

Troisième rapport national
sur l'état de santé de la population du Québec

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

Riches de
tous
nos enfants

La pauvreté et ses répercussions sur la santé
des jeunes de moins de 18 ans

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-550-51260-8 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-51261-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2007

Le Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Riches de tous nos enfants, a été élaboré conjointement par la Direction du programme de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec, sous la direction de :

Alain Poirier, M.D., directeur national de santé publique
Marc-André Maranda, directeur, Direction du programme de santé publique

COORDINATION DU PROJET

Lise Dunnigan

CHARGÉE DE PROJET À L'INSPQ

Carolyne Alix

RECHERCHE ET ANALYSES

Carolyne Alix
Lise Dunnigan
Philippe Gamache
Denis Hamel
Marthe Hamel
Robert Pampalon
Ginette Paquet

RÉDACTION

Michel Pilon, consultant

RÉVISION LINGUISTIQUE

Stéfanie Weller

GRAPHISME

Bellemare Design graphique

MISE EN PAGE

Composition Orléans

SECRÉTARIAT

Diane Brazeau

COMITÉ D'ORIENTATION ET DE SUIVI

Carolyne Alix, Institut national de santé publique du Québec
Jacinthe Bonneau, Ministère de la Santé et des Services sociaux
(mars 2007 à novembre 2007)
Lise Dunnigan, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Marthe Hamel, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Robert Pampalon, Institut national de santé publique du Québec
Ginette Paquet, Institut national de santé publique du Québec
Yves Perreault, Ministère de la Santé et des Services sociaux (juin 2006 à mars 2007)

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Réal Boisvert, Direction de la santé publique de la Mauricie—Centre-du-Québec

Lise Bourcier, Conseil de la famille et de l'enfance

Guy Fréchet, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Sylvie Jean, Institut de la statistique du Québec

Johanne Laverdure, Institut national de santé publique du Québec

Marie-France Raynault, Université de Montréal

Denis St-Amand, Association d'établissements de santé et de services sociaux du Québec

Yvan D'Amours, Conseil supérieur de l'éducation

RELECTEURS

Josée Bourdages, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Robert Choinière, Institut national de santé publique du Québec

Sarah Fortin, Institut de recherche sur les politiques publiques

Lyne Jobin, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Isabelle Laporte, consultante

Jérôme Martinez, Institut national de santé publique du Québec

Sylvie Martel, Institut national de santé publique du Québec

AUTRES CONTRIBUTIONS

Direction de la santé publique de Montréal

Jean-Marc Brodeur

Institut national de santé publique du Québec

Robert Choinière

Philippe Gamache

Nathalie Gravel

Karlyne Guilbeault

Denis Hamel

Line Mailloux

Sylvie Martel

Jérôme Martinez

Laurie Paquette

Institut de la statistique du Québec

Jacinthe Aubin

Nathalie Audet

Brigitte Beauvais

Mikaël Berthelot

Pierre-Olivier Ménard

Ghislaine Neill

Issouf Traoré

Ministère de la santé et des services sociaux

Dominique Fortin

Harry François

Carol Gilbert

Monique Godin

Martin Hébert

Bernard Laporte

Carolle Lessard

Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale

Guy Fréchet

Rémi Nadeau

Ministère de l'éducation, des loisirs et du sport

Luc Beauchesne

Nathalie Deschênes

Régie de l'assurance maladie du Québec

Brigitte Morin

Statistique Canada

Russell Wilkins

Mot du ministre

Au moment où s'anime un débat sur les caractéristiques et l'avenir de notre système de soins de santé, ce troisième rapport national sur l'état de santé de la population nous rappelle que l'accessibilité aux services médicaux, sans égard au revenu des personnes, ne suffit pas à assurer l'égalité des chances face à la santé. Il attire à nouveau notre attention sur le rôle des grands déterminants de la santé, en particulier sur les inégalités socioéconomiques qui, chez les jeunes — des tout-petits aux plus vieux — se traduisent par des écarts marqués sur le plan de la santé et du développement, selon qu'ils appartiennent à des familles plus ou moins favorisées. Les coûts humains et sociaux — personnels et collectifs — très élevés, associés à ces écarts sont inacceptables. Les Québécoises et les Québécois refuseront toujours que les chances dans la vie dépendent des circonstances de la naissance.

Si la majorité des jeunes grandissent en santé, s'intègrent harmonieusement à leur milieu et y trouvent les conditions propices à leur développement, une minorité — souvent issue de familles pauvres — éprouve des difficultés qui compromettent leur équilibre présent et futur sur les plans physique et psychologique et entravent leur capacité de prendre leur place dans la société. Ceux-là seront toujours plus vulnérables ; leurs chances de bonheur et de réussite, plus limitées. À cause de cela, la pauvreté dont sont encore victimes trop de jeunes doit préoccuper tout le Québec. Les informations du présent rapport nous le démontrent avec plus de clarté que jamais.

