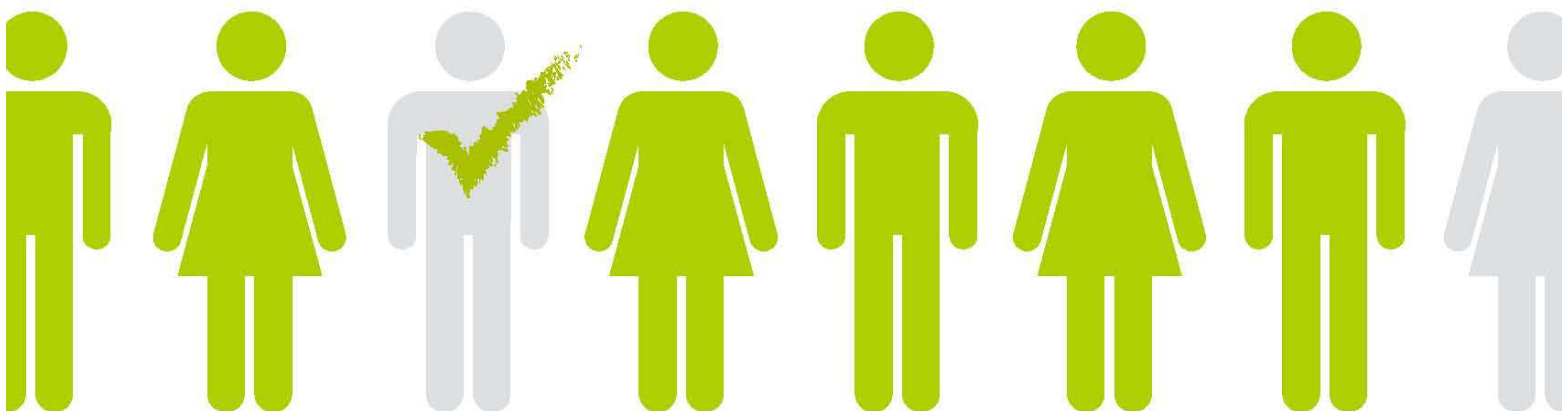
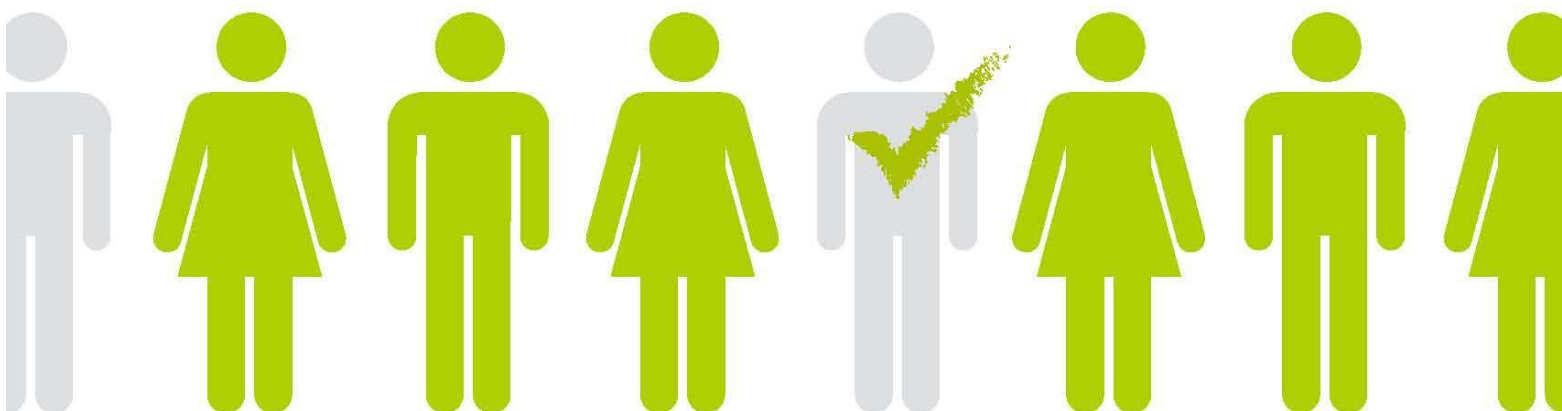




Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Mémoire des directrices et directeurs régionaux de santé publique

Soumis au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le 29 janvier 2016



Le mémoire des directrices et directeurs régionaux de santé publique soumis au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale le 29 janvier 2016 dans le cadre de la consultation sur la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale est une production de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

1301 rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
(514) 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Recherche et rédaction

Marie-France Raynault, Centre Léa-Roback sur les Inégalités sociales de santé
Simon Tessier

Collaboration

Dominique Côté, Centre Léa-Roback sur les Inégalités sociales de santé
Maude Landry
James Massie
Marie Pinard
Isabelle Thérien, Centre Léa-Roback sur les Inégalités sociales de santé

Graphisme de la page couverture

Paul Cloutier

Contribution

La Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal remercie chaleureusement toutes les directions régionales de santé publique du Québec qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

© Direction régionale de santé publique
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2016

ISBN 978-2-89673-515-0 (version PDF)
Dépôt légal – Bibliothèque et Archive nationales du Québec, 2016
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2016

Les reproductions de ce texte, en tout ou en partie, sont autorisées à condition d'en mentionner la source. Dans cette publication, l'emploi du masculin pour désigner les personnes n'a d'autre fin que d'alléger le texte.

Mot des directrices et des directeurs

Les directeurs régionaux de santé publique (DRSP) ont la responsabilité légale de prévenir la maladie ainsi que de surveiller, de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être de la population. Comme le résumait l'Organisation mondiale de la Santé dans son rapport « Comblar le fossé en une génération », la pauvreté rend malade et tue. La pauvreté a des impacts si importants sur la santé des individus qu'elle compromet non seulement la qualité de vie mais réduit également l'espérance de vie de ceux qui y sont confrontés.

Depuis le milieu du 20^e siècle, les institutions publiques dont la société québécoise s'est dotée ont permis de mitiger les effets de la pauvreté. Un système universel de soins de santé, un réseau d'éducation accessible, des services de garde éducatifs à tarif réduit, des mesures d'aide financière de dernier recours et différentes mesures de soutien au revenu constituent des exemples du système de protection sociale québécois. Il y a près de 15 ans, le gouvernement du Québec a formalisé ses efforts de la lutte contre la pauvreté à travers une loi cadre, une stratégie et deux plans d'action gouvernementaux. Les DRSP soulignent la grande pertinence de cette loi et souscrivent aux principes qu'elle met de l'avant.

Malheureusement, force est de constater que le Québec n'est pas parvenu à endiguer la pauvreté puisqu'une personne sur huit vit dans une grande précarité. L'élaboration du troisième plan gouvernemental est l'occasion de mesurer le chemin parcouru et de proposer des mesures efficaces pour que le Québec puisse se classer au rang des sociétés les plus efficaces dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Ce mémoire s'appuie sur l'expertise des directions régionales de santé publique en matière d'inégalités sociales de santé et sur les différents travaux qu'elles ont menés dans les régions de Montréal (1998, 2011, 2015), de la Capitale-Nationale (2013), de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2012), du Nunavik (2011), de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (2011), de Laval (2009), de l'Estrie (2009) et de la Montérégie (2007). Il décrit

brèvement la situation des inégalités sociales au Québec et identifie différents enjeux qui doivent être examinés en priorité. Il insiste sur la nécessité de l'attribution de ressources suffisantes pour faire que les excellents principes de la Loi se concrétisent. Enfin, il insiste pour que l'État québécois veille à assurer la cohérence entre l'ensemble des actions gouvernementales et celles visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Les DRSP réitèrent leur engagement dans ce dossier ainsi que leur disponibilité pour collaborer avec les autorités gouvernementales à l'élaboration du nouveau Plan.

Les directrices et directeurs régionaux de santé publique :



M. Sylvain Leduc, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent (01)



M. Donald Aubin, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)



M. François Desbiens, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux de la Capitale-Nationale (03)



Mme Isabelle Goupil-Sormany, M.D.
Directrice de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
(04)



Mme Mélissa Gagné, M.D.
Directrice de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier
universitaire de Sherbrooke (05)



M. Richard Massé, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06)



M. Jean-Pierre Courteau, M.D.
Coordonnateur médical
Centre intégré de santé et de services sociaux
de l'Outaouais (07)



Mme Lise Landry, M.D.
Directrice de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux
de l'Abitibi-Témiscamingue (08)



M. Stéphane Trépanier, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Côte-Nord (09)



M. Éric Goyer, M.D.
Directeur de santé publique
Centre régional de santé et des services sociaux
de la Baie-James (10)



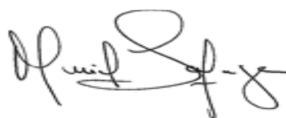
Mme Ariane Courville, M.D.
Coordonnatrice médicale
Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Gaspésie (11)



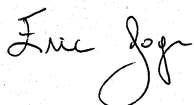
M. Philippe Lessard, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux
de Chaudière-Appalaches (12)



M. Claude Prévost, M.D.
Coordonnateur médical
Centre intégré de santé et de services sociaux
de Laval (13)



Mme Muriel Lafarge, M.D.
Directrice de santé publique par intérim
Centre intégré de santé et de services sociaux
de Lanaudière (14)



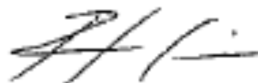
M. Éric Goyer, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux
des Laurentides (15)



M. Jean Rodrigue, M.D.
Directeur de santé publique par intérim
Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Centre (16)

ABSENT

M. Serge Déry, M.D.
Directeur de santé publique
Régie régionale de la santé et des services
sociaux du Nunavik (17)



M. Robert Carlin, M.D.
Directeur de santé publique par intérim
Conseil cri de la santé et des services sociaux
de la Baie-James (18)

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	7
RECOMMANDATIONS	9
INTRODUCTION	11
1. RESPONSABILITÉS LÉGALES DES DIRECTEURS RÉGIONAUX DE SANTÉ PUBLIQUE	13
2. PAUVRETÉ AU QUÉBEC, DES EFFORTS À INTENSIFIER	14
3. IMPACTS DE LA PAUVRETÉ ET DES INÉGALITÉS SOCIALES SUR LA SANTÉ	18
4. ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	23
5. ÉLABORATION D'UN TROISIÈME PLAN GOUVERNEMENTAL VISANT À LUTTER CONTRE LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION	26
 ORIENTATION 1 PRÉVENIR LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE EN FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES	 30
 ORIENTATION 2 RENFORCER LE FILET DE SÉCURITÉ SOCIALE ET ÉCONOMIQUE	 36
 ORIENTATION 3 FAVORISER L'ACCÈS À L'EMPLOI ET VALORISER LE TRAVAIL	 42
 ORIENTATION 4 FAVORISER L'ENGAGEMENT DE L'ENSEMBLE DE LA SOCIÉTÉ	 45
 ORIENTATION 5 ASSURER LA CONSTANCE ET LA COHÉRENCE DES ACTIONS À TOUS LES NIVEAUX	 46
 CONCLUSION	 52
RÉFÉRENCES	54

RÉSUMÉ

La pauvreté est un déterminant majeur de la santé des Québécois. Depuis 1998, les directions de santé publique autant régionales que nationale ont décrit l'impact des inégalités sociales sur la santé, mesuré autant dans les communautés urbaines qu'en régions périphériques, notamment dans les territoires des Premières Nations et des Inuits. Malgré l'amélioration de l'espérance de vie générale, des écarts de santé importants persistent entre nantis et défavorisés et la situation stagne. Cet état de fait a des répercussions importantes dans la vie des personnes mais aussi des conséquences sur les finances publiques, le système de santé absorbant une proportion toujours plus grande des ressources de l'État.

Les directeurs régionaux de santé publique (DRSP) mettent de l'avant une approche préventive de la pauvreté, en cohérence avec leur mission d'intervenir bien en amont des enjeux de santé, d'identifier les situations à risque et de remédier précocement aux problèmes détectés. En ce sens, ils souscrivent entièrement aux principes mis de l'avant par la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale du Québec en 2002 au terme d'une vaste mobilisation citoyenne et de travaux de recherche auxquels les DRSP ont participé.

La Loi visait à faire du Québec une société parmi les meilleures en termes de lutte à la pauvreté. Des progrès ont été réalisés à cet égard, notamment en ce qui a trait à la pauvreté des familles monoparentales. Celles-ci ont pu participer davantage au marché du travail grâce à des politiques familiales qui ont été célébrées autant dans les autres provinces canadiennes que dans les rapports de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur le Canada. Cependant, il faut constater que le Québec ne réussit pas là où des sociétés de taille et de richesse équivalentes, comme certains pays nordiques ou les Pays-Bas, continuent d'enregistrer de faibles taux de pauvreté, au grand bénéfice de ces sociétés. Rappelons que le Centre d'étude sur la

pauvreté et l'exclusion (CEPE) a estimé entre 15,7 et 17 milliards par année les coûts de la pauvreté au Québec, soit entre 5,8 % et 6,3 % du produit intérieur brut (PIB) (estimation pour l'année 2008).

Si les principes mis de l'avant dans les documents officiels dans le domaine sont fort louables, plusieurs questions demeurent sur la cohérence des actions gouvernementales en matière de pauvreté. D'une part, les ressources ne sont souvent pas au rendez-vous pour implanter les programmes de façon universelle sur les territoires en tenant compte des disparités sociales mais encore plus inquiétant, des programmes performants sont remis en question, voire carrément réorientés et des ressources essentielles à la prévention et à la réhabilitation sont retirées progressivement.

Les directions régionales de santé publique répondent à l'appel d'engagement lancé par la Loi. Au-delà de la mesure des inégalités sociales de santé, elles entendent continuer à travailler à la réduction des inégalités sociales. Elles le feront notamment dans le cadre du Programme national de santé publique 2015-2025 et des plans d'action régionaux en découlant. Elles y porteront une attention prioritaire sur leur territoire et maintiendront leur collaboration avec les intervenants locaux institutionnels et communautaires qui s'investissent dans cet important chantier sociétal.

RECOMMANDATIONS

ORIENTATION 1

PRÉVENIR LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE EN FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES

- Augmenter l'accès aux CPE en installation dans les quartiers ou territoires démunis et favoriser la réussite scolaire
- Améliorer l'intégration des immigrants

ORIENTATION 2

RENFORCER LE FILET DE SÉCURITÉ SOCIALE ET ÉCONOMIQUE

- Augmenter la protection sociale au Québec
- Développer l'accès à un logement salubre et abordable pour tous
- Assurer un revenu suffisant aux personnes les plus pauvres
- Maintenir un système de santé universel, gratuit et axé sur la prévention

ORIENTATION 3

FAVORISER L'ACCÈS À L'EMPLOI ET VALORISER LE TRAVAIL

- Assurer que l'accès à un emploi permette la sortie de la pauvreté

ORIENTATION 4

FAVORISER L'ENGAGEMENT DE L'ENSEMBLE DE LA SOCIÉTÉ

- Répondre à l'appel du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) en s'engageant, à titre de DRSP, à maintenir et à développer les interventions pour réduire les inégalités sociales de santé

ORIENTATION 5

ASSURER LA CONSTANCE ET LA COHÉRENCE DES ACTIONS À TOUS LES NIVEAUX

- Identifier des indicateurs de performance et des cibles mesurables
- Assurer la cohérence des actions gouvernementales par des évaluations d'impact sur la pauvreté et la santé
- Accorder un financement adéquat aux mesures pour s'assurer de résultats significatifs des interventions
- Développer et partager les connaissances sur la pauvreté, les inégalités sociales et les interventions efficaces pour les réduire

INTRODUCTION

Adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale du Québec en 2002, la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, ci-après nommée la Loi, vise à : « guider le gouvernement et l'ensemble de la société québécoise vers la planification et la réalisation d'actions pour combattre la pauvreté, en prévenir les causes, en atténuer les effets sur les individus et les familles, contrer l'exclusion sociale et tendre vers un Québec sans pauvreté¹ ». La pauvreté y est définie comme « la condition dans laquelle se trouve un être humain qui est privé des ressources, des moyens, des choix et du pouvoir nécessaires pour acquérir et maintenir son autonomie économique ou pour favoriser son intégration et sa participation à la société² ».

