

**Réduire les vulnérabilités et les inégalités
sociales : tous ensemble pour la santé
et le bien-être**

Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales : tous ensemble pour la santé et le bien-être

Direction de la valorisation scientifique et qualité

Mars 2021

AUTEURE

Nicole F. Bernier, conseillère scientifique spécialisée
Direction de la valorisation scientifique et qualité

SOUS LA COORDINATION DE

Josée Morisset, chef d'unité scientifique
Josiane Loïselle-Boudreau, chef d'unité scientifique par intérim
Direction de la valorisation scientifique et qualité

Olivier Bellefleur, chef de secteur
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

AVEC LA COLLABORATION DE

Carolyne Alix, conseillère scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Nadine Maltais, conseillère scientifique
Direction de la valorisation scientifique et qualité
Institut national de santé publique du Québec

Rosalie Bérubé-Lalancette, conseillère
Amélie Samson, conseillère
Bureau de coordination et de soutien de la Politique gouvernementale de prévention en santé

Carmen Baciú, conseillère
Direction générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé

Marjolaine Pigeon, conseillère
Direction de la planification et du développement en santé publique
Direction générale adjointe de la santé publique

Natalia Romero, conseillère
Direction de la surveillance de l'état de santé
Direction générale adjointe de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MISE EN PAGE

Nicole Dubé, agente administrative
Direction de la valorisation scientifique et qualité

REMERCIEMENTS

L'Institut national de santé publique du Québec désire remercier sincèrement les personnes suivantes qui ont accepté de donner temps, expertise et commentaires sur le présent document :

Julie Lévesque, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

Val Morrison, conseillère scientifique
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Maude Chapados, conseillère scientifique spécialisée
Marie-Hélène Senay, conseillère scientifique
Direction de la valorisation scientifique et qualité
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2021
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-89336-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2021)

Table des matières

Liste des figures.....	III
Liste des sigles et acronymes	V
Messages clés.....	1
Sommaire.....	3
Contexte.....	5
1 Introduction	7
2 Comment les vulnérabilités et les inégalités sociales se répercutent sur la société et sur la santé	9
2.1 Quelques enjeux de gouvernance liés aux inégalités sociales	9
2.2 Quelques concepts utiles sur les inégalités sociales et la santé	11
2.3 Les multiples dimensions des inégalités sociales de santé en contexte québécois	12
2.3.1 Des inégalités sociales qui se manifestent tout au long de la vie	13
2.3.2 Des inégalités sociales qui se répercutent sur la santé globale.....	15
2.3.3 Des inégalités qui se renforcent mutuellement.....	16
2.3.4 Des inégalités qui augmentent	18
2.4 Des appels à l'action au Québec, au Canada et à l'échelle internationale	19
3 L'engagement envers les groupes vulnérables et la réduction des inégalités	21
3.1 Diverses initiatives gouvernementales et ministérielles	21
3.2 Les inégalités sociales de santé dans la PGPS.....	23
4 Ensemble pour réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales	25
4.1 Travailler pour la réduction des ISS : une tendance émergente	26
4.2 L'expérience du Royaume-Uni : trois leçons à tirer	27
4.3 Approches prometteuses pour aller plus loin dans la réduction des ISS au Québec	29
4.4 La collaboration intersectorielle : une occasion à saisir	30
5 En conclusion	33
Références	35
Annexe 1 Autres exemples illustrant les ISS selon divers indicateurs et variables de position sociale.....	39
Annexe 2 La PGPS en complémentarité d'autres politiques publiques favorables à la santé contribuant à la réduction des inégalités sociales	45
Annexe 3 Pistes de réflexion pour guider le travail des ministères et organismes en matière de réduction des ISS.....	49

Liste des figures

Figure 1	Illustration du gradient social en santé	12
Figure 2	Proportion de naissances vivantes ayant un retard de croissance intra-utérine et de naissances prématurées (moins de 37 semaines de gestation) selon le niveau de scolarité de la mère, Québec, 2013-2017	14
Figure 3	Proportion d'enfants de la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement selon sa langue maternelle, Québec, 2017	14
Figure 4	Proportion d'élèves du secondaire se situant à un niveau élevé à l'indice de décrochage scolaire, Québec, 2016-2017	15
Figure 5	Ratio entre les taux de mortalité prématurée des quintiles extrêmes (Q5/Q1) de la défavorisation matérielle et sociale, Québec, 2009-2013.....	16
Figure 6	Ménages affectés par l'insécurité alimentaire (%), selon le quintile de revenu du ménage, Québec, 2015-2016	17
Figure 7	Quartiers présentant des îlots de chaleur (%), selon leur statut socioéconomique, Montréal, 2008	18
Figure 8	Espérance de vie à la naissance selon le sexe, groupe le plus favorisé et groupe le plus défavorisé, Québec, 1991 et 2011	18

Liste des sigles et acronymes

BCS	Bureau de coordination et de soutien
DGSP	Direction générale de la santé publique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISS	Inégalités sociales de santé
MO	Ministères et organismes
MAMH	Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MEQ	Ministère de l'Éducation
MCE	Ministère du Conseil exécutif
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTESS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MTQ	Ministère des Transports du Québec
PAI	Plan d'action interministériel
PGPS	Politique gouvernementale de prévention en santé
PNSP	Programme national de santé publique
PPFS	Politique publique favorable à la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé

Messages clés

- La santé de la population est étroitement liée à des facteurs sociaux. La pauvreté, comme les autres inégalités sociales, se répercute non seulement sur la santé, mais aussi sur les déterminants sociaux de celle-ci dans une boucle de renforcement mutuel. La progression des inégalités sociales représente une nuisance pour l'état de santé et de bien-être de la population, nuit à la prospérité économique et fait poindre une détérioration de la cohésion sociale.
- L'expérience du Québec offre un exemple éloquent du rôle positif que les politiques publiques peuvent exercer en faveur d'une société plus égalitaire et d'une population en meilleure santé.
- La réduction des inégalités sociales de santé (ISS) passe nécessairement par un ensemble d'interventions impliquant plusieurs secteurs pour agir sur les déterminants sociaux de la santé tels le logement et le revenu. Les ISS devraient être prises en compte dans tous les secteurs d'activité, ministères et organismes (MO), et ce, dans l'objectif minimal de ne pas les aggraver.
- Afin de répondre au défi complexe de réduction des ISS, certains constats dégagés de la littérature sont à prendre en compte pour optimiser les politiques publiques favorables à la santé :
 - Les politiques publiques visant la réduction des ISS sont naturellement orientées vers les interventions sur les habitudes de vie et l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Agir sur ces secteurs d'intervention s'avère toutefois une stratégie insuffisante si elle n'est pas accompagnée d'approches complémentaires et plus structurelles, relevant de MO autres que celui de la santé et des services sociaux.
 - La riche expérience britannique en réduction des ISS indique l'importance de la complémentarité entre les approches adaptées aux besoins des individus et des communautés en situation de vulnérabilité et les approches qui reconnaissent le rôle central que peuvent jouer les grands programmes de l'État providence (pensons aux programmes d'assistance sociale ou d'éducation).
 - Les politiques sociales (p. ex. petite enfance, logement, environnement) jouent un rôle incontournable dans l'amélioration de la santé et la réduction des ISS tout comme les politiques de nature économique (p. ex. politiques commerciales et fiscales, celles touchant les revenus, le marché du travail, les conditions d'emploi, le salaire minimum). Si les interventions sur les facteurs socioéconomiques, politiques, culturels et environnementaux sont efficaces pour réduire les inégalités, elles sont plus difficiles à mettre en œuvre que celles sur les habitudes de vie.
- Certains outils comme la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) et son objectif transversal de réduction des ISS représentent une opportunité d'en faire plus. La PGPS est le fruit d'un engagement de 15 MO gouvernementaux sous le leadership du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour agir sur un ensemble de facteurs en vue d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie de la population et de réduire les inégalités sociales de santé. Elle se veut complémentaire aux mesures existantes (réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale, stratégie pour l'égalité des hommes et des femmes, réussite éducative, politiques sociales, etc.). Son plan d'action interministériel (PAI) vient préciser les actions concrètes en lien avec chaque mesure ainsi que les rôles et responsabilités des MO.
- Sans chercher à modifier les objectifs et trajectoires envisagés par les MO porteurs des projets des autres secteurs, une collaboration intersectorielle peut permettre d'optimiser les effets positifs sur la santé et mitiger les effets négatifs sur les divers groupes sociaux.

Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales :
tous ensemble pour la santé et le bien-être

- La pandémie du SRAS-CoV-2 (maladie à Covid-19) a amené le Québec à faire dans l'urgence plusieurs choix critiques se répercutant sur les inégalités sociales et les déterminants sociaux de la santé de la population. Les suites de la crise se perpétueront dans tous les secteurs d'activité gouvernementale pendant les prochaines années, bien au-delà de la pandémie en tant que telle. La PGPS constitue une opportunité à saisir pour la réalisation d'une vision ambitieuse d'une société québécoise plus égalitaire et en meilleure santé.

Sommaire

Ce document s'adresse à tous les secteurs d'intervention de l'administration publique québécoise ainsi qu'à leurs partenaires susceptibles de mettre l'épaule à la roue afin de réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales. Il a pour objet de clarifier les liens entre les vulnérabilités et les inégalités sociales et la santé, de mieux comprendre le rôle pivot de la réduction des inégalités sociales de santé (ISS) dans tout effort gouvernemental et intersectoriel de prévention en santé et de sensibiliser les divers secteurs d'intervention à leur apport possible à la santé et au bien-être de la population. Il constitue ainsi une base appréciable qui permettra aux ministères et organismes (MO) d'explorer des pistes d'action intersectorielles prometteuses en vue de mieux réussir, ensemble, à améliorer la santé et réduire les ISS au Québec.

Les inégalités sociales de santé réfèrent aux écarts de santé, entre les groupes socioéconomiques, qui sont attribuables à une distribution inégale des ressources (p. ex. catégories de revenus, niveaux de scolarité, origines ethniques ou raciales, catégories socioprofessionnelles). Au-delà des facteurs biologiques et génétiques qui façonnent la santé, la répartition inégale dans la société des ressources constituant les piliers sociaux de la santé fait en sorte que les groupes défavorisés sont plus susceptibles d'être en moins bonne santé que les groupes les mieux nantis.

Les inégalités sociales de santé ont des conséquences importantes pour l'ensemble de la société, par exemple, coûts pour les finances publiques, freins à la croissance économique, obstacles à une bonne gouvernance sociosanitaire et réduction de la cohésion sociale.

À moins que leurs effets ne soient mitigés par les politiques publiques, l'insuffisance et la répartition inégalitaire des revenus a une incidence sur l'accès des personnes et des groupes de la société à des ressources matérielles (p. ex. logement abordable, alimentation) et non matérielles (p. ex. scolarisation, mobilité, emploi, loisirs, accès aux espaces verts et bleus de proximité). Ces ressources soutiennent leur épanouissement et laissent une empreinte différenciée sur leur état de santé et de bien-être tout au long de leur vie.

Ainsi, la réduction de la pauvreté et des inégalités sociales ainsi que de leurs répercussions sur la santé passe nécessairement par un ensemble d'interventions impliquant plusieurs secteurs pour agir sur les déterminants de la santé (INSPQ, 2014, p. iii). C'est une vaste mission qui concerne, mais va bien au-delà du mandat du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). En réalité, il existe déjà plusieurs initiatives en ce sens à même les missions et mandats des divers ministères et organismes (MO) et des autres acteurs de la société, comme ceux du milieu communautaire. Bien qu'elles ne visent pas directement la santé de la population pour la plupart, elles sont susceptibles de contribuer significativement à son amélioration, dans une perspective d'équité.

En se dotant de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS), en 2016, le Québec s'est donné un projet d'envergure sur une dizaine d'années qui est complémentaire aux initiatives existantes. La PGPS permet en effet d'agir sur un ensemble de facteurs en vue d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie de la population et de réduire les ISS. Ce sont, pour tous les MO, des occasions d'aborder certaines problématiques qui concernent leur secteur et leurs clientèles, mais dont les solutions se trouvent au-delà des limites de leur rôle et mandat respectifs.

Contexte

La tendance des gouvernements à reconnaître que la santé est l'affaire de tous s'affirme depuis plusieurs années au Québec comme ailleurs dans le monde. Il va de soi que pour améliorer la santé et le bien-être de la population, les habitudes de vie des personnes ainsi que leur accès à des soins et services de santé de qualité doivent être assurés. Cela dit, comme l'a fait ressortir la pandémie du SRAS-CoV-2 (maladie à Covid-19), la santé et le bien-être de la population sont plus largement tributaires des conditions de vie façonnées notamment par les orientations politiques, économiques et socioculturelles. La mobilisation de tous les secteurs de l'administration publique québécoise, dont les politiques et programmes sont nécessaires pour renforcer les piliers incontournables de la santé et du bien-être, est indissociable de tout effort de gouvernance de la prévention en santé.

C'est dans cette perspective que la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) a vu le jour en 2016 au Québec en complément à d'autres initiatives gouvernementales. Fruit d'un engagement de 15 ministères et organismes (MO) gouvernementaux sous le leadership du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la Politique vise à agir sur un ensemble de facteurs en vue d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie de la population du Québec ainsi que de réduire les inégalités sociales de santé (ISS) (PGPS, p. 12). Son Plan d'action interministériel (PAI) précise les actions concrètes en lien avec chaque mesure ainsi que les rôles et responsabilités des MO, afin de mettre en place des milieux et des conditions de vie qui favorisent la santé et le mieux-être.

Les raisons qui soutiennent un effort gouvernemental pour mettre les divers secteurs à contribution dans le but d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie de la population du Québec sont généralement connues, au moins en partie, par les partenaires de la Politique. Par contre, d'autres secteurs ayant été moins interpellés par la Politique jusqu'ici peuvent être moins au fait de ce qui sous-tend une telle initiative et du rôle qui pourrait être le leur. De plus, la deuxième finalité de la PGPS – réduire les ISS – peut étonner plusieurs acteurs et parties prenantes. L'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise passe-t-elle vraiment par la réduction des inégalités sociales? En quoi un effort gouvernemental et des collaborations intersectorielles permettent-ils de rehausser les initiatives gouvernementales existantes pilotées par d'autres MO qui viennent soutenir, eux aussi, les groupes les plus vulnérables et assurent des politiques plus équitables?

Fruit d'une réflexion conjointe INSPQ-MSSS

Pour faire en sorte que le soutien aux groupes vulnérables et la réduction des ISS soient bien intégrés à la mise en œuvre de la PGPS, le Bureau de coordination et de soutien (BCS) de la PGPS a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de produire, de concert avec son équipe, le présent document. S'adressant à tous les secteurs d'intervention, celui-ci a pour objet de clarifier les liens entre les vulnérabilités et les inégalités sociales et la santé, de mieux comprendre le rôle pivot de la réduction des ISS dans tout effort gouvernemental et intersectoriel de prévention en santé et de faire connaître l'apport possible de divers secteurs d'intervention à la santé et au bien-être de la population. Il constitue ainsi une base appréciable qui permettra aux MO d'explorer des pistes d'action intersectorielles prometteuses en vue de mieux réussir, ensemble, à améliorer la santé et le bien-être et réduire les ISS au Québec.

