



*des regroupements provinciaux
d'organismes communautaires et bénévoles*

AVIS

Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles concernant le document de consultation sur la politique québécoise de la jeunesse

8 octobre 2015

1, rue Sherbrooke Est
Montréal, Québec, H2X 3V8
Tél. : (514) 844-1309
Fax : (514) 844-2498
Courriel : info@trpocb.org
Site Web : www.trpocb.org

1. Présentation de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles

La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (Table) est formée de 41 regroupements nationaux, actifs à la grandeur du Québec. Ceux-ci abordent la santé et les services sociaux sous différentes perspectives (femmes, jeunes, hébergement, famille, personnes handicapées, communautés ethnoculturelles, sécurité alimentaire, santé mentale, violence, périnatalité, toxicomanie, etc.). À travers ses membres, la Table rejoint plus de 3 000 groupes communautaires de base de toutes les régions. Ce sont par exemple des maisons de jeunes, des centres de femmes, des cuisines collectives, des maisons d'hébergement, des groupes d'entraide, des centres communautaires, des groupes qui luttent contre des injustices, etc.

Par, pour et avec les communautés dont ils sont issus, les organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux sont autant de réponses collectives à une quête de justice sociale. Avec leurs actions innovatrices, leurs pratiques originales et leur vision globale, ils atteignent tous les milieux et constituent des ressources aussi variées qu'essentielles. Plus de deux millions de citoyennes et citoyens s'y retrouvent pour renforcer des milliers de communautés. Lieu de mobilisation, de concertation et de réflexion, la Table développe des analyses critiques portant sur différents aspects entourant le système de santé et de services sociaux en général, de même que sur toute politique pouvant avoir un impact sur la santé et le bien-être de la population.

La Table présente cet avis dans le cadre des consultations sur la politique québécoise de la jeunesse. Plusieurs de ses membres, principalement ceux du secteur "jeunes", transmettrons un mémoire. L'objectif n'est pas de reprendre les éléments de leurs mémoires, mais de présenter ici certains aspects complémentaires provenant de l'expertise d'autres membres de la Table. De plus, soulignons que les éléments qu'il contient représentent une partie seulement des sujets de ses préoccupations.

Dans cet avis, seront présentés :

- Les considérations générales pour l'ensemble des axes présentés et les préoccupations absentes dans le document de consultation
- Réponses à certaines questions de l'axe 1, sur les saines habitudes de vie, ainsi qu'à l'axe 4, sur la citoyenneté active et plurielle.

Considérations générales pour l'ensemble des axes présentés et sur les préoccupations absentes du document de consultation

Approche globale de la santé

Les priorités proposées dans le document de consultation de la politique jeunesse sont importantes, mais elles doivent s'inscrire dans une approche plus globale de la santé. Avoir une vision globale de la santé et du bien-être des jeunes, doit aussi tenir compte d'autres éléments dont les conditions socio-économiques individuelles et collectives de ceux-ci et de leur communauté. Il doit de même tenir compte des contextes psychosociaux dans lesquels les jeunes grandissent tels que les violences conjugales/sexuelles/psychologiques, la négligence et la toxicomanie. Ces contextes ne sont pas sans compromettre le développement et l'avenir des jeunes. En ayant une vision globale, il est possible d'identifier les problèmes et les solutions. Par exemple, lutter contre le décrochage scolaire ou l'intimidation ne peut se faire sans travailler à réduire les inégalités individuelles et collectives.

Plus globalement, c'est par la pleine réalisation des droits humains que les jeunes peuvent « bien vivre la transition vers l'autonomie personnelle, professionnelle et citoyenne, démarrer des projets de vie et s'engager envers le développement de leurs communautés ». Les droits étant interdépendants et interreliés, il est essentiel de travailler sur la réalisation de l'ensemble de ceux-ci.

Nature et portée

Le document de consultation proposé cible les jeunes de 15 à 29 ans. Dans le document il est soutenu que cette période correspond à la « transition entre l'enfance et la vie adulte ». D'emblée, soulignons que « l'enfance » ne se termine pas à 15 ans. Des changements importants, tels que l'entrée au secondaire et l'entrée dans la période de l'adolescence aurait été plus à même de définir la jeunesse et, ainsi, la portée de la politique. Dans le même ordre d'idée, les personnes âgées de 29 ans sont assurément encore jeunes, mais elles évoluent comme adultes depuis plusieurs années.

D'autre part, il est essentiel qu'un travail en amont soit effectué et qu'une « politique de l'enfance », qui n'existe pas actuellement, soit mise en place. Ce travail de prévention est tout aussi essentiel.

Le document de consultation donne l'impression que les jeunes arrivaient à 15 ans dans le même stade de maturité. Or, chaque jeune a une histoire différente. Ainsi, les mesures et programmes s'adressant à eux doivent s'ajuster à la situation et au rythme de chacun.

La politique proposée doit faire le lien entre les étapes de vie des personnes ciblées, soit des jeunes qui ont été enfants et qui deviendront adultes. De plus, le fait de traverser des étapes dans une vie ne signifie pas que ces étapes sont des problèmes; les étapes sont aussi des moments d'apprentissage.

Analyse différenciée selon les sexes

Si dans la conclusion sont mentionnés les besoins et réalités différents selon les groupes de jeunes (francophones, anglophones, autochtones et immigrants) et selon les groupes d'âge, nulle part ne sont mentionnés les besoins différenciés des hommes et des femmes.

Il semble important de mentionner qu'une analyse différenciée selon les sexes devrait précéder toutes politiques et analyses proposées, tel que le gouvernement québécois s'est engagé à faire suite à la Conférence de Beijing en 1995. De nombreuses problématiques sont vécues très différemment chez les hommes et chez les femmes : pensons au décrochage scolaire et ses impacts nettement différenciés, à l'itinérance qui expose les femmes à nettement plus de violence et d'agressions, à la difficulté à l'intégration des femmes dans de nombreux emplois, notamment dans les lieux de pouvoir, etc.

De plus, certains sous aspects mentionnés dans le document méritent une telle analyse : les troubles alimentaires, l'hypersexualisation, les rapports égalitaires, la conciliation travail-famille, etc.

Analyse différenciée selon les capacités

Afin de mesurer l'inclusion des personnes ayant des limitations fonctionnelles au sein de notre société et de bien cerner leurs besoins, il importe de colliger des informations à ce sujet. Ainsi, il faut inclure, comme cela doit se faire par l'analyse différenciée selon les sexes, dans toutes les recherches ou études statistiques sur les jeunes, une analyse différenciée selon les capacités, c'est-à-dire faire ressortir la spécificité des personnes ayant des limitations fonctionnelles dans l'ensemble des données collectées.

Les préoccupations des jeunes ayant des limitations fonctionnelles sont pratiquement absentes du document de consultation présenté. Pourtant, ces jeunes vivent plus de difficultés à avoir accès aux services et à l'information; ils vivent des obstacles environnementaux à la réalisation de saines habitudes de vie, à la persévérance et la réussite scolaires, à l'emploi et à leur participation active au sein de la société.

Intersectionnalité des exclusions

S'il est mentionné que les différents axes proposés ne doivent pas être considérés comme des vases clos, nous rétorquons également que les personnes les plus vulnérables vivent des problématiques qui ne fonctionnent pas en vases clos non plus. On parle ici d'intersectionnalité des oppressions (jeunes, femmes, immigrantes, ne maîtrisant pas les langues, ne trouveront pas de logement). Pour ceux et celles qui vivent à la croisée de nombreuses oppressions, le chemin vers l'intégration, la citoyenneté, les saines habitudes de vie et les rapports égalitaires est beaucoup plus long. Il faut tenir compte et s'adresser à ces jeunes dont les réalités et les besoins sont particuliers.

Services publics et programmes sociaux

De plus, soulignons qu'il est préoccupant de constater que, d'une part, le gouvernement veut prioriser un ensemble d'axes d'intervention, mais que, d'autre part, il coupe dans les services publics et les programmes sociaux permettant leur réalisation. Comment peut-on affirmer travailler sur les comportements à risque des jeunes lorsque l'on retire les vivres aux personnes toxicomanes sur l'aide sociale voulant entamer une thérapie ? Comment est-ce possible de motiver les jeunes à contribuer à la société lorsque l'on démantèle tout le filet social ? Comment parler de citoyenneté alors que le projet de loi 56 du gouvernement aura pour effet de décourager la participation des jeunes, et moins jeunes, aux enjeux de société en assimilant les OSBL à des lobbyistes? Comment peut-on prétendre proposer un milieu favorable à la réussite scolaire lorsque l'on effectue des coupes sans précédent dans le milieu de l'éducation ? D'ailleurs, un élément particulier des coupures en éducation, c'est qu'elles compromettent l'avenir des personnes et de la société en général. Les lacunes en éducation sont une des grandes causes

de l'appauvrissement des personnes et de la difficulté des sociétés à se relancer dans un monde toujours plus compétitif. C'est un des plus mauvais choix de société que l'on peut prendre.