Au cours des dernières années en particulier, le gouvernement du Québec, malgré l'étroitesse du couloir budgétaire dans lequel il a dû évoluer, a été très sensible aux besoins des familles et des enfants les moins favorisés. En 2002, le Québec s'est donné pour objectif de figurer parmi les nations industrialisées comptant le moins de personnes vivant dans la pauvreté et l'exclusion sociale, et il peut y arriver ! Ce rapport du directeur national de santé publique nous apprend en effet que le remarquable effort de solidarité sociale qui caractérise le Québec n'est pas inutile. Bien que le Québec ne soit pas parmi les provinces les plus riches, les analyses que nous présentons aujourd'hui indiquent que la pauvreté chez les jeunes de moins de 18 ans est moins sévère au Québec qu'ailleurs au Canada.

Loin de nous satisfaire, ces résultats sont un encouragement à continuer une lutte qui doit être poursuivie avec détermination. Certains pays d'Europe ouvrent la voie en ce qui a trait à la réduction de la pauvreté chez les enfants ; nous continuerons de nous inspirer de leurs succès afin de réaliser d'autres progrès. Je remercie le directeur national de santé publique de décrire avec tant de précision l'ampleur des disparités de santé qui persistent entre les jeunes selon le milieu socioéconomique auquel ils appartiennent et de souligner l'importance de mener des actions concertées à tous les échelons afin de mieux y répondre. Puissent tous ceux et celles qui, où qu'ils se trouvent, font déjà leur part dans cette vaste entreprise, considérer ce rapport comme une invitation à poursuivre résolument leurs efforts pour relever cet important défi : l'élimination des écarts de santé liés à la pauvreté chez les jeunes.

Philippe Couillard
Le ministre de la Santé et des Services sociaux

Avant-propos

La Loi sur la santé publique oblige le directeur national de santé publique à suivre de près l'évolution de l'état de santé de la population et de ses déterminants et à en informer le public. Ceci doit aider la population, d'une part, à agir en faveur de sa santé et les décideurs et intervenants, d'autre part, à élaborer des politiques appropriées et à offrir des services adéquats.

La présentation de ce rapport consacré aux effets de la pauvreté sur la santé des jeunes s'inscrit dans l'exercice de cette responsabilité que me confie le ministre. Sa production est une réalisation conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Institut national de santé publique du Québec. Des professionnels et des chercheurs d'autres ministères et organismes ont aussi participé à son élaboration et ont contribué à la qualité de ce travail.

En montrant à quel point la pauvreté pèse lourd sur la santé des jeunes et entrave leur développement, combien elle réduit même leur espérance de vie, nous rappelons ainsi que la réduction des inégalités de santé constitue un enjeu majeur de santé publique. Les informations, en grande partie inédites, que nous rendons publiques sur un grand nombre d'aspects du développement des enfants, illustrent ces écarts de façon saisissante. On ne peut pas promouvoir le développement sain des enfants sans agir sur les multiples causes, étroitement interreliées, qui rendent leur santé précaire.

Cette étude souligne l'importance d'agir de façon concertée dans plusieurs secteurs afin d'améliorer la santé et le bien-être des enfants de milieu défavorisé. Elle renforce la nécessité d'intervenir tôt, avec intensité, afin de modifier les parcours susceptibles d'affliger les jeunes leur vie durant.

Notre rapport s'adresse à ceux et à celles qui se préoccupent de la santé actuelle et future des jeunes Québécois et des jeunes Québécoises. Nous espérons que les écarts de santé qu'il révèle — et une meilleure connaissance des inégalités socioéconomiques qui les produisent — susciteront la mobilisation et raviveront la volonté de tous ceux et celles qui souhaitent pour les adultes de demain une véritable égalité des chances sur le plan de la santé et du bien-être.

Alain Poirier
Directeur national de santé publique

Table des matières

Faits saillants _____	19
Liste des abréviations, sigles, acronymes _____	25
Introduction _____	27
Chapitre 1. La pauvreté, un grand déterminant de la santé _____	31
1.1 Les déterminants de la santé et du développement des enfants _____	33
1.2 La pauvreté vue sous différents angles _____	36
– Les deux grandes dimensions de la pauvreté : la composante matérielle et la composante sociale _____	37
– Le facteur temps : la pauvreté temporaire et la pauvreté persistante _____	38
1.3 La place de la pauvreté parmi les déterminants de la santé _____	39
– Les éléments probants _____	40
– La santé et les inégalités socioéconomiques _____	42
– Le sens du lien de causalité entre pauvreté et santé _____	43
– L'impact relatif des services de santé _____	43
– La persistance des écarts de santé dans la population _____	44
1.4 Comment la pauvreté produit-elle les écarts de santé ? _____	44
– L'effet de la pauvreté dans le cycle de vie _____	45
Chapitre 2. Les inégalités socioéconomiques parmi nos enfants _____	47
2.1 Les jeunes dans de nouvelles familles _____	49
– Moins de familles avec enfants et moins d'enfants dans les familles _____	51
– Les familles en transition _____	51
– La montée de l'union libre _____	52
– Les familles recomposées _____	52
– La monoparentalité _____	52

