



LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ NE SONT PAS UNE FATALITÉ : VOYONS-Y!

**RAPPORT DU DIRECTEUR
DE SANTÉ PUBLIQUE
SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ
EN MAURICIE ET AU CENTRE-DU-QUÉBEC**

MAI 2012

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

Québec 

**UNE PUBLICATION DE LA
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC**

Sous la direction du Docteur Gilles W. Grenier, directeur de santé publique

Équipe de projet : Réal Boisvert, Nathalie Cauchon, Gilles W. Grenier, Lucie Lafrance,
Caroline Paquin et Pierre Pelletier

Recherche et rédaction : Réal Boisvert

Collaboration à la rédaction : Lucie Lafrance

Traitement des données et illustrations cartographiques : Frédéric Lemay et Réal Boisvert

Communications : Caroline Paquin et René Lord

Révision : Diane Bourassa et Marion Lemay

Collaborateurs et collaboratrices à la section des actions locales :

Michelle Paquet et Jean-Claude Landry, CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan

Sandra Burquel et Guylaine Asselin, CSSS du Haut-Saint-Maurice

Claudette Boutin et Michèle Boulard, CSSS de Bécancour–Nicolet–Yamaska

Nathalie Garon et Marie-Josée Routhier, CSSS de Trois-Rivières

Josée Mercier et Chantal Desaulniers, CSSS de Maskinongé

Jean-François Bussièrès et Martine Fréchette, CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Pierre Giroux et Lucie Carrier, CSSS de l'Énergie

Nathalie Magnan et Ginette Lévesque, CSSS Drummond

Collaborateurs à l'accès aux données :

Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Les commissions scolaires de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Conception graphique : Julie Gosselin

Photographies : Gilles Roux

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN 978-2-89340-261-1

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

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Document accessible sur le site Internet de l'Agence

www.agencesss04.qc.ca

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

OCCUPONS-NOUS DES INÉGALITÉS, C'EST DANS NOTRE INTÉRÊT!

Le directeur de santé publique, précise la loi, est « responsable 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'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin »¹.

On ne saurait mieux introduire ce rapport qui porte sur les inégalités sociales de santé.

Les personnes les plus défavorisées, économiquement et socialement, sont aussi les plus vulnérables sur le plan de la santé physique et mentale. Ce constat démontré par une abondante littérature interpelle tous les intervenants dans le domaine de la santé et aussi dans les autres secteurs de notre région.

Pour favoriser la santé du plus grand nombre, c'est-à-dire pour faire reculer la maladie et donner aux individus plus d'autonomie et d'emprise sur leur existence, il importe d'améliorer leurs conditions de vie, leur environnement et leur situation socio-économique, autant de facteurs qui influencent leur santé et leur bien-être.

Pour ce faire, il nous est apparu primordial de bien connaître notre monde. Notre équipe de surveillance appuie, depuis plusieurs années, le chercheur Réal Boisvert dans une démarche qui vise à mieux décoder comment se présentent les inégalités sociales de santé dans notre milieu. Cette démarche s'intéresse aux communautés humaines et tente de nous en dresser un portrait le plus précis possible. Qu'est-ce qui caractérise chacune de ces communautés, qu'est-ce qui les différencie les unes des autres? Profil sociodémographique, situation financière, état des bâtiments et des espaces de loisirs, mais aussi état de santé, espérance de vie, nombre de signalements à la Direction de la protection de la jeunesse, tous ces éléments nous en disent long sur nos populations locales.

L'étude va plus loin et nous permet de situer sur la carte géographique de la région, les communautés de toutes catégories. On y constate notamment que les centres-villes sont particulièrement touchés par les inégalités et que le milieu rural présente une plus grande homogénéité.



POUR FAVORISER LA SANTÉ DU PLUS GRAND NOMBRE, C'EST-À-DIRE FAIRE RECULER LA MALADIE ET DONNER AUX INDIVIDUS PLUS D'AUTONOMIE ET D'EMPRISE SUR LEUR EXISTENCE, IL IMPORTE D'AMÉLIORER LEURS CONDITIONS DE VIE, LEUR ENVIRONNEMENT ET LEUR SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE...

¹ QUÉBEC (2012b), *Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2*, à jour au 1^{er} mars, Éditeur officiel du Québec, chapitre IV, art. 373.

Ces connaissances apportent un précieux éclairage aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux quand vient le temps de prioriser des actions préventives et curatives visant le mieux-être de nos populations. Elles permettent également aux acteurs des différents milieux de se mettre à la recherche des potentiels spécifiques à chaque regroupement de citoyens. Il est remarquable de souligner que même les secteurs les plus défavorisés comportent des richesses capables de déclencher des dynamiques favorables à leur développement.

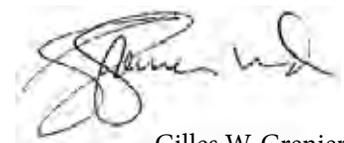
Au moment de lancer ce rapport, une évidence nous saute aux yeux : quand on parle d'inégalités sociales de santé, on dépasse largement le secteur de la santé. Si le réseau de la santé voit dans le domaine du développement des communautés une avenue privilégiée pour travailler en amont des problèmes, en agissant sur les conditions de vie, d'autres secteurs de la vie socio-économique pourraient aussi gagner à s'engager dans cette démarche. En effet, les inégalités ne nuisent pas qu'à la santé, elles perturbent la vie scolaire, par exemple, en étant associées au décrochage et aux difficultés d'adaptation et d'apprentissage. Elles déstabilisent la vie municipale, en étant responsables d'incivilités, d'insalubrité, de violence, de criminalité, etc. À ces secteurs, on pourrait ajouter la vie économique et commerciale durement affectée par la défavorisation de certains secteurs de nos villes.

Plusieurs secteurs d'activité dans notre société régionale ont donc intérêt à se préoccuper des inégalités. Chacun, pour des raisons qui lui sont propres, peut travailler à l'atteinte de cet objectif : réduire les écarts de santé et de bien-être entre les plus riches et les plus pauvres. Plusieurs partenaires travaillant ensemble : n'est-ce pas la bonne façon de créer une synergie efficace capable de démultiplier et de rentabiliser les efforts de chacun?

(...) quand on parle d'inégalités sociales de santé, on dépasse largement le secteur de la santé. En effet, les inégalités ne nuisent pas qu'à la santé, elles perturbent la vie scolaire, par exemple, en étant associées au décrochage et aux difficultés d'adaptation et d'apprentissage.

Je souhaite que la lecture de ce rapport vous fasse prendre conscience de l'ampleur du phénomène des inégalités dans notre région, de son impact sur la santé des populations bien sûr, mais aussi sur l'ensemble des aspects de notre vie civile. La lutte contre les inégalités peut produire des effets considérables sur la santé au sens propre, mais aussi sur la santé des municipalités, sur la santé économique, sur la santé de nos écoles, en somme, sur la santé globale de notre société. À cet égard, chacun de nous doit se sentir préoccupé.

Les inégalités en termes de revenu et de santé sont un reflet de la réalité québécoise. La publication de ce rapport permettra de faire le point sur cette question pour notre région. Cependant, ce rapport serait vain s'il ne réussissait pas à exprimer le chemin parcouru et à placer les jalons pour de prochaines étapes. Car nous visons ici à mobiliser une volonté collective suffisante pour renverser le courant des iniquités entre les communautés et permettre à tous de participer à construire une région où les conditions et la qualité de vie sont meilleures pour tous. La publication de ce rapport n'est pas une fin, mais une étape dans nos efforts pour contrer les inégalités sociales de santé.



Gilles W. Grenier

TABLE DES MATIÈRES

Mot du directeur de santé publique	1
Introduction	5
1. Les inégalités sociales de santé à l'échelle des individus	9
1.1 La région dans son ensemble	10
1.2 Les inégalités sociales de santé	11
1.2.1 La mortalité	12
1.2.2 La santé physique et sociale	13
1.3 Ce qu'il faut retenir	14
2. Apprendre à connaître les communautés : une approche adaptée	15
2.1 La communauté locale	16
2.2 La délimitation des communautés	17
2.3 La localisation des communautés	18
2.4 La vie des communautés	20
2.5 La valeur ajoutée de l'approche	20
2.6 Ce qu'il faut retenir	21
3. Les inégalités sociales de santé à l'échelle des communautés	23
3.1 La localisation des inégalités socio-économiques	24
3.2 La localisation des inégalités sociosanitaires	26
3.2.1 La mortalité	26
3.2.2 Les signalements jeunesse	28
3.3 La mesure des inégalités sociales de santé	30
3.3.1 Les types de communautés	30
3.3.2 L'ampleur des inégalités sociales de santé	33
3.3.3 La localisation des communautés selon leur type	36
3.3.4 Les conséquences des inégalités sociales de santé	37
3.3.4.1 La dynamique des inégalités	37
3.3.4.2 Entre les plus riches et les plus pauvres... ou le gradient des inégalités sociales de santé	38
3.4 Ce qu'il faut retenir	39
4. La réduction des inégalités sociales de santé	41
4.1 Les politiques et les programmes publics	43
4.1.1 Première action : réaffirmer l'importance des politiques et des programmes publics ainsi que leur nécessaire synergie	43

4.1.2	Deuxième action : exercer une influence sur les politiques et les programmes publics	46
4.1.3	Troisième action : adapter les politiques et les programmes publics aux réalités du milieu	47
4.2	L'action intersectorielle	52
4.2.1	Quatrième action : travailler avec les partenaires selon une approche intégrée et globale	52
4.3	La participation citoyenne	57
4.3.1	Cinquième action : travailler avec les citoyens et miser sur le potentiel des personnes par le biais du développement des communautés	57
4.3.2	Sixième action : renforcer la responsabilité populationnelle	59
4.3.3	Septième action : se servir des outils co-construits par les acteurs régionaux	61
4.4	Ce qu'il faut retenir	65
Conclusion		66

DES EXEMPLES D' ACTIONS LOCALES DANS CHACUN DES TERRITOIRES DES CSSS DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

CSSS de Maskinongé	70
CSSS de Trois-Rivières	71
CSSS du Haut-Saint-Maurice	74
CSSS de l'Énergie	76
CSSS de Bécancour–Nicolet–Yamaska	80
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	82
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	85
CSSS Drummond	87

Annexe 1 : Résumé du rapport	90
Références bibliographiques	92

INTRODUCTION

« L'injustice sociale tue à grande échelle² », affirme Michael Marmot, président de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé. Par injustice, Marmot fait référence aux différences d'état de santé entre les personnes les plus riches et les plus pauvres, mais aussi aux différences qui s'échelonnent sous forme de gradient entre ces deux catégories opposées. « Plus la condition socio-économique est basse, moins la santé est bonne », nous dit-il. Cette réalité est une injustice parce qu'elle est évitable. Toujours selon lui, nous avons aujourd'hui les connaissances et les moyens nous permettant de réduire les inégalités sociales de santé.

Plusieurs spécialistes en médecine communautaire partagent l'avis de Michael Marmot, notamment Paula Braveman pour qui « les inégalités sont des différences qui peuvent être atténuées par des politiques publiques; ce sont des différences que les groupes sociaux les plus désavantagés expérimentent plus que tout autre groupe au plan de leur santé ou des facteurs de risque qui pèsent sur eux; ces différences sont injustes parce qu'elles placent des groupes déjà désavantagés au regard de leurs conditions d'existence en situation de désavantage additionnel par rapport à leur santé » (notre traduction)³.

L'illustration de cette définition se vérifie tout particulièrement à l'échelle internationale. Par exemple, l'espérance de vie en Suède tourne autour de 80 ans alors qu'elle n'atteint pas 50 ans dans les pays les plus déshérités de la terre. Elle passe même sous la barre des 40 ans dans le cas du Zimbabwe et de l'Angola⁴.

Sur ce plan, le Québec dans son ensemble fait bonne figure. En 2010, les femmes pouvaient espérer vivre jusqu'à 83 ans et les hommes jusqu'à 78 ans⁵. Cependant, les hommes qui appartiennent à la catégorie de la population la plus défavorisée vivent huit ans de moins que les hommes qui sont dans la catégorie la plus favorisée⁶. Précisons que les disparités observées pour la mortalité s'appliquent à l'ensemble des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, allant du cancer du poumon à la fécondité chez les adolescentes en passant par le suicide et les accidents de la route⁷.

« L'injustice sociale tue à grande échelle », affirme Michael Marmot, président de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé.

² COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (2008), *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Organisation mondiale de la Santé.

³ Paula BRAVEMAN (2003), « Social Inequalities in Health », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, n° 4, p. 254-258. Cette définition et la mesure des inégalités à partir de l'indice de défavorisation de Robert Pampalon s'accordent bien avec les recommandations du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. Voir CENTRE D'ÉTUDE SUR LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION (2009), *Prendre la mesure de la pauvreté : propositions d'indicateurs de pauvreté, d'inégalités et d'exclusion sociale afin de mesurer les progrès réalisés au Québec*, Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Québec. Voir aussi Paula BRAVEMAN (2006), « Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement », *Annual Review of Public Health*, vol. 27, p. 167-194.

⁴ http://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_de_l'esp%C3%A9rance_de_vie_par_pays.

⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010b), *État de santé de la population québécoise : quelques repères*, Québec, 34 p.

⁶ Robert PAMPALON et Guy RAYMOND (2003), « Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être », *Santé, Société et Solidarité*, n° 1, p. 191-208.

⁷ J. MIKKONEN et D. RAPHAEL (2011), *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, Toronto, 62 p.

Si la situation québécoise se compare avantageusement à l'échelle internationale, il n'en demeure pas moins que les écarts observés ici ne sont en rien négligeables. Le Québec et la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec sont confrontés à la dure réalité des inégalités sociales de santé. Ce contre quoi des gestes concrets ont été faits. Il importe d'en souligner l'existence.

En effet, le Québec fait partie des rares sociétés qui se sont donné une loi pour lutter contre la pauvreté, adoptée à l'unanimité par l'ensemble de ses parlementaires⁸. Bien avant son adoption, cette loi avait été précédée par la mobilisation de larges pans de la société, notamment la Marche mondiale des femmes, une initiative féministe lancée par la Fédération des femmes du Québec contre la pauvreté et la violence faite aux femmes⁹. Quelque temps après, inspiré par un ensemble de publications scientifiques identifiant la pauvreté comme étant un déterminant majeur de la santé de la population¹⁰, le gouvernement du Québec lançait un vaste Forum sur le développement social où il était rappelé que les gains futurs en matière de santé passaient par la réduction des écarts entre les plus riches et les plus pauvres¹¹. Depuis, dans la foulée de la *Politique de la santé et du bien-être*¹², un ensemble de programmes et de plans d'action gouvernementaux ont fait de la lutte contre la pauvreté et la réduction des inégalités de santé et de bien-être une priorité nationale. Cela s'applique tout particulièrement au troisième *Rapport national du directeur de santé publique*¹³ et à la mise à jour du *Programme national de santé publique 2003-2012*¹⁴, sans compter l'annonce récente des *Plans d'action régionaux pour la solidarité et l'inclusion sociale (PARSIS)*¹⁵.

[...] un ensemble de programmes et de plans d'action gouvernementaux ont fait de la lutte contre la pauvreté et la réduction des inégalités de santé et de bien-être une priorité nationale.

Malgré tout, la pauvreté et les inégalités persistent. Il faut donc aller plus loin.

En continuité avec toutes ces actions, en conformité avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹⁶ ainsi que la *Loi sur la santé publique*¹⁷ et de concert avec nos partenaires des directions locales de santé publique des huit centres de santé et de services sociaux (CSSS), nous publions aujourd'hui le *Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec*.

⁸ QUÉBEC (2012c), *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale : L.R.Q., chapitre L-7*, à jour au 1^{er} mars, Éditeur officiel du Québec.

⁹ Voir les détails relatifs à cet événement à l'adresse suivante : http://fr.wikipedia.org/wiki/Marche_mondiale_des_Femmes.

¹⁰ En particulier André-Pierre CONTANDRIOPOULOS (2006), « Éléments pour une "topographie" du concept de santé », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 11, n° 1, p. 86-99.

¹¹ CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1998), *Forum sur le développement social*, Rapport remis au ministre de la Santé et des Services sociaux.

¹² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992), *La politique de la santé et du bien-être*, Québec.

¹³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ DES SERVICES SOCIAUX (2007), *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - Riches de tous nos enfants : la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, Québec.

¹⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008b), *Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008*, Québec.

¹⁵ MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (2010), *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015 : le Québec mobilisé contre la pauvreté*, Québec.

¹⁶ QUÉBEC (2012b), *op. cit.*

¹⁷ QUÉBEC (2012a), *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2*, à jour au 1^{er} mars, Éditeur officiel du Québec.

Ce rapport s'inscrit dans la foulée des travaux que mène depuis une dizaine d'années la Direction régionale de santé publique sur les inégalités de santé et de bien-être à l'échelle des communautés locales, cela en collaboration avec ses partenaires institutionnels et communautaires du domaine public et privé. Il se divise en cinq parties.

LES DONNÉES NOUS RAPPELLENT QUE LES GENS DONT LA SANTÉ ET LA RICHESSE VARIENT LES UNS PAR RAPPORT AUX AUTRES N'HABITENT PAS N'IMPORTE OÙ.

Tout d'abord, le rapport reprend quelques données permettant de comparer la région à l'ensemble du Québec au regard des inégalités socio-économiques et de leurs impacts sur la santé et le bien-être des individus.

Ces données nous rappellent que les gens dont la santé et la richesse varient les uns par rapport aux autres n'habitent pas n'importe où. Les inégalités existent certes, mais elles ont également une adresse. C'est bien ce que rapportait l'épidémiologiste Georges Kaplan¹⁸, un observateur aguerri de la scène de la santé publique, avec l'expression « *Location! Location! Location!* », insistant sur l'importance des milieux de vie comme facteur explicatif des différents états de santé que l'on observe au sein de toute population. Plus près de nous, Paul Bernard a brillamment démontré en quoi le voisinage influence la santé, notamment au regard de la distribution et de l'accessibilité aux ressources¹⁹.

Les inégalités sociales de santé ont donc une adresse. Non pas une adresse quelconque évoquant de vagues entités administratives. Mais une adresse qui parle au sens commun, un ancrage véritable, à l'échelle humaine, dans la réalité des territoires vécus, comme le dit si justement le sociologue Louis Favreau²⁰. Puisque cette façon de présenter les inégalités socio-économiques et les inégalités sociales de santé est relativement inusitée en dehors des cercles de la santé publique et de l'action communautaire, nous y consacrons le second chapitre, question d'en rappeler la portée et l'utilité.

La troisième partie du rapport décrit séparément les inégalités socio-économiques et sociosanitaires à l'échelle des communautés locales. L'analyse simultanée de ces deux dimensions permet, dans un premier temps, de saisir l'ampleur des inégalités sociales de santé et, dans un second temps, d'entrevoir les façons de mieux comprendre leur dynamique. Ce qui revient à dire que les inégalités ne sont pas une fatalité.

Les inégalités sociales de santé ont donc une adresse. Non pas une adresse quelconque évoquant de vagues entités administratives. Mais une adresse qui parle au sens commun, un ancrage véritable, à l'échelle humaine, dans la réalité des territoires vécus...

¹⁸ KAPLAN, George A. (1999), « Location, Location, Location », *Psychosomatic Medicine*, vol. 61, n° 6, p. 744-745.

¹⁹ Paul BERNARD et autres (2007), "Health Inequalities and Place: A Theoretical Conception of Neighborhood", *Social Science & Medicine*, vol. 65, n° 9, p. 1839-1852.

²⁰ Denis BOURQUE et Louis FAVREAU (2004), « Le développement des communautés : les concepts, les acteurs et les conditions de succès », revue *Développement social*, vol. 4, n° 3, p. 27.

Dans la quatrième partie, en s’inspirant de quelques principes et d’un certain nombre d’actions reconnus par un large consensus social, il s’agira de voir comment réduire toujours davantage les inégalités sociales de santé, notamment en travaillant avec les gens, en misant sur leur potentiel, en réaffirmant l’importance des politiques et des programmes publics, en adaptant ces politiques et ces programmes aux réalités du milieu, en intervenant sur les conditions de vie, en soutenant l’action des citoyens et en intégrant les différents paliers d’intervention des secteurs publics, communautaires et privés dans une approche globale et concertée.

En conclusion, inspiré par les travaux faits ici et ailleurs, ce rapport examine les façons de poursuivre sur notre élan qui consiste à générer des résultats toujours plus concrets en matière d’amélioration des conditions de vie et de production de la santé, deux éléments essentiels, comme le dit si bien Armatya Sen, à la liberté nécessaire aux individus et aux groupes sociaux pour agir sur leur mieux-être²¹.

En encart, en lien avec leurs responsabilités en matière d’amélioration de la santé de la population, se retrouvent des exemples éloquentes de projets menés en développement des communautés dans l’ensemble des huit CSSS de la région.

²¹ Armatya SEN (2010), *L’idée de justice*, Flammarion, Paris.



CHAPITRE 1

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ À L'ÉCHELLE DES INDIVIDUS



1.1 LA RÉGION DANS SON ENSEMBLE

Quel que soit l'indicateur retenu, la situation socio-économique de la Mauricie et du Centre-du-Québec est légèrement moins favorable que celle du Québec. Par exemple, entre 2004 et 2008, chaque résidant disposait d'un revenu personnel de 24 662 \$ en Mauricie et de 24 433 \$ au Centre-du-Québec, soit environ 3 000 \$ de moins que pour l'ensemble du Québec²². Pour ce qui est de la scolarité, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) estimait en 2008 que la proportion des personnes de 25 ans et plus sans diplôme d'études secondaires, s'élevait à 35,9 % pour la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec alors que cette proportion s'établissait à 31,3 % pour le Québec.

Au regard du volet sociosanitaire, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se compare à peu près à l'ensemble du Québec. L'espérance de vie à la naissance chez les hommes pour la période 2007 était la même que celle de la moyenne nationale. Pour ce qui est de la santé physique, pour ne retenir que deux exemples, pour les années 2006 et 2007, le taux de prévalence ajusté du diabète était ici de 6,8 en comparaison de 7,1 pour le Québec. Une même égalité s'observait quant au taux de mortalité ajusté par tumeurs malignes entre 2000 et 2004 (224 contre 229). Toutefois, la région se retrouve en surmortalité en matière de suicide, de décès causés par les maladies de l'appareil respiratoire et par les traumatismes non intentionnels. À noter que les taux de mortalité de la région sont supérieurs à ceux du Québec chez les jeunes et les adultes de moins de 65 ans. Enfin, la proportion de la population de 12 ans et plus ayant des problèmes de santé fonctionnels était à peu près semblable pour la région et pour le Québec.

[...] la région se retrouve en surmortalité en matière de suicide, de décès causés par les maladies de l'appareil respiratoire et par les traumatismes non intentionnels.

Le tableau 1 reprend certaines de ces données pour l'ensemble de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Le portrait général de la situation cache toutefois le fait que les femmes ont une meilleure scolarité que les hommes : leur taux de décrochage est nettement plus bas et elles sont plus nombreuses à posséder un diplôme d'études secondaires. Malgré cela, leur revenu est de 30 % inférieur à celui des hommes et la situation est pire pour les femmes de 65 ans et plus. Dans 75 % des cas, les chefs de famille monoparentale sont des femmes. Donc, comme ailleurs au Québec, les femmes de la région ont une moins bonne situation socio-économique que les hommes et une plus forte proportion d'entre elles vit sous les seuils de faible revenu.

²² Les données présentées ici sont tirées de INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010a), *Bulletin statistique régional*, Édition 2010.

TABLEAU 1

COMPARAISON ENTRE LA MAURICIE ET LE CENTRE-DU-QUÉBEC ET LE QUÉBEC POUR CERTAINS INDICATEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES ET SOCIOSANITAIRES

	Mauricie et Centre-du-Québec	Québec
Volet socio-économique		
PIB moyen par habitant	31 088 \$	36 542 \$
Revenu personnel moyen	24 547 \$	26 900 \$
Faible scolarité (moins de 25 ans)	39,9 %	31,3 %
Volet sociosanitaire		
Espérance de vie	80	80,3
Espérance de vie des hommes	77,1	77,8
Espérance de vie des femmes	82,6	82,7
Taux de prévalence ajusté du diabète	6,8	7,1
Taux de mortalité ajusté par tumeurs malignes	224	229
Taux de mortalité par suicide (100 000)	21,8	15,9
Proportion de problèmes de santé fonctionnels (plus de 12 ans)	14,6	13,5

Au regard de leur état sociosanitaire, les femmes de la région affichent la même espérance de vie à la naissance que les femmes du Québec, soit 82 ans. Comme ces dernières, les femmes d'ici subissent beaucoup plus de violence conjugale et d'agressions sexuelles que les hommes. De plus, elles sont davantage affligées d'incapacités qu'eux, cela est particulièrement vrai pour les femmes de 65 ans et plus. Enfin, elles sont également plus nombreuses que les hommes à présenter un indice de détresse psychologique élevé.

1.2 LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Après avoir donné un aperçu des inégalités socio-économiques et sociosanitaires et une fois rappelées les différences homme-femme à l'échelle de la région et du Québec, revenons donc aux inégalités de santé liées aux conditions socio-économiques, soit les inégalités sociales de santé proprement dites. À ce sujet, rappelons que la mesure des inégalités sociales liées à la mortalité est établie à

partir des catégories²³ opposées formées par le groupe des personnes très défavorisées en comparaison avec le groupe des personnes très favorisées de l'indice de défavorisation matérielle et sociale utilisé par l'Institut national de santé publique²⁴.

1.2.1 LA MORTALITÉ

Au Québec en 2008²⁵, les hommes les moins scolarisés, ceux dont les revenus sont les plus bas, qui sont le plus privés d'emploi, qui se retrouvent le plus souvent seuls, séparés, veufs ou divorcés, ont une espérance de vie de huit ans moindre que ceux qui, sous ces aspects, sont les plus favorisés (72,4 ans contre 80,5 ans). Les femmes qui vivent la même situation sont privées quant à elles de plus de quatre ans d'espérance de vie. L'ordre d'arrivée au cimetière, nous dit Christian Baudelot, est le classement final d'une hiérarchie sociale implacable : les premiers sont les derniers²⁶.

Au total, pour la Mauricie et le Centre-du-Québec, les personnes les plus défavorisées accusaient pour la même période un déficit de près de 6 000 années de vie perdues par rapport aux personnes les plus favorisées. Comme le montre le tableau 2, elles présentaient un taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes de 278 contre 209, soit une surmortalité de 30 %. Le taux ajusté de mortalité lié au tabagisme s'élevait à 355 pour les personnes les plus défavorisées et à 172 pour les plus favorisées, une différence cette fois de près de 100 %. Jusqu'à la mortalité par suicide qui frappait plus de trois fois plus chez les personnes très défavorisées que chez les personnes très favorisées (taux ajusté de 27,8 contre 8,7).

L'ORDRE D'ARRIVÉE AU CIMETIÈRE, NOUS DIT CHRISTIAN BAUDELOT, EST LE CLASSEMENT FINAL D'UNE HIÉRARCHIE SOCIALE IMPLACABLE : LES PREMIERS SONT LES DERNIERS.

[...] le taux de mortalité toutes causes confondues chez les enfants défavorisés de moins de 18 ans est de deux fois supérieur à celui des enfants favorisés.

Enfin, comment négliger le fait que le taux de mortalité toutes causes confondues chez les enfants défavorisés de moins de 18 ans est de deux fois supérieur à celui des enfants favorisés (65,9 contre 29,5)²⁷?

²³ Suivant les recommandations de Paula Braveman, les comparaisons sont établies entre les catégories opposées du continuum des valeurs observées sur l'axe des mesures retenues. Paula BRAVEMAN (2003), *op. cit.*

²⁴ Robert PAMPALON et Guy RAYMOND (2003), *op. cit.*

²⁵ Principales références : INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Volet du Santéscope : inégalités sociales de santé*, mise à jour en 2008, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/santescope>]. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010b), *Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, Portail de l'Infocentre, [En ligne]. [<https://www.infocentre.inspq.rts.qc.ca/indicateurs.jsp?siteInfocentre=PCS&shortName=PlanCommun>]

²⁶ Christian BAUDELOT (2010), « Les inégalités sociales de santé : le point de vue d'un sociologue », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 73, décembre.

²⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ DES SERVICES SOCIAUX (2007), *op. cit.*

TABLEAU 2

EXEMPLES D'INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ POUR LA MAURICIE ET LE CENTRE-DU-QUÉBEC

	Très défavorisés	Très favorisés
Taux de mortalité par tumeurs malignes	278	209
Taux de mortalité par tabagisme	355	172
Taux de mortalité par suicide (100 000)	27,8	8,7
Perception de mauvaise santé en %	20	4
Insatisfaction de la vie sociale en %	14,9	6
Détresse psychologique élevée en %	30,5	17,5

1.2.2 LA SANTÉ PHYSIQUE ET SOCIALE

Pour les inégalités liées à la santé physique, il n'y a pas de différence significative entre les pourcentages observés au Québec et dans la région en ce qui concerne les personnes qui estiment que leur santé est passable ou mauvaise²⁸. De plus, si pour l'ensemble du Québec davantage de femmes que d'hommes perçoivent leur santé comme étant mauvaise (11,7 % contre 9,9 %), ce n'est pas le cas de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les personnes en situation de monoparentalité ne semblent pas non plus, sous ce rapport, plus désavantagées ici qu'ailleurs au Québec.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, à l'instar de ce que l'on observe au Québec, les personnes qui ont un niveau de scolarité inférieur à un diplôme d'études secondaires sont cinq fois plus nombreuses que les universitaires à se déclarer en mauvaise santé (20 % contre 4 %). Situation identique pour les gens dont l'indice du niveau de revenu du ménage est le plus faible (22,6 % contre 8,7 %) et ceux qui se perçoivent comme étant pauvres ou très pauvres en comparaison de ceux qui s'estiment à l'aise ou ayant des revenus suffisants (27,2 % contre 9,4 %). Les personnes sans emploi s'en tirent également beaucoup moins bien que les travailleurs (23,2 % contre 7,2 %).

En ce qui concerne la perception de la vie sociale, il n'y a pas de différence entre la région et le Québec ainsi qu'entre les hommes et les femmes. Le pourcentage des gens plutôt ou très insatisfaits de leur vie sociale oscille autour de 6 % dans tous les cas. Toutefois, ce pourcentage grimpe à 14,9 % en Mauricie et au Centre-du-Québec et à 19,3 % au Québec chez les individus

²⁸ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010b), *op. cit.*

qui à l'égard de leur situation financière se perçoivent comme étant pauvres ou très pauvres.

Quant à la santé mentale, les données de la plus récente enquête sur les collectivités canadiennes²⁹ concernant les personnes qui ont un indice de détresse psychologique élevé corroborent les effets observés au chapitre des déterminants socio-économiques. Environ 20 % des Québécois présentent un indice de détresse élevé. Ce pourcentage s'élève à 30,5 % pour les personnes dont l'indice de revenu du ménage est le plus bas et à 17,5 % pour celles dont l'indice est le plus haut. Et les femmes sont plus sévèrement touchées que les hommes sur ce plan (26 % contre 19,5 %).