1 Introduction

La hausse des inégalités est un phénomène international qui ne date pas d'hier. Dans les pays fortement industrialisés, dont le Canada, la répartition des revenus s'est effectuée de façon toujours plus inégalitaire depuis le milieu des années 1980. Le revenu des ménages les mieux nantis a connu une croissance beaucoup plus rapide que celui des ménages les plus pauvres. Les écarts entre les deux groupes se sont creusés en même temps que le revenu des ménages de la classe moyenne connaissait un recul important (OCDE, 2019; Keeley, 2018; OCDE, 2016).

Diverses tendances lourdes tels la mondialisation, l'innovation technologique, les changements climatiques, l'immigration et l'orientation des politiques publiques ont favorisé ce creusement des écarts de revenus (Nations Unies, 2020, p. 2). Alors que le marché du travail connaissait un mouvement de déréglementation et un recul de la syndicalisation des ouvriers, il semble que les cycles de prospérité économique n'aient pas aidé à redresser la tendance à l'inégalité croissante et que la progression de celle-ci se soit poursuivie tant en période de crise que de prospérité (OCDE, 2015, p. 25).

Plus près de nous, des chercheurs ont montré que les politiques publiques québécoises ont permis de soutenir les groupes les plus vulnérables plus efficacement que celles d'autres provinces (Van den Berg, Plante, Raiq, et coll., 2017). Du point de vue de l'expérience de la pauvreté, le Québec aurait aussi connu certains progrès par rapport à lui-même, entre 2004 et 2017, attribuable en partie aux avancées en matière de politiques familiales et de lutte contre la pauvreté (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, 2018, p. 76-77). Et pourtant, suivant le cours mondial, le Québec n'a tout de même pu échapper à la tendance de l'inégalité croissante entre les groupes socioéconomiques et particulièrement entre les groupes les plus défavorisés et les plus favorisés (Zorn, 2017)¹.

Comme on peut bien l'imaginer, le revenu est un facteur clé. Les inégalités associées au revenu coïncident avec les inégalités associées à d'autres facteurs socioéconomiques si bien qu'il y a un croisement des privilèges et des désavantages (Agence de la santé publique du Canada et Réseau pancanadien de santé publique, 2018, p. 452-453)². À moins que ses effets ne soient mitigés par les politiques publiques (pensons aux politiques fiscales), la répartition inégalitaire des revenus du marché a une incidence sur l'accès des personnes et de groupes de la société à des biens (p. ex. logement abordable et salubre, alimentation) et à des services (p. ex. scolarisation, mobilité, emploi, connectivité, loisirs, accès aux espaces verts et bleus de proximité) lesquels, ensemble, soutiennent leur épanouissement et laissent une empreinte différenciée sur leur état de santé et de bien-être tout au long de leur vie.

Ce document de base s'adresse à tous les secteurs d'intervention de l'administration publique québécoise ainsi qu'à leurs partenaires susceptibles de mettre l'épaule à la roue afin de réduire les vulnérabilités et renverser la tendance aux inégalités sociales. Il s'inscrit dans une perspective de reconnaissance et de consolidation des acquis, mais également d'amélioration des capacités des ministères et organismes à faire des pas de plus afin de renforcer une perspective d'inégalités sociales de santé (ISS) dans l'ensemble des politiques et des programmes. C'est pour permettre aux partenaires actuels et éventuels de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS),

¹ Outre l'étude citée, on peut se référer au coefficient de Gini, qui est une mesure d'analyse de l'inégalité des revenus internationalement reconnue. Ses valeurs varient entre 0 et 1, 0 représentant la situation d'égalité parfaite et 1 l'inégalité parfaite. Le coefficient de Gini d'après le revenu **après impôt ajusté** (ce qui vient corriger en partie les écarts entre les revenus de marché par les politiques fiscales à l'intention des particuliers) était de 0,288 au Québec en 2017, ce qui représente une hausse par rapport à l'an 1990 où il était de 0,269. Par comparaison avec l'ensemble du Canada, ce même coefficient était de 0,309 en 2017 et de 0,286 en 1990. Pour plus de détails, consulter : <https://bit.ly/2N4uMds>.

² L'obésité et la consommation abusive d'alcool font cependant figure d'exceptions.

ainsi qu'à toute personne intéressée, de mieux saisir la pertinence d'initiatives, sectorielles et intersectorielles pour soutenir les groupes les plus vulnérables et réduire les inégalités sociales que le présent document a vu le jour. Il a pour objet de clarifier les liens entre les vulnérabilités et les inégalités sociales et la santé, de mieux comprendre le rôle pivot de la réduction des ISS dans tout effort gouvernemental et intersectoriel de prévention en santé et de faire connaître l'apport possible de divers secteurs d'intervention à la santé et au bien-être de la population.

Afin de mieux comprendre comment l'action de différents ministères et organismes (MO) peut contribuer à une distribution plus équitable de la santé au sein de la population, la prochaine section fournit une présentation succincte des principaux liens entre les vulnérabilités, les inégalités, la société et la santé de la population. Elle présente aussi quelques raisons pouvant motiver une action publique en faveur de la réduction des vulnérabilités et des inégalités sociales. Ensuite, la section suivante passe brièvement en revue divers programmes gouvernementaux ayant des objectifs explicites à cet effet, attestant du fait que la PGPS n'est pas le seul instrument à la disposition des MO contribuant à cet objectif. La section 4 enchaîne pour sa part avec une brève analyse sur les façons dont les politiques publiques du Québec et d'autres juridictions ont abordé la réduction des vulnérabilités et des inégalités sociales plus spécifiquement dans une optique de prévention en santé ainsi que quelques leçons apprises.

On peut voir que ce document intègre plusieurs éléments. De ce fait, il ne vise pas l'exhaustivité des contenus qui pourraient être abordés pour chaque thème présenté autant qu'il privilégie une présentation accessible aux lecteurs de diverses provenances.

2 Comment les vulnérabilités et les inégalités sociales se répercutent sur la société et sur la santé

La répartition, l'accessibilité et l'abordabilité inégalitaires des biens et des services ont des répercussions néfastes pour l'économie et la société dans son ensemble. L'existence de certaines inégalités apparaît inéluctable dans une économie de marché fondée sur le profit. Les inégalités excessives peuvent être nuisibles à la santé de la population, freiner la croissance économique et fragiliser la cohésion sociale (Fonds monétaire international, 2017).

Les inégalités peuvent prendre diverses formes telles que l'accès inégal à l'emploi, à l'alimentation, au logement, aux arts, à la culture, aux loisirs, aux sports, à des espaces bleus et verts ou à certains services comme le transport et l'éducation. L'accès inégal aux ressources occasionne des expériences fort différenciées sur l'ensemble du parcours de vie des personnes, que ce soit pour le développement de la petite enfance ou en réponse à la maladie chronique chez les personnes âgées. Il peut aussi entraîner des vulnérabilités plus prononcées (pensons notamment à la faible littératie, la mobilité réduite et la qualité de l'air) chez certains groupes.

2.1 Quelques enjeux de gouvernance liés aux inégalités sociales

Divers enjeux collectifs et concepts interagissent ensemble lorsqu'il est question d'inégalités sociales. La présente section en aborde rapidement quelques-uns, pour illustrer, de manière aussi éclairante que possible, les répercussions sociales et sanitaires des inégalités sociales.

Justice sociale. Ce principe vise à l'égalité des droits et conçoit la nécessité d'une solidarité collective pour assurer une distribution juste et équitable des ressources entre les membres de la société. Or, dans les sociétés très inégalitaires où la lutte contre la pauvreté, par exemple, a tendance à connaître moins de succès qu'ailleurs, les écarts prononcés font en sorte qu'il peut se révéler peu probable pour les personnes de sortir du cycle de la pauvreté. Lorsque les conditions favorisant la création d'un désavantage social chez certains groupes persistent et que les mesures de redressement sont inadéquates, ce désavantage se transmet bien souvent d'une génération à l'autre (Nations Unies, 2020, p. 4; OCDE, 2019), remettant ainsi en cause le principe intrinsèque de l'égalité des droits.

Coûts pour les finances publiques. Les vulnérabilités et les inégalités de santé ont un impact économique et un coût non négligeable pour les finances publiques. Les personnes en moins bonne santé ou souffrant d'incapacités ont davantage recours aux services sociaux ou de santé. Elles sont plus souvent au chômage que les autres et, lorsqu'elles travaillent, sont moins productives (OCDE, 2017, p. 37). La hausse des inégalités réduit les revenus des gouvernements et augmente leurs dépenses en paiements de transferts (pensons aux coûts de l'aide sociale ou de l'assurance-emploi).

Frein à la croissance économique. Les sociétés très inégalitaires ont plus de difficulté que les autres à assurer une croissance économique soutenue (Nations Unies, 2020, p. 4). L'accroissement des inégalités entre 1985 et 2005 aurait d'ailleurs privé les économies des pays fortement industrialisés d'une croissance cumulée de 4,7 points de pourcentage entre 1990 et 2010 (OCDE, 2015, p. 29). En se basant sur les données pour 19 pays européens, l'Organisation mondiale de la santé soutient, dans le même ordre d'idées, qu'une réduction de 50 % de l'écart de l'espérance de vie entre les groupes sociaux de ces pays assurerait des bénéfices monétaires représentant entre 0,3 % et 4,3 % de leur produit intérieur brut (Organisation mondiale de la santé, 2019, p. xiv).

Obstacles à la saine gouvernance sociosanitaire. Certains effets des inégalités sociales se sont révélés préoccupants pour les décideurs de plusieurs pays engagés dans la gestion sanitaire, sociale et économique de la pandémie du SRAS-CoV-2. Les populations à faible revenu dont plusieurs membres sont des travailleurs qui assurent des services considérés essentiels auraient connu des taux disproportionnellement élevés d'infection, d'hospitalisation et de mortalité liés au SRAS-CoV-2 (Public Health Ontario, 2020). Au Canada, les quartiers défavorisés – où l'on trouve bien souvent une forte concentration de personnes issues des minorités ethniques, vivant avec des privations matérielles et/ou avec un revenu faible – auraient connu un pourcentage plus élevé de tests de dépistage positifs confirmés de SRAS-CoV-2 que les quartiers plus favorisés (Public Health Ontario, 2020). Selon un organisme québécois, les femmes, les immigrants et les membres de « minorités visibles » sont largement surreprésentés parmi les travailleurs des catégories d'emploi et des secteurs où les risques d'exposition au virus SRAS-CoV-2 sont particulièrement élevés (service à la clientèle dans les entreprises de détail, service à la petite enfance et secteur de la santé et des services sociaux, éducation) (IRSST, 2021).

Réduction de la cohésion sociale. Les inégalités concentrent l'influence politique entre les mains de ceux qui sont déjà les plus fortunés et l'influence politique démesurée de ces derniers érode la confiance de la population en la capacité de leur gouvernement à répondre aux besoins de la majorité (Nations Unies, 2020). De nos jours, le mécontentement populaire est élevé même dans les pays qui se sont complètement remis de la crise financière et économique de 2008. Un sondage Gallup mené dans 29 pays fortement industrialisés dont le Canada témoigne effectivement d'une baisse de confiance marquée envers les gouvernements depuis le milieu des années 2000 (OCDE, 2017, p. 1). Plus de la moitié des répondants estiment que la corruption est répandue. À peine le tiers des personnes considèrent avoir quoi que ce soit à dire sur ce que font les gouvernements. Et les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires s'estiment encore moins bien représentées. Un tel manque de confiance est susceptible de déstabiliser les systèmes politiques et d'entraver le fonctionnement de la démocratie (Nations Unies, 2020). Il restera à voir, au lendemain de la pandémie SRAS-CoV-2, en quoi sa gouvernance aura possiblement exacerbé les inégalités sociales et la confiance des personnes envers leurs institutions.

Les sociétés inégalitaires sont moins en santé. Dans leurs travaux influents, les chercheurs britanniques Wilkinson et Pickett (2018; 2009) montrent que plus la richesse est répartie également dans une société, plus les gens ont des chances de bien se porter, et ce, peu importe qu'ils soient riches ou pauvres. Et à l'inverse, une répartition plus inégale est délétère pour la santé de tous les groupes socioéconomiques. On observe ce phénomène à l'échelle mondiale, dans les pays à faible revenu comme dans les pays à revenu élevé. De plus, les inégalités de revenus et de ressources publiques se reflètent sur le statut socioéconomique des personnes ainsi que sur leur état de santé. À l'aide de comparaisons internationales, Wilkinson et Pickett (2018; 2009) ont montré une étroite corrélation entre, d'un côté, les inégalités de richesse et de l'autre, des indicateurs sociaux tels l'espérance de vie, le niveau de littératie, les taux d'incarcération, le taux de toxicomanie, la santé maternelle et infantile et quelques autres indicateurs.

Équité en santé. La poursuite de l'équité en santé est un objectif de santé publique mondial. Selon ce principe, tous les gens devraient pouvoir aspirer à un état de santé optimal et ne devraient pas être limités à cet égard en raison de leur race, de leur ethnicité, de leur religion, de leur sexe, de leur âge, de leur classe sociale, de leur situation socioéconomique ou de tout autre attribut social (CCNDS, 2013).

2.2 Quelques concepts utiles sur les inégalités sociales et la santé

Voici quelques notions utiles pour mieux saisir les répercussions possibles des vulnérabilités et des inégalités sociales sur la santé.

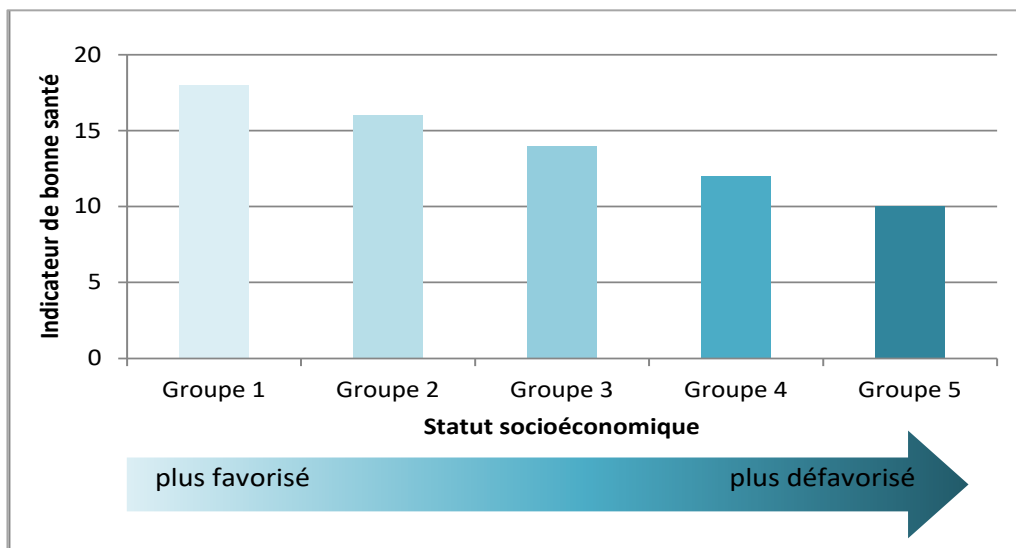
Écart de santé. Pour illustrer ce que représente un écart de santé, prenons le cas de l'espérance de vie, qui est souvent utilisée comme un indicateur global de santé. Au Québec, en 2011, les hommes du groupe le plus défavorisé de la population avaient une espérance de vie à la naissance de 75,3 ans, comparativement à 83,9 ans chez le groupe le plus favorisé. Chez les femmes, les plus favorisées avaient une espérance de vie de 86,2 ans comparativement à 81,4 ans pour les moins favorisées. L'écart entre le groupe le plus défavorisé de la population et le groupe le plus favorisé était donc de 8,6 ans chez les hommes et de 4,9 ans chez les femmes. Un autre exemple est celui de l'Union européenne où 78 % des personnes du plus haut quintile de revenus rapportent être en santé, comparativement à seulement 61 % des personnes du quintile inférieur (OCDE, 2017, p. 38). Dans le même ordre d'idées, la prévalence de certaines maladies (pensons au diabète et à la maladie pulmonaire obstructive chronique), du stress et de la détresse psychologique, notamment, présente d'importantes disparités en fonction du statut socioéconomique des personnes (OCDE, 2017, p. 38).

