

Lorsqu'il s'agit de santé, l'équité est vraiment une question de vie ou de mort.

D^{re} Margaret Chan, directrice générale. Organisation mondiale de la santé

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Rapport du directeur de santé publique 2011

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ À MONTRÉAL

Le chemin parcouru

Québec 

RAPPORT SYNTHÈSE

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Rapport du directeur de santé publique 2011

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ À MONTRÉAL

Le chemin parcouru

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 

Une publication de la
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514-528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Direction scientifique et coordination
Marie-France Raynault, Centre Léa-Roback

Recherche et rédaction
Marie-France Le Blanc, Marie-France Raynault, Richard Lessard

Planification, recherche, traitement et analyse de données :
Secteur Surveillance de l'état de santé à Montréal (SÉSAM)

Analyse et rédaction

Carl Drouin, Christiane Montpetit, Valérie Jarry,
Martine Comeau

Révision

Emmanuelle St-Arnaud, Sylvie Lavoie

Production de données et validation

Edith Bergeron, James Massie, Jean Gratton,
Sadoune Ait Kaci Azzou, Maryam Bazargani,
Maude Couture, Mahamane Ibrahima

Le SÉSAM tient à souligner la contribution de l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), pour les données d'hospitalisation des villes canadiennes :

- Sadiq Raji
- Mélanie-Josée Davidson

Contribution au contenu

Robert Bastien, Elizabeth Bergeron, Lise Bertrand,
Angèle Bilodeau, Danielle Blanchard, Irma Clapperton,
Alain Devost, Mylène Drouin, Michèle A. Dupont,
Jacques Durocher, Louis Jacques, Suzanne Laferrière,
Linda Langlais, Isabelle Laurin, Viviane Leane,
Marie-Josée Legault, Jean-Frédéric Lévesque, Lydia Martin,
Patrick Morency, Nathalie Paquette, Sophie Paquin,
Stéphane Perron, François Tessier, François Thérien.

Dans cette publication, l'emploi du masculin pour désigner les personnes n'a d'autre fin que d'alléger le texte.

Comité de coordination

Richard Lessard, directeur
Carl Drouin
Marie-France Le Blanc
Michel Mongeon
Christiane Montpetit
Marie-France Raynault
Jo Anne Simard
Terry-Nan Tannenbaum
Isabelle Thérien

Nous tenons à remercier nos relecteurs pour leur inestimable contribution à la révision de ce rapport :

Daniel Corbeil, CSSS de Bordeaux-Cartierville--Saint-Laurent

France Émond, Regroupement des comités logement et associations de locataires du Québec

Pierre J. Hamel, INRS-Urbanisation, Culture et Société

Nicole Jetté, Front commun des personnes assistées sociales du Québec

Richard Massé, École de santé publique de l'Université de Montréal

Alain Noël, Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale et Université de Montréal

Gilles Rioux, Direction de la diversité sociale, Ville de Montréal

Éditeur

Jo Anne Simard

Communications

Lise Chabot, Manon Hudson et Isabelle Thérien

Graphisme

Le Zeste Graphique

Conseils à la rédaction

Colette Pilon-Bergman

Photographie

Fanie St-Michel, Conscience urbaine

Soutien administratif

Isabelle Thérien et France Magnan

Dans le cadre de la production de ce rapport, un forum réunissant les regroupements d'organismes communautaires montréalais a été organisé le 31 mai 2011. Nous tenons à remercier tous les participants pour leur contribution à la réflexion entourant les enjeux prioritaires en matière d'inégalités sociales de la santé à Montréal.

Une version complète du rapport est disponible sur le site internet de la DSP à l'adresse suivante :
www.dsp.santemontreal.qc.ca

English version is available upon request.



Mot du directeur

En août 2009, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rendait public le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé. On y définissait ces déterminants comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ». Leur impact sur la santé n'est plus matière à débat, comme en font foi de nombreuses publications d'ici et d'ailleurs.

Le niveau d'éducation, d'emploi et de revenu, la qualité de l'environnement physique et l'accès aux soins influencent profondément la santé des personnes. Les inégalités sociales se traduisent par des écarts dans le poids des bébés à la naissance, dans les taux d'incidence et de prévalence des maladies et les risques de mortalité qui leur sont associés. Elles peuvent faire varier l'espérance de vie de plusieurs années et affecter l'expérience de vie des personnes et des familles.

Déjà en 1998, le premier rapport annuel de la Direction de santé publique de Montréal faisait état d'une différence de dix ans entre l'espérance de vie moyenne des hommes des quartiers montréalais défavorisés par rapport à leurs concitoyens des quartiers riches. Une décennie s'est écoulée depuis ce premier portrait de l'état de santé des Montréalais et le temps est maintenant venu de mesurer le chemin parcouru. Les inégalités sociales de santé sont donc au cœur du rapport 2011 du directeur de santé publique.

Je vous propose une synthèse du rapport complet que vous pouvez consulter au www.dsp.santemontreal.qc.ca. Ce rapport synthèse vous permettra de comprendre pourquoi nous avons fait le choix du thème des inégalités sociales de santé et les recommandations que j'adresse aux différents paliers gouvernementaux.

Bonne lecture.

Richard Lessard m.d.

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
(2011)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-114-5 (version imprimée)
ISBN 978-2-89673-115-2 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales
du Québec, 2011
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2011
Prix : 8 \$



» Introduction

Les déterminants sociaux influencent profondément la santé des personnes, car ils façonnent « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent »¹. Le degré d'éducation, le type d'emploi, le niveau de revenu en sont des exemples. L'expression « inégalités sociales de santé » réfère à ces écarts de santé systématiques entre les individus selon leur classe sociale. Elles se traduisent notamment par des écarts dans le poids des bébés à la naissance, les taux d'incidence et de prévalence des maladies et les risques de mortalité qui leur sont associés. Elles peuvent faire varier l'espérance de vie des individus de plusieurs années.

¹ Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS). 2009. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la CDSS*. Genève : OMS.

Déjà en 1998, le premier rapport annuel de la Direction de santé publique de Montréal faisait état d'une différence de dix ans entre l'espérance de vie moyenne des hommes des quartiers montréalais défavorisés par rapport à leurs concitoyens des quartiers riches. Une décennie s'est écoulée depuis ce premier portrait de l'état de santé des Montréalais et le temps est maintenant venu de mesurer le chemin parcouru. Les inégalités sociales de santé (ISS) sont donc au cœur du rapport 2011 du directeur de santé publique.

Le chemin parcouru

L'espérance de vie des Montréalais a augmenté constamment au cours des récentes décennies. Depuis 1989-1991, par exemple, les hommes ont gagné cinq années en moyenne et peuvent espérer vivre jusqu'à 78,7 ans, tandis que les femmes en ont gagné trois pour atteindre une espérance de vie de 83,6 ans en 2006-2008. Toutefois, les personnes aisées demeurent nettement avantagées : en effet, près de six années séparent encore l'espérance de vie des hommes pauvres de celle des hommes riches. Évaluées en fonction des territoires, ces disparités sont encore plus frappantes. En 2006-2008, par exemple, l'espérance de vie des résidents du territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve est de 74,2 ans, alors qu'il est de 85,0 ans pour les résidents de Saint-Laurent, ce qui représente un écart de près de 11 ans.