1.3 CE QU'IL FAUT RETENIR

Comme le montre le tableau 2, ce survol confirme que la dynamique des inégalités sociales de santé, ainsi que sa terminologie l'indique, s'exerce avec une vigueur impitoyable ici comme ailleurs. Parce qu'elles sont injustement moins scolarisées, qu'elles ont des revenus inférieurs et une vie sociale moins active, les personnes défavorisées meurent beaucoup plus jeunes et sont aux prises avec plus de problèmes de santé que les personnes favorisées.

²⁹ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008), *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005*, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Zoom Santé.



CHAPITRE 2

**APPRENDRE À
CONNAÎTRE LES
COMMUNAUTÉS :
UNE APPROCHE
ADAPTÉE**



La section précédente le démontre, plusieurs enquêtes³⁰, de nombreuses monographies³¹ et diverses recherches³² établissent une étroite corrélation entre la situation socio-économique des individus et leur état de santé. Tous ces travaux arrivent à la même conclusion : la santé est la chose du monde la moins bien partagée.³³

Par ailleurs, une abondante littérature³⁴ rappelle également que le voisinage immédiat d'une personne est un puissant prédicteur de sa situation de vie. Cependant, on compte peu d'applications qui mettent systématiquement et entièrement en lien les différents voisinages ou milieux de vie d'un territoire donné au plan de leur situation socio-économique, de leur santé et de leurs problèmes sociaux.

C'est l'approche qui a été retenue en Mauricie et au Centre-du-Québec. Elle permet de constater certes que les communautés les plus avantagées et les communautés les plus désavantagées se positionnent à l'opposé en matière de santé et de problèmes sociaux, mais elle suggère aussi qu'à défavorisation comparable, certains milieux de vie s'en tirent mieux que d'autres. À l'inverse, elle laisse entrevoir que des communautés pourtant bien nanties ne sont pas à l'abri d'un surplus de problèmes sociaux. En outre, cette même approche fait apparaître le gradient³⁵ des situations intermédiaires qui existent entre les positions extrêmes, à cette différence que ce même gradient se situe à l'échelle géographique plutôt qu'à l'échelle individuelle. À la fin, on a entre les mains une typologie de communautés qui présente les inégalités sociales de santé sous une autre perspective.

[...] l'approche qui a été retenue en Mauricie et Centre-du-Québec [...] suggère aussi qu'à défavorisation comparable, certains milieux de vie s'en tirent mieux que d'autres. À l'inverse, elle laisse entrevoir que des communautés pourtant bien nanties ne sont pas à l'abri d'un surplus de problèmes sociaux.

Par exemple, à partir de là, pour employer une image, on voit davantage que des personnes qui sont aux prises avec leur destin. On découvre le jeu des forces et des contraintes avec lequel elles composent et qui influence leur quête vers une bonne ou une meilleure santé. C'est bien là, tout autant que sur l'individu lui-même, qu'il faut intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé.

2.1 LA COMMUNAUTÉ LOCALE

Ce lieu où convergent notre regard et nos actions correspond à un groupe social dont les membres vivent ensemble, partagent des caractères ainsi que des intérêts communs³⁶.

³⁰ On pense ici aux enquêtes initiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux sous le nom d'Enquête santé Québec au tournant des années quatre-vingt, enquêtes relayées par la suite par les Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes par Statistique Canada.

³¹ Notamment tous les travaux menés sous la conduite de Maria de Koninck dans la région de Québec, en particulier dans le secteur Limoilou. Maria DE KONINCK (2006), « Inégalités sociales de santé : influence des milieux de vie », *Lien social et Politiques*, n° 55, printemps, p. 125-136.

³² Voir la bibliographie sur les inégalités de santé accessible à l'adresse suivante : <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/Inegalites SocialesSante.pdf>.

³³ Katherine FROLICH et autres (2008), *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Presses de l'Université de Montréal, novembre, 407 p.

³⁴ Outre Paul Bernard évoqué plus haut, on pense notamment aux travaux de l'École de Chicago, dont le célèbre ouvrage *The Structure of Growth of Residential Neighbourhood in American Cities* de Robert E. Park.

³⁵ On peut s'en remettre à la définition que propose l'OMS à l'adresse suivante : http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/.

³⁶ Cette définition tirée du logiciel Antidote de 2008 ne s'applique donc pas ici aux personnes qui appartiennent à une communauté d'esprit, à une communauté ethnique ou à une communauté thématique.

Cette définition se rapproche de celle de « territoire vécu » utilisée par Louis Favreau³⁷ pour qui une communauté est un ancrage humain à l'intérieur duquel les échanges sociaux revêtent un caractère personnalisé. En ce sens, la communauté est vue comme un environnement naturel réunissant un nombre significatif de personnes composant un tissu social suffisamment indifférencié et formant une population relativement homogène au plan socio-économique. De plus, la communauté ainsi définie s'étend sur une trame géographique bien circonscrite et à peu près uniforme³⁸. Par exemple, en milieu urbain, elle respecte les frontières historiques des quartiers, des paroisses ou des unités de voisinage, cela en suivant le tracé des parcs, des grandes artères routières, des rivières ou des lignes de transport électrique. En milieu rural, la communauté correspond au village et suit ainsi les limites juridiques des municipalités³⁹.

Cette notion de communauté définie en tant que lieu géographiquement humanisé diffère nettement des ensembles habituellement choisis pour dresser des profils sociosanitaires, tels que les territoires de MRC, les districts de CLSC, les arrondissements des grandes villes ou les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Ces regroupements administratifs rassemblent bien souvent en leur sein des communautés distinctes. Du reste, il arrive que des réalités contraires s'y côtoient de sorte que les indicateurs qui en ressortent aplanissent les inégalités et masquent de ce fait les relations entre les grands facteurs socio-économiques et la santé des populations.

2.2 LA DÉLIMITATION DES COMMUNAUTÉS

Mais on ne décrète pas de la sorte, comme on le fait pour une entité administrative, le périmètre d'une communauté locale. Pour y arriver, il faut s'en remettre à ceux et à celles qui ont l'expertise pour le faire, soit les habitants qui résident ou travaillent dans ces communautés : organisateurs communautaires, élus, policiers, courtiers en immeubles, résidants, gestionnaires, gens d'affaires, etc. Depuis une quinzaine d'années, de nombreuses rencontres avec ces divers intervenants ont



³⁷ Denis BOURQUE et Louis FAVREAU (2004), *op. cit.*

³⁸ Alexandre LEBEL et autres (2007), "A Multi-Perspective Approach for Defining Neighbourhood Units in the Context of a Study on Health Inequalities in the Quebec City Region", *International Journal of Health Geographics*, vol. 6, n° 27, July.

³⁹ Pour de plus amples détails, voir Réal BOISVERT (2007), *Les indicateurs de développement des communautés : vers le déploiement d'un dispositif national de surveillance*, 64 p. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (2007), *Cahier technique* présenté aux participants de l'atelier méthodologique des Journées annuelles de santé publique 2007.

permis de cerner des milieux de vie qui sont reconnus comme tels par la population. Au fil des ans et des ajustements rendus nécessaires par les mouvements de population, cette approche a permis de définir en Mauricie et au Centre-du-Québec 267 communautés⁴⁰.

2.3 LA LOCALISATION DES COMMUNAUTÉS

Chacune des 267 communautés de la Mauricie et du Centre-du-Québec compte en moyenne 2 000 personnes réparties à peu près en nombre égal selon la région administrative (tableau 3). La réalité urbaine ou rurale d'une communauté étant porteuse de différences notables, c'est pourquoi, au tableau 3, nous les distinguons.

TABLEAU 3
COMMUNAUTÉS DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC SELON LA DIMENSION RURALE/URBAINE 2001/2006

	2001					2006				
	Rural		Urbain		Total	Rural		Urbain		Total
	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N
Mauricie	39	26 %	111	74 %	150	34	25 %	103	75 %	137
Centre-du-Québec	77	59 %	54	41 %	131	61	47 %	69	53 %	130
Total	166	41 %	165	59 %	281	95	36 %	172	64 %	267

Considérant la plus grande urbanisation en Mauricie, on y compte une proportion plus élevée de communautés urbaines qu'au Centre-du-Québec. De plus, le Centre-du-Québec regroupe une population légèrement inférieure en nombre à celle de la Mauricie : il compte donc au total un peu moins de communautés (tableau 4 et carte 1).

TABLEAU 4
COMMUNAUTÉS DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC SELON LA POPULATION DE RÉFÉRENCE

	Population 2006		Nombre de communautés	
Mauricie	254 168	53,3 %	137	51,3 %
Centre-du-Québec	222 621	47,6 %	130	48,7 %
Total	476 789	100,0 %	267	100,0 %

Sauf exception, en milieu rural, la communauté correspond au village ou à la municipalité⁴¹.

⁴⁰ Réal BOISVERT en collaboration avec Yves PEPIN et Frédéric LEMAY (2010), *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : une analyse écologique (phase III)*, Rapport de recherche, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Trois-Rivières.

CARTE 1

LES COMMUNAUTÉS DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC SELON LES PRINCIPAUX CENTRES URBAINS



Voir : <http://infocentre.agencesss04-apphr.qc.ca/defavo06/>.

⁴¹ Parce qu'elles se retrouvent avec des effectifs de population en deçà des critères exigés pour le traitement de certaines données statistiques ($n < 500$), en milieu rural, au Centre-du-Québec, les municipalités de Sainte-Sophie-d'Halifax et de Saint-Pierre-Baptiste, de Notre-Dame-de-Lourdes et de Villeroy, des Saints-Martyrs-Canadiens, de Ham-Nord et de Notre-Dame-de-Ham, de Sainte-Élizabeth-de-Warwick et de Sainte-Séraphine, de Sainte-Clotilde-de-Horton et de Saint-Samuel, de Daveluyville, de Sainte-Anne-du-Sault et de Maddington, de Sainte-Eulalie et d'Aston-Jonction, de Sainte-Monique, de La Visitation-de-Yamaska et de Grand-St-Esprit, de Pierreville et de Saint-Elphège, de Sainte-Marie-de-Blandford et de Lemieux, de Sainte-Françoise, de Fortierville et de Parisville, de Sainte-Sophie-de-Lévrard et de Sainte-Cécile-de-Lévrard, de Saint-Majorique-de-Grantham et de Saint-Edmond-de-Grantham, de Saint-Bonaventure et de Saint-Pie-de-Guire ainsi qu'en Mauricie, les municipalités de Saint-Luc-de-Vincennes et de Saint-Narcisse, de Saint-Prosper et de Saint-Stanislas, de Saint-Roch-de-Mékinac et de Trois-Rives, de Hérouxville et de Grandes-Piles, de Saint-Barnabé et Saint-Sévère, de Lac-Édouard et de La Bostonnais, ont été regroupées au sein d'une même communauté.

2.4 LA VIE DES COMMUNAUTÉS

Les communautés sont des milieux de vie. Ce sont des ancrages qui voient naître et se développer des centaines d'individus. Ce sont des territoires bien circonscrits d'où partent et reviennent des jeunes, des aînés ou des familles entières. Certaines communautés remontent à la naissance de la région et forment les premiers quartiers de nos villes. D'autres, ayant tout autant d'histoire, logent dans l'arrière-pays ou s'échelonnent le long du Saint-Laurent. Quelques-unes sont dites dévitalisées et d'autres sont lancées sur les voies de la prospérité. Certaines viennent tout juste d'être créées, comme c'est le cas pour les développements domiciliaires qui s'enroulent en périphérie des grandes villes et qui contribuent à modifier leur configuration. Toutes ces communautés ont des caractéristiques qui modèlent le visage des inégalités.

LES COMMUNAUTÉS SONT DES MILIEUX DE VIE. CE SONT DES ANCRAGES QUI VOIENT NAÎTRE ET SE DÉVELOPPER DES CENTAINES D'INDIVIDUS.

2.5 LA VALEUR AJOUTÉE DE L'APPROCHE

Un certain nombre d'avantages résultent du fait d'envisager, au plan statistique et informationnel, la région à l'échelle humaine, selon la géographie de ses communautés locales. En voici trois.

[...] les sociétés et les organisations qui se développent le mieux sont celles qui se donnent les moyens de mieux comprendre leur milieu.

En premier lieu, cette façon de faire soulève l'intérêt de la population elle-même qui se reconnaît mieux dans les portraits faits à cette échelle que dans les descriptions se rattachant à des entités plus administratives. Cet intérêt a le mérite d'attiser la curiosité sur les données comme telles et donc d'accroître la connaissance des citoyens sur des réalités qui les concernent de près. Cela favorise la prise d'initiatives conduisant à des actions destinées à corriger ou à encourager tel ou tel aspect de leur vie commune.

Ensuite, cette approche permet à tous les acteurs concernés par le développement de la région de constater que notre territoire n'est pas un tout indifférencié, mais un organisme dont les composantes ont leur vie propre et que, pour favoriser le mieux-être de l'ensemble, il faut prendre en compte chacune des parties.

Vérité universelle s'il en est. Il est en effet reconnu, en troisième lieu, que les sociétés et les organisations⁴² qui se développent le mieux sont également celles qui se donnent les moyens de mieux connaître et de mieux comprendre leur milieu, notamment en construisant des outils et en partageant des informations qui suscitent les discussions et forcent la réflexion sur le fait de vivre ensemble, cela suivant les principes de ce qu'il est convenu d'appeler l'intelligence collective des communautés⁴³.

2.6 CE QU'IL FAUT RETENIR

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec privilégie une approche adaptée pour s'intéresser aux inégalités sociales de santé à l'échelle des communautés locales. Elle innove en partie en le faisant à la fois pour toutes les communautés de son territoire. Et c'est par cette façon de faire qu'elle ajoute, à tous les moyens mis en place pour lutter contre les inégalités, une action plus ciblée et axée sur des aspects structurants des personnes vivant dans les communautés, tels que les habitudes de vie et les comportements.

⁴² Jean-Marc FONTAN (2011), « La mobilisation des savoirs en contexte de lutte contre la pauvreté et l'exclusion : quels apprentissages pour les administrations publiques? », *Télescope*, vol. 17, n° 3, p. 123-139.

⁴³ Voir Réal BOISVERT et Claire MILETTE (2009), *op. cit.* ainsi que Réal BOISVERT (2010). « Indicateurs et dispositif de connaissance du développement des communautés : éléments de synthèse relatifs à une instrumentation soutenant l'intelligence collective des milieux de vie », *Revue vie économique*, vol. 1, n° 4.



CHAPITRE 3

**LES INÉGALITÉS
SOCIALES DE SANTÉ
À L'ÉCHELLE
DES COMMUNAUTÉS**



Les données présentées dans cette section se rapportent d'abord à la localisation des inégalités socio-économiques puis aux inégalités sociosanitaires, c'est-à-dire aux inégalités propres à la mortalité et aux problèmes sociaux.

Le croisement de ces deux séries de données permet de mesurer l'ampleur des inégalités sociales de santé en calculant l'écart entre les communautés dont la situation socio-économique et sociosanitaire (considérées simultanément) est la meilleure et celles dont la situation est la moins bonne. Entre ces deux catégories opposées se déclinent cinq types de communautés intermédiaires avec leur situation socio-économique et sociosanitaire respective.

L'emplacement des types de communautés ainsi que leurs relations réciproques servent enfin à mieux comprendre la dynamique des inégalités sociales de santé et les conséquences qui en découlent.

(...) LA GRANDE DÉFAVORISATION SE CONCENTRE PRESQUE ENTIÈREMENT DANS LES PREMIERS QUARTIERS ET DANS LES CENTRES-VILLES DE LA RÉGION.

3.1 LA LOCALISATION DES INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Premier constat⁴⁴ : la très grande défavorisation⁴⁵, (c'est-à-dire le groupe de 20 % des communautés où les revenus sont les plus bas, la scolarité la plus faible, l'emploi le plus rare de même que les proportions de familles monoparentales, de personnes qui vivent seules et qui sont séparées, veuves ou divorcées sont les plus fortes) se concentre presque entièrement dans les premiers quartiers et dans les centres-villes de la région. Ce phénomène, observé déjà en 1996 et en 2001, est relativement stable. Pour l'exprimer en chiffres, 92 % des communautés très défavorisées de la Mauricie et du Centre-du-Québec se retrouvent en milieu urbain (soit 48 sur 53).

[...] 92 % des communautés très défavorisées de la Mauricie et du Centre-du-Québec se retrouvent en milieu urbain.

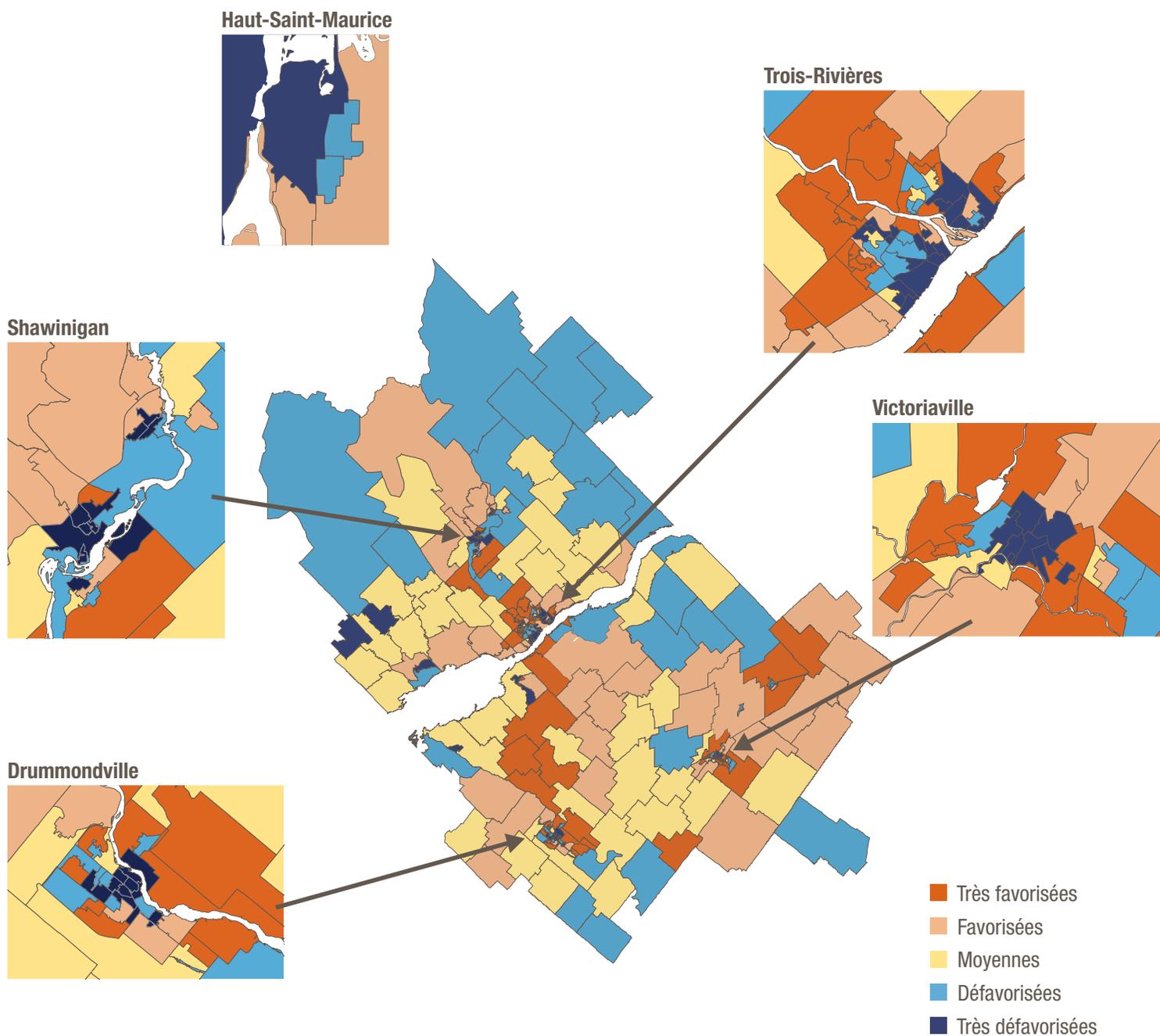
De plus, comme on peut le constater sur la carte 2, plus des trois quarts des communautés les plus favorisées de la région (représentées par des polygones orange) se retrouvent également en milieu urbain, cette fois en se déployant un peu à la manière de cercles concentriques autour de la catégorie des communautés les plus défavorisées (polygones bleu foncé).

⁴⁴ Les résultats présentés ici sont une synthèse du rapport général suivant : Réal BOISVERT en collaboration Yves PEPIN et Frédéric LEMAY (2010), *op. cit.*

⁴⁵ Concept développé et mesuré par Robert Pampalon et ses collaborateurs. Il sert à mesurer l'état de développement socio-économique des communautés locales. L'indice a donc été construit au moyen des six indicateurs habituels, soit la proportion des gens sans diplôme d'études secondaires (population faiblement scolarisée), le revenu personnel moyen, le rapport emploi/population, la proportion des gens séparés, divorcés ou veufs, la proportion des familles monoparentales et la proportion des personnes vivant seules. Robert PAMPALON, Mathieu PHILIBERT et Denis HAMEL (2004), *Développement d'un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles de CLSC*, Institut national de santé publique du Québec, p. 7-10.

CARTE 2

COMMUNAUTÉS DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC SELON LEUR QUINTILE DE DÉFAVORISATION, RECENSEMENT DE 2006



Source : Statistique Canada (2006)

Polygones orange : quintile de défavorisation très faible

Polygones bleu foncé : quintile de défavorisation très élevé

Si la dynamique du développement socio-économique est fort contrastée en milieu urbain, elle est beaucoup plus homogène en milieu rural. Près de 90 % des communautés rurales de la région sont absentes des deux catégories extrêmes et se retrouvent ainsi dans les catégories favorisée, moyenne ou défavorisée de l'indice socio-économique. À noter toutefois que ces trois quintiles (catégories) de développement ne se répartissent pas au hasard. Les communautés défavorisées ont tendance à se tasser aux extrémités de la région, au nord-est/nord-ouest de la Mauricie ainsi qu'au nord-est et au sud-ouest du Centre-du-Québec. Les communautés favorisées se retrouvent quant à elles enroulées autour des pôles urbains en Mauricie (au pourtour des communautés très favorisées) alors qu'elles s'étalent sur l'ensemble du territoire au Centre-du-Québec. Enfin, les communautés moyennes se regroupent plutôt dans le centre géographique et de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

**PRÈS DE 90 % DES
COMMUNAUTÉS RURALES
DE LA RÉGION SONT
ABSENTES DES DEUX
CATÉGORIES EXTRÊMES...**

L'image du beigne abondamment utilisée pour décrire le développement socio-économique du Québec peut aussi s'appliquer à la région. Le trou du beigne est représenté par les premiers quartiers des villes. Là se concentrent les populations les plus défavorisées. Le beignet lui-même est formé des quartiers périphériques et des banlieues. Il regroupe des populations plus jeunes, plus actives et plus riches. Au-delà, on retombe dans une zone intermédiaire, une zone abritant une population moins prospère que la précédente, mais néanmoins relativement à l'aise, une zone en fait qui réunit des municipalités rurales en voie d'urbanisation ou qui abrite des producteurs agricoles bien établis. Enfin, passé ce cercle, apparaît un espace de défavorisation qui correspond à l'arrière-pays, principalement en Mauricie, un lieu de décroissance démographique et de dévitalisation économique.

Les communautés défavorisées ont tendance à se tasser aux extrémités de la région, au nord-est/nord-ouest de la Mauricie ainsi qu'au nord-est et au sud-ouest du Centre-du-Québec.

3.2 LA LOCALISATION DES INÉGALITÉS SOCIO-SANITAIRES

3.2.1 LA MORTALITÉ

Au total, on retrouve en Mauricie et au Centre-du-Québec, une fois prise en compte la structure d'âge et de sexe de la population, 38 communautés dont les habitants meurent en plus grand nombre que ce à quoi on devrait s'attendre (surmortalité). De plus, il y a 24 communautés où ils vivent moins longtemps que l'âge moyen attendu (mortalité prématurée). Inversement, 66 communautés se caractérisent par le fait que les décès recensés y sont inférieurs aux valeurs attendues (sous-mortalité) et 20 communautés par un âge moyen des décès supérieur à la moyenne (longévité).

La dynamique de la mortalité est très sensible au caractère urbain ou rural des communautés. Par exemple, les communautés rurales comptent pour le tiers de l'ensemble des communautés, mais **une** seulement est aux prises avec un état de mortalité prématurée (voir tableau 5). Même chose pour la surmortalité. Seulement 10 % des communautés en situation de surmortalité sont en milieu rural. Comme on peut le constater sur le tableau plus bas, c'est en milieu urbain que l'on retrouve les communautés où la mortalité est la plus présente et là également où elle fait le moins de victimes. À l'instar de ce qui prévalait pour le développement socio-économique, la surmortalité et la mortalité prématurée sévissent le plus souvent dans les communautés des premiers quartiers des villes alors que la sous-mortalité et la longévité, à quelques exceptions près, sont le propre des communautés urbaines les plus favorisées au plan socio-économique.

TABLEAU 5
DISTRIBUTION DES INDICATEURS DE MORTALITÉ SELON LE TERRITOIRE URBAIN/RURAL

Mortalité	Territoire			
	Rural		Urbain	
	N	%	N	%
Âge moyen attendu au décès				
longévité	5	25,0	15	75,0
mortalité moyenne	89	39,7	135	60,3
mortalité prématurée	1	4,3	22	95,7
Indice comparatif de mortalité				
sous-mortalité	16	24,2	50	75,8
mortalité moyenne	75	46,0	88	54,0
surmortalité	4	10,5	34	89,5

3.2.2 LES SIGNALEMENTS JEUNESSE

Un total de 11 308 signalements de jeunes de 0-17 ans ont été rapportés entre 2004 et 2008 au directeur de la protection de la jeunesse. En moyenne, il y avait, dans les communautés de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 140 signalements pour 1 000 individus⁴⁶. On observait 154/1 000 signalements en Mauricie et 123/1 000 au Centre-du-Québec. Ces taux étaient respectivement de 110/1 000 en milieu rural et de 155/1 000 en milieu urbain. Ces différences sont significatives d'un point de vue statistique.

LES TAUX DE SIGNALEMENTS SONT PLUS PRONONCÉS DANS LES CENTRES-VILLES AUTANT DE LA MAURICIE QUE DU CENTRE-DU-QUÉBEC.

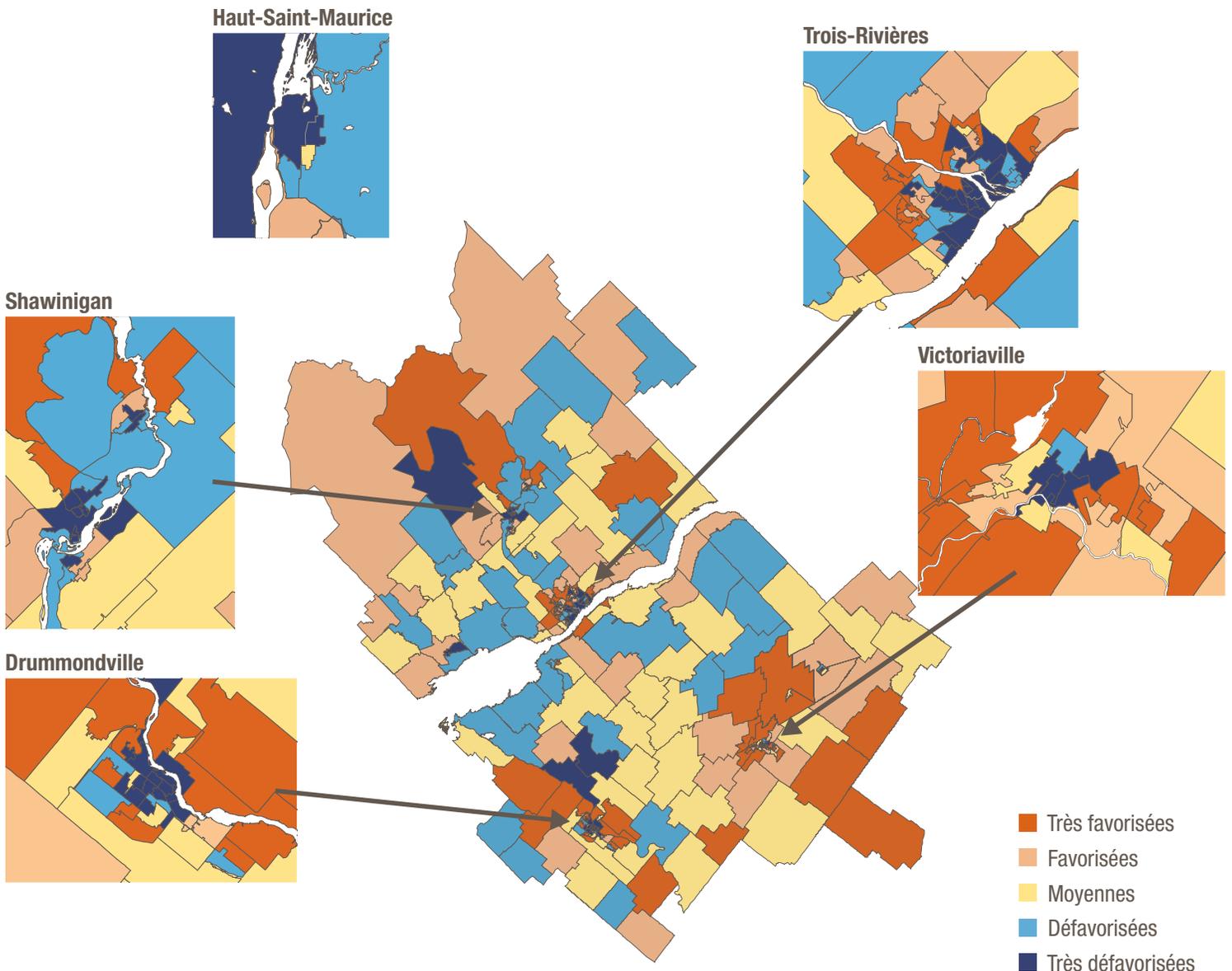
Comme nous le démontre la carte 3, les communautés les plus aux prises avec de forts taux de signalements se retrouvent surtout, au plan géographique, au centre et au sud de la Mauricie et au nord du Centre-du-Québec. Les taux de signalements sont plus prononcés dans les centres-villes autant de la Mauricie que du Centre-du-Québec.



⁴⁶ Pour des raisons de méthode, les taux de signalement des 0-17 ans ont été calculés à partir de la population des 0-14 ans du recensement de 2006. Ces taux sont sur-évalués puisque le groupe d'âge de la population au dénominateur ne correspond pas au groupe d'âge de la population signalée. À noter aussi qu'il s'agit du nombre total de signalements retenus. Également, un même individu peut être signalé plus d'une fois. Il faut donc considérer ces taux pour leur valeur relative et non pas absolue.