Inégalités sociales de santé. Les ISS représentent une « différence de santé entre les individus liée à des facteurs ou des critères sociaux de différenciation (classes sociales, catégories socioprofessionnelles, catégories de revenu, niveaux d'études.) » (Aiach, 2000). Ces différences « peuvent être causées par des éléments structuraux, dont une répartition inégale des facteurs sociaux et économiques (p. ex. revenu, scolarité, emploi, alimentation, logement et soutien social), ainsi que par une exposition différente aux conditions et aux environnements sociaux qui influent sur la santé. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018). Au-delà des facteurs biologiques et génétiques qui façonnent la santé, la répartition inégale dans la société des ressources constituant les piliers sociaux de la santé fait en sorte que les groupes défavorisés sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé que les groupes les mieux nantis (INSPQ, 2014). On retiendra que les ISS sont les écarts de santé que l'on observe entre différents groupes (p. ex. catégories de revenus, niveaux de scolarité, origines ethniques ou raciales, genre, catégories socioprofessionnelles, composition du ménage).

Déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie (Organisation mondiale de la santé [OMS]). Ils comprennent notamment les conditions de vie ou de travail, l'accès aux services de santé essentiels ou autres services publics, la scolarité, le revenu, le logement, l'environnement naturel et bâti, les habitudes de vie et les comportements. Ces déterminants interagissent tout au long du parcours de vie des personnes et présentent des effets cumulatifs. Ces derniers engendrent des écarts importants entre les groupes au sein d'une communauté, d'un pays ou d'un ensemble de pays, dans l'état de santé des personnes. Or, la distribution inégale des déterminants sociaux de la santé pourrait être évitée (INSPQ, 2014, p. 3).

Gradient social en santé. Les ISS ne représentent pas uniquement les écarts de santé entre les personnes les plus riches et les moins fortunées. Il existe une correspondance positive, dans la société, entre l'état de santé et le statut socioéconomique : plus le statut économique d'un groupe est élevé, meilleure est sa santé. Les groupes qui jouissent d'un statut socioéconomique moins élevé sont en moins bonne santé que ceux qui se situent juste au-dessus dans l'échelle. Souvent, les ISS sont distribuées selon un gradient social (figure 1) par lequel plus un individu est désavantagé socialement, plus il l'est également sur le plan de la santé.

Figure 1 Illustration du gradient social en santé



Source : Compilation spéciale du Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ, 2018.

2.3 Les multiples dimensions des inégalités sociales de santé en contexte québécois

Au Québec, l'existence des ISS est connue depuis de nombreuses décennies. Déjà au cours des années 1960, le démographe Jacques Henripin (1961) notait des écarts de mortalité infantile (de moins d'un an) entre les quartiers favorisés et défavorisés de Montréal. Depuis ce temps, les constats d'ISS ne cessent de se multiplier. Plusieurs organismes régionaux de santé publique ont fait état de façon détaillée des écarts de santé présents sur leur territoire (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011; Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2014; Direction de la santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 1998; Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, 2012; Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2012; Dubé, 2018).

Les inégalités sociales de santé se manifestent à tous les âges et touchent différentes dimensions de la santé. Elles ne concernent pas seulement la santé globale. On note des écarts sur le plan de la santé physique, de la santé mentale, des déterminants proximaux de la santé (p. ex. les habitudes de vie) ainsi que des conditions et des milieux de vie.

Les inégalités sociales de santé ne se révèlent pas exclusivement comme des écarts de santé selon la position économique des individus (p. ex. revenu), mais aussi selon leur statut socioéconomique (éducation, langue, ethnicité, milieu de vie, etc.). Au Québec, l'indice de défavorisation matérielle et sociale (IDMS) est souvent utilisé comme substitut d'information sur le statut socioéconomique des individus pour étudier les liens entre la position socioéconomique – la défavorisation – et la santé (voir encadré).

L'indice de défavorisation matérielle et sociale

L'indice de défavorisation matérielle et sociale a pour objectif de caractériser et illustrer la défavorisation à l'échelle de petites unités géographiques. Il est composé de certaines caractéristiques socioéconomiques de la population d'un territoire. Il comprend deux dimensions. La dimension matérielle reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante des personnes résidant dans un territoire et ayant comme conséquence un manque de ressources matérielles (évaluée par l'éducation, l'emploi et le revenu). La dimension sociale renvoie à la fragilité du réseau social, de la famille à la communauté (évaluée par le fait de vivre seul, d'être monoparental et d'être séparé, divorcé ou veuf)³.

Voyons maintenant quelques données éclairantes pour mieux saisir la façon dont les inégalités sociales s'interinfluencent et se répercutent sur la santé en contexte québécois. Certains exemples présentés font appel aux politiques publiques pour réduire les ISS. La diversité des indicateurs vise également à montrer que plusieurs acteurs intersectoriels peuvent être interpellés dans la réduction des ISS, pas seulement ceux œuvrant en santé.

2.3.1 DES INÉGALITÉS SOCIALES QUI SE MANIFESTENT TOUT AU LONG DE LA VIE

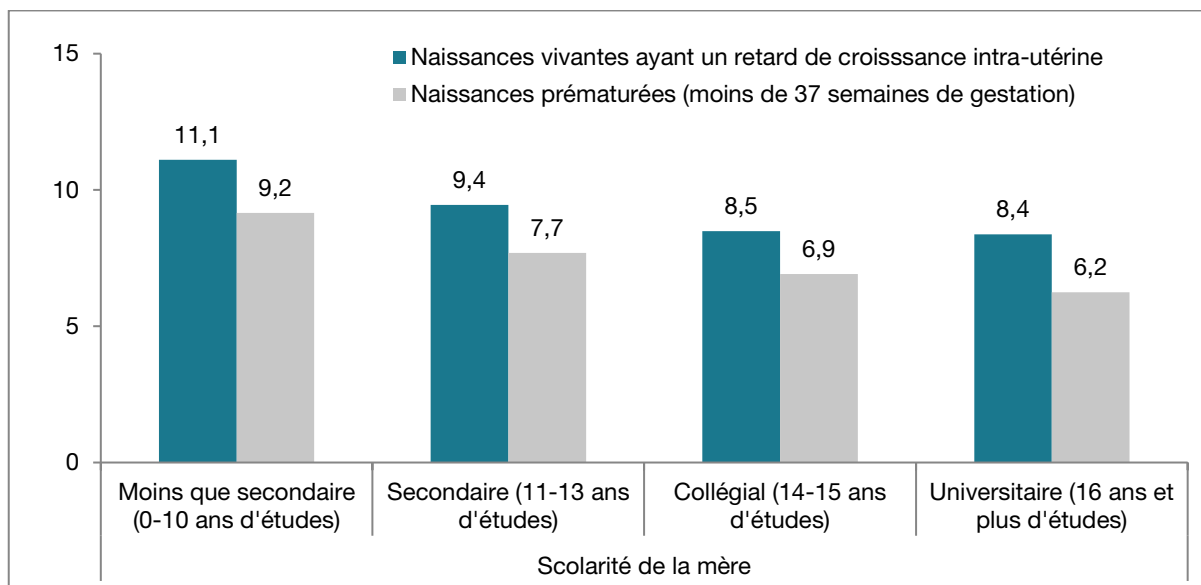
Les inégalités sociales se manifestent à tous les âges de la vie. Les enfants, les adolescents, les travailleurs et les aînés sont tous concernés par une distribution inégale de la santé et de ses déterminants. Ces inégalités peuvent interpeller différents acteurs intersectoriels dont certains programmes et initiatives visent la réduction des ISS.

Le troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, *Riches de tous nos enfants*, a documenté les écarts de santé observés du point de vue de la santé physique, de la santé mentale, des problèmes de développement, d'adaptation sociale, des déterminants de la santé et de l'utilisation des services de santé chez les jeunes Québécois de moins de 18 ans selon la condition socioéconomique de leur famille (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007). Il montre que chez les enfants, la majorité des indicateurs étudiés marquent un désavantage parmi les plus défavorisés sur le plan socioéconomique que ce soit sur le plan de la santé physique et mentale, l'alimentation, les habitudes de vie ou l'accès aux services de santé.

La figure 2 ci-dessous montre des écarts importants même avant la naissance. Les proportions de naissances prématurées et ayant un retard de croissance intra-utérine (un nouveau-né dont le poids est insuffisant compte tenu de son âge gestationnel et son sexe) sont plus importantes chez les mères faiblement scolarisées (Fichier des naissances vivantes 2013-2017; MSSS. Infocentre de santé publique du Québec, onglet PNS).

³ Tiré de : Indice de défavorisation matérielle et sociale compilé par le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) à partir des données des recensements canadiens de 1991, 1996, 2001, 2006, 2011 et 2016 [en ligne]. Site consulté le 8 février 2021 <https://bit.ly/2YXjCtv>.

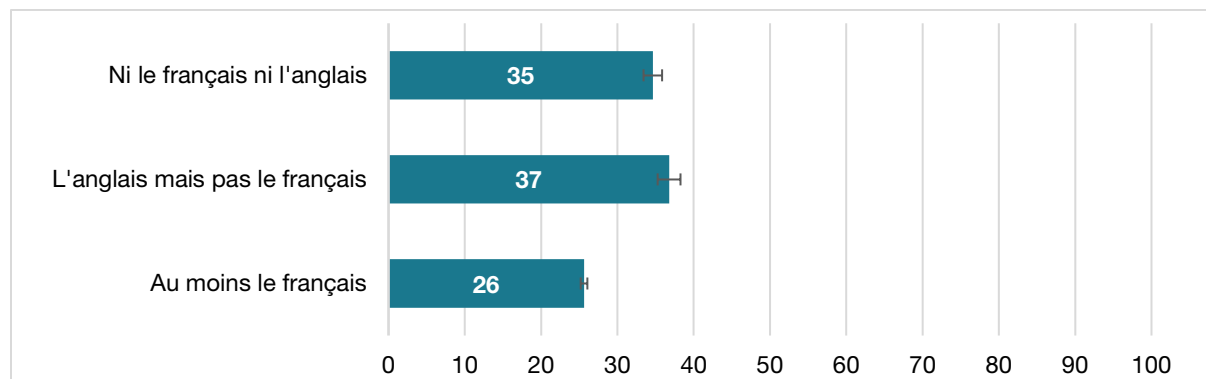
Figure 2 Proportion de naissances vivantes ayant un retard de croissance intra-utérine et de naissances prématurées (moins de 37 semaines de gestation) selon le niveau de scolarité de la mère, Québec, 2013-2017



Source : Infocentre de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance, Institut national de santé publique du Québec.

De même, les données d'une enquête ont montré que la proportion d'enfants de la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement est plus importante chez les enfants dont la langue maternelle n'est « Ni le français, ni l'anglais » ou « L'anglais, mais pas le français » que chez ceux dont la langue maternelle est « Au moins le français » (figure 3).

Figure 3 Proportion d'enfants de la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement selon sa langue maternelle, Québec, 2017

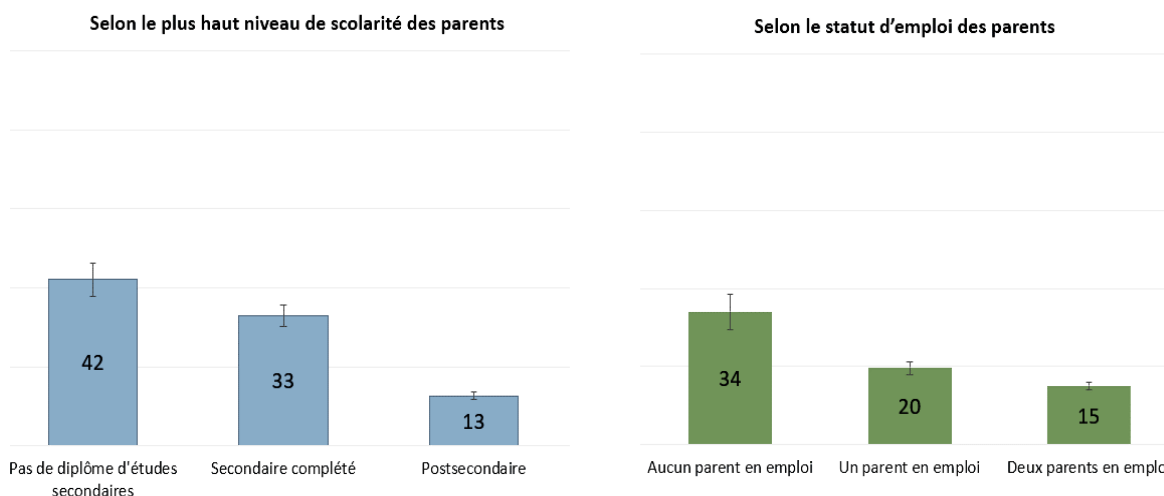


Données tirées de l'onglet Plan national de surveillance (PNS) produit par l'Infocentre de santé publique, INSPQ.

Source : Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) 2017, Institut de la statistique du Québec.

Des inégalités sont aussi observables chez les adolescents en fonction du statut socioéconomique de leur famille. En effet, la proportion d'élèves du secondaire se situant à un niveau élevé de décrochage scolaire est plus importante chez les élèves issus d'une famille dont les parents ont un faible niveau de scolarité ou qu'aucun des deux parents n'a d'emploi (figure 4) comparativement aux élèves vivant dans une famille de statut socioéconomique plus élevé.

Figure 4 Proportion d'élèves du secondaire se situant à un niveau élevé à l'indice de décrochage scolaire, Québec, 2016-2017



Données tirées de l'onglet Plan national de surveillance (PNS) produit par l'Infocentre de santé publique, INSPQ.

Source : Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2016-2017, Institut de la statistique du Québec.