La Loi présente cinq grandes orientations autour desquelles les actions du gouvernement et de la société québécoise doivent s'articuler : 1) prévenir la pauvreté et l'exclusion sociale en favorisant le développement du potentiel des personnes; 2) renforcer le filet de sécurité sociale et économique; 3) favoriser l'accès à l'emploi et valoriser le travail; 4) favoriser l'engagement de l'ensemble de la société; et 5) assurer, à tous les niveaux, la constance et la cohérence des actions³. Pour baliser les interventions gouvernementales qui en découlent, la Loi a institué la *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* qui propose une série d'actions visant à s'attaquer aux causes et aux conséquences de la pauvreté et de l'exclusion⁴. En 2004, le gouvernement dépose le *Plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2004-2010)* pour assurer la mise en application des cinq orientations prévue par la Loi⁵. Pour en assurer la continuité, le second *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015* est ensuite dévoilé en 2010⁶.

En 2014, le ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale dresse le bilan des résultats des actions menées dans le cadre de la *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*⁷. Bien qu'il considère que les buts de la stratégie aient été

globalement atteints par les différentes actions gouvernementales, le rapport souligne la persistance de la pauvreté, la stagnation du revenu disponible pour plusieurs groupes de personnes et la vulnérabilité d'une proportion importante des prestataires de l'aide de dernier recours⁸.

À l'heure actuelle, afin d'identifier les enjeux à prendre en compte dans l'élaboration d'un troisième plan d'action gouvernemental, le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) mène une consultation publique sollicitant la participation de différents acteurs de la société québécoise interpellés par les enjeux de pauvreté. C'est dans ce contexte, et conformément à leurs mandats légaux et à l'approche populationnelle préconisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), que les directeurs régionaux de santé publique (DRSP) déposent ce mémoire pour faire état des différents visages de la pauvreté au Québec et des enjeux pour la santé qui en découlent.

Après avoir décrit les responsabilités légales qui échoient aux DRSP, le présent mémoire fera le portrait de la pauvreté au Québec et à Montréal, décrira l'impact des inégalités sociales sur la santé, exposera les actions de santé publique dans le domaine ainsi que le point de vue des acteurs de santé publique sur les enjeux et priorités d'interventions à mettre en œuvre dans le nouveau plan d'action de la *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*.

1. RESPONSABILITÉS LÉGALES DES DIRECTEURS RÉGIONAUX DE SANTÉ PUBLIQUE

Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le directeur de santé publique est responsable dans sa région⁹:

- d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;
- d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
- d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller les CISSS/CIUSSS sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;
- d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

La *Loi sur la santé publique* établit que le directeur de santé publique peut intervenir pour « prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population¹⁰ ». Pour ce faire, il peut notamment :

- identifier au sein de la population les situations comportant des risques pour la santé et les évaluer;

- promouvoir l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population auprès des divers intervenants dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population;
- soutenir les actions qui favorisent, au sein d'une communauté, la création d'un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être¹¹.

La pauvreté est un déterminant majeur de la santé des Québécois. C'est pourquoi les DRSP sollicitent les instances gouvernementales pour la mise en place de politiques publiques efficaces pour la réduire.

2. PAUVRETÉ AU QUÉBEC, DES EFFORTS À INTENSIFIER

L'article 4 de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté de l'exclusion sociale* précise que la Stratégie nationale vise à amener progressivement le Québec parmi les nations industrialisées comptant le moins de personnes pauvres¹². Force est de constater qu'en dépit des améliorations observées, les taux de pauvreté des pays développés membres de l'OCDE¹³ révèlent que le Québec est encore dépassé par le Danemark, l'Islande, la République tchèque, les Pays-Bas, la Finlande, la Norvège, la France, le Luxembourg, la République slovaque et l'Allemagne. Il faut noter que le Canada, avec une proportion de 11,8 % des personnes vivant dans la pauvreté, fait bien piètre figure dans ce palmarès, arrivant au 21^e rang des 27 pays étudiés.

Dans trois rapports importants publiés depuis 2008^{14,15,16}, l'OCDE confirme que les inégalités de revenu ont augmenté au Canada dans les années 1990 alors que le revenu moyen des 10 % les plus riches atteint 9 fois celui des plus pauvres en 2011 et que le patrimoine détenu par les 10 % des plus riches représente 50 % de la richesse nette de l'ensemble des ménages¹⁷.

Le Québec n'échappe pas à cette tendance. Bien qu'ils soient moins marqués qu'au Canada et aux États-Unis, les écarts se creusent au Québec tant au niveau des revenus que du patrimoine¹⁸. De plus, le taux de pauvreté au Québec se maintient à des niveaux inquiétants et la situation montréalaise est alarmante (Tableau 1).

Tableau 1 - Taux de faible revenu selon les seuils de la mesure de faible revenu après impôt des particuliers, régions administratives et ensemble du Québec, 2003-2010

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Variation 2003-2010*
01 Bas-Saint-Laurent	10,7	10,6	9,9	10,0	10,5	10,0	9,6	9,7	-9,1
02 Saguenay-Lac-Saint-	10,8	10,6	10,1	9,8	10,1	9,8	9,6	9,4	-12,8
03 Capitale-Nationale	9,7	9,8	9,3	9,2	9,5	9,1	8,9	8,9	-7,9
04 Mauricie	13,5	13,8	13,2	12,9	13,5	13,3	13,2	13,2	-2,4
05 Estrie	11,6	11,7	11,2	11,5	12,4	12,3	12,4	12,4	6,9
06 Montréal	19,9	20,1	19,3	19,3	20,2	20,2	20,5	20,8	4,3
07 Outaouais	12,0	12,0	11,4	11,4	11,7	11,4	11,3	11,2	-6,5
08 Abitibi-Témiscamingue	12,6	12,3	11,2	11,0	11,4	10,9	10,7	10,2	-18,6
09 Côte-Nord	11,7	12,2	11,5	11,9	12,4	12,4	12,1	11,1	-5,2
10 Nord-du-Québec/ARK	14,2	14,7	14,2	16,2	17,3	14,6	15,9	15,3	8,3
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	12,7	12,9	12,3	12,1	12,7	12,4	12,0	12,0	-5,7
12 Chaudière-Appalaches	7,6	7,6	7,2	7,3	7,7	7,6	7,5	7,3	-3,8
13 Laval	9,7	9,9	9,4	9,6	10,3	10,4	10,8	10,8	11,9
14 Lanaudière	10,1	10,1	9,3	9,4	10,2	10,2	10,3	10,0	-1,8
15 Laurentides	10,3	10,2	9,5	9,5	10,3	10,2	10,3	10,0	-2,9
16 Montérégie	9,9	9,8	9,2	9,2	10,0	10,0	10,2	10,0	0,7
17 Centre-du-Québec	10,9	11,0	10,4	10,7	11,2	11,2	11,4	11,0	1,3
Ensemble du Québec	12,7	12,7	12,1	12,1	12,7	12,6	12,7	12,6	-0,6

- Variation du taux de faible revenu selon la mesure de faible revenu (MFR) entre 2003 et 2010. Les taux négatifs indiquent une diminution et les taux positifs une augmentation du taux de faible revenu durant cette période

Source : Statistique Canada, Fichier sur les familles T1 (FFT1), Compilation : Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec. Traitement : Direction des politiques de lutte contre la pauvreté, MESS. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. 2014. *Résultats des actions menées dans le cadre de la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2002-2013. Rapport du ministre de Québec : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale*, p. 141.

La situation québécoise et montréalaise¹⁹

En 2011, la population du Québec atteignait 7,9 millions dont plus de 1,9 million d'habitants dans la région sociosanitaire de Montréal, soit près du quart (24 %) de la population du Québec. Parmi les 3,4 millions de ménages que compte le Québec, 850 000 ménages habitent dans la métropole.

Selon le Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE), **la pauvreté a légèrement diminué au Québec entre 1997 et 2010²⁰ à l'exception de Montréal qui est la seule région à avoir vu une aggravation de la pauvreté.** Une compilation réalisée par la Direction régionale de santé publique de Montréal à partir des données du recensement de Statistique Canada révèle qu'en 2011, 16,7 % de la population québécoise vit sous le seuil de la MFR alors que cette proportion atteint 24,6 % de la population montréalaise, ce qui représente plus de 450 000 personnes. Au Québec, la proportion s'élève à 16,3 % chez les enfants de 0 à 17 ans (16,8 % chez les 0-5 ans). À Montréal, la situation est alarmante alors que ces proportions atteignent 27,5 % et 29,3 % respectivement. Au Québec, certains groupes de population sont particulièrement affectés, notamment les immigrants (25,8 %), la population vivant seule (37,5 %), les personnes de 65 ans et plus vivant seules (43,5 %), les personnes sans diplôme (28,8 %), et les Autochtones (23 %)¹.

Au Québec, toujours selon la même compilation, 16 % des familles avec enfants de 0 à 17 ans vivent sous la MFR alors que cette proportion atteint 26,5 % à Montréal. La situation est évidemment bien pire pour les familles monoparentales du Québec, particulièrement celles avec enfants mineurs (34,5 %), notamment celles ayant des enfants d'âge préscolaire (48,3 %). **Si le chef de ces familles ayant au moins un enfant d'âge préscolaire est une femme, la proportion grimpe à 52,0 % dans l'ensemble de la province.**

Au Québec, 12,6 % de la population est issue de l'immigration récente alors qu'à Montréal, une personne sur trois est un immigrant (33,2 %, soit plus de 600 000

¹Il y a une sous-représentation des Autochtones dans les enquêtes.

personnes). **Plus d'un immigrant sur quatre (25,8 %) vit en situation de pauvreté selon la MFR, particulièrement les immigrants récents (45 %).** On constate chez les immigrants québécois un taux très élevé de travailleurs à faible revenu (11,2 %) en comparaison avec l'ensemble du Canada (8,4 %) et ce, peu importe le niveau de scolarité et le sexe²¹.

Au Québec, comme au Canada, les Autochtones sont confrontés à des conditions de vie difficiles et à des problèmes sociaux dans leur communauté qui se répercutent sur leur santé et en exacerbent les effets délétères²². Pour échapper à ces problèmes, un nombre grandissant d'entre eux migrent vers les villes où ils sont confrontés à des problèmes de pauvreté, d'isolement, de racisme, de discrimination, de toxicomanie et d'itinérance²³. Les Autochtones venus s'établir en milieu urbain ont également un accès restreint aux services de santé²⁴.

Il apparaît essentiel que le plan de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale prévoit des mesures concrètes pour agir en amont en vue d'éradiquer la misère chronique et les conditions de vie déplorables auxquelles se confronte une trop grande proportion des communautés autochtones du Québec. Par exemple, le développement d'un nombre suffisant d'unités de logement salubres, abordables, de taille convenable et munis des services essentiels (notamment l'eau courante) dans les communautés constituerait déjà une action concrète permettant d'agir sur la pauvreté en milieu autochtone et sur leur santé.

En janvier 2016, **le taux de chômage dans les régions du Québec varie grandement, allant de 5,0 % dans la région de Québec à 17,4 % dans la région de Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine**²⁵. En moyenne au Québec, le taux de chômage a légèrement diminué passant de 8,2 % en 2005 à 7,7 % en 2014. Comme dans l'ensemble du Québec, le taux de chômage a légèrement baissé entre 2005 et 2014 à Montréal, passant de 10,7 % à 9,8 %²⁶. Il demeure cependant supérieur à la moyenne nationale.

En octobre 2015, environ 314 000 ménages québécois sont **prestataires des programmes d'assistance sociale**, une légère baisse de 6 000 ménages (-1,9 %) par rapport au mois de novembre 2014²⁷; plus de 96 900 ménages montréalais vivaient de prestations d'aide sociale, incluant 37 419 enfants mineurs²⁸; le taux d'assistance sociale s'élevait à 6,3 % pour l'ensemble du Québec comparativement à 8,6 % à Montréal. Chez les enfants, l'écart dans les taux d'assistance sociale entre Montréal et l'ensemble du Québec est encore plus important soit 10,7 % par rapport à 6,1 %. Enfin, si les immigrants représentent 18,2 % de l'ensemble des adultes prestataires au Québec, à Montréal, cette proportion atteint 42 %²⁹.

La pauvreté n'affecte pas seulement les personnes sans emploi : plusieurs travailleurs à faible revenu y sont également confrontés. Au Québec, 7,8 % des **travailleurs à temps plein et 16,3 % des travailleurs à temps partiel vivent sous la mesure de faible revenu après impôt**. À Montréal, un travailleur à temps partiel sur quatre vit dans la pauvreté (25,2 %).

3. IMPACTS DE LA PAUVRETÉ ET DES INÉGALITÉS SOCIALES SUR LA SANTÉ

« La pauvreté n'est pas uniquement une question de manque de revenu. La conséquence à la fois du gradient social de la santé et de la santé médiocre des plus pauvres parmi les pauvres, est que les inégalités en santé sont causées par une répartition inégale des revenus, des biens et des services, et des possibilités qui en découlent de mener une vie épanouie. Cette disparité dans la répartition n'est en aucun cas un phénomène 'naturel' mais elle est le résultat de politiques qui priment les intérêts de certains par rapport à ceux des autres ». (OMS, 2008, p.31)

Les effets délétères de la pauvreté sur la santé sont largement documentés dans les écrits scientifiques. Il n'est plus à démontrer que le fait de vivre en situation de pauvreté

est associé à une moins bonne santé, à une espérance de vie plus courte particulièrement pour ce qui est des années vécues en bonne santé³⁰. En 2008, le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) décrit les liens entre pauvreté et mauvaise santé³¹. Le rapport met en évidence que les inégalités sociales de santé sont le résultat d'une multitude de facteurs structurels (conjoncture économique, politiques sociales et économiques, revenu, logement et environnement bâti, éducation et littératie, réseau de soutien et environnement social, emploi et conditions de travail, contextes entourant le développement de la petite enfance, etc.) sur lesquels les individus seuls ont peu de prise.