Les incapacités surviennent généralement plus tôt dans la vie des personnes à faible revenu. Ainsi, dans les secteurs de Pointe-Saint-Charles, des Faubourgs et de Hochelaga-Maisonneuve, l'espérance de vie en bonne santé des hommes n'atteint pas 60 ans, tandis que celle des femmes se situe sous la barre des 65 ans. Cette situation contraste avec celle de Lac-Saint-Louis, l'un des territoires les plus favorisés de Montréal, où les résidents vivent en moyenne 11 années de plus en santé que dans Pointe-Saint-Charles (58,3 ans).

En près de vingt ans, les taux de mortalité ont diminué de 23% pour l'ensemble des causes, passant de 895 à 690 pour 100 000 personnes. Parallèlement, on constate que les taux de décès selon les catégories socioéconomiques augmentent au fur et à mesure que le revenu baisse. Les écarts dans les taux de mortalité sont particulièrement prononcés entre les riches et les pauvres dans les cas de cancer du poumon, de suicide, de problèmes associés à l'alcool et de maladies de l'appareil respiratoire.

Les décès qui surviennent avant l'âge de 75 ans sont considérés comme des cas de mortalité prématurée. Lorsque la mortalité peut être évitée par des interventions médicales appropriées effectuées en temps opportun, on parle plutôt de mortalité évitable. Comme pour les autres indicateurs, le taux de mortalité évitable augmente lorsque le niveau de revenu diminue.

La diminution de la mortalité infantile constitue l'un des grands progrès du domaine de la santé survenus dans la plupart des pays industrialisés depuis le début du 20e siècle. À Montréal, cette diminution de la mortalité chez les enfants de moins d'un an se poursuit, le taux ayant baissé de façon notable depuis 1989-1991. Toutefois, bien qu'il ait diminué tant chez les plus riches que les plus pauvres le taux de mortalité infantile demeure plus élevé dans la catégorie inférieure de revenu.

Autre statistique révélatrice : le taux de mortalité chez les jeunes de moins de 20 ans a diminué de 42% de 1989-1991 à 2006-2008. Toutefois, la mortalité est deux fois plus élevée chez les plus pauvres.

Qu'on prenne en considération l'espérance de vie, les incapacités ou les écarts des taux de mortalité, toutes ces données prouvent que les inégalités sociales de santé rendent malade et tuent. Néanmoins, parce qu'elles résultent de la répartition de la richesse et du pouvoir, ces inégalités sont évitables.

Montréal en perspective

Les inégalités sociales de santé, ici comme ailleurs, découlent en grande partie des écarts de revenu entre les personnes. Au Canada, l'accroissement des écarts de revenu entre les riches et les moins riches retient l'attention de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui remarque que les taux de pauvreté et d'inégalité y ont augmenté plus que dans la moyenne des pays membres au cours des dernières années. Les mécanismes de redistribution, en particulier, ne suffisent plus depuis la fin des années 1990 à corriger l'augmentation des inégalités de revenu entre les ménages canadiens. Tous les groupes d'âge ne sont pas également touchés puisque le taux de faible revenu des personnes âgées se situe autour de 6%, alors que celui des enfants gravite autour de 15%.

Les politiques et les mesures incitatives au travail implantées depuis quelques années au Québec ont misé prioritairement sur l'amélioration des conditions de vie des familles. En comparaison des autres provinces, le Québec a mieux réussi à réduire les inégalités sociales comme l'indiquent les revenus après impôt. Quant à Montréal, le taux de pauvreté y demeure élevé par rapport à l'ensemble du Québec. Bien que, à l'heure actuelle, la situation ne soit pas aussi alarmante qu'à Toronto, Montréal présente des signes certains de polarisation. Aussi, à l'instar des autres grandes villes canadiennes, la métropole québécoise a du mal, par exemple, à garder les familles et les nouveaux parents aisés sur son territoire.

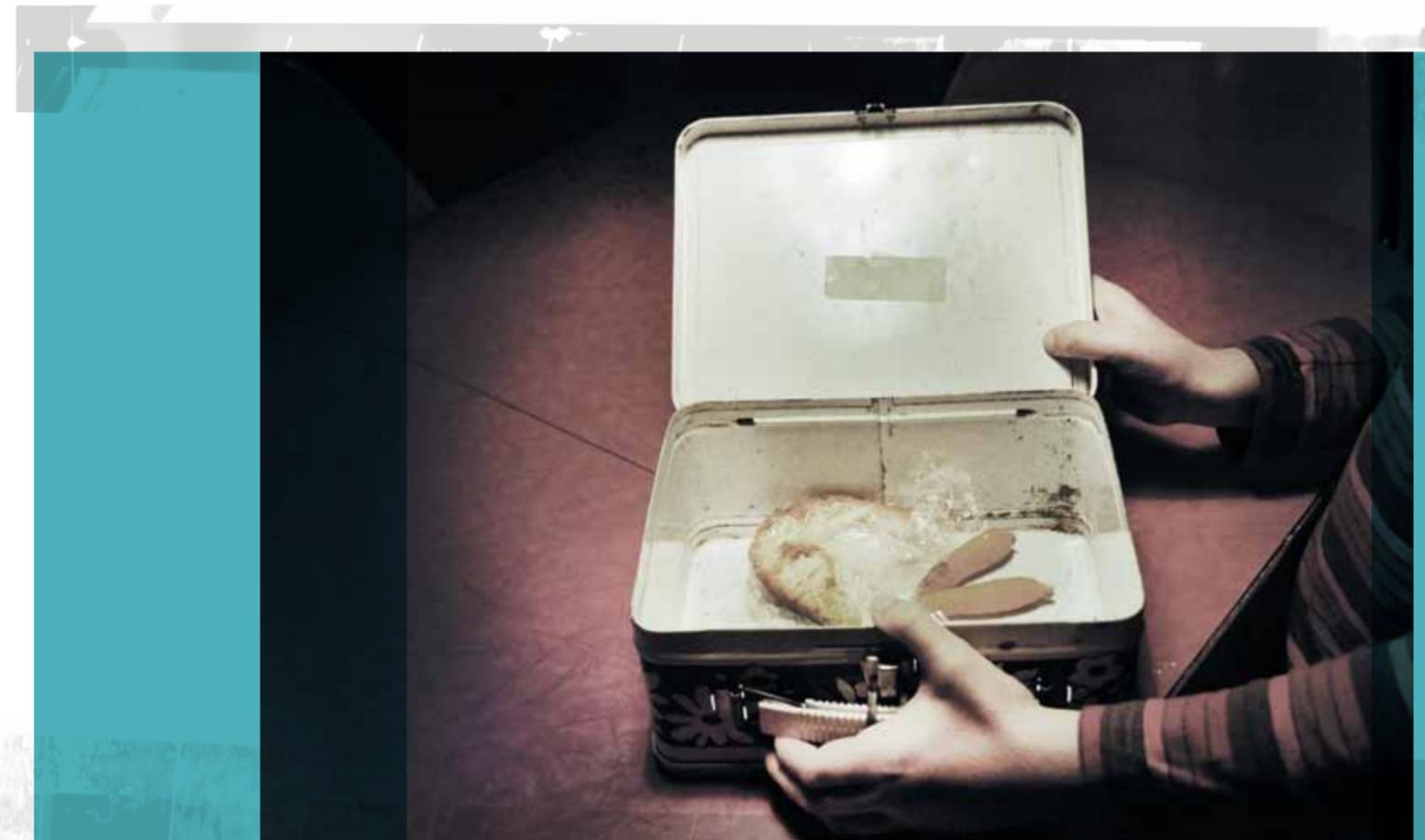
L'évolution de quelques déterminants sociaux à l'origine des inégalités sociales de santé témoigne de plusieurs améliorations globales qu'a connues Montréal en ce qui a trait notamment au revenu et à l'éducation. Toutefois, plusieurs de ces gains semblent s'annuler par des pertes. Ainsi, alors que la proportion de diplômés universitaires est plus élevée qu'ailleurs, le taux de décrochage des jeunes Montréalais reste fort élevé comparativement au reste du Québec.