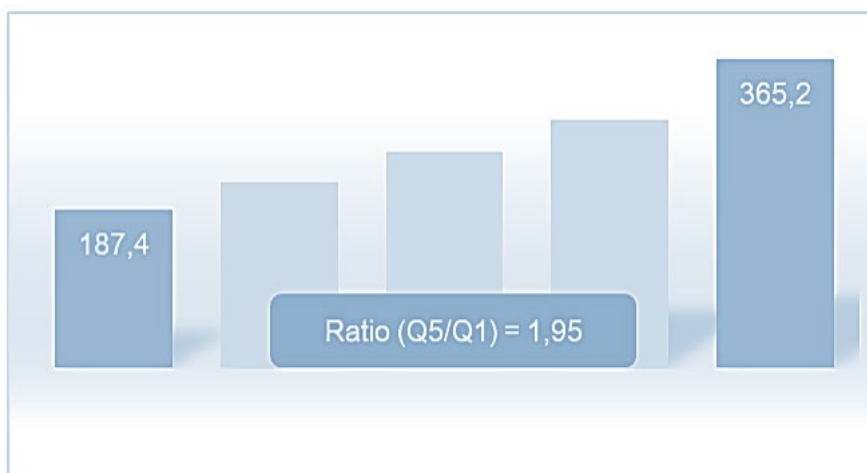
Parmi les individus d'âge adulte, les proportions de personnes souffrant d'un stress quotidien élevé sont supérieures chez ceux de faible statut socioéconomique (revenu ou scolarité) (ESCC 2017-2018; Infocentre de santé publique, onglet PNS). Le taux de mortalité par suicide est deux fois plus important (16,7 c. 8,1 pour 100 000) dans les territoires défavorisés que dans les territoires favorisés (Fichier des décès de 2009-2013; MSSS, Infocentre de santé publique, SSISSQ).

Quant aux personnes âgées de 65 ans, celles de statut socioéconomique plus faible se perçoivent en moins bonne santé que celles de statut économique élevé. Elles sont également proportionnellement plus nombreuses à ne plus avoir de dents naturelles (EQSP 2014-2015; Infocentre de santé publique, onglet PNS). La proportion de personnes actives physiquement parmi les aînés désavantagés sur le plan socioéconomique (scolarité et revenu) est plus faible alors que celle de personnes sédentaires est plus importante. La fréquence de participation sociale chez les aînés québécois varie également selon le revenu, le niveau de scolarité du ménage et la défavorisation matérielle du territoire (Blanchet, Hamel, D., et coll., 2014).

2.3.2 DES INÉGALITÉS SOCIALES QUI SE RÉPERCUTENT SUR LA SANTÉ GLOBALE

Au Québec, on note des écarts entre les groupes sociaux pour plusieurs indicateurs de santé globale. Entre 2009 et 2013, le risque de mourir prématurément, soit avant l'âge de 75 ans, était près de deux fois plus élevé (1,95) chez la population vivant en territoires défavorisés sur le plan matériel et social lorsque comparé à celui des territoires favorisés, soit 365,2 décès prématurés par 100 000 personnes contre 187,4 chez les plus nantis (figure 5).

Figure 5 Ratio entre les taux de mortalité prématurée des quintiles extrêmes (Q5/Q1) de la défavorisation matérielle et sociale, Québec, 2009-2013



Source : Infocentre de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM), Système de surveillance des inégalités sociales de santé au Québec (SSISSQ), Institut national de santé publique du Québec.

Les individus faiblement scolarisés sont d'ailleurs proportionnellement plus nombreux à se percevoir en mauvaise santé lorsque comparés à ceux ayant un diplôme universitaire (18,9 % c. 5,5 %) (EQSP 2014-2015; Infocentre de santé publique, onglet PNS). On note aussi un écart de dix années (78,3 ans c. 68,6 ans) quant à l'espérance de vie en bonne santé entre les hommes des territoires les plus favorisés et défavorisés du Québec. Chez les femmes, cet écart est de neuf années (80,4 ans c. 71,9 ans) (données de 2011-2012; Infocentre de santé publique, SSISSQ).

2.3.3 DES INÉGALITÉS QUI SE RENFORCENT MUTUELLEMENT

Les inégalités sociales se répercutent non seulement sur la santé physique, mais aussi sur la santé mentale ou sur des problèmes de santé spécifiques. Elles se manifestent aussi sur les déterminants sociaux de celle-ci dans une boucle de renforcement mutuel. C'est principalement sur les déterminants sociaux que les partenaires de la PGPS peuvent agir.

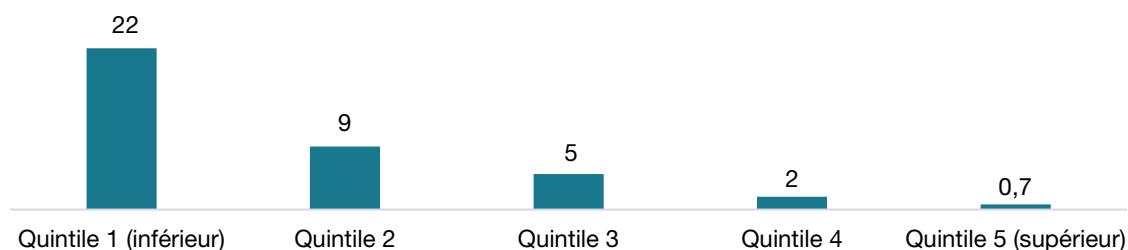
À ces répercussions plus directes sur la santé s'ajoutent les répercussions indirectes par lesquelles les Québécois de faible revenu sont plus susceptibles d'être sédentaires, de consommer davantage de boissons sucrées, d'être obèses et de fumer (Rapport du directeur national de santé publique sur la santé de la population 2016, mis à jour le 8 juin 2017; Institut de la statistique du Québec, 2016, L'enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015). Les personnes de 20 ans et plus vivant en territoires défavorisés sont en effet proportionnellement plus nombreuses à fumer que celles vivant en territoires favorisés (30,5 % c. 15,0 %). Elles souffrent aussi plus souvent d'obésité (18,9 % c. 14,5 %) (ESCC 2013-2014; Infocentre de santé publique du Québec, SSISSQ).

Les inégalités sociales se répercutent aussi en créant des écarts dans l'accès aux services de santé : les personnes ayant un revenu faible sont en proportion moins nombreuses à avoir consulté un médecin ou un dentiste que celles de revenu élevé (ESCC 2015-2016; Infocentre de santé publique, onglet PNS).

Les inégalités sociales se répercutent également sur les conditions de vie des personnes. Une étude de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) examinant l'insécurité alimentaire des Québécois entre 2005 et 2012 a montré que les ménages les moins scolarisés ou dont le salaire est

très faible sont davantage affectés que les autres par l'insécurité alimentaire (Maisonneuve, Blanchet, et Hamel, 2014). En 2011-2012, plus de la moitié (58 %) des ménages recevant de l'aide sociale et le quart (26 %) chez ceux recevant des prestations d'assurance-emploi comme principale source de revenu ont vécu l'insécurité alimentaire. Cette dernière touche de façon disproportionnée les ménages vivant en territoires défavorisés⁴ (ESCC 2013-2014; Infocentre de santé publique, SSISSQ). Les ménages des quintiles inférieurs de revenu sont plus affectés par l'insécurité alimentaire (22 %) que les ménages du quintile supérieur (0,7) (figure 6).

Figure 6 Ménages affectés par l'insécurité alimentaire (%), selon le quintile de revenu du ménage, Québec, 2015-2016



Données tirées de l'onglet Plan national de surveillance (PNS) produit par l'Infocentre de santé publique, INSPQ.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2015-2016, Statistique Canada.

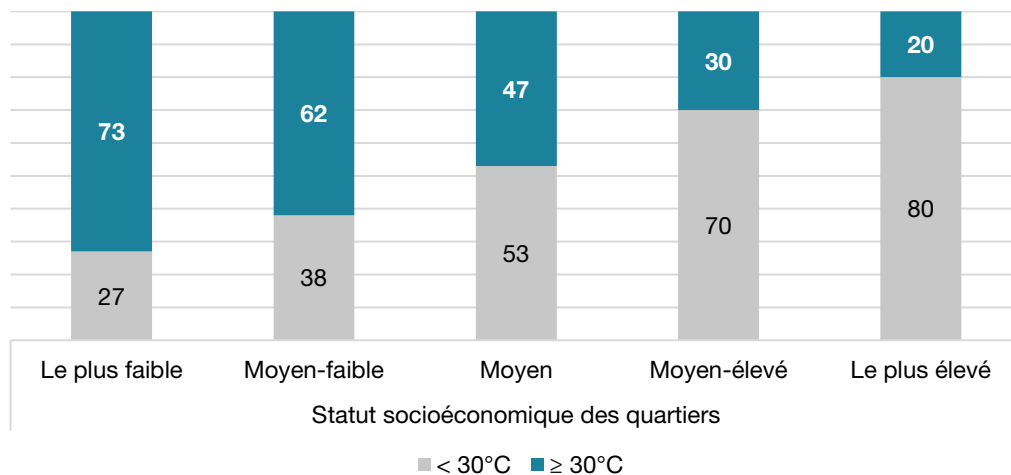
On note aussi que les ménages locataires comparativement aux ménages propriétaires vivent deux fois plus souvent dans des logements où se posent des problèmes d'humidité et de moisissures. Les familles monoparentales et les couples avec enfants courent deux fois plus de risque d'être affectés par l'insalubrité de leur logement que les personnes seules (Raynault, Tessier, et Thérien, 2015). Les personnes faiblement scolarisées (études secondaires partielles) sont plus exposées à la fumée secondaire que celles ayant un certificat ou un diplôme d'études postsecondaires (17,5 % c. 7,2 %) (ESCC 2015-2016; Infocentre de santé publique du Québec, onglet PNS).

Un exemple d'indicateur qui fait appel aux politiques publiques pour réduire les ISS est la proportion des ménages consacrant 30 % ou plus du revenu total aux frais de logement. En 2016, cette proportion était 2,6 fois plus élevée chez les populations défavorisées sur le plan matériel et social, comparativement à celle des populations favorisées (30 % c. 12 %) (Recensement de 2016, Statistique Canada; Infocentre de santé publique du Québec, SSISSQ).

On trouve des îlots de chaleur dans 73 % des quartiers montréalais avec le plus faible statut socioéconomique, comparativement à seulement 20 % des quartiers montréalais avec le statut socioéconomique le plus élevé (figure 7). La majorité des Montréalais décédés à cause des conséquences de la chaleur accablante de la canicule de l'été 2018 habitaient dans un îlot de chaleur (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2018).

⁴ On note un excédent de 344 % dans le groupe le plus défavorisé lorsque comparé au groupe le plus favorisé.

Figure 7 Quartiers présentant des îlots de chaleur (%), selon leur statut socioéconomique, Montréal, 2008



Note : Îlot de chaleur signifie lorsque la température de la surface terrestre est d'au moins 30 °C.

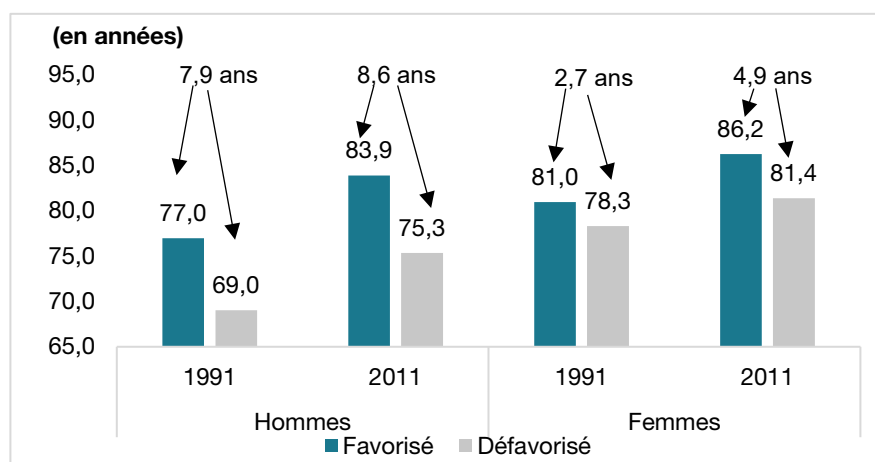
Données tirées de l'Institut canadien d'information sur la santé, 2011, Environnements physiques en milieu urbain et inégalités de santé, 25 pages.

Sources : Images satellitaires provenant de Landsat Thematic Mapper, 5 juillet 2008, Baudouin et Martin, Université du Québec à Montréal. Le statut socioéconomique des quartiers est défini au moyen de l'indice de défavorisation de l'INSPQ, 2006.

2.3.4 DES INÉGALITÉS QUI AUGMENTENT

Il apparaît préoccupant que les écarts pour l'espérance de vie à la naissance aient augmenté entre 1991 et 2011 (dernière année pour laquelle les données sont disponibles). En 1991, en effet, il existait un écart, pour l'espérance de vie, de 7,9 ans chez les hommes et 2,7 ans chez les femmes, entre le groupe le plus défavorisé de la population et le groupe le plus favorisé. Vingt ans plus tard, en 2011, ces écarts avaient augmenté passablement, passant à 8,6 ans et 4,9 ans respectivement (figure 8).

Figure 8 Espérance de vie à la naissance selon le sexe, groupe le plus favorisé et groupe le plus défavorisé, Québec, 1991 et 2011



Données de recensement; MSSS, Fichier des naissances (produit électronique), sept 2017. Compilations spéciales du BIESP, INSPQ.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Fichier des décès (produit électronique); Statistique Canada

2.4 Des appels à l'action au Québec, au Canada et à l'échelle internationale

Comme les données que nous venons de présenter l'indiquent, les vulnérabilités et les inégalités sociales se manifestent de plusieurs façons dans la vie des personnes. Elles sont largement répandues, se renforcent mutuellement et se répercutent sur la santé et le bien-être de toute la population. De plus, la progression des inégalités, en plus de nuire à la prospérité économique, fait poindre une détérioration de la cohésion sociale et représente une nuisance pour l'état de santé et de bien-être de la population dans son ensemble. Plusieurs raisons évoquées plus haut – et bien d'autres – militent en faveur d'une réduction des inégalités sociales (Woodward et Kawachi, 2000). Si les groupes vulnérables peuvent y être plus sensibles en raison, justement, de leur plus grande vulnérabilité, il faut savoir que c'est toute la population, peu importe le niveau de revenu ou leur situation socioéconomique, qui est perdante.

Étant donné que la santé et le bien-être sont affectés par une multitude de facteurs multidimensionnels et sectoriels, les appels des autorités publiques pour améliorer la santé de la population par le biais de politiques publiques autres que celles en santé se sont faits nombreux et de plus en plus insistants depuis la parution du rapport Lalonde (Lalonde, 1974). Au Québec, les recommandations de la Commission Rochon (Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988) ont représenté l'un des jalons en faveur d'une politique québécoise multisectorielle qui vise à améliorer la santé de la population en intervenant sur les déterminants sociaux de la santé et en réduisant les inégalités sociales (Bernier, 2006).