Le rapport de l'OMS souligne l'importance d'agir sur ces déterminants par l'amélioration des conditions de vie des plus pauvres et par la lutte aux inégalités dans la répartition du pouvoir et des ressources. Si la pauvreté peut engendrer des problèmes de santé, elle peut également résulter de ceux-ci comme le rappelle un autre rapport de l'OMS : « la pauvreté nuit à la santé parce qu'elle augmente les risques personnels et environnementaux, la malnutrition et l'insécurité alimentaire et réduit l'accès aux connaissances et aux informations ainsi qu'aux soins de santé, tandis que la mauvaise santé engendre la pauvreté en réduisant le revenu des ménages, l'aptitude à apprendre et la productivité et en provoquant une dégradation de la qualité de vie³² ».

Au Québec, dans la dernière décennie, les impacts de la pauvreté sur la santé et les inégalités de santé entre les groupes sociaux ont fait l'objet d'importants travaux de la part du directeur national³³ et des directeurs régionaux de santé publique. Outre Montréal, les directions de santé publique des régions de l'Estrie³⁴, de la Montérégie³⁵, de la Capitale-nationale³⁶, de la Mauricie et du Centre-du-Québec³⁷, de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine³⁸, du Nunavut³⁹, des Laurentides⁴⁰ et de Laval⁴¹ ont documenté les impacts de la pauvreté et des inégalités sociales sur la santé dans leur région.

Rappelons ici quelques impacts de la pauvreté sur la santé tels que décrits notamment dans le rapport 2011 du Directeur de santé publique de Montréal intitulé *Le chemin parcouru*.

Espérance de vie réduite et mortalité prématurée

Les différences d'espérance de vie et la mortalité prématurée sont particulièrement marquées entre les catégories de revenus. En 2006-2008, le taux de mortalité prématurée (avant 75 ans) et le taux de mortalité évitable sont près de deux fois plus élevés dans la catégorie de revenu inférieur par rapport à la catégorie de revenu supérieur⁴².

Par ailleurs, bien qu'il ait diminué depuis les 25 dernières années, le taux de mortalité infantile est beaucoup plus élevé dans la catégorie de revenus inférieurs (5,1/1 000) par rapport à la catégorie supérieure (3/1 000)⁴³. C'est aussi le cas chez les jeunes de moins de 20 ans dont le taux de mortalité est deux fois plus élevé dans la catégorie de population à faible revenu comparativement à celle de revenu supérieur (50,4 versus 25,1/100 000)⁴⁴.

En dépit de l'amélioration globale de l'espérance de vie depuis plus de 20 ans, des écarts importants persistent entre les riches et les pauvres s'élevant à près de 6 ans chez les hommes et 4 ans chez les femmes. De surcroît, la différence est encore plus marquée entre les habitants des quartiers riches et ceux des quartiers pauvres : elle s'élève à près de 11 ans⁴⁵.

Retombées potentielles de la réduction des inégalités sociales de santé

Si le taux de mortalité observé dans la catégorie de revenu du quintile supérieur s'appliquait au quintile inférieur, Montréal pourrait éviter chaque année :

- 37 décès de bébés de moins d'un an;
- 58 décès chez les jeunes de moins de 20 ans;
- 1 400 décès prématurés⁴⁶.

Pauvreté, vulnérabilité à la maladie et répercussions sur l'alimentation et l'accès aux soins

Les personnes vivant en situation de pauvreté sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques, notamment d'asthme, de maladies pulmonaires obstructives chroniques, d'obésité, de maladies cardio-vasculaires et de nombreux cancers⁴⁷.

Les effets de la pauvreté sur la santé ont des impacts importants sur le système de santé alors que les personnes à faible revenu sont davantage hospitalisées et pour des durées plus longues⁴⁸.

Par ailleurs, une étude ontarienne a mis en évidence qu'en comparaison avec l'ensemble de la population, les familles vivant des épisodes d'insécurité alimentaire font une plus grande utilisation des services de santé, entraînant ainsi des coûts supplémentaires pour le système de soins⁴⁹.

Reflet de la pauvreté – les banques alimentaires

Dans l'ensemble des régions du Québec, plus de 163 000 personnes ont recours à l'aide d'une banque alimentaire pour se nourrir chaque mois, incluant près de 60 000 enfants⁵⁰. Les constats que dresse le *Bilan-Faim 2015* sont alarmants⁵¹ :

- plus de 1 700 000 demandes d'aide alimentaire d'urgence, incluant 340 000 paniers de provisions et 856 000 repas;
- augmentation de 28 % du nombre de paniers de provisions distribués depuis 2008;
- la fréquentation des banques alimentaires traduit un revenu insuffisant pour faire face au coût de la vie : parmi les usagers près des deux tiers sont des prestataires de l'aide sociale, près de 11 % ont un revenu d'emploi, 7 % reçoivent une pension de vieillesse;
- Montréal est la région ayant le plus grand nombre d'utilisateurs de banques alimentaires avec 128 000 personnes;
- les régions ayant connu la plus grande augmentation de fréquentation de nouveaux utilisateurs en 2015 par rapport à 2014 sont Bas-Saint-Laurent - Rimouski-Neigette (74,7 %), Saguenay-Lac-St-Jean (50,3 %), Rive-Sud de Montréal (27,3 %), Granby (25,5 %), Kamouraska (21,7 %) et Laval (20,7 %).

Par ailleurs, à Montréal en 2010, les données d'une enquête menée par la Direction régionale de santé publique indiquent qu'une personne sur six (17 %) souffre d'insécurité alimentaire⁵². Dans la région des Laurentides, en 2011-2012, 6,5 % de la population de 12 ans et plus vivaient en situation d'insécurité alimentaire modérée ou grave. Cela représente près de 25 000 personnes. Parmi celles-ci, environ 6 700 vivaient en situation d'insécurité alimentaire grave⁵³.

Des conséquences dramatiques pour les enfants

Les issues défavorables de grossesse (faible poids de naissance, prématurité et retard de croissance intra-utérin) susceptibles d'avoir des effets néfastes à court et long terme sur la santé des enfants affectent davantage les nouveau-nés des secteurs les plus pauvres⁵⁴.

Cette association entre pauvreté et mauvais état de santé des enfants a été largement démontrée⁵⁵. Qui plus est, les effets de la pauvreté vécue durant l'enfance sont susceptibles de se répercuter tout au long de la vie des individus⁵⁶.

La pauvreté compromet également la maturité scolaire des jeunes enfants : à Montréal, par exemple, plus d'un enfant de maternelle sur trois (34 %) résidant dans un milieu défavorisé est considéré vulnérable dans au moins un domaine de son développement, comparativement à 22 % parmi les enfants des milieux favorisés⁵⁷.

4. ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les réalités exposées plus haut ont amené la Direction régionale de santé publique de Montréal à s'investir dans la réduction des inégalités sociales de santé. La publication d'un premier rapport sur le sujet en 1998⁵⁸ mesurait les différences d'espérance de vie entre les quartiers montréalais et quantifiait les écarts de santé entre riches et pauvres pour plusieurs pathologies⁵⁹. Ce rapport a suscité beaucoup d'intérêt pour la lutte à la pauvreté, ce qui a amené le DRSP à créer l'Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé (OMISS) dont la directrice a co-dirigé en 2001 une équipe de recherche en soutien à l'élaboration de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*⁶⁰. Par la suite, la Direction de santé publique de Montréal a fait de la réduction des inégalités sociales de santé (ISS) une priorité organisationnelle. Dans un second rapport publié en 2011 qui visait à mesurer le chemin parcouru depuis 1998, la Direction de santé publique expose la persistance des ISS malgré l'amélioration globale de l'état de santé des Montréalais⁶¹. Dix recommandations sont alors proposées pour remédier aux risques à la santé auxquels sont confrontés les ménages en raison de leur faible revenu, notamment des difficultés d'accès à un logement abordable, à une alimentation équilibrée et à des soins de santé appropriés.

En collaboration avec ses partenaires, et en lien avec le réseau de la santé et des services sociaux, la Direction régionale de santé publique de Montréal soutient différentes actions pour améliorer la santé des groupes de population vivant en situation de pauvreté et d'exclusion sociale, incluant : les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) visant à soutenir le développement des enfants vivant en situation de vulnérabilité; la promotion de l'allaitement et le soutien au développement des jeunes⁶²; la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès de groupes vulnérables⁶³; l'amélioration de la salubrité des logements; l'adaptation de programme de prévention clinique aux réalités des groupes vulnérables et la priorisation des travailleurs immigrants et à statut précaire.

Par ailleurs, différentes enquêtes sont menées par la Direction régionale de santé publique de Montréal afin de documenter des enjeux de santé et d'identifier des pistes de solutions notamment sur la maturité scolaire des enfants de maternelle⁶⁴, la santé respiratoire des enfants de 6 mois à 12 ans⁶⁵, l'accès à des aliments santé⁶⁶, ou encore la situation du logement à Montréal⁶⁷.

Dans tout le Québec, les directions régionales de santé publique contribuent aux efforts régionaux de réduction des ISS en lien avec leurs fonctions de surveillance, de promotion et de protection de la santé ainsi que de prévention. Citons quelques exemples : la réalisation de l'étude sur le coût du panier à provisions nutritif en collaboration avec les Directions régionales de santé publique de la Mauricie-Centre-du-Québec, Capitale-Nationale et Côte-Nord, qui démontre qu'une saine alimentation n'est pas accessible économiquement pour les familles à faible revenu⁶⁸, ou la démarche intersectorielle dans les Laurentides ayant précédé la rédaction du rapport du directeur régional de santé publique⁶⁹.

L'évaluation d'impact sur la santé en Montérégie est une pratique innovante qui vise à identifier puis à anticiper les impacts potentiels d'une politique ou d'un projet municipal sur la santé et la qualité de vie des citoyens et qui s'appuie sur la collaboration entre des

administrateurs municipaux, des représentants de citoyens et des professionnels de la santé.

En Outaouais, le *Fonds de soutien au développement des communautés* soutient notamment des projets qui visent à réduire les effets de la pauvreté sur la santé : certains de ces projets ont pour objectif de réduire les difficultés d'accès à un logement abordable en favorisant le développement de logements sociaux.

La Direction régionale de santé publique du Saguenay-Lac-St-Jean soutient quant à elle différentes actions pour améliorer la santé des groupes de population vivant en situation de pauvreté et d'exclusion sociale, incluant notamment les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) en soutien au développement des enfants vivant en situation de vulnérabilité et la promotion de l'allaitement.

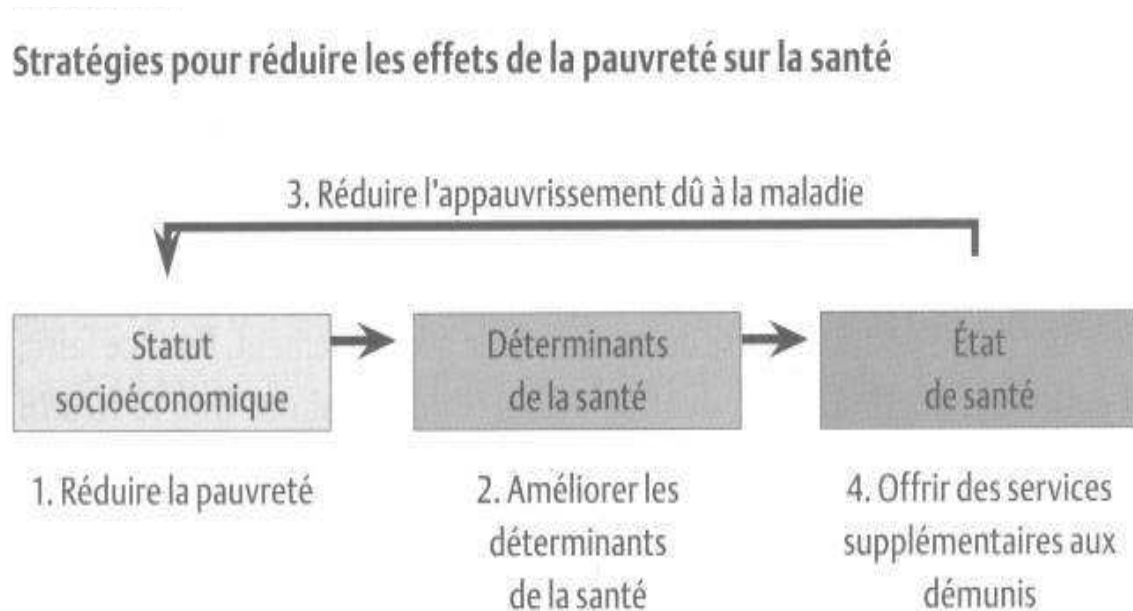
Un dernier exemple concerne la Direction régionale de santé publique de Lanaudière qui a participé et contribué à la mise en place de l'Alliance lanaudoise pour la solidarité et l'inclusion sociale, une initiative visant à favoriser la cohésion des actions intersectorielles⁷⁰.

De plus, les directions régionales de santé publique mènent des évaluations, des enquêtes, des études et des recherches qui portent notamment sur des questions liées aux inégalités sociales de santé (la maturité scolaire des enfants de maternelle au Québec, l'accès à des aliments santé, les déserts alimentaires, les retombées de projets pilotes d'*empowerment*, une étude qualitative sur l'itinérance au Saguenay-Lac-Saint-Jean, etc.).

Les actions des directions régionales de santé publique en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale s'inscrivent dans les grandes orientations gouvernementales du réseau québécois de la santé. Dans son *Plan d'action stratégique 2010-2015*, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) préconise d'« agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être » afin d'intervenir en amont des problèmes et de réduire les inégalités sociales de bien-être et

de santé⁷¹. Le *Programme national de santé publique 2015-2025* souligne également l'importance d'agir sur la réduction de la pauvreté et des inégalités sociales de santé⁷². Ces actions s'inspirent des très nombreuses publications scientifiques sur le sujet qui sont à l'origine du modèle conceptuel utilisé par l'Université de Rotterdam pour évaluer les interventions de réduction des inégalités sociales de santé (Graphique 1).

Graphique 1 : Stratégies pour réduire les effets de la pauvreté sur la santé



Source : Smith, R. (2001). «Countering child poverty», *British Medical Journal*, vol. 322, pages 1137-1138.

5. ÉLABORATION D'UN TROISIÈME PLAN GOUVERNEMENTAL VISANT À LUTTER CONTRE LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION

D'entrée de jeu, les DRSP soulignent la pertinence et l'actualité des grands buts de la *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. En conséquence, le troisième plan d'action gouvernemental devrait orienter ses propositions selon les mêmes principes, qui sont toujours aussi pertinents. Si les résultats sont encourageants

à certains égards, les DRSP ont pu observer que les ressources pour soutenir les orientations étaient souvent insuffisantes et que la cohérence des actions gouvernementales n'était pas toujours au rendez-vous.

Illustrons le propos en regard du premier but qui s'énonce ainsi :

Promouvoir le respect et la protection de la dignité des personnes en situation de pauvreté et lutter contre les préjugés à leur égard.