CARTE 3

TAUX DE SIGNALEMENTS JEUNESSE DANS LES CINQ CATÉGORIES DE COMMUNAUTÉS DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC



Comme l'indique la carte 3 ci-haut, les signalements jeunesse, du moins pour ce qui est de leur prévalence en milieu urbain, ont tendance à se répartir de la même façon que les indicateurs socio-économiques et les décès.

Source : Direction de la protection de la jeunesse (données de 2006-2008)

Polygones orange : quintile de signalements très faible
Polygones bleu foncé : quintile de signalements très élevé

3.3 LA MESURE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

3.3.1 LES TYPES DE COMMUNAUTÉS

Il existe une étroite corrélation entre la situation socio-économique des communautés (mesurée à l'aide de l'indice socio-économique) et leur situation sociosanitaire (mesurée à partir du nombre de décès observés, de l'âge moyen observé au décès, du pourcentage de signalements jeunesse, du pourcentage d'élèves qui ont des difficultés d'apprentissage et du pourcentage de personnes qui ont une incapacité (lui-même mesuré à l'aide de l'indice sociosanitaire)).

La figure 1 sur la page de droite illustre la répartition de toutes les communautés de la région dans un espace à deux dimensions. Sur l'axe des ordonnées, on retrouve l'indice socio-économique et, sur l'axe des abscisses, l'indice sociosanitaire. Sur l'axe des ordonnées, plus on va vers le haut, plus les communautés sont défavorisées au plan de l'emploi, du revenu, de la scolarité, du statut de vie (monoparentalité, vivre seul) ou de la situation matrimoniale (veuf, séparé ou divorcé). Sur l'axe des abscisses, plus on va vers la droite, plus les communautés sont en situation de surmortalité ou de mortalité prématurée, plus on y retrouve de gens aux prises avec des incapacités ou des problèmes sociaux (signalements et élèves en difficulté).

Ainsi, dans la section⁴⁷ supérieure droite se retrouvent les communautés plutôt problématiques au regard de la santé, des problèmes sociaux et de la pauvreté. À l'autre bout, dans la section inférieure gauche, se situent les communautés avantagées. Elles regroupent des gens relativement riches, qui sont le plus souvent en situation de longévité et de sous-mortalité et qui ne connaissent que rarement la réalité des signalements jeunesse. Entre ces deux extrêmes, se trouvent les communautés vulnérables ou aisées, respectivement en moins bonne ou en meilleure situation que la moyenne des communautés, cela tout en se distinguant d'un cran des communautés qui les précèdent ou qui leur succèdent au classement de l'échelle socio-économique ou sociosanitaire. Au centre de cette illustration se rassemblent les communautés moyennes : ses résidants vivent dans des conditions qui correspondent à celles de la majorité de la population, c'est-à-dire en étant ni pauvres, ni riches, connaissant un lot normal de signalements jeunesse ou d'élèves en difficulté de comportements ou d'apprentissage.

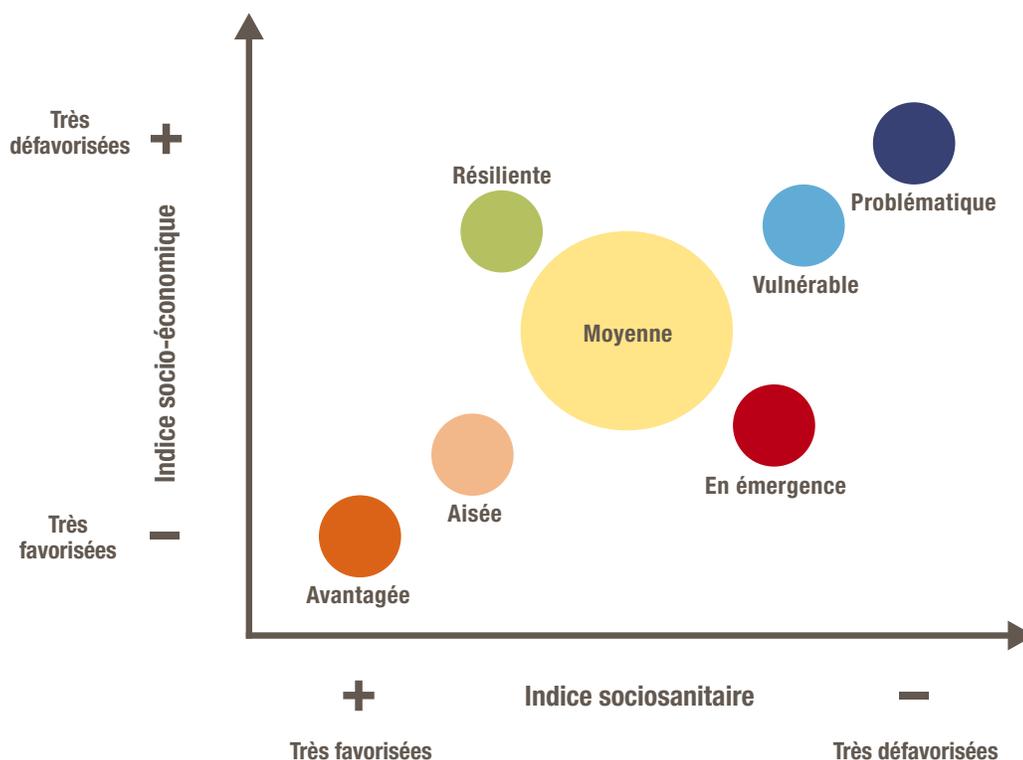
Il existe une étroite corrélation entre la situation socio-économique des communautés et leur situation sociosanitaire.

Restent deux catégories plus atypiques. Les communautés appartenant à la première sont situées dans la région supérieure gauche de la figure 1. Ces communautés s'en

⁴⁷ La répartition des communautés dans leur quadrant respectif est faite selon la valeur de leur écart-type. La plupart des communautés qui occupent les quadrants opposés se situent à deux écarts-types de la moyenne. Voir pour les questions de méthode : Réal BOISVERT en collaboration avec Yves PEPIN et Frédéric LEMAY (2010), *op. cit.*

tirent un peu mieux que ce à quoi on devrait s'attendre au plan sociosanitaire étant donné leurs conditions socio-économiques. Les communautés appartenant à la seconde, dans la section inférieure droite, se retrouvent avec plus de problèmes sociaux que ce qui est attendu malgré leur situation socio-économique. Les premières sont regroupées au sein des communautés résilientes alors que les secondes font partie des communautés dites en émergence.

FIGURE 1
REPRÉSENTATION DES COMMUNAUTÉS SELON LEUR INDICE SOCIO-ÉCONOMIQUE ET SOCIOSANITAIRE RESPECTIF



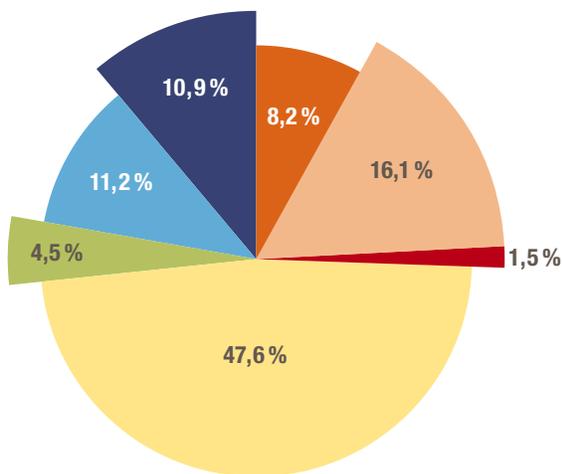


FIGURE 2
NOMBRES ET POURCENTAGES DE COMMUNAUTÉS
DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC
SELON LEUR TYPE

	Nombre	Pourcentage
Avantagée	22	8,2
Aisée	43	16,1
En émergence	4	1,5
Moyenne	127	47,6
Résiliente	12	4,5
Vulnérable	30	11,2
Problématique	29	10,9
Total	267	100,0

De façon plus schématique la typologie des communautés de la région se décline de la façon suivante :

- 1. Les communautés problématiques :** très grande défavorisation socio-économique, graves problèmes de mortalité et taux très élevés de problèmes sociaux;
- 2. Les communautés vulnérables :** défavorisation socio-économique, mortalité anormalement élevée et des taux de problèmes sociaux relativement élevés;
- 3. Les communautés moyennes :** situation socio-économique moyenne, mortalité normale et des taux de problèmes sociaux modérés;
- 4. Les communautés aisées :** grande favorisation, mortalité enviable et peu de problèmes sociaux;
- 5. Les communautés avantagées :** très grande favorisation, mortalité très inférieure à la moyenne et presque pas de problèmes sociaux;
- 6. Les communautés à surveiller ou en émergence :** situation socio-économique enviable, mortalité normale et taux de problèmes sociaux assez élevés;
- 7. Les communautés résilientes :** situation socio-économique détériorée, une mortalité normale, voire plus faible que la moyenne, et peu de problèmes sociaux.

La figure 2, ci-contre, nous rappelle que la moitié des communautés de la Mauricie et du Centre-du-Québec appartiennent à la catégorie des communautés moyennes. Environ 20 % d'entre elles se classent dans les catégories problématiques ou vulnérables. Quelques-unes seulement sont du type résiliente ou en émergence.

Ces pourcentages varient sensiblement, selon qu'on se réfère à la réalité urbaine/rurale ou à celle des régions administratives. Les communautés problématiques, par exemple, se situent exclusivement en milieu urbain. Les trois quarts des communautés moyennes se retrouvent en milieu rural alors qu'elles ne comptent que pour le tiers des communautés.

3.3.2 L'AMPLEUR DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Le tableau 6 reprend la plupart des indicateurs qui ont servi à construire l'indice socio-économique ou l'indice sociosanitaire selon le type de communautés.

TABLEAU 6
RAPPORTS D'INÉGALITÉ DES COMMUNAUTÉS DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC
ENTRE LES CATÉGORIES PROBLÉMATIQUE ET AVANTAGÉE POUR DIVERS INDICATEURS

Indicateurs variés	Types de communautés							Rapport d'inégalité*
	Problématique	Vulnérable	Moyenne	Aisée	Avantagée	Résiliente	En émergence	
Personnes faiblement scolarisées	35,5 %	32,3 %	29,7 %	24,0 %	18,8 %	36,0 %	30,2 %	1,89
Personnes séparées, veuves ou divorcées	26,0 %	22,7 %	18,8 %	16,7 %	16,1 %	20,7 %	16,9 %	1,62
Personnes vivant seules	33,0 %	22,5 %	14,2 %	10,7 %	8,4 %	19,4 %	12,5 %	3,94
Taux d'emploi	46,1 %	51,1 %	57,5 %	61,0 %	63,4 %	55,5 %	62,2 %	0,73
Revenu moyen per capita	20 986 \$	23 112 \$	26 112 \$	31 267 \$	36 389 \$	23 703 \$	29 467 \$	0,58
Monoparentalité	28,2 %	20,7 %	14,3 %	11,4 %	10,4 %	18,2 %	12,7 %	2,71
Locataires	74,2 %	52,5 %	24,7 %	16,9 %	9,0 %	37,4 %	19,1 %	8,24
Logements, besoins de réparations majeures	9,0 %	7,6 %	8,2 %	5,7 %	3,3 %	6,9 %	12,2 %	2,75
Mobilité récente	18,6 %	15,5 %	9,6 %	9,0 %	9,7 %	13,8 %	13,8 %	1,93
Incapacités	20,7 %	15,1 %	12,1 %	9,7 %	8,5 %	11,0 %	14,8 %	2,44
Naissances dont la mère est faiblement scolarisée	47,0 %	43,4 %	27,0 %	21,2 %	12,0 %	25,2 %	27,7 %	3,90
Taux de signalements**	43,3 %	24,9 %	14,1 %	8,5 %	5,3 %	13,5 %	26,9 %	8,11
Élèves en difficulté	10,9 %	8,7 %	6,5 %	4,5 %	3,1 %	3,6 %	8,9 %	3,54
Taux bruts de mortalité pour 100 000	1 321	1 014	634	441	221	474	nd	5,98
Taux bruts de mortalité pour 100 000 pour les moins de 65 ans	381	285	217	168	104	169	211	3,66
Taux ajustés de mortalité pour 100 000	936	801	674	617	495	623	nd	1,89

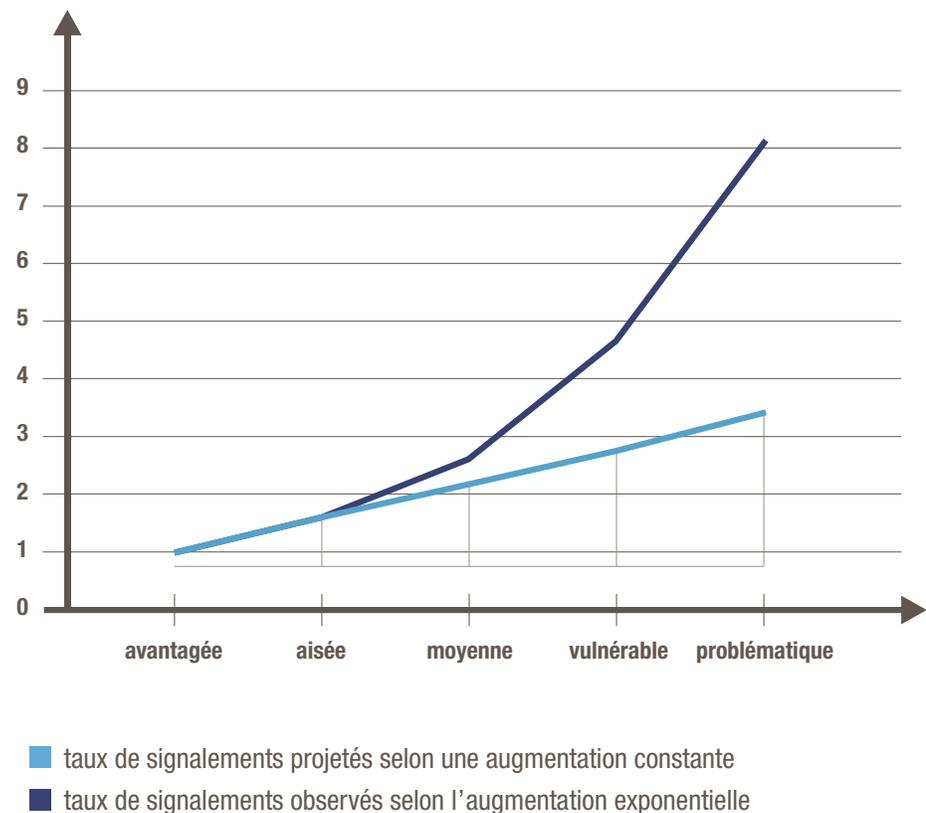
* Le rapport d'inégalité est le résultat de la division entre la valeur de la communauté problématique et celle de la communauté avantagée.

** À noter que le pourcentage des signalements jeunesse inclut les doublons.

La différence la plus notable touche les signalements jeunesse. Un rapport d'inégalité de 8,11 distingue les communautés problématiques des communautés avantagées.

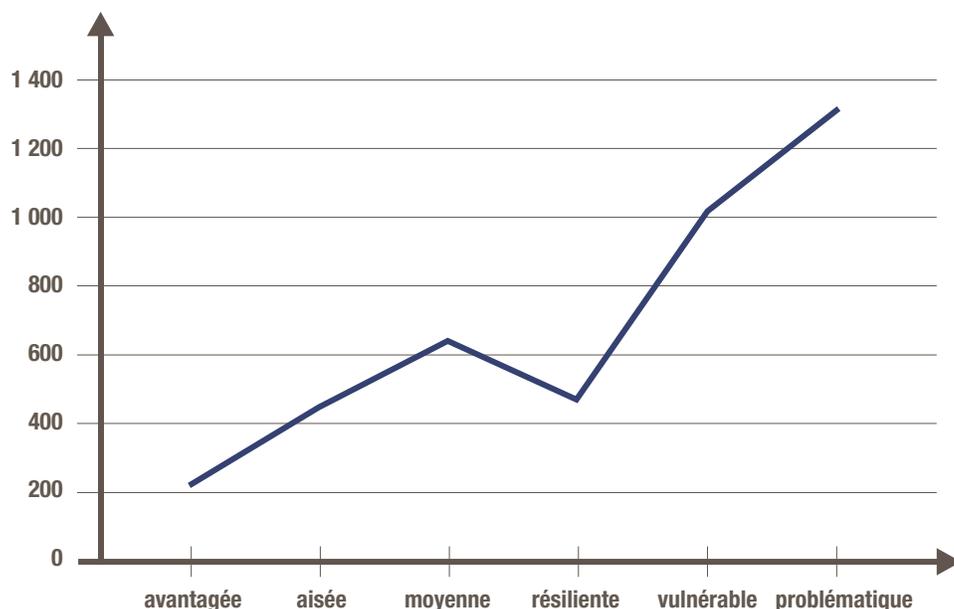
Il est intéressant de noter que le rapport d'inégalité propre aux signalements jeunesse ne suit pas un mouvement égal, auquel cas il serait de l'ordre de trois ou quatre fois supérieur entre les catégories opposées. Comme le montre la figure 3, le rapport d'inégalité suit une courbe exponentielle faisant en sorte qu'il décroche brutalement de la ligne de la constance au moment où celle-ci passe par la catégorie des communautés moyennes. La courbe va en accéléré au passage de la catégorie des communautés vulnérables pour atteindre un point critique lorsqu'elle touche la catégorie des communautés problématiques. Dans ce type de communauté, on estime que près d'un jeune de 0-17 ans sur quatre est l'objet d'un signalement.

FIGURE 3
RAPPORTS D'INÉGALITÉ DES TAUX DE SIGNALEMENTS JEUNESSE SELON LA VALEUR OBSERVÉE OU SELON UNE PROGRESSION CONSTANTE POUR CINQ TYPES DE COMMUNAUTÉS



Sur un autre plan, la figure 4 nous apprend que les communautés problématiques ont connu, entre 2001 et 2006, un **taux brut** de mortalité pour 100 000 personnes six fois supérieur à celui des communautés avantagées. Le rapport d'inégalité s'établit à 1,89 lorsque ce **taux** est **ajusté** en fonction de l'âge et du sexe. À ce titre, les personnes paient un prix deux fois plus élevé en ce qui a trait à la mortalité lorsqu'elles vivent dans les communautés problématiques plutôt que dans les communautés avantagées. Tout compte fait, ce sont environ 300 vies⁴⁸ par année qui seraient maintenues en Mauricie et au Centre-du-Québec si les inégalités étaient réduites à leur plus simple expression.

FIGURE 4
TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ POUR 100 000
SELON LE TYPE DE COMMUNAUTÉ



Note : les données relatives aux communautés émergentes n'apparaissent pas ici en raison de leurs faibles effectifs.

À titre comparatif, on pourrait illustrer ce phénomène avec des données colligées aux États-Unis : « Aux États-Unis, 886 202 décès auraient été évités entre 1991 et 2000 si le taux de mortalité avait été le même chez les Américains d'origine africaine que chez les Blancs, alors qu'à titre de comparaison seules 176 633 vies ont pu être sauvées grâce aux progrès de la médecine au cours de la même période⁴⁹. »

[...] les personnes paient un prix deux fois plus élevé en ce qui a trait à la mortalité lorsqu'elles vivent dans les communautés problématiques plutôt que dans les communautés avantagées.

⁴⁸ Mais il est vrai que, en nombre absolu, les communautés problématiques comptent un nombre supérieur de personnes âgées. Si on retranche de l'ensemble des communautés de la région les personnes de 65 ans et plus, le rapport d'inégalité entre les communautés les plus avantagées et celles qui le sont le moins passe à 3,66. Encore ici toutefois, il importe de rappeler que les premiers quartiers des centres-villes abritent moins de jeunes familles que les quartiers de banlieue. Resserrons donc encore la mesure. Ainsi, une fois parfaitement ajusté selon l'âge et le sexe, le taux de mortalité pour 100 000 personnes dans les communautés problématiques est de 936 et de 495 pour les communautés avantagées.

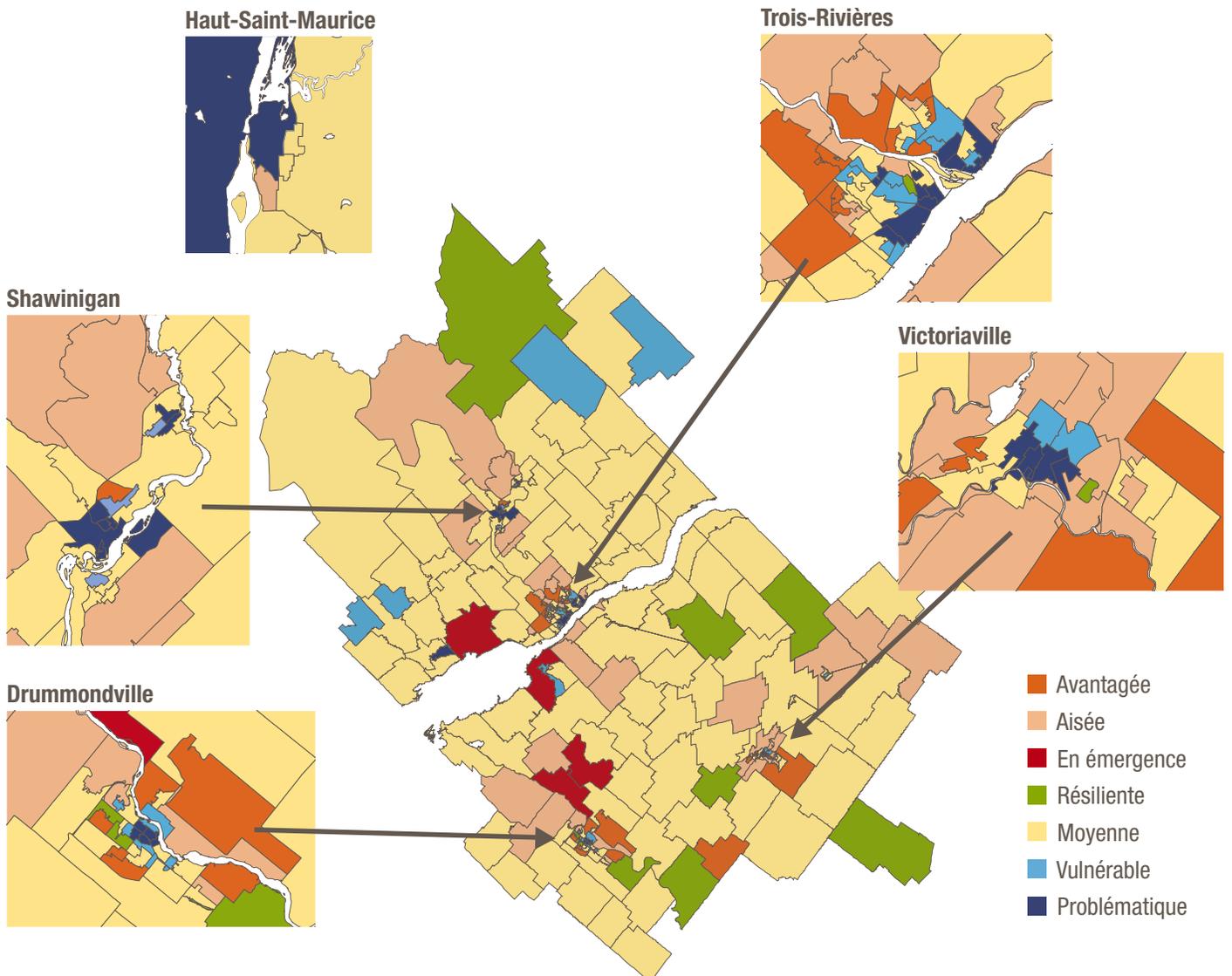
⁴⁹ Voir la COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (2008), *op.cit.*

3.3.3 LA LOCALISATION DES COMMUNAUTÉS SELON LEUR TYPE

Comme le montre la carte 4, les communautés problématiques (représentées par des polygones bleu foncé) se retrouvent exclusivement dans les centres-villes de la région. Plus de 80 % des communautés vulnérables (polygones bleu ciel) s’y situent également. Même chose pour les communautés avantagées (polygones orange) et aisées (polygones ocre). Sur 22 communautés, 19 sont en milieu urbain alors que c’est le cas de 32 sur 43 pour les communautés aisées. Les communautés résilientes quant à elles appartiennent presque en totalité (10 sur 12) au Centre-du-Québec, réparties à parts égales entre la ville et la campagne. Ceci va de pair avec le fait que, même si elles comptent pour le tiers des communautés au total, les communautés rurales regroupent un peu plus de 70 % des communautés moyennes.

CARTE 4

LES COMMUNAUTÉS DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC SELON LEUR TYPE



3.3.4 LES CONSÉQUENCES DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

3.3.4.1 LA DYNAMIQUE DES INÉGALITÉS

La situation sociosanitaire des communautés rurales est meilleure que leur situation socio-économique. La bonne performance relative des milieux ruraux en matière de santé et de problèmes sociaux s'explique en partie par le fait que les rapports d'inégalité y sont moins prononcés⁵⁰. D'une part, il est fréquent que « les personnes et les familles ont tendance à quitter les communautés rurales afin d'éviter la pauvreté ou d'y échapper⁵¹. » D'autre part, selon certains auteurs, la pauvreté est moins dommageable en milieu rural, qu'en milieu urbain, les réseaux d'entraide exerçant un meilleur effet protecteur⁵². D'autres avancent qu'en milieu rural, la population adopte des habitudes et des comportements plus sains⁵³.

(...) LES INÉGALITÉS ELLES-MÊMES, EN PLUS DE LA PAUVRETÉ EN SOI, AJOUTENT LEUR PROPRE POIDS AU FARDEAU DE LA MAUVAISE SANTÉ, ET CELA, D'AUTANT PLUS QUE LEUR AMPLEUR EST GRANDE.

Chose probable également, les inégalités elles-mêmes, en plus de la pauvreté en soi, ajoutent leur propre poids au fardeau de la mauvaise santé, et cela, d'autant plus que leur ampleur est grande⁵⁴. La carte 4 montre que le territoire urbain est traversé par un clivage qui rend la pauvreté matérielle et sociale plus concentrée et plus apparente. Tout se passe comme si les communautés vulnérables ou problématiques avaient sans cesse devant les yeux l'image de leur différence. Et il se peut que ce soit pour cette raison que les inégalités frappent durement, parce qu'elles mettent sans cesse à jour, à deux pas de l'aisance des banlieues, les faibles revenus, le manque d'emploi, la piètre qualité du logement, les incivilités, une garde-robe passée de mode, la faiblesse de l'offre et de l'accès à l'alimentation, l'insuffisance du panier de provisions, la déficience des moyens de transport, la rareté des espaces verts, les défaillances de la sécurité publique et les frustrations engendrées par des relations de voisinage souvent tendues.

⁵⁰ Non pas qu'il n'y ait pas de pauvres, mais ces derniers se retrouvent en milieu plus hétérogène et en proportion moindre. La pauvreté est à ce titre probablement moins pénible à supporter.

⁵¹ Notamment à l'adresse <http://www.rural.gc.ca/RURAL/display-afficher.do?id=1247249990335&lang=fra>.

⁵² Alexandre PAGÈS (2004), *La pauvreté en milieu rural*, Université Toulouse-le Mirail, Presses universitaires du Mirail.

⁵³ Et sur ce point : « Les villes favorisent en outre des modes de vie peu sains, et en particulier les régimes alimentaires peu coûteux et commodes à base d'aliments transformés riches en graisses et en sucre, mais pauvres en nutriments essentiels. Mais aussi les comportements sédentaires, le tabagisme, la consommation abusive d'alcool et d'autres substances », http://www.who.int/dg/speeches/2010/urban_health_20100407/fr/index.html.

⁵⁴ Selon la formule développée par Christopher Mc All, ce sont les rapports sociaux inégalitaires, les rapports d'appropriation des ressources et les rapports d'exclusion qui génèrent les inégalités sociales de santé.

Selon Vincent de Gaulejac⁵⁵, la pauvreté est difficile à porter, non seulement pour ce qu'elle fait, mais pour ce qu'elle est. Elle est d'autant plus néfaste qu'elle est vécue socialement⁵⁶. C'est ainsi que le rappel constant de sa différence exerce un effet sur l'estime personnelle et la confiance en soi, notamment chez les enfants défavorisés de niveau primaire. Les probabilités sont plus élevées pour eux qu'ils se replient sur eux-mêmes, accusant du coup leur distanciation avec le groupe et amorçant, dès l'entrée, les étapes de délestage qui les conduiront au décrochage⁵⁷.

La distanciation sociale, qu'elle s'exprime par le recul, le repli ou l'exclusion, est liée à la proximité physique permanente de l'image inversée de soi. La comparaison désavantageuse continue entre soi et les autres, la conscience de sa différence « en creux » et l'impossibilité de la dépasser, ne peuvent pas être étrangères au sentiment d'injustice, à la révolte ou à l'insécurité. Autant de conditions favorables à la présence d'un stress continu, lui-même précurseur de comportements ou d'habitudes de vie préjudiciables. Cette dynamique explique clairement pourquoi, pour reprendre le titre d'un livre célèbre, certains sont en santé et d'autres non⁵⁸.

La comparaison désavantageuse continue entre soi et les autres, la conscience de sa différence « en creux » et l'impossibilité de la dépasser, ne peuvent pas être étrangères au sentiment d'injustice, à la révolte ou à l'insécurité.

(...) LE RAPPEL CONSTANT DE SA DIFFÉRENCE EXERCE UN EFFET SUR L'ESTIME PERSONNELLE ET LA CONFIANCE EN SOI, NOTAMMENT CHEZ LES ENFANTS DÉFAVORISÉS DE NIVEAU PRIMAIRE. LES PROBABILITÉS SONT PLUS ÉLEVÉES POUR EUX QU'ILS SE REPLIENT SUR EUX-MÊMES, ACCUSANT DU COUP LEUR DISTANCIATION AVEC LE GROUPE ET AMORÇANT, DÈS L'ENTRÉE, LES ÉTAPES DE DÉLESTAGE QUI LES CONDUIRONT AU DÉCROCHAGE.

3.3.4.2 ENTRE LES PLUS RICHES ET LES PLUS PAUVRES... OU LE GRADIENT DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les inégalités sociales de santé se mesurent à partir des positions opposées entre les communautés les plus favorisées et les plus défavorisées en matière socio-économique et sociosanitaire, en l'occurrence ici les communautés problématiques et les communautés avantagées. Mais les inégalités s'inscrivent également dans un continuum faisant en sorte que, au-delà des extrêmes, il y a les positions intermédiaires, en l'occurrence

⁵⁵ Vincent DE GAULÉJAC (1996), *Les sources de la honte*, Édition Desclée de Brouwer, 315 p.

⁵⁶ AUNCE, W.A. (1989), « Occupational Status-Assignment Systems: the Effect of Status on Self Esteem », *American Journal of Sociology*, vol. 95, n° 2, p. 378-400.