De fait, les inégalités croissantes seraient évitables et peuvent être réduites, selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 2019, p. xiii). Son rapport sur le Statut d'équité en santé (*Health Equity Report*) en Europe fait valoir qu'une approche fondée sur un panier d'interventions multisectorielles peut provoquer une réduction des inégalités en santé à l'intérieur d'une période de seulement deux à quatre ans (p. 49). L'organisme fait valoir que ce panier d'interventions visant à réduire les inégalités de santé est celui qui permet aux personnes de prospérer de s'épanouir en santé (2019, p. 6;49). De plus, les interventions qui améliorent l'équité en santé sont, selon l'OMS, les mêmes que celles qui favorisent la croissance économique. La réduction des inégalités fait par ailleurs partie des 17 objectifs de l'Agenda 2030 du développement durable des Nations Unies adopté par les dirigeants du monde entier (Nations Unies, 2020). L'objectif n° 10 de cet agenda vise précisément à réduire les disparités sociales en ce qui a trait aux chances, au revenu et au pouvoir.

3 L'engagement envers les groupes vulnérables et la réduction des inégalités

L'engagement des politiques publiques envers les groupes vulnérables et la réduction des inégalités sociales est une composante essentielle de tout effort de prévention en santé et cohérent avec une perspective de développement durable. Mais comment s'y prendre? C'est une vaste mission qui concerne, mais va bien au-delà du mandat du ministère de la Santé et des Services sociaux, sans compter qu'elle ne concerne pas que le Québec. Effectivement, elle a donné lieu à des initiatives internationales desquelles le Québec fait partie, telles le Global Network for Health in All Policies. En réalité, il existe déjà plusieurs initiatives gouvernementales et ministérielles autres que la PGPS pour soutenir les groupes vulnérables et réduire les inégalités sociales. Bien qu'elles ne visent pas directement la santé de la population pour la plupart, elles sont susceptibles de contribuer significativement à son amélioration de façon indirecte. Nous en décrivons ici quelques-unes avant d'aborder l'apport plus spécifique de la PGPS.

3.1 Diverses initiatives gouvernementales et ministérielles

Le Québec dispose de plusieurs lois phares touchant à divers domaines d'activité et qui donnent des leviers multiples pour contribuer à la réduction des inégalités sociales. Par exemple, la Loi sur les services de santé et les services sociaux compte parmi ses objectifs celui d'atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions. De même, l'un des buts de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale de 2002 est de réduire les inégalités pouvant nuire à la cohésion sociale. Enfin, d'autres lois québécoises telles la Loi sur le développement durable et la Loi pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires ont aussi un objectif de réduction des inégalités sociales.

Le Québec dispose également d'initiatives gouvernementales qui peuvent servir de leviers et contribuer à la réduction des inégalités sociales. En voici quelques-unes :

La Stratégie de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et le Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale (PAGIEPS) 2017-2023. Permet d'agir en ligne avec ses objectifs, font partie des principales initiatives québécoises contribuant à soutenir les populations vulnérables. Piloté par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS), ce troisième plan d'action, visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, inclut une cible ambitieuse; celle de sortir de la pauvreté 100 000 personnes. Par exemple, les bonifications de certaines prestations et le programme de revenu de base pour certains prestataires permettent de couvrir davantage de besoins de base et sécuriser des personnes vulnérables. Des mesures visant le logement et la participation sociale des personnes et des familles à faible revenu contribuent également à améliorer la santé et à réduire les ISS.

La Stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020. L'orientation 4 de la stratégie pilotée par le ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (MELCC) veut favoriser l'inclusion sociale et réduire les inégalités sociales et économiques. Elle a pour ce faire établi trois objectifs. Le premier objectif est d'appuyer la reconnaissance, le développement et le maintien des compétences, particulièrement celles des personnes les plus vulnérables. Le second objectif est d'appuyer et de mettre en valeur les activités des organismes communautaires et des entreprises d'économie sociale qui contribuent à l'inclusion sociale et à la réduction des inégalités. Le troisième objectif, enfin, est d'appuyer et de promouvoir le développement de mesures sociales et économiques pour les personnes en situation de pauvreté et pour les milieux défavorisés.

La Stratégie gouvernementale pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 2018-2022. Pilotée par le ministère des Affaires municipales et Habitation (MAMH), cette stratégie a suscité plusieurs initiatives régionales en lien avec le soutien aux groupes vulnérables et la réduction des inégalités sociales. Par exemple, la région administrative du Saguenay—Lac-Saint-Jean a identifié parmi ses priorités régionales le soutien à la lutte à la pauvreté, l'inclusion sociale et la participation citoyenne. De même, la région administrative du Bas-Saint-Laurent a placé au cœur de ses priorités régionales le soutien aux initiatives favorisant l'équité entre les personnes et les collectivités. Parmi ces initiatives figurent le soutien à la réussite éducative, l'amélioration des conditions de vie des personnes fragilisées, la mise en valeur des richesses et l'accès équitable aux services sur tout le territoire.

La Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021 – Ensemble pour l'égalité. Pilotée par le Secrétariat à la condition féminine, cette stratégie comprend 59 actions mettant à contribution 24 MO gouvernementaux. Elle vise principalement à réduire les inégalités persistantes; à agir pour la mixité en emploi, la parité dans les lieux décisionnels et pour les femmes en situation de vulnérabilité; et à mobiliser les femmes inspirantes, les hommes alliés de l'égalité et les milieux engagés.

La Stratégie 0-8 ans – Tout pour nos enfants. Pilotée conjointement par le ministère de la Famille et le ministère de l'Éducation, la Stratégie relative aux services éducatifs offerts aux enfants de 0 à 8 ans Tout pour nos enfants prévoit des investissements pour offrir aux 800 000 enfants québécois de 0 à 8 ans les mêmes chances de réussir. Elle a pour principaux objectifs de favoriser l'égalité des chances pour tous les enfants; d'assurer aux enfants de 0 à 8 ans un parcours éducatif continu et des transitions harmonieuses; d'implanter ou de consolider des pratiques éducatives et pédagogiques de qualité; de permettre à tous les enfants d'acquérir les compétences essentielles en lecture, en écriture et en mathématiques à la fin de leur 2^e année du primaire; ainsi que d'accompagner les parents et de favoriser la mobilisation et la concertation des acteurs.

Le Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022 : Faire plus, faire mieux. Piloté par le Secrétariat aux Affaires autochtones du ministère du Conseil exécutif, ce plan s'inscrit dans une perspective de développement durable, telle que définie par les orientations de la Stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020. Ces orientations consistent notamment à favoriser l'inclusion sociale et réduire les inégalités sociales et économiques, et à améliorer la santé de la population par la prévention (p. 12).

La Politique nationale de lutte à l'itinérance – Ensemble pour éviter la rue et en sortir. Pilotée par le ministère de la Santé et des Services sociaux depuis 2014, cette Politique a pour objectif de doter le Québec d'une stratégie globale, cohérente et durable pour prévenir et contrer l'itinérance. Elle veut agir sur les dimensions sociales, structurelles et individuelles de ce phénomène en interpellant et en mobilisant tous les acteurs de la société civile concernés par le phénomène de l'itinérance. Elle cible cinq axes d'intervention prioritaires : le logement; les services de santé et les services sociaux; le revenu; l'éducation, l'insertion sociale et l'insertion socioprofessionnelle; la cohabitation sociale et les enjeux liés à la judiciarisation.

La Politique gouvernementale À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Pilotée par l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), cette Politique vise à accroître la participation sociale des personnes handicapées et positionne le droit à l'égalité comme principe fondamental de celle-ci. Pour y arriver, l'article 6.1 propose d'agir contre la pauvreté des personnes handicapées et de leur famille. Des mesures visant à agir contre les préjugés et la discrimination sont également proposées⁵.

⁵ Pour d'autres exemples, consulter (INSPQ, 2014).

Autres exemples de politiques, plans d'action et stratégies pangouvernementaux qui prennent en compte des enjeux relatifs aux inégalités sociales⁶

- Politique québécoise en matière d'immigration, de participation et d'inclusion – Ensemble nous sommes le Québec (MIFI 2015)
- Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 (MSSS 2018)
- Politique bioalimentaire 2018-2025 (MAPAQ 2018)
- Politique de mobilité durable 2030 – Transporter le Québec vers la modernité (MTQ 2018)
- Stratégie d'action jeunesse 2016-2021, des projets pour la jeunesse (MCE-SAJ 2016)
- Politique de l'activité physique, du sport et du loisir – Au Québec on bouge! (MEQ 2017)
- Plan d'action 2018-2023 Un Québec pour tous les âges (MSSS, Secrétariat aux aînés, 2018)
- Plan d'action gouvernemental en économie sociale 2020-2025 (MEI 2020)
- Plan d'action gouvernemental en culture 2018-2023 (MCC 2018)

Comme on voit, plusieurs actions intersectorielles offrent des leviers pour la réduction des inégalités sociales. À de telles initiatives s'ajoutent des actions sectorielles visant elles aussi, au moins en partie, à atténuer les inégalités sociales. On peut penser au régime public d'assurance médicaments, administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), par lequel toute personne établie au Québec de façon permanente est couverte par une assurance médicaments. On peut penser également au programme des Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) qui vise à donner le soutien nécessaire aux familles les plus vulnérables afin de favoriser le développement optimal des enfants, de maximiser le potentiel de santé et de leur bien-être à partir de la grossesse ainsi qu'à améliorer leurs conditions de vie. Dans des secteurs autres, on compte des programmes tels AccèsLogis Québec ou l'aide financière aux études. On compte également des aides financières à l'emploi tel le programme Subvention salariale pour personnes expérimentées qui aide les personnes de 50 ans ou plus prestataires d'une aide financière de dernier recours (aide sociale ou solidarité sociale) à intégrer le marché du travail en occupant un emploi durable. Ce ne sont là que quelques exemples et plusieurs autres sont détaillés ailleurs (INSPQ, 2014).

3.2 Les inégalités sociales de santé dans la PGPS

En se dotant de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) en 2016, le Québec s'est donné un projet d'envergure sur une dizaine d'années qui est complémentaire à d'autres initiatives existantes. La PGPS veut en effet permettre d'agir sur un ensemble de facteurs en vue, plus précisément, d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie de la population et de réduire les ISS, par rapport à l'ensemble des autres politiques favorables à la santé (annexe 2). L'atteinte de cette finalité repose sur une prise en compte des enjeux transversaux, particulièrement la pauvreté et les ISS. De plus, la Politique vise quatre grandes catégories de facteurs qui influent sur la santé. Ces grandes catégories délimitent les orientations de la Politique, desquelles découlent un ensemble de mesures et de chantiers.

1. Le développement des capacités des personnes dès leur plus jeune âge;
2. L'aménagement de communautés et de territoires sains et sécuritaires;

⁶ Voir aussi en annexe 1.

3. L'amélioration des conditions de vie qui favorisent la santé;
4. Le renforcement des actions de prévention dans le système de santé et de services sociaux.

Le PAI 2017-2021 de la PGPS vient préciser les actions concrètes en lien avec chaque mesure ainsi que les rôles et responsabilités des MO, afin de mettre en place des milieux et des conditions de vie qui favorisent la santé et le mieux-être, de manière à ce que chaque personne ait la capacité de réaliser son plein potentiel et de participer au développement durable de la société. Afin de contribuer à l'atteinte de la finalité de réduction des ISS et de la cible 9 visant à « Réduire de 10 % l'écart de mortalité prématurée entre les personnes les plus défavorisées et les plus favorisées sur le plan socioéconomique », le PAI de la PGPS a mis sur pied un projet transversal dont l'objectif est de favoriser une meilleure prise en compte des groupes vulnérables et des enjeux relatifs aux ISS par les ministères, les organismes gouvernementaux et leurs réseaux, dont les acteurs de la santé publique. Son chantier 5 prévoit de recenser des politiques sociales et fiscales qui, implantées dans d'autres juridictions, favorisent une meilleure redistribution de la richesse dans la société, d'une part, ainsi qu'une analyse de leur pertinence et de leur faisabilité dans le contexte québécois, d'autre part.

Sans s'y limiter, la collaboration intersectorielle ressort comme une condition clé à la réduction des ISS. C'est pourquoi, en réponse aux enjeux transversaux relevant de plus d'un secteur tels que les vulnérabilités et les manifestations diverses des inégalités sociales et des ISS, les partenaires de la PGPS se sont engagés à collaborer ensemble, à même leurs missions. L'engagement des MO et du gouvernement envers les groupes vulnérables et la lutte contre les inégalités sociales est loin de passer par un moyen unique. Parmi le vaste ensemble de moyens déployés, la PGPS, dont la cible 9 constitue un levier complémentaire à d'autres cadres structurants.

Il ne fait pas de doute que l'atteinte des cibles et objectifs de la PGPS nécessite l'intervention de plusieurs MO. Elle nécessite également l'implication des paliers régionaux et municipaux ainsi que la collaboration du secteur non gouvernemental (acteurs communautaires, philanthropiques et privés). Elle peut nécessiter l'engagement des milieux responsables des politiques à vocation sociale, tels ceux de la petite enfance, de la jeunesse, de la famille, des aînés, des autochtones, des personnes handicapées, de l'immigration, de l'éducation, du logement, de la santé et des services sociaux, de l'assistance sociale et de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, des sports et loisirs, des affaires municipales, de l'habitation, du bâtiment, de la sécurité publique et de la culture, de même que l'apport des secteurs à vocation économique ou environnementale, dont ceux responsables des politiques fiscales et économiques, bioalimentaires, du marché du travail, des transports et de l'environnement (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, 2019).

La collaboration intersectorielle peut permettre à plusieurs MO d'atteindre leurs propres objectifs en matière de soutien aux groupes vulnérables et de réduction des inégalités sociales en joignant leurs efforts sur les enjeux d'intérêt commun (Molnar, Renahy, O'Campo, et coll., 2016).

4 Ensemble pour réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales

Le levier que représente la PGPS pour le soutien aux groupes vulnérables et la réduction des inégalités sociales soulève l'épineuse question de l'efficacité potentielle des programmes et politiques publics. Peuvent-ils faire une différence dans un contexte mondial où les écarts vont en croissant?

Il semble qu'ils le peuvent. D'abord, d'une perspective comparative on sait que le niveau des inégalités sociales et leur rythme de croissance peuvent différer significativement lorsqu'on compare des pays ayant des caractéristiques similaires (p. ex. niveau de développement, échanges commerciaux, innovation technologique) (Nations Unies, 2020).

Ensuite, l'expérience québécoise offre un exemple éloquent du rôle positif que les politiques publiques peuvent exercer. Un ouvrage collectif piloté par un sociologue de l'Université McGill analyse la divergence croissante entre le Québec et les autres grandes provinces canadiennes pour combattre la pauvreté (Van den Berg, Plante, Raiq, et coll., 2017). Cet ouvrage montre que depuis une vingtaine d'années la pauvreté a eu tendance à reculer au Québec alors qu'elle exerçait une trajectoire à la hausse en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique. Alors que dans les autres grandes provinces les taux de pauvreté pour les familles avec deux parents étaient à la hausse, ceux du Québec chutaient à des niveaux comparables à ceux des pays européens les plus généreux (p. 66-167).