Selon le document gouvernemental présenté à l'Assemblée nationale en décembre 2014⁷³, le Québec a investi à une seule reprise 750 000 \$ en 2007-2008 dans une campagne télévisuelle pour contrer les préjugés à l'égard des personnes au bas de l'échelle sociale et mettre en évidence leur volonté de travailler. Or une étude du Centre de recherche en droit public de l'Université de Montréal réalisée en 2015 pour le compte de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse⁷⁴ dévoile une situation préoccupante. En résumé, la moitié des Québécois discriminent sur la base de la condition sociale et c'est de loin la stigmatisation la plus importante d'un groupe social, bien avant la discrimination ethnique ou raciale :

« La condition sociale est le motif le plus susceptible d'entraîner une forme ou une autre de discrimination selon le sondage. C'est du moins le motif le plus associé à une forme d'intolérance ou de méfiance sociale.

La méfiance sociale s'exprime notamment envers les prestataires de l'aide sociale, à l'égard desquels la moitié des répondants affirment entretenir une opinion négative (49,1 %).

Dans des proportions équivalentes, près de 50 % des participants à l'enquête considèrent normal qu'un propriétaire se méfie de locataires qui seraient soutenus par l'aide sociale. La figure de « l'assisté social » fait clairement ici l'objet d'une forme de stigmatisation »⁷⁵.

Cette discrimination appelle un suivi serré et un investissement majeur de ressources pour changer les perceptions et attitudes de la population. Ces dernières pourront contribuer à induire ou créer une norme sociale basée sur le respect, la tolérance et l'équité. Clairement ici, la campagne médiatique menée en 2007-2008 ne pouvait à elle seule, et sur une seule année, modifier un tant soit peu ces formes de discrimination sociale à l'égard des personnes à faible revenu.

De plus, les modifications au règlement d'aide sociale ainsi que l'annonce d'un nouveau projet de loi sur le sujet véhiculent l'idée que les prestataires de l'aide de dernier recours choisissent d'être dépendants de l'État pour leur survie. Rappelons qu'à Montréal, par exemple, les immigrants constituent près de la moitié des adultes prestataires et que les obstacles à leur intégration en emploi sont bien connus (reconnaissance des diplômes et de l'expérience professionnelle, connaissance des langues d'usage). Malheureusement, ils ont peu de prise sur leur situation. C'est aussi le cas de nombreux autres prestataires qui sont sur la liste d'attente des programmes d'insertion en emploi ou souffrent de contraintes à l'emploi multiples.

Cette situation met à mal la solidarité sociale nécessaire pour vaincre la pauvreté, réduire les inégalités et favoriser la participation des personnes pauvres à la vie collective.

Le deuxième plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale est arrivé à échéance en 2015. Plusieurs mesures adoptées (ou poursuivies) dans le cadre de ce plan d'action ont contribué à réduire partiellement la pauvreté et ses effets sur de nombreux Québécois, que ce soit en matière de financement d'initiatives communautaires, de prestations fiscales, d'augmentation du salaire minimum, d'indexation des prestations d'aide financière de dernier recours, de supplément au revenu, de crédits d'impôt particulier (i.e. Crédit d'impôt pour solidarité), ou de financement de logements sociaux. Cependant, comme en témoignent les données sur la pauvreté, les DRSP constatent que beaucoup d'efforts restent encore

à faire pour améliorer la situation des plus démunis, notamment en matière de logement, de services de garde éducatifs, d'insertion sociale et d'intégration au marché du travail.

Comme le soulignait le Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans son mémoire déposé à la Commission de révision permanente des programmes, l'élaboration d'un troisième plan d'action gouvernemental est essentiel pour donner un nouvel élan à la lutte contre la pauvreté au Québec⁷⁶. Il s'agit d'une occasion de réitérer comme le rappelle la Loi dans son préambule que « les effets de la pauvreté et l'exclusion sociale freinent le développement économique et social de la société québécoise dans son ensemble et menacent sa cohésion et son équilibre⁷⁷ ». Il s'agit également de poursuivre les efforts de lutte amorcés depuis plus d'une décennie en assurant que les investissements nécessaires soient déployés par les instances gouvernementales et soutenues par l'ensemble de la société québécoise.

Les DRSP considèrent essentiel que les enjeux identifiés par le MTESS dans le document de consultation publique s'accompagnent de mesures concrètes soutenues par des ressources suffisantes à leur mise en place. Mais par-delà les moyens financiers, il est nécessaire d'assurer une volonté politique claire, à la fois dans les orientations gouvernementales et dans les actions concrétisant ces mesures et leurs effets sur la réduction de la pauvreté à grande échelle au Québec.

Dans ce mémoire, les DRSP présentent quelques enjeux et pistes d'action prioritaires en lien avec les orientations du MTESS qui sont loin d'épuiser l'ensemble des actions de lutte à la pauvreté qui devraient être entreprises. Ces pistes d'action ont été choisies en fonction de leur impact mesuré sur la santé et des écrits scientifiques dans le domaine. Dans la mesure où les enjeux de la pauvreté sont multifactoriels et que les actions pour y faire face sont complexes, les positions des DRSP interpellent plusieurs ministères pour faire de la lutte à la pauvreté une action concertée.

ORIENTATION 1

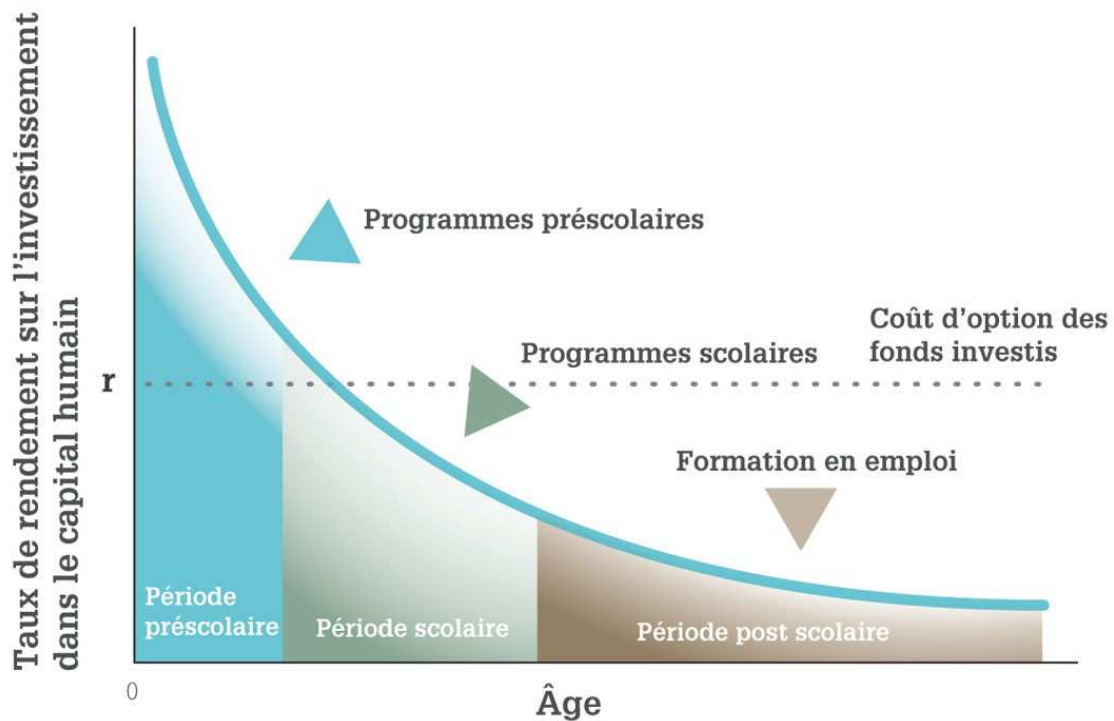
PRÉVENIR LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE EN FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES

Selon James Heckman, Prix Nobel d'économie 2000, il est fondamental d'adopter une approche préventive dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, et de mettre en place des mesures permettant de favoriser le développement du potentiel des personnes dès le plus jeune âge (Graphique 2) ⁷⁸. En effet, non seulement les investissements dans la période préscolaire sont-ils extrêmement rentables, mais ils permettent aussi de tirer profit de tous les investissements subséquents. Par exemple, un enfant dont le développement est optimal sera plus à même d'effectuer un parcours scolaire normal et de répondre rapidement aux interventions s'il a des difficultés académiques.

L'article 8 de la Loi stipule que les actions de prévention et de soutien au développement doivent viser, notamment, à soutenir la famille, à améliorer la réussite scolaire et la formation continue, à soutenir les actions communautaires contribuant à l'inclusion sociale des personnes vivant en situation de pauvreté, à aider les aînés en situation de pauvreté et à encourager l'accès aux ressources culturelles, sportives et de loisirs pour les personnes en situation de pauvreté⁷⁹.

Deux enjeux particuliers méritent d'être considérés en lien avec cette première orientation : l'accès aux centres de la petite enfance (CPE) en installation dans les quartiers démunis et la réussite scolaire ainsi que l'intégration des immigrants à la société québécoise.

Graphique 2: Taux de retour sur l'investissement en fonction de l'âge où il est réalisé.
Adaptation de Heckman⁸⁰



Source : Heckman, J. (2006), «Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children», *Science*, vol. 312, no 5782, pages 1900-1902.

Augmenter l'accès aux CPE en installation dans les quartiers ou territoires démunis et favoriser la réussite scolaire

« L'éducation et l'accueil des jeunes enfants peuvent apporter un large éventail d'effets bénéfiques – pour les enfants, les parents et la société en général – mais leur ampleur dépend de la qualité ». (OCDE, 2012⁸¹)

Au-delà du cercle familial, le voisinage, le quartier, la communauté et les différents services utilisés ont une influence sur les différentes sphères du développement de l'enfant. De nombreuses études ont démontré que l'utilisation d'un service de garde de qualité a des effets positifs sur les habiletés affectives, langagières, physiques, cognitives et sociales des enfants qui favoriseront à terme leur réussite scolaire et leur intégration sociale et professionnelle⁸².

L'accès à un service de garde de qualité s'inscrit dans les objectifs poursuivis par le *Programme national de santé publique 2015-2025* du ministère de la Santé et des Services sociaux qui vise notamment à favoriser le développement optimal des enfants dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé⁸³. Le rapport du Directeur de santé publique de Montréal 2011 soulignait la performance d'un réseau de garde subventionné et accessible, particulièrement celle des CPE², pour réduire les inégalités sociales de développement chez les enfants⁸⁴. Des recherches plus récentes⁸⁵ concluaient que les enfants démunis étaient 3,3 fois moins à risque d'être vulnérables dans un domaine de la maturité scolaire s'ils avaient fréquenté exclusivement un CPE dans leur parcours préscolaire. Plus encore, ces enfants étaient aussi 2,5 fois moins susceptibles de présenter une vulnérabilité que ceux qui avaient fréquenté tout autre

² Un centre de la petite enfance (CPE) est : « un organisme à but non lucratif ou une coopérative, dont le conseil d'administration est composé d'au moins sept membres et dont au moins les deux tiers des membres sont des parents usagers ou futurs usagers des services fournis par le CPE. Il offre dans ses installations des places à contribution réduite. ». Ministère de la Famille. 2014. *À la recherche d'un service éducatif pour votre enfant*. Québec : Ministère de la Famille, p.16.

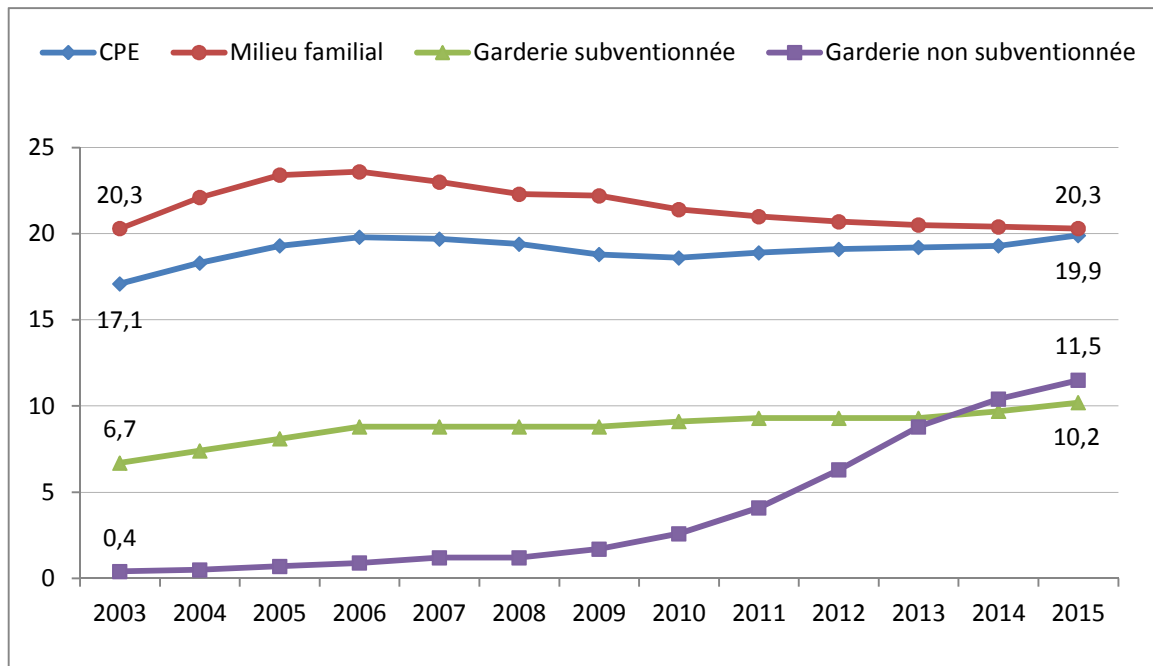
type de services de garde⁸⁶. Le rapport 2013 de la Direction de santé publique de la Montérégie soulignait également le rôle protecteur des CPE⁸⁷.

Des études récentes menées à l'Université de Montréal ont montré que cette égalisation des chances se poursuivait jusqu'à l'entrée au secondaire et augurait donc d'une diplomation accrue à ce niveau⁸⁸.

Godbout et ses collaborateurs ont évalué que la disponibilité de services de garde à contribution réduite a de plus favorisé l'emploi de plus de 70 000 mères de familles, particulièrement les chefs de familles monoparentales, ce qui a entraîné des retombées économiques de l'ordre de 5,1 G \$ au Québec en 2008⁸⁹.

La supériorité de la qualité des CPE par rapport aux milieux de garde privés du Québec a d'ailleurs été confirmée par une récente étude de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) qui révélait d'ailleurs que dans les milieux de garde privés non subventionnés, 41 % des enfants de 0 à 18 mois et 36 % des jeunes de 18 mois à 5 ans recevaient des services dont la qualité est insatisfaisante⁹⁰. Plus encore, seulement 7 % des enfants de moins de 18 mois et 10 % des enfants de 18 mois à 5 ans reçoivent des services où la qualité d'ensemble est jugée bonne ou satisfaisante. La situation est diamétralement opposée dans les CPE, où la qualité des services est jugée d'acceptable à excellente pour 98 % des enfants de moins de 18 mois et pour 96 % des enfants de 18 mois à 5 ans⁹¹. Bien qu'ils constituent le mode de garde ayant la plus grande offre de services au Québec, les CPE ont vu leur part relative diminuer progressivement par rapport aux autres types de services de garde entre 2003 et 2015, passant pour l'ensemble du Québec de près de 40 % à 32 % en 2015 (Graphique 3). À Montréal, entre 1998 et 2014, la proportion de CPE est passée de 50 % à 31 %⁹². Cette situation est préoccupante à Montréal comme dans l'ensemble du Québec, considérant que le nombre de places en garderie non-subventionnée a crû de façon significative, passant de 1 620 en 2003 à 51 843 en 2015⁹³.