⁵⁷ Lisette MOREAU (1995), *La pauvreté et le décrochage scolaire ou la spirale de l'exclusion*, ministère de la Sécurité du revenu, Québec, 45 p.

⁵⁸ Robert G. EVANS et autres (1994), *Why are People Healthy and Others Not: The Determinants of Health of Population*, New York, Aldine de Gruyter.

les communautés vulnérables en comparaison des communautés problématiques et les communautés moyennes en comparaison des communautés vulnérables.

En dehors de ce continuum se retrouvent les communautés atypiques, soit les communautés résilientes et les communautés en émergence. Dans la foulée de nos travaux, des vérifications empiriques nous ont permis de valider le fait que ces communautés ne sont pas des aberrations statistiques mais obéissent bien aux caractéristiques décrites dans la typologie établie précédemment.

Ceci étant, chaque type de communauté se distingue par un état de développement socio-économique et sociosanitaire particulier. Or, c'est justement cet état de développement qui détermine la capacité d'agir des communautés. Et, en outre, dès que l'on parle de capacité d'agir, une chose ne fait aucun doute : chaque communauté a son propre potentiel de développement. Encore faut-il le mettre en valeur. Ce faisant, une autre évidence s'impose : si chaque communauté se met en mouvement à partir de son potentiel de développement, le niveau général de bien-être augmentera et les inégalités elles-mêmes seront réduites.

3.4 CE QU'IL FAUT RETENIR

Les inégalités ont une adresse. Tant au plan socio-économique qu'au plan sociosanitaire, elles sont plus prononcées en milieu urbain qu'en milieu rural. Elles ont des conséquences dont l'ampleur se mesure en décès et en signalements jeunesse et dont les causes sont reliées aux conditions et à la dynamique des milieux de vie. Outre les écarts qui séparent les deux catégories de communautés les plus et les moins avantagées, les inégalités s'inscrivent également dans un « continuum » au centre duquel se retrouve la grande majorité des communautés de la région. Au final, ce sont sept grands types de communautés qui se distinguent par leur état de développement socio-économique et sociosanitaire et qui, en même temps, se caractérisent par un potentiel de développement. Ce dernier est lui aussi à géométrie variable. Enfin, dès que l'on parle de milieux de vie et d'êtres humains qui y résident, il est en même temps question de capacité d'agir. C'est sur cette force et sur cette richesse qu'il faut miser, en les soutenant, en les mettant en valeur ou en les revalorisant pour contrer la dure réalité des inégalités.



CHAPITRE 4

**LA RÉDUCTION
DES INÉGALITÉS
SOCIALES DE SANTÉ**

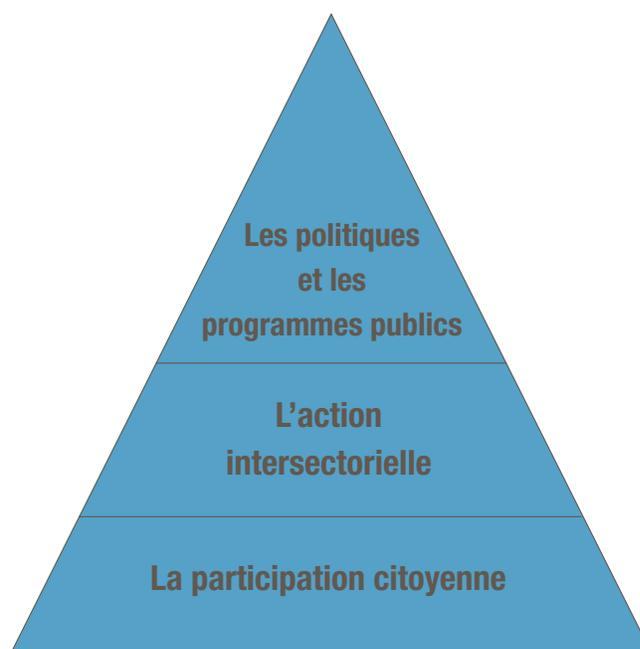


Tout aussi sévères soient-elles, les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité. Elles sont évitables. Du moins, il nous est possible de les réduire de façon significative.

D'entrée de jeu, en voici une preuve, toute simple. Elle nous est donnée par le directeur de santé publique de Montréal dans son dernier rapport sur la santé de la population. Relatant les travaux de l'enquête longitudinale sur la santé des enfants du Québec⁵⁹, le Docteur Richard Lessard écrit : « l'allaitement maternel pendant six mois suffirait à ramener les risques d'hospitalisation (habituellement plus élevés) des enfants de familles à faible revenu au niveau des enfants issus de milieux privilégiés, et ce, jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de six ans »⁶⁰.

Inspiré par cet exemple et par beaucoup d'autres dans la région au cours des dernières années, nous proposons de réduire les inégalités sociales de santé en intervenant sur trois plans, ou en mettant en œuvre trois chantiers de travail, soit : 1) les politiques et les programmes publics, 2) l'action intersectorielle et 3) la participation citoyenne (figure 5).

FIGURE 5 **CHANTIERS DE TRAVAIL EN MATIÈRE DE RÉDUCTION** **DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ**



⁵⁹ Linda S. PAGANI, Caroline FITZPATRICK, Luc BELLEAU et Michel JANOSZ (2011), « Prédire la réussite scolaire des enfants en quatrième année à partir de leurs habiletés cognitives, comportementales et motrices à la maternelle », *Collection Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010) – de la naissance à 10 ans*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 6, fascicule 1.

⁶⁰ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2011), *Rapport du directeur de santé publique 2011 – Les inégalités sociales de santé à Montréal : le chemin parcouru*, 2^e édition, p. 61.

Pour l'ensemble de ces trois chantiers, nous retiendrons sept grandes actions, certaines déjà en cours, d'autres en devenir. Toutes sont à la portée de nos moyens et sont en mesure de rallier le plus grand nombre possible d'instances et d'acteurs régionaux au regard de la réduction des inégalités sociales de santé.

4.1 LES POLITIQUES ET PROGRAMMES PUBLICS

4.1.1 PREMIÈRE ACTION : RÉAFFIRMER L'IMPORTANCE DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES PUBLICS AINSI QUE LEUR NÉCESSAIRE SYNERGIE

On ne le répétera jamais trop : au premier rang des moyens dont nous disposons pour réduire les inégalités et pour maintenir, voire améliorer la santé de la population, se trouvent les politiques et les programmes publics. Lorsque les moyens qui les accompagnent sont suffisants, ils donnent des résultats⁶¹. Ainsi, les pays qui s'attaquent résolument aux inégalités arrivent à les diminuer et affichent, en général, de meilleurs indicateurs de santé⁶². À cet égard, pour paraphraser Margaret Whitehead, en matière d'égalité de santé, mieux vaut naître en Suède qu'aux États-Unis⁶³.

Ceci étant, le gouvernement du Québec, le MSSS, l'ensemble des corps publics, les entreprises, les groupes communautaires, les associations caritatives et divers groupes d'influence ont multiplié, au cours des dernières années, les politiques, les programmes et les actions destinés à contrer la pauvreté et à améliorer les conditions de vie des personnes les plus vulnérables⁶⁴. Il faut poursuivre sur cette lancée et tout mettre en œuvre pour maintenir et développer au mieux les politiques et les programmes publics.

Parmi toutes ces initiatives, on retrouve notamment les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité qui visent à donner le soutien nécessaire afin de favoriser le développement optimal des enfants et d'améliorer leurs conditions de vie⁶⁵. On a aussi en main un *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire*⁶⁶ qui promeut l'implantation ou la consolidation de projets en matière de sécurité alimentaire dans l'optique du développement social et des communautés. On peut compter sur l'approche *École en santé* en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, laquelle aide le milieu à se mobiliser pour agir en concertation sur des déterminants communs

[...] au premier rang des moyens dont nous disposons pour réduire les inégalités et pour maintenir, voire améliorer la santé de la population, se trouvent les politiques et les programmes publics. Lorsque les moyens qui les accompagnent sont suffisants, ils donnent des résultats.

⁶¹ Ginette PAQUET (2005), *Partir au bas de l'échelle : Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Presses de l'Université de Montréal. Voir aussi : Marie-France RAYNAULT (2009), « Les inégalités sociales, un choix de société ? », revue *Développement social*, vol. 10, n° 2, novembre.

⁶² HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH (2005), "Spreading the Health: Government's Role in Addressing Health Disparities", *Health Disparities & the Body Politic: Policy, Research, Data and Government Responsibility*, International Symposia, Boston.

⁶³ Margaret WHITEHEAD et autres (2000). "Social Policies and Pathways to Inequalities in Health: A Comparative Analysis of Lone Mothers in Britain and Sweden", *Social Science and Medicine*, vol. 50, n° 2, p. 255-270.

⁶⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010b), *op. cit.*

⁶⁵ Voir : <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/ASSS/SantePublique/Pages/SIPPE.aspx>.

⁶⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008a), *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire : mise à jour 2008*, Québec.

à la santé, au bien-être et à la réussite éducative des jeunes du primaire et du secondaire⁶⁷. On dispose également du *Plan de lutte contre la pauvreté* et du *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale* du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale⁶⁸. Voilà autant de programmes et de mesures qui sont indispensables.

En plus des programmes, des plans ou des mesures spécifiquement dédiés à la lutte contre la pauvreté et à la réduction des inégalités, il y a tous les programmes d'accès universel aux services de santé, d'éducation, de justice et de revenu. Ils sont tout aussi cruciaux. C'est bien grâce à eux que le Québec tient son rang parmi l'ensemble des nations pour ce qui est de la santé de sa population.

Ceci étant, non seulement faut-il maintenir et renforcer ces politiques et programmes pour réduire les écarts sociaux en santé, mais il importe également de se rappeler qu'ils ne sont pas conçus pour agir à la pièce, mais en synergie les uns avec les autres. Le cas de la fluoruration de l'eau illustre bien ce point de vue.

En effet, la fluoruration est une mesure universelle efficace pour réduire les inégalités sociales en matière de santé dentaire. Mais elle ne saurait suffire. Même avec la fluoruration, « [...] un fait important à noter, écrit Jean-Marc Brodeur, est que tant les enfants ayant une grande expérience de carie que les enfants démontrant d'importants besoins de traitement de la carie sont issus, pour la plupart, de milieux défavorisés sur le plan socio-économique »⁶⁹. L'idéal serait donc d'assortir la fluoruration d'une assurance dentaire complémentaire destinée aux populations défavorisées, ajoutant ainsi un volet curatif indispensable à la bonne santé dentaire. En outre, même avec la fluoruration, il ne faut pas pour autant négliger les efforts pour optimiser en milieu moins favorisé toutes les interventions nécessaires à la prévention de la carie, à la promotion et à l'adoption de saines habitudes de vie.

Tous les programmes d'accès universel aux services de santé, d'éducation, de justice et de revenu sont cruciaux. C'est bien grâce à eux que le Québec tient son rang parmi l'ensemble des nations pour ce qui est de la santé de sa population.

Et puis, n'oublions pas que les politiques publiques ne sont pas la prérogative du seul palier national. Les villes ont également des responsabilités en ce domaine. S'agissant de fluoruration, c'est à elles que revient bien sûr le soin d'appliquer son implantation. Mais les villes adoptent aussi des politiques familiales, des politiques de développement social ou des politiques portant sur le logement. Toutes ces politiques, de près ou de loin, entretiennent des liens avec la réduction des inégalités de santé en général et avec la réduction des inégalités de santé dentaire en particulier. Elles ont au surplus des effets sur la fluoruration elle-même en ce sens que la qualité de l'eau en soi (ses vertus hydratantes et nutritives) et l'ensemble des mesures qui en régissent son utilisation doivent profiter équitablement à toutes les communautés de la ville.

⁶⁷ Voir : <http://www.mels.gouv.qc.ca/dgjf/csc/promotion/ecoleensante.html>.

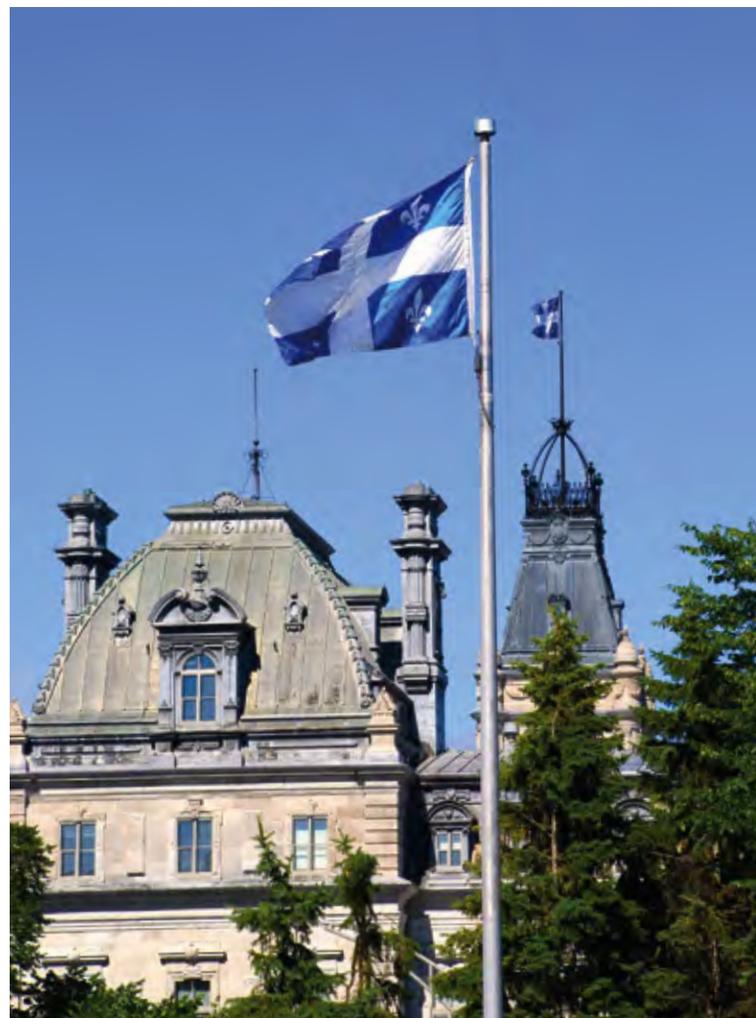
⁶⁸ Voir : <http://www.mess.gouv.qc.ca/plan-action/>.

⁶⁹ Jean-Marc BRODEUR et autres (2006), « L'atteinte de carie est déjà très importante dès l'entrée en maternelle », *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*, Supplément, avril.

Ce qui est dit pour le fluor s'applique à l'allaitement maternel. Le MSSS est responsable de la politique et édicte les grandes lignes du programme. Les CSSS s'occupent de son implantation, cela depuis la formation du personnel hospitalier, jusqu'à la mise sur pied de groupes de soutien, en passant par l'aide offerte aux mères afin qu'elles puissent commencer l'allaitement dans la demi-heure qui suit l'accouchement. Et les villes ne sont pas en reste. L'adaptation des infrastructures (parcs, piscines, bibliothèques ou arénas) à la pratique de l'allaitement est essentielle⁷⁰, sans oublier les efforts sur ce plan afin de prendre en compte les caractéristiques propres aux différents quartiers de la ville.

Et ce qui vaut pour l'allaitement vaut aussi pour la lutte contre le tabagisme, pour le programme de dépistage du cancer du sein, pour la prévention des chutes chez les aînés, etc. Comme quoi les politiques et les programmes publics forment un tout qui s'échelonne sur un continuum d'éléments indispensables et interreliés.

Dans la foulée de ces exemples, le directeur de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec invite les décideurs et acteurs régionaux et locaux, de même que la population, à se joindre à lui pour plaider l'importance des politiques et des programmes publics lorsque la situation se présente.



⁷⁰ Voir notamment : <http://www.bloguemaucie.ca/2012/02/21/allaitement-maternel-la-mauricie-embraye/>.

4.1.2 DEUXIÈME ACTION : EXERCER UNE INFLUENCE SUR LES POLITIQUES ET LES PROGRAMMES PUBLICS

En plus de plaider pour l'importance et la synergie des politiques et des programmes publics, il est nécessaire également, quel que soit l'endroit où s'exercent les responsabilités de chacun, de faire valoir les suggestions qui en améliorent le rendement.

C'est la responsabilité des acteurs régionaux et locaux de faire part aux décideurs des conditions d'application qui permettront à ces politiques de vraiment soutenir la population en général ainsi que les milieux de vie et les communautés locales en particulier. Forts d'une connaissance de la réalité des communautés et des défis que pose le déploiement des politiques et des programmes quand on veut qu'ils s'ajustent aux besoins de la population, les acteurs institutionnels et communautaires, locaux et régionaux, ont intérêt à faire circuler vers le haut leurs constats et avis.

Encore une fois, nous ne saurions passer sous silence le rôle important des municipalités. Précisons ici qu'elles sont tout près de leurs commettants et sont bien placées pour prendre en compte les besoins des communautés les plus vulnérables, notamment en matière de solidarité locale. Confrontées aussi aux cadres législatifs et réglementaires qui sont les leurs, elles ont un point de vue particulièrement aiguisé sur les besoins des communautés, point de vue qu'il serait opportun de faire remonter vers les responsables des politiques nationales.

C'est la responsabilité des acteurs régionaux et locaux de faire part aux décideurs des conditions d'application qui permettront à ces politiques de vraiment soutenir la population en général ainsi que les milieux de vie et les communautés locales en particulier.

Voilà ce qu'a fait la région Mauricie et Centre-du-Québec pour influencer le *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale*⁷¹ lors de la consultation menée en vue de son adoption⁷². À l'occasion de la signature de la première alliance pour la solidarité en Mauricie en octobre 2011, de nombreux acteurs ont salué le fait que cette politique a atteint un niveau inégalé de décentralisation. Et avec raison, puisqu'elle prône comme jamais l'importance d'adapter les mesures d'intervention aux réalités des milieux par des alliances partenariales.

Les politiques et les programmes en place sont en effet toujours perfectibles. Par exemple, au sujet de la prise en charge de l'individu par lui-même et de la responsabilité personnelle sur son parcours de vie, on ne nous en voudra pas de mentionner que le régime public qui vient en aide aux plus démunis (l'assistance-emploi) n'encourage pas toujours l'initiative personnelle. Il lui arrive même parfois de punir la débrouillardise. L'excellente série *Les naufragés des villes*⁷³ en a fait la démonstration. Sur un autre plan, une autre

⁷¹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2010), *op. cit.*

⁷² L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le Consortium en développement social de la Mauricie et le Comité régional en développement social Centre-du-Québec ont activement participé à la consultation du ministre de l'époque, Sam Hamad, faisant valoir notamment l'importance de prendre en compte les particularités locales et de laisser aux régions une marge d'autonomie propice à la prise d'initiatives en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

⁷³ Voir : <http://naufragés.radio-canada.ca/index.aspx>.

série télévisée⁷⁴ nous dépeignait les bénéficiaires de l'assistance-emploi comme des paresseux et des fraudeurs. Il n'y a pas plus de fraudeurs à l'aide sociale qu'ailleurs. Sauf que les préjugés ont la vie dure. À la longue, ils finissent par rabaisser l'estime personnelle. Ils favorisent l'isolement et l'exclusion sociale comme le dit si bien une brochure publiée récemment par Centraide Québec⁷⁵.

C'est ainsi qu'une société se prive d'une grande partie de son capital le plus précieux, soit des milliers d'êtres humains qui sont repoussés à la marge. Des milliers de citoyens sur le carreau.

À ce sujet, il serait intéressant de voir jusqu'à quel point nos régimes de protection sociale ne pourraient pas devenir socialement plus actifs, cela, comme le dit Daniel Tremblay, « [en instaurant] des politiques et des mesures qui ont pour objectif de rendre les individus, les familles ou les segments de population visés mieux à même de participer de manière productive à la vie de leur communauté et de leur société en tonifiant leur niveau d'autonomie, d'insertion, d'engagement, d'initiative, de cohésion, etc. »⁷⁶

LES PRÉJUGÉS FAVORISENT L'ISOLEMENT ET L'EXCLUSION SOCIALE... C'EST AINSI QU'UNE SOCIÉTÉ SE PRIVE D'UNE GRANDE PARTIE DE SON CAPITAL LE PLUS PRÉCIEUX, SOIT DES MILLIERS D'ÊTRES HUMAINS QUI SONT REPOUSSÉS À LA MARGE.

Le directeur de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec invite les décideurs et acteurs régionaux et locaux, de même que la population, à se mobiliser et à sensibiliser les responsables des politiques et programmes publics à toute mesure ou tout ajustement permettant d'en augmenter les retombées pour la population.

4.1.3 TROISIÈME ACTION : ADAPTER LES POLITIQUES ET LES PROGRAMMES PUBLICS AUX RÉALITÉS DU MILIEU

Une fois réaffirmée leur importance, après qu'on ait pris en compte leur nécessaire synergie, puis participé au dialogue concernant leurs orientations générales, une autre façon de contribuer au bon fonctionnement des politiques et des programmes revient à les adapter aux réalités du milieu.

⁷⁴ Voir : http://www.radio-canada.ca/television/les_bougon_c_est_aussi_ca_la_vie/.

⁷⁵ CENTRAIDE QUÉBEC ET CHAUDIÈRE-APPALACHES (2011), *Un préjugé c'est coller une étiquette, 4^e document de réflexion*.

⁷⁶ Voir : Daniel TREMBLAY et autres (2002), *Activation des politiques publiques et bien-être de la population : une recension des écrits*, Chaire de recherche du Canada en développement des collectivités (CRDC), Série Rapport de Recherche n° 5, Université du Québec en Outaouais, novembre.

Un premier pas en ce sens consiste à bien développer la chaîne des opérations qui va de leur élaboration dans les instances centrales à leur déploiement sur le terrain.

A) TRAVAILLER DANS LES DEUX SENS : DESCENDANT ET ASCENDANT

Les programmes publics, comme le rappellent Denis Bourque et Louis Favreau⁷⁷, évoluent très souvent dans une **logique descendante** fondée sur les connaissances d'experts prescrivant des façons bien précises de répondre aux besoins de la population. Ils sont assortis de règles générales et très souvent déployés du national au local sans ajustements.

Chose certaine, lors de leur implantation, ces programmes rencontrent souvent la **logique ascendante** des acteurs ou des groupes qui cherchent à définir eux-mêmes leurs priorités et leurs stratégies d'intervention afin de répondre à leurs besoins. Cependant, bien qu'ils veuillent protéger leur autonomie, ces acteurs ou ces groupes doivent néanmoins s'ajuster aux normes et aux critères promulgués par les programmes publics dès qu'ils sont invités à y participer et qu'ils sont financés pour ce faire.

En l'absence de régulation, il est prévisible que ces deux logiques s'entrechoquent. D'où l'importance de s'en remettre à un mode de fonctionnement qui facilite la complémentarité entre la dynamique de planification des instances gouvernementales et celle de la participation des groupes et des citoyens qui travaillent avec la population.

Or, au point de **rencontre des logiques descendante et ascendante** se retrouvent fort justement les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les centres locaux d'emploi (CLE) et les corporations de développement communautaire (CDC) notamment⁷⁸. Comme partie prenante des programmes publics, ces derniers doivent tenir compte à la fois des balises et normes des programmes et des besoins des acteurs du terrain. Les CSSS ayant en leur sein des ressources habilitées en processus d'interventions communautaires, ils peuvent contribuer à adapter ces programmes aux réalités du milieu afin de rejoindre et d'impliquer les personnes visées, en particulier les personnes et les groupes les plus vulnérables. Pour que les programmes donnent des résultats, il importe que ceux et celles à qui ils sont destinés participent à leur mise en œuvre, cette condition étant particulièrement contributive à l'amélioration de leur santé ou de leur capacité d'agir⁷⁹.

⁷⁷ Denis BOURQUE et Louis FAVREAU (2003), « Le développement des communautés et la santé publique », *Service social*, vol. 50, n° 1, p. 295-308.

⁷⁸ Bourque et Favreau nomment les organisateurs communautaires. Auteurs cités précédemment.

⁷⁹ Voilà une thématique largement reprise lors des récentes Journées annuelles de santé publique, notamment par Damien CONTANDRIOPOULOS (2010), *Gouvernance, santé et participation : les enjeux actuels*, présentation aux Journées annuelles de santé publique 2010, [En ligne]. [http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2009/11_30_DamienContandriopoulos.pdf]

Voici quelques exemples d'adaptation des politiques et programmes publics aux réalités du milieu.

B) LA RENCONTRE DES LOGIQUES ASCENDANTE ET DESCENDANTE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La contribution des CSSS à la réduction des inégalités est hautement stratégique. Les CSSS sont un des lieux de passage où les programmes se transforment en action et où les organismes se concertent et agissent pour favoriser la santé. C'est précisément à cet endroit que s'opère l'adaptation des politiques et des programmes publics de santé et de services sociaux aux besoins de la population et des communautés. Les projets cliniques des CSSS, sensibles aux dimensions sociales de la santé et à la diversité des interventions à offrir à une population bien définie⁸⁰, sont de bons outils pour permettre aux programmes de trouver leur juste application entre leur visée universelle (amélioration de la santé en général) et leur application particulière (réduction des inégalités).

Pour sa part, en tant qu'animatrice des actions stratégiques régionales, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec fait en sorte que les décideurs régionaux des divers secteurs soient bien informés des réalités relatives aux inégalités sociales de santé ainsi que de leurs conséquences. Elle favorise la prise en compte des inégalités sociales de santé dans le déploiement des programmes et services du réseau de la santé et des services sociaux. À titre d'exemple, mentionnons l'attention qu'un clinicien doit porter aux conditions de vie de ses patients lorsqu'il intervient auprès des groupes les plus vulnérables, la répartition équitable des ressources et des services selon les besoins des communautés, l'attention portée à la question de la littératie⁸¹ en matière de communication, la multiplication des efforts destinés à resserrer toujours davantage les liens de collaboration et de partenariat entre les différentes instances du réseau ainsi que le déploiement des lieux de concertation mis en place dans le cadre de l'action intersectorielle et de l'action en développement social.

Un autre exemple nous est fourni par les stratégies et des méthodes adoptées en Mauricie et au Centre-du-Québec pour contrer la propagation de la grippe A(H1N1). À cette occasion, des efforts particuliers ont été déployés pour tenir compte des caractéristiques des milieux de vie et des personnes en situation de pauvreté. Une attention toute spéciale a été portée à l'accès aux transports, à l'emplacement des lieux de vaccination, aux modes de communication avec la population en général et avec différents types de population (aînés, étudiants, personnes moins nanties et milieux de vie spécifiques). Les gestionnaires, les organisateurs communautaires, le personnel médical et infirmier de même que le personnel de soutien se sont concertés pour prendre en compte

⁸⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004), *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec.

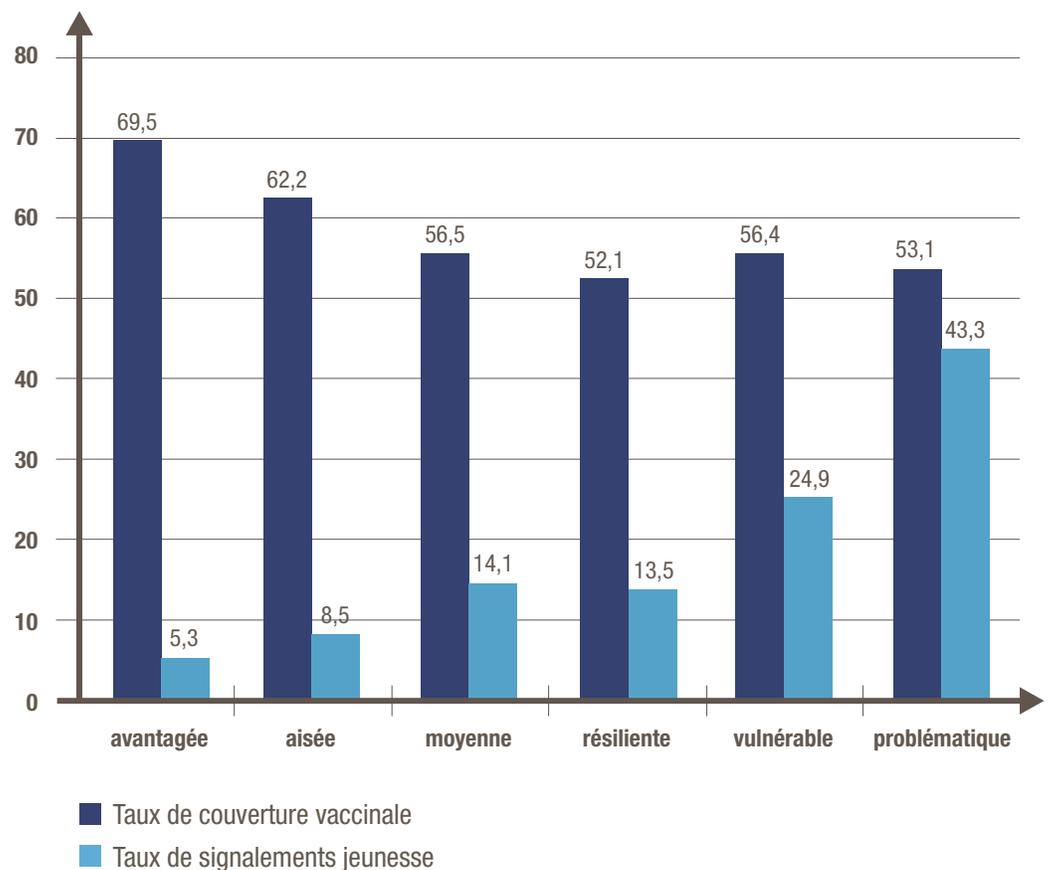
⁸¹ Voir le dossier spécial préparé par Geneviève Beaugard sur la littératie en santé : <http://www.espacecom.qc.ca/contenus/dossier/liste/Litteratie-en-sante.aspx>.

les particularités des différentes catégories de population et de milieux de vie. Cette approche s'est avérée être une réussite si on considère que, comme le montre la figure 6, les rapports d'inégalité entre les taux de vaccination selon les différents types de communautés de la région sont sans commune mesure avec les rapports d'inégalité des taux de signalements observés pour ces mêmes catégories. Dans le cas des pourcentages de signalements jeunesse, le rapport d'inégalité entre les catégories extrêmes est de 8,1 alors que celui des taux de couverture vaccinale est de 1,5.

C) LA RENCONTRE DES LOGIQUES ASCENDANTE ET DESCENDANTE DANS LES AUTRES SECTEURS

Peu importe l'affiliation organisationnelle, chacun a la possibilité d'adapter ses programmes et son action aux réalités du milieu. Par exemple, tous secteurs confondus, les interventions visant à contrer les effets des épisodes de chaleur accablante, à prévenir les cas de traumatismes liés à des accidents ou à lutter contre le décrochage scolaire

FIGURE 6
TAUX DE COUVERTURE VACCINALE DE LA GRIPPE A(H1N1) ET TAUX DE SIGNALEMENTS JEUNESSE SELON LES TYPES DE COMMUNAUTÉS EN MAURICIE ET AU CENTRE-DU-QUÉBEC



doivent considérer les inégalités qui frappent durement dans les communautés problématiques et, dans une moindre mesure, dans les communautés vulnérables. D'où, encore et toujours, la nécessité d'ajuster les services et les ressources à ces réalités.