Au nombre des facteurs pour expliquer le succès relatif du Québec⁷, on retrouve l'efficacité de ses programmes fiscaux et de transferts, ses politiques sociales à l'intention des jeunes familles (pensons à son réseau de services de garde) ainsi que sa stratégie d'activation de la main-d'œuvre pour les personnes au bas de l'échelle. Les politiques familiales du Québec et sa stratégie intégrée de lutte contre la pauvreté depuis le milieu des années 1990 auraient joué un rôle décisif sur les résultats québécois favorables en matière de lutte contre la pauvreté, lorsqu'on les compare à ceux d'autres provinces (Van den Berg, Plante, Raiq, et coll., 2017, p. 166-167; Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, 2018, p. 76-77).

En bref, les programmes et politiques publics peuvent permettre de se donner des moyens, des ressources et un leadership des autorités concernées pour réellement faire une différence pour réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales. Sans être le seul levier, la PGPS représente ainsi une opportunité pour faire des gains additionnels, notamment en matière de filet social et de prise en compte des réalités des plus démunis.

⁷ Les retombées sociales font en sorte que tous ne profitent pas également de ces résultats comparatifs favorables et que persistent des angles morts.

4.1 Travailler pour la réduction des ISS : une tendance émergente

Plusieurs gouvernements se sont engagés dans la lutte contre les ISS depuis le milieu des années 2000⁸. La riche expérience du Royaume-Uni, de la Finlande, de la Suède, de la Norvège, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, notamment, est bien documentée ailleurs (Lynch, 2020; INSPQ, 2014). Le Québec n'a pas fait bande à part. En plus de la PGPS, il s'est doté de programmes à grande échelle détaillés dans la section précédente et qui, ensemble, peuvent contribuer à la réduction des vulnérabilités et des inégalités sociales et de leurs répercussions sur la santé.

Un tel engagement pour réduire les ISS mènerait en principe les pays au-delà des seuls efforts de lutte contre la pauvreté. L'amélioration du soutien aux groupes vulnérables est certes un élément valable et utile pour engager les programmes et les politiques publics dans la réduction des inégalités. Cela dit, d'autres leviers sont également nécessaires (Mantoura et Morrison, 2016, p. 2-3). La réduction de la pauvreté cible en effet les personnes au bas de l'échelle sociale tandis que la réduction des inégalités sociales vise plus largement à minimiser les écarts entre les groupes socioéconomiques et entre les membres d'un même groupe (p. ex. ethnique, linguistique ou géographique). Du point de vue de la réduction des ISS, les cibles tiendraient compte du gradient social de la santé.

Nous avons affaire à un défi complexe puisque la réduction des inégalités sociales et de leurs répercussions sur la santé passe nécessairement par un ensemble d'interventions impliquant plusieurs secteurs pour agir sur les déterminants de la santé tels le logement et le revenu (INSPQ, 2014, p. iii). Dans son grand ouvrage de politique comparée sur les régimes d'inégalités, la politologue à l'Université de la Pennsylvanie, Julia Lynch, qualifie la réduction des ISS de problème pernicieux vu, notamment, le grand nombre d'intervenants concernés, l'absence d'un consensus sur les causes et les solutions possibles, l'imputabilité diffuse quant à l'efficacité des politiques et programmes ainsi que la relation étroite entre les inégalités et plusieurs autres enjeux sociaux tels la redistribution économique et la redistribution du pouvoir politique (Lynch, 2020, p. 80).

La complexité provient aussi du fait que des liens entre les politiques publiques et les inégalités sociales peuvent être établis à grands traits, mais qu'en réalité, les recherches sont peu abondantes sur l'efficacité des modalités plus fines des programmes publics (Agence de la santé publique du Canada et Réseau pancanadien de santé publique, 2018, p. 462; Lundberg, Yngwe, Bergqvist, et Sjöberg, 2015).

Les défis demeurent importants dans un contexte où les connaissances sont multiples et parfois incomplètes et la question à savoir comment s'engager avec succès dans la lutte contre les inégalités est toujours d'intérêt. Une publication étoffée de l'INSPQ reconnaît qu'il n'existe pas de consensus scientifique sur une seule manière efficace d'intervenir dans la réduction des ISS. Elle souligne toutefois que la nécessité de prendre en compte les ISS dans la formulation et l'adoption des politiques de tous les secteurs d'activité, et ce, dans le but minimal de ne pas les aggraver, est reconnue par les experts (INSPQ, 2014, p. 67). Elle propose aussi que les acquis en ce qui concerne la protection sociale, la lutte contre la pauvreté et l'action sur les déterminants de la santé soient consolidés pour assurer la pleine mise en œuvre des politiques et mesures existantes, leur pérennité, leur qualité ainsi qu'une meilleure intégration des services offerts aux personnes en situation de vulnérabilité.

⁸ Les Politiques publiques favorables à la santé (PPFS) tiennent compte de l'importance des déterminants de la santé et de l'équité tant au moment de leur conception que de leur mise en œuvre.

4.2 L'expérience du Royaume-Uni : trois leçons à tirer

Compte tenu du vaste bassin de connaissances, de la complexité des interinfluences et des mécanismes impliqués dans la production et la réduction des ISS, l'expérience d'autres juridictions peut nourrir la réflexion sur les approches prometteuses. Celle de plusieurs pays a été analysée ailleurs de façon détaillée (Lynch, 2020; INSPQ, 2014). Le cas du Royaume-Uni, un leader mondial en matière de lutte contre les ISS, tant du point de vue de la recherche que des politiques publiques, est présenté dans l'encadré. Il se révèle particulièrement enrichissant pour comprendre les écueils à éviter en contexte québécois ainsi que les fondements indispensables au succès des politiques et programmes publics.

L'expérience du Royaume-Uni avec la réduction des inégalités sociales de santé

Sous le règne de 13 années du Nouveau Parti travailliste (en anglais : New Labour Party), entre 1994 et 2010, le gouvernement britannique a entrepris des efforts constants et concertés pour réduire les inégalités en voulant agir sur les déterminants sociaux de la santé. Il s'agissait là d'un élément central de son programme politique. Et pourtant, les ISS ont poursuivi leur croissance pendant ces mêmes années et même au-delà. En bref, l'approche britannique, emblème mondial de lutte contre les ISS, ne peut nullement être qualifiée de succès national (Lynch, 2020, p. 186; Bamba, 2012).

En dépit de la présence d'une volonté d'intervenir sur les déterminants sociaux de la santé, les politiques publiques du Royaume-Uni ont eu naturellement tendance, pour diverses raisons, à privilégier plutôt les facteurs en aval tels l'accès aux soins de santé et la promotion de saines habitudes de vie auprès des individus (p. ex. adoption d'une alimentation plus saine, réduction de la consommation d'alcool et de tabac, augmentation de l'activité physique) (Lynch, 2020; Mantoura et Morrison, 2016).

Elles ont eu tendance du même coup à négliger la résolution de problèmes structurels affectant la santé de la population (pauvreté, faibles salaires, chômage, etc.) et sur lesquels les personnes individuellement ont peu d'emprise. Enfin, les politiques britanniques ont eu tendance aussi à cibler l'amélioration des conditions de vie des personnes et des communautés défavorisées, plutôt que de viser l'ensemble de la population en tenant compte du gradient social de la santé. Elles ont négligé du même coup les initiatives de redistribution qui auraient pu faire en sorte de réduire les inégalités sociales entre toutes les couches socioéconomiques (Popay, Whitehead, et Hunter, 2010).

C'est en bonne partie la dérive des politiques publiques britanniques (en anglais : *policy drift*) vers les habitudes de vie, alors que le gouvernement poursuivait plus largement des orientations aux effets contradictoires pour la santé de la population (p. ex. négligence des programmes traditionnels de redistribution sociale que sont l'assurance-chômage et l'assistance sociale) qui aurait rendu caducs la plupart des efforts de réduction des inégalités et entraîné leur intensification (Lynch, 2020; Scott-Samuel et Smith, 2015).

En négligeant d'intervenir activement sur les déterminants sociaux dans sa lutte contre les ISS – plus en amont que les seules habitudes de vie – les politiques publiques britanniques auraient, du même coup, contribué à accentuer la stigmatisation des personnes les plus vulnérables. Elles auraient rendu ces dernières davantage responsables de leur propre état de santé plutôt que d'attribuer une plus grande part de responsabilité aux institutions publiques relativement à leur condition (Popay, Whitehead, et Hunter, 2010; Solar et Irwin, 2010).

Finalement, le discours sur la réduction des ISS tenu par les autorités publiques, au Royaume-Uni, aurait servi à masquer les efforts défectueux qu'elles déployaient pendant toutes ces années pour soutenir les services publics et assurer une meilleure redistribution des ressources à travers les grands programmes traditionnels de l'État providence tels l'éducation, les services de santé, l'assurance-chômage et l'assistance sociale (Lynch, 2020).

Les principaux enseignements à tirer de l'expérience du Royaume-Uni sur les approches à la réduction des ISS peuvent se résumer en trois points interreliés. Premièrement, il est contre-indiqué pour un gouvernement engagé dans la réduction des inégalités sociales et de leurs effets sur la santé de la population de miser sur l'accès aux soins de santé et la promotion de la santé auprès des individus s'il ne porte pas suffisamment d'attention, du même coup, aux problèmes structurels de la société tels la pauvreté et le chômage. Il s'agit de vases communicants qui se renforcent mutuellement et qui doivent simultanément faire l'objet d'une action cohérente.

Deuxièmement, la réduction des inégalités sociales de santé concerne l'ensemble de la population. C'est pourquoi les interventions de la part du gouvernement ne devraient pas viser uniquement l'amélioration du sort des personnes ou groupes désavantagés, bien que des efforts en ce sens soient incontournables. Les interventions devraient en effet viser la réduction des ISS à travers toutes les couches de la population ou, autrement dit, en tenant compte du gradient social de la santé.

Troisièmement, les politiques publiques visant à réduire les inégalités sociales devraient reconnaître le rôle central que peuvent jouer, à cet effet, les grands programmes traditionnels de l'État providence tels l'assurance-emploi, l'assistance sociale et les programmes d'éducation.

4.3 Approches prometteuses pour aller plus loin dans la réduction des ISS au Québec

L'expérience britannique permet d'illustrer et de mieux saisir les résultats d'une étude récente soutenue par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Jacques et Noël, 2020). Les résultats de cette étude qui a examiné l'expérience de 30 pays fortement industrialisés entre 1960 et 2017 montrent l'importance de miser sur un ensemble de solutions pour réduire les inégalités sociales de santé. La santé des populations semble être liée à la disponibilité de ressources publiques qui permettent aux personnes de faire face aux risques de la vie. Pour promouvoir la santé, les gouvernements auraient avantage selon l'étude à renforcer et universaliser les programmes sociaux, à assurer une bonne protection du revenu pour les personnes les plus pauvres et, en même temps, à utiliser les politiques publiques et la réglementation pour limiter la polarisation du marché du travail.

Dans le même ordre d'idées, et comme le fait valoir l'Organisation mondiale de la santé (2019, p. 49), aucune intervention unique de la part des gouvernements n'arrivera en soi à redresser les inégalités sociales de santé. C'est que tous les secteurs d'intervention, y compris la santé et les services sociaux, sont responsables de réduire les inégalités sociales de santé. Les solutions envisagées doivent donc être globales, selon l'OMS, en minimisant les politiques publiques étroites à court terme et en misant sur l'action intersectorielle. Pour que cela fonctionne, l'approche doit, selon l'organisme, mettre à contribution les grands programmes et politiques du gouvernement dans cinq domaines, soit :

- la sécurité du revenu et la protection sociale (p. ex. revenu de base, réduction des risques et conséquences de la pauvreté tout au long du cycle de vie);
- les conditions de vie (p. ex. accès différencié aux opportunités, exposition différenciée aux conditions environnementales);
- le capital humain et social (p. ex. instruction, apprentissages et littératie); ainsi que
- l'emploi et les conditions de travail (p. ex. accessibilité de l'emploi, salaires et conditions liées à l'emploi);
- les services de santé (p. ex. disponibilité, accessibilité, qualité).

En contexte québécois, il existe différents leviers permettant à des partenaires sectoriels de déployer ou de bonifier, ensemble ou en synergie, des interventions concertées en vue de réduire les inégalités dans ces cinq grands domaines et ce, à divers niveaux d'intervention. Par exemple, la PGPS de concert avec d'autres leviers peut contribuer à soutenir l'atteinte d'une meilleure équité des politiques fiscales ou encore appuyer des politiques éducatives favorisant la réussite des jeunes de toutes catégories sociales.

Du point de vue des conditions de la vie quotidienne, le renforcement de travaux sectoriels et des collaborations intersectorielles qui font déjà partie de la réalité quotidienne de la plupart des MO peut permettre notamment de bonifier l'offre de mesures favorisant l'accès à des services de garde éducatifs à l'enfance de qualité pour les enfants issus de milieux défavorisés, ou encore de soutenir des politiques organisationnelles dans les milieux de travail pour encourager les femmes à occuper un poste de direction et favoriser la conciliation travail-famille. Ou encore, améliorer la salubrité des logements qui subissent des infestations et qui ont des problèmes de qualité de l'air.

Sur le plan local, il est démontré que le soutien à la participation des citoyens et des communautés peut aider à constituer une masse critique de personnes capables de contribuer activement à influencer la formulation de politiques qui concourent à la réduction des inégalités sociales et à une meilleure répartition des déterminants de la santé dans la société (Mantoura et Morrison, 2016). L'action intersectorielle peut permettre de bonifier ou compléter les initiatives sectorielles locales existantes en misant sur les capacités des personnes, tout comme les initiatives des organismes ou des entreprises d'un territoire local contribuant à la réduction des inégalités sociales (pensons à la revitalisation urbaine intégrée, certains aspects des plans de revitalisation de certains quartiers plus défavorisés ou des programmes d'aide à l'intégration des personnes immigrantes et issues des minorités visibles en emploi).

Il ne s'agit là que de quelques exemples pour illustrer l'apport éventuel du travail collaboratif rendu possible par divers moyens dont la PGPS. Cette dernière vient bonifier les initiatives existantes ou nouvelles qui contribuent à la réduction des inégalités sociales de santé.

4.4 La collaboration intersectorielle : une occasion à saisir

La poursuite d'objectifs tels le maintien en emploi de travailleurs vulnérables, l'amélioration de la santé mentale, la réduction des pénuries de main-d'œuvre dans certains secteurs du marché du travail ou encore une meilleure adaptation des programmes et services aux besoins des régions, peut se révéler plus fructueuse lorsqu'elle bénéficie de collaborations intersectorielles. C'est sans doute ce qui explique que le travail intersectoriel fasse déjà partie de la réalité quotidienne pour la plupart des MO chargés de la mise en œuvre de programmes et politiques publics.