Graphique 3 : Évolution des places disponibles en services de garde selon le type de services, Québec, 2015



Source : Direction régionale de santé publique de Montréal, 2016.

En cohérence avec ces orientations gouvernementales, les DRSP souhaitent que le *Plan de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* prévoit des mesures concertées avec le ministère de la Famille pour assurer, d'une part, un financement adéquat du réseau de CPE existants et, d'autre part, la reprise du développement de nouvelles installations CPE, particulièrement dans les milieux défavorisés, délaissées progressivement au profit de services de gardes privés⁹⁴. Ce développement devrait être accompagné de mesures permettant de favoriser une plus grande accessibilité financière pour les familles à faible revenu.

Par la suite, l'intégration à l'école et le soutien à la réussite scolaire représentent un défi de taille, notamment en lien avec les enjeux d'immigration. À Montréal, la proportion d'élèves ayant une langue maternelle autre que le français ou l'anglais augmente constamment depuis 1998. En 2014, leur proportion surpasse celle des élèves dont la langue maternelle est le français⁹⁵. L'intégration linguistique pour les allophones est un

enjeu majeur de la réussite scolaire alors qu'une proportion largement supérieure présente une vulnérabilité dans certains domaines de la maturité scolaire lors de leur entrée à l'école primaire⁹⁶. Au secondaire, les élèves issus de l'immigration affichent un retard scolaire supérieur et un taux de diplomation inférieur (variable selon les régions d'origine) aux élèves natifs du Québec⁹⁷.

Améliorer l'intégration des immigrants

Depuis le début des années 2000, le nombre d'immigrants accueillis annuellement au Québec a augmenté significativement pour atteindre près de 50 000 en 2014⁹⁸. La majorité d'entre eux s'établissent à Montréal⁹⁹ formant près du tiers de la population en 2011¹⁰⁰.

Au Québec, la majorité des immigrants récents vit dans la pauvreté (53 %) et leur revenu moyen représente la moitié de celui des natifs. La situation est similaire à Montréal (58 %). Ce faible revenu limite leur capacité à répondre à leurs besoins de base notamment en matière d'alimentation, d'accès aux soins et de logement.

L'intégration des immigrants, particulièrement l'apprentissage et la maîtrise adéquate du français, leur formation complémentaire, et leur intégration à l'emploi, est essentielle pour les sortir de la pauvreté. La compréhension de la société québécoise, de ses rudiments et du fonctionnement de ses institutions est garante de leur pleine participation à la société. Dans son rapport de 2011¹⁰¹, la Direction régionale de santé publique de Montréal mentionnait l'urgence d'augmenter les ressources pour l'intégration des immigrants. Dans son rapport sur le logement¹⁰² en 2015, elle insiste aussi sur la question du logement. Constatant que les immigrants récents étaient fréquemment logés dans des logements insalubres et inabordables, elle faisait alors un appel au développement du logement social pour remédier au problème.

Il serait important que le *Plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* réitère l'importance de déployer des ressources nécessaires pour l'intégration des nouveaux arrivants à la société québécoise.

ORIENTATION 2

RENFORCER LE FILET DE SÉCURITÉ SOCIALE ET ÉCONOMIQUE

L'article 45 de la *Charte québécoise des droits de la personne* prévoit que « toute personne dans le besoin a droit, pour elle et sa famille, à des mesures d'assistance financière et à des mesures sociales, prévues par la loi, susceptibles de lui assurer un niveau de vie décent¹⁰³ ».

L'article 9 de la Loi stipule que les actions de renforcement du filet de sécurité sociale et économique pour les personnes vivant en situation de pauvreté doivent notamment viser à : rehausser le revenu des personnes; favoriser l'intégration et le maintien en emploi de travailleurs à faibles revenus; rendre les services sociaux, de santé et d'éducation accessibles; favoriser un accès à des ressources alimentaires adéquates; et favoriser un accès à un logement abordable¹⁰⁴.

Augmenter la protection sociale au Québec

Dans son rapport de 2008, l'OMS exposait le lien entre une politique sociale universelle et généreuse et le meilleur état de santé de la population¹⁰⁵. Lundberg et ses collaborateurs ont également mis en évidence une relation entre la générosité des mesures de la politique familiale en place dans un pays et le faible taux de pauvreté observé¹⁰⁶ (Graphique 4). Son équipe du CHES, un centre d'études sur l'équité en santé basé à Stockholm, a fait un lien entre le type de politiques sociales et les taux de mortalité (mortalité prématurée et mortalité infantile)¹⁰⁷. Les chercheurs insistent

notamment sur l'efficacité des politiques favorisant la participation des deux parents au marché du travail, à l'image des politiques familiales québécoises de congés parentaux et de services de garde à contribution réduite.

Graphique 4 : Générosité de la politique familiale et pauvreté de l'enfant dans 20 pays, vers 2000



Transferts sociaux nets en pourcentage du salaire net moyen d'un ouvrier de fabrication. Le seuil de pauvreté correspond à 50% du revenu disponible d'équivalence médian. AUS = Australie; AUT = Autriche; BEL = Belgique; CAN = Canada; FIN = Finlande; FRA = France; GER = Allemagne; IRE = Irlande; ITA = Italie; NET = Pays-Bas; NOR = Norvège; SWE = Suède; SWI = Suisse; UK = Royaume-Uni; USA = Etats-Unis d'Amérique. Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Lundberg et al. (2007).

Source : Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2009), *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, rapport final, OMS, Genève, page 7.

Une analyse de l'ISQ confirme qu'en dépit de l'accroissement entre 1976 et 2011 de l'inégalité de revenus, l'inégalité de revenu disponible est moins élevée au Québec que dans le Canada, notamment en raison des effets redistributifs des transferts et impôts¹⁰⁸. Dans une comparaison des statistiques sanitaires infantiles avec les autres grandes villes canadiennes¹⁰⁹, la Direction de santé publique de Montréal suggérait que la politique familiale du gouvernement du Québec exerçait un effet protecteur sur la santé des enfants québécois, ce qui expliquerait la bonne performance montréalaise dans le domaine par comparaison avec Toronto et Vancouver.

Certaines décisions récentes prises par les autorités gouvernementales font craindre l'attrition du filet de sécurité sociale. Les DRSP réitèrent leurs préoccupations déjà énoncées dans le mémoire de 2013 portant sur les coupes à l'aide sociale et invitent à la prudence en ce qui a trait aux impacts potentiels de toute action gouvernementale qui pourrait réduire le filet de sécurité sociale et économique, notamment chez les groupes de population les plus vulnérables considérant que la pauvreté est un des déterminants ayant la plus forte incidence sur l'état de santé de la population.

Développer l'accès à un logement salubre et abordable pour tous

L'accès à un logement salubre et abordable est un important déterminant de la santé des individus¹¹⁰. Durant la période 2001-2014, la hausse importante des prix des loyers combinée à la faible construction d'unités locatives ont entraîné une pénurie de logements abordables, comme en témoigne la liste d'attente pour une habitation à loyer modique qui atteignait plus de 24 000 ménages en janvier 2016 à Montréal pour une libération annuelle de seulement 2 000 logements¹¹¹.

Il en découle qu'une importante proportion de ménages locataires (41 %) vit dans une situation de logement inabordable, définie par le fait de consacrer plus de 30 % du revenu brut du ménage pour se loger. Parmi les ménages vivant sous le seuil de faible revenu (SFR), la proportion de ménages consacrant plus de 30 % de leur revenu au logement atteint 81 %. Le tiers de ceux-ci (32 %) doit même y consacrer 80 % de leur revenu. Parmi ces derniers, 63 % sont des jeunes de moins de 25 ans, 38 % des personnes âgées de 75 ans et plus, 33 % des familles locataires avec enfants, 45 % des familles monoparentales, 36 % des immigrants et 50 % des immigrants récents.

Cette situation est préoccupante dans la mesure où les coûts du logement locatif sont incompressibles, affectant ainsi la capacité des ménages à se nourrir adéquatement, à subvenir à leurs autres besoins de base, affectant conséquemment leur état de santé¹¹².

Les données de l'Enquête sur la salubrité et l'abordabilité du logement à Montréal (SALAM 2014)³ révèlent que parmi les locataires consacrant plus de 30 % pour se loger, 28 % ont craint manquer de nourriture, 25 % ont manqué de nourriture et que pour 33 % d'entre eux, la qualité des aliments était inadéquate¹¹³. L'incapacité d'obtenir des aliments de base pour se nourrir est associée à des carences alimentaires¹¹⁴ et à une mauvaise santé mentale et physique, perpétuant le cercle vicieux de la pauvreté¹¹⁵. Comme le souligne la mise à jour du *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire* élaboré par le MSSS en 2008, « les politiques liées au revenu et au logement ont un lien direct avec le risque d'insécurité alimentaire de par leur influence sur le pouvoir d'achat¹¹⁶ ».

Les résidents de la ville de Québec rencontrent des problèmes analogues. En effet, il existe une pénurie importante de logements locatifs dans la région métropolitaine de recensement (RMR) de Québec depuis plus de 10 ans, le taux d'inoccupation se situant sous la barre des 3 % considéré comme le niveau d'équilibre¹¹⁷. De plus, le coût des logements s'avère élevé. Selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement, depuis 2000, le coût moyen d'un logement de deux chambres à coucher a augmenté de 38,6 % dans la RMR de Québec¹¹⁸. En 2006, dans la ville de Québec, 35 % des ménages locataires ont consacré 30 % ou plus de leur revenu au logement et 16 % ont consacré 50 % ou plus de leur revenu au logement. Si on considère uniquement les ménages locataires à faible revenu, 74 % d'entre eux ont consacré 30 % ou plus de leur revenu au logement¹¹⁹.

On note qu'il se construit de moins en moins de logements locatifs à Québec, cela au profit de la construction d'unités de condos¹²⁰. L'abandon du logement locatif privé semble être une tendance lourde dans la région. Les logements sociaux et communautaires qui offrent aux ménages plus démunis un loyer moins cher que le

³ L'Enquête SALAM a été réalisée auprès de 1 600 ménages montréalais en juin 2014.

marché privé sont peu nombreux. Ils ne représentent que 8,6 % de l'ensemble du parc de logements locatifs dans l'agglomération de Québec¹²¹.

Considérant que le logement est un besoin de base pour tous, que les coûts du logement et des dépenses incompressibles qui y sont associées, principalement les coûts de l'énergie, ont un impact direct sur la sécurité alimentaire des ménages¹²², particulièrement pour les familles à faible revenu¹²³, il est prioritaire que le *Plan d'action de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* réitère l'importance pour le gouvernement du Québec d'investir massivement dans le financement du logement salubre et abordable, notamment dans le logement social¹²⁴. Comme le recommandait le rapport 2015 du Directeur régional de santé publique de Montréal, le gouvernement du Québec devrait poursuivre les efforts d'élaboration d'une politique nationale de l'habitation synergique avec les efforts de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Assurer un revenu suffisant aux personnes les plus pauvres

Les programmes d'aide financière de dernier recours s'adressent aux personnes les plus vulnérables de la société. Au Québec, la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles prévoit deux programmes d'aide financière de dernier recours, selon l'aptitude à l'emploi : le Programme d'aide sociale s'applique aux personnes sans contrainte sévère à l'emploi et le Programme de solidarité sociale pour ceux ayant une contrainte sévère à l'emploi.

La situation est particulièrement problématique dans la mesure où le revenu de l'assistance sociale n'a jamais dépassé 55 % du seuil de faible revenu¹²⁵, ce qui représente un risque très important pour leur santé.

Déjà, en 2011, le Directeur régional de santé publique de Montréal recommandait d'augmenter les revenus des plus pauvres. Depuis, en 2013, l'ensemble des directions de santé publique du Québec sont intervenues à l'annonce d'une modification du

programme d'aide sociale qui a mis en œuvre des réductions de prestations pour les familles biparentales d'enfants d'âge préscolaire ainsi que pour les personnes toxicomanes en traitement résidentiel¹²⁶.

Au-delà de l'augmentation des prestations, plusieurs groupes réclament actuellement l'instauration d'un revenu minimum garanti. Une expérience en ce sens avait été réalisée à Dauphin, au Manitoba, entre 1974 et 1978 et a fait l'objet récemment d'une analyse par Forget quant aux retombées sur la santé^{127,128}. Une diminution de 8,5 % des hospitalisations a été mesurée en comparaison avec une ville semblable qui a servi de groupe contrôle. À l'échelle du Canada, un tel impact sur le système de santé se chiffrerait à 50 milliards de dollars.

Différentes expérimentations d'un revenu minimum garanti sont actuellement en cours, notamment en Finlande¹²⁹. Le gouvernement finlandais envisage la mise en place d'un revenu minimum garanti de 800 à 1000 euros par mois dans le but de réformer les politiques sociales et de les adapter aux changements sociétaux. Une étude expérimentale commencera en 2017 et ses résultats seront présentés en 2019¹³⁰. Compte tenu de l'intérêt suscité par cette mesure mais aussi des nombreuses critiques dont elle fait l'objet, il serait certainement intéressant, non seulement de suivre de près l'expérience finlandaise mais aussi de mener des recherches qui permettraient de répondre aux interrogations dans un contexte québécois.

Maintenir un système de santé universel, gratuit et axé sur la prévention

Non seulement les personnes pauvres sont plus malades mais elles ont aussi des problèmes à se faire soigner. Une étude sur l'accessibilité et la continuité des services de première ligne à Montréal et en Montérégie a mis en évidence que la population des milieux défavorisés a un moins bon accès aux soins et une moins grande continuité de services que la population générale¹³¹. Par ailleurs, les personnes à faible revenu sont

trois fois moins nombreuses que les mieux nanties à recevoir les soins dentaires dont elles ont besoin¹³². Cette situation est particulièrement aiguë pour la psychothérapie qui est peu accessible dans le système public¹³³. L'exposition à certaines pratiques cliniques préventives est également plus faible dans la population de faible statut économique¹³⁴. L'accès à certains soins risque d'être compromis davantage par l'adoption de la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*¹³⁵ qui normalise la facturation des frais accessoires. Rappelons également qu'il serait aussi important de protéger la couverture des services dentaires pour les enfants qu'on a vu s'effriter depuis quelques décennies.

Les DRSP rappellent l'importance de maintenir la gratuité et l'universalité des services de santé en améliorant la performance du système de soins, en soutenant la prévention, en renforçant la première ligne et son accès, et en étendant la couverture, notamment en matière de soins dentaires et de psychothérapie. Le prochain Plan de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale devrait à cet égard rappeler l'importance de ce principe et assurer une cohérence de l'action gouvernementale avec les efforts de lutte à la pauvreté.