Comme ailleurs dans la province, les personnes seules et les familles monoparentales de Montréal sont plus susceptibles que le reste de la population de connaître la pauvreté. Il en va de même pour d'autres groupes vulnérables beaucoup plus nombreux à Montréal qu'ailleurs, notamment les immigrants récents qui éprouvent plus de difficulté à s'intégrer que leurs prédécesseurs. Parmi ces derniers, on compte 21 % de chômeurs contre 8,8 % pour le reste de la population, en dépit du fait que les immigrants ont un taux de diplomation universitaire supérieur à la moyenne.

En comparaison de cinq autres villes canadiennes, le portrait de l'état de santé globale des Montréalais offre des contrastes intéressants. D'abord, les Montréalaises et les Montréalais vivent plus longtemps que les habitants de Halifax et de Winnipeg, mais moins longtemps que ceux de Toronto et de Vancouver. Ensuite, au plan des habitudes de vie, le portrait est nuancé : si les Montréalais souffrent moins d'obésité et qu'ils mangent plus de fruits et légumes, ils sont cependant plus nombreux à fumer.

De plus, Montréal affiche plusieurs statistiques enviables qui tendent à démontrer le bien-fondé des politiques de périnatalité et de soutien aux familles. En effet, Montréal fait particulièrement bonne figure dans le domaine de la santé infantile.

Les inégalités de santé observées entre les Montréalais selon leur niveau de revenu touchent différents domaines. Cependant, bien que l'ampleur des inégalités demeure inquiétante et injustifiable, la comparaison avec d'autres villes canadiennes tend à démontrer que les inégalités de santé entre les riches et les pauvres sont bien souvent moindres à Montréal. Dans la majorité des cas, les écarts entre les deux catégories de revenu extrêmes sont les plus faibles ou les deuxièmes plus faibles. En comparaison des autres villes canadiennes, l'évolution des revenus des Montréalais révèle que les écarts économiques se sont atténués. Comme les inégalités de santé entre les riches et les pauvres y sont moindres, on peut penser que les politiques publiques sont efficaces et que les efforts consacrés à la lutte à la pauvreté commencent à porter fruit.





Une société plus juste

Selon les critères libéraux hérités du Siècle des lumières, il ne saurait y avoir de justice sans égalité des droits. Mais c'est aussi en fonction de l'égalité des chances pour chacun, peu importe son statut à la naissance, que se mesure le degré d'équité d'une société.

Les stratégies reconnues comme efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé requièrent des interventions de la part de l'État central et d'autres relèvent de responsabilités partagées. Dans l'ensemble, la plupart de ces stratégies nécessitent la collaboration étroite des autorités centrales et locales, des instances de santé publique, ainsi que des acteurs du secteur privé et des groupes communautaires.

Des revenus suffisants pour vivre

À Montréal, malgré les progrès réalisés à ce jour, de nombreuses personnes vivent sous le seuil de faible revenu, doivent composer avec des conditions de travail précaires et ne disposent pas d'une protection suffisante pour affronter les coups durs. Parmi les prestataires d'aide de dernier recours, les personnes seules et les couples sans enfants sont particulièrement vulnérables. Compte tenu qu'une famille de quatre personnes (deux parents et deux enfants) qui bénéficie de l'aide sociale dispose annuellement de 22 614 \$² (alors que la mesure du panier de consommation fixe un seuil de 28 091 \$) ou qu'un travailleur à temps plein rémunéré au salaire minimum gagne environ 16 887 \$, il n'est pas étonnant de constater que de nombreux ménages peinent à se procurer les biens essentiels, à commencer par le logement et la nourriture.

En particulier pour la majorité des prestataires d'aide sociale, assurer leur subsistance et se maintenir en santé selon les barèmes actuels est une mission quasi impossible. Compte tenu des effets négatifs de la pauvreté sur la santé, et du fait que les problèmes de santé empêchent bien souvent les gens de trouver du travail et de sortir de la pauvreté, la question se pose, à savoir : les programmes de soutien au revenu permettent-ils aux personnes de sortir de la pauvreté ou, au contraire, les enfoncent-ils dans la misère ?

2. Ce montant comprend l'aide sociale, le crédit pour la TPS, le programme provincial de soutien à l'enfance et la prestation fiscale canadienne pour enfant.

Un bon départ dans la vie

En 2005, par comparaison avec le reste du Québec, les familles à faible revenu et ayant des enfants de 0 à 5 ans étaient trois fois plus nombreuses à Montréal. On y trouvait deux fois plus de familles avec de jeunes enfants prestataires de l'aide sociale. On sait que les nouveau-nés des familles défavorisées sont plus exposés que les autres aux risques susceptibles d'entraver leur développement et de compromettre leur santé. Il existe toutefois deux moyens pour corriger les inégalités sociales de santé à la naissance : les soins prénataux et l'allaitement.

Les soins prénataux qui débutent tôt et se poursuivent tout au long de la grossesse peuvent jouer un effet protecteur et prévenir l'insuffisance de poids à la naissance, laquelle est associée à un moins bon état de santé que celui des autres poupons. Le dépistage des risques potentiels, le traitement de troubles médicaux et le counseling auprès des mères visant à éliminer les habitudes de vie et les comportements contre-indiqués sont autant d'interventions prénatales qui contribuent à diminuer la morbidité et la mortalité périnatales.

Parmi les facteurs protecteurs, l'allaitement est pratiquement une panacée qui compense les effets négatifs de la pauvreté. Une analyse des données de l'Enquête longitudinale sur le développement des enfants du Québec (ELDEQ) démontre que les effets protecteurs de l'allaitement des bébés pendant les quatre premiers mois de vie perdurent jusqu'à ce qu'ils atteignent six ans. De plus, cette étude des données de l'ELDEQ nous apprend aussi que l'allaitement maternel pendant six mois suffirait à diminuer le risque d'hospitalisation des enfants de familles à faible revenu au niveau de celui des enfants issus de milieux privilégiés, et ce, jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de six ans. Deux autres bienfaits moins connus sont associés à l'allaitement, et ce sont les enfants de familles moins aisées qui en profiteraient davantage. Non seulement l'allaitement maternel réduirait la probabilité d'être perçu comme hyperactif ou inattentif, mais il jouerait également un rôle positif quant au développement langagier, un domaine dans lequel les enfants montréalais sont particulièrement vulnérables, selon les enquêtes sur la maturité scolaire. Or, comme pour les hospitalisations, l'allaitement annule les effets négatifs de la situation économique de la famille. Malheureusement, sauf chez les femmes immigrantes, la prévalence de l'allaitement tend à diminuer avec le niveau socioéconomique.

Des opportunités pour tous de se développer

Dès la maternelle, on peut constater que les enfants arrivent à l'école avec une préparation très inégale. Pourtant, les premiers apprentissages sont déterminants pour la réussite scolaire, laquelle est associée à l'insertion professionnelle et économique. De nombreuses recherches ont confirmé l'effet positif de la fréquentation des services de garde de qualité sur le développement cognitif des jeunes enfants. Mais, encore faut-il que la fréquentation commence tôt et qu'elle soit soutenue. Or, les familles à faible revenu ou dont la mère est peu scolarisée utilisent généralement les services de garde avec moins de régularité, pour un nombre d'heures souvent limité, et leurs enfants les fréquentent à un âge moins précoce que les enfants de milieux plus aisés.