Les choix gouvernementaux actuels ont des conséquences majeures sur les jeunes et la population en général. Pour le bien-être des Québécoises et des Québécois, le rétablissement de l'équilibre des finances publiques ne peut se faire en coupant dans les services publics et en abolissant des programmes sociaux. D'ailleurs, une coalition, nommée Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics et des programmes sociaux, propose un ensemble de solutions fiscales permettant de renflouer les coffres de l'État sans toucher au filet social existant. Nous croyons qu'il est essentiel que le gouvernement assure un filet social à ces jeunes, et ce tout au long de leur vie. Nous croyons aussi qu'il s'agit d'une question d'équité intergénérationnelle.

Réponses aux questions de l'axe 1 et de l'axe 4

Question 1. Les priorités d'intervention déterminées par le gouvernement au sein de cet axe d'intervention sont-elles celles sur lesquelles la prochaine Politique jeunesse doit s'attarder, au cours des quinze prochaines années?

Les priorités présentées sont importantes; cela dit :

- la question de la violence ne devrait pas se limiter à l'intimidation;
- d'autres priorités devraient être mises de l'avant, par exemple la surmédicalisation des jeunes, l'hypersexualisation, les surdiagnostics sans proposition de changements sociaux ni études sur les causes, et la lutte à la pauvreté.

Prévention de la violence

Le document traite de l'intimidation et nous considérons qu'elle est un phénomène réel. Cela dit, il faudrait prioriser la violence sous toutes ses formes plutôt que de mettre uniquement l'intimidation en vedette. Qui plus est, agir en vase clos sur l'intimidation, sur la violence sexuelle ou sur les autres formes de violence, réfère à une vision compartimentée de la violence.

Il y a d'ailleurs une absence totale de la question des violences envers les femmes, qui sont encore bien présentes dans la vie de nos jeunes filles. Une femme sur trois vivra de la violence dans sa vie selon l'OMS, et les jeunes femmes de 18-24 ans (Institut de la statistique du Québec) sont les plus susceptibles de vivre de la violence. Cette question totalement évacuée de la politique jeunesse du gouvernement du Québec engendre pourtant des coûts importants pour plusieurs acteurs du système (12 milliards par année au Canada seulement).

Le mouvement lancé par #AgressionNonDénoncée a montré l'ampleur des violences sexuelles dont sont victimes les femmes et les filles au Canada. Il importe également de se doter d'une stratégie complémentaire de prévention afin de situer cette violence dans le cadre de rapports inégaux entre les femmes et les hommes et de se doter de moyens à la hauteur de la problématique.

Ainsi, les stratégies pour contrer l'intimidation, les discours haineux, les agressions à caractère sexuel, l'exposition à la violence conjugale et les autres formes de violence doivent être globales et viser davantage le renforcement des individus et des communautés.

Soulignons que la prévention est la réponse première qu'il faut apporter à toutes ces problématiques. Nous devons reconnaître que les jeunes vivent dans une société où la violence est souvent plus valorisée, par exemple comme mode de « résolution de conflits », que la démocratie, la discussion et la négociation. Agir au niveau de la prévention nécessiterait l'apprentissage de cette non-violence, et ce, à l'école et plus largement.

Médicalisation des difficultés

D'emblée, il est essentiel de créer des environnements favorables à la santé mentale, physique et sociale; il faut aussi prévenir et faire des recherches sur les causes; puis finalement, il faut agir de différentes manières.

La médicalisation des difficultés que vit la jeunesse devrait aussi être une priorité. La politique doit prévoir des ressources humaines et financières afin que tous les acteurs concernés par la santé mentale des jeunes aient une connaissance des conséquences de la médication psychotrope : les effets thérapeutiques, les effets secondaires, les contre-indications, les interactions médicamenteuses et le monitoring. La politique doit aussi prévoir la promotion d'alternatives au traitement pharmaceutique et l'accès aux traitements de psychothérapie, comme l'indiquait le Commissaire à la santé et au bien-être dans son rapport de 2012 intitulé *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux, et leur remboursement*. Soulignons qu'il est très préoccupant de constater les coupures dans les services sociaux et les coupures aux services de soutien psychologique dans les écoles.

Question 2. Comment le gouvernement du Québec et ses partenaires peuvent-ils influencer les habitudes des jeunes en ce qui concerne l'alimentation, l'activité physique, les comportements à risque ou les problèmes de santé mentale?

D'emblée, il est clair que de reconnaître l'expertise de tous les acteurs permettrait des actions concertées et efficaces.

Travail en concertation et reconnaissance de l'expertise

Il importe de se doter des bonnes stratégies et des bons moyens pour arriver à réaliser les interventions ciblées. Par exemple, au niveau de l'éducation sexuelle, le projet pilote en cours et les mesures annoncées (5hres par année au primaire et 15 heures par année au secondaire) sont un échec à prévoir. En effet, sans que des spécialistes soient impliqués pour transmettre ces informations, sans que les groupes communautaires soient impliqués et leur expertise reconnue et utilisée, et sans le développement d'un programme consistant, ces mesures ne sauraient assurer aux jeunes une réelle réflexion et une vraie transmission d'information et de valeurs. Rapports égalitaires, violence sexuelle et cours d'éducation sexuelle sont des thèmes intrinsèquement reliés.

L'une des raisons expliquant cet échec est la non-reconnaissance de l'expertise certaines organisations, à commencer par le milieu communautaire. En ne profitant pas de cette expertise, le gouvernement se prive d'une importante contribution pour la réussite de son projet.

Habitudes alimentaires

Soulignons que le problème de la malbouffe offerte aux jeunes trouve sa source surtout dans :

- La déresponsabilisation de l'État face à la sécurité alimentaire;
- Des revenus trop faibles pour se payer des fruits et légumes (sources de santé);
- La non-régulation du prix des aliments de base comme les fruits et légumes. Il ne s'agit pas d'intervenir sur le prix des biscuits, mais sur des aliments de base;
- À proximité des écoles secondaires au Québec, la non ou la faible régulation du zonage alimentaire et l'absence de politique cadre en ce sens au Québec;
- Dans les quartiers des villes du Québec devenus de véritables «déserts alimentaires», la non ou la faible régulation de l'offre alimentaire, en terme de zonage et l'absence de cadre ou de politique pan québécoise à cet effet.
- L'absence d'intervention de l'État pour décourager la consommation d'aliments malsains (comme une taxe sur les boissons énergétiques par exemple);
- L'absence de transfert de connaissances culinaire vers les jeunes, l'environnement de commerce alimentaire plutôt que de culture culinaire étant de mise.

L'État a plusieurs façons d'agir pour encourager les comportements souhaitables et décourager les comportements néfastes. Les plus grands experts en santé publique s'entendent pour dire que l'approche des guides alimentaires (dire aux citoyens quoi manger) est un échec. Que si nous devons continuer à les réviser et à les diffuser, il faudrait les simplifier et s'adresser davantage à la culture et à l'autonomie alimentaire (l'importance de cuisiner des aliments de base), plutôt que celle des valeurs nutritives des aliments eux-mêmes.

Mais que si les gouvernements devaient agir plus efficacement, ils réguleraient le prix des aliments de base et garantiraient des revenus décents et s'assureraient que tous aient à manger, notamment par des programmes d'assistance alimentaire. Actuellement, l'alimentation est une dépense compressible.

Question 4. Promouvoir les relations interpersonnelles harmonieuses, par exemple par la lutte contre le sexisme, le racisme et l'homophobie contribue-t-il à une meilleure intégration de tous les jeunes à l'école, sur le marché du travail et dans la société en général? De quelle façon ?

La scolarisation ne doit pas uniquement viser la production de jeunes « prêts à l'emploi » pour les entreprises, mais plutôt avoir des citoyens intelligents mesurant l'apport qu'ils peuvent avoir sur leur société. Il semble que l'unique apport des études, selon ce qui est inscrit dans la politique jeunesse, est l'employabilité. Réussir l'école sous-tend devenir une personne informée, instruite, capable d'analyser et critiquer, avec un sentiment de fierté et de succès.