ORIENTATION 3

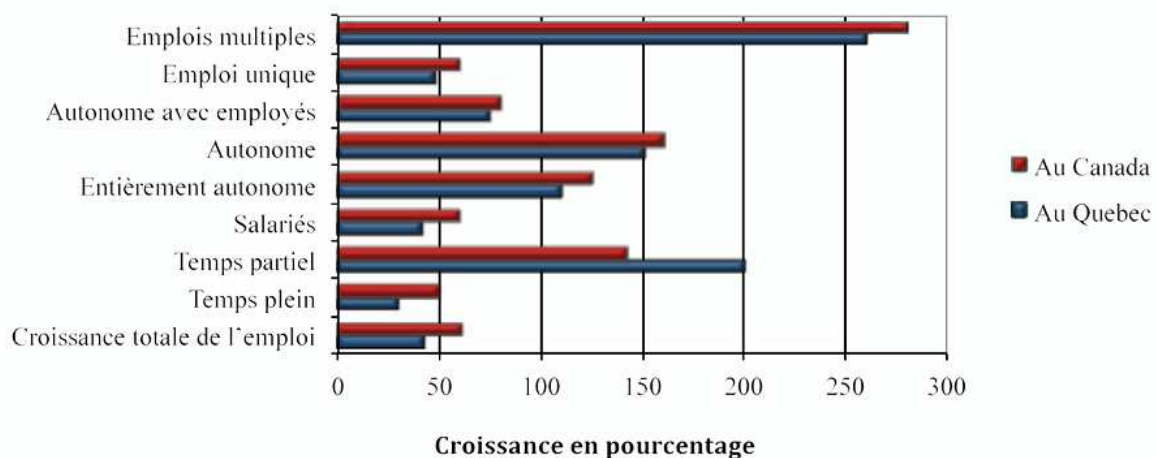
FAVORISER L'ACCÈS À L'EMPLOI ET VALORISER LE TRAVAIL

Pour ceux qui en ont la possibilité, l'accès à un emploi est une condition importante de l'intégration sociale et il permet d'augmenter les revenus pour contrer les effets néfastes de la pauvreté. L'article 10 de la Loi stipule que le gouvernement doit intensifier l'aide à l'emploi dans les collectivités, favoriser la prise en charge et l'intégration du développement social et économique dans les milieux, favoriser

l'insertion sociale et professionnelle des personnes des contraintes particulières d'intégration à l'emploi, et améliorer la qualité des emplois de manière à ce que les travailleurs disposent d'un revenu suffisant, de meilleures protections d'emploi, et de conditions favorisant la conciliation entre leur vie familiale et professionnelle¹³⁶.

Cependant, l'accès à l'emploi n'est pas possible pour tous, en raison de contraintes personnelles, familiales, sociales, physiques, psychologiques, structurelles ou encore discriminatoires. Et malheureusement l'accès à l'emploi n'est pas une garantie de sortie de la pauvreté. D'ailleurs, dans son rapport *Divided we stand*, l'OCDE identifie la croissance du travail autonome comme un déterminant important de la croissance des inégalités au Canada. La croissance récente du travail à temps partiel est encore plus importante au Québec, tel qu'illustré dans le Graphique 5.

Graphique 5 : Croissance des différents types d'emploi, comparaison Québec-Canada



Adaptation de : Tremblay, D.-G. (2009), «Precarious Work and the Labour Market», dans Raphael, D.(dir.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspective*, Toronto, Canadian Scholars' Press Incorporated (2^e édition), pages 75-87, figure 5.1. (d'après des données de Statistique Canada).

En dépit du fait qu'ils travaillent, des milliers de Québécois vivent dans la pauvreté. Ils sont des « travailleurs pauvres », qui se définissent comme « un salarié avec un statut d'emploi sur le marché du travail qui ne lui permet pas d'échapper à la pauvreté et de satisfaire ses besoins fondamentaux¹³⁷ ». Au Québec en 2014, on retrouve plus de

455 000 travailleurs bas salariés⁴ ce qui représente plus d'un employé sur 8 (13 %)¹³⁸. Les femmes, les jeunes de moins de 25 ans, les individus moins scolarisés ainsi que les personnes occupant un emploi temporaire ou à temps partiel sont les plus susceptibles d'être de bas salariés¹³⁹. Bien qu'elle soit passée de 7,30 \$ l'heure en 2003 à 10,55 \$ de l'heure en 2015, la rémunération au salaire minimum ne suffit pas pour échapper à la pauvreté.

Citons ici l'OCDE dans son rapport *Croissance et inégalités 2008* :

*« Le travail n'est cependant pas le seul déterminant de la pauvreté. On relève entre les pays des différences sensibles de taux de pauvreté des ménages sans emploi et, en moyenne dans la zone OCDE, une majorité de personnes pauvres en termes monétaires appartiennent à des ménages comprenant un ou plusieurs actifs occupés »¹⁴⁰.*⁵

Un peu plus loin dans le même document, on note que :

« Les pays dont les dépenses sociales destinées aux personnes d'âge actif sont les plus élevées sont également ceux où les taux de pauvreté sont les plus faibles pour cette catégorie »¹⁴¹.

Le fait que la rémunération des travailleurs à faible revenu qui travaillent à temps plein soit insuffisante pour répondre aux besoins de base représente un enjeu fondamental au Québec. Il est impératif d'assurer que l'accès à un emploi permette de combler les besoins de base en matière de logement, de nourriture, de vêtements, de transport, de soins de santé, d'éducation et des autres besoins primaires. De plus, le salaire minimum actuel équivaldrait à environ 50 % du salaire permettant de vivre convenablement pour une personne seule vivant à Montréal selon une étude récente de l'Institut de recherche

⁴ Les bas salariés incluent les personnes travaillant au salaire minimum et celles dont le taux horaire de la rémunération ne dépasse pas 10 % du salaire minimum. Une étude de l'ISQ révèle que ces deux groupes de travailleurs présentent des caractéristiques souvent similaires.

⁵ Le terme « actifs occupés » réfèrent aux membres du ménage en emploi.

et d'information socioéconomique (IRIS)¹⁴². Enfin, les formes de travail précaire mériteraient d'être étudiées davantage, en particulier le travail loué par les agences de placement de personnel qui est en augmentation importante ces dernières années au Québec et qui est associé à de la précarité et à des conditions de travail défavorables à la santé^{143,144}.

ORIENTATION 4

FAVORISER L'ENGAGEMENT DE L'ENSEMBLE DE LA SOCIÉTÉ

La nécessité d'un engagement de l'ensemble de la société pour lutter collectivement contre la pauvreté et l'exclusion sociale est exposée dans l'article 11 de la Loi. L'article précise que les actions déployées doivent notamment : favoriser la participation citoyenne; soutenir les initiatives locales et régionales; reconnaître la responsabilité sociale des entreprises et les partenaires du marché du travail; et reconnaître la contribution de l'action communautaire et du bénévolat¹⁴⁵.

Les DRSP entendent répondre à cet appel en s'engageant à maintenir et développer leurs interventions pour réduire les inégalités sociales de santé, notamment en :

- a) développant la surveillance des déterminants sociaux de la santé et en mesurant les inégalités sociales de santé au regard de plusieurs facteurs de risque, pathologies et traumatismes; cette priorisation implique le maintien des capacités nationales et régionales de surveillance de la pauvreté et des inégalités sociales de santé afin d'arrimer les actions du réseau de la santé aux priorités nationales de lutte à la pauvreté;
- b) informant la population des risques que représentent la pauvreté et l'exclusion pour la santé;
- c) mettant en place des programmes de prévention et de promotion de la santé qui non seulement n'augmentent pas les écarts de santé entre riches et pauvres, mais

visent activement à les réduire dans une approche d'universalisme proportionné, où des efforts supplémentaires sont consentis pour favoriser l'accès des plus pauvres aux interventions préventives (comme le dépistage du cancer du sein par exemple);

- d) poursuivant et développant leur soutien au développement local des communautés ainsi que leur implication dans le travail intersectoriel dans les quartiers;
- e) monitorant les actions de santé publique en protection de la santé pour s'assurer que toutes les couches de la société en bénéficient également, comme par exemple dans les interventions de vaccination ou de santé au travail;
- f) participant aux efforts de recherche visant à développer et à transmettre les connaissances sur les meilleures interventions à mettre en place pour réduire les inégalités sociales de santé;
- g) collaborant avec les acteurs institutionnels et communautaires dans les initiatives de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, notamment pour conduire des évaluations d'impacts sur la santé en soutien à la lutte contre la pauvreté.

ORIENTATION 5

ASSURER LA CONSTANCE ET LA COHÉRENCE DES ACTIONS À TOUS LES NIVEAUX

Les enjeux liés à la pauvreté sont multiples et complexes, interpellant des acteurs de tous les paliers gouvernementaux (fédéral, national, régional et municipal), de différents milieux (institutionnels, communautaires, associatifs et privés) qui interviennent dans différents domaines d'action sur les causes ou les conséquences de la pauvreté (petite enfance, éducation, logement, aide alimentaire, aide financière, itinérance, etc.).

Il apparaît dès lors important que la *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* serve d'appui pour développer une vision d'ensemble cohérente de l'action du gouvernement du Québec dans ses multiples dimensions et des

collaborations avec les multiples partenaires. Rappelons ici qu’au-delà des différents programmes gouvernementaux, les politiques fiscales ont un impact considérable dans l’évolution des inégalités sociales qu’on ne saurait sous-estimer.

Enfin, il serait souhaitable d’assurer des arrimages synergiques entre la Stratégie et les différentes actions de lutte contre la pauvreté inscrites dans la *Stratégie gouvernementale de développement durable* (Orientation 4 - Favoriser l’inclusion sociale et réduire les inégalités sociales et économiques) et les objectifs⁶ qui y sont reliés¹⁴⁶. Dans son appel à l’action pour passer de la réduction à l’éradication de la pauvreté, un groupe d’experts de l’ONU insiste d’ailleurs sur l’importance d’inscrire les actions dans une perspective de développement durable¹⁴⁷. L’Agence de santé publique du Canada s’est dotée d’une stratégie de développement durable avec la prémisse que la santé des individus est « une condition préalable et une conséquence du développement durable ¹⁴⁸ ». De la même façon, on devrait prévoir l’arrimage avec la nouvelle politique gouvernementale de prévention en santé.

Identifier des indicateurs de performance et des cibles mesurables

L’établissement d’une action cohérente repose également sur l’identification de cibles précises et mesurables permettant d’évaluer les actions déployées, leurs effets et le chemin parcouru pour concrétiser la vision de la réforme. Dans le précédent plan d’action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l’exclusion sociale (2010-2015), aucune cible mesurable n’avait été spécifiée pour plusieurs des actions proposées.

⁶ Les trois objectifs 2015-2020 liés à l’Orientation 4 – Favoriser l’inclusion sociale et réduire les inégalités sociales et économiques de la Stratégie gouvernementale de développement durable sont : 4.1 Appuyer la reconnaissance, le développement et le maintien des compétences, particulièrement celles des personnes les plus vulnérables ; 4.2 Appuyer et mettre en valeur les activités des organismes communautaires et des entreprises d’économie sociale qui contribuent à l’inclusion sociale et à la réduction des inégalités ; 4.3 Appuyer et promouvoir le développement des mesures sociales et économiques pour les personnes en situation de pauvreté.

Le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS de 2008 insiste d'ailleurs sur l'importance de mesurer les inégalités sociales de santé, d'en suivre l'évolution et d'évaluer l'efficacité des actions pour contrer les iniquités¹⁴⁹. Notamment, il serait intéressant de faire une analyse différenciée des mesures selon le genre.

Assurer la cohérence des actions gouvernementales par des évaluations d'impacts sur la pauvreté et la santé

La *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* prévoit un dispositif qui permet au ministre responsable de son application de conseiller le gouvernement dans toute question relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ainsi qu'aux mesures susceptibles d'avoir un impact significatif sur les individus et leur famille confrontés à ces situations (article 19)¹⁵⁰. Les DRSP souhaiteraient que des dispositions soient prises pour assurer l'évaluation des impacts sur la pauvreté de mesures qui touchent notamment le développement des enfants, les programmes de logement social ou le système de santé.

La *Loi sur la santé publique* dans son article 54 vise à ce que les organismes gouvernementaux et ministères aient la responsabilité de veiller à ce que leurs décisions n'aient pas d'impacts négatifs sur la santé de la population en réalisant notamment une évaluation d'impacts sur la santé (EIS)¹⁵¹. Les écrits scientifiques insistent maintenant sur la nécessité de réaliser ces évaluations d'impact dans une perspective d'équité¹⁵² qui permettrait d'identifier les effets potentiels de certaines mesures gouvernementales sur la paupérisation et l'exclusion sociale des Québécois.

Accorder un financement adéquat aux mesures pour s'assurer des résultats significatifs des interventions

Le principal moyen pour assurer la cohérence et la constance des actions de lutte à la pauvreté est d'en assurer un financement adéquat et pérenne. En ce sens, les mesures gouvernementales visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016 et la gestion rigoureuse des dépenses¹⁵³ ne devraient pas compromettre les actions de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Qui plus est, la cohérence des actions gouvernementales implique également de maintenir le financement et la capacité d'agir des acteurs de différents réseaux dont les contributions à prévenir la pauvreté et à atténuer ses conséquences sont essentielles, notamment dans le domaine des services de garde éducatifs, du réseau de l'éducation, du réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires.

Considérant les coûts économiques et sociaux importants que la pauvreté entraîne⁷, les DRSP considèrent qu'il serait cohérent que les énoncés budgétaires du gouvernement fassent clairement état de cette volonté de financer les mesures visant la réduction de la pauvreté et l'exclusion sociale.

Développer et partager les connaissances sur la pauvreté, les inégalités sociales et les interventions efficaces pour les réduire

La cohérence de l'action gouvernementale en matière de pauvreté et d'exclusion sociale implique le maintien d'une connaissance à jour de la mesure des phénomènes, de l'évolution des enjeux et des mesures déployées pour y faire face.

⁷ Une étude du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale (CEPE) estimait en 2009 que l'amélioration du revenu des plus pauvres permettrait d'économiser 6,5 % des dépenses en santé, soit 1,7 milliard de dollars. Voir MESS. 2011. *Les coûts de la pauvreté au Québec selon le modèle de Nathan Laurie*. Québec : MESS, CEPE, p.8-9.

Les DRSP réitèrent que le gouvernement doit veiller à ce que les ressources nécessaires à la réalisation du récent plan national de surveillance des ISS¹⁵⁴ soient maintenues dans les directions régionales de santé publique.

Les DRSP considèrent qu'il est prioritaire d'augmenter le financement de la recherche dans ces domaines, à la fois au sein du Centre d'étude contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CEPE), mais également dans le cadre d'initiatives de financement concertées telles que le Programme de recherche sur la pauvreté et l'exclusion sociale, dont la troisième phase a été reconduite en 2015 en collaboration avec le Fonds de recherche du Québec-Société et Culture (FRQSC), le MTESS, le MSSS et le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche¹⁵⁵.

Des décisions récentes qui inquiètent

Plusieurs décisions gouvernementales récentes suscitent des inquiétudes quant à leur impact potentiel sur la pauvreté, l'exclusion ou les inégalités sociales, et sur la santé de la population. Elles ont été évoquées tout au long de ce rapport mais il convient de les rappeler à la fin de cet exercice.