Afin de soutenir le développement des enfants montréalais et de réduire les inégalités sociales de santé, de meilleures politiques dans le domaine de la garde des enfants s'imposent. En premier lieu, il convient de revoir l'accessibilité géographique, mais aussi l'accessibilité économique. De plus, il importe que tous les parents se sentent bienvenus comme utilisateurs.

La santé au travail

Le travail constitue un moyen reconnu d'éviter la pauvreté et un vecteur important de valorisation et d'intégration sociale pourvu que la rémunération permette de vivre décemment. Il permet d'échapper aux problèmes de santé engendrés par des conditions socioéconomiques difficiles si les conditions de travail sont propices à la santé. Si le travail comporte son lot de gratifications, il peut aussi rendre malade. Les conditions liées à l'environnement dans lequel le travail s'exerce constituent un terreau fertile aux inégalités de santé au travail. L'exposition aux contaminants, aux agents biologiques et au bruit, ainsi que la lourdeur des charges physiques, les mouvements répétitifs sont des facteurs qui représentent des risques pour l'état de santé physique et mentale des travailleurs.

Au Québec, la réglementation des services préventifs de santé et de sécurité au travail s'applique seulement à 15 des 32 secteurs d'activités économiques. Pourtant, les maladies et les accidents touchent avec la même prévalence les travailleurs des secteurs non couverts par les services de santé au travail. Par ailleurs, en dépit de l'évolution des connaissances scientifiques, les normes relatives à la qualité du milieu de travail semblent moins sévères ici pour plusieurs agents. En voici quelques exemples : l'exposition à l'amiante chrysotile tolérée au

Québec est dix fois plus élevée qu'en Ontario, aux États-Unis et en France, ce qui est 100 fois supérieur à la norme des Pays-Bas et de la Suisse. Quant au monoxyde de carbone, c'est au Québec que le seuil d'exposition est le plus élevé au Canada.

Les agents cancérigènes constituent un autre risque majeur pour les travailleurs puisque les maladies qu'ils peuvent causer sont souvent fatales. Or, les jeunes âgés de 15 à 24 ans, souvent surreprésentés dans les pires emplois, seraient exposés, entre autres agents cancérigènes potentiels, au diesel, aux hydrocarbures aromatiques polycycliques, au benzène et aux poussières de bois. Quant à elles, les jeunes travailleuses exposées avant la mi-trentaine à des solvants organiques et à des produits chimiques verraient le risque de cancer du sein multiplié par trois une fois atteint l'âge de la ménopause.

En somme, le dilemme est de gagner sa vie sans ruiner sa santé. À cet égard, l'amélioration des conditions de travail s'impose comme une nécessité absolue.

L'accès aux services

Une étude réalisée en 2005 sur l'accessibilité et la continuité des services de première ligne à Montréal et en Montérégie permet de dégager plusieurs constats concernant l'expérience de soins primaires et la réduction des inégalités sociales de santé. L'étude démontre notamment les difficultés qu'éprouvent les nouveaux arrivants à avoir accès aux services ; en témoignent le faible taux de relation avec un médecin de famille, de même que leurs nombreux besoins de soins et de services qui restent non comblés, qu'il s'agisse d'information ou d'acte thérapeutique. De plus, la proportion des personnes ayant ressenti le besoin de consulter un médecin sans en avoir vu un permet de constater un gradient décroissant, à savoir : les Montréalais de milieux défavorisés connaissent des expériences moins favorables au plan de l'accessibilité et de la continuité des soins que les personnes plus fortunées.

Le taux de mortalité évitable, c'est-à-dire le nombre de décès survenus en dépit de l'existence de soins et de traitements considérés comme efficaces, est un indicateur reconnu pour mesurer l'accessibilité aux soins. Les écarts constatés dans les taux de mortalité évitable selon les quintiles de revenu peuvent vraisemblablement être attribués à l'inégalité d'accès aux services. À cet égard, divers groupes vulnérables sont plus susceptibles que d'autres de ne pas recevoir les soins appropriés à leur état de santé.

Les migrants sans statut légal permanent sont également susceptibles de connaître des problèmes de santé et d'avoir un accès plus limité aux soins. Le système d'immigration comprend divers statuts juridiques déterminant l'accès aux services, ce qui entraîne des retards dans la consultation et le traitement, et contribue souvent à aggraver l'état de santé des personnes malades. Parmi les difficultés qui concourent à compromettre leur santé, on note les suivantes : l'absence de suivi pré et postnatal, un faible taux de fréquentation des services de garde, l'insalubrité des logements, ainsi que les conditions de vie et de travail pénibles. La situation est encore pire pour les migrants sans papier dont l'état de santé se dégrade bien souvent après leur arrivée au pays.

Les autochtones, de plus en plus présents dans le paysage montréalais depuis quelques années, vivent une situation comparable. En milieu urbain, les autochtones n'ont pas accès aux mêmes services que dans leur communauté d'origine. Sans le soutien de celle-ci, le choc de la transition accroît leur vulnérabilité. Paradoxalement, si certains quittent leur communauté pour poursuivre leurs études ou chercher un emploi, de nombreux autres y sont contraints soit à cause de la pénurie de logement, soit pour des raisons de santé lorsqu'ils ont besoin de soins spécialisés. Comme pour les immigrants, les différences culturelles combinées aux difficultés de communication ne facilitent pas leur cheminement dans le réseau de la santé. Par conséquent, les autochtones venus s'installer en ville ont souvent un accès limité aux services de santé.

Dans le domaine des infections transmissibles sexuellement et par le sang, les inégalités sociales conduisent à une vulnérabilité accrue. Les personnes utilisatrices de drogues injectables, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les jeunes de la rue sont plus susceptibles d'être exposés au VIH et à l'hépatite C que les autres. Différents facteurs psychosociaux (isolement, exclusion sociale, manque d'estime de soi, préjugés et stigmatisation) favorisent la prise de risque. Pour certains, des conditions de vie marginales, des problèmes de santé mentale, d'itinérance ou de dépendance aux drogues et à l'alcool nuisent autant à l'adoption de comportements sécuritaires qu'à l'accès à des services de santé adaptés à leurs besoins. Par conséquent, de nombreuses personnes ignorent qu'elles sont infectées, ce qui retarde le suivi médical et contribue à la morbidité.

Le cancer du sein est un autre bon exemple de la mortalité engendrée par les inégalités sociales. Dans les pays développés en particulier, les femmes de milieux défavorisés ont un taux d'incidence du cancer inférieur à celui des femmes des quintiles supérieurs. Toutefois, leur taux de mortalité imputable au cancer du sein

est égal et même supérieur à celui des femmes des quintiles de revenu plus élevé, vraisemblablement parce qu'elles sont dépistées plus tardivement. À Montréal, une enquête a déterminé les territoires où les femmes participaient en moins grand nombre au Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Elle a révélé que, selon les territoires, être immigrante ou avoir un faible revenu et un niveau de scolarité peu élevé sont des facteurs associés à une participation moindre au Programme de dépistage.

Les soins de santé et de prévention destinés aux tout-petits constituent un autre exemple qui illustre la difficulté du système à joindre toute la population. Alors que les enfants des milieux défavorisés consultent moins de pédiatres et d'autres spécialistes que les enfants des milieux favorisés, ils fréquentent davantage les services d'urgence et sont plus souvent hospitalisés que les enfants de milieux plus riches.

