

Le Québec innove pour la réduction des inégalités sociales de santé

Au Québec, la question des inégalités sociales de santé est d'actualité depuis déjà plus de deux décennies. Plusieurs acteurs, de milieux aussi divers que la recherche, la santé publique, le monde associatif et le politique, ont amené le Québec dans une position de *leadership* sur la scène canadienne en ce qui a trait à la recherche et l'action sur les inégalités sociales de santé, et plus largement sur les déterminants sociaux de la santé. Cet article esquisse les principaux enjeux que les acteurs de ces quatre secteurs ont portés à travers deux décennies jalonnées d'innovations. Notons d'entrée de jeu qu'au cours des dernières années la mortalité est en baisse au Québec, et ce pour toutes les catégories de revenu. Cependant : « *le poids de la défavorisation matérielle et sociale marque profondément les Québécois et Québécoises au cours de la décennie... Les écarts relatifs et absolus de mortalité prématurée ont nettement augmenté* » [83].

La recherche

Les chercheurs québécois, autant des disciplines du social que de la santé publique, se sont intéressés depuis déjà longtemps aux inégalités sociales en lien avec la santé. Notoirement, dès les années 1980, c'est par le biais d'une lecture féministe des inégalités entre les hommes et les femmes face à la maladie et au système de soins qu'un groupe de chercheuses de l'université Laval commençait à documenter le lien entre le social et la santé [30]. Un peu plus tard, les désormais fameux « Indices de défavorisation de Pampalon », qui distinguent la défavorisation matérielle et sociale, montraient bien, dès le milieu des années 1990, que les inégalités sociales de santé ne sont pas qu'affaire de bas revenus [84], mais aussi de conditions sociales d'existence. C'est sur ces bases solides que des groupes se sont formés au début des années 2000, à l'université Laval comme à l'université de Montréal. Dans les deux cas, les chercheurs universitaires travaillent en étroite collaboration avec les chercheurs et praticiens de la santé publique, et avec les décideurs publics. À Québec, c'est principalement par une étude approfondie dans trois quartiers que se développent les connaissances [43]. À Montréal, où la masse de chercheurs est plus importante, le Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé s'est donné comme mission de « *contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et à l'amélioration des conditions de vie. Le Centre assure quatre fonctions dans la communauté montréalaise : 1) le développement de la recherche sur les inégalités sociales de santé façonnées par les condi-*

*tions de vie, 2) la création d'alliances entre chercheurs de disciplines variées, décideurs publics et intervenants des milieux institutionnels et communautaires pour réaliser ces recherches, 3) le transfert de connaissance pour traduire les résultats de recherche en action, et 4) la formation d'une masse critique de chercheurs œuvrant dans ce domaine*¹. Enfin, en 2008, l'ensemble des chercheurs publient un ouvrage synthèse dans lequel les inégalités sociales de santé sont discutées dans des perspectives théorique, empirique et pratique [43].

La santé publique

Moteur économique du Québec et principal endroit d'accueil des immigrants, Montréal est un lieu où les inégalités sociales s'accroissent et deviennent de plus en plus visibles. Dès 1998, le directeur de la santé publique de Montréal, à la sortie de son premier rapport annuel intitulé *Les inégalités de santé*, faisait de la lutte contre les inégalités sociales et de l'action sur les déterminants sociaux de la santé la première priorité de son organisation [35]. « *Comme directeur de la santé publique* », disait-il à l'époque, « *je n'ai qu'un seul patient : Montréal. Ce qui rend mon patient malade, ce sont les inégalités sociales. Comme médecin, j'ai donc le devoir de traiter les causes de la maladie de mon patient*² ». L'action intersectorielle et l'établissement de partenariats de travail avec les principaux acteurs et décideurs publics qui contrôlent les leviers d'action sur les déterminants sociaux de la santé deviennent donc les principales innovations pratiques de la santé publique. Des programmes sont mis en place en partenariat avec la ville de Montréal, Centraide du Grand Montréal, les agences régionales des principaux ministères sociaux. Renforcer la concertation dans les quartiers, outiller les populations locales pour la prise en charge de leurs conditions de vie, intégrer et coordonner l'action des divers intervenants, développer un observatoire et des indicateurs de surveillance des inégalités sociales de santé, c'est ainsi que les acteurs de santé publique de Montréal redéfinissent leur pratique.