En reconnaissant les autres solutions déjà en place et l'apport respectif de chacun, la participation de MO à des séances de travail intersectorielles peut permettre de concevoir, ensemble, des solutions qui, tout en respectant les façons habituelles de voir les choses dans chacun des secteurs, peuvent contribuer à leur dépassement. En effet, par des échanges avec d'autres secteurs d'intervention, les MO peuvent être amenés à considérer des aspects auxquels ils n'avaient pas eu l'occasion de réfléchir ou pour lesquels ils n'entrevoyaient pas de solution à leur portée. D'un point de vue de la réduction des ISS, quelques pistes de réflexion sont illustrées en annexe 3.

Différentes occasions de collaboration entre les MO et avec le MSSS existent et peuvent se révéler bénéfiques à tout moment dans le développement d'un projet. Que le projet soit à l'étape de son élaboration, de sa mise en œuvre, de son évaluation ou de sa révision, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) peut jouer un rôle facilitateur en cohérence avec sa mission, ses responsabilités et ses engagements nationaux et internationaux envers la promotion et la prévention en santé. En effet, le MSSS collabore de diverses manières avec les autres secteurs d'intervention pour créer des politiques publiques favorables à la santé et à la réduction des ISS ainsi que pour encourager l'ajout de ressources dédiées à la prise en compte de l'équité en santé dans les différents leur secteur.

Par exemple, la Loi sur la santé publique de 2001 a fait du ministre de la Santé et des Services sociaux le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. L'article 54 de cette loi lui reconnaît le pouvoir de donner aux autres ministres « tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter les politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé et la population » (L.R.Q chapitres S-2.2, article 54).

Dans l'exercice du rôle qui lui est conféré en vertu de cet article de loi, le MSSS établit des partenariats avec des MO, sur une base volontaire, pour augmenter les bienfaits et minimiser les risques à la santé, dans une perspective d'équité, de certains projets en développement dans différents secteurs d'activité du gouvernement. En 2019-2020, par exemple, il a soutenu par une évaluation d'impact sur la santé (EIS), l'élaboration des suites à donner au Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018, grâce à un partenariat avec le ministère de la Famille. Au moment de rédiger ces lignes, en partenariat cette fois avec le MTESS, le MSSS soutenait par une EIS l'élaboration du nouveau Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire (PAGAC).

De plus, le MSSS assume le leadership, la coordination, le suivi et la mobilisation en lien avec la PGPS, par l'entremise de son Bureau de coordination et de soutien (BCS) et l'implication de différents secteurs au sein de son organisation. La PGPS offre aux MO des occasions d'amorcer et d'entretenir un dialogue sur des enjeux d'inégalités sociales et de développer conjointement à des pistes de solution. Elle peut permettre de cheminer à travers la conception et la mise en œuvre de solutions en tirant profit de l'apport respectif de chacun et des synergies qui émanent de l'action intersectorielle. Autrement dit, elle soutient la poursuite par les MO de solutions améliorées, gagnantes pour tous.

5 En conclusion

Dès son amorce, la pandémie du SRAS-CoV-2 (maladie à Covid-19) a amené le Québec, comme toutes les nations du monde, à faire dans l'urgence plusieurs choix critiques se répercutant sur les inégalités sociales et les déterminants sociaux de la santé de la population. Il ne fait aucun doute que les suites de la crise se perpétueront dans tous les domaines de la gouvernance – financière, économique, sociale, politique, sanitaire – pendant les prochaines années, bien au-delà de la pandémie en tant que telle.

Dans ce contexte, est-il possible d'envisager pour l'avenir, dans l'esprit de la PGPS, une société québécoise moins inégalitaire et une population en meilleure santé? Il est clair qu'il s'agit là d'une vision ambitieuse. Cela dit, l'expérience du Québec offre comme nous l'avons vu un exemple éloquent du rôle positif que les politiques publiques peuvent exercer à cet égard. Il est clair que la réalisation d'une telle vision nécessite un engagement collectif entre tous les secteurs administratifs, paliers d'intervention et organismes de la société civile.

Ce document a offert un survol de plusieurs enjeux, concepts et approches qui permettent de mieux situer la raison d'être et le rôle de la PGPS et de son PAI dans le plus grand ensemble de l'action publique intersectorielle et gouvernementale. L'ensemble des MO sont potentiellement interpellés par l'une de ses cibles transversales – la réduction des inégalités sociales de santé.

Afin de répondre au défi complexe de réduction des ISS, certains constats dégagés de la littérature sont à considérer pour avoir des politiques publiques favorables à la santé qui sont optimales :

- Les politiques publiques visant la réduction des ISS sont naturellement orientées vers les interventions sur les habitudes de vie et l'accès aux soins de santé. Or, ces stratégies d'interventions sont insuffisantes si elles ne sont pas accompagnées d'approches complémentaires et plus structurelles.
- La riche expérience britannique en réduction des ISS indique l'importance de la complémentarité entre les approches adaptées aux besoins des individus et des communautés en situation de vulnérabilité et les approches qui reconnaissent le rôle central que peuvent jouer les grands programmes de l'État providence (pensons aux programmes d'assistance sociale ou d'éducation).
- Les politiques sociales (p. ex. petite enfance, logement, environnement) jouent un rôle incontournable dans l'amélioration de la santé et la réduction des ISS. Les politiques de nature économique (p. ex. politiques commerciales et fiscales, celles touchant les revenus, le marché du travail, les conditions d'emploi, le salaire minimum) jouent elles aussi un rôle central.
- Les interventions sur les facteurs socioéconomiques, politiques, culturels et environnementaux sont efficaces pour réduire les inégalités, mais sont plus difficiles à mettre en œuvre que celles sur les habitudes de vie.

Certains outils comme la PGPS et son objectif transversal de réduction des ISS représentent une opportunité d'en faire plus malgré la complexité de l'enjeu. Sans chercher à modifier les objectifs et trajectoires envisagés par les MO porteurs des projets des autres secteurs, une collaboration intersectorielle peut permettre d'optimiser les effets positifs sur la santé et mitiger les effets négatifs sur les divers groupes sociaux. Parmi les facteurs propices à l'élaboration de politiques favorables à la santé et à la collaboration intersectorielle figurent notamment : un engagement de la haute direction envers un mandat commun; des responsabilités bien définies et des mesures incitatives

Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales :
tous ensemble pour la santé et le bien-être

dans l'ensemble des MO; l'attribution de ressources humaines et financières pour la coordination et des mécanismes et outils organisationnels pour appuyer les efforts intersectoriels.

En bref, il n'y a pas de mode d'emploi absolu pour réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales. Cela dit, l'approche collaborative est une occasion à saisir. Parmi l'ensemble des leviers gouvernementaux et ministériels qui y contribuent, la PGPS vient soutenir et bonifier l'atteinte, par les ministères et organismes, de leurs propres objectifs par des moyens complémentaires. Ce faisant, il devient possible d'agir tous ensemble pour la santé et le bien-être de tous les Québécois.

Références

- 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. Montréal : Direction de santé publique.
- Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. (2014). Prévenir et réduire les inégalités sociales de santé dans les Laurentides. Rapport du directeur de santé publique. Direction de santé publique des Laurentides.
- Agence de la santé publique du Canada et Réseau pancanadien de santé publique. (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada. Un portrait national*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Aïach, P. (2000). Les inégalités sociales de santé. De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques. *La découverte*.
- Bambra, C. (2012). Reducing health inequalities: new data suggests that the English strategy was partially successful. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 7, p. 662.
- Bernier, N. F. (2006). La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'État providence québécois? *Lien social et Politiques* 55, p. 13-23.
- Blanchet, C., Hamel, D., et coll. (2014). *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- CCNDS. (2013). *Parlons de l'équité en santé*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.
- CCNPPS. (2016). *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. (2018). La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec. *Bilan de la situation 2018*. Québec : MTESS.
- Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. (2019). Influence de la croissance économique et des politiques fiscales sur la pauvreté au fil du temps. Québec : Gouvernement du Québec.
- Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. (2020). *La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec. État de situation 2018*. Québec : Gouvernement du Québec.
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2018). *Canicule : juillet 2018. Bilan préliminaire*. Montréal : Direction régionale de santé publique.
- Desrosiers, É. (2017, le 14 novembre). *Le Québec champion de la lutte contre la pauvreté*. (L. Devoir, Éd.) 1.
- Direction de la santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal. (1998). *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. Les inégalités sociales de santé*. Consulté le 20 décembre 2017, sur http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/2-89494-22-6.pdf

Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales :
tous ensemble pour la santé et le bien-être

Direction de santé publique de la Capitale-Nationale. (2012). Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale, Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012. Québec : CIUSSSCN. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2012). Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec. Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité : voyons-y! Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Dubé, N. (2018). *Les inégalités sociales de santé en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine*. Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine : Direction de santé publique.

Fonds monétaire international. (2017). Résumé analytique. *Moniteur des finances publiques*, 5.

Garthwaite, K., Smith, K. E., Bambra, C., et Pearce, J. (2016). Desperately Seeking Reductions in Health Inequalities. *Sociology of Health and Illness*; 38 (3), p. 459-478.

Henripin, J. (1961, 21 1). L'inégalité sociale devant la mort. *Recherches sociographiques*, p. 3-34.

INSPQ. (2014). Avenues politiques : Intervenir pour réduire les inégalités de santé. Gouvernement du Québec.

INSPQ. (2019). Cadre conceptuel. Analyse du potentiel d'impact sur la santé de l'ensemble des mesures. Renouveau du Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation. Montréal : document interne, non publié.

INSPQ. (2020). COVID-19 – Pandémie et inégalités face à la détresse psychologique et l'insécurité alimentaire. Sondages sur les attitudes et comportements de la population québécoise.

INSPQ. (En ligne). Indice de défavorisation matérielle et sociale compilé par le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) à partir des données des recensements canadiens de 1991, 1996, 2001, 2006, 2011 et 2016. Consulté le 14 septembre 2020, sur <https://www.inspq.qc.ca/defavorisation/indice-de-defavorisation-materielle-et-sociale>

IRSST. (2021). *Covid-19 et SST*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail. Récupéré sur <https://bit.ly/2Op3oYx>

Jacques, O., et Noël, A. (2020). *Démarchander pour vivre en santé : les politiques de redistribution comme déterminants de la santé*. Rapport final présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Keeley, B. (2018). Inégalités de revenu : l'écart entre les riches et les pauvres. Paris : Éditions OCDE.

Lalonde, M. (1974). *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Lundberg, O., Yngwe, M. A., Bergqvist, K., et Sjöberg, O. (2015). Welfare States and Health Inequalities. *Analyse des politiques*, doi:10.3138/cpp-2014-079.

Lynch, J. (2020). *Regimes of Inequality: The Political Economy of Health and Wealth*. Cambridge University Press.

- Maisonneuve, C., Blanchet, C., et Hamel, D. (2014). *L'insécurité alimentaire dans les ménages québécois : mise à jour et évolution de 2005 à 2012*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Mantoura, P., et Morrison, V. (2016). *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques et la santé.
- McCartney, G., Popam, F., McMaster, R., et Cumbers, A. (2019). Defining Health and Health Inequalities. *Public Health*; 172, p. 22-30.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2007). *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Riches de tous nos enfants*. Québec : Direction des communications. MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). Proportion de naissances vivantes ayant un retard de croissance intra-utérine. Document interne.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Plan d'action interministériel 2017-2021*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). Inégalités sociales de santé : Ménages consacrant 30 % ou plus de leur revenu total aux frais de logement. Document interne.
- Molnar, A., Renahy, E., O'Campo, P., Muntaner, C., Freiler, A., et Shankardass, K. (2016). Using Win-Win Strategies to Implement Health in All Policies: A Cross-Case Analysis. *Plos One*, p. 1-19.
- Nations Unies. (2020). Inequality in a Rapidly Changing World. World Social Report 2020. Executive Summary. Department of Economic and Social Affairs.
- OCDE. (2015). Tous concernés : Pourquoi moins d'inégalité profite à tous. Paris.
- OCDE. (2016). *Income inequality remains high in the face of weak recovery*. Paris : Organisation pour la coopération et le développement économique.
- OCDE. (2017). Time to Act: Making Inclusive Growth Happen (Policy Brief). Paris : OCDE.
- OCDE. (2019). *L'ascenseur social en panne? Comment promouvoir la mobilité sociale*. Paris : Éditions OCDE.
- Organisation mondiale de la santé. (2019). *Healthy, Prosperous Lives for All: The European Health Equity Status Report*. Copenhagen, Danemark : Bureau régional pour l'Europe.
- Plan d'action interministériel 2017-2021 – Politique gouvernementale de prévention en santé. (2018). Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Popay, J., Whitehead, M., et Hunter, D. (2010). Injustice is killing people on a large scale – but what is to be done about it? *Journal of Public Health*, 32 (2).
- Public Health Ontario. (2020). COVID-19 – What We Know So Far About... Social Determinants of Health. Toronto.
- Raynault, M.-F., Tessier, S., et Thérien, F. (2015). *Pour des logements salubres et abordables, rapport du Directeur de santé publique de Montréal 2015*. Montréal : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales :
tous ensemble pour la santé et le bien-être

Rochon, J. (1988). Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec : Gouvernement du Québec.

Scott-Samuel, A., et Smith, K. E. (2015). Fantasy Paradigms of Health Inequalities: Utopian Thinking? *Social Theory et Health* : 13 : 3/4, p. 418-436.

Simard, P. (2007). *The Quebec Healthy Cities and Towns Network: a powerful movement faced with new challenges*. Récupéré sur <https://bit.ly/3qx9PGi>

Solar, O., et Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Genève : Organisation mondiale de la santé.

St-Hilaire, F. (2017). L'évolution des inégalités de revenu au Canada et le rôle des politiques publiques. Montréal : Institut de recherche en politiques publiques.

Tremblay, J. (2017). *Establishing a CISSS/CIUSSS to support community development*. Récupéré sur <https://www.inspq.qc.ca/en/publications/2303>

Van den Berg, A., Plante, C., Raiq, H., Proulx, C., et Faustmann, S. (2017). *Combating Poverty : Quebec's Pursuit of a Distinctive Welfare State*. Toronto : University of Toronto Press.

Wilkinson, R., et Pickett, K. (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London : Allen Lane.

Wilkinson, R., et Pickett, K. (2018). *The Inner Level: How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Wellbeing*. Allen Lane.