La médecine dentaire et la psychothérapie sont deux autres domaines où la fréquentation d'un professionnel de la santé est particulièrement conditionnée par le niveau socioéconomique d'une personne. De nombreux facteurs ont un impact sur l'hygiène dentaire et l'accès aux soins, et il existe de grandes disparités chez les assistés sociaux et les travailleurs à faible revenu par rapport au reste de la population. Une étude récente révèle que le risque pour un enfant d'avoir des caries s'accroît de 112% s'il vit depuis sa naissance au sein d'une famille située au bas de l'échelle sociale. De plus, une position sociale inférieure et le fait d'avoir une mère immigrante sont deux facteurs liés à une probabilité élevée de ne pas avoir consulté un dentiste avant l'âge de quatre ans.

Au Québec, les soins dentaires sont peu assurés par le régime d'assurance maladie. Le coût des soins bucco-dentaires et l'absence fréquente d'assurance privée contribuent à expliquer pourquoi les personnes de milieux défavorisés ou les travailleurs pauvres consultent rarement à titre préventif et ne prennent rendez-vous avec un dentiste que lorsqu'une douleur ou un problème se manifestent. L'Enquête québécoise confirme l'existence d'un gradient de la scolarité et des revenus relativement à la perception de la santé dentaire. Les prestataires de la sécurité du revenu, en dépit de la couverture d'une bonne partie des soins dentaires, sont particulièrement réticents à visiter le dentiste de façon préventive.

L'accès à la psychothérapie se révèle également problématique. Si les maladies mentales graves, telle la schizophrénie, sont généralement prises en charge par le système public de soins, il en va tout autrement des troubles anxieux et des

dépressions situationnelles. Le recours aux psychothérapeutes privés coûte trop cher pour ceux qui n'ont pas assez de revenu ou pas d'assurance privée.

En dépit de son caractère universel, le système de santé laisse de côté de nombreuses personnes. Comme le démontrent les exemples des soins aux tout-petits et du dépistage du cancer du sein, la gratuité seule ne permet pas d'enrayer les inégalités sociales de santé. Plus encore : quand il s'agit de services peu assurés comme les soins dentaires ou la psychothérapie, l'accessibilité est également réduite pour de nombreux travailleurs, assistés sociaux ou retraités à faible revenu. Lorsqu'il est question de privatisation des services de santé dans notre société, les décideurs du système doivent garder en tête les enjeux majeurs des inégalités sociales de santé avant de compliquer l'accessibilité aux services pour les plus démunis. La tarification risque fort de détourner le système de santé de sa mission première : soigner les gens malades et les protéger du risque financier que représenteraient des soins de santé non assurés par le régime universel.

Une ville pour tous

Intrinsèquement lié à la question de la santé des populations, le développement durable urbain repose sur les efforts combinés des gouvernements et de la société civile pour assurer la qualité de vie et la cohésion sociale dans les grandes villes. Plusieurs éléments susceptibles de soutenir cette cohésion – en dépit de la diversité croissante de la population – relèvent de choix effectués au niveau local, notamment en ce qui concerne les questions de logement, de sécurité alimentaire, de sécurité et d'aménagement. L'environnement urbain et le cadre bâti influencent énormément les conditions de vie et, par conséquent, la santé des populations.

Le logement

À Montréal, la pénurie du logement locatif, surtout des grands appartements, a entraîné une hausse soutenue du prix des loyers évaluée à près de 29% depuis 2000. Présentement, 22 000 ménages sont inscrits sur les listes d'attente de l'Office municipal d'habitation de Montréal. Pour la plupart des ménages pauvres, lorsque la part des revenus consacrée au logement est trop élevée, de nombreux autres besoins doivent être ignorés, ce qui peut avoir un impact très négatif sur leur santé.

Compte tenu de la pénurie de logements abordables, les habitations même les plus insalubres trouvent preneur. Chaque année sur le territoire de Montréal, de nombreuses demandes d'inspection des habitations proviennent de médecins qui soupçonnent les conditions résidentielles d'être à la source de problèmes cliniques. Une étude épidémiologique sur la santé de près de 8 000 enfants confirme notamment que l'humidité et les moisissures figurent parmi les principaux facteurs à l'origine des infections respiratoires. De surcroît, divers troubles de santé mentale tels que le stress, la dépression ou l'anxiété peuvent être associés à l'insalubrité et à la présence de vermine dans les logements. En cas d'insalubrité ou d'infestation, le succès des interventions repose sur la rapidité du propriétaire à procéder aux travaux requis et, donc, sur l'étroite collaboration entre les locataires, les propriétaires, les exterminateurs et les autorités municipales. C'est dire l'importance que peuvent avoir les services municipaux lorsque les propriétaires tardent à agir.



L'alimentation et les personnes à faible revenu

L'offre alimentaire influence la consommation de produits santé, mais l'accessibilité géographique n'explique pas tout. En 2010, le nombre de personnes qui fréquentent un comptoir alimentaire a augmenté de 22%. Chaque mois, plus de 140 000 Montréalais doivent s'approvisionner de cette façon. Pour les personnes à faible revenu, le coût des aliments constitue un déterminant essentiel de l'accessibilité aux aliments santé. C'est un fait incontestable : la consommation de fruits et légumes varie selon les catégories de revenu et, parmi les personnes disposant d'un revenu familial de moins de 20 000 \$ par année, seulement 19% mangent des fruits ou légumes cinq fois par jour. Il s'agit d'un taux bien plus faible que celui de toutes les autres catégories de revenu. Encore une fois, on observe le gradient social dans le domaine de l'alimentation comme dans d'autres.

Lorsqu'une part importante des revenus est consacrée au loyer, le budget réservé à la nourriture est plus limité dans les familles à faible revenu. Il en résulte souvent de l'insécurité alimentaire, avec les risques de privation que cela peut entraîner pour les parents et leurs enfants. À Montréal, 17% de la population souffre d'insécurité alimentaire, selon un sondage de la DSP.

La circulation des véhicules motorisés et les inégalités sociales de santé

La vie à proximité des grandes artères de circulation est plus difficile si l'on considère la qualité de l'air et la sécurité des déplacements. Or, la qualité de l'air et la sécurité des déplacements sont deux déterminants de la santé liés à la circulation de véhicules motorisés sur lesquels on peut agir au niveau local. La mauvaise qualité de l'air accroît le nombre d'hospitalisations et de décès imputables aux maladies chroniques, notamment les maladies respiratoires. De 1999 à 2008, plus de 9 000 piétons ont été blessés lors d'un accident de la route à Montréal, un problème qui n'est pas circonscrit à quelques intersections. Cependant, le contraste est étonnant entre l'aménagement des rues et des artères situées dans les arrondissements favorisés et celui de certains autres quartiers montréalais où les véhicules motorisés ont préséance sur les piétons et les cyclistes. Certes, les anciens quartiers sont souvent plus densément peuplés que les autres. Toutefois, l'écart observé quant au nombre d'accidents survenus dans ces territoires est saisissant et le volume de circulation n'explique pas tout. Dans les quartiers plus riches, les principes d'aménagement retenus au niveau local sont davantage favorables à la sécurité des piétons et des cyclistes.

L'accessibilité au système de transport en commun est un autre enjeu crucial pour les citoyens défavorisés. À Montréal, le pourcentage de ménages montréalais sans voiture varie du simple au double selon le niveau socioéconomique : seulement 21,7% des gens parmi le quintile le plus favorisé n'ont pas de voiture comparative-ment à 40,2% pour les personnes du quintile le moins favorisé. Considérant que les personnes à faible revenu sont plus souvent sans voiture, l'accessibilité par transport collectif aux emplois correspondant à leurs compétences est vitale. De plus, de nombreux résidents éprouveraient des difficultés à se déplacer à l'intérieur même de leur quartier en raison de l'insuffisance de la desserte par autobus. Le coût du transport est un autre aspect contribuant à diminuer l'accessibilité au transport collectif.