Il manque dans cette question toute l'analyse différenciée selon les sexes des rapports inégalitaires et de la violence dans relations interpersonnelles. Encore ici, une telle analyse s'impose afin de comprendre comment les rapports sociaux de pouvoir influencent les relations, et ce, dès le plus jeune âge. Il faut un véritable travail de déconstruction des préjugés, qui requiert d'expliquer ce que sont des rapports égalitaires et comment on peut les encourager.

Il ne faut pas avoir peur des mots et de la réalité et affirmer que les jeunes femmes sont plus souvent victimes. Il est aussi nécessaire d'outiller les jeunes afin qu'ils soient en mesure d'analyser l'impact de leurs comportements sur les autres et la société.

Il faut aussi les responsabiliser sur leur apport en tant que citoyen et citoyenne.

Au-delà de la promotion des relations interpersonnelles harmonieuses, il est essentiel de lutter pour l'égalité et contre les discriminations. Les discriminations des femmes, notamment dans le milieu de l'emploi, sont encore majeures. Elles gagnent moins de 80% du salaire des hommes. Elles sont peu représentées au gouvernement et dans les instances de décisions (moins de 30%). Elles occupent toujours davantage de postes à temps partiel et rémunérés au salaire minimum. Finalement, elles exercent toujours la majorité des tâches ménagères, en plus de leur journée de travail. Il importe donc d'accorder à cette question l'attention, et surtout les moyens qu'elle mérite.

Le document de consultation insiste sur le fait que la politique jeunesse vise des mesures qui favoriseront l'égalité entre les femmes et les hommes (p.17). Nous nous en réjouissons, mais nous craignons qu'une telle évaluation soit partielle sans une analyse différenciée selon les sexes.

Dans le document de consultation, on mentionne comme un défi l'insertion en emploi des jeunes des minorités visibles (p.14). Encore ici, une analyse différenciée selon les sexes est plus que nécessaire. En effet, les jeunes filles de première et deuxième générations d'immigration sont confrontées à des problématiques particulières. Violences liées à l'honneur, mariages forcés et arrangés, mutilations génitales, parrainage forcé, grossesses forcées, etc., sont des formes de violences qu'elles peuvent subir. De plus, elles sont plus susceptibles de faire l'objet de restriction à l'insertion de la part des familles et des communautés : longues études et mariage prévu ensuite sans droit au travail, études raccourcies pour cause de grossesse, etc.

Il faut se questionner bien en amont de l'insertion des jeunes issus de l'immigration, en effectuant une analyse différenciée selon les sexes, sur le marché du travail : maîtrise des langues officielles, reconnaissances des acquis et des équivalences, etc. Il faut également se questionner sur les discriminations vécues ailleurs qu'en emploi : logement, accès aux droits et aux services, etc.

Comment assurer la plus grande participation des jeunes issues de l'immigration au marché du travail et que leurs compétences soient reconnues et valorisées ? Cela ne peut être la seule préoccupation que nous ayons concernant ces jeunes. Encore une fois, cela relève de la société entière, de la déconstruction des préjugés, du racisme et du sexisme, des moyens qu'on met à leur disposition, etc. Cela doit aussi faire l'objet d'une analyse différenciée selon les sexes. Cette question est également liée à la conception de l'apport de l'immigration dans une société d'accueil telle que le Québec et le Canada.

Rappelons que le Québec de demain doit miser encore davantage sur la participation des jeunes autochtones, dans tous les aspects de la citoyenneté.

Conclusion

Pour des jeunes en santé et motivés, il faut leur proposer autre chose. Nous appelons donc le gouvernement à réfléchir, de manière plus globale, à la société qu'il propose à ses jeunes de construire.

Une politique jeunesse digne de ce nom devrait proposer un projet de société stimulant, visant l'intérêt collectif et le développement des compétences de chacun au profit de tous. L'appât du gain, la volonté de s'enrichir et l'individualisme effréné sont actuellement les valeurs phares de notre société. Il est clair que le simple appel au néolibéralisme et le formatage des études aux exigences de l'emploi ne rallient pas la jeunesse autour d'un projet porteur, stimulant, et permettant à chacun de s'investir et de développer ses capacités.

Pour une meilleure participation des jeunes à la société québécoise, soulignons que les organismes communautaires autonomes jouent un rôle essentiel, particulièrement ceux œuvrant auprès des jeunes. Leur contribution doit être reconnue. Quant aux coupures actuelles, notamment en éducation et dans les services sociaux, elles hypothèquent l'avenir des jeunes et, de ce fait, celui de la collectivité.

La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles

Note :

En complément de cet avis, nous joignons le document « Commentaires de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles concernant le projet de Programme national de santé publique 2015-2025 ». Ce document a été transmis le 15 juin dernier au Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint du Ministère de la Santé et des Services sociaux, lors d'une consultation sur le sujet.

Même s'il réfère aux pages d'un autre document, nous croyons que les analyses qui s'y trouvent s'appliquent également à la Politique jeunesse, en ce qui concerne l'analyse globale que nous préconisons.

Document complémentaire à l'avis sur la politique québécoise de la jeunesse

Commentaires de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles concernant le projet de Programme national de santé publique 2015-2025

(document de consultation – version du 19 mai 2015)

Transmis le 15 juin 2015

à Monsieur Horacio Arruda,
Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

Tout d'abord, nous désirons souligner que notre examen du Programme national de santé publique (PNSP) s'est fait dans le but de le renforcer.

Nous partageons totalement l'affirmation faite en pages 24-25 : « Les inégalités peuvent être réduites ou évitées, notamment au moyen de politiques publiques équilibrées. Elles n'affectent pas seulement les personnes ou les groupes qui sont désavantagés; elles touchent l'ensemble de la société, de par leur impact sur la prospérité et le bien-être collectif. La réduction des inégalités sociales de santé constitue donc avant tout un « impératif éthique ». »

Dans le contexte économique et politique actuel, une telle affirmation représente un défi de taille. Tous les jours, nous voyons les effets de décisions politiques qui accroissent les inégalités au lieu de les réduire. Planifier les 10 prochaines années dans un climat si défavorable nous pousse non seulement à examiner le contenu du PNSP, mais aussi les instruments dont il dispose pour son application. Le fait que la santé publique subisse des coupes de 30% nous inquiète énormément, ainsi que le fait de voir la santé présentée comme une dépense et non comme un investissement.

Nous estimons qu'agir sur les déterminants de la santé demande absolument une réponse collective, une vision à long terme, indépendante des agendas politiques, après tout, nous irons deux fois aux urnes durant les 10 années du PNSP.

Il appert que protéger, maintenir et améliorer la santé de la population confrontent les choix politiques, du moins ceux des derniers mois. La réduction des inégalités sociales est centrale dans le PNSP et nous craignons que les mesures d'austérité aillent dans le sens contraire.

Posée crûment, la question peut se résumer à : « les propositions en matière de santé publique seront-elles entendues par le gouvernement et l'ensemble des ministres, qu'ils soient actuellement en poste ou qu'ils les suivent? »

Malheureusement, nous constatons que les gouvernements ne prennent pas leurs décisions en examinant leurs effets sur la santé publique. Ce constat nous pousse à demander que le premier ministre, les ministères, le ministre de la Santé et des Services sociaux, aient comme mandat de travailler directement avec la DSP pour évaluer l'impact de toute politique, règlements, projet de loi sur la santé de la population à

court, moyen et long terme avant que ces derniers soient votés ou mis en place.. La récente réorganisation du réseau de la santé, nous pousse aussi à nous questionner sur la manière dont les responsabilités seront partagées entre, d'une part, le ministre de la Santé et des Services sociaux et la ministre déléguée à la Réadaptation, la Protection de la jeunesse et la Santé publique, et, d'autre part, les CISSS et les CIUSSS. Nous nous questionnons également sur les effets de ces changements sur le déploiement du PNPS.

Nous souhaitons que la DSP réussisse à se faire entendre de l'ensemble de l'appareil gouvernemental, car cette écoute et la réponse collective correspondante sont la clé de l'efficacité des actions en matière de santé publique. Nous estimons qu'un rôle du type de celui joué en 2006, par la DSP de Montréal pour cet exemple, dans l'évaluation des impacts sur la santé publique du projet du Casino, est porteur d'avenir pour l'institution. Le résumé du rapport montrait toute la pertinence d'une telle évaluation :

« Force nous est de conclure que le projet casinotier, dans l'état actuel, n'offre pas les garanties nécessaires et suffisantes quant aux conditions favorables à l'amélioration de la santé de la population montréalaise, ni même au maintien de son état de santé actuel. En conséquence, d'un point de vue de santé publique, il nous apparaît de la plus élémentaire prudence de faire jouer le principe de précaution. »¹

Certains de nos commentaires sur le PNSP seront d'ordre général, d'autres porteront spécifiquement sur une section ou un énoncé.