2.2	Les orphelins de la nouvelle économie	54
	– La performance québécoise : une évolution économique encourageante et une meilleure scolarisation	54
	– Une position économique moins reluisante que dans les autres provinces	54
	– Le nouveau marché de l'emploi et la pauvreté laborieuse	55
2.3	La pauvreté des enfants et des adolescents	57
	– Les jeunes plus touchés que leurs aînés...	58
	– ... mais moins durement qu'avant	58
	– Les jeunes qui souffrent de la faim	60
	– Les jeunes dans les familles prestataires de l'aide de dernier recours	60
	– Les jeunes itinérants	63
	– Les jeunes immigrants	63
	– Les jeunes autochtones	63
2.4	La pauvreté des jeunes chez nous et ailleurs	65
	– La pauvreté au Québec selon le type de famille	66
	– La pauvreté des jeunes au Québec et ailleurs au Canada	67
	– Les jeunes d'ici et les jeunes du monde	71
	Chapitre 3. Les écarts de santé parmi nos enfants	77
3.1	La santé physique	80
	– La mortalité	82
	– Les hospitalisations selon l'âge	84
	– Chez les moins d'un an	84
	– Chez les 1 à 17 ans	84
	– Les hospitalisations selon la cause	85
	– Des problèmes de santé courants	87
	– Naissances de faible poids	87
	– Asthme	87
	– Otites	87
	– Embonpoint	87
	– Santé buccodentaire	88

3.2	La santé mentale	88
	– La détresse psychologique	89
	– La perception de la santé mentale	89
	– Les idées suicidaires	89
	– Les hospitalisations pour troubles mentaux	89
3.3	Les problèmes de développement	90
	– Les habiletés langagières	90
	– L'hyperactivité	90
	– Les retards scolaires	91
	– Les difficultés d'apprentissage et les troubles de comportement à l'école	92
	– Le taux d'obtention du diplôme d'études secondaires	93
3.4	L'adaptation sociale	93
	– Les situations prises en charge par les services de protection de la jeunesse	94
	– Les problèmes liés aux pratiques éducatives des parents	94
	– Agression psychologique	94
	– Violence physique mineure	95
	– Violence physique sévère	95
	– Les jeux de hasard	95
	– La consommation de drogues	96
	– La maternité à l'adolescence	96
3.5	Les déterminants de la santé des enfants et des adolescents	97
	<i>Les caractéristiques personnelles et les habitudes de vie des enfants et des adolescents</i>	98
	– L'allaitement maternel	98
	– La prise du petit déjeuner	99
	– L'activité physique	99
	– La consommation d'alcool	100
	– La consommation de tabac	100
	– L'estime de soi	100
	<i>Les caractéristiques du milieu familial</i>	101
	– La perception de l'état de santé physique chez les parents	101
	– La consommation de tabac chez les parents et présence de fumée secondaire dans le ménage	101
	– La consommation de tabac durant la grossesse	102
	– La consommation d'alcool durant la grossesse	102
	– La consommation d'alcool chez les parents	102

– Le stress parental _____	102
– La détresse psychologique chez les parents _____	102
– La dépression chez les parents _____	103
– Les idées suicidaires chez les parents _____	103
– L'insécurité d'emploi chez les parents _____	103
– Le soutien social entre les membres de la famille _____	103
– La fréquentation des services de garde _____	104
<i>Les caractéristiques de la communauté _____</i>	104
– Le sentiment d'appartenance à la communauté locale chez les parents _____	105
– Le soutien social aux parents et aux jeunes _____	105
– Le soutien social du professeur à l'enfant _____	106
– La satisfaction et la perception du quartier _____	106
<i>Les effets de l'environnement local _____</i>	106
– L'exposition à la pollution _____	106
– La sécurité des rues _____	107
– L'accès aux jeux de loterie vidéo _____	107
– La qualité des parcs et des équipements de jeu _____	108
– L'accessibilité à des aliments sains _____	108
– La qualité des services de garde _____	108
3.6 L'utilisation des services de santé par les enfants et les adolescents _____	109
– La consultation d'un omnipraticien _____	109
– La consultation d'un dentiste _____	109
– Les examens de la vue _____	110
3.7 Déjouer la pauvreté : des facteurs qui peuvent faire la différence _____	111
– L'effet protecteur de l'allaitement maternel _____	111
– La fréquentation précoce de services de garde _____	112
– Le soutien social aux parents _____	113
– La sécurité du quartier _____	113
En terminant : un rappel de l'effet cumulatif de tous ces facteurs _____	114
En guise de conclusion : le chemin qu'il nous reste à faire _____	115
– Les coûts de la pauvreté _____	115
– Une lutte bien engagée _____	116
– Pour continuer de bien faire _____	120

Annexe 1

- Les façons de mesurer la pauvreté – un aperçu _____ 127

Annexe 2

- Les indicateurs socioéconomiques retenus pour l'analyse de l'écart de santé _____ 130

Annexe 3

- Liste et description des enquêtes sociosanitaires présentées dans le rapport _____ 137