L'aménagement des quartiers

Le milieu de vie physique et social influence l'état de santé de la population et l'aménagement des quartiers peut jouer un rôle déterminant sur ce plan. Certes, le quartier n'est pas le seul facteur qui compte, mais les personnes qui en sont captives attachent à leur environnement immédiat une importance d'autant plus grande que leur mobilité est réduite. C'est le cas des aînés, des enfants et des personnes handicapées. Dans les milieux défavorisés, le quartier demeure le bassin principal de ressources.

La persistance d'inégalités sociales de santé liées à l'aménagement est également préoccupante lorsqu'on prend en considération l'accessibilité aux parcs. La proximité d'un parc, d'un espace-nature ou d'une installation sportive influence grandement la pratique d'activités physiques et sportives. Cela est particulièrement vrai pour les familles qui comptent des tout-petits, qui sont captives du quartier et qui ne peuvent s'offrir l'accès aux installations privées. Selon une étude, les enfants des quartiers où sont situés plus de parcs rapportent un niveau d'activité plus élevé que les autres enfants. De plus, la probabilité que ces enfants marchent pour se rendre à l'école, ou simplement comme loisir, augmenterait de plus de 50% dans les environnements favorables à la marche.

Les îlots de chaleur urbains (ICU) constituent un autre domaine où l'environnement urbain et l'aménagement peuvent exercer un rôle déterminant. Il s'agit également d'une nouvelle source de préoccupation pour les autorités de santé publique qui est associée au réchauffement climatique de la planète. En été, à Montréal, il fait en moyenne quelques degrés de moins dans les quartiers verdoyants de l'île que dans les quartiers plus densément peuplés du centre. Une étude a démontré que

le taux de mortalité commence à s'élever à partir de 26°C et qu'il augmente de façon importante à partir de 33°C. Les personnes les plus à risque lors des épisodes de chaleur accablante sont les personnes âgées ou obèses, les malades atteints d'affections chroniques, les personnes souffrant de maladies mentales ou d'un handicap, les personnes physiquement actives, les nourrissons et les jeunes enfants de moins de quatre ans, ainsi que les personnes qui vivent dans des logements insalubres.

Les habitations situées en bordure des autoroutes seraient particulièrement exposées. Par exemple, les résidents qui vivent à proximité de l'autoroute métropolitaine, l'un des ICU montréalais, non seulement subissent les inconvénients de cette proximité à l'année longue (bruit et air plus pollué qu'ailleurs dans la ville), mais voient ces inconvénients s'amplifier lors des périodes de canicule. Afin d'améliorer le mieux-être des populations urbaines, en particulier des groupes moins favorisés, il convient d'intervenir en visant un meilleur aménagement du territoire urbain. Comme le rappelle Harvey Mead, ancien commissaire au développement durable du Québec, les mauvais choix en matière de développement et d'aménagement amplifient les répercussions négatives sur les populations urbaines et surtout sur les groupes désavantagés. En revanche, les bons choix, c'est-à-dire ceux orientés vers le bien-être des personnes, sont plus rentables du point de vue des dépenses publiques et souvent plus propices au développement économique que les politiques et les programmes destinés à stimuler le progrès, le commerce ou l'industrie. Plusieurs expériences en cours à Montréal, tels les projets de revitalisation urbaine intégrée et de développement durable des quartiers (Agenda 21, par exemple), ainsi que de nombreuses autres initiatives visant à accroître l'accès aux produits santé constituent des choix judicieux qui placent Montréal sur la bonne voie.



» Conclusion et recommandations

Un portrait en demi-teintes

En guise de conclusion, une constatation réjouissante : les Montréalais ont une espérance de vie plus longue qu'avant et le taux global de mortalité a connu une baisse significative au cours des vingt dernières années. Malheureusement, à quelques exceptions près, les écarts de santé entre les riches et les pauvres persistent encore, et on observe toujours des différences importantes au plan de la santé et de la mortalité entre les territoires de l'île de Montréal.

Ces inégalités, produites socialement, donc évitables et injustes, se manifestent tout au long de la vie : du petit poids à la naissance à la mortalité prématurée, en passant par les décès accidentels chez les jeunes et les nombreux problèmes de santé chroniques.

On trouve à Montréal, et dans une plus grande proportion qu'ailleurs au Québec, plusieurs groupes vulnérables, dont les personnes âgées, les ménages à faible revenu, les personnes seules, les immigrants et les autochtones. Les Montréalais ont un revenu moins élevé que la moyenne des résidents des autres villes canadiennes comparées. Par conséquent, on pourrait s'attendre à des inégalités de santé encore plus criantes que dans les autres villes. Or, le portrait est plus nuancé qu'on ne le croyait : l'espérance de vie des hommes et des femmes est tout à fait comparable à celle des résidents des autres villes, tout comme le taux de naissance de faible poids. Si les Montréalais souffrent davantage de diabète et pratiquent des loisirs plus sédentaires, en revanche, leurs activités sont moins limitées pour des raisons de santé et ils consomment plus de fruits et légumes. De plus, la mortalité infantile et les naissances prématurées sont moins fréquentes. Fait à noter : la comparaison avec d'autres villes canadiennes à partir de données d'enquête et d'hospitalisation tend à démontrer que les inégalités de santé entre les riches et les pauvres sont la plupart du temps moindres à Montréal.

Ces résultats en demi-teintes reflètent l'accroissement des inégalités de revenu au Canada, d'un côté, et l'effet positif des politiques sociales québécoises, en particulier des politiques familiales, de l'autre côté. Ces investissements sociaux commencent à porter fruit. Aussi, il est permis de croire que toute la société québécoise bénéficierait de l'intensification des actions qui visent à contrer l'exclusion et diminuer les souffrances des personnes pauvres, mais aussi à assurer leur pleine participation au développement durable du Québec.



Les interventions de la Direction de santé publique

La Direction de santé publique déploie sur le territoire de l'île de Montréal plusieurs programmes susceptibles de réduire les inégalités sociales de santé à tous les stades de la vie.

Elle intervient auprès des femmes enceintes vulnérables grâce aux programmes de soutien périnataux (SIPPE) et fait la promotion active de l'allaitement. Ses programmes de vaccination primaire s'adressent à tous les bambins, qu'elle cherche à joindre dans les différents lieux de soins répartis sur le territoire.

Son intérêt plus récent pour la préparation des enfants à l'école s'est concrétisé dans l'organisation de sommets sur la maturité scolaire. Ces derniers ont donné naissance à des chantiers intersectoriels et communautaires ainsi qu'à de nouvelles initiatives de recherche pour mieux adapter les interventions de santé publique.

La DSP se préoccupe des clientèles plus vulnérables en adaptant ses pratiques, qu'il s'agisse des patients tuberculeux, des personnes utilisatrices de drogues par injection ou des jeunes sans-abri. Plusieurs professionnels de la DSP s'intéressent aussi aux pratiques cliniques préventives et examinent d'un point de vue critique le caractère équitable des soins et des services offerts à la population.

Ses interventions en santé au travail sont propices à la prévention précoce des cancers chez les travailleurs les plus vulnérables. La DSP a aussi développé une expertise clinique en santé au travail qui favorise l'identification des expositions délétères et la juste compensation des travailleurs exposés.