A : choisir les bons mots

1. Des concepts semblent avoir des définitions variables tout au long du document, par exemple :
 - a. La « solidarité sociale » : semble référer parfois au domaine du ministère qui en a la responsabilité, parfois au mouvement communautaire, parfois aussi au phénomène social qu'est la solidarité.
2. Les termes « communautaire », « communautés » et « groupes de la population »
 - b. En page 12 : le graphique des déterminants de la santé intègre les « services communautaires » et « ressources communautaires » dans le sous-titre « La communauté locale et le voisinage ».
 - c. En page 32 et 38, il est dit que les acteurs impliqués dans les actions de santé publique peuvent être d'ordre « communautaire », donnant comme exemple les communautés locales et les groupes de citoyens (p. 32).
3. Les termes « communautés » et « groupes » : semblent référer parfois à un groupe précis de personnes, liées par une identité ou une préoccupation spécifique, parfois aux personnes habitant un territoire, parfois à l'organisation, notamment communautaire, qu'une population se donne; (partie 3, 3.1 page 34).
4. Dans la partie 1, certains raccourcis de présentation posent des problèmes importants. Par exemple :
 - a. 1.3.1 en page 13 : « La période allant de la conception jusqu'à l'entrée à l'école constitue la phase du développement humain la plus marquée. Les expériences vécues et l'environnement dans lequel les enfants évoluent durant cette période (...) ». Aussi, l'usage des termes « enfants nés et à naître » (page 41). Ces formulations laissent entendre que le terme enfant

¹ Avis sur la modification de l'offre de jeu à Montréal. La construction d'un casino au bassin Peel, Résumé, Richard Lessard et al., 2006, 58 pages. Consulté le 10 juin sur [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications/publications_resume.html?tx_wfqbe_pi1\[uid\]=916](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications/publications_resume.html?tx_wfqbe_pi1[uid]=916)

s'applique dès la conception, alors qu'il s'agit alors d'un fœtus. Cette dénomination pourrait avoir de graves conséquences au niveau de l'accès au libre choix en matière d'avortement. Nous sommes convaincus que tel n'est pas l'intention de la DGSP.

- b. En mettant en valeur l'importance des mères dans le développement des enfants, l'on surresponsabilise les femmes, sans prendre en considération le contexte social et économique dans lequel la famille de l'enfant se retrouve. Bien qu'il soit exact de spécifier le rôle spécifique de la mère durant la grossesse, il serait par ailleurs plus avisé, lorsqu'il n'est pas exclusivement question de cette période spécifique, d'intégrer les termes « parents » et parfois même en y ajoutant le « réseau familial ». Cela serait plus adapté à la société d'aujourd'hui et de demain et éviterait de réduire la parentalité à un couple, hétérosexuel de surcroît. Nous avons remarqué cette tendance surtout dans la partie 1 du document, mais elle peut se retrouver ailleurs dans le texte. Une vérification attentive serait nécessaire.
 - c. « 1.3.2 Des problèmes d'adaptation sociale aux multiples visages » : En intégrant les données sur les victimes d'agressions sexuelles à la même section que celle traitant de la conduite parentale violente, de la consommation d'alcool et de drogue et du jeu, l'on traite les victimes comme si elles avaient des comportements problématiques, sans même spécifier la source des ces violences. Être victime d'une situation violente n'est pas un comportement. Il faudrait distinguer les comportements des agresseurs des conséquences sur les victimes et y dédier des actions spécifiques. L'élément 2.4 (axe 2, page 47) illustre la conséquence de cet amalgame, puisque ce sont les agresseurs et non les victimes qui sont visés par le « Soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé en lien avec : • les habitudes de vie et les comportements (ex. : consommation d'alcool, de substances psychoactives et des jeux de hasard et d'argent, violence, compétences personnelles et sociales, l'accès aux moyens létaux et renforcement de la couverture adéquate par les médias des suicides et des cas de violence) ».
5. Le concept de responsabilité populationnelle (expliquée en page 59) devrait être systématiquement accompagné de l'apport de la population à la protection, au maintien et à l'amélioration de sa propre santé et à celle de la population en général. Nous estimons que la participation citoyenne doit faire partie de l'équation, pour des raisons évidentes au niveau de ses droits et responsabilités.
 6. À plusieurs moments durant notre lecture, nous avons reconnu un vocabulaire issu des ententes prises entre la Fondation Chagnon et le gouvernement. La contribution de cette Fondation étant limitée dans le temps, nous croyons qu'un plan d'action gouvernemental ciblant les 10 prochaines années devrait utiliser le moins possible des titres et expressions référant à des projets qui pourraient ne plus être dans l'air du temps dans quatre ou cinq ans.

B : s'assurer que tout ce qui doit y être y soit

7. De manière générale, nous estimons:
 - a. Qu'il serait utile de faire davantage ressortir l'importance de tous les acteurs, gouvernementaux et non gouvernementaux, dans la lutte pour réduire les inégalités, dans le respect de l'autonomie et des missions spécifiques de chacun. Il faudrait aussi mettre davantage en valeur l'effet cumulé de leurs efforts conjoints.
 - b. Que la pauvreté des enfants ne vient jamais seule, puisqu'elle signifie que leurs parents sont également dans la pauvreté. Or, le PSNP parle peu de la pauvreté des adultes.
 - c. Que l'emphase n'est pas suffisamment mise sur les causes des problèmes de santé, et ce, non seulement à un niveau individuel, mais aussi au niveau collectif, notamment en ce qui a trait à

la violence, à la santé mentale, à l'adaptation sociale, aux comportements et aux maladies chroniques.

8. Nous nous questionnons aussi sur le silence du PNSP quant aux coûts et à l'accessibilité des médicaments. Nous estimons qu'une couverture publique des médicaments, que ce soit par une Politique du médicament ou par un régime entièrement public d'assurance médicaments aurait un important rôle à jouer pour réduire les inégalités sociales. Un plan pour 2015-2025 est le lieu tout indiqué pour avoir une vision d'avenir à cet égard.
9. Nous nous demandons aussi pourquoi une couverture publique universelle des médicaments ne fait pas partie des avenues suggérées par le PNSP. En page 27, la note 10 ouvre pourtant la porte à une proposition plus précise en la matière. À cet égard, nous soulignons que le CSBE a récemment publié un rapport fort éloquent à ce sujet.²
10. Bien que la prévention elle-même soit présente dès le début du PNSP, nous déplorons que la nécessité de l'intégrer dans le continuum de services n'apparaisse qu'en page 27: « Pour effectuer des liens inter-programmes efficaces et assurer une intégration optimale de la prévention aux continuums de services de santé et de services sociaux, les acteurs de santé publique doivent travailler en concertation avec leurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, et ce, chacun à leur palier respectif. ».

Le bilan de santé :

11. De manière générale, les informations fournies sont très intéressantes, cependant, toutes ne sont pas associées à des actions dans la partie 3 (les axes). De la même manière, les principes directeurs énumérés ne sont pas tous assortis d'actions. Bien que nous sachions qu'un exercice de priorisation est nécessaire, nous croyons qu'il faudrait expliquer les choix qui sont faits. Par exemple : le sujet des maladies chroniques ne fait l'objet d'aucune proposition d'intervention, alors qu'il est présenté comme étant préoccupant et qu'il mériterait que l'on travaille autant sur ses causes que sur ses conséquences.
 - a. Toutes ne présentent pas des données différenciées selon les sexes, et lorsque des données existent, nous ne retrouvons pas toujours des actions conséquentes à une analyse différenciée selon les sexes (ADS). Rappelons que toutes les instances gouvernementales devraient appliquer l'ADS³.
 - b. Nous nous questionnons également sur plusieurs absences dans les analyses et dans les actions : rien sur le développement durable, rien sur la lutte aux discriminations, rien sur les proches aidants, rien sur le rôle des pères, rien sur l'esprit critique à développer face à la publicité et à la surconsommation, rien sur la notion de tissu social et de son importance, rien sur l'hypersexualisation de notre société et particulièrement la sexualisation précoce des enfants.
 - c. En pages 14 et 15 : la violence subie par les enfants est présentée uniquement comme étant le fait, soit des parents, soit fait à l'école ou sur le chemin de l'école. Cette présentation laisse dans l'ombre d'autres types de violence. Il faudrait également prendre en compte l'accroissement de la vulnérabilité chez les jeunes, en raison de diverses mesures et politiques gouvernementales, de pratiques commerciales et médiatiques, et des considérations socio-économiques dans lesquelles ils évoluent. Par exemple, l'augmentation de la pauvreté et du

² COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE *Les médicaments d'ordonnance : Agir sur les coûts et l'usage au bénéfice du patient et de la pérennité du système*, mars 2015

³ MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DES AÎNÉS ET DE LA CONDITION FÉMININE, *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait. Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes et Plan d'action 2007-2010. Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait* Québec/Montréal, MFAFC, 2006.