Annexe 4

- Tableaux et figures complémentaires _____ 142

Annexe 5

- Tableau synthétique des écarts de santé selon le niveau socioéconomique chez les enfants de moins de 18 ans _____ 150

Références bibliographiques _____ 157

Liste des figures

- Figure 1.1 Vision écologique des déterminants de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents _____ 36
- Figure 1.2 Total des années potentielles de vie perdues (APVP) avant 75 ans (%) selon la cause de décès et excédent des APVP attribuable au revenu du quartier, régions urbaines du Canada, 2001 _____ 42
- Figure 2.1 Proportion de la population des 0-17 ans parmi la population totale, Québec, 2006, projections _____ 50
- Figure 2.2 Taux de faible revenu et taux d'assistance sociale des enfants (personnes de moins de 18 ans), Québec, 1995-2006 _____ 59
- Figure 2.3 Incidence, intensité et gravité de la pauvreté chez les 0-17 ans par type de famille au Québec, 2002 _____ 67
- Figure 2.4 Incidence, intensité et gravité de la pauvreté chez les 0-17 ans au Canada selon les provinces, 2002 _____ 69

Figure 2.5	Taux de faible revenu (seuil à 50 % de la médiane) et taux de faible revenu sévère (seuil à 30 % de la médiane) chez les familles avec enfants de moins de 18 ans, Québec, Canada et autres pays, 2000 _____	73
Figure 2.6	Écart moyen du revenu des familles à faible revenu avec enfants, par rapport au seuil de 50 % du revenu médian, Québec, Canada et autres pays, 2000 _____	74
Figure 3.1	Taux de décès de toutes causes chez les 0 à 17 ans selon le sexe, le quintile de défavorisation matérielle, le quintile de défavorisation sociale et le croisement des quintiles extrêmes de défavorisation matérielle et sociale, Québec, 1989-1993 et 1999-2003 _____	83
Figure 3.2	Risques relatifs pour les taux d'hospitalisation pour traumatismes sévères chez les 0-14 ans selon certaines circonstances et la dimension matérielle de l'indice de défavorisation, Québec, 2000-2004 _____	86
Figure 3.3	Proportion d'enfants de 6 ans présentant de faibles habiletés langagières selon l'enseignant ou perçus par leur mère comme ayant un problème d'hyperactivité et d'inattention selon la position sociale de la famille, Québec, 1998-2004 _____	91
Figure 3.4	Proportion d'élèves du 1 ^{er} cycle du secondaire qui accusent un retard scolaire selon le décile de l'indice de milieu socioéconomique (IMSE), Québec, 2005-2006 _____	92
Figure 3.5	Taux de fécondité chez les adolescentes de moins de 20 ans, selon le quintile de défavorisation matérielle, le quintile de défavorisation sociale et le croisement des quintiles extrêmes de défavorisation matérielle et sociale, Québec, 1989-1993 et 1999-2003 _____	97
Figure 3.6	Taux d'allaitement total selon le revenu du ménage et le niveau de scolarité de la mère pour différentes durées, Québec, 2005-2006 _____	99
Figure 3.7	Proportion d'enfants qui ont fréquenté la garderie de façon continue entre 17 mois et 6 ans selon la position sociale de la famille, Québec, 1998-2004 _____	104
Figure 3.8	Proportion d'enfants âgés entre 5 et 8 ans dont la dernière visite chez le dentiste remonte à plus d'un an selon le revenu familial, Québec, 1998-1999 _____	110
Figure A.1	Illustration des dimensions de la pauvreté mesurées par chacun des trois indices FGT (P_0 , P_1 et P_2) _____	129

Figure A.2	Taux d'hospitalisation, toutes causes, en soins physiques de courte durée chez les moins de 1 an, selon le sexe, le quintile de défavorisation matérielle, le quintile de défavorisation sociale et le croisement des quintiles extrêmes de défavorisation matérielle et sociale, Québec, 1989-1992 et 1999-2002 _____	143
Figure A.3	Taux d'hospitalisation, toutes causes, en soins physiques de courte durée chez les 1 à 17 ans, selon le sexe, le quintile de défavorisation matérielle, le quintile de défavorisation sociale et le croisement des quintiles extrêmes de défavorisation matérielle et sociale, Québec, 1989-1992 et 1999-2002 _____	144
Figure A.4	Taux de prise en charge (TPEC) en protection de la jeunesse selon la défavorisation du territoire de CLSC, Québec, 2002-2003 à 2005-2006 _____	146
Figure A.5	Liens entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant selon le mode d'alimentation, Québec, 1998-2004 _____	147
Figure A.6	Liens entre la position sociale de la famille en bas âge et les faibles habiletés langagières à 6 ans selon la fréquentation précoce de la garderie, Québec, 1998-2004 _____	148
Figure A.7	Liens entre la position sociale de la famille et l'hyperactivité/inattention selon le mode d'alimentation et le soutien social, Québec, 1998-2004 _____	149