Conjointement avec l'Institut national de santé publique, la DSP a mis en place une équipe de recherche sur l'équité d'accès aux ressources de première ligne. Les travaux de cette équipe ont inspiré le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec dont les recommandations visent une couverture plus équitable des soins de santé. Toujours dans le domaine

de la recherche, la DSP héberge depuis maintenant près de dix ans le Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé, qui évalue les meilleures interventions de réduction des ISS.

Grâce à son secteur Environnement urbain et santé, la DSP poursuit plusieurs cibles d'amélioration des conditions de vie, dont les suivantes : l'offre d'aliments nutritifs et abordables, l'amélioration de la salubrité des logements, la lutte pour éliminer les îlots de chaleur, l'identification des risques de traumatismes pour les piétons et les cyclistes ainsi que l'évaluation santé des projets de réfection des infrastructures. De plus, la DSP finance avec la Ville de Montréal et Centraide des tables de concertation intersectorielles et communautaires dans différents quartiers de Montréal.

Concurremment à la sortie du présent rapport, la DSP publie son Plan régional de santé publique qui énonce les priorités qu'elle entend réaliser avec ses partenaires régionaux, dont les 12 centres de santé et de services sociaux (CSSS). La réduction des ISS y occupe la première place. Cependant, le directeur de santé publique est bien conscient des limites des actions qu'il peut entreprendre. En outre, il doit veiller à ce que ces programmes ne créent pas eux-mêmes d'inégalités, comme c'est parfois le cas des programmes de dépistage, car offrir des programmes de prévention ou de promotion de la santé sans se préoccuper de joindre les plus démunis risque de creuser les écarts. Le directeur **s'engage à rendre les services préventifs accessibles à tous et à faire en sorte qu'ils soient utilisés par toutes les couches de la population. Il souhaite assumer cette responsabilité avec les CSSS et ses autres partenaires. À cet égard, la mise en place des conditions favorables à l'allaitement constitue une mesure prioritaire parce qu'elle est très efficace, en plus d'être susceptible de réduire les inégalités sociales de santé et d'avoir un impact à très long terme.**

En outre, le directeur appelle à la nécessaire concertation de tous les acteurs afin de réduire les ISS. Par ses recommandations, il sollicite les paliers de gouvernement provincial et fédéral responsables des grandes politiques de protection sociale. Il invite aussi les villes de l'île de Montréal, particulièrement la Ville de Montréal, à mieux coordonner leurs actions avec celles de la DSP dans le but d'améliorer la santé de tous les citoyens. Autant pour des raisons éthiques et civiques que pour des raisons économiques (en cette ère d'économie du savoir), la DSP et ses partenaires municipaux ne peuvent tout simplement pas laisser de côté le tiers des citoyens montréalais. La santé est un bien inestimable auquel tous les citoyens ont droit. Elle favorise la participation pleine et entière à l'activité sociale et économique d'une région. Dans ce sens, c'est toute la collectivité aussi bien que chacune de ses composantes qui en bénéficient.

Des recommandations pour diminuer les écarts de santé

Comme l'écrivait Sir Michael Marmot dans son rapport pour la Commission des déterminants sociaux de la santé, on peut combler le fossé des inégalités sociales de santé en une génération en s'attaquant aux inégalités de pouvoir, d'argent et de ressources et en améliorant les conditions de la vie quotidienne des plus démunis. Tous les paliers de gouvernement sont concernés par la réduction des inégalités sociales. Ils ont le pouvoir d'énoncer et de faire appliquer des politiques qui favorisent l'augmentation du revenu, la démocratisation de l'éducation, la construction et la rénovation des logements sociaux, ainsi que la prestation de services sociaux et de santé aussi bien préventifs que curatifs. Dans cet esprit, le directeur adresse ses six premières recommandations au gouvernement du Québec et au gouvernement du Canada à qui il revient de soutenir les gouvernements provinciaux par des transferts sociaux. Il souligne l'importance des grandes politiques dans le devenir des ménages montréalais, mais constate aussi que la Ville de Montréal et les villes liées sont les premières concernées par l'amélioration des conditions de vie des Montréalais, notamment au moyen des initiatives de revitalisation urbaine intégrée. Les quatre dernières recommandations les visent donc particulièrement.

Recommandation 1 : Améliorer les revenus des plus pauvres

Il y a 40 ans, le Canada s'est engagé dans la lutte à la pauvreté des personnes âgées avec un succès qui a été souligné par les grands organismes internationaux, tel l'OCDE. Cependant, au cours des dernières années, l'OCDE a mis en évidence l'accroissement des inégalités au Canada.

Les ménages qui ont un revenu inférieur au seuil de la mesure du panier de consommation encourent des risques importants pour leur santé. La démonstration a été faite : ces familles ne peuvent pas consacrer une part adéquate de leur budget à une saine alimentation. Dans la grande majorité des cas, ce qui est en cause n'est pas le manque de connaissances en alimentation (auquel on pourrait remédier par un programme d'éducation sanitaire), mais plutôt un manque d'argent, ce dont témoigne l'augmentation dramatique du recours aux banques alimentaires de Montréal. Le directeur de santé publique est favorable aux principes mis de l'avant dans le Plan gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-

2015 et salue les efforts récents du gouvernement québécois pour améliorer le sort des familles monoparentales. Les mesures mises de l'avant doivent être reconduites et amplifiées. Le directeur insiste **sur l'importance d'améliorer le revenu des prestataires d'aide sociale, particulièrement celui des personnes seules considérées aptes au travail**. Les barèmes de l'aide de dernier recours sont nettement insuffisants si on les compare aux seuils de la mesure du panier de consommation et les prestataires concernés voient leur santé mise en danger par manque de ressources pour la conserver.

» **Recommandation 2 :**
Accroître l'accessibilité aux CPE en installation dans les quartiers démunis

L'OCDE a souligné les efforts du Québec dans la mise en place des mesures redistributives de la politique familiale québécoise, notamment les garderies à contribution réduite. Ces garderies sont en effet un domaine dans lequel le Québec se démarque du Canada, lequel accuse un retard important quant aux services à la petite enfance. Ces mesures universelles, qui visent aussi l'équité des genres, s'apparentent aux façons de faire des pays nordiques qui remportent année après année la palme de la lutte à la pauvreté. Les centres de la petite enfance (CPE) ont fait leurs preuves non seulement pour grossir la force de travail féminine au Québec, ce qui a pour effet d'augmenter les ressources des familles, mais aussi pour réduire les inégalités sociales dans le développement des enfants. Compte tenu de la diminution de la part des CPE en installation par rapport à l'offre globale des services de garde à Montréal, **la deuxième recommandation du directeur de santé publique aux différents paliers de gouvernement est la suivante : accroître l'accessibilité géographique et le nombre de places en CPE en installation dans les quartiers démunis et augmenter leur accessibilité économique pour les familles à faible revenu. De plus, il recommande qu'on cherche à mieux comprendre les principaux déterminants de la fréquentation des services de garde par les enfants défavorisés.**

» **Recommandation 3 :**
Accroître le financement du logement social et communautaire et s'assurer de la rigueur et de l'efficacité des mécanismes de fixation des prix du logement

Depuis la publication du premier rapport annuel sur les ISS en 1998, Montréal a vu les coûts du logement augmenter sans cesse. Une majorité de ménages pauvres ne bénéficient pas de logements subventionnés et doivent faire face aux coûts du marché locatif privé. La part croissante du budget consacrée au loyer gruge sur les dépenses nécessaires pour combler les autres besoins essentiels, à commencer par l'alimentation. En conséquence, **le directeur recommande d'accroître le financement du logement social et communautaire et d'assurer la rigueur et l'efficacité des mécanismes de fixation des prix du logement.**