- stress des parents ou des problèmes de logement concourent à augmenter la détresse des jeunes, la violence et l'intimidation.
- d. En page 15 : il est mentionné que « près de la moitié des mères ont rapporté une agression psychologique répétée à l'endroit de leur enfant, le tiers a déclaré de la violence physique mineure et 5 % de la violence physique sévère au moins une fois durant l'année. Par ailleurs, plus du quart des enfants ont été exposés à des conduites violentes entre conjoints (de nature verbale, psychologique ou physique) au sein du ménage. » Ce constat est très grave. Pourquoi n'est-il pas adressé dans le cadre du PNSP.
 - e. En page 16 : la prévalence des problèmes de santé mentale, ayant doublé ces dix dernières années, chez les moins de 20 ans, nous déplorons le peu d'actions prévues pour agir sur les causes et problèmes; les éléments 1.6 et 1.11 de l'axe 1 (pages 41-42) ne nous semblent pas suffisants, d'une part parce que les jeunes ne sont pas tous dans des parcours scolaires et, d'autre part, parce que les « cliniques jeunesse », n'offrent pas toutes le soutien nécessaire pour des questions de santé mentale : par exemple, celle du CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel en offre, mais pas celle du CSSS Jeanne-Mance. Dans le cadre d'un plan pour 10 ans, nous estimons qu'il faudrait orienter davantage le réseau vers des services intégrant la santé mentale pour les jeunes, et les moins jeunes d'ailleurs. Nous croyons que l'amélioration des environnements favorables à la santé des jeunes pourrait réduire les problèmes de santé ou atténuer ses effets.
 - f. 1.3.6 en page 19 : Aux impacts de l'obésité nous estimons qu'il faut ajouter, et documenter, le sous poids et les impacts des troubles alimentaires tels que l'anorexie. Ces derniers doivent d'ailleurs être pris pour leurs effets sur la santé physique autant que sur la santé mentale de la population, en particulier sur les femmes.
12. En page 22 : « Un programme de vaccination contre le VPH chez les filles en milieu scolaire a été implanté en 2008. Toutefois, l'impact de la vaccination ne sera observable qu'à plus long terme. » Cette campagne de vaccination a été très critiquée par de nombreux regroupements que nous côtoyons. Cependant, dans un souci d'aller de l'avant, nous nous questionnons sur l'efficacité de campagnes impliquant une seule personne, lorsqu'il est question de relations sexuelles. Dans ce cas-ci, les filles sont davantage responsabilisées que les garçons. Une campagne de vaccination contre la grippe serait-elle efficace si elle s'adressait uniquement à une partie de la population?
13. Les fonctions, finalités et perspectives d'évolution pour les prochaines années, présentées par le tableau des pages 30-31, ne semblent pas systématiquement liées aux constats et analyses des sections 1 et 2, ni systématiquement aux actions proposées à la section 3. Par exemple :
- a. Surveillance : le suivi des inégalités sociales de santé devrait se faire aussi en fonction de l'ADS, de l'appartenance aux Premières nations (ce qui n'est pas couvert par la question du territoire) ou aux communautés ethnoculturelles ou racisées);
 - b. Promotion : la contribution du mouvement communautaire autonome à l'empowerment de la population et la participation citoyenne aux différentes structures de pouvoir – formelles ou informelles – ne se résument pas par des « initiatives locales ». De plus, les lieux d'hébergement et les organismes communautaires autonomes devraient se retrouver dans l'énumération des milieux de vie.
 - c. Prévention : dans une perspective de santé publique, nous estimons que pour réduire les facteurs de risque il faut les identifier, ce qui est manquant dans cet énoncé. De plus, la contribution des organismes communautaires autonomes ne se résume pas à « une offre de services préventifs » et le soutien qu'ils reçoivent, comme partenaire, ne vise pas à « favoriser l'intégration des interventions (...) par les cliniciens. » Nous estimons que le rôle majeur des organismes communautaires autonomes relativement à la prévention devrait être nommé et

expliqué, comme étant des ressources distinctes de celles du réseau, des ressources qui se définissent souvent par la devise « par-pour-avec » la population. Nous offrons notre collaboration à cet égard, tant pour définir les organismes communautaires autonomes du domaine de la santé et des services sociaux, sans oublier ceux des autres domaines liés aux déterminants de la santé.

14. En page 33 : Étant donné l'importance que revêtent des « Principes directeurs pour guider l'action », en plus de ce qui a été soulevé plus haut relativement au peu d'égard accordé aux Premières nations, à l'ADS et aux réalités des communautés ethnoculturelles et racisées, nous soulignons plusieurs éléments à ajouter à cette section :
- a. Collaboration : la spécificité de la contribution des organismes communautaires autonomes, comme acteurs en santé publique, doit être prise en compte dans l'ensemble de ce point. Les « partenariats » conclus avec les organismes communautaires sont régis par des règles qui doivent notamment respecter leur autonomie face au réseau, leur fonctionnement démocratique, leurs pratiques citoyennes et leurs missions de transformation sociale. Le respect des caractéristiques spécifiques aux différents types d'acteurs et de partenaires doit selon nous être ajouté.
 - b. Capacité d'agir des communautés : La notion de communauté devrait ici référer clairement aux modes d'organisations des populations, notamment par les organismes communautaires autonomes. Les objectifs cités nécessitent la concertation et le travail collectif autour d'enjeux, ce que les termes « groupes » et « communautés » ne décrivent pas adéquatement, puisqu'ils peuvent être lus autant comme étant une catégorie de population que celle habitant dans un quartier ou se reconnaissant comme une communauté identitaire ou d'intérêt;
 - c. L'adaptation des approches d'interventions et des pratiques :
 - Nous estimons que les contextes nécessitant une adaptation ne se limitent pas à la question territoriale. Les exemples donnés pour illustrer le besoin de modulation des services en fonction des besoins ne sont pas, ou pas uniquement, liés aux territoires : des communautés autochtones vivent aussi dans les grands centres, les communautés ethnoculturelles ne sont pas qu'à Montréal, les populations défavorisées et les populations vieillissantes vivent des problèmes semblables où qu'elles résident.
 - Tel que présenté au point sur la collaboration, les particularités des organismes communautaires autonomes, notamment leur autonomie face à leurs pratiques, doivent être prises en compte dans l'énoncé « améliorer les pratiques en continu ».
 - De plus, les enjeux liés à la littératie devraient se terminer, et non débiter, par le paragraphe sur l'ajustement des pratiques. Nous estimons également que les termes « chercher à améliorer » devraient être renforcés, puisqu'il faut réussir à améliorer les connaissances et les compétences en santé de la population. À cet égard, le niveau de littératie des jeunes, des personnes âgées, des personnes handicapées et des communautés ethnoculturelles devraient faire l'objet d'une attention particulière, ce que nous ne retrouvons nulle part dans le PNSP.
 - d. L'innovation et l'excellence : Comme dans bon nombre de publications, programmes et politiques, nous constatons que la recherche de l'innovation et de la qualité, peut se faire au détriment du soutien et à la pérennité des réalisations existantes. L'attrait pour les nouveaux projets, pour les initiatives émergentes et pour le développement continu peut nuire aux organismes communautaires autonomes, lorsque seule cette vision est soutenue financièrement ou encouragée structurellement. Le PNSP devrait, selon nous, encourager la stabilité et la pérennité et pas seulement la nouveauté, en raison de sa vision à long terme de la santé publique.

