enfance, et soutenue par le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine.

L'organisme Carrefour Action Municipale et Famille soutient l'implantation de politiques municipales familiales au Québec. En Montérégie, en 2006, on dénombrait 16 politiques familiales municipales complétées et 14 projets de politiques en cours, dont une politique à l'échelle d'une MRC. Ces 30 démarches couvrent ainsi un total de 45 municipalités, soit près du quart des municipalités de la Montérégie.

Les plans d'action qui découlent des politiques municipales familiales s'articulent autour des champs d'intervention suivants : habitation, loisirs et culture, service de garde, transport, urbanisme, développement communautaire, éducation, santé, environnement, sécurité publique, promotion de la vie familiale et administration municipale.

#### Politique du logement

Les politiques et programmes visant à améliorer l'accès des personnes défavorisées au logement ont bien démontré leur efficacité. Certaines municipalités au Québec ont élaboré des politiques du logement afin d'améliorer les conditions de logement de leurs citoyens en portant une attention particulière aux populations défavorisées. Une politique du logement vise notamment à améliorer la qualité et l'accessibilité économique des logements ainsi que la qualité de vie des citoyens.

## MESURES ISSUES DE POLITIQUES PUBLIQUES PROVINCIALES À IMPLANTER EN MONTÉRÉGIE

### Mesures de lutte à la pauvreté

La *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, adoptée en 2002, et le plan d'action gouvernemental qui en découle, incluent plusieurs mesures applicables au niveau local ou régional : intégration socioprofessionnelle, logement, soutien aux familles et aux jeunes, sécurité alimentaire, crédit communautaire, participation des personnes âgées, etc. Ce plan repose sur une démarche intersectorielle impliquant notamment le secteur de la santé et des services sociaux.

### Politique nationale de la ruralité

Depuis 2001, la *Politique nationale de la ruralité* et le programme du Pacte rural qui s'y rattache, avec son enveloppe budgétaire, ont fait la preuve d'une intégration réussie entre les exigences de rigueur administrative nécessaires aux interventions gouvernementales et la souplesse d'application requise au niveau des territoires locaux (mobilisation, participation, gestion de priorités, autonomie de gestion, intersectorialité). En cinq ans, les 86,4 millions de dollars investis dans 4 000 projets de pactes ruraux ont suscité des retombés totales de 600 millions de dollars de la part des partenaires intersectoriels, soit un effet de levier de près de 1 pour 7. En Montérégie, 458 projets ont été soutenus au sein de 14 MRC dans différents champs d'activités (infrastructure, aménagement, loisirs, activités culturelles, tourisme, développement agricole, transport collectif, outils de communication, etc.) entre 2003 et 2007. Le renouvellement de la politique pour la période 2007-2014, avec une enveloppe budgétaire de 280 millions de dollars (dont 22 millions de dollars pour la Montérégie) permettra de préserver les acquis et de développer de nouvelles initiatives en respectant l'identité rurale et en misant sur la mobilisation locale intersectorielle.

### Politique québécoise du transport collectif

La *Politique québécoise du transport collectif* vise à accroître l'utilisation du transport en commun au Québec. Cette politique précise que les municipalités sont les premières responsables en matière de transport collectif. Des projets et des plans sont en cours au sein de municipalités et de MRC en Montérégie.

### Politique gouvernementale sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette politique adoptée à l'automne 2006 vise, entre autres, l'intégration du principe de l'égalité des sexes à l'échelon local et régional, par le biais d'ententes spécifiques avec les CRÉ et d'activités de formation sur l'analyse différenciée selon les sexes pour les instances régionales et locales, et la mise en place de mesures répondant aux besoins spécifiques des femmes et des filles en matière de santé et de réduction des inégalités. Les instances régionales et locales, dont le réseau de la santé et les municipalités, sont invitées à s'associer comme partenaires actifs à la mise en œuvre de cette politique au cours des prochaines années.







1255, rue Beauregard  
Longueuil (Québec) J4K 2M3  
Téléphone: (450) 928-6777  
Télécopieur: (450) 679-6443  
[www.rrsss16.gouv.qc.ca](http://www.rrsss16.gouv.qc.ca)