» **Recommandation 4 :**
Maintenir et développer le système public de soins de santé

La part grandissante du secteur privé dans le domaine de la santé est un objet de préoccupation constante, et pour cause. On note que si les plus démunis et les immigrants ont généralement une moins bonne expérience de soins dans le réseau public de santé, la situation devient dramatique dès qu'il leur faut pénétrer un réseau largement privé, comme c'est le cas des services de psychothérapie et des soins dentaires. **Le directeur recommande donc de veiller à conserver le caractère universel et gratuit du système de santé et de prendre les mesures nécessaires pour le développer en tenant compte des problèmes de santé des plus démunis.**

» **Recommandation 5 :**
Développer les services et les moyens adaptés pour mieux intégrer les immigrants

Depuis les années 1990, on a vu un changement démographique s'opérer à Montréal et beaucoup d'immigrants ont des parcours d'intégration à l'emploi difficiles. Les services et les moyens doivent s'adapter à ces nouveaux besoins, que ce soit par l'intensification de la reconnaissance des acquis, autant au plan de la formation qu'au plan de l'expérience de travail, ou que ce soit par la mise à niveau des services. L'intégration à l'emploi étant une condition essentielle à une immigration réussie et harmonieuse, **le directeur recommande donc de développer les services et les moyens adaptés pour mieux intégrer les immigrants et réduire leur pauvreté.**

» **Recommandation 6 :**
Investir dans le transport collectif et en améliorer l'accessibilité économique

Les populations démunies sont plus captives de leur quartier et possèdent moins d'automobiles. Malgré cela, elles subissent davantage l'impact négatif du volume de la circulation à Montréal (accidents de la route et mauvaise qualité de l'air extérieur). Le développement du transport collectif est une nécessité incontournable pour l'ensemble de la population. Mais il l'est encore davantage pour les personnes qui se trouvent au bas de l'échelle et qui en dépendent pour se déplacer vers les lieux d'emploi et participer pleinement à la société. **Par conséquent, le directeur recommande d'augmenter les ressources pour améliorer l'efficacité du service de transport collectif afin de mieux desservir les quartiers. Il recommande également d'accroître l'accessibilité économique du transport collectif.**

» **Recommandation 7 :**
Instaurer une procédure d'évaluation d'impact sur les inégalités sociales

Les villes disposent de différents leviers pour réduire les ISS: politique des sports et loisirs, administration des programmes de dernier recours, plans d'aménagement, etc. La Ville de Montréal s'est déjà engagée dans une politique de développement durable qui doit inclure le développement social dont l'équité est l'une des composantes. En ce sens, **le directeur recommande ce qui suit: à l'image de ce qui se fait au gouvernement provincial en santé depuis l'adoption de l'article 54 de la Loi sur la santé publique en 2001, instaurer une procédure d'évaluation d'impact sur les inégalités sociales pour les règlements ou les projets discutés aux Conseils d'arrondissements, au Conseil municipal de la Ville de Montréal, à celui de la Communauté métropolitaine de Montréal et au Conseil d'agglomération.**

» **Recommandation 8 :**
Soutenir les tables de concertation intersectorielles et les organismes communautaires

La société est complexe et l'exercice du pouvoir citoyen se heurte souvent à un mur. Les mécanismes légaux et administratifs qui régissent la société et les difficultés de faire entendre une voix autre que celle des grandes corporations ou institutions constituent en effet des obstacles difficiles à franchir. Dans le but de favoriser une meilleure connaissance des besoins des citoyens et de faciliter la mise à niveau et la complémentarité avec les élus pour l'amélioration des quartiers, **la DSP s'allie à la Ville de Montréal et à Centraide depuis plusieurs années pour soutenir les tables de concertation dans les quartiers montréalais, principalement dans les quartiers plus démunis. Le directeur réitère son engagement dans cette initiative propre à favoriser la participation démocratique et invite ses partenaires à maintenir cette alliance et à mieux soutenir les organismes communautaires, qui travaillent à l'amélioration des conditions de vie des plus démunis et à la défense de leurs droits.**

» **Recommandation 9 :**
Favoriser le transport actif et assurer la sécurité des utilisateurs

Les quartiers centraux défavorisés sont démesurément touchés par les accidents de la circulation impliquant des piétons. Aussi, **le directeur souhaite que la Ville de Montréal systématise les interventions et les aménagements axés sur l'apaisement de la circulation et la sécurisation du transport actif (marche, vélo).**

» **Recommandation 10 :**
Assurer la salubrité et l'accessibilité des logements

La qualité de la vie quotidienne rime souvent avec la qualité du logement, c'est-à-dire la salubrité de l'endroit aussi bien que l'espace nécessaire à l'interaction saine, sans stress, des résidants. Toutes les villes de l'île de Montréal ne participent pas autant qu'elles le pourraient aux programmes de logements sociaux; certaines n'en ont aucun sur leur territoire. **Le directeur souhaite que soit accrue la construction de logements sains, abordables, accessibles et bien localisés, et que soient prévus des logements assez grands pour répondre aux besoins des familles.**

Les personnes défavorisées, notamment les immigrants récents et les demandeurs du statut de réfugié, sont à la fois les plus susceptibles d'occuper les logements insalubres de Montréal et souvent les moins outillées pour défendre leurs droits. Aussi, **le directeur recommande que soient revues et renforcées les procédures d'inspection et de traitement des plaintes lorsque la salubrité des logements risque d'être compromise.**



L'injustice sociale rend malade et tue. Pourtant, les inégalités sociales de santé sont évitables à la condition que tous les paliers de gouvernement se mobilisent. C'est d'ailleurs à eux que s'adressent principalement les recommandations du directeur de santé publique. Par ailleurs, l'application de nouvelles pratiques aussi bien que de politiques modifiées en faveur des plus démunis nécessite également la mobilisation de plusieurs secteurs de la société. Elle fait écho aux revendications du milieu communautaire et implique la collaboration des entreprises. Par-dessus tout, la lutte contre les inégalités sociales de santé suppose l'engagement de tous les Montréalais. Outre leur devoir de reconnaître les injustices, ils doivent soutenir les actions tant préventives que remédiatrices des différents paliers de gouvernement.



Recommandations

Le directeur de santé publique s'engage et invite ses partenaires du réseau de la santé à :

- rendre les services préventifs accessibles à tous et faire en sorte qu'ils soient utilisés par toutes les couches de la population.

Il appelle le gouvernement du Québec et le gouvernement du Canada à :

- améliorer les revenus des plus pauvres;
- accroître l'accessibilité en CPE en installation dans les quartiers plus démunis;
- accroître le financement du logement social et communautaire et s'assurer de la rigueur et de l'efficacité des mécanismes de fixation des prix du logement;
- maintenir et développer le système public de soins de santé;
- développer les services et les moyens adaptés pour mieux intégrer les immigrants;
- accroître l'efficacité et l'accessibilité économique du transport collectif.

Il sollicite les instances municipales pour conjointement :

- instaurer une procédure d'évaluation d'impact sur les inégalités sociales;
- soutenir les tables de concertation intersectorielles et les organismes communautaires;
- favoriser le transport actif et en assurer la sécurité;
- assurer la salubrité et l'accessibilité des logements.

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru. Rapport synthèse.	8\$	
	NUMÉRO D'ISBN (version imprimée) 978-2-89673-114-5		

Nom _____

Adresse
No Rue App.

Ville Province Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646



*Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal*

Québec 