15. Nous considérons que la nature et l'ampleur des inégalités de santé vécues par les populations autochtones, pertinemment documentées dans les parties 1 et 2 du document, nécessitent des actions énergiques pour agir sur les problèmes soulevés. Or, l'on retrouve une seule, et bien timide mention de cette problématique en page 34, dans le tableau des « Principes directeurs pour guider l'action », et ce, uniquement en ce qui a trait à l'adaptation des approches. Qu'aucune action spécifique ne soit proposée, ni en tant que perspectives d'évolution pour les prochaines années, ni en tant que défi, ou intégré aux axes est, selon nous, très problématique.
16. Les réalités et les besoins des personnes handicapées sont totalement absents du PNSP. Nous estimons qu'une analyse et les interventions conséquentes doivent impérativement être intégrées aux actions de santé publique : du nonaccès à des installations de base dans la vie de tous les jours jusqu'aux enjeux de santé spécifique.
17. L'accroissement de l'immigration et de la part démographique de la population appartenant à des communautés ethnoculturelles et racisées est à peine effleuré par le PNSP, ce qui s'explique encore moins dans le contexte d'un plan pour 10 ans. Aucune action ne s'y rapporte, tout au plus retrouve-t-on une mention dans une parenthèse dans le tableau présentant les principes directeurs (page 33). Pourtant, les conditions de santé et les besoins spécifiques de ces populations doivent être pris en compte et des actions doivent être mises en branle. Qu'on songe aux difficultés liées à la langue ou à la littératie, aux effets sur la santé du délai de carence de trois mois, à la somme d'information qu'il faut assimiler pour comprendre le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux, aux différences culturelles à mesurer, à la perte de repères familiaux et sociaux, à la persistance des écarts de revenus, en particulier pour les femmes, aux réseaux d'entraide à bâtir, etc. Le peu de documentation quant à ces réalités traversant l'ensemble du document, nous joignons en annexe des informations pouvant servir à bonifier plusieurs aspects du PNSP, notamment afin que des actions soient intégrées pour que les informations de santé publique soient adaptées à leurs besoins.
18. Soulignons que le PNSP serait, selon nous, un bon véhicule pour faire progresser l'application de l'avis publié par la CDPDJ, en mai 2013, laquelle déclarait le délai de carence imposé à certains immigrants comme étant discriminatoire. Deux ans plus tard, ni le MSSS ni la RAMQ n'y ayant donné suite, le délai carence est toujours en vigueur. D'un point de vue de santé publique, une telle situation dépasse l'entendement.
19. En page 34 : Le 5^e défi « Réduire les traumatismes » n'est pas accompagné d'une action en conséquence. Nous aurions voulu vérifier systématiquement si les éléments soulevés dans la section 1 et si les défis trouvaient tous leur place dans les actions, mais le temps nous a manqué. Nous soulignons donc les éléments qui nous ont sautés aux yeux, vous laissant le soin de procéder à une vérification complète.

Les axes d'intervention, objectifs et actions-services (nous préférons utiliser le terme « actions » et non « services » - (page 39 à 57)

20. Pour faire écho aux constats présentés quant au portrait de santé de la population, nous estimons qu'il faudrait ajouter deux axes :
 - a. La pleine reconnaissance du droit à la santé : cet axe devrait de plus apparaître en tête de liste. Nous estimons que la santé publique a un rôle à jouer dans l'application des articles 1 à 3 de la LSSSS.
 - b. Le développement sain et global des personnes âgées : Nous estimons qu'un axe devrait être dédié aux actions à entreprendre pour répondre aux constats faits précédemment quant aux conditions de santé des personnes âgées, plutôt que comme une trame de fond au même titre que le sont les inégalités sociales de la santé. La présence d'un axe en bonne et due forme permettrait de réunir des éléments qui semblent éparpillés dans les différents axes, d'aborder

de front les enjeux relatifs au vieillissement de la population, dont les liens avec les maladies chroniques. Cela permettrait de casser avec la présentation, malheureusement courante sur certaines tribunes, du vieillissement de la population comme la source de dépenses qui vient accabler les finances publiques.

21. La première ligne nous semble peu considérée et peu utilisée, dans le contexte d'un plan sur la santé publique. Tout au plus la retrouve-t-on en finale de 3 axes, et toujours par la même formule : « Soutien à l'intégration de la prévention clinique dans les pratiques de première ligne » 1.12, 2.13 et 3,8.
22. Page 36 : « Les critères sur lesquels les services du PNSP ont été sélectionnés sont la pertinence, l'efficacité, la faisabilité, l'acceptabilité et l'équité. » : nous nous inquiétons qu'aucune balise n'accompagne ces critères. Le critère d'acceptabilité nous semble une arme à double tranchant parce qu'il est celui qui peut le plus prêter à interprétation, à plus forte raison à l'intérieur d'une période de 10 ans.
23. De manière générale, nous ne comprenons pas pourquoi certaines actions sont désignées comme étant nationale et d'autres non. Par exemple, des 12 actions de l'axe 3, seulement 2 seraient nationales. Nous comprenons d'autant moins le peu d'actions nationales qu'il s'agit d'un PNSP et que l'adaptation aux différentes spécificités, notamment territoriales, est déjà prévue par les principes directeurs. Nous osons suggérer que toutes les actions du PNSP soient déployées nationalement, et que les spécificités territoriales soient prises en compte dans le cadre des prochaines étapes, soit lors de l'élaboration des plans d'actions spécifiques.
24. Nous nous questionnons sur la pertinence de situer le vieillissement de la population, comme élément transversal aux axes, plutôt que d'en faire un axe en bonne et due forme. Cela aurait l'avantage de déterminer les actions nécessaires pour protéger, maintenir et améliorer la santé de la population de ce groupe d'âge, de la même manière qu'il est proposé de le faire pour les enfants et les jeunes, sans participer au discours ambiant, lequel présente le vieillissement de la population comme une charge financière sur la collectivité. En ne plaçant la situation des personnes âgées essentiellement dans l'action 1,4 dans les inégalités sociales. Nous ne nions pas que les inégalités sociales soient très criantes pour ce groupe d'âge, mais nous estimons que les actions auraient des effets plus globaux si un axe était élaboré pour les personnes âgées. Ici aussi, l'ADS devrait être prise en compte, la situation des femmes âgées étant différente de celle des hommes âgés, des actions adaptées à cette analyse pourraient être développées.

Axe 1 (page 39 à 42)

25. Le développement des enfants semble ne dépendre que des actions parentales, ce qui laisse croire que l'environnement socio-économique n'a pas d'effet sur la santé des enfants.
26. Le développement de rapports égalitaires devrait selon nous faire partie des outils de prévention de la violence.
27. 1.2 : nous soulignons que la « formation sur les habiletés parentales » se doit de prendre en considération qu'il ne faut pas disqualifier les habiletés parentales qui n'émanent pas de livres ou de théories. De tout temps, les parents ont appris à être parents en le devenant. Dans cet esprit, nous soulignons que les groupes communautaires actifs auprès des familles ont développé des pratiques qui prennent en compte les qualifications parentales par du renforcement positif, sans déprécier les compétences existantes.
28. 1.3 : Bien que le « soutien à la promotion de l'allaitement » soit ici présenté avec neutralité, nous déplorons que les bases de cette action s'appuient sur le fait que les mères de nourrissons subissent d'importantes pressions pour allaiter. Ces pressions réduisent le droit des femmes de choisir ou non

- l'allaitement maternel et limitent la question de l'attachement parent-nourrisson à la question de l'allaitement. Nous croyons que les mères de nourrissons doivent être soutenues dans tous leurs choix.
29. 1.5 : la collaboration avec les milieux de garde passe sous silence la contribution spécifique des Centres de la petite enfance (CPE) en comparaison avec celle des milieux de garde privés. Des études ont prouvé que la fréquentation d'un CPE permet de réduire les inégalités sociales⁴. De plus, il serait utile d'ajouter la collaboration avec les milieux d'activités des enfants, que celles-ci soient de natures sportives, culturelles ou autres.
30. 1.10 : le dépistage : la hausse du dépistage produit souvent un accroissement de faux-positifs, nous soulignons qu'il faudrait inclure des actions cohérentes pour contrer les conséquences de ces diagnostics sur la santé physique et mentale des enfants et de leur réseau familial.