Liste des Tableaux

Tableau 2.1	Proportion de la population des 0-17 ans au sein de la population totale, Québec, 1981 à 2006 _____	49
Tableau 2.2	Évolution des familles avec enfants de tous âges au Québec, 1991-2006 _____	52
Tableau 2.3	Nombre mensuel moyen d'enfants appartenant à des ménages prestataires de l'aide de dernier recours selon l'âge, Québec, 2005-2006 _____	61
Tableau 2.4	Nombre de ménages prestataires avec au moins un enfant mineur (moins de 18 ans) vivant dans ces ménages selon les durées de présence à l'aide de dernier recours, Québec, mars 2006 _____	62
Tableau 3.1	Proportion de jeunes de 12 à 24 ans et de parents considérant avoir un faible soutien social selon le revenu du ménage, Québec, 2005 _____	105

Tableau A.1 Taux de faible revenu et taux d'assistance sociale des enfants (personnes de moins de 18 ans), Québec, 1995-2006 _____	142
Tableau A.2 Taux d'hospitalisation chez les jeunes de 1 à 17 ans les plus favorisés et défavorisés sur les plans matériel et social selon la cause de décès, Québec, 1989-1992 et 1999-2002 _____	145

Faits saillants

1. La pauvreté, un grand déterminant de la santé

- La pauvreté n'est pas qu'économique. Elle se traduit souvent par l'isolement, la marginalisation et le sentiment d'impuissance.
- Plus on est pauvre, plus on risque d'être malade et de mourir jeune. Le niveau socioéconomique est le plus fort prédicteur de maladie et de vie de piètre qualité.
- Plus la durée de privation socioéconomique est longue, plus les dommages sur la santé seront importants. L'enfance est une période cruciale durant laquelle un état persistant de pauvreté aura des conséquences sur la santé tout au long de la vie.
- La pauvreté enlève des vies et des années de vie heureuse et en bonne santé. Sur ce plan, elle cause des dommages qui se comparent à ceux des maladies de l'appareil circulatoire : dans la population canadienne, les inégalités de revenu sont responsables de 20 % des années potentielles de vie perdues, comparativement à 17 % pour les maladies de l'appareil circulatoire.
- Le fait de vivre dans la pauvreté durant l'enfance augmente le risque de souffrir plus tard de problèmes de santé et de vivre moins longtemps, même si le niveau socioéconomique s'améliore ensuite au cours des années.

2. Les inégalités socioéconomiques parmi nos enfants

- En 2006, les enfants de 0 à 17 ans comptent pour 20 % de la population du Québec. Un peu moins de la moitié vivent avec des parents mariés (47 %), un quart avec des parents en union libre (25 %) et un peu plus du quart dans une famille monoparentale (28 %). À l'âge de 6 ans, 28 % des enfants ont déjà vécu au moins une transition familiale (divorce, séparation ou nouvelle union).
- L'économie du Québec va bien. La plupart des indicateurs socioéconomiques affichent des résultats encourageants au regard du revenu, de l'emploi et de la scolarité. Mais toutes et tous n'en profitent pas. De plus, le Québec affiche toujours un retard par rapport aux provinces plus riches comme l'Alberta et l'Ontario.
- Contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, la scolarisation accrue de la main-d'œuvre et la hausse importante de la participation des mères au marché du travail n'ont pas entraîné une aussi forte augmentation des revenus des ménages.
- Ce n'est pas parce qu'on se trouve un emploi qu'on échappe nécessairement à la pauvreté. C'est même de moins en moins vrai. En 2004, au Canada, 34 % des enfants pauvres vivaient dans des familles où au moins un parent travaillait à temps plein toute l'année, alors que ce pourcentage était de 27 % en 1993.

- Les jeunes issus de l'immigration et ceux des communautés autochtones sont particulièrement touchés par la pauvreté.
- De façon générale, les familles monoparentales et les familles qui comptent trois enfants ou plus sont plus nombreuses que les autres à connaître une période de pauvreté. Cependant, de tous les groupes, les familles monoparentales sont les plus exposées à la pauvreté.
- Les transferts sociaux (allocations familiales, aide de dernier recours, assurance-emploi, pensions de vieillesse, etc.) jouent un rôle primordial dans la lutte à la pauvreté ; au Québec, sans ces transferts, les taux de pauvreté seraient plus que doublés.
- Depuis dix ans, le nombre d'enfants et de jeunes de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu ou appartenant à des familles prestataires de l'aide de dernier recours a diminué.
- D'après les meilleurs indices disponibles, la situation face à la pauvreté chez les jeunes de moins de 18 ans au Québec est meilleure que partout ailleurs au Canada.
- Dans les comparaisons internationales, le Québec se place assez bien comparativement aux États-Unis et à d'autres pays latins et anglo-saxons. Mais il a encore des progrès à faire pour égaler la performance de certains pays européens sur le plan de la pauvreté des enfants.