Le secteur de l'éducation s'inscrit également dans cette voie lorsqu'il utilise l'indice de défavorisation des écoles primaires et secondaires afin d'adapter un ensemble de mesures ayant trait à la réussite éducative, notamment en milieu défavorisé⁸². Le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire n'est pas en reste. Dans le cadre de ses politiques entourant la question de la dévitalisation de certaines municipalités rurales, des projets porteurs et de nouvelles avenues de développement ont été mis en place afin de soutenir, dans leur processus de revitalisation, les communautés aux prises avec une déstructuration profonde de leur tissu socio-économique⁸³. C'est ainsi que les politiques générales et les applications particulières, loin de s'opposer, peuvent se déployer en toute complémentarité.

(...) QUEL QUE SOIT LE SECTEUR D'INTERVENTION, POLITIQUES ET PROGRAMMES DOIVENT VISER UNE JUSTE APPLICATION ENTRE LEUR VISÉE UNIVERSELLE (AMÉLIORER LA SANTÉ DE LA POPULATION) ET LEUR IMPLANTATION PARTICULIÈRE (RÉDUCTION DES INÉGALITÉS EN PARTICULIER).

Bref, quel que soit le secteur d'intervention, politiques et programmes doivent viser une juste application entre leur visée universelle (améliorer la santé et le bien-être de la population) et leur implantation particulière (réduction des inégalités en particulier). Pour s'inscrire dans une trajectoire cohérente, ils doivent profiter d'un réseautage efficace et bien ramifié, ainsi que d'un arrimage souple et efficace entre les plans d'action régionaux et territoriaux.

Le directeur de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec invite donc les décideurs et acteurs régionaux et locaux à adapter les politiques et programmes publics à notre réalité régionale et à celle de nos communautés locales.

⁸² Voir : <http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/index.asp?page=fiche&id=956>.

⁸³ Voir : <http://www.mamrot.gouv.qc.ca/developpement-regionale-et-rural/ruralite/groupe-de-travail/municipalites-devitalisees/>.

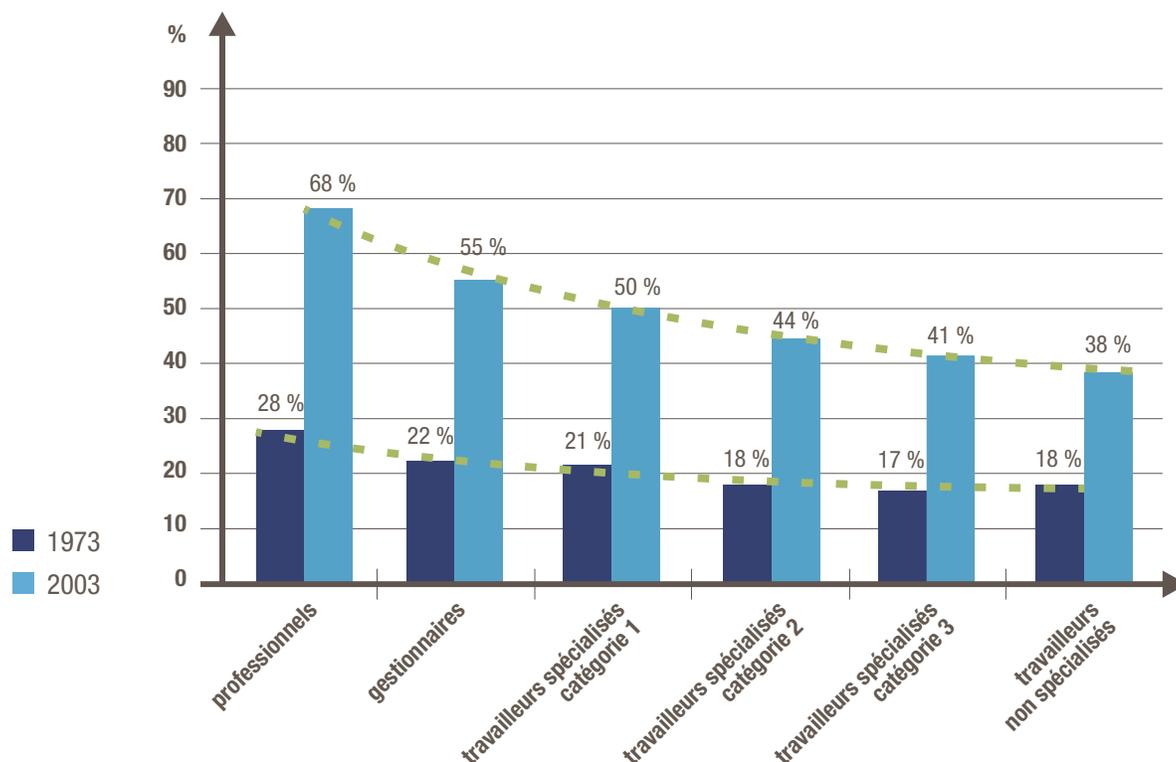
4.2 L'ACTION INTERSECTORIELLE

La place, l'importance et les logiques internes de fonctionnement des politiques et des programmes publics doivent viser l'ensemble des individus et prendre en compte les caractéristiques et les besoins des communautés humaines. Et pour agir efficacement en ce sens, ils ne peuvent ignorer deux réalités : soit 1) les aspects de structure qui déterminent les comportements humains ainsi que les milieux dans lesquels ils évoluent et 2) les limites de l'action sectorielle elle-même dans son champ d'intervention.

4.2.1 QUATRIÈME ACTION : TRAVAILLER AVEC LES PARTENAIRES SELON UNE APPROCHE INTÉGRÉE ET GLOBALE

Les programmes et les services de santé ne brisent pas à eux seuls le cercle de l'iniquité à la base des inégalités⁸⁴. Car, pour l'essentiel, avant comme après l'instauration de nos grandes politiques, les inégalités de santé persistent même si des individus, à conditions de vie également défavorables, arrivent à s'en sortir. La figure 7 illustre bien ce dont il est question.

FIGURE 7
POURCENTAGES DE PERSONNES AYANT CESSÉ DE FUMER EN GRANDE-BRETAGNE
SELON DIFFÉRENTES CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES ENTRE 1973 ET 2003



Tiré de Louise Potvin, Colloque AQESSS : Communautés en action
Montréal, 11 mars 2008 (notre traduction)

Entre 1973 et 2003 en Grande-Bretagne, à la suite d'une vaste campagne promotionnelle auprès de la population en général, la proportion de personnes qui ont cessé de fumer a augmenté dans toutes les catégories professionnelles. Cependant, si la cohorte de professionnels a perdu 68 % de fumeurs en 2003, comparativement à 28 % en 1973, celle des travailleurs non-spécialisés en a perdu seulement 38 % (18 % en 1973). Comme quoi, durant cette intervalle, si la proportion de fumeurs ayant cessé de fumer a augmenté dans toutes les catégories de travailleurs, l'écart entre les catégories opposées (professionnels vs non-spécialisés) s'est accru. En effet, en 1973 l'écart était de 10 % (28 % vs 18 %) alors qu'en 2003, il était de 30 % (69 % vs 38 %). Des campagnes sociétales améliorent la santé de la population en général (beaucoup de fumeurs ont cessé de fumer), mais pas de façon égale dans tous les groupes qui la composent (les groupes professionnels y sont plus sensibles que les travailleurs non spécialisés).

Suivant ce point de vue, 1) il importe donc de travailler non seulement auprès des personnes elles-mêmes — sur leur conduite individuelle, mais 2) il faut tout autant intervenir sur les conditions qui génèrent les inégalités et qui façonnent les environnements dans lesquels évoluent les individus⁸⁵.

Chacune des organisations qui participe aux systèmes de la santé, de l'éducation ou de l'emploi a, de par sa mission, la possibilité d'exercer, indirectement ou directement, une influence à la fois sur les contextes démographique, économique ou environnemental, sur les milieux de vie et sur les caractéristiques des individus. À cet égard, la réduction des inégalités sociales de santé doit donc passer par le rapprochement de tous les acteurs intéressés autour d'une action globale et intégrée.

Comme le montre la figure 8⁸⁶, ce rapprochement se trouve facilité par le fait que, dans le cas des déterminants de la santé, chaque secteur participe à un système qui est lui-même complémentaire à d'autres systèmes ou secteurs d'organisation de ressources. L'action combinée de tous a un effet sur des milieux où vivent et interagissent des individus. Et ce sont ces mêmes milieux qui, à leur tour, prédéterminent des dispositions, des compétences ou des habitudes qui influencent la santé des personnes.

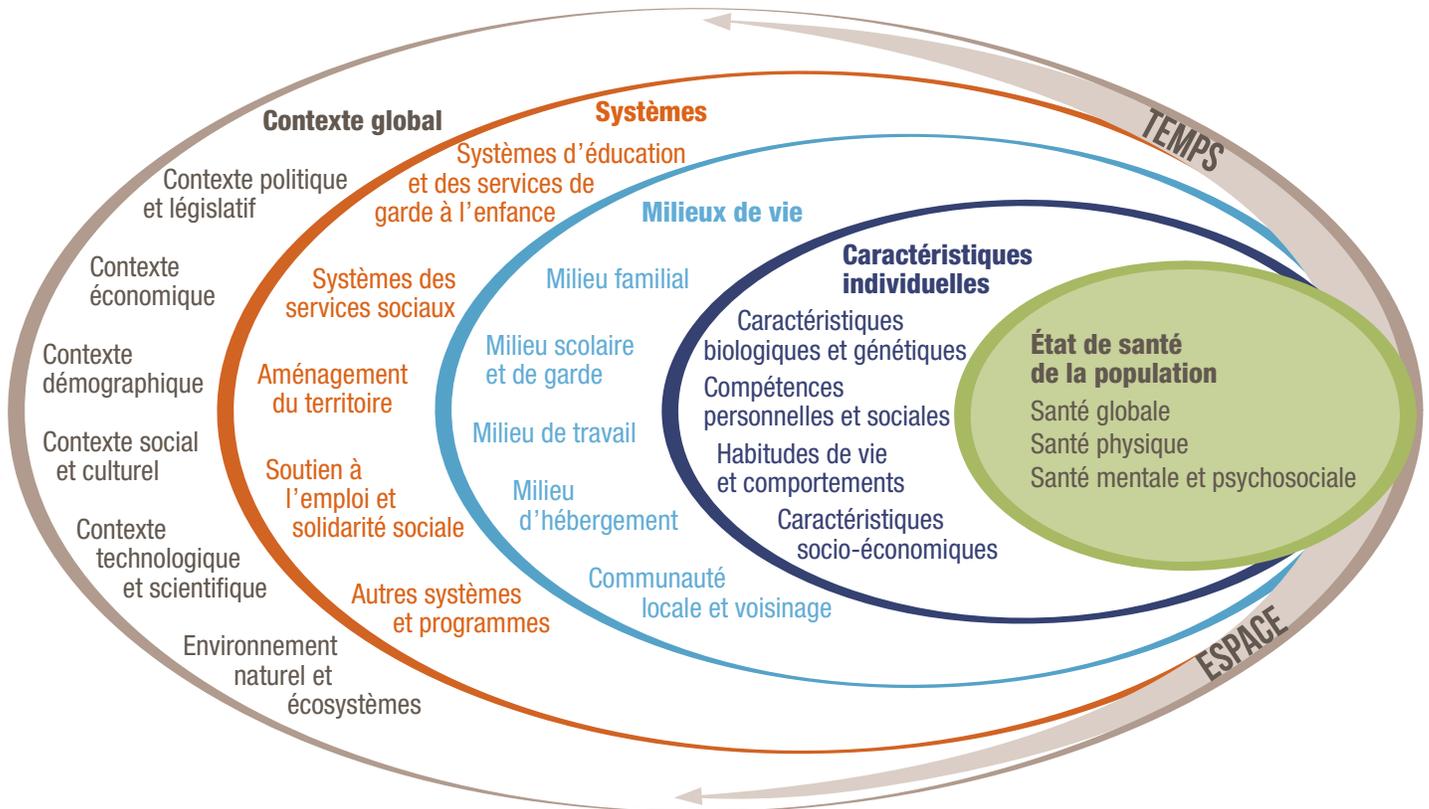
**CHACUNE DES ORGANISATIONS
QUI PARTICIPE AUX SYSTÈMES
DE LA SANTÉ, DE L'ÉDUCATION OU
DE L'EMPLOI A, DE PAR SA MISSION,
LA POSSIBILITÉ D'EXERCER UNE
INFLUENCE À LA FOIS SUR LES
CONTEXTES DÉMOGRAPHIQUE,
ÉCONOMIQUE OU ENVIRONNEMENTAL,
SUR LES MILIEUX DE VIE ET SUR LES
CARACTÉRISTIQUES DES INDIVIDUS.**

⁸⁴ François DUBET (2009), « Les pièges de l'égalité des chances », *Le Monde*, 30 novembre.

⁸⁵ J. MIKKONEN et D. RAPHAEL (2011), *op. cit.*

⁸⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010a), *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune.*

FIGURE 8
CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS



Par exemple, l'action du ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire peut avoir des retombées sur les espaces verts et l'exploitation des ressources naturelles. Le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport a le pouvoir d'organiser l'environnement scolaire de sorte que les jeunes puissent adopter plus facilement de saines habitudes de vie. Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale peut moduler ses programmes de formation de sorte qu'ils prennent en compte les diverses particularités des milieux ruraux ainsi que celles des communautés aux prises avec des problématiques de développement socio-économique et sociosanitaire.

La santé et le bien-être de la population débordent donc le champ d'action strict du réseau de la santé et des services sociaux. De la même façon, le réseau de l'éducation ne peut à lui seul venir à bout du décrochage, le développement des tout-petits n'est pas une chasse-gardée du secteur de la famille, la performance de la main-d'œuvre obéit à des considérations qui vont au-delà de la production des biens et des services, etc. La santé et le bien-être de la population dépendent de la scolarité, de l'emploi, du logement et de l'environnement. La performance scolaire est liée à la qualité du suivi postnatal et à la

capacité d’agir des parents tandis que la sécurité publique repose sur le rayonnement de l’organisation communautaire et sur la qualité des relations de voisinage. Ainsi de suite.

L’énoncé de position de l’Association des infirmières et des infirmiers du Canada, à savoir qu’« il devient nécessaire de développer une vision globale, ou intersectorielle, pour mettre ensemble toutes les pièces nécessaires, regrouper les ressources et les expertises requises », l’explique bien⁸⁷.

Ce qui peut être fait, selon le *Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec* : « grâce à la collaboration d’acteurs œuvrant dans d’autres champs d’activités, y lit-on, il est possible d’agir avec cohésion sur des facteurs qui ne relèvent pas de la compétence du réseau de la santé, mais qui constituent des déterminants de la santé »⁸⁸.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, cette action se déploie notamment au sein de la Conférence administrative régionale (CAR), du Consortium en développement social de la Mauricie et du Comité régional en développement social Centre-du-Québec et de la Conférence régionale des élus.

A) LA CONFÉRENCE ADMINISTRATIVE RÉGIONALE (CAR)

La CAR a pour mission d’assurer la concertation et l’harmonisation interministérielles en région en vue de promouvoir une vision intégrée de l’action gouvernementale sur son territoire dans ses dimensions économiques, sociales et culturelles.

C’est là que les directeurs régionaux de différents ministères du gouvernement du Québec se retrouvent pour échanger des informations et trouver des solutions à des problématiques communes. Voilà un lieu de collaboration indispensable pour travailler sur les déterminants de la santé et du bien-être. Voilà un lieu où, étant donné le consensus développé au cours des dernières années par les décideurs sur la nécessité de l’action structurante sur les grands facteurs sociaux, l’adoption des projets multipartites concrets portant sur les conditions de vie pourrait faire l’objet de priorités communes.

B) LE CONSORTIUM EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL DE LA MAURICIE ET LE COMITÉ RÉGIONAL EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL CENTRE-DU-QUÉBEC

L’action sur les déterminants ainsi que le déploiement d’une approche commune et intégrée se retrouvent aussi au cœur de la mobilisation partenariale du Consortium en développement social de la Mauricie⁸⁹ et du Comité régional en développement social

Grâce à la collaboration d’acteurs œuvrant dans d’autres champs d’activité, il est possible d’agir avec cohésion sur des facteurs qui ne relèvent pas de la compétence du réseau de la santé, mais qui constituent des déterminants de la santé.

⁸⁷ ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU CANADA (2009), *Énoncé de position*, novembre.

⁸⁸ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (2011), *Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, p. 28.

⁸⁹ *Entente spécifique en développement social dans la région de la Mauricie 2010-2013*.

Centre-du-Québec⁹⁰. Grâce aux ententes spécifiques en matière de développement social, les différents partenaires régionaux et locaux intéressés par ces ententes ont accompli des progrès significatifs au cours des dernières années en matière de participation citoyenne, de logement social, de transport collectif ou de sécurité alimentaire. Ces ententes ont de plus conduit à un rapprochement et à un réseautage inégalés entre les partenaires des secteurs de la santé, de l'éducation ou de l'emploi, que ceux-ci soient issus des milieux communautaires ou institutionnels ou bien des domaines publics ou privés. Voilà qui fait de notre région aujourd'hui un endroit plus que jamais propice à la présence d'une vision partagée du développement⁹¹.

D'autres ententes intersectorielles contribuent au développement social et à l'amélioration des conditions favorables à la santé et au bien-être de la population, soit celles portant sur l'économie sociale, l'égalité entre les femmes et les hommes et la réussite éducative où l'Agence de la santé et des services sociaux est partenaire. Nommons aussi l'entente spécifique portant sur l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées.

C) LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DES ÉLUS DE LA MAURICIE ET LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DES ÉLUS DU CENTRE-DU-QUÉBEC

La Conférence régionale des élus de la Mauricie et la Conférence régionale des élus du Centre-du-Québec agissent en tant qu'interlocuteurs et mandataires privilégiés de leur région auprès du gouvernement. Pour ce faire, elles collaborent avec différents partenaires politiques et socio-économiques, notamment les directions régionales des ministères et l'Agence, les MRC, les CLD et les corporations de développement œuvrant sur leur territoire. Elles ont comme mandat de favoriser la concertation des partenaires de leur région, d'établir un plan de développement et de donner, le cas échéant, des avis au ministre sur le développement de la région⁹². Voilà autant d'éléments qui font de ce lieu de concertation un endroit hautement stratégique pour prendre en compte les états de développement socio-économique et sociosanitaire des communautés de la région et pour déployer et soutenir des projets de développement portant sur la mise en valeur de leur potentiel.

Le directeur de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec invite les décideurs régionaux qui participent à la CAR, les élus et autres partenaires intersectoriels à s'attaquer à la question des inégalités sociales de santé et à poursuivre les ententes spécifiques qui unissent les forces des acteurs pour l'amélioration des conditions et de la qualité de vie.

⁹⁰ Entente spécifique en développement social dans la région du Centre-du-Québec 2010-2015.

⁹¹ CONSORTIUM EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL DE LA MAURICIE (2011), *Bilan et perspectives de développement social en Mauricie*.

⁹² Voir : <http://www.cre-mauricie.qc.ca/> ainsi que : <http://www.cre.centre-du-quebec.qc.ca/>.

4.3 LA PARTICIPATION CITOYENNE

Que ce soit au regard de l'affirmation de l'importance des politiques et des programmes ou de leurs retombées sur les individus, sur les communautés humaines ainsi que sur les grands déterminants sociaux, on conçoit bien que tous les acteurs impliqués en matière de réduction des inégalités sociales de santé doivent unir leurs efforts. À ce chapitre, on n'insistera jamais trop sur l'importance de travailler avec les citoyens eux-mêmes. On ne peut, en effet, vouloir la santé de la population sans œuvrer de concert avec les individus et les groupes qui la composent.

4.3.1 CINQUIÈME ACTION : TRAVAILLER AVEC LES CITOYENS ET MISER SUR LE POTENTIEL DES PERSONNES PAR LE BIAIS DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

La planification stratégique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et la mise à jour du *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012* et des plans d'action locaux de santé publique⁹³ précisent que l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités passent notamment par le travail auprès des communautés, en **misant sur le potentiel des personnes**. Quels que soient ses désavantages ou ses privilèges, chaque individu peut apporter une contribution importante, tout en étant différenciée, au développement de son milieu et, par ricochet, au développement de sa région. Ce qui revient à entrer de plain-pied dans le domaine du développement des communautés⁹⁴.

Le développement des communautés est un domaine d'intervention pour lequel la participation constitue un élément majeur. En effet, l'Institut national de santé publique du Québec précise « que le développement des communautés est un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidants et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur les plans physique, social et économique »⁹⁵.



⁹³ Ouvrages cités précédemment.

⁹⁴ Les principes et les méthodes ont été largement exprimés dans des publications comme : 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*, Québec. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008b), *op. cit.* MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009), *Plan d'action de développement durable : prévenir et agir, pour la santé de notre avenir*, p. 37-39. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (2008), *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 Mauricie et Centre-du-Québec*.

⁹⁵ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2002), *op. cit.*

Le développement des communautés, solidement arrimé à la participation citoyenne, contribue ainsi à habilitier les milieux de vie sur un nombre incalculable de plans. Il participe à la conduite de projets portant sur les équipements culturels, les loisirs, le sport, les services de proximité, le logement, les jardins communautaires ou les coopératives de services et les espaces verts. Le développement des communautés ne remplace pas l'école. Il ne se substitue pas au marché du travail, mais il se retrouve au cœur de démarches permettant aux individus de suivre un parcours scolaire satisfaisant, de se trouver un emploi ou de réaliser tout autre projet de vie personnel.

Et pour arriver à porter des projets de développement, il faut, pour reprendre l'expression du groupe Colorado Trust, « **construire la capacité des communautés** ». Cela consiste à développer, dans les milieux de vie, des compétences personnelles, mais aussi ces compétences sociales qui permettent aux individus de se rapprocher les uns des autres, de profiter mutuellement de leurs talents et de leurs savoirs, de développer une confiance en eux et envers leurs semblables. Cette chaîne de dispositions aide à son tour à resserrer les relations humaines, à bâtir des réseaux d'entraide et de solidarité qui permettent de faire avancer collectivement telle ou telle situation ou de résoudre tel ou tel problème⁹⁶.

C'est ce fil conducteur de « sociabilité » qui génère, selon l'expression si juste de Bill Ninacs, l'« empowerment » collectif⁹⁷. C'est de cette façon qu'un individu, en complicité avec d'autres, avec sa famille et avec son entourage, arrive à deviner d'abord, puis à comprendre ensuite, qu'il est possible de réduire dans son quartier les incivilités, les méfaits engendrés par la prostitution et les seringues dans les parcs. C'est ainsi que les trottoirs, les rues, les immeubles peuvent s'embellir, les balcons fleurir, les jardins se multiplier, etc.

(...) le développement des communautés consiste à soutenir et encourager une forme de développement où les gens s'activent et se mobilisent autour de projets porteurs de participation citoyenne, grâce à la mise en place de stratégies, de processus déployés en vue de faciliter la construction d'un acteur collectif territorial.

Denis Bourque arrive au même constat quand il affirme que le développement des communautés consiste à soutenir et encourager une forme de développement où les gens s'activent et se mobilisent autour de projets porteurs de participation citoyenne, grâce à la mise en place de stratégies, de processus déployés en vue de faciliter la construction d'un acteur collectif territorial⁹⁸. Un tel acteur peut rallier les forces vives d'un milieu en vue de transformer les contraintes qu'il subit et opérer des changements pour améliorer les choses. Katherine L. Frohlich⁹⁹ aborde ce sujet de manière fort convaincante lorsqu'elle suggère d'introduire la notion de « modes de vie collectifs » en promotion de la santé. En appliquant cette notion aux réalités du développement des communautés, on revient sur cette idée que les inégalités sociales ne jouent pas que sur des destins individuels, mais impliquent des comportements d'ensemble.

⁹⁶ THE COLORADO TRUST (1998), *Promoting Health by Building Community Capacity, summary*, Denver.

⁹⁷ William A. « Bill » NINACS (2010), *Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Presses de l'Université Laval, 140 p.

⁹⁸ Denis BOURQUE (2009), *Concertation et partenariat*, Presses de l'Université du Québec.

⁹⁹ Katherine L. FROHLICH et Poland BLAKE (2006), *Promotion de la santé au Canada et au Québec : perspectives critiques*, Presses de l'Université Laval, p. 62-80.

Ainsi, en agissant au sein des communautés locales et en intervenant sur les milieux de vie, on peut avoir un impact sur les individus eux-mêmes qui, à leur tour, peuvent contribuer à construire des communautés plus dynamiques. Et c'est de cette façon-là que la vitalité communautaire transforme les conditions de vie et agit sur l'ensemble des contextes socio-économiques pour que la société dans son ensemble ait, au final, plus d'équité et plus de santé.

Le directeur de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec considère que le développement des communautés constitue un axe majeur de mise en valeur du potentiel humain de la région. Il invite l'ensemble des instances régionales et locales à se joindre à lui pour soutenir le maximum de projets qui misent sur la capacité des individus et des milieux à se prendre en charge et à contribuer à l'amélioration de leurs conditions de vie.

4.3.2 SIXIÈME ACTION : RENFORCER LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

En 2004¹⁰⁰, à l'occasion de la réorganisation de son système de santé, le gouvernement du Québec confiait aux CSSS une responsabilité populationnelle. Cela s'est traduit par « l'obligation pour le CSSS de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population et en agissant en amont, sur les déterminants de la santé. L'actualisation de cette responsabilité requiert une collaboration entre les organisations publiques et communautaires des divers secteurs, les établissements privés de santé et les partenaires socioéconomiques agissant sur le territoire local ou régional. Le centre de santé et de services sociaux (CSSS) a pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir les collaborations entre les différents secteurs d'activité sur son territoire. »¹⁰¹ Notamment la responsabilité populationnelle implique de prendre en compte l'ensemble des besoins d'une population donnée plutôt que de se centrer sur les besoins de services des individus ayant un problème de santé¹⁰². De plus, pour agir sur les déterminants et en prévention et en promotion de la santé, les CSSS doivent assumer un leadership au plan local pour mobiliser leurs partenaires afin de renforcer ou de créer des conditions favorables à la santé et au bien-être dans leur territoire. Le développement des communautés est une des stratégies d'action qui concourt à cette visée.

Aussi, de par l'attention qu'il doit porter aux besoins non exprimés de sa population, le CSSS devient la voix des personnes et des communautés les plus vulnérables de

(...) en agissant au sein des communautés locales et en intervenant sur les milieux de vie, on peut avoir un impact sur les individus eux-mêmes qui, à leur tour, peuvent contribuer à construire des communautés plus dynamiques.

¹⁰⁰ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2004), *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*, trousse d'information, novembre.

¹⁰¹ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) : unir nos forces pour relever le défi de la responsabilité populationnelle*, feuillet promotionnel.

¹⁰² AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2004), *op. cit.*, p. 4.

son territoire, elles qui interviennent rarement pour revendiquer les services ou les programmes qui leur permettraient d'améliorer leurs conditions d'existence.

Plus particulièrement, de leur côté, s'agissant de réduire les inégalités, le développement social et le développement des communautés suggèrent de changer la distribution du risque dans la population en améliorant les conditions de vie. Pour sa part, la responsabilité populationnelle permet d'augmenter le pouvoir de transformer les ressources d'un territoire donné – d'un réseau local de services de santé et de services sociaux – en capital de santé pour les groupes les plus vulnérables et pour l'ensemble de la population. Ce qui revient notamment à renforcer le sentiment de maîtrise de sa destinée dans les communautés les moins favorisées, à développer une inclination communautaire dans les milieux les plus favorisés, à anticiper la survenue de phénomènes fragilisant l'équilibre relatif d'une communauté moyenne ou à convertir les forces de résistance des communautés résilientes en vecteurs de croissance¹⁰³.

**LA RESPONSABILITÉ
POPULATIONNELLE PERMET
D'AUGMENTER LE POUVOIR
DE TRANSFORMER LES
RESSOURCES D'UN
TERRITOIRE DONNÉ EN
CAPITAL DE SANTÉ POUR
LES GROUPES LES PLUS
VULNÉRABLES ET POUR
L'ENSEMBLE DE LA
POPULATION.**

La responsabilité populationnelle sied particulièrement bien aux exigences d'une approche globale et intégrée. En outre, elle s'inscrit en parfaite continuité avec le mandat du directeur de santé publique, qui est « responsable d'informer la population de l'état de santé général des individus et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin »¹⁰⁴.

Le directeur de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de concert avec ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), s'engage à faire tous les efforts permettant d'intégrer de plus en plus la responsabilité populationnelle dans les stratégies de gestion. La contribution du RSSS au développement social et au développement des communautés constitue une occasion unique d'agir sur les conditions de vie de la population tout en promouvant l'adoption d'habitudes et de comportements favorables à la santé.

¹⁰³ Interprétation libre de la présentation de Louise POTVIN (2008), *Vulnérabilité : une critique de l'approche populationnelle*, Chaire (FCRSS) Approches communautaires et inégalités de santé, Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé, Université de Montréal, Colloque AQESSS : Communautés en action, Montréal, 11 mars.

¹⁰⁴ QUÉBEC (2012b), *op. cit.*

4.3.3 SEPTIÈME ACTION : SE SERVIR DES OUTILS CO-CONSTRUITS PAR LES ACTEURS RÉGIONAUX

Le développement des communautés est particulièrement dynamique en Mauricie et au Centre-du-Québec. Il est riche d'une tradition d'entraide et de solidarité qui remonte à la création des premières coopératives d'habitation dans de nombreux endroits de la région. Il est animé par des centaines d'organismes communautaires et par d'innombrables instances impliquées en matière de logement, de sécurité alimentaire, de transport collectif ou d'économie sociale. Les CSSS de la région ne sont pas en reste dans ce domaine. Chacun d'eux présente, dans une section jointe à ce rapport, un exemple de projet mené actuellement au sein de son territoire.

Profitant de cet élan et de concert avec eux et avec nos partenaires du développement social, nous avons développé des outils et une instrumentation visant à soutenir le développement des communautés, cela en comptant avant tout sur la participation des acteurs et des actrices du milieu.

Cette instrumentation part de l'idée que, autant il est important d'avoir un portrait de l'état de développement socio-économique et sociosanitaire des communautés, autant il importe d'avoir une estimation de leur potentiel communautaire. Par potentiel communautaire, on pense à tout ce qui a trait au sentiment d'appartenance, à la fierté, aux relations de voisinage, à la présence de ressources communautaires, à certaines caractéristiques de l'environnement immédiat, etc. Autant de composantes sur lesquelles il faut compter dans chaque milieu local pour faire du développement des communautés. Or, les informations portant sur ces éléments ne se retrouvent pas dans les grands fichiers administratifs. Elles existent néanmoins dans la tête et le cœur des personnes qui vivent dans les communautés ou qui, à défaut d'y résider, leur sont familières.