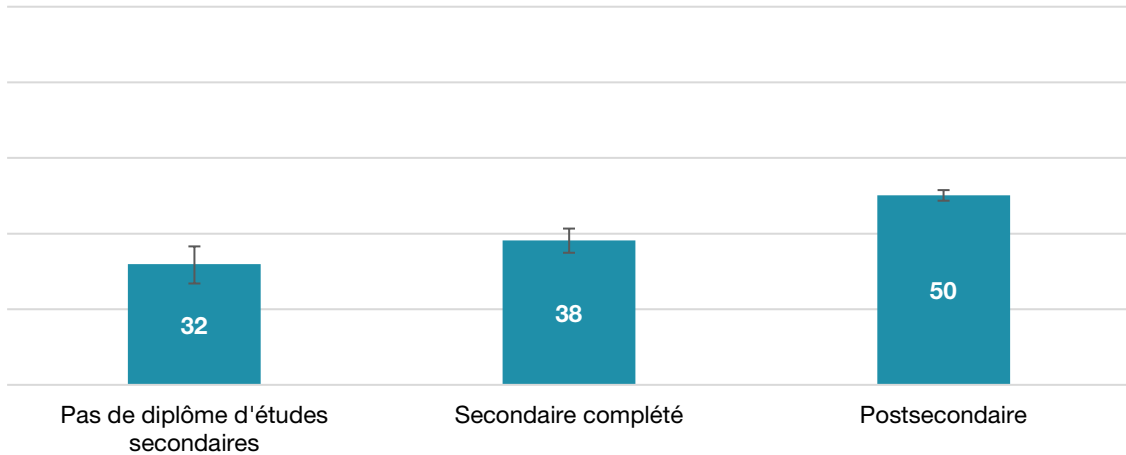
Woodward, A., et Kawachi, I. (2000). Why Reduce Health Inequalities? *Journal of Epidemiology and Community Health*; 54, p. 923-929.

Zorn, N. (2017). *Le 1 % le plus riche*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Annexe 1

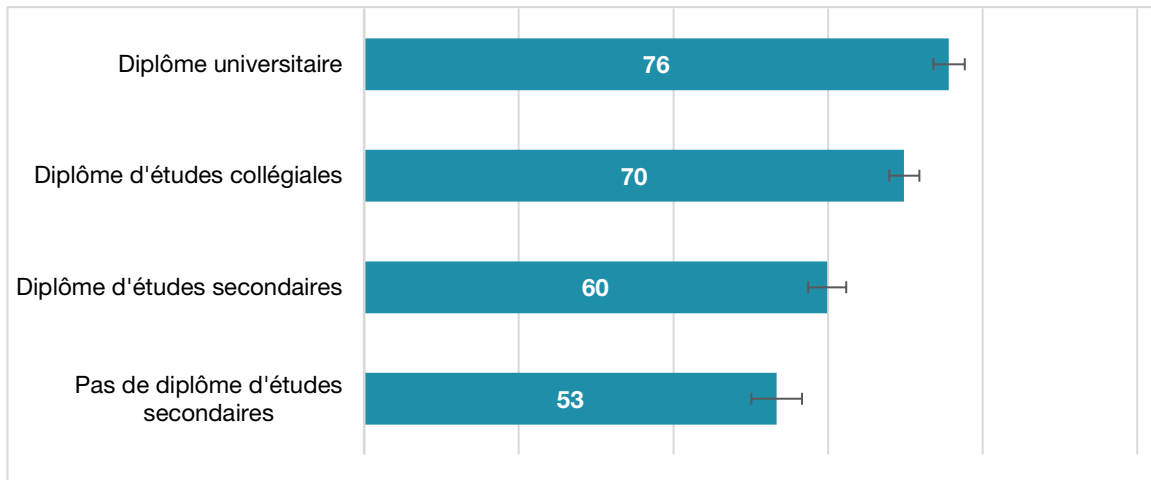
**Autres exemples illustrant les ISS selon divers
indicateurs et variables de position sociale**

Figure A1 Élèves du secondaire ayant une santé mentale florissante (%), selon le niveau de scolarité des parents, Québec, 2016-2017



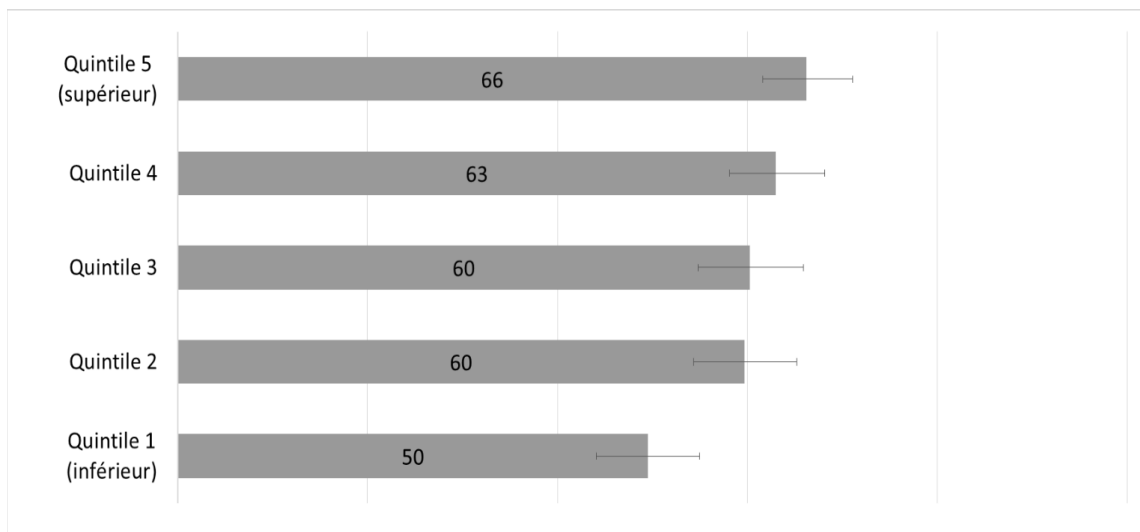
Données tirées de l'onglet Plan national de surveillance (PNS) produit par l'Infocentre de santé publique, INSPQ.
Source : Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2016-2017, Institut de la statistique du Québec.

Figure A2 Femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test PAP au cours d'une période de moins de trois ans (%), selon le niveau de scolarité, Québec, 2014-2015



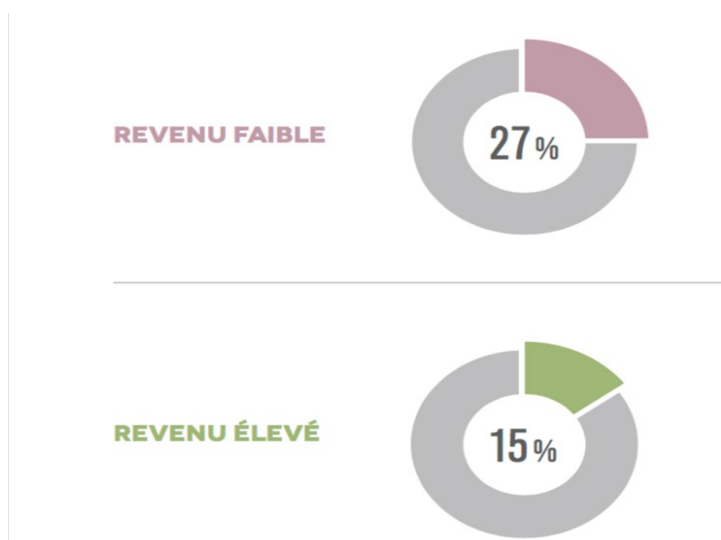
Données tirées de l'onglet Plan national de surveillance (PNS) produit par l'Infocentre de santé publique, INSPQ.
Source : Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Institut de la statistique du Québec.

Figure A3 Femmes de 40 à 74 ans ayant passé une mammographie (%), selon le quintile de revenu du ménage, Québec, 2015-2016



Données tirées de l'onglet Plan national de surveillance (PNS) produit par l'Infocentre de santé publique, INSPQ.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2015-2016, Statistique Canada.

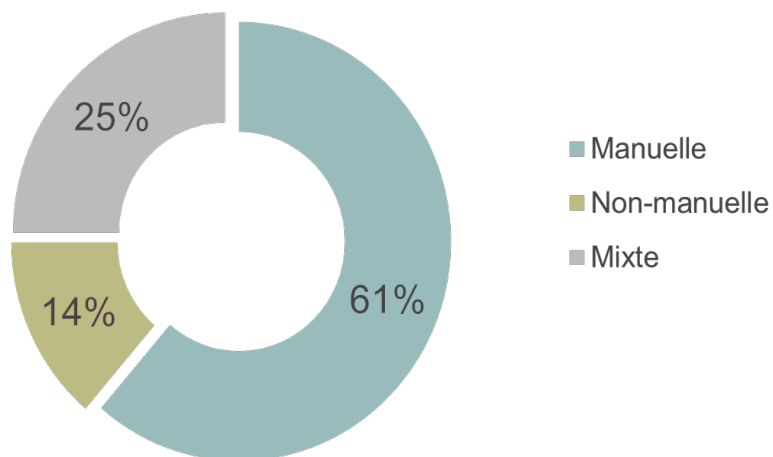
Figure A4 Personnes âgées de 65 ans et plus n'ayant aucune activité sociale fréquente (%), selon le niveau de revenu, Québec, 2008-2009



Données tirées de : ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2016). *La santé de la population : portrait d'une richesse collective*, [Sixième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec], 86 pages.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillesse en santé 2008-2009, Statistique Canada.

Figure A5 Cas incidents des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) (%), selon le type de profession, Québec, 2016

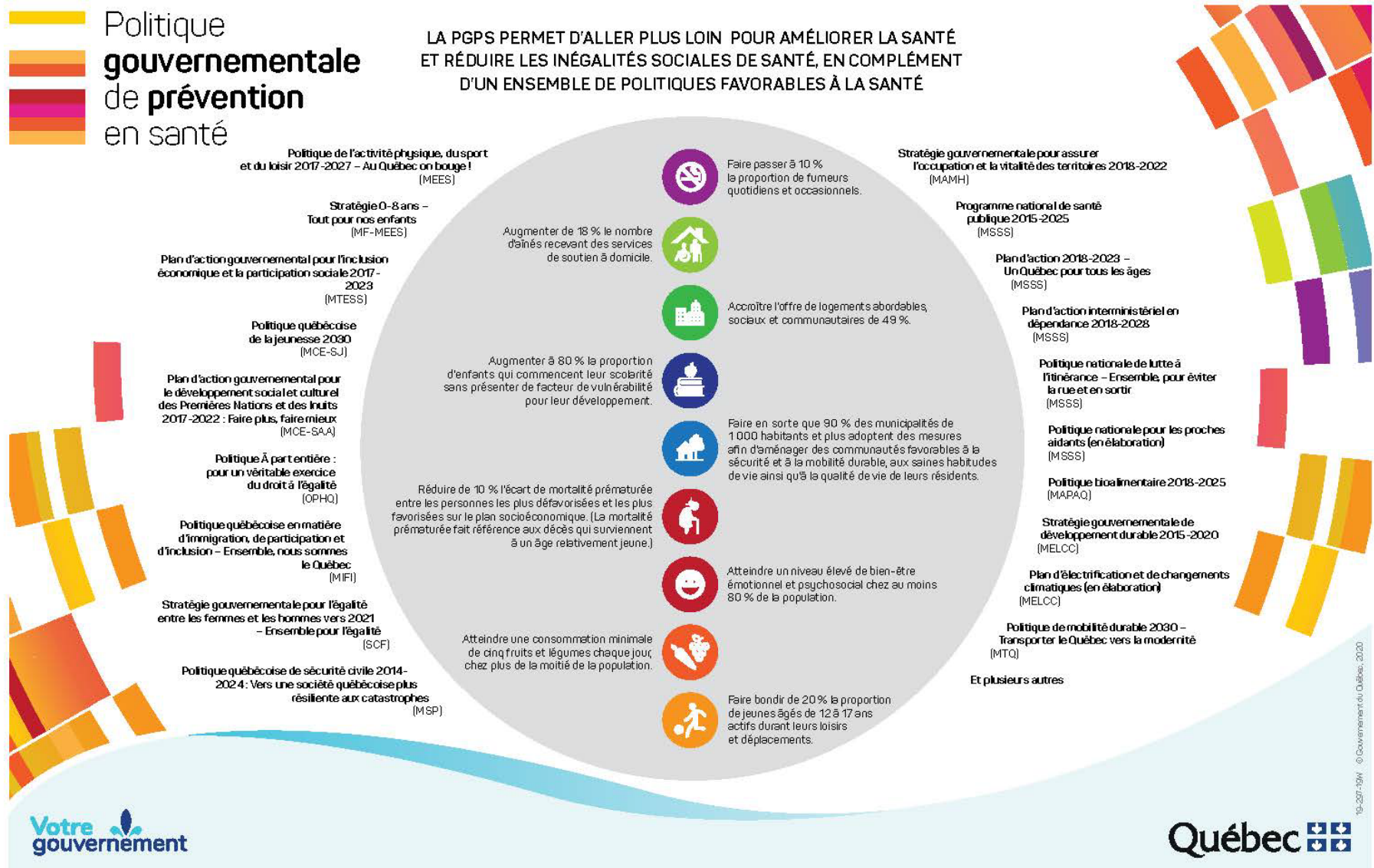


Données tirées de l'onglet Plan national de surveillance (PNS) produit par l'Infocentre de santé publique, INSPQ.
Source : Fichier des lésions professionnelles, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Annexe 2

**La PGPS en complémentarité d'autres politiques
publiques favorables à la santé contribuant à
la réduction des inégalités sociales**

Figure A6 Apport de la PGPS parmi l'ensemble des politiques publiques favorables à la santé contribuant à la réduction des inégalités sociales



Annexe 3

**Pistes de réflexion pour guider le travail des ministères
et organismes en matière de réduction des ISS**

Contexte politique, socioéconomique et culturel

- Comment mieux agir sur les contextes et les processus (ex. gouvernance) qui contribuent à générer et à maintenir une hiérarchie sociale? Comment favoriser davantage les changements de statut social des individus ou des groupes sociaux au cours du temps, ainsi que les différences entre le statut social des parents et celui de leurs enfants?
- Quelles politiques peuvent influencer la hiérarchie sociale, de même que l'inclusion ou l'exclusion de certains groupes? À quoi ressembleraient des politiques sociales, économiques et de santé plus équitables? Comment les politiques actuelles peuvent-elles évoluer davantage en ce sens?
- Quelles normes et valeurs génèrent ou perpétuent la hiérarchie sociale en favorisant ou en défavorisant certaines personnes ou certains groupes? Comment peut-on mieux les comprendre et les modifier?
- Comment renforcer la participation et la capacité d'agir des groupes concernés qui sont plus désavantagés, améliorer leurs ressources et contribuer à des changements concrets dans leurs conditions de vie?

Conditions et milieux de vie

- Comment renforcer et concevoir des actions visant les conditions de vie (par exemple en matière d'éducation, emploi, logement, alimentation, mobilité ou environnement)?
- Comment prendre en compte l'équité en santé dans les milieux de vie avec la collaboration des divers acteurs et secteurs concernés?
- Comment renforcer la participation réelle et significative des membres de la communauté afin de bien cerner les besoins et les solutions les plus appropriées?
- Comment améliorer la disponibilité et l'accès aux services publics de proximité et les adapter aux besoins des personnes désavantagées?

Facteurs individuels

- Quels sont les écarts observés entre les différents groupes de la population au regard des connaissances, des attitudes et des comportements qui influencent la santé?
- Comment moduler la prestation de services pour mieux rejoindre l'ensemble de la population?
- Comment améliorer la capacité des divers intervenants à repérer et à soutenir adéquatement les personnes désavantagées (p. ex. faible scolarisation, pauvreté, exclusion)?

www.inspq.qc.ca