3. Les écarts de santé parmi nos enfants

La santé physique

- Chez les jeunes de moins de 18 ans, les taux de mortalité du groupe le plus défavorisé sont près de trois fois plus élevés chez les garçons et près de deux fois plus élevés chez les filles que ceux observés dans le groupe le plus favorisé.
- Si tous les jeunes de moins de 18 ans affichaient les mêmes taux d'hospitalisation que les plus favorisés d'entre eux, nous compterions chaque année environ 13 500 hospitalisations de moins.
- Naître pauvre, c'est risquer d'avoir un moins bon état de santé dès le départ, par exemple, d'avoir un poids insuffisant à la naissance, plus de problèmes d'asthme ou d'otites, un risque plus élevé d'embonpoint dès l'âge de 6 ans ou une mauvaise santé dentaire.
- Au cours d'une période de dix ans, l'état de santé de l'ensemble des enfants de moins de 18 ans a connu des progrès, mais les écarts de santé entre les enfants des milieux favorisés et défavorisés n'ont pas régressé.

La santé mentale

- Chez les jeunes, la détresse psychologique, la perception de leur santé mentale comme passable ou mauvaise, ainsi que la présence d'idées suicidaires tendent à augmenter lorsque le revenu des parents diminue.
- Le taux d'hospitalisation pour troubles mentaux est significativement plus élevé parmi les jeunes les plus défavorisés que parmi les plus favorisés, en particulier chez les garçons.

Les problèmes de développement

- Les enfants des milieux défavorisés sont trois à quatre fois plus nombreux à accuser des retards scolaires au primaire et au secondaire, deux fois plus nombreux à éprouver des problèmes d'apprentissage et trois fois plus nombreux à présenter des troubles graves de comportement au secondaire.
- Ils sont également moins nombreux à obtenir leur diplôme d'études secondaires ; l'écart s'observe chez les garçons (54 % vs 77 %) et chez les filles (71 % vs 88 %).

L'adaptation sociale

- Le taux de jeunes pris en charge par les directions de protection de la jeunesse a tendance à augmenter avec le degré de défavorisation du milieu.
- Deux fois plus d'enfants subissent de la violence sévère de la part de leurs parents dans les familles à faible revenu que dans les familles à revenu moyen ou élevé.
- Les jeunes filles des milieux les plus défavorisés sont dix-sept fois plus nombreuses à devenir mères avant l'âge de 20 ans que celles des milieux les plus favorisés.

Les déterminants de la santé des enfants et des adolescents

- Les enfants de familles défavorisées sont proportionnellement plus nombreux que ceux de familles favorisées à ne pas déjeuner, à être sédentaires, à fumer, à consommer de l'alcool et de la drogue, ainsi qu'à avoir une faible estime d'eux-mêmes.
- Les parents défavorisés souffrent plus souvent d'insécurité sur le plan de l'emploi et vivent plus de stress parental. Ils sont plus nombreux à avoir un niveau élevé de détresse psychologique, à vivre des épisodes de dépression sévère et à avoir déjà songé au suicide.
- Les familles moins favorisées économiquement déclarent un moindre sentiment d'appartenance à leur communauté et sont plus insatisfaites au regard de la qualité et de la sécurité de leur quartier.

- La qualité des services de garde, des parcs et des équipements de jeu est bien souvent inférieure dans les quartiers où se concentrent les familles défavorisées. On y trouve aussi une concentration plus grande des commerces de restauration rapide et des jeux de loterie vidéo.

L'utilisation des services de santé par les enfants et les adolescents

- Les jeunes de milieux défavorisés consultent plus souvent les médecins que ne le font les jeunes des milieux plus favorisés. Par contre, ils consultent moins souvent les dentistes et les spécialistes de la vue.

Déjouer la pauvreté : des facteurs qui peuvent faire la différence

- La connaissance de certains facteurs dits protecteurs peut favoriser l'égalité des chances de réussite et permettre de déjouer l'influence néfaste de la pauvreté sur le développement des enfants.
- On peut contrer ou atténuer les écarts de santé liés à une faible position sociale persistante, par exemple en favorisant l'allaitement maternel pendant les premiers mois de la vie, la fréquentation des services de garde de qualité en bas âge, un bon soutien social aux parents et en agissant sur la qualité du quartier et du milieu local.

En guise de conclusion : le chemin qu'il nous reste à faire

- Les sociétés avancées refusent de considérer la pauvreté comme une fatalité et prennent des mesures vigoureuses pour en venir à bout.
- La pauvreté et les inégalités de santé qu'elle entraîne coûtent très cher aux personnes qui en sont victimes, mais aussi à la société : 20 % des coûts des services de santé au Canada leur sont attribuables. En termes économiques, financiers et sociaux, les conséquences de la pauvreté qui persiste sont considérables.
- Le Québec est l'un des premiers États au monde à s'être doté d'une loi et d'une stratégie nationale de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale assorties d'un plan d'action gouvernemental. L'objectif de cette loi est que le Québec figure, d'ici 2013, parmi les nations industrialisées qui comptent le moins de personnes vivant dans la pauvreté et l'exclusion sociale.
- L'importance de l'aide gouvernementale québécoise pour les familles ainsi que les programmes de transfert expliquent en bonne partie sa performance au regard de la lutte à la pauvreté. Cette performance est d'autant plus remarquable que le Québec ne possède pas une richesse aussi grande que d'autres provinces ou pays qui performant moins bien. Cependant, il reste encore du travail à faire et le gouvernement a déjà indiqué son intention de poursuivre son action avec détermination à cet égard.