En plus des portraits socio-économiques et sociosanitaires des communautés, nous avons donc mis au point une **fiche d'appréciation**¹⁰⁵ qui consiste à « faire remonter » des perceptions des gens du terrain. Elle met en valeur les savoirs de ceux et celles qui connaissent la réalité des territoires et qui peuvent en déterminer les forces ou les limites. Mises ensemble, ces perceptions constituent un diagnostic représentatif de la capacité d'agir d'une communauté. L'exercice d'appréciation du potentiel d'une communauté permet donc de détecter des cibles porteuses d'habilitation¹⁰⁶ et d'établir des forces susceptibles de mieux orienter les milieux sur tel ou tel projet, cela en prenant acte de ce qui est et de ce qui peut être fait en vue de se donner les meilleures chances de réussite.

¹⁰⁵ COMITÉ RÉGIONAL EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL CENTRE-DU-QUÉBEC (2011), *Guide d'utilisation de la fiche d'appréciation du potentiel des communautés*, 41 p., [En ligne]. <http://crds.centre-du-quebec.qc.ca/client/page1.asp?page=74&clef=30&clef2=5>

¹⁰⁶ Pour le dire avec les mots de Bill Ninacs, ces cibles d'habilitation devraient être porteuses des interventions sociales qui soutiennent les efforts des individus et des communautés dans la recomposition de leur capacité d'action autonome. Voir à ce sujet : William A. « Bill » NINACS (2006). *Empowerment : réflexions sur les principes clés*, Coopérative La Clé, [En ligne]. [http://www.tantdevies.eu/files/Empowerment_Principes_cles_Bill_Ninacs.pdf]

Ces projets, combinant à la fois l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être et l'action intersectorielle, reposent sur une dynamique de participation citoyenne – donc une logique ascendante – qui permet de disposer des ressources et des programmes publics – selon une logique descendante – en les adaptant aux caractéristiques propres et aux besoins des communautés.

Puisque les CSSS ont un rôle à jouer en matière d'amélioration de la santé et du bien-être de la population de leur territoire et d'autant qu'ils ont une bonne connaissance des besoins de la population et des acteurs locaux, ils sont des partenaires incontournables dans les exercices de mobilisation locale. Leurs intervenants seront en mesure d'animer et de soutenir l'utilisation du dispositif de connaissance qui inclut la fiche d'appréciation du potentiel. Dans les communautés où, pour toutes sortes de raisons, la mobilisation autour de questions de santé ou de problématiques sociales n'est pas initiée par la population ou ses représentants, les CSSS, de par leur mandat, ont pour rôle d'animer cette concertation et d'initier ces démarches de mobilisation en vue de résoudre ces difficultés ou répondre à leurs besoins. Dans les milieux déjà mobilisés, les CSSS pourraient assumer un rôle conseil ou de soutien. Dans tous les cas, les CSSS sont des acteurs majeurs au plan local en participant aux démarches de développement des communautés.

(...) LES CSSS ONT UNE BONNE CONNAISSANCE DES BESOINS DE LA POPULATION ET DES ACTEURS LOCAUX, ILS SONT DES PARTENAIRES INCONTOURNABLES DANS LES EXERCICES DE MOBILISATION LOCALE.

Les résultats portant sur l'expérimentation de la fiche d'appréciation du potentiel de développement des communautés ont déjà été publiés ailleurs¹⁰⁷. Qu'il soit permis de reprendre en résumé quelques exemples pour illustrer en quoi et comment l'utilisation de la fiche contribue au développement des communautés et à la mise en valeur du potentiel des individus.

UNE COMMUNAUTÉ PROBLÉMATIQUE AU BORD DE LA RUPTURE

- **Situation générale** : situation socio-économique et sociosanitaire très désavantagée.
- **Forces** : les gens ont encore le goût de participer quand on les convie à un événement public quelconque.

¹⁰⁷ Notamment dans le dernier *Rapport sur les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec* (2010), *op. cit.*

- **Faiblesses** : détérioration des liens d'entraide, peu de fierté, absence de sentiment d'appartenance, isolement, méfiance et manque de soutien social.
- **Potentiel de développement** : Si on convie les gens à une fête populaire, ils s'y rendront volontiers. Voilà le premier maillon d'une chaîne qu'il s'agit d'allonger en multipliant les projets qui visent des potentiels plus structurants comme tout ce qui touche la consolidation et le développement de réseaux sociaux. Sur cette lancée :
 - on repousserait peu à peu l'isolement et l'exclusion;
 - on rétablirait l'estime personnelle;
 - on stimulerait la création de liens sociaux;
 - on ouvrirait la voie à une certaine participation citoyenne elle-même;
 - on encouragerait l'effort collectif soutenu apte à redynamiser une communauté.

UNE COMMUNAUTÉ PROBLÉMATIQUE EN REMONTÉE

- **Situation générale** : état de développement socio-économique et sociosanitaire très désavantagé.
- **Forces** : bonne diversité d'organismes communautaires qui travaillent ensemble pour résoudre des problèmes communs, sentiment de fierté et d'appartenance élevé.
- **Faiblesses** : les gens ne se sentent pas en sécurité, ils ne se font pas confiance entre eux, les relations de voisinage ne sont pas très bonnes, l'entretien des immeubles laisse à désirer et rares sont ceux qui ont le sentiment de pouvoir changer les choses.
- **Potentiel de développement** : resserrement des liens entre le milieu communautaire dans son ensemble et les gens du quartier. Ainsi, le milieu communautaire, plutôt que d'être une sorte de police d'assurance permettant d'endurer les voisins, de se résigner au délabrement relatif des immeubles, de tolérer la présence des itinérants ou d'oublier le va-et-vient des prostituées ou des revendeurs de drogue, devient un catalyseur pour multiplier les projets qui :
 - stimulent les relations de bon voisinage;
 - améliorent l'apparence des immeubles;
 - donnent le goût de participer aux événements publics;
 - font profiter des équipements collectifs;
 - refont le tissu social d'une communauté;
 - remplacent la méfiance entre voisins par de la confiance mutuelle;
 - substituent des relations d'entraide et de solidarité à des rapports d'aide et d'assistance.

UNE COMMUNAUTÉ VULNÉRABLE DE MILIEU RURAL

- **Situation générale** : communauté rurale dévitalisée, aux prises avec un problème de production illégale de cannabis, les agriculteurs voient leurs champs envahis par des producteurs indésirables et plusieurs jeunes manquent à l'appel lors de la rentrée scolaire, attirés, dit-on, par les salaires alléchants qui leur sont offerts pour les récoltes.
- **Forces** : le journal de quartier est apprécié par les résidents, les gens prennent soin de leurs biens, fleurissent leur balcon ou leur parterre, sont entourés par leurs proches et aiment habiter dans cette communauté.

- **Faiblesses** : les gens ne se font pas mutuellement confiance, ont peu de contacts à l'extérieur de la communauté, ne se sentent pas touchés par ce qui se passe autour d'eux et ont le sentiment qu'ils n'ont pas le pouvoir de changer les choses.
- **Potentiel de développement** : arrivée d'une nouvelle équipe au sein du conseil municipal et multiplication de prétextes pour favoriser les occasions de rencontre entre les citoyens. Des initiatives qui dérangent les petits brigands qui tablent sur des voisins qui ne se parlent pas, qui misent sur l'indifférence générale, qui comptent sur l'isolement et la peur pour commettre impunément leur crime.

UNE COMMUNAUTÉ AVANTAGÉE DE LA BANLIEUE

- **Situation générale** : indicateurs socio-économiques et sociosanitaires très avantageux.
- **Forces** : assurance d'avoir le pouvoir de changer les choses, bons réseaux de contacts externes, maisons bien entretenues, forte participation aux efforts de cueillette sélective des déchets.
- **Faiblesses** : relations de voisinage correctes, sans plus, les voisins se parlent peu, esprit communautaire absent et vulnérabilité au plan de la sécurité (vols à domicile notamment).
- **Potentiel de développement** : la protection contre la criminalité serait mieux servie par une approche communautaire de type vigilance du voisinage plutôt que par une approche individualiste et de protection (système d'alarme sophistiqué, assurances tous risques, accès limité, guérite de sécurité, etc.). Les enfants seraient tout aussi protégés par le déploiement d'un programme comme « Enfant secours » que par des patrouilles policières, si fréquentes soient-elles. Le développement des communautés en milieux favorisés permettrait :
 - d'adopter un regard plus collectiviste sur le bâti, sur les cadastres, sur le mobilier urbain et sur le tracé des rues.
 - de faire valoir les avantages de vivre dans une société conviviale, plus cohésive, riche d'un partage équitable de la richesse où chacun trouve un point d'honneur à payer ses impôts plutôt que d'encourager le travail au noir.

Le directeur de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec préconise l'utilisation de la fiche d'appréciation du potentiel de développement des communautés comme outil de mobilisation. Il invite les CSSS à continuer d'assumer leur leadership local dans l'appréciation du potentiel de développement des communautés, lorsque requis, et à s'associer aux démarches locales de mobilisation ayant pour visée d'améliorer les conditions de vie des communautés. Il invite les partenaires locaux et régionaux à soutenir les différentes initiatives qui en découleront.

4.4 CE QU'IL FAUT RETENIR

Les inégalités ne sont pas une fatalité. Nos programmes et nos politiques publics nous aident à nous classer parmi les sociétés où elles sévissent le moins. Mais cela ne nous dispense pas, tout au contraire, de les rendre toujours plus efficaces. À ce chapitre, le réseau de la santé et des services sociaux peut adapter ses programmes aux réalités des milieux de vie, aux besoins et aux caractéristiques des communautés elles-mêmes. Grâce à l'harmonisation des logiques descendante et ascendante par les acteurs opérant au niveau central et ceux œuvrant au palier local et régional, cette adaptation est réalisable. L'harmonisation entre le milieu de la planification et celui de l'intervention réside dans la participation des personnes et des groupes à la prise en charge de leur santé et dans l'amélioration de leur capacité d'agir.

Les politiques et les programmes sectoriels à eux seuls, tout aussi efficaces soient-ils, ne peuvent réduire qu'une partie des inégalités. L'action sur les conditions de vie devient alors essentielle. Et par définition, cette action déborde les cadres de l'intervention sectorielle. Elle fait appel à trois ordres de déploiement des forces vives de l'organisation sociale : la mobilisation des acteurs, l'action inter-sectorielle et le développement des communautés. Elle interpelle les gestionnaires et les décideurs des organisations, les intervenants des domaines public et privé de tous les secteurs d'intervention ainsi que les citoyens et les communautés contributifs à la mise en valeur de leur potentiel de développement.



CONCLUSION

C'est pour éviter qu'on en vienne à croire que les inégalités sont immuables qu'il faut, comme beaucoup d'autres avant nous, attirer le regard sur elles. Car il importe de bien voir qu'elles ne sont pas causées par le hasard. Elles relèvent de circonstances sociales dont on ne doit en rien négliger la complexité, mais qui ne sont pas pour autant insurmontables. Et pour bien démontrer en quoi elles sont évitables, il nous faut d'abord avoir devant les yeux le portrait de la situation.

Ainsi, les inégalités sociales de santé existent ici selon une ampleur qui est certes incomparable avec la réalité d'autres pays, mais elles ne sont pas moins présentes. De plus, elles ont des incidences majeures chez les individus en général comme dans les milieux de vie ou dans les communautés locales en particulier. Pour employer une image, les inégalités, en l'état, ne sont pas que quelques nuages passagers qui planent au-dessus de la région. Elles s'incarnent et s'incrustent dans le tissu même de la géographie régionale. Elles ont une adresse. Elles logent principalement en milieu urbain. Elles

(...) notre région n'a de richesse que celle des êtres humains qui y vivent.

déterminent une occupation hétérogène du territoire faisant en sorte que les conditions de vie, et par conséquent l'espérance de vie, les problèmes sociaux et la santé sont partagés de façon inéquitable. Ce rapport et les travaux que mène la Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec depuis une quinzaine d'années ont bien démontré cette réalité.

Mais que faire à l'échelon régional et local pour contrer ces inégalités? Nous proposons de nous en tenir d'abord et avant tout à cette vérité élémentaire : notre région n'a de richesse que celle des êtres humains qui y vivent. À ce titre, chaque citoyen d'ici peut contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de l'ensemble de la communauté et à la réduction des écarts. Pour ce faire, il importe d'abord de prendre en compte : 1) l'état de développement du milieu dans lequel la personne évolue, 2) la capacité d'agir de la personne elle-même dans son environnement et 3) le potentiel de développement de sa communauté.

(...) LES INÉGALITÉS NE SONT PAS QUE QUELQUES NUAGES PASSAGERS QUI PLANENT AU-DESSUS DE LA RÉGION. ELLES S'INCARNENT ET S'INCRUSTENT DANS LE TISSU MÊME DE LA GÉOGRAPHIE RÉGIONALE. ELLES ONT UNE ADRESSE.

Considérer l'état de développement socio-économique et sociosanitaire nous amène à adapter nos grandes politiques et nos programmes en fonction des types de communautés de la région et de leurs caractéristiques propres. Cela implique que nous accordions aux responsables de terrain la marge de manœuvre et la souplesse permettant d'ajuster le programme au contexte sociocommunautaire et aux besoins du milieu. C'est ce qu'on pourrait désigner comme la rencontre des logiques ascendante et descendante qui contextualisent l'action des acteurs gouvernementaux, régionaux et locaux. On ne manque pas d'exemples pouvant illustrer cette intention. Les programmes de lutte contre le tabagisme, l'obésité, l'insécurité alimentaire ou l'inactivité physique, comme ceux d'éducation préscolaire, de police communautaire, d'intégration des nouveaux arrivants et de transport collectif touchent la population dans son ensemble. On conçoit bien que des modes de déploiement différenciés s'imposent selon que les programmes s'adressent à des individus qui résident dans une communauté vulnérable ou dans une communauté aisée.

Pour le réseau de la santé et des services sociaux, cette modulation des programmes de santé peut s'opérer lors de l'élaboration ou la révision des projets cliniques qui doivent adapter la prestation des services aux réalités locales.

En effet, le fait de soigner, d'éduquer, de prévenir ou de promouvoir requiert une sensibilité particulière. Comme c'est un investissement dans la capacité d'agir de la personne, un renforcement souhaité de sa liberté d'action, il faut s'inscrire dans une dynamique d'ouverture et de participation et enfin que la personne soit acceptée et reconnue dans sa dignité. Pour faciliter la participation, il importe de mettre en œuvre des démarches d'appréciation et de mise en valeur du potentiel des communautés à l'aide de l'instrumentation destinée à initier des projets locaux de développement. Voilà une contribution effective du réseau de la santé et des services sociaux, bien que dans ce domaine, il ne saurait agir seul.



De multiples partenaires privés et publics, institutionnels ou communautaires, sont des agents actifs dans le développement des communautés et travaillent à l'amélioration des conditions de vie. Que ce soit dans le cadre des ententes spécifiques en cours ou dans l'esprit des orientations relatives au développement social et au développement des communautés, notre réseau reconnaît et soutient ces initiatives.

En conclusion de ce portrait que nous faisons des inégalités sociales de santé dans la région et à partir de la compréhension de leur dynamique et du fait qu'elles ne nous apparaissent en rien comme étant une fatalité, nous rappelons que le réseau de la santé et des services sociaux s'est engagé à apporter sa contribution spécifique en :

1. portant une attention spécifique aux effets de nos programmes et services sur les personnes vivant dans des communautés vulnérables ou problématiques ou sur la dynamique de ces communautés;
2. poursuivant les travaux de caractérisation des communautés et de mise à jour du portrait des inégalités sociales de santé de même qu'en diffusant ces portraits et en rendant accessibles les données s'y rattachant par le biais du site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux;
3. formant et en soutenant les acteurs des CSSS dans l'utilisation de l'instrumentation d'appréciation du potentiel de développement des communautés et, en collaboration avec les comités régionaux de développement social, en offrant cette formation aux agents de développement de la région;
4. plaçant à l'ordre du jour des différentes instances auxquelles l'Agence de la santé et des services sociaux participe une réflexion sur les inégalités sociales de santé et sur les pistes d'action pour les contrer;
5. favorisant les concertations sectorielles ou intersectorielles pertinentes à la lutte contre les inégalités et en poursuivant nos engagements dans les différentes ententes spécifiques qui y contribuent de par leur action sur les déterminants de la santé et du bien-être, notamment en agissant sur les conditions de vie;
6. soutenant des projets de développement des communautés sur les territoires des CSSS de la région.

Fort de cet engagement, avec l'appui de nos partenaires et en travaillant avec l'ensemble de la population, nous contribuerons tous ensemble à l'avènement d'une région plus égalitaire, plus juste, en meilleure santé et plus dynamique que jamais grâce au potentiel de ses individus et de ses communautés.



ENCART

DES EXEMPLES D' ACTIONS LOCALES EN MATIÈRE DE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

DANS CHACUN DES TERRITOIRES DE CSSS
DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

1- L'ACTION LOCALE AU CSSS DE MASKINONGÉ ET SES PARTENAIRES : une même approche partout et pour tous : accessibilité et participation

Avec la collaboration de Chantal Desaulniers

Le territoire du CSSS de Maskinongé, à l'instar d'autres territoires ruraux de la région, compte relativement peu de communautés très riches. On y retrouve cependant trois communautés très défavorisées et, de l'avis de plusieurs, la pauvreté s'étale également de façon diffuse sur presque la totalité du territoire. Même situation pour les gens qui sont les plus vulnérables au regard de la santé et des problèmes sociaux. Ils ne se concentrent pas seulement dans un endroit particulier. Ils sont présents un peu partout dans l'ensemble des communautés. Voilà une particularité qui teinte forcément l'organisation des services de santé. De sorte que, en matière de réduction des inégalités et de lutte contre la pauvreté, les intervenants du CSSS de Maskinongé et leurs partenaires visent en permanence à atteindre ce point d'équilibre qui se situe entre l'approche communautaire et les interventions individuelles, entre le travail dans le milieu de vie et l'attention portée à différents types de clientèles.

D'abord, la question de l'accessibilité des services est toute entière conditionnée par cette dynamique. Ce n'est donc pas par hasard si le dossier du transport collectif revêt une importance prioritaire sur le territoire du CSSS de Maskinongé. D'ailleurs, c'était l'un des éléments centraux de la *Politique de développement social* adoptée au tournant des années 2000 par la MRC, politique qui est l'une des premières de ce type à avoir été adoptée en Mauricie. Normal quand on sait que le transport collectif contribue à briser l'isolement des personnes les plus pauvres ou des plus vulnérables, à accroître le sentiment de sécurité et aussi à freiner l'exode de ceux qui songent à déménager dans les grands centres pour se rapprocher des services. Tout ne repose pas sur lui, mais voilà une carte qui se retrouve dans les mains de tous les partenaires du milieu pour assurer leur mission respective.

À cet effet, toujours en se maintenant sur le fil de l'équilibre entre la prise en compte de l'ensemble de la population et des groupes particuliers, notamment des personnes et des communautés les plus défavorisées, le CSSS déploie son action un peu à l'image d'une étoile dont les pointes représentent autant d'ancrages au rayonnement du développement social. En voici l'illustration.

Les Jardins Latourelle, en partenariat avec le Centre financier aux entreprises (CFE) des caisses Desjardins du secteur Maskinongé, la Ville de Louiseville, le Centre local de développement (CLD) et la Conférence régionale des élus (CRÉ), offrent un hébergement adapté à des personnes autonomes ou en perte d'autonomie. Le projet de répit-gardiennage, en collaboration avec l'Association des aidants naturels du bassin de Maskinongé et la Coopérative d'aide domestique de la MRC de Maskinongé, vise l'amélioration de la qualité de vie chez les aidants naturels. Le projet Viactive offre 18 groupes d'activité physique sur l'ensemble du territoire. Diverses campagnes sociétales portent sur la participation sportive, les plaisirs

d'hiver et l'abandon du tabac. L'utilisation de la radio communautaire locale CH2O aide à faire la promotion de la santé, particulièrement de saines habitudes de vie. Le réseau des Sentinelles, en partenariat avec le Centre de prévention suicide (CPS), une entreprise locale (Canadel), l'Union des producteurs agricoles (UPA), l'École secondaire l'Escale et le Centre d'action bénévole de la MRC de Maskinongé, intervient dans tous les milieux en matière de prévention du suicide.

Tous ces projets visent la population en général, tout en se préoccupant de la réalité des personnes défavorisées ou vulnérables en particulier. Le CSSS de Maskinongé ne ménage pas ses efforts en intervenant spécifiquement auprès de ces dernières. Il le fait notamment par le biais du programme SIPPE qui offre toute une gamme de services intégrés en périnatalité et en petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ainsi, en collaboration avec la Maison de la famille du bassin de Maskinongé, des activités ciblant particulièrement cette clientèle sont réalisées depuis maintenant plusieurs années.

Comme cela est rappelé dans son *Plan d'action local de santé publique*, le CSSS de Maskinongé, inspiré par son approche population/milieu de vie, investit dans plusieurs projets à vocation universelle. Tout en étant particulièrement sensible aux conditions d'accessibilité des personnes les plus vulnérables, le CSSS de Maskinongé s'applique également à réduire les inégalités sociales de santé en général. Et il le fait en soutenant au mieux la participation sociale, en cherchant à augmenter toujours davantage les rapprochements intersectoriels avec ses partenaires et en valorisant les occasions d'entraide et de solidarité qu'offrent les maillages intergénérationnels de sa population.

2- L'ACTION LOCALE AU CSSS DE TROIS-RIVIÈRES ET SES PARTENAIRES :

**l'action concertée en sécurité alimentaire :
se nourrir, agir et se développer**

Avec la collaboration de Marie-Josée Routhier

Plus d'une personne sur dix (13 %) sur le territoire du CSSS de Trois-Rivières n'a pas accès en tout temps et en toute dignité à un approvisionnement alimentaire suffisant et nutritif, à un coût raisonnable et acceptable. C'est ainsi qu'en 2008, 2 000 personnes environ recevaient chaque mois un colis de nourriture. Pendant la même période, en plus des denrées fournies par Moisson Mauricie, des bons alimentaires d'une valeur de 29 000 \$ ont été distribués à 850 personnes, cela sans compter les 16 700 repas servis aux tables populaires par mois, les 8 000 collations offertes aux enfants défavorisés chaque mois et les 21 500 repas annuels mis à la disposition des personnes âgées en perte d'autonomie par les popotes roulantes¹⁰⁸.

La cueillette des denrées, la préparation des repas et leur distribution, le recrutement des bénévoles et leur encadrement, l'accès aux services eux-mêmes, le contact avec les personnes défavorisées,

¹⁰⁸ Ces données ont été colligées par le CSSS de Trois-Rivières en 2008.

le souci de les rejoindre et de pallier, au-delà de l'alimentation, d'autres problèmes avec lesquels elles sont aux prises, voilà autant d'éléments qui doivent être pris en compte dans une perspective d'ensemble en matière de sécurité alimentaire. Ainsi, il faut certes avant tout nourrir et bien nourrir, mais il importe aussi de nourrir pour soutenir la capacité d'agir des personnes. On doit donc le faire en protégeant leur dignité et en faisant en sorte qu'à l'instar de chaque individu, la personne qui souffre d'insécurité alimentaire puisse réaliser son plein potentiel de développement et contribuer ainsi, pour la part qui lui revient, au développement de son milieu.

D'où cette évidence : la sécurité alimentaire n'est pas l'affaire de quelques-uns et ne relève pas de la débrouillardise. C'est plutôt une question de société. Elle se retrouve même au cœur de l'organisation et du développement des collectivités humaines. Voilà la conviction qui anime le CSSS de Trois-Rivières et les acteurs¹⁰⁹ réunis autour de lui en matière de développement des communautés. C'est ainsi que, tous ensemble, ces intervenants ont entrepris une démarche partenariale visant à faire de la sécurité alimentaire non pas seulement une réponse à des besoins ponctuels, mais surtout un projet de développement axé sur l'amélioration des conditions de vie, la participation sociale et le développement des communautés vulnérables.

En plus de prendre acte des données relevées précédemment, les membres de la Table de concertation en sécurité alimentaire de Trois-Rivières, mise sur pied par le CSSS de Trois-Rivières en collaboration avec la Table de concertation des secteurs Adélarde-Dugré et Jean-Nicolet, se sont mis à l'écoute des organisations touchées, voire de la population en général. Des groupes de discussion réunissant des intervenants professionnels, des bénéficiaires et des bénévoles ont été formés. De là est ressorti un état de situation révélant certaines difficultés inhérentes à la distribution alimentaire. Par exemple, on a constaté que les bénévoles vieillissaient et que leur disponibilité diminuait, que la charge de responsabilités qu'ils avaient sur leurs épaules était lourde et que leur formation était à parfaire (mesures d'hygiène, recommandations du guide alimentaire, gestion des conflits, habiletés de communication et connaissance des ressources du milieu). Et puis, ultime et incontournable motivation, tout ce qui est entrepris en sécurité alimentaire doit passer, s'est-on dit, par le respect accordé aux usagers ainsi que par la volonté de les aborder eux, et tous ceux qui travaillent à l'intérieur du projet, avec équité et justice.

Le projet *Se nourrir, agir et se développer* s'est alors mis en branle en visant différents objectifs. Il touche les questions relatives à l'accès aux denrées (règles de distribution favorisant l'équité et l'élimination des préjugés), à la relève des bénévoles, à la continuité des services, à la promotion de saines habitudes de vie, à la gestion des budgets de base en alimentation et au renforcement de la capacité d'agir. Le projet vise également le raffermissement des liens entre les organismes communautaires et la population des quartiers touchés par une plus grande insécurité alimentaire.

¹⁰⁹ Des acteurs réunis au sein d'une table de concertation en sécurité alimentaire dont le Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières, les centres d'action bénévole Lavolette et du Rivage, les Artisans de la Paix, la maison de quartier St-Philippe, Moisson Mauricie / Centre-du-Québec, les Cuisines collectives de Francheville, la Ressource FAIRE, la Société de St-Vincent-de-Paul, la Démarche des premiers quartiers de Trois-Rivières, Ebyôn Centre Jacques-Jobidon, la Ville de Trois-Rivières et Le Bon Citoyen.

Il s'intéresse à l'éducation populaire et cherche à atteindre des gens qui ne sont pas rejoints par les programmes et les services publics habituels.

De plus, les partenaires de la Table de concertation en sécurité alimentaire ont fait en sorte que ce projet n'opère pas en vase clos. Ils se sont assurés qu'il s'inscrive en parfaite cohérence avec le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012* (initiatives ayant trait à l'accès aux aliments sains en milieux défavorisés), le *Plan d'action local de santé publique du CSSS de Trois-Rivières* (volet de concertation locale en sécurité alimentaire), la *Politique municipale de développement social de la Ville de Trois-Rivières* (pour imaginer des solutions collectives à des problèmes sociaux) et le *Plan d'action régional 2010-2011 d'Emploi-Québec pour la Mauricie* (afin d'associer les partenaires du marché du travail).

Dès lors, des visites fréquentes et régulières sont effectuées dans les 13 secteurs de distribution visés où en moyenne 40 bénévoles sont rencontrés chaque semaine. Plus de 60 bénéficiaires de l'aide alimentaire participent désormais à des actions de sécurité alimentaire. Avec le soutien de l'organisatrice communautaire dédiée au projet, différents outils de travail et stratégies d'action ont permis d'améliorer l'accès aux denrées, l'accueil, l'hygiène, l'équité, la reconnaissance des bénévoles et l'accompagnement des utilisateurs. L'organisatrice communautaire a pu mettre sur pied différentes rencontres de travail afin de mieux structurer les opérations, resserrer les liens de coopération entre les organismes, diffuser l'information sur la sécurité alimentaire et impliquer les communautés intéressées.

De concert avec les autres projets de développement des communautés du CSSS, le projet est bien lancé et se consolide petit à petit tout en s'étendant à de nouveaux secteurs de la ville. Depuis 2011, on a entrepris un processus de régionalisation avec le soutien financier des partenaires régionaux tels que la CRÉ Mauricie et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les partenaires et Moisson Mauricie / Centre-du-Québec ont développé une offre de service pour les deux régions. Le projet se déploie maintenant dans plusieurs territoires de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

La figue ne tombe jamais en plein dans la bouche, nous dit un proverbe africain. Certes! Mais chacun peut manger convenablement quand se nourrir procède de l'organisation sociale et du développement humain. *Se nourrir, agir et se développer* en fait la démonstration. Et pas seulement en sécurité alimentaire!

3- L'ACTION LOCALE EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL AU CSSS DU HAUT-SAINT-AURICE : reconnaissance mutuelle, partenariat et innovation!

Avec la collaboration de Guylaine Asselin

Le développement social a toujours un peu fait partie du décor dans le Haut-Saint-Maurice. Ses artisans ont, depuis longtemps, démontré que la pauvreté et l'exclusion, par exemple, ne sauraient se régler à coup de baguette magique. En effet, les démunis ne peuvent être laissés à eux-mêmes et, à cet égard, dans le Haut-Saint-Maurice comme ailleurs, les manifestations de solidarité et d'entraide n'ont jamais fait défaut.

Mais en même temps, il est vrai de dire que le développement social a longtemps été perçu comme venant en second après le développement économique. Avant de s'occuper de pauvreté, a-t-on souvent entendu, on devrait d'abord créer la richesse. Mais la richesse elle-même ne provient pas que du marché. Ce n'est pas qu'une question de biens et de marchandises. C'est aussi et surtout ce qui est en lien avec l'être humain et sa capacité d'agir. D'où l'importance d'allier, dans un commun effort, les forces vives du milieu, les ressources en place et l'entrepreneuriat local pour assurer le développement d'un territoire local et le bien-être de la population qui l'habite. C'est ce que s'efforcent de démontrer depuis quelques années les membres du Comité local en développement social du Haut-Saint-Maurice et les partenaires du Réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS) impliqués dans le projet clinique TourneSol.

Les leaders économiques de l'agglomération de La Tuque l'ont bien compris. Désormais les gens du milieu social et ceux du milieu économique travaillent de concert au sein du Comité stratégique de développement socio-économique du Haut-Saint-Maurice, une instance qui regroupe des gestionnaires, des élus, des professionnels des secteurs privés et institutionnels préoccupés par le développement de leur MRC.

Deux manifestations concrètes de la stratégie de développement de la MRC démontrent la pertinence d'allier le social et l'économique dans un territoire qui a ses particularités et qui, de ce fait, échappe à l'occasion aux normes des grands programmes gouvernementaux, souvent conçus pour répondre aux besoins des populations centrales et densément peuplées.