Les DRSP ont manifesté leur inquiétude lors des **coupes à l'aide sociale** du précédent gouvernement notamment pour les familles biparentales avec de jeunes enfants et pour les toxicomanes en traitement. Ces inquiétudes sont toujours présentes et les directeurs rappellent que le traitement des toxicomanes est non seulement hautement désirable pour les personnes concernées mais est aussi une mesure importante pour la santé publique puisqu'il peut contribuer entre autres à une diminution du risque de transmission des infections comme celles par le VIH et l'hépatite C. Les récentes annonces d'une loi avalisant des pénalités importantes pour les nouveaux demandeurs d'aide sociale préoccupent au plus haut point les directeurs régionaux de santé publique, notamment en lien avec leurs incidences sur l'impossibilité financière d'avoir accès à un logement et sur la stabilité résidentielle.

Les nombreuses **modifications apportées au programme des services de garde à contribution réduite** soulèvent aussi des appréhensions. Considérant les performances bien documentées du réseau des CPE dans la réduction des inégalités sociales de développement des enfants par rapport aux autres formes de services de garde, incluant les garderies privées en plein essor, toute mesure en limitant l'accès et le taux de couverture est préoccupante. Les taux de vulnérabilité dans les domaines de la maturité scolaire demeurent importants au Québec. Tout retour en arrière dans les services éducatifs préscolaires en installation met à risque la réussite scolaire ultérieure des enfants et donc leur chance de se sortir de la pauvreté.

Du point de vue des DRSP, l'accès à un système public de santé gratuit et à des services accessibles est une priorité incontournable d'une stratégie nationale pour contrer la pauvreté et l'exclusion sociale. En ce sens, il importe d'assurer une surveillance sur les impacts potentiels de la **normalisation des frais accessoires** sur l'accès aux services et sur la santé des plus pauvres.

De la même façon, la **réduction des services scolaires** en soutien aux élèves en difficulté pose aussi un risque pour la scolarisation des enfants les plus pauvres d'où la grande importance de préserver des services publics de qualité accessible à tous.

Enfin, l'insécurité alimentaire déjà significativement élevée au Québec et l'augmentation récente des coûts de l'alimentation¹⁵⁶ dans l'ensemble de la province (le prix de la nourriture augmentera de quelque 0,3 % à 2,4 % l'an prochain, selon le rapport annuel de l'Université de Guelph) appellent à un ajustement conséquent des prestations de l'État aux personnes sans emploi.

CONCLUSION

Dans son rapport à l'Assemblée nationale du Québec en décembre 2014¹⁵⁷, le ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale note que :

« De 2003 à 2011, le taux de faible revenu de l'ensemble des personnes selon la MPC⁸ varie peu, passant de 10,2 % en 2003 à 10,7 % en 2011, ce qui représente une hausse de 0,5 point de pourcentage ».

Un peu plus loin, parlant des inégalités économiques mesurées par le coefficient GINI, il note qu'il a aussi augmenté¹⁵⁸ entre 1990 et 2011 quoique la montée des inégalités de marché ait été partiellement corrigée par les impôts et transferts.

La Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale voulait faire du Québec une nation à l'avant-garde de la lutte contre la pauvreté. Force est de constater que malgré des progrès réels dans certains domaines comme la politique familiale québécoise qui a permis le retour au travail des mères monoparentales et une diminution de leur pauvreté, la situation est alarmante particulièrement pour les personnes seules, à Montréal et dans les territoires autochtones.

Le Québec se situerait dans la moyenne des pays développés nous dit le CEPE dans son état de situation 2013. Cependant, les coûts de la pauvreté ne semblent pas être suffisamment pris en considération, non seulement pour les personnes, mais aussi pour l'ensemble de la société. Un travail intéressant du CEPE, reprenant la méthodologie développée en Ontario par Nathan Laurie, a estimé ce fardeau financier en 2009. À titre d'exemple, l'étude indique que l'on pourrait économiser 6,5 % des dépenses en santé, soit 1,7 milliard de dollars, si on haussait le revenu du quintile de la population la plus démunie au quintile supérieur.

⁸ Mesure du panier de consommation.

Les directeurs régionaux de santé publique sont préoccupés par cette situation puisqu'ils sont à même de constater l'impact considérable de la pauvreté et des inégalités sociales sur la santé de leurs concitoyens. Ils déplorent particulièrement les conditions de vie intolérables dans plusieurs communautés autochtones. Ils souhaitent une plus grande intensité et une adaptation des approches auprès des divers groupes vulnérables (Autochtones, immigrants, personnes handicapées) ou marginalisés (toxicomanes, sans-abri, etc.) et l'inclusion de ces personnes dans les processus décisionnels les concernant.

Ils répondent à l'appel du MTESS de s'engager avec le reste de la société à lutter contre la pauvreté et les inégalités et souhaitent voir intensifier le développement des connaissances sur les meilleures interventions pour réduire la pauvreté.

Les DRSP s'inquiètent aussi de l'impact des coupes dans les missions de l'État, dont un des objectifs principaux devrait être la réduction des inégalités. Ils soulignent en particulier le potentiel des CPE de favoriser le développement de l'enfant, la réussite scolaire et l'emploi des mères. Par ailleurs, ils notent les difficultés déjà importantes d'accès des populations défavorisées au système de soins avant même la normalisation récente des frais accessoires.

Enfin, ils sont également préoccupés par les résultats du récent sondage effectué par le Centre de recherche en droit public pour le compte de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse qui met en évidence un très haut niveau de discrimination basée sur la condition sociale au Québec.

RÉFÉRENCES

- ¹ Gouvernement du Québec. 2002. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. L.R.Q. chap. L-7, art. 1.
- ² Gouvernement du Québec. 2002. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. L.R.Q. chap. L-7, art. 2.
- ³ Gouvernement du Québec. 2002. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. L.R.Q. chap. L-7, art. 7.
- ⁴ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). 2002. *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*.
- ⁵ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). 2004. *Plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale : concilier liberté et justice sociale, un défi pour l'avenir (2004-2010)*.
- ⁶ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). 2010. *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015 : le Québec se mobilise contre la pauvreté*.
- ⁷ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale (MESS). 2014. *Résultats des actions menées dans le cadre de la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2002-2013*. Rapport du ministre.
- ⁸ *Ibid.*, p. 58-59.
- ⁹ Gouvernement du Québec. 1991. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.R.Q. chap. S-4.2, art.373.
- ¹⁰ Gouvernement du Québec. 2001. *Loi sur la santé publique*. L.R.Q. chap. S-2.2, art.53.
- ¹¹ *Ibid.*, art. 53, alinéas 3, 5 et 6.
- ¹² Gouvernement du Québec. 2002. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. L.R.Q. chap. L-7, art. 4.
- ¹³ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2016. Taux de pauvreté (indicateurs). [<https://data.oecd.org/chart/4qJB>], consulté en ligne le 16 janvier 2016.
- ¹⁴ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2008. « *Croissance et inégalités - Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE* ».
- ¹⁵ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2011. « *Toujours plus d'inégalité - Pourquoi les écarts de revenus se creusent* » (2011). Paris, Éditions OCDE.
- ¹⁶ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2015. *Tous concernés : Pourquoi moins d'inégalité profite à tous*. Paris, Éditions OCDE.
- ¹⁷ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2015. *Tous concernés : Pourquoi moins d'inégalité profite à tous... au Canada. Faits saillants pour le Canada*. [<http://www.oecd.org/canada/OECD2015-In-It-Together-Highlights-Canada.pdf>]. Page consultée le 21 janvier 2016.
- ¹⁸ Gauthier, M.-A. 2015. « *Évolution de la situation financière des ménages québécois entre 1999 et 2012* ». Données sociodémographiques en bref, Institut de la statistique du Québec, p. 1-10.

-
- ¹⁹ Statistique Canada. 2011. *Compilation spéciale à partir des données réalisée par la DSP de Montréal*.
- ²⁰ Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE). 2014. *La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec : état de situation 2013*, tableau 6, p. 16.
- ²¹ Boutet, M. 2014. « Travailler à temps plein n'est pas une panacée contre le faible revenu au Québec : encore moins pour les immigrants ». Flash-info, Institut de la statistique du Québec, 15:1, p. 7-12.
- ²² Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik. À paraître. *Health Profile of Nunavik 2013 : Focus on Youth, Adult and Elders' Populations*, avec la collaboration de l'Institut national de santé publique du Québec; Clark, M. et coll. 2002. « The association of housing density, isolation and tuberculosis in Canadian First Nation communities ». *International Journal of Epidemiology*, vol. 3, p. 940-945; Jenkins, A. et coll. 2003. « An overview of factors influencing the health of Canadian Inuit infants ». *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 62, no 1, p. 17-39.
- ²³ Environics Institute. 2010. *The Urban Aboriginal People's Study*, p. 152-153.
- ²⁴ Diotte, E et M. Thibault. 2011. « Politiques publiques et santé des Autochtones résidant en milieu urbain ». *Développement social*, vol. 11, no 3, p. 15-17; Environics Institute. 2010. *The Urban Aboriginal People's Study*, p. 80-88.
- ²⁵ Emploi et développement social Canada. 2015. Région économique de l'assurance-emploi de Montréal, (période du 06 décembre 2015 au 09 janvier 2016). [<http://srv129.services.gc.ca/rbin/fra/montreal.aspx?rates=1>].
- ²⁶ Institut de la statistique du Québec (ISQ). 2015. Taux de chômage, par région administrative, par région métropolitaine de recensement et ensemble du Québec, 2004-2014. Données tirées de l'*Enquête sur la population active de statistique Canada*, adapté par l'Institut de la statistique du Québec. [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/travail-remuneration/population-active-chomage/statistiques-regionales/taux_chomage_reg.htm]. Page consultée le 24 décembre 2015.
- ²⁷ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. 2015. *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale*. Octobre. Direction de la statistique, de l'information de gestion et du suivi de la performance, p.1.
- ²⁸ *Ibid.*
- ²⁹ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. 2015. *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale*. Octobre. Direction de la statistique, de l'information de gestion et du suivi de la performance, p. 1, tableau 3, p.6.
- ³⁰ Phipps, S. 2003. *Répercussions de la pauvreté sur la santé*. Aperçu de la recherche. Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa.
- ³¹ Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2008. Commission des déterminants sociaux de la santé. Rapport final. *Comblant le fossé en une génération; Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*, Genève.
- ³² Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2001. *La pauvreté et la santé – données disponibles et action menée dans la région européenne de l'OMS*. 51^e session du Comité régional de l'Europe, 13 septembre.
- ³³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2007. *Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*. Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec.

-
- ³⁴ Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. 2009. *Réduire la pauvreté et l'exclusion sociale en Estrie : un défi à relever ensemble*. Mémoire déposé lors de la Consultation régionale sur le deuxième plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Sherbrooke.
- ³⁵ Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. 2007. Rapport de la directrice de santé publique. *Pour des communautés en santé : des environnements sociaux et solidaires*. Longueuil.
- ³⁶ Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. 2013. Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012. *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*. Québec.
- ³⁷ Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. 2012. Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec. *Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité : voyons-y*. Trois-Rivières.
- ³⁸ Dubé, N. et C. Parent. 2011. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*. Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Gaspé.
- ³⁹ Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik. 2011. *Health Profiles of Nunavik : Demographic and Socioeconomics Conditions*.
- ⁴⁰ Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. 2014. Rapport du directeur de santé publique 2014 : Prévenir et réduire les inégalités sociales de santé dans les Laurentides.
- ⁴¹ Agence de la santé et des services sociaux de Laval. 2009. *La pauvreté à Laval : Au-delà des apparences - Plus que jamais le développement des communautés*. Mémoire présenté au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, dans le cadre de la consultation régionale, *Les Rendez-vous de la solidarité 2009*, le 10 décembre 2009.
- ⁴² Direction de santé publique de Montréal (DSP). 2011. *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. Rapport du directeur de santé publique 2011. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, p. 17-18.
- ⁴³ *Ibid.*, p. 19.
- ⁴⁴ *Ibid.*, p. 20.
- ⁴⁵ *Ibid.*, p. 16.
- ⁴⁶ *Ibid.*, p.14.
- ⁴⁷ *Ibid.*, p. 42-46.
- ⁴⁸ Direction de santé publique de Montréal (DSP). 2011. *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. Rapport du directeur de santé publique 2011. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; Direction de santé publique de Montréal 1998. *Les inégalités sociales de la santé*. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- ⁴⁹ Tarasuk, V. et coll. 2015. « Association between household food insecurity and annual health care cost ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 187, no 14, p. e429-e436.
- ⁵⁰ Banques alimentaires du Québec. 2015. *Bilan-Faim - 2015*, p.3.
- ⁵¹ Banques alimentaires du Québec. 2015. *Bilan-Faim - 2015*, p.3 à 17 et p. 28.

-
- ⁵² Direction de santé publique de Montréal (DSP). 2011. *Sondage régional sur la santé 2010*. Données sur l'insécurité alimentaire dans la population montréalaise. DSP-ASSS de Montréal. Non publié.
- ⁵³ Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2011-2012.
- ⁵⁴ Direction de santé publique de Montréal (DSP). 2011. *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. Rapport du directeur de santé publique 2011. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, p.22-24.
- ⁵⁵ Curtis, L. et S. Phipps. 2000. « *Economic Resources and Children's health and Success at School : An analysis with the National Longitudinal Survey of Children and Youth* ». Applied Research Branch, Strategic Policy. Développement des ressources humaines du Canada, Ottawa.
- ⁵⁶ Séguin, L. et coll. 2007. « *Duration of poverty and child health in the Québec Longitudinal Study of Child Development : longitudinal analysis of a birth cohort* ». Pediatrics. Vol. 199, no 5, p. e1063-e1070.
- ⁵⁷ Blanchard, D. et coll. 2014. Enquête sur la maturité. *Portrait montréalais du développement des enfants à la maternelle*. Résultats de l'enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM, 2012). Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, p. 16.
- ⁵⁸ Direction de santé publique de Montréal (DSP). 1998. *Les inégalités sociales de la santé*. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- ⁵⁹ *Ibid.*
- ⁶⁰ Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé (OMISS). 2002. *Projets de recherche en soutien à l'élaboration de la stratégie de lutte à la pauvreté 2001-2002*. [<http://www.omiss.ca/recherche/projet/raynault.html>], consulté le 17 janvier 2016.
- ⁶¹ Direction de santé publique de Montréal (DSP). 2011. *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. Rapport du directeur de santé publique 2011. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ⁶² Direction de santé publique de Montréal (DSP). 2010. *Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire*. Plan d'action régional de santé publique 2010-2015. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ⁶³ Roy, E. et coll. 2007. *Projet de prévention du passage à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue*. Volume 1 : Rapport sur les groupes de discussion auprès des jeunes de la rue. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ⁶⁴ Guay, D. et coll. 2015. Résultats de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP, 2012). *Portrait du parcours préscolaire des enfants montréalais*. Fascicule 1. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ⁶⁵ Jacques, L. et coll. 2011. *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans*. Rapport synthèse régional. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ⁶⁶ Bertrand, L. et coll. 2013. *Étude sur l'accès aux aliments santé à Montréal - Six ans après la première étude, mêmes disparités?* Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; Bertrand, L. et coll. 2006. *Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal. Une étude géomatique*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