- Les interventions du réseau de l'éducation, du secteur de la santé, des organismes communautaires et d'autres acteurs aux échelons national, régional et local doivent être complémentaires et concertées pour que le Québec progresse encore dans la réduction de la pauvreté et des inégalités de santé chez les jeunes.
- Pour continuer de bien faire, il importe de soutenir les efforts d'un ensemble d'acteurs pour réduire la pauvreté des familles avec enfants, pour offrir à tous ces enfants les mêmes chances de se développer, de réussir à l'école et de grandir en santé. Il faut aussi investir dans les milieux de vie marqués par la pauvreté en y favorisant la participation et les liens de solidarité.

Liste des abréviations, sigles, acronymes

APVP :	Années potentielles de vies perdues
CLSC :	Centre local de santé communautaire
CPE :	Centre de la petite enfance
DEP-ADO :	Indice de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes
EAM :	Enquête sur l'allaitement maternel, 2005
EDTR :	Enquête sur la dynamique du travail et du revenu
EGQ :	Enquête « Grandir en qualité », 2003
ELDEQ :	Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec
EQJS :	Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004
ESCC :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ESD :	Enquête sur la santé dentaire, 1983-1984 et 1998-1999
ESSEA :	Enquête sociale et de santé chez les enfants et les adolescents québécois, 1999
EVF :	Enquête « La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004 »
FGT :	Foster, Greer et Thorbecke
FMGD :	Fichier de micro-données à grande diffusion
ICIS :	Institut canadien d'information sur la santé
IMSE :	Indice de milieu socioéconomique
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
L.R.Q. :	Loi refondue du Québec
LIS :	Luxembourg Income Study
LSP :	Loi sur la santé publique
MELS :	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MESS :	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MFR :	Mesure de faible revenu
MFR-API :	Mesure de faible revenu après impôt
MPC :	Mesure du panier de consommation

MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS :	Organisation mondiale de la santé
P.I.B. :	Produit intérieur brut
P.N.B. :	Produit national brut
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
SDF :	Sans domicile fixe
SFR :	Seuil de faible revenu
SFR-API :	Seuil de faible revenu après impôt
TPEC :	Taux de prises en charge
USI :	Unité des soins intensifs

Introduction

Le présent rapport est consacré aux répercussions de la pauvreté sur la santé et le développement des jeunes de moins de 18 ans au Québec.

Nous parlerons ici de la *pauvreté* en reconnaissant qu'elle comporte à la fois des aspects liés aux privations matérielles, et d'autres aspects qui ont trait à l'exclusion sociale, ce que plusieurs préfèrent désigner globalement par le terme « défavorisation ». Même si, au Québec, d'autres groupes sociaux vivent dans un état de pauvreté comparable ou même plus grave, la pauvreté vécue durant l'enfance, surtout lorsqu'elle persiste durant plusieurs années, a de graves répercussions sur la santé à toutes les étapes suivantes de la vie.

L'état de santé de la population du Québec s'est beaucoup amélioré au cours des dernières décennies. En fonction de la plupart des indicateurs de santé importants, le Québec se trouve dans le peloton de tête des États industrialisés. La mortalité infantile, par exemple, diminue d'année en année et, de façon générale, l'espérance de vie ne cesse de s'améliorer.

Si l'espérance de vie de la population dans son ensemble a marqué des progrès constants, il n'en est pas de même en ce qui concerne les inégalités de santé. Des disparités importantes en matière de santé et de bien-être persistent et elles dépendent principalement de l'écart qui existe entre les groupes les plus pauvres et les plus favorisés.

Toutes les études l'indiquent, quels que soient le pays, le sexe ou le groupe d'âge, les personnes pauvres sont plus malades et meurent plus jeunes que celles qui sont plus fortunées. Les progrès extraordinaires de la médecine et la protection offerte par l'accès universel aux services médicaux n'y changent rien : les plus pauvres risquent davantage d'être exposés aux maladies, d'en être atteints plus jeunes et de mourir précocement. La pauvreté est tout compte fait le plus puissant déterminant des problèmes de santé. Plus les gens sont affectés par la défavorisation, que ce soit le manque de revenus, une faible scolarité ou des difficultés d'accès à l'emploi, plus grands sont les problèmes de santé. Bref, pour prévenir la maladie, il faut aussi prévenir la pauvreté.

Parmi les responsabilités confiées au ministre de la Santé et des Services sociaux en matière de santé publique, le législateur a précisé que « le Ministre doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population. » (LSP, art. 8) À cette fin, le présent rapport veut illustrer de façon claire l'ampleur des écarts de santé qui persistent parmi les enfants selon leur milieu socioéconomique, et mettre en évidence des facteurs sur lesquels il est possible d'agir pour venir à bout de ces écarts.

L'influence de la pauvreté sur les jeunes

Grandir dans une famille pauvre a généralement des conséquences sur la santé et le développement des jeunes dès l'enfance, mais aussi plus tard à l'âge adulte.