Axe 2 (page 42 à 50)

31. Les effets de la pauvreté, du chômage, de la sous-scolarisation et des problèmes de logement devraient selon nous être adressés plus fortement dans un PNSP. Pourtant bien documentés dans la partie 1 et dans la mise en contexte de l'axe 2, nous déplorons que la seule piste d'action réside dans la parenthèse de l'action 2.4 « Soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé ». Bien que nous saluions l'ouverture envers des politiques publiques en ces matières, nous estimons qu'en raison du contexte économique, le PNSP ne peut dépendre exclusivement de la volonté d'autres instances gouvernementales.
32. L'alimentation : la partie 1 présente bien l'ampleur du problème « Au Québec, 7,5 % de la population vit dans un ménage qui a connu une insécurité alimentaire en 2011-2012 et c'est la région de Montréal qui affiche la proportion la plus élevée (plus de 10 %). » et la mise en contexte de l'axe 2 situe plusieurs champs d'interventions. Cependant, nous déplorons qu'une seule action agisse directement sur l'accès aux aliments et que celle-ci soit très limitée : « 2.10 Soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre d'initiatives visant l'accès physique et économique à des aliments de qualité dans les milieux de vie, particulièrement les communautés mal desservies et défavorisées. ». Les autres actions à l'égard de l'alimentation portent sur la détermination de cibles (2.2) et de politiques (2.6) et sur l'information de groupes vulnérables (2.3). Nous estimons que ces actions sont insuffisantes, d'autant plus qu'elles ciblent des portions très circonscrites de population, comme l'indique la note 24 liée à l'action 2.6 : « Les principaux milieux de vie concernés sont les suivants : services de garde, écoles, milieux de travail, établissements du réseau de la santé et des services sociaux, milieux d'hébergement certifiés pour aînés. ». Nous devons également souligner que la sécurité alimentaire est un domaine où les organismes communautaires sont très présents. De plus, les récentes coupures en milieu scolaire touchent beaucoup cette question (les déjeuners, dîners chauds, collations au service de garde, etc.).
33. Le maintien de l'autonomie des aînés (2.15) : cet item permet de constater que les proches aidants sont complètement oubliés du PNSP, autant au niveau de l'aide qu'ils apportent, qu'à leurs besoins de soutien et de répit. Pourtant, leur rôle est directement lié à la santé des personnes âgées et des personnes souffrant de maladies chroniques. Nous estimons qu'en dédiant un axe à la santé des personnes âgées, qui inclurait les maladies chroniques, cela permettra de mettre en valeur la contribution et les besoins des proches aidants.
34. L'accès aux soins bucco-dentaires à tous âges, et peu importe le milieu de vie. Nous ne comprenons pas que le PNSP restreigne son action à la promotion de la santé dentaire (2.3, page 46) et à des interventions limitée et à des âges et contextes spécifiques (1.9 pour les enfants en milieu scolaire en page 41; 2.15 page 49 pour les personnes âgées).

⁴ Voir particulièrement les recherches menées par Sylvana Côté, Professeure agrégée au département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Axe 3 (page 47 à 54)

35. La sexualité étant presque exclusivement présentée comme un risque pour la santé, soit en lien avec les ITSS, les actions proposées se limitent à la prévention des maladies infectieuses, donc dans l'axe 3 (page 52). Nous estimons qu'il faut agir au niveau de l'éducation sexuelle, en y intégrant une préoccupation envers l'hypersexualisation et la sexualisation précoce, bien entendu en milieu scolaire, mais aussi par d'autres ressources proches des jeunes et de leurs modes de vie, notamment par les organismes communautaires autonomes. Cela nécessite une action concertée de plusieurs ministères et une impulsion plus forte de la part du PNSP.
36. En page 53, l'action 3.7 « Interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de ses partenaires sexuels » devrait être bonifiée pour que le consentement des personnes concernées soit requis avant toute intervention.
37. En page 54 : information et sensibilisation des partenaires : Nous estimons qu'il faut aussi soutenir les partenaires afin qu'ils puissent prévenir efficacement les maladies infectieuses. Par exemple, le soutien aux organismes communautaires afin qu'ils puissent distribuer des préservatifs est une action à encourager.
38. 3.10 en page 54 : Nous estimons que le PNSP devrait faire davantage pour le risque de contracter des infections nosocomiales lors d'un séjour hospitalier, alors que l'objectif est d'en ressortir plus en santé. Aucune logique ne justifie que cela constitue un risque pour la population. D'autant plus que la LSSSS stipule, aux articles 3 et 5, que la population a droit à des services et des soins dispensés en toute sécurité. D'un point de vue de santé publique, une telle situation dépasse l'entendement et nécessite des actions fortes.
39. 3.11 : le soutien à la mise en œuvre des services d'injection supervisée ne doit pas selon nous se limiter aux grands centres urbains, mais également se déployer dans toutes les régions.

Axe 4 (page 54 à 57)

40. 4.9, en page 57 : « Collaboration à la mise en œuvre de services d'alerte et d'initiatives permettant l'adaptation des populations vulnérables aux événements climatiques extrêmes et aux épisodes de mauvaise qualité de l'air extérieur. » Dans une perspective d'action en lien avec les déterminants de la santé, nous estimons que la solution ne se trouve surtout pas uniquement au niveau de l'adaptation de la population aux événements climatiques et à la mauvaise qualité de l'air. Nous estimons qu'il faut aussi offrir des services répondant aux besoins des populations vulnérables et plus largement agir au niveau environnemental pour la prévention de problèmes de santé.

En conclusion : le rôle de la santé publique

Nous estimons que le PNSP devrait établir avec plus de force la nécessité de partager les responsabilités des différentes instances gouvernementales et ministérielles envers la santé publique, avant l'adoption de politiques publiques.

Nous croyons qu'il serait essentiel de mettre en évidence les recherches en cours ou à faire sur les causes multiples d'un problème de santé identifié tel le cancer, les problèmes de santé mentale... afin d'agir en amont.

Nous soulignons la mention suivante, en page 27 : « Pour leur part, les ministères et les organismes publics ont l'obligation de le consulter lors de l'élaboration de mesures prévues par les lois et les règlements qui pourraient avoir un impact significatif, positif ou négatif, sur la santé de la population. »

Nous songeons ici aux récentes décisions prises par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, en regard du montant des prestations d'aide sociale accordées aux personnes hébergées pour des thérapies en lien avec les dépendances et à ses effets sur la santé publique. Les organismes communautaires, et pas uniquement ceux spécifiquement dédiés au domaine des dépendances, voient présentement les effets de l'abandon des thérapies : des personnes qui en ont pourtant un grand besoin, retournent dans leurs milieux ou tentent de s'insérer dans des ressources communautaires qui ne sont pas adaptées pour les recevoir. Parmi les cas portés à notre attention, nommons ceux d'organismes d'hébergement pour femmes victimes de violence et des ressources d'entraide en santé mentale.

Nous songeons aussi à des mesures telles que la hausse du nombre d'enfants par classe, les diverses coupures dans l'éducation, dans l'aide aux devoirs, dans le transport adapté, et maintenant dans le transport scolaire. De telles mesures ne peuvent qu'avoir des effets sur la santé des enfants, de leurs parents et de la société dans laquelle ils évoluent, lorsqu'on considère l'ensemble des déterminants de la santé.

Les effets sur la santé publique du recours grandissant à un réseau de santé parallèle au réseau public, offrant des services et des soins payants, nous semblent nuire aux interventions en matière de santé publique. En effet, le système de santé étant maintenant véritablement à deux vitesses, cela accentuera les inégalités sociales et minera des actions comme celles présentées dans le PNSP, notamment en regard du principe d'universalité proportionnée.

Pour augmenter l'écoute des différentes instances gouvernementales et autres envers la santé publique, et pour accroître la prise en compte des déterminants de la santé dans les décisions publiques, nous nous interrogeons sur la division actuelle des compétences ministérielles en matière de santé et de services sociaux. Le fait que la santé publique relève d'un ou d'une ministre délégué-e ne nous semble pas propice à une plus grande responsabilisation de l'appareil gouvernemental envers la santé publique. Nous osons esquisser une proposition qui pourrait, bien entendu être étudiée plus en détail dans d'autres sphères, soit que les responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux soient portées par deux ministres, égaux en responsabilités et en titre, sans hiérarchie entre la santé, les services sociaux et la santé publique.

L'élaboration des plans d'action thématiques sera une étape importante et nous espérons pouvoir y contribuer plus tôt dans le processus, et avoir plus de temps pour nous pencher sur les questions soulevées. Nous remercions la direction de nous avoir accordé le délai supplémentaire demandé, mais nous soulignons qu'il aurait été plus efficace de prévoir dès le départ un échéancier réaliste.

Nous espérons que nos commentaires seront utiles et bonifieront le PNSP.