Le politique

Au cours de la dernière décennie, le gouvernement du Québec s'est doté de deux outils principaux pour lutter contre les inégalités sociales de santé. La loi sur la santé publique promulguée en 2001 contient deux mesures

Louise Potvin
PhD, université
de Montréal

1. <http://www.centreleoroback.org/fr/lecentre/mission/>

2. Directeur de la santé publique. Exposé dans un cours SPU 7001, université de Montréal 1999.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.



importantes à cet effet³. Tout d'abord, l'article 7 oblige le ministre à développer et mettre en œuvre un programme national de santé publique pour encadrer les activités de santé publique à tous les niveaux d'action. Dans son premier programme 2003-2012, le ministre identifiait le développement et l'intégration sociale comme l'un des six domaines prioritaires d'intervention, légitimant ainsi une vaste gamme d'actions sur les déterminants sociaux de la santé [36]. En complément, l'article 54 de la même loi donne au ministre le pouvoir d'examiner les effets sur la santé de tout projet de loi et règlement soumis à l'Assemblée nationale, établissant ainsi son autorité quant aux causes sociales des problèmes de santé. Le second instrument législatif est la loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale adoptée en 2002. Cette loi, aboutissement d'une mobilisation des mouvements associatifs, encadre l'action gouvernementale dans la poursuite de ses objectifs de réduction de la pauvreté, de promotion du respect et de la dignité des personnes pauvres et de favoriser la participation de tous à la vie collective⁴.

Le mouvement associatif

Le mouvement associatif, ou organismes communautaires comme on les appelle au Québec, constitue un acteur clé dans la reconnaissance des déterminants sociaux comme cible d'intervention dans le domaine de la santé publique. Son rôle se décline principalement en trois types d'action. Tout d'abord, au plus près des personnes, les groupes associatifs sont souvent conçus comme

point de passage obligé pour rejoindre les populations les plus vulnérables. Porte-parole des plus démunis, ces groupes sont souvent construits comme des médiateurs indispensables pour la prestation de services auprès des groupes les plus défavorisés. Ensuite, ils sont aussi les animateurs des concertations et du débat public dans les quartiers. Enfin, comme le montre l'expérience du Collectif pour un Québec sans pauvreté⁵, leurs actions d'*advocacy* en faveur des populations vulnérables font des groupes communautaires un véritable contre-pouvoir dont la capacité de mobilisation est importante.

Conclusion

L'analyse conduite en fonction des acteurs, si elle a le mérite d'éclairer les enjeux et de définir des rôles, a cependant la faiblesse de gommer les nécessaires coordinations entre ces acteurs qui ont permis à ces innovations de se déployer. De manière croissante, les acteurs de santé publique et les associations travaillent ensemble et avec les institutions des autres secteurs pour le déploiement des actions de lutte contre les inégalités de santé. Ces démarches sont souvent accompagnées par des chercheurs qui perçoivent de plus en plus le rôle de la recherche comme support essentiel aux innovations sociales que commande la complexité du problème des inégalités sociales de santé. Les défis sont encore nombreux et les ressources trop rares; les innovations qui ont marqué l'évolution des dernières années au Québec illustrent bien qu'un problème aussi complexe que les inégalités sociales de santé ne peut être abordé qu'avec une diversité de moyens innovants. 🇩🇪

3. Gouvernement du Québec. Loi sur la santé publique. 2001. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

4. Gouvernement du Québec. Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf

5. Collectif pour un Québec sans pauvreté. En ligne : <http://www.pauvrete.qc.ca/sommaire.php3>