LA COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ ETC

Initiée par des membres du Comité local en développement social provenant de l'École forestière et soutenue par la Commission scolaire de l'Énergie et le Centre local d'emploi de La Tuque, la Coopérative de solidarité ETC (École-Travail-Communauté) a été mise sur pied en vue de valoriser les ressources humaines du territoire. Cela dans un contexte où, fort justement, en raison de certaines normes administratives, les services de formation en intégration sociale et en intégration socioprofessionnelle du territoire battaient de l'aile. L'idée d'implanter cette ressource visait à permettre à la population et aux ressources du milieu d'avoir accès à des occasions d'expérimentation et s'est traduite par l'accueil de ces services au *Pavillon mon avenir* à la Coop ETC et le déploiement d'action autour de trois ateliers pratiques de travail.

Le premier atelier a pris la forme d'une boutique où les participants font l'apprentissage du service à la clientèle et se familiarisent avec les techniques d'étalage, d'inventaire et d'utilisation des caisses enregistreuses. Le deuxième atelier est consacré aux activités de démantèlement informatique ou électronique. Tout ce qui est récupérable est vendu à la boutique et ce qui ne l'est pas est acheminé dans un centre certifié de recyclage. Le troisième atelier offre aux élèves de se spécialiser dans les matières textiles. Ses activités vont de l'installation à divers endroits de la ville de bacs de récupération à la récupération de vêtements destinés à être vendus à la boutique, de la redistribution de certaines marchandises au vestiaire du Centre de bénévolat de La Tuque et à la maison de la famille Ressource Parent-Ailes à la reconversion de tissus en produits d'entretien pour les entreprises du milieu. Toutes ces activités contribuent, il va sans dire, à briser l'isolement des personnes, à leur redonner confiance en leurs moyens, à rehausser leur estime d'elles-mêmes, à encourager les initiatives et, dans plusieurs cas, à favoriser leur intégration sur le marché du travail ou leur retour aux études.

LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

À l'instar d'autres MRC de la région, la MRC du Haut-Saint-Maurice n'est pas à l'abri de l'insécurité alimentaire. C'est pourquoi plusieurs organismes communautaires veillent à ce que les personnes les plus démunies du territoire puissent profiter d'une alimentation saine tout au long de l'année. Mais il arrive forcément que les organismes impliqués dans ce domaine se retrouvent en période de relâche parce que leurs bénévoles prennent un repos bien mérité. Et bien sûr ces organismes n'ont pas les moyens nécessaires pour assumer le remplacement de leurs ressources humaines pendant les vacances estivales. Or la pauvreté, elle, ne prend pas de pause.

D'où la mise en place d'un projet pour combler les besoins en sécurité alimentaire de la population durant la période de relâche des organismes. Ce projet est issu d'une démarche de concertation de tous les organismes qui interviennent en sécurité alimentaire (comité mis en place par le comité de développement social à la demande du RLS : comptoir alimentaire, popote roulante, bons de dépannage, soupe populaire, cuisines collectives et communautaires et guignolée). Il a pour mandat de prendre la relève et de distribuer des denrées. Tout en donnant le poisson, il souhaite également montrer à pêcher avec un volet d'éducation populaire. Il faut également soutenir les personnes dans le besoin quant à la planification budgétaire, l'utilisation de recettes économiques et nutritives et la conception d'une liste d'épicerie judicieuse et adaptée à la disponibilité des budgets.

Ce projet vise à combler un vide, mais il consiste surtout à démontrer que la lutte contre la pauvreté et la sécurité des adultes et des enfants sont des préoccupations de tous les instants. Voilà une façon originale de rappeler que le développement des communautés n'a pas de cesse et de dire aux personnes les plus démunies qu'en aucun instant elles sont laissées pour compte. Cela consiste à envoyer le message voulant que la pauvreté n'est pas une tare ou une fatalité divine, mais une injustice que l'on doit combattre au jour le jour.

4- L'ACTION LOCALE DU CSSS DE L'ÉNERGIE ET DE SES PARTENAIRES : la belle histoire de l'Équipe de quartier

Avec la collaboration de Lucie Carrier

La communauté de Saint-Marc et de Christ-Roi sur le territoire de la ville de Shawinigan est reconnue depuis longtemps comme étant en situation de vulnérabilité. Malgré les efforts déployés dans ce quartier de la ville par de nombreux groupes communautaires et organisations publiques, la situation ne s'est jamais véritablement améliorée. De plus, les gens de ce secteur ont même tendance à bouder les services publics.

Ainsi, le CSSS de l'Énergie et le Centre jeunesse, avec la complicité de l'Agence de la santé et des services sociaux et du MSSS, conviennent de l'importance de donner un grand coup. C'est alors qu'est née l'idée de mettre sur pied une équipe de quartier et de lui donner une mission globale, toute dédiée aux besoins immenses de la communauté. Cette mission s'appuie sur une véritable approche intégrée plutôt que sur des actions à la pièce qui, par définition, ne s'attaquent pas aux problèmes de fond.

Il fallait s'inscrire dans une trajectoire qui mise sur les forces du milieu avant d'intervenir sur ses carences, de redonner de l'espoir aux gens, de générer de petits succès et, de fil en aiguille, de renforcer ainsi la capacité d'agir des personnes. Tous les intervenants de l'Équipe de quartier se sont mobilisés autour d'un seul leitmotiv : Intervention, Orientée, Solutions (IOS). Les résultats n'ont pas tardé.

En alliance sur le terrain, les structures se décroissent pour ne faire qu'une seule équipe. On se sert des forces des individus comme levier pour adopter de nouvelles compétences parentales et personnelles. On les accompagne à travers les aléas en y ajoutant plus d'intensité, en augmentant l'accessibilité, la rapidité, la fréquence et la continuité d'intervention et en formant des dyades d'intervention. Il n'y a plus de frontière entre les intervenants en provenance du CSSS ou du Centre jeunesse : chacun est habilité et autorisé à appliquer la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la *Loi de la protection de la jeunesse*.

Une fois lancé, on décide aussi d'innover en adjoignant aux membres de l'Équipe de quartier un comité des partenaires du quartier qui cheminerait dans le même esprit IOS. Les intervenants de l'Équipe de quartier, du Centre local d'emploi, de la démarche de Revitalisation de quartier, du Centre Roland-Bertrand, du Centre de la petite enfance La Tourelle de l'Énergie, des écoles primaires St-Jacques et Immaculée-Conception, de l'organisme Volte-face, de Québec en Forme, de la Sûreté du Québec et de la Maison des jeunes de Shawinigan se sont donc assis autour de la même table.

PREMIER RÉSULTAT : L'ALLIANCE DE LA CONNAISSANCE ET DE L'ACTION

Premier pas : état de situation. Certes on avait une bonne idée des problèmes que vivait le quartier. Mais à quel point? On l'a donc scruté à la loupe : chômage, revenus, scolarité, mortalité, mono-parentalité, signalements jeunesse, incapacités, élèves en difficulté, taux de propriété, etc. Parents,

enfants, adultes, jeunes et aînés vus sous l'angle de leur vécu, de leurs rapports de voisinage, de leurs conditions et de leurs habitudes de vie, et non plus comme des catégories statistiques abstraites. Pour une rare fois, on se donne le temps de discuter, de partager les réalités de son univers avec celles des autres et de réfléchir ensemble sur ce qui nous rejoint et nous inspire.

Trois évidences s'imposent : 1) que ce soit en santé, en services sociaux, en éducation, en sécurité publique ou en organisation communautaire, chacun a ses propres dossiers, ses propres méthodes et stratégies pour la même personne, 2) il y a si peu de passerelles d'un service à l'autre, d'un réseau à l'autre, d'un intervenant à l'autre, 3) les résidants du quartier ne sont pas des clients passifs, en attente de services, ce sont des citoyens qui ont leur mot à dire et il faut les mettre dans le coup. L'équipe de quartier est davantage qu'un regroupement de partenaires se soutenant mutuellement dans leur mission et dans leurs actions, elle devient l'alliance des partenaires et de la population.

DEUXIÈME RÉSULTAT : IL FAUT BIEN PARTIR DE QUELQUE PART

Une première application de cette approche s'est attardée au cas de la violence et de la désorganisation des enfants. Le trajet des écoliers en dehors des heures de classe, par exemple, posait problème. C'est là que, échappant à la vigilance des professeurs, libérés des désagréments de la maison, certains s'en donnaient à cœur joie. Mais qui peut bien s'occuper d'eux? Chacun pourrait peut-être élargir le cercle de son action. Faire de son mieux pour agir hors les murs. On fit ce qu'on put. Rien toutefois de concluant, d'autant plus que l'école du quartier La Jeune Relève ferme ses portes temporairement et partage ses élèves entre les écoles St-Jacques et Immaculée-Conception situées en périphérie. On était peut-être aussi tombé dans le piège : on travaillait sur un problème, non pas sur des forces, ni sur une solution portée par la communauté.

TROISIÈME RÉSULTAT : CHANGEMENT DE PARADIGME

Cette première démarche concertée, inspirée du partage de la connaissance du milieu et de l'action solidaire, a incité les gens des réseaux de la santé, de l'éducation et du Centre jeunesse principalement à revoir le mode de livraison de leurs services. Cette nouvelle approche les amène à adapter les services surtout aux caractéristiques et aux besoins différenciés des communautés du territoire, plutôt que de les appliquer intégralement en fonction des normes et des règles convenues dans les programmes réguliers. Ainsi naît, entre autres, un service de type pédiatrie sociale pour répondre à des besoins exigeants d'accessibilité, de rapidité, d'intensité, de continuité et de qualité.

Mais encore faut-il mordre davantage dans cette fameuse approche dite populationnelle. La seule livraison de services, fussent-ils être d'une efficacité exemplaire, ne peut pas changer la dynamique d'un milieu. Du reste, si on s'en contente, certes on améliore les chances des individus de mieux développer leur potentiel, mais on ne modifie pas vraiment les conditions à la base des difficultés qu'ils doivent surmonter.

D'où l'importance de trouver la façon de mobiliser davantage la population. D'où la nécessité de mobiliser les résidants eux-mêmes, de dynamiser les réseaux, de stimuler l'entraide, de susciter des initiatives, etc.

Il suffit de partir de là où les gens se trouvent, s'est-on dit. Le potentiel le plus sûr de cette communauté réside assurément dans le sens de la fraternité et dans la sensibilité de sa communauté. Intervenants et résidants devraient peut-être se voir à l'occasion sous un autre angle que celui d'une prestation de services ou d'une relation visant à régler un problème. Se voir autrement... Organisons donc un pique-nique, tout simplement!

Il fallait y penser. En effet, pour peu que les actions correspondent au besoin du moment et qu'elles soient préparées résolument, les résultats sont au rendez-vous. À telle enseigne que les partenaires décident de multiplier les occasions de vivre du plaisir et de s'associer avec les familles. À l'automne, la fête de l'Halloween se tient maintenant dans le gymnase de l'école. Les parents décorent la salle, les enfants s'amusent. Ce modeste canal de loisir charrie son flux d'approvisionnement mutuel. Les mécanismes de défense se tassent. Ils font place à la confiance et invitent à poursuivre sur cette lancée.

Et si on organisait un carnaval d'hiver? Trouvons des patins pour tout le monde. Les enfants sautent sur la glace. Les adultes, intimidés, n'osent pas encore. Mais ça viendra. En attendant, un homme interpelle discrètement une travailleuse sociale. Il a besoin d'aide. On réitère le succès l'année suivante et on complète le calendrier avec une activité familiale en raquettes dans le cadre de Plaisirs d'hiver. Le printemps amène la chasse aux cocos de Pâques avec dégustation de fruits, le jardinage et une dégustation de légumes avec trempette. Après deux années, avec un calendrier bien chargé, les intervenants de l'Équipe de quartier et les partenaires conviennent que les milieux scolaire et communautaire pourvoient déjà bien aux occasions de fraterniser durant le temps des fêtes. Les parents organisent eux-mêmes la fête de Noël et les y convient bien sûr.

Aujourd'hui, près de 150 personnes participent au grand pique-nique annuel d'été. Une douzaine de parents s'impliquent dans l'organisation. D'autres pique-niques sont organisés avec une participation et une implication toujours accrues. Et ainsi s'enchaînent les implications des familles et des intervenants aux diverses activités du calendrier. Notamment des ateliers de cuisine qui ouvrent la porte à une coanimation avec l'Équipe de quartier pour rejoindre différemment les familles.

QUATRIÈME RÉSULTAT : ALLER EN AMONT DES PROBLÈMES

L'Équipe de quartier, de concert avec le comité des partenaires et une nouvelle collaboration avec le Fonds Avenir d'enfants, prend également le virage d'une offensive au préscolaire. On y déploie des efforts inégalés auprès de jeunes âgés de 4 à 5 ans et de leurs parents dans le but d'améliorer les habiletés requises pour l'intégration à la maternelle et la réussite scolaire (psychomotricité, langage et autonomie). Des stratégies spécifiques viennent soutenir le développement de leurs compétences

en élargissant leur vocabulaire, en leur apprenant à exprimer leurs émotions, en leur donnant des occasions d'apprentissage de la socialisation et en diminuant leur anxiété à la veille du passage vers une autre étape de vie. L'objectif est d'empêcher la spirale de délestage qui, à l'entrée de l'école primaire, va du repli à l'enfermement sur soi, en passant par les débordements propres à la petite violence en classe, dans la rue ou à la maison.

ÉNIÈME RÉSULTAT..

Mais que se passe-t-il dans Saint-Marc et Christ-Roi? Le vent serait-il en train de changer? Les planètes seraient-elles en train de s'aligner? L'approche populationnelle en train de générer des résultats alors qu'hier encore, on la croyait réservée au domaine des bonnes intentions? Rien n'est gagné, mais la réponse est affirmative. Beaucoup reste à faire et à parfaire, mais comme il est bon d'unir ses efforts quand on sait qu'on est bien engagé!

La mise en œuvre d'alliances entre les intervenants de la santé et des services sociaux, les partenaires et la population fait tache d'huile. L'Équipe de quartier et ses partenaires s'inspirent de cette approche et en adaptent maintenant les principes et les méthodes à un autre secteur défavorisé de la ville, interpellant de nouveaux partenaires et mettant à profit une seconde équipe de quartier.

Toutefois, il est aussi de mise de reconnaître que les Équipes de quartiers ont trouvé un terreau riche en engagements et en ouverture à la coopération auprès de ses partenaires, découlant d'un historique de collaboration et de confiance mutuelle qui unissait déjà divers réseaux dans la communauté. C'est à petits pas, au fil des ans, avant même et après la naissance des Équipes de quartiers, que se construisent les alliances, prenant appui sur des résultats générés par le « savoir être » et le « faire ensemble », deux ingrédients essentiels permettant aux graines de germer dans ce terreau.

Si les Équipes de quartiers ont été à l'origine d'actions probantes et remarquables, d'autres partenaires et réseaux ont aussi semé autant d'initiatives ayant une incidence toute aussi grande sur le développement des communautés. En voici quelques-unes à titre illustratif :

- le Comité Sécurité Alimentaire Shawinigan (CSAS) dont la concertation sectorielle suscite le réseautage et la réalisation d'actions (Journée contre la faim, campagne de promotion, répertoire des ressources, formations);
- le Comité de partenaires du transport collectif interterritorial et la mise en œuvre des dessertes interterritoriales du transport collectif;
- les partenaires associés au bulletin « L'INCLUSIF » et à la mobilisation des personnes pivots dans la mise en œuvre d'attitudes plus inclusives des populations vulnérables et défavorisées.

Il convient également de rappeler que ce terreau s'avère propice localement lorsque les ingrédients en développement social s'y mélangent bien, dont entre autres :

- la Politique de développement social de Shawinigan et la Politique cadre du loisir, du sport et du plein air; signées conjointement par des partenaires et entraînant un plan d'action concerté;
- les contributions au comité régional de mise en œuvre de transports collectifs entre les territoires ainsi que les contributions au Consortium en développement social de la Mauricie.

5- L'ACTION LOCALE DU CSSS DE BÉCANCOUR–NICOLET-YAMASKA : un plan stratégique qui fait une large place aux communautés les plus vulnérables et aux jeunes âgés de 0 à 17 ans

Avec la collaboration de Michèle Boulard

À l'instar d'autres instances du réseau de la santé et des services sociaux, l'efficience et l'équité sont deux des grands principes directeurs guidant l'action du CSSS de Bécancour–Nicolet–Yamaska. Dans le premier cas, il s'agit d'utiliser au mieux les ressources disponibles afin de répondre adéquatement aux problèmes de santé et de bien-être et de cibler les efforts vers les personnes et les groupes qui en ont le plus besoin. Dans le second, il importe de viser la réduction des écarts de santé et de bien-être observés entre les groupes et les territoires ainsi que l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour toute personne qui les requiert¹¹⁰. Voilà une façon originale de transposer au cœur de la mission d'une organisation les grands paramètres du développement social et du développement des communautés, paramètres qui consistent notamment à prôner un développement durable soucieux de justice sociale.

L'actualisation de ces principes se retrouve donc au centre du plan stratégique organisationnel, lui-même inspiré par certains constats incontournables. Parmi eux, on rappelle qu'il importe de prendre en compte le fait que le territoire est inégalement pourvu en matière de services et d'infrastructures. De plus, les clientèles les plus vulnérables se retrouvent à des endroits précis et c'est là bien souvent que se concentrent un grand nombre de HLM et que la population des jeunes de moins de 18 ans qui y réside, fragile à sa manière, est le plus souvent laissée pour compte.

Le plan stratégique s'attaque donc à ces constats en mettant de l'avant trois priorités elles-mêmes servies par des objectifs et des stratégies d'action particuliers, le tout étant intégré dans un cadre d'opération s'inspirant de l'approche « Saine alimentation et mode de vie physiquement actif » de Québec en Forme.

¹¹⁰ Voir le site Web du CSSS : http://www.csssbny.qc.ca/csssbny/mission-_vision-_valeurs.

Premièrement, on entend favoriser l'accessibilité aux aliments sains, variés et à moindre coût en agissant à la fois sur des dimensions comme l'approvisionnement, la transformation et la distribution. Pour ce faire, on misera sur la création de groupes d'achat, sur le développement d'ateliers de cuisine, de jardins communautaires et de projets de transformation des aliments sur une base de participation citoyenne. Ces actions, surtout dans un territoire comme celui du CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska, ne sauraient s'implanter durablement sans être soutenues par des transports collectifs efficaces et par une bonne connaissance de la disponibilité des équipements.

Mais plus encore, l'accessibilité à une saine alimentation, à un mode de vie actif, au transport collectif et aux équipements de loisir est inéquitable. C'est pourquoi il importe d'accentuer les efforts chez les groupes les plus vulnérables. D'où l'importance de favoriser une offre d'activités à faibles coûts (par le biais d'une meilleure connaissance des programmes d'aide en place et par un rapprochement avec les municipalités pour mettre sur pied des activités novatrices comme la création de bazars ou de prêts d'équipements) et d'accorder une attention particulière au fait qu'il n'existe pas de lieu de rassemblement pour les jeunes sur le territoire.

Dans un deuxième temps, suivant les principes du développement social, on prend acte du fait que l'accessibilité ne passe pas seulement par la prise en compte des considérations objectives liées à des dimensions comme l'éloignement, la rareté des ressources ou les disparités socio-économiques. Il importe aussi de considérer l'aspect humain de la réalité. Il ne suffit pas, par exemple, d'accroître l'offre de service pour que des clientèles moins favorisées en profitent automatiquement. Encore faut-il, dans un même élan, habiliter les personnes, augmenter leur capacité d'agir, les aider, en évitant toute attitude paternaliste, à modifier certaines habitudes ou à adopter certains comportements. C'est bien ce que propose la deuxième priorité du plan stratégique, celui-là en lien avec le développement des compétences et l'éducation.

Il s'agit dès lors, au regard de saines habitudes de vie toujours, d'être présent partout dans la chaîne de relations humaines qui relie en continu les milieux de garde, la famille et l'école. Il faut soutenir, suggérer et démystifier, bien sûr, mais surtout écouter. Écouter les enfants, les jeunes, les parents et voir avec eux comment les aider à participer à la prise en charge de leur vie et à accroître leur sentiment de maîtrise. Pour ce faire, tous les maillons de cette chaîne de continuité ont été solidement attachés : agents multiplicateurs, enseignants, directeurs des loisirs, entraîneurs, éducatrices, organisateurs d'événements mettront donc en commun leur expertise et la transféreront au service de milieux jusqu'ici négligés.

Enfin, dans un troisième temps, le plan stratégique ne saurait être mieux servi que s'il est accompagné de dispositions relatives à la promotion d'actions bien ciblées telles que la mise en place de conditions qui favorisent le transport actif ou la sécurité à vélo. Il n'atteindra jamais mieux ses objectifs que si, en outre, il est accompagné d'un plan de communication dynamique et interactif auprès de la population en général, des communautés vulnérables et des jeunes de moins de 18 ans en particulier.

L'écrivain Jean Giraudoux disait que le sport est l'espéranto des races. De même en est-il de l'activité physique et de la sécurité alimentaire. Une fois les obstacles qui nuisent à leur accessibilité levés, elles réunissent toutes les classes sociales, toutes les générations et tous les milieux de vie dans un même essor de développement durable et équitable. Un idéal qu'entendent bien atteindre le CSSS de Bécancour–Nicolet–Yamaska et ses partenaires au cours des prochaines années.

6- L'ACTION LOCALE DU CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-BATISCAN ET DE SES PARTENAIRES : deux MRC en mouvement!

Avec la collaboration de Jean-Claude Landry, de Johanne Gauthier et des membres des comités de développement social de Mékinac et des Chenaux

Le CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan déploie son action en matière de développement social et de développement des communautés autour des pôles naturels que sont les territoires de la MRC des Chenaux et de la MRC de Mékinac. Dans les deux cas, les derniers mois ont été particulièrement chargés.

LA MRC DES CHENAUX

Un groupe de travail qui réunit des professionnels du CSSS, de la Corporation de développement communautaire des Chenaux ainsi que la responsable de la politique familiale de la MRC, a entrepris une tournée des neuf municipalités de la MRC afin d'en apprécier le potentiel de développement. À ce jour, deux exercices d'appréciation ont été menés, l'un à Sainte-Geneviève-de-Batiscan, l'autre à Saint-Luc-de-Vincennes.

Rappelons que ces deux communautés appartiennent à la catégorie des communautés moyennes au plan socio-économique et sociosanitaire. Ni riches ni pauvres, pas de surcroît de signalements de cas à la Direction de la protection de la jeunesse et une mortalité normale. Sur quoi miser alors pour stimuler leur développement?

SAINTE-GENEVIÈVE-DE-BATISCAN

Si Sainte-Geneviève-de-Batiscan est une communauté sans problème particulier, il est vrai aussi que rien ne peut être pris pour acquis. Certes, les gens aiment y vivre et s'y sentent en sécurité. Mais, selon les dires des participants à l'exercice, ils s'impliqueraient peu au regard de la vie citoyenne. À telle enseigne que le maire de la municipalité disait craindre de perdre un investissement tripartite de 300 000 \$ pour déménager et réinstaller la bibliothèque municipale en raison de l'absence de bénévoles pour prendre en charge certaines activités une fois les travaux exécutés.

Jusqu'au moment de l'exercice, hormis les membres du conseil municipal, presque personne n'avait entendu parler de cette difficulté. Cet aveu, à sa manière, a donc un peu eu l'effet d'une bombe. En effet, la communauté ne manque pas de gens qui sont désireux de s'impliquer d'une façon ou d'une

autre dans la vie de la communauté. Mais jusqu'ici, ils trouvaient difficile de le faire, faute de projet rassembleur. Les choses se présentent ainsi : d'un côté on retrouve les élus tout entier consacrés aux fonctions de gestion, de l'autre des citoyens qui pourraient être enclins à agir, mais ne sachant pas trop comment s'impliquer.

Et si justement on profitait du déplacement de la bibliothèque à l'intérieur de l'école du village afin de créer une sorte de foyer culturel au sein de la communauté? Une gestionnaire d'un centre d'action bénévole a fait valoir que le bénévolat est possible, mais que le recrutement et la permanence de bénévoles obéissent à des règles. Un bénévole a besoin de se sentir encadré, de comprendre ce que l'on attend de lui, de savoir qu'il peut exercer sa créativité et qu'il est en mesure de prendre des initiatives. Il lui faut cependant prendre conscience également que son action doit s'inscrire dans une démarche planifiée. Ses tâches doivent être claires et précises. Voilà une façon de soutenir la motivation. Or, puisque le soutien à l'action bénévole fait partie intégrante de la mission des centres d'action bénévole, les responsables municipaux auraient gagné à faire appel à celui desservant la municipalité. Toujours au regard de la bibliothèque, d'autres participants se sont montrés intéressés à offrir leurs compétences aussi variées que bénéfiques pour le succès du projet. Et si Sainte-Geneviève-de-Batiscan se refaisait une beauté grâce au projet de la bibliothèque?

La cible de développement est trouvée (participation citoyenne accrue). Le projet est établi (animation de la bibliothèque citoyenne). Reste aux participants et au comité de travail de cet exercice à élaborer leur plan d'affaires et à donner vie au foyer culturel local.

SAINT-LUC-DE-VINCENNES

Dans la foulée de la Journée de la famille qui avait réuni 500 personnes dont environ 175 résidents de la municipalité, il a été clairement démontré que certains membres de la communauté veulent contribuer au développement de leur milieu, voire le dynamiser davantage et lui redonner un certain élan à la suite de la fermeture du dépanneur et de la station-service au cours des dernières années.

Une brochette diversifiée de vingt personnes se sont attablées et ont procédé à l'appréciation du potentiel de leur communauté. Premier constat : il ne se passe pas grand-chose à Saint-Luc-de-Vincennes. Les gens ne se voient pas. Chacun se retrouve un peu dans son quant-à-soi. Mais quand l'occasion leur est offerte, méchoui ou activités entourant la course de chiens de traîneau, les citoyens du village sont présents lors de moments de rencontre. Une épluchette de maïs pourrait à cet égard relancer la vie communautaire de la municipalité. Les producteurs locaux seraient même ravis de fournir la matière première. Mais il y a plus. De l'avis de tous les participants, une telle rencontre pourrait donner lieu à l'expression de nombreuses suggestions pour mettre la communauté en mouvement. N'est-ce pas d'ailleurs le propre du développement des communautés que de miser sur l'intelligence collective du milieu?

Mais d'ores et déjà, avant même la tenue de l'événement, les idées ne manquent pas. Quelqu'un fait observer, sous le regard approbateur des autres, qu'un nombre incalculable de cyclistes passent à Saint-Luc pendant la belle saison. Ceux-ci s'arrêtent sur les marches de l'église pour boire un peu d'eau ou prendre un fruit. Pourquoi ne pas aménager un abri, y planter des fleurs, ériger un panneau décrivant l'histoire de la communauté, rédiger surtout un message de bienvenue aux visiteurs et même les inviter à téléphoner à l'hôtel de ville si d'aucuns envisagent de s'établir dans la municipalité? Par le fait même, ce projet pourrait sûrement attirer de nouveaux arrivants et inciter les résidents à s'impliquer davantage sur la scène municipale ou dans le domaine des loisirs. Si le trafic local est plus dynamique, il faudra forcément mettre sur pied de petits services de proximité. Et ainsi, de fil en aiguille, d'initiatives en initiatives, la communauté se remettra en mouvement. La participation, la mobilisation et l'entraide s'en trouvant accrues, c'est toute la communauté qui fera mentir les personnes plutôt défaitistes selon qui la dévitalisation est une fatalité. Au contraire! Il n'y a pas de communautés dévitalisées, disait Louis Favreau, il n'y a que des communautés sans projets!

LA MRC DE MÉKINAC

Le Comité de développement social de la MRC de Mékinac arrive au terme de son dernier plan d'action en matière de développement social. Les membres du comité territorial ont donc convenu de faire un retour sur leur mission et d'élaborer un plan d'action triennal pour la période 2011-2014, cela en gardant le cap sur leur engagement qui consiste à former et à mobiliser les gens de la communauté. Quatre axes de travail prioritaires ont été établis : 1) l'enjeu du déséquilibre démographique, 2) la sauvegarde et le développement des services de proximité, 3) la lutte contre la pauvreté et 4) le développement de la fierté et du sentiment d'appartenance. Quatre dossiers dont on voudrait qu'ils soient pilotés par des comités de travail sont constitués à cette fin et composés d'un nombre suffisant de membres pour en assurer le cheminement adéquat.

En premier lieu, quant au défi démographique, une tournée de l'ensemble des municipalités de la MRC sera entreprise sous peu. Avec les prévisions de population en main, les élus, les citoyens en général, les gens d'affaires, les producteurs agricoles et autres entrepreneurs locaux seront invités à réagir.

Le vieillissement accéléré de la population est depuis longtemps annoncé dans Mékinac comme ailleurs. Mais, contrairement à ailleurs, s'y ajoute simultanément sur ce territoire la sérieuse prévision d'une diminution marquée de la population active, créant ainsi une situation potentiellement dramatique pour la qualité de vie des citoyens qui y vivront toujours dans 10 ou 20 ans. Que pourra-t-il être fait de plus pour retenir et augmenter la population active? Est-ce que la communauté saura se mobiliser autour de l'objectif d'atténuer ou de neutraliser les impacts négatifs prévisibles qui découleront de cette situation? Enfin, est-ce que le milieu saura voir et profiter des possibilités que paradoxalement cette nouvelle réalité ne manquera pas de créer?

En ce qui concerne les services de proximité, un inventaire des ressources en place sera fait de même qu'une enquête de terrain sur les besoins des populations locales en la matière. À la suite de quoi un diagnostic sera posé sur la situation actuelle. Puis, à la lumière de ce portrait, un sondage sera mené auprès de la population pour recueillir des suggestions pouvant mener à la conduite d'initiatives concrètes dont certaines pourraient s'inscrire dans le cadre des budgets alloués par le programme PARSIS pour la solidarité et l'inclusion sociale. Voilà une façon additionnelle de perpétuer la lutte contre la pauvreté aussi arrimée au PARSIS.

En matière de lutte contre la pauvreté, l'accent a d'abord été mis sur la concertation du maximum d'acteurs locaux intervenant sur cette problématique afin de cibler ensemble une ou des priorités territoriales pouvant conduire à des actions concertées. Déjà, certains indices tendent à démontrer que des interventions concertées en sécurité alimentaire susciteraient l'adhésion de bon nombre d'intervenants. Les intervenants s'entendent également pour consolider deux projets déjà existants qui touchent directement les familles de Mékinac : le projet Rentrée scolaire accessible et le projet Boîte à cadeaux. Ces projets visent à atténuer les impacts financiers sur le budget familial lors de deux périodes cruciales : le début des classes à l'automne et la période des fêtes. Ces projets visent également la responsabilisation et la prise en charge des communautés.

Enfin, l'action pour le développement de fierté et d'un sentiment d'appartenance dans Mékinac pourrait s'articuler autour de la promotion auprès des municipalités du territoire de Mékinac du Réseau québécois de Villes et Villages en santé, notamment grâce à l'implantation de l'activité Fête des voisins, une occasion unique de profiter d'un temps d'arrêt pour discuter entre voisins de la vie de la communauté, de partager ses craintes et ses espoirs, de discuter de possibles projets de développement en matière d'attachement à sa communauté, de démographie, de services de proximité et de lutte contre la pauvreté. La boucle se bouclera d'elle-même dès lors que tout le monde aura le sentiment que la démographie, les services, la pauvreté et l'attachement au milieu sont l'affaire de tous!