-
- ⁶⁷ Raynault, M.-F., S. Tessier et F. Thérien. 2015. *Pour des logements salubres et abordables*. Rapport du directeur de santé publique de Montréal. Direction régionale de santé publique CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- ⁶⁸ Dispensaire diététique de Montréal. 2011. Étude sur la détermination du coût du PPN dans trois régions du Québec.
- ⁶⁹ Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. 2014. *Rapport du directeur de santé publique 2014 : Prévenir et réduire les inégalités sociales de santé dans les Laurentides*.
- ⁷⁰ Bégin, C., Ouellet, L., Bohmert, B. et C. Lalonde. 2014. *L'Alliance lanaudoise pour la solidarité et l'inclusion sociale : sa mise en place*. Joliette, Conférence régionale des élus(es) de Lanaudière, 36 pages.
- ⁷¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2010. Plan stratégique 2010-2015, Enjeu 1 L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être, Direction des communications, p.23
- ⁷² Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS).2008. *Plan d'action nationale de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*.
- ⁷³ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). 2014. *Résultats des actions menées dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale - 2002-2013*.
- ⁷⁴ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. 2015. Sondage 2015, [<http://www.cdpdj.qc.ca/fr/droits-de-la-personne/sondage-2015/Pages/condition-sociale.aspx>]. Page consultée le 16 janvier 2016.
- ⁷⁵ *Ibid.*
- ⁷⁶ Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. 2014. *Pour mieux préparer l'avenir : préservons la solidarité*. Mémoire déposé à la Commission de révision permanente des programmes.
- ⁷⁷ Gouvernement du Québec. 2002. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. L.R.Q. chap. L-7, préambule.
- ⁷⁸ Heckman, J. 2006. *Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children*, Science, juin, vol. 312, no 5782, p. 1900-1902.
- ⁷⁹ Gouvernement du Québec. 2002. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. L.R.Q. L-7, art. 8.
- ⁸⁰ *Ibid.*
- ⁸¹ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2012. *Petite enfance, grands défis III : Boîte à outils pour une éducation et des structures d'accueil de qualité*. Paris, p.11.
- ⁸² Bigras, N. et L. Lemay (dir.). 2012. *Petite enfance, services de garde éducatifs et développement des enfants*. État des connaissances. Presses de l'Université du Québec. Burchinal, M. et D. Cryer. 2003. « Diversity, child care quality, and developmental outcomes. Early ». In *Childhood Research Quarterly*. 18(4): 401-426.
- ⁸³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2015. Programme nationale de santé publique 2015-2025 – *Pour améliorer la santé de la population du Québec*, p. 40-42.

-
- ⁸⁴ Direction de santé publique de Montréal (DSP). 2011. *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. Rapport du directeur de santé publique 2011. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, p. 134.
- ⁸⁵ Guay, D. et coll. 2015. Résultats de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP, 2012). *Portrait du parcours préscolaire des enfants montréalais*. Fascicule 1. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ⁸⁶ *Ibid.*
- ⁸⁷ Direction de santé publique de la Montérégie. 2013. *Rapport de la directrice de santé publique 2013. Donner des ailes à leur réussite pour assurer aux tout-petits un bon départ*, Longueuil. p. 16.
- ⁸⁸ Laurin, J. et coll. 2015. *Child Care Services, Socioeconomic Inequalities, and Academic Performance*. Pediatrics. 136(6): 1-15.
- ⁸⁹ Fortin, P., L. Godbout, et S. St-Cerny. 2011. *La participation accrue des femmes au marché du travail : Impacts macroéconomique et budgétaire des services de garde à contribution réduite*. Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques. Université de Sherbrooke, p. 26.
- ⁹⁰ Institut de la statistique du Québec (ISQ). 2015. *Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs- Grandir en qualité 2014*. Tome 3. *Qualité des services de garde éducatifs dans les garderies non subventionnées*, p.147-157.
- ⁹¹ *Ibid.*
- ⁹² Direction de santé publique de Montréal (DSP). 2014. *Les services de garde à Montréal de 1990 à 2014*, p. 6.
- ⁹³ Ministère de la famille. 2016. *Places disponibles en services de garde au Québec*. [<https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/portrait/places/Pages/index.aspx>]. Page consultée le 20 janvier 2016.
- ⁹⁴ Direction de santé publique de Montréal (DSP). 2011. *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. Rapport du directeur de santé publique 2011. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, p. 69.
- ⁹⁵ Réseau réussite Montréal. 2015. *Persévérance et réussite scolaire : La situation à Montréal - Édition 2015*. [http://www.reseautreussitemontreal.ca/wp-content/uploads/2015/08/RRM_Perseverance_situation_Montreal_2015_FR.pdf]
- ⁹⁶ Boucheron, L., D. Durand, M. Fournier, S. Lavoie. 2012. *Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais : Qu'en est-il des enfants issus de l'immigration?* Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ⁹⁷ Bakhshaei, M. 2015. *La scolarisation des jeunes québécois issus de l'immigration : un diagnostic*. Rapport de recherche de la Fondation Lucie et André Chagnon, p. 20-30.
- ⁹⁸ Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. 2015. *Fiche Synthèse sur l'immigration au Québec*. Direction de la planification, de la recherche et des statistiques.
- ⁹⁹ Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. 2015. *Présence en 2015 des immigrants admis au Québec de 2004 à 2013*. Direction de la planification, de la recherche et des statistiques, p.16.
- ¹⁰⁰ Enquête nationale auprès des ménages (ENM). 2011.

-
- ¹⁰¹ Direction de santé publique de Montréal (DSP). 2011. *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. Rapport du directeur de santé publique 2011. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ¹⁰² Raynault, M.-F., S. Tessier et F. Thérien. 2015. *Pour des logements salubres et abordables*. Rapport du directeur de santé publique de Montréal. Direction régionale de santé publique CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- ¹⁰³ Gouvernement du Québec. 1975. *Charte des droits et libertés de la personne*, chap. 12.
- ¹⁰⁴ Gouvernement du Québec. 2002. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. L.R.Q. chap. L-7, art. 9.
- ¹⁰⁵ Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2008. Commission des déterminants sociaux de la santé. Rapport final. *Comblant le fossé en une génération; Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. « Partie 5 - Connaissance, observation et compétences : cheville ouvrière de l'action ». Genève, p. 86.
- ¹⁰⁶ Lundberg, O. et coll. 2008. *The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study*. Lancet, vol. 372, no 9650, pages 1633-1640.
- ¹⁰⁷ *Ibid.*
- ¹⁰⁸ Crespo, S. et S. Rheault. 2014. « *L'inégalité du revenu disponible des ménages au Québec et dans le reste du Canada : bilan de 35 années* ». Données sociodémographiques en bref. Institut de la statistique du Québec, vol 19, no 1; Crespo, S. 2013. « *L'évolution de l'inégalité du revenu disponible au Québec de 2009 à 2010, et de 2000 à 2010 : ce que disent les quintiles* ». Données sociodémographiques en bref. Institut de la statistique du Québec.
- ¹⁰⁹ Direction de santé publique de Montréal (DSP). 2011. *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. Rapport du directeur de santé publique 2011. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ¹¹⁰ Raynault, M.-F., S. Tessier et F. Thérien. 2015. *Pour des logements salubres et abordables*. Rapport du directeur de santé publique de Montréal. Direction régionale de santé publique CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- ¹¹¹ Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM). Non daté. « *Analyse, classement de la demande et délais d'attente* », [en ligne] [www.omhm.qc.ca/analyse-classement-de-la-demande-delaiss-attente], consulté le 13 janvier 2015.
- ¹¹² Rose-Jacobs, R. et coll. 2008. « *Household food insecurity: associations with at-risk infant and toddler development* », Pediatrics, vol. 121, no 1, p. 65-72; Pollack et coll. 2010. « *Housing Affordability and health among homeowners and renters* », American Journal of Preventive Medicine, vol. 39, no 6, p. 515-521; Kirkpatrick, S. I. et coll. 2010. « *Child hunger and long-term adverse consequences for health* ». Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, vol. 164, no 8, p. 754-762.
- ¹¹³ Raynault, M.-F., S. Tessier et F. Thérien. 2015. *Pour des logements salubres et abordables*. Rapport du directeur de santé publique de Montréal. Direction régionale de santé publique CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- ¹¹⁴ Cristofar S.P. et P.P. Basiotis. 1992. *Dietary intakes and selected characteristics of women ages 19-50 years and their children ages 1-5 years by reported perception of food sufficiency*. J Nutr Educ. 24(2): 53-58.
- ¹¹⁵ Che, J. et J. Chen. 2001. *Food insecurity in Canadian households*. Health Rep. 12(4): 11-22.

-
- ¹¹⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2008. *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire*. MSSS, p. 19.
- ¹¹⁷ Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), [En ligne], [cmhc.beyond2020.com/HiCODefinitions_FR.html], consulté le 20 mars 2011.
- ¹¹⁸ *Ibid.*
- ¹¹⁹ Société d'habitation du Québec (SHQ). 2010. *Statistiques pour l'agglomération de Québec*.
- ¹²⁰ Bélanger, C. 2012. *Boîte à Outils. L'ABC du logement*.
- ¹²¹ Société d'habitation du Québec (SHQ). 2010. *Statistiques pour l'agglomération de Québec*.
- ¹²² Herbert E., A. Bartoo, J. A. Matheson, A. Ferrer, et coll. 2012. "Evidence of the Association between Household Food Insecurity and Heating Cost Inflation in Canada, 1998-2001" Canadian Public Policy, vol. 38, no 2.
- ¹²³ Kirkpatrick, S. et V. Tarasuk. 2011. « Housing circumstances are associated with household food access among low-income urban families », *Journal of Urban Health*, vol. 88, no 2, p. 284-296.
- ¹²⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). 2008. *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire; Mise à jour 2008*. Québec, p. 19.
- ¹²⁵ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). 2011. *Évolution du nombre de ménages aux programmes d'aide financière de dernier recours pour l'ensemble du Québec, avril*.
- ¹²⁶ Raynault, M.-F., S. Tessier et A. Guyon. 2013. *Modifications à l'aide sociale : Éviter l'irréparable en évaluant d'abord les impacts sur la santé*. Mémoire des directeurs de santé publique sur le Projet de règlement modifiant le Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ¹²⁷ Forget, E. 2008. *The Town with no poverty: A history of the North American Guaranteed Annual Income Social Experiments*. Rapport de recherche : Community Health Sciences Faculty of Medicine University of Manitoba, Winnipeg.
- ¹²⁸ Forget, E. 2011. *The Town with no poverty : The Health Effects of a Canadian Guaranteed Annual Income Field Experiment*. Canadian Public Policy, vol. 37, no 3.
- ¹²⁹ Finland Politics (dir.). 2015. « Basic income : how Finland plans to implement the first nation-wide project in the EU ». 5 novembre. [<http://finlandpolitics.org/2015/11/05/710/>].
- ¹³⁰ Kangas, O. (2015). *Experimenting with Basic Income in Finland*. Social Insurance Institution of Finland. [<http://fr.slideshare.net/kelantutkimus/experimental-study-on-a-universal-basic-income-in-finland>], consulté en ligne le 16 janvier 2016.
- ¹³¹ Lévesque, J.-F. 2007. *Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne?* Direction de santé publique de l'ASSSM et INSPQ.
- ¹³² Santé Canada. 2010. *Sommaire du rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de santé 2007-2009*.
- ¹³³ Direction de santé publique de Montréal. 2011. *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. Rapport du directeur de santé publique 2011. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ¹³⁴ Simoneau, M.-E. et M.-J. Ouimet. 2015. *L'exposition aux pratiques cliniques préventive*. L'Observateur - regard sur la santé des Montréalais, no 6.

-
- ¹³⁵ Gouvernement du Québec. 2015. *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*. L.R.Q, chap. 25.
- ¹³⁶ Gouvernement du Québec. 2002. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. L.R.Q. chap. L-7, art. 10.
- ¹³⁷ Ulysse, P.-J. et coll. 2006. *Quand le travail n'empêche plus d'être pauvre*. Forum régional sur le développement social.
- ¹³⁸ Institut de la statistique du Québec (ISQ). 2015. *Plus de 450 000 Québécois et Québécoises sont rémunérés au salaire minimum... ou presque*. Direction des statistiques du travail et de la rémunération, p.2.
- ¹³⁹ *Ibid.*
- ¹⁴⁰ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2008. *Croissance et inégalités – Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE*. Paris, Éditions OCDE, p. 163.
- ¹⁴¹ *Ibid.*
- ¹⁴² Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS). 2015. *Quel est le salaire viable? Calcul pour Montréal et Québec en 2015*.
- ¹⁴³ Bernier J. et coll. 2014. *Les salariés d'agence de travail temporaire : conditions de travail et pratiques des agences*. ARUC Innovations, travail et emploi. Université Laval, p. 60.
- ¹⁴⁴ Underhill E. et M. Quinlan. 2011. « How Precarious Employment Affects Health and Safety at Work: The Case of Temporary Agency Workers ». In *Relations industrielles / Industrial Relations*, vol 66, no 3, p. 397-421.
- ¹⁴⁵ Gouvernement du Québec. 2002. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. L.R.Q. chap. L-7, art. 11.
- ¹⁴⁶ Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (MDDELCC). *Stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020*, p. 51-54.
- ¹⁴⁷ Organisation des Nations-Unies (ONU). 2013. *Un nouveau partenariat mondial : vers l'éradication de la pauvreté et la transformation des économies par le biais du développement durable*. United Nations Publications, New York.
- ¹⁴⁸ Agence de la santé publique du Canada. 2006. *Stratégie de développement durable 2007-2010*. Ottawa.
- ¹⁴⁹ Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2008. Commission des déterminants sociaux de la santé. Rapport final. *Combler le fossé en une génération; Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. « Partie 5 - Connaissance, observation et compétences : cheville ouvrière de l'action ». Genève, p.177-192.
- ¹⁵⁰ Gouvernement du Québec. 2002. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. L.R.Q. chap. L-7, art. 19.
- ¹⁵¹ Gouvernement du Québec. 2001. *Loi sur la santé publique*. L.R.Q. chap. S-2.2, art.53, alinéa 5 et art. 54.
- ¹⁵² Harris-Roxas B. F P. J. Harris, E. Harris et L. A. Kemp. 2011. *A rapid equity focused health impact assessment of a policy implementation plan : An Australian case study and impact evaluation*. In *International Journal for Equity in Health* 2011, vol. 10, no 6.

-
- ¹⁵³ Ministère des finances. 2015. Budget 2015-2016. *Le plan économique du Québec*.
- ¹⁵⁴ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 2014. *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec*.
- ¹⁵⁵ Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC). 2015. *Programme de recherche sur la pauvreté et l'exclusion sociale*. Phase 3, Action concertée « Programme thématique ».
- ¹⁵⁶ Charlebois S., M. Von Massow et P. Uys. 2015. *Rapport sur les Prix Alimentaires à la Consommation 2015 - Révision à la hausse de certains prix alimentaires*. Rapport du Food Institute de l'University of Guelph.
[<https://www.uoguelph.ca/foodinstitute/system/files/Rapport%20sur%20les%20Prix%20Alimentaires%20à%20la%20Consommation%202015%20Revision.pdf>]. Page consulté le 21 janvier 2016.
- ¹⁵⁷ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). 2014. *Résultats des actions menées dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Rapport du ministre, p.16. Québec
- ¹⁵⁸ *Ibid.*, tableau 6, p. 38.