**Annexe du document de juin 2015,
relativement au projet de Programme national de santé publique 2015-2025
– Informations sur certains enjeux de santé des communautés ethnoculturelles⁵**

1. Immigrants en santé

Plusieurs études démontrent que les immigrants sont en meilleure santé que leurs concitoyens du pays d'accueil, du moins dans les premiers temps suivant leur arrivée. En raison du processus de sélection appliqué aux immigrants du Canada, qui favorise les candidats en santé, les nouveaux immigrants présentent un bilan de santé significativement meilleur que la population en général. En effet, les caractéristiques de sélection associées à la fois à l'immigration et à une bonne santé incluent un niveau de scolarité élevé, un revenu élevé, de grandes aspirations en matière de mobilité sociale et l'aptitude à l'adapter à un nouvel environnement. Il a néanmoins été suggéré que cet avantage disparaît avec le temps et que les profils de santé des immigrants finissent par ressembler à ceux des non-immigrants.

Les données de l'Enquête nationale sur la santé des populations entre 1997 et 2001 met en évidence des sous-groupes qui tendent le plus à constater une détérioration de leur état de santé jusqu'à « mauvais » sont les aînés, les femmes, les immigrants à faible revenu et les nouveaux immigrants membres d'un groupe racialisé (1,2,3). Les données de l'enquête longitudinale auprès des immigrants au Canada (ELIC) confirment la détérioration majeure de l'état de santé autodéclaré des immigrants dans les quatre premières années suivant leur arrivée au pays¹¹.

En ce qui touche la façon d'aborder la santé des migrants, la Santé publique est à la croisée des chemins avec l'approche axée sur les déterminants de la santé aux disparités et inégalités sur le plan de la santé.

2. Trois exemples

Il ne suffit pas d'élaborer une politique, d'édicter une loi, d'élaborer un plan d'action et de mettre en place des structures pour que les communautés ethnoculturelles puissent les utiliser en toute égalité. Il faut que le MSSS et le réseau de la santé gèrent et développent le réseau différemment. C'est un changement de culture, l'implantation de nouvelles pratiques de gestion, une nouvelle orientation de la formation du personnel et un nouveau cadre de recherche qui sont exigés ici.

Pour illustrer l'état des choses, nous donnons en exemple la gestion de la pandémie de grippe A (H1N1) (2009), le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (qui stipule le délai de carence de trois mois en matière de couverture santé) et le dossier de la périnatalité et la santé des femmes immigrantes enceintes.

2.1 Pandémie de grippe A (H1N1)

Lors de la pandémie de grippe A (H1N1) en 2009, les médias véhiculaient des informations à l'effet que les membres des communautés ethnoculturelles ne se prévalaient pas de la vaccination contre la grippe A (H1N1) à cause du manque d'information traduite en différentes langues.

⁵ Les informations de cette annexe ont été transmises par l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a pas mis en place une stratégie d'information linguistiquement et culturellement adaptée afin de rejoindre le plus de personnes provenant des différentes communautés ethnoculturelles.

2.2 Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la loi sur l'assurance maladie

Un autre exemple est celui du Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie.

Depuis le 31 mai 2001, les immigrants reçus deviennent admissibles au régime d'assurance maladie du Québec après un délai de trois mois suivant leur inscription. De plus, le conjoint et les personnes à la charge des personnes qui viennent s'établir au Québec devront eux aussi répondre aux critères d'admissibilité au régime et faire leur propre demande.

Le gouvernement québécois justifie l'introduction de ce délai comme une mesure d'harmonisation avec les cadres législatifs et réglementaires des provinces voisines.

De plus, le gouvernement allègue que le délai de carence imposé aux nouveaux immigrants vise principalement à éviter l'utilisation abusive du système par les personnes qui viennent ici « temporairement uniquement pour bénéficier des soins de santé gratuits ».

Lors de son implantation, la RAMQ avait également affirmé que, puisque l'Ontario l'impose depuis longtemps, le Québec devait en faire autant pour éviter que des immigrants ontariens prennent une adresse temporaire au Québec pour profiter du système.

Les immigrants touchés par ce règlement sont choisis par le Québec et doivent présenter un certificat de santé pour être acceptés comme immigrants. Dans ce cas, la justification de l'abus n'est pas défendable. De plus, cela présuppose qu'ils viennent au Québec pour abuser des services de santé et sociaux.

Le Règlement qui induit ce délai de carence a comme effet de traiter tous les immigrants acceptés par le Québec comme des personnes malhonnêtes, portant ainsi atteinte notamment à leur dignité, à leur intégrité et à leur bien-être.

En mai 2013, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse a émis un avis déclarant que le délai de carence imposé à certains immigrants comme étant discriminatoire, en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, de la Charte des droits et libertés de la personne de la Loi sur les Services de santé et des Services sociaux. Deux ans plus tard, ni le MSSS ni la RAMQ n'ont donné suite à l'avis juridique de la CDPDJ et le délai de carence est toujours en vigueur.

2.3 Périnatalité et santé des femmes immigrantes enceintes

Plusieurs problématiques ont été recensées en matière d'accès aux services en périnatalité des femmes issues de l'immigration.

En premier lieu, il s'agit d'une méconnaissance quasi généralisée du réseau de la santé des personnes issues de l'immigration. Même les nouveaux immigrants ayant de bonnes aptitudes linguistiques ont de la

difficulté à comprendre le fonctionnement du système de santé québécois, ne sachant pas trop à quel endroit doit-on se présenter pour un problème donné.

Assez souvent, les femmes arrivent au Québec en étant déjà enceintes et en raison du stress de leur nouvelle vie vivent énormément d'inquiétudes et d'inconforts, en plus des irritants habituels de la grossesse.

La période entourant l'arrivée d'un enfant varie beaucoup d'une culture à l'autre en ce qui concerne le suivi médical, les interventions, l'accouchement, les suivis médicaux, les retraits préventifs, l'alimentation de la mère et du nourrisson, les rituels, la vaccination, etc. Il est important d'offrir aux familles immigrantes une information adaptée culturellement et linguistiquement sur les services en périnatalité dont elles pourraient bénéficier.

Malgré plusieurs améliorations ressenties au cours des dernières années dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, il subsiste des problèmes liés essentiellement à l'accessibilité même des services. D'une part, les personnes immigrantes sont informées dans la brochure qui leur est remise lors de leur arrivée que pour tout service de santé il faut, tout d'abord, s'adresser à un CLSC ou à une clinique sans rendez-vous, le cas échéant. Or, les femmes enceintes nouvellement arrivées rencontrent des difficultés de taille à recevoir quelque service que ce soit relativement à leur grossesse, surtout pour celles qui sont sujettes au délai de carence.

La grande majorité des institutions n'ont pas informé leur personnel à l'effet que ces femmes avaient droit aux services relatifs à leur grossesse, s'agissant d'une exception prévue par les Règlements de la RAMQ. Ceci amène des situations où les femmes qui requièrent des services sont simplement renvoyées des CLSC; on leur répond simplement que le CLSC n'offre pas des services de santé aux femmes enceintes. Dans les cliniques sans rendez-vous, elles ne peuvent même pas passer l'étape de l'inscription, faute de carte. Quant aux urgences, après une attente de plusieurs longues heures, on leur dit qu'on ne peut rien faire pour elles. La situation n'est guère meilleure pour les femmes déjà en possession de leur carte-soleil : les CLSC, pourtant promus comme constituant la première ligne en matière de services de santé, disent aux femmes enceintes qu'ils n'offrent pas des services en obstétrique, et ce, sans les diriger nulle part ailleurs, sauf aux urgences si la situation le requiert.

Références :

1. Ng, E., Wilkins, R., Gendron, F. et Berthelot, J.-M. L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population. *En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population*. Numéro 2. Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2005 [cité en mai 2010]. no 82-618-MWF2005002 au catalogue. Affiché à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-618-m/82-618-m2005002-fra.htm>]
2. Newbold, K.B. Health status and health care of immigrants in Canada : A longitudinal analysis. *J Health Serv Res Policy*. 2005, 10(2) : 77-83a.
3. De Maio, F.G. et Kemp, E. The deterioration of health status among immigrants to Canada. *Glob Public Health*. 2010, 5(5) : 462-78.
4. La santé des immigrants, Santé Canada 2010
5. Antecol et Bedard, 2006; Wilkins et coll., 2008
6. <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/bull/2010-health-sante-migr/index-fra.php#a8>
<http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/bull/2010-health-sante-migr/index-fra.php> - a8