7- L'ACTION LOCALE DU CSSS D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE ET DE SES PARTENAIRES : une vaste mobilisation pour les 0-17 ans!

Avec la collaboration de Martine Fréchette

Le développement social revêt plusieurs formes. Il s'intéresse aussi à une variété infinie de sujets. Mais ses avancées tiennent à peu près toujours aux mêmes principes de base : le développement social se fait en partenariat avec les gens du milieu, il mise sur la participation des personnes, sur l'avènement d'un monde où chacun peut accomplir son plein potentiel de développement et ne dédaigne pas à l'occasion de saisir les occasions qui se présentent!

En l'occurrence, personne au CSSS d'Athabaska-et-de-l'Érable (CSSSAÉ) n'a jamais douté de la pertinence et des vertus du développement social, cela dans un territoire qui est réputé pour son sens de l'entrepreneuriat. Enfin, quand Québec en Forme arrive dans le décor et offre à la population locale de mettre à sa disposition des ressources importantes, alors tout est en place pour passer à l'action.

C'est dans ce contexte et dans la foulée de la préparation de son projet clinique que le CSSS arriva à la conclusion que le développement social en Arthabaska-Érable serait bien servi en priorisant la cible numéro 7 de ce projet : promouvoir auprès des tout-petits, des jeunes et de leur famille des activités touchant les saines habitudes de vie. Fort de l'appui de Québec en Forme, le CSSSAÉ et les partenaires du milieu décident de mettre à profit leur mission respective au sein d'un comité au service des jeunes de moins de 18 ans, principalement au regard de la promotion de l'activité physique et de l'alimentation, et ce, en ayant le souci de porter une attention particulière aux communautés dévitalisées.

L'organisation du fonctionnement du comité se distingue alors par son souci d'efficacité et de simplicité. Tout d'abord, le comité réunit des partenaires incontournables comme le CSSSAÉ, Victoriaville en santé, la Corporation de développement économique des Bois-Francs, la Commission scolaire des Bois-Francs, la MRC de l'Érable, la MRC d'Arthabaska, Partenaires 12-18, la Table Concerte-Action des ressources jeunesse de l'Érable, la Table des ressources enfance-famille de l'Érable, la Table de concertation jeunesse de la MRC d'Arthabaska et Loisirs collectifs. Ensuite, le comité s'assure d'avoir en main une bonne lecture de la situation afin de mettre de l'avant ses activités. Notamment un sondage qui vient rappeler que les priorités retenues et la clientèle visée sont de bons choix. Mais, selon les organismes consultés, des difficultés particulières doivent être prises en compte pour la réussite du projet.

Par exemple, les municipalités sont impliquées dans le domaine de l'activité physique, mais elles privilégient l'aspect loisirs à la dimension saines habitudes de vie. Les élus, quant à eux, ne sentent pas toujours la nécessité de consulter la population sur de nouvelles interventions tant ils se sentent souvent débordés par les dossiers en cours. Par ailleurs, en milieu scolaire, les gymnases des écoles pourraient être mieux utilisés. Le territoire est vaste et les besoins sont grands. Cependant, les infrastructures en transport varient beaucoup d'un endroit à l'autre. En revanche, il y a des potentiels et des forces sur lesquels il est important de tabler. On pense en particulier aux politiques-cadres en alimentation qui sont déjà en place, à la qualité des intervenants, au dynamisme des organismes communautaires, etc.

Informés de ces réalités et résolus à faire bouger les choses, les membres du comité des partenaires ne se cachent pas, par ailleurs, qu'ils ont plusieurs défis à relever. Principalement, il importe de trouver des voies d'harmonisation et de continuité parmi l'ensemble des programmes, des projets ou des politiques de toutes sortes qui touchent les jeunes de moins de 18 ans. Des convergences doivent être établies par exemple avec les politiques familiales des municipalités et le programme

Municipalité amie des aînés (MADA). À cet égard, un leadership partagé, de bonnes communications et une gouvernance sans cesse améliorée devraient permettre de mettre en place des projets améliorant l'accès aux infrastructures, aux ressources et aux outils accessibles, cela en matière d'activité physique, d'alimentation, de transport, tout en développant les compétences des intervenants et des parents. Enfin, ces défis se posent pour l'ensemble du territoire et ils se présentent avec des exigences particulières dans des milieux plus vulnérables comme Daveluyville, Saint-Rémi-de-Tingwick, Notre-Dame-de-Ham, Ham-Nord, Sainte-Séraphine, Sainte-Élisabeth-de-Warwick, Villeroy, Notre-Dame-de-Lourdes et Plessisville.

De l'avis général, les choses évoluent correctement. On souhaite néanmoins se rapprocher encore davantage des municipalités. C'est à ce palier, sur le terrain de la vie de tous les jours, que se forge et se renforce la participation citoyenne, que se tissent les relations d'entraide et de solidarité, et que se préparent les conditions nécessaires à la prise en charge des personnes et des communautés en matière de développement et d'augmentation de leur capacité d'agir. C'est là, avec les jeunes de moins de 18 ans et avec leurs parents, que se prépare un monde meilleur, là où les gens du CSSSAÉ et ses partenaires sont présents, plus que jamais!

8- L'ACTION LOCALE EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL AU CSSS DRUMMOND : l'envolée des mères : un tremplin contre la pauvreté!

Rédigé par Ginette Lévesque

La situation des jeunes mères en situation de monoparentalité dans la MRC de Drummond soulève de nombreuses inquiétudes et a incité tous les partenaires intéressés à réfléchir afin de trouver des solutions concrètes pouvant améliorer la qualité de vie de ces personnes et de leurs enfants. Nous savons que la maternité précoce est manifestement associée à la monoparentalité et au décrochage scolaire. Dans le contexte actuel, le cumul de ces trois critères multiplie les risques de vivre dans la pauvreté et d'y demeurer longtemps. Les jeunes mères issues de milieux socio-économiques défavorisés se retrouvent en situation de vie précaire et d'exclusion, ce qui risque d'entraîner des conséquences graves et coûteuses pour elles-mêmes, leurs enfants et leur famille immédiate. Chez les mères, la pauvreté et l'exclusion du travail signifient souvent de la détresse psychologique, de l'isolement et une perte d'identité sociale (Gauthier et Mercier, 1994). Pour la société, cela se traduit par un net accroissement des coûts sociaux.

La plate-forme du projet clinique portant sur la négligence, animée par le Centre de santé et de services sociaux Drummond (CSSS Drummond), fut un lieu privilégié de partage et de concertation permettant aux partenaires impliqués de discuter du projet des 24 unités d'habitation transitoires pour jeunes mères chefs de famille. Ce projet novateur favorise l'autonomie et le développement des habiletés personnelles, parentales, sociales et économiques des jeunes mères.

C'est en 2008 que le projet de résidence pour les jeunes mères seules prend réellement tout son sens grâce à une collecte de fonds du rallye Rose des Sables. L'argent amassé est remis à l'organisme Partance et la Corporation de développement communautaire (CDC Drummond) démontre aussi son intérêt à soutenir cette initiative. Au printemps 2009, les deux partenaires organisent une rencontre d'information avec les institutions et organismes susceptibles d'appuyer ce projet. Plus d'une vingtaine d'organismes publics et communautaires sont représentés. Un comité d'implantation, sous la présidence de Mme Dominique Chevalier de l'organisme Partance, comprenant Dominique Chevalier, directrice de Partance et présidente du projet, Bianca Sévigny de la CDC Drummond et vice-présidente du projet, France Bussièrès du CPE Sur une patte et trésorière du projet, Sophie Tousignant de la Commission scolaire des Chênes, Manon Gélinas du Centre jeunesse, Françoise Dumais de la Maison de la Famille Drummond et Ginette Lévesque du CSSS Drummond, est mis sur pied avec le mandat de voir à la faisabilité des étapes de réalisation d'un tel projet qui portera le nom de l'Envolée des mères. De plus, la Ville de Drummondville a d'emblée accepté de céder un terrain dans le Boisé de la Marconi afin d'y construire les 24 unités d'habitation transitoires.

Il est important de mentionner qu'à Drummondville, on compte 195 familles monoparentales prestataires de la sécurité du revenu dont le parent est âgé de moins de 30 ans. La proportion des femmes chefs de famille monoparentale dépasse les 85 %. Finalement, la proportion des prestataires de la sécurité du revenu âgés de moins de 25 ans ayant des contraintes temporaires à l'emploi et une scolarité moindre qu'un diplôme d'études secondaires est plus élevée dans la MRC de Drummond (46,8 %) qu'au Centre-du-Québec (42,4 %).

Le projet d'habitation l'Envolée des mères va donc offrir à 24 jeunes mères seules, âgées de moins de 30 ans et à faible revenu, un lieu d'habitation communautaire temporaire leur permettant la réalisation d'un projet personnel afin de favoriser leur autonomie et le développement d'habiletés personnelles, parentales, sociales et économiques. Ces mères doivent être l'unique soutien, ce qui signifie que le ou les enfants doivent vivre avec leur mère 50 % du temps ou plus. Elles devront participer au suivi individuel, aux activités et formations de groupe de même que s'impliquer dans la vie démocratique et collective (participation aux comités et implication sociale). Pour les aider dans l'accomplissement d'un projet d'insertion socioprofessionnelle, un centre de la petite enfance sera érigé aux abords de l'édifice. À noter que l'édifice et le CPE seront construits sur un terrain cédé par la Ville de Drummondville qui a aussi octroyé un congé de taxes foncières d'une durée de trois ans et s'engage à épouser 10 % du supplément de loyer pour une période de cinq ans.

Pour les mères désireuses de poursuivre leurs études, un projet réalisé par l'organisme Partance en collaboration avec le Centre local d'emploi et la Commission scolaire des Chênes a vu le jour en 2011. Ce projet, appelé *Ma place au soleil*, offre un accompagnement soutenu aux mères seules âgées de moins de 25 ans qui sont engagées dans un processus de retour aux études de niveau secondaire.

Finalement, d'autres services seront offerts sur les lieux même de l'habitation l'Envolée des mères dans des salles communautaires aménagées à cet effet. Chaque maman aura un plan d'intervention personnalisé et aura accès à diverses activités. On peut penser, entre autres, aux cuisines collectives, à des ateliers de stimulation des enfants et à des cours de tenue d'un budget. Ces différentes activités seront animées autant par des organismes communautaires que par le CSSS Drummond. De plus, les mères qui bénéficient du programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance) continueront de recevoir les services des intervenants du CSSS impliqué dans le dossier.

À l'instar de plusieurs autres projets de développement des communautés du territoire, ce projet est en développement continu. Les esquisses du bâtiment sont presque terminées. Des lettres d'appui et d'intérêt à participer au projet sont distribuées dans les différents organismes institutionnels et communautaires afin d'obtenir de la communauté un soutien substantiel à la poursuite des démarches.

C'est par le biais du programme AccèsLogis Québec de la Société d'habitation du Québec que le financement du projet prend forme. En effet, ce programme permet la réalisation de logements sociaux s'adressant exclusivement à une clientèle éprouvant des besoins spécifiques en terme de logement et nécessitant une collaboration étroite avec le réseau de la santé et des services sociaux pour le service à la clientèle. Une contribution du milieu équivalant à 15 % des coûts de réalisation est exigée pour tous les projets présentés¹¹¹. Ce volet permet à la totalité des locataires de bénéficier du programme de supplément au loyer. Ainsi, chacune des locataires ne déboursa que 25 % de son revenu pour être logée.

Pour terminer, ce projet vise à fournir des conditions optimales à de jeunes mères seules afin que ces dernières développent leur plein potentiel en tant que femme, mère et citoyenne. Parallèlement, ce sont leurs enfants qui s'épanouiront et participeront à la construction de la société de demain.

¹¹¹ Une campagne de collecte de fonds est en processus d'élaboration et prendra diverses formes, dont la tenue d'un spectacle-bénéfice qui a eu lieu le 5 novembre 2011.

RÉSUMÉ

Comme ailleurs au Québec, les inégalités de richesse et de santé sont bien présentes en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Dans l'ensemble, la population de la région est légèrement défavorisée au plan socio-économique en comparaison du reste du Québec. Au surplus, la situation des femmes est ici à peu près toujours inférieure à celle des hommes. En dépit de ce désavantage, la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec se compare favorablement à la population québécoise pour ce qui est de l'espérance de vie et de l'état de santé. Par contre, tant au Québec que dans la région, les personnes dont la situation financière et sociale est la plus précaire sont en proportion plus nombreuses à se retrouver en mauvaise santé physique ou mentale.

Plus particulièrement, les inégalités ont une adresse. Et c'est à l'échelle des communautés locales qu'elles présentent leur visage le plus révélateur.

(...) LES PERSONNES DONT LA SITUATION FINANCIÈRE ET SOCIALE EST LA PLUS PRÉCAIRE SONT EN PROPORTION PLUS NOMBREUSES À SE RETROUVER EN MAUVAISE SANTÉ PHYSIQUE OU MENTALE.

Tout d'abord, au plan socio-économique, les communautés de la région les plus défavorisées en matière d'emploi, de scolarité, de revenu ou de situation familiale se retrouvent inmanquablement dans les premiers quartiers des villes. C'est également en milieu urbain, dans les quartiers périphériques ou dans les banlieues rapprochées, que se situent les communautés les plus favorisées. Les communautés rurales se rangent le plus souvent dans la moyenne ou dans la moyenne inférieure du classement socio-économique des communautés locales.

Cette réalité entraîne des conséquences importantes au plan sociosanitaire. Ainsi, les communautés les plus défavorisées au plan socio-économique paient chèrement le prix de leurs désavantages :

- Elles sont plus durement touchées en matière de mortalité prématurée, de surmortalité et d'incapacités de toutes sortes;
- Elles sont aux prises avec une surproportion de signalements rapportés à la Direction de la protection de la jeunesse et avec un surcroît d'élèves qui ont des problèmes de comportement ou des troubles d'apprentissage;
- Au final, c'est au moins 300 décès prématurés, quelques milliers de signalements et d'innombrables cas de détresse qui pourraient être évités chaque année si on réduisait les inégalités à leur plus simple expression.

Les inégalités sociales de santé ne sont toutefois pas une fatalité. Elles sont évitables. Nous avons comme société les moyens de les surmonter. Du reste, elles nous obligent à l'action parce qu'elles vont à l'encontre des droits humains et de la justice sociale.

On peut réduire les inégalités de plusieurs façons. Mais les meilleures chances de réussite passent par les fondements de tout développement humain que sont la participation, la concertation et la mobilisation. De là découlent un certain nombre de principes et un ensemble bien circonscrit d'actions.

Parmi eux, il importe notamment de réaffirmer l'importance des politiques publiques d'accès universels aux services de santé et d'éducation ainsi que des programmes de soutien à l'emploi, aux revenus, à l'alimentation et au logement. Et il faut insister sur le fait que leurs impacts sur les inégalités seront d'autant plus grands que l'on adaptera ces politiques et ces programmes aux caractéristiques et aux besoins des communautés elles-mêmes, en convenant que toutes les communautés, par souci de cohésion sociale, doivent profiter de leur juste part des services publics.

Sur un autre plan, quel que soit le type de communauté considéré, toutes ont le pouvoir de contribuer à leur propre développement. Conséquemment, une autre façon de combattre les inégalités consiste à mettre en valeur leur potentiel respectif, à accroître leur capacité d'agir pour elles-mêmes ou pour les autres et à s'assurer que leur population soit en mesure de faire des choix pour son mieux-être. À ce titre, il est particulièrement inspirant et instructif de prendre acte des exemples d'actions locales qui nous ont été fournis par chacun des CSSS de la région et qui apparaissent dans ce rapport.

Pour faciliter le mouvement des personnes et des communautés vers leur mieux-être, la Direction de santé publique (DSP) entend encourager et soutenir toujours davantage le déploiement de projets de développement qui tablent sur la contribution des personnes et sur la capacité des individus et des groupes à agir collectivement. Pour ce faire, dans la foulée de ses engagements en cours en matière de développement social, la DSP compte sur la collaboration de ses partenaires sectoriels et intersectoriels.

Dans cet esprit, le directeur de santé publique interpelle le réseau de la santé et des services sociaux et invite ses partenaires que sont les municipalités, les secteurs de l'éducation, le milieu socio-économique et les citoyens à mettre ensemble, avec lui, la main à la pâte afin que la région soit toujours plus égalitaire et plus florissante.

Pour faciliter le mouvement des personnes et des communautés vers leur mieux-être, la Direction de santé publique (DSP) entend encourager et soutenir toujours davantage le déploiement de projets de développement qui tablent sur la contribution des personnes et sur la capacité des individus et des groupes à agir collectivement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (2008). *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 Mauricie et Centre-du-Québec*.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (2010). *Rapport annuel de gestion 2009-2010*, p. 21.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (2011). *Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec*.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2004). *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*, trousse d'information, novembre.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2008). *Regard sur la défavorisation à Montréal : série 1*.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2011). *Rapport du directeur de santé publique 2011 – Les inégalités sociales de santé à Montréal : le chemin parcouru, 2^e édition*.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2003). *What Makes Canadians Healthy or Unhealthy: Underlying Premises and Evidence Table*, The National Health Forum.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU CANADA (2009). *Énoncé de position*, novembre.

AUNCE, W.A. (1989). « Occupational Status-Assignment Systems: the Effect of Status on Self Esteem », *American Journal of Sociology*, vol. 95, n° 2, p. 378-400.

BAUDELLOT, Christian (2010). « Les inégalités sociales de santé : le point de vue d'un sociologue », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 73, décembre.

BEAUREGARD, Geneviève (2010). *La littératie en santé : dossier spécial*. [<http://www.espacecom.qc.ca/contenus/dossier/liste/litteratie-en-sante.aspx>]

BERNARD, Paul et autres (2007). "Health Inequalities and Place: A Theoretical Conception of Neighborhood", *Social Science & Medicine*, vol. 65, n° 9, November, p. 1839-1852.

BERTACCHINI, Y. (2007). *Intelligence territoriale : le territoire dans tous ses états*, Collection Les ETIC, Presses Technologiques, Toulon, 316 p.

BISAILLON, Annie et autres (2010). « L'approche populationnelle au quotidien », *Perspective infirmière*, janvier-février.

BLAIS, François (2001). *Un revenu garanti pour tous : introduction aux principes de l'allocation universelle*, Boréal, 211 p.

BLAIS, François et autres (2001). *Le revenu de citoyenneté : revue des écrits et consultation des experts*, Fonds québécois de recherche sur la société et la culture, septembre.

BOISVERT, Réal (2007). *Les indicateurs de développement des communautés : vers le déploiement d'un dispositif national de surveillance*.

BOISVERT, Réal (2010). « Indicateurs et dispositif de connaissance du développement des communautés : éléments de synthèse relatifs à une instrumentation soutenant l'intelligence collective des milieux de vie », *Revue vie économique*, vol. 1, n° 4, novembre.

BOISVERT, Réal, et Claire MILETTE (2009). « Le développement des communautés au Québec : la part de l'intelligence collective », *Revue française de santé publique*, vol. 21, n° 2.

BOISVERT, Réal, et Yves PEPIN, en collaboration avec Catherine HALLÉ (2004). *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : une analyse écologique (phase II)*, Direction des systèmes d'information et de la qualité (équipe connaissance/surveillance/évaluation) et Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Trois-Rivières, 89 p.

BOISVERT, Réal, en collaboration avec Yves PEPIN, et Frédéric LEMAY (2010). *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : une analyse écologique (phase III)*, Rapport de recherche, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Trois-Rivières.

BOURQUE, Denis (2009). *Concertation et partenariat*, Presses de l'Université du Québec.

BOURQUE, Denis, et Louis FAVREAU (2003), « Le développement des communautés et la santé publique », *Service social*, vol. 50, n° 1, p. 295-308.

BOURQUE, Denis, et Louis FAVREAU (2004). « Le développement des communautés : les concepts, les acteurs et les conditions de succès », revue *Développement social*, vol. 4, n° 3, p. 27.

BRAVEMAN, Paula (2003). « Social Inequalities in Health », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, n° 4, p. 254-258.

BRAVEMAN, Paula (2006). « Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement », *Annual Review of Public Health*, vol. 27, p. 167-194.

BRODEUR, Jean-Marc et autres (2006). « L'atteinte de carie est déjà très importante dès l'entrée en maternelle », *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*, Supplément, avril.

BROWN, P., H. LAUDER, et autres (2001). *Capitalism and Social Progress: the Future of Society in a Global Economy*, New York, Palgrave.

CENTRAIDE QUÉBEC ET CHAUDIÈRE-APPALACHES (2011), Un préjugé c'est coller une étiquette, 4^e document de réflexion.

CENTRE D'ÉTUDE SUR LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION (2008). *Le faible revenu au Québec : un état de situation*, Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Québec.

CENTRE D'ÉTUDE SUR LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION (2009). *Prendre la mesure de la pauvreté : propositions d'indicateurs de pauvreté, d'inégalité et d'exclusion sociale afin de mesurer les progrès réalisés au Québec*, Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Québec.

COMITÉ RÉGIONAL EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL CENTRE-DU-QUÉBEC (2011). *Guide d'utilisation de la fiche d'appréciation du potentiel des communautés*, 41 p., [En ligne]. <http://crds.centre-du-quebec.qc.ca/client/page1.asp?page=74&clef=30&clef2=5>

COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (2008). *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Organisation mondiale de la Santé.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1998). *Forum sur le développement social*, rapport remis au ministre de la Santé et des Services sociaux.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2001). *L'appropriation par les communautés de leur développement*.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2001). *Mémoire - Lutte à la pauvreté : agir tout de suite et sur le long terme*, Québec.

CONSEIL DU STATUT DES FEMMES (2010), *Portrait des Québécoises en huit temps*.

CONSEIL CANADIEN DU BIEN-ÊTRE SOCIAL (2011), *Le sens des sous pour réduire la pauvreté*, 177 p.

CONSORTIUM EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL DE LA MAURICIE (2011). *Bilan et perspectives de développement social en Mauricie*.

CONSTANCE, Jean, et Patrick PERETTI-WATEL (2009). « Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention? », *Déviance et société*, vol. 33, n° 2.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre (2006). « Éléments pour une "topographie" du concept de santé », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 11, n° 1, p. 86-99.

CONTANDRIOPOULOS, Damien (2010). *Gouvernance, santé et participation : les enjeux actuels*, présentation aux Journées annuelles de santé publique 2010.

- CYRULNIK, Boris (2011). *Quand un enfant se donne la mort*, Paris, Odile Jacob.
- DE GAULÉJAC, Vincent (1996). *Les sources de la honte*, Édition Desclée de Brouwer, 315 p.
- DE KONINCK, Maria (2006). « Inégalités sociales de santé : influence des milieux de vie », *Lien social et Politiques*, n° 55, p. 125-136, printemps.
- DIVERS SITES WEB :
http://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_de_l'esp%C3%A9rance_de_vie_par_pays
http://fr.wikipedia.org/wiki/Marche_mondiale_des_Femmes
<http://www.agencelanaudiere.qc.ca/ASSS/SantePublique/Pages/SIPPE.aspx>
<http://www.cre.centre-du-quebec.qc.ca/>
<http://www.cre-mauricie.qc.ca/>
http://www.csssbny.qc.ca/csssbny/mission-_vision-_valeurs
<http://www.mels.gouv.qc.ca/dgfj/csc/promotion/ecoleensante.html>
<http://www.rural.gc.ca/RURAL/display-afficher.do?id=1247249990335&lang=fra>
- DUBET, François (2009). « Les pièges de l'égalité des chances », *Le Monde*, 30 novembre.
- Entente spécifique en développement social dans la région de la Mauricie 2010-2013.*
- Entente spécifique en développement social dans la région du Centre-du-Québec 2010-2015.*
- EVANS, ROBERT G. et autres (1994). *Why are People Healthy and Others Not: The Determinants of Health of Population*, New York, Aldine de Gruyter.
- FERRY, Jean-Marc (1996). « Revenu de citoyenneté, droit au travail, intégration sociale » dans « Vers un revenu minimum inconditionnel », *Revue du Mauss*, n° 7, p. 115-134.
- FONTAN, Jean-Marc (2011). « La mobilisation des savoirs en contexte de lutte contre la pauvreté et l'exclusion : quels apprentissages pour les administrations publiques? », *Télescope*, vol. 17, n° 3, p. 123-139.
- FROHLICH, Katherine L. et Poland BLAKE (2006). *Promotion de la santé au Canada et au Québec : perspectives critiques*, Presses de l'Université Laval, p. 62-80.
- FROLICH, Katherine, et autres (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Presses de l'Université de Montréal, novembre, 407 p.
- HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH (2005). "Spreading the Health: Government's Role in Addressing Health Disparities", *Health Disparities & the Body Politic: Policy, Research, Data and Government Responsibility*, International Symposia, Boston.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008). *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005*, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Zoom Santé, septembre.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010a). *Bulletin statistique régional*, Édition 2010.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010b). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*.
- 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*.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). *Volet du Santéscope : inégalités sociales de santé, mise à jour 2008*, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/santescope>]
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) : unir nos forces pour relever le défi de la responsabilité populationnelle*, feuillet promotionnel.
- KAPLAN, George A. (1999). « Location, Location, Location », *Psychosomatic Medicine*, vol. 61, n° 6, p. 744-745.

- LEBEL, Alexandre, et autres (2007). "A Multi-Perspective Approach for Defining Neighbourhood Units in the Context of a Study on Health Inequalities in the Quebec City Region", *International Journal of Health Geographics*, vol. 6, n° 27, July.
- MACINTYRE, Sally, et autres (2002). "Place Effects on Health: can we Conceptualize, Operationalize and Measure Them?" *Social Science & Medicine*, vol. 55, n° 1, July, p. 125-139.
- MARMOT, Michael (2004). *The Status Syndrome: How Social Standing Affects our Health and Health*, New York, Henry Holt and Company.
- MC ALL, Christopher (2008). « Transfert des temps de vie et "perte de la raison" : l'inégalité sociale comme rapport d'appropriation », *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Presses de l'Université de Montréal.
- MIKKONEN, J., et D. RAPHAEL (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, Toronto, 62 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - Riches de tous nos enfants : la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008a). *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire : mise à jour 2008*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008b). *Programme national de santé publique 2003-201 : mise à jour 2008*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Plan d'action de développement durable : prévenir et agir, pour la santé de notre avenir*, p. 37-39.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010a). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010b). *État de santé de la population québécoise : quelques repères*, Québec, 34 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010c). *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (2007). *Cahier technique* présenté aux participants de l'atelier méthodologique des Journées annuelles de santé publique 2007.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (2010). *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015 : le Québec mobilisé contre la pauvreté*, Québec, [En ligne]. [<http://www.mess.gouv.qc.ca/plan-action/>]
- MOREAU, Lisette (1995). *La pauvreté et le décrochage scolaire ou la spirale de l'exclusion*, ministère de la Sécurité du revenu, Québec, 45 p.
- NINACS, William A. « Bill » (2006). *Empowerment : réflexions sur les principes clés*, Coopérative La Clé.
- NINACS, William A. « Bill » (2010). *Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Presses de l'Université Laval, 150 p.
- NOUBEL, J.-F. (2004). *Collective Intelligence: The Invisible Revolution*, 42 p., [En ligne]. [www.TheTransitioner.org/ci]
- ORMAUX, S., A. MOINE et M.-H. DE SEDE-MARCEAU (2007). *Inventory of Fundamental Method and Tools of Spatial Analysis and of Processing of Territorial Information Within the Social Sciences and Humanities in Europe*, Deliverable n° 28, caENTI, 19 p.

- PAGANI, Linda S., Caroline FITZPATRICK, Luc BELLEAU et Michel JANOSZ (2011). « Prédire la réussite scolaire des enfants en quatrième année à partir de leurs habiletés cognitives, comportementales et motrices à la maternelle », *Collection Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010) – de la naissance à 10 ans*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 6, fascicule 1.
- PAGÈS, Alexandre (2004). *La pauvreté en milieu rural*, Université Toulouse-le Mirail, Presses universitaires du Mirail.
- PAMPALON, Robert (2010). *Défavorisation et Santé, des liens étroits*, Institut national de santé publique du Québec, Québec, avril.
- PAMPALON, Robert, et Guy RAYMOND (2003). « Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être », *Santé, Société et Solidarité*, n° 1, p. 191-208.
- PAMPALON, Robert, Mathieu PHILIBERT, et Denis HAMEL (2004). *Développement d'un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles de CLSC*, Institut national de santé publique du Québec, p. 7-10.
- PAQUET, Ginette (2005). *Partir au bas de l'échelle : des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Presses de l'Université de Montréal.
- PARK, Robert E. (1939). *The Structure of Growth of Residential Neighbourhood in American Cities*, École de Chicago.
- POTVIN, Louise (2008). *Vulnérabilité : une critique de l'approche populationnelle*, Chaire (FCRSS) Approches communautaires et Communautés en action, Montréal, 11 mars.
- QUÉBEC (2012a). *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2*, à jour au 1^{er} mars, Éditeur officiel du Québec.
- QUÉBEC (2012b). *Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2*, à jour au 1^{er} mars, Éditeur officiel du Québec, chapitre IV, art. 373.
- QUÉBEC (2012c). *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale : L.R.Q.*, à jour au 1^{er} mars, Éditeur officiel du Québec.
- RAYNAULT, Marie-France (2009). « Les inégalités sociales, un choix de société ? », revue *Développement social*, vol. 10, n° 2, novembre.
- SEN, Armatya (2010). *L'idée de justice*, Flammarion, Paris.
- TABLE DE CONCERTATION DU MOUVEMENT DES FEMMES CENTRE-DU-QUÉBEC (2010). *Observatoire de la condition féminine du Centre-du-Québec : recueil des données ventilées selon le sexe*, Édition 2010.
- THE COLORADO TRUST (1998). *Promoting Health by Building Community Capacity*, summary, Denver.
- TREMBLAY, Daniel et autres (2002). *Activation des politiques publiques et bien-être de la population : une recension des écrits*, Chaire de recherche du Canada en développement des collectivités (CRDC), Série Rapport de Recherche n° 5, Université du Québec en Outaouais, novembre.
- WHITEHEAD, Margaret, et autres (2000). "Social Policies and Pathways to Inequalities in Health: A Comparative Analysis of Lone Mothers in Britain and Sweden", *Social Science and Medicine*, vol. 50, n° 2, p. 255-270.

SIÈGE SOCIAL

550, rue Bonaventure
Trois-Rivières (Québec)
G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636
Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU

570, rue Heriot
Drummondville (Québec)
J2B 1C1
Téléphone : 819 477-6221
Télécopieur : 819 477-9443

www.agencesss04.qc.ca

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec**

Québec 