Les conséquences de l'inégalité sont présentes en fait avant même la naissance. Par exemple, le taux de mortalité infantile a nettement baissé au cours des dernières décennies, mais il demeure deux fois plus élevé dans les quartiers pauvres que dans les quartiers riches (Wilkins et al., 2002). Les pages qui suivent montrent que les tout-petits des milieux défavorisés risquent davantage de naître avec un poids insuffisant, puis d'être plus souvent hospitalisés et de souffrir de bien d'autres problèmes de santé. Ils courent aussi un risque plus grand de mourir avant d'avoir atteint l'âge adulte.

La pauvreté et ce qui l'accompagne bien souvent — les relations familiales perturbées, les carences alimentaires et les mauvaises habitudes de vie, l'absence de stimulation et de socialisation, la détérioration du milieu social, de l'environnement physique et l'exposition aux accidents de toute nature — auront généralement des conséquences sur le développement des enfants. Ceux-là risquent, plus que les autres, d'être confrontés à des problèmes d'adaptation et d'apprentissage, d'être sujets aux retards scolaires puis d'abandonner leurs études, d'avoir ensuite de la difficulté à trouver un emploi et des revenus de travail adéquats, et enfin de subir l'exclusion sociale et la marginalisation.

Bien qu'une partie des enfants ayant vécu en milieu défavorisé réussissent à surmonter les nombreux obstacles posés sur leur chemin et à survivre dans les conditions les plus difficiles, plusieurs en subiront les répercussions tout au long de leur vie. Surtout si elle persiste durant l'enfance, la pauvreté aura des conséquences à l'âge adulte. Elle empêchera plusieurs de ces enfants de réaliser leur potentiel et de participer à la vie de leur communauté.

En même temps qu'elle brise les individus, la pauvreté heurte l'idéal de société qui nous réunit. Elle entrave le développement individuel et collectif. Ses coûts économiques et sociaux sont considérables, qu'on les mesure en ce qui a trait au manque à gagner ou à la productivité économique et aux programmes de soutien. Ses coûts indirects, consécutifs aux problèmes de santé, à la perte d'estime de soi et de confiance en la société et en l'avenir, sont encore plus importants.

Des actions possibles

La pauvreté est un phénomène complexe qui met en cause une multitude de facteurs d'ordre individuel, social, culturel, politique et autres, susceptibles de s'influencer mutuellement. Ces facteurs sont heureusement de mieux en mieux connus ; ce qui, d'une part, nous interdit de considérer la pauvreté comme une fatalité et, d'autre part, nous permet plus que jamais d'en prévenir les conséquences. Il est possible d'agir.

Les connaissances actuelles nous permettent par exemple de cerner avec précision des facteurs qui peuvent avoir un effet de protection sur la santé et le développement des jeunes. En intervenant assez tôt, de la bonne manière, avec les bonnes ressources, nous pouvons en partie rétablir l'égalité des chances chez les enfants qui ont vécu leurs premières années dans une famille de faible niveau socioéconomique.

Plus largement, le Québec a fait la preuve que l'on pouvait réduire les inégalités socioéconomiques et leur impact sur la santé. La très bonne place qu'il occupe au Canada, au regard du faible niveau de pauvreté chez les enfants, représente un formidable encouragement à continuer dans cette voie. Plusieurs pays d'Europe nous fournissent d'ailleurs des exemples probants qui peuvent nous inspirer à aller encore plus loin dans la réduction de la pauvreté et des inégalités de santé chez les enfants.

Le présent rapport

Ce troisième rapport national sur l'état de santé de la population est divisé en quatre parties.

La première permet de comprendre comment se produisent les écarts de santé dans les milieux les moins favorisés. En observant les effets cumulatifs des différents facteurs qui interagissent en milieu de pauvreté, on comprend mieux les conséquences de la pauvreté dans sa dimension matérielle (du faible revenu) et dans sa dimension sociale (de l'isolement et de l'exclusion sociale) sur la santé et le développement des jeunes.

La deuxième partie brosse un portrait de la pauvreté des enfants québécois de 0 à 17 ans. Elle évalue la situation qui prévaut ici au regard de celle du reste du Canada et des pays développés en général. Et, parce que cela a aussi un effet sur eux, elle s'intéresse à l'évolution récente des familles et aux nouvelles caractéristiques de l'économie.

La troisième partie présente les écarts de santé observés chez les jeunes Québécois, selon la condition socioéconomique de leur famille. De nombreuses données, dont une grande partie a été produite pour les besoins de ce rapport¹, viennent illustrer l'ampleur des différences qui existent entre les enfants des milieux défavorisés et ceux des milieux qui le sont moins au regard de leur santé physique, de leur santé mentale, de leur développement, de leur adaptation, et d'autres facteurs reconnus comme des déterminants de l'état de santé et de bien-être.

1. La réalisation de cette publication découle, entre autres, de la mise en œuvre du *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007* (Directions de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, 2005).

La quatrième partie, qui tient lieu de conclusion, rappelle les mesures mises en œuvre jusqu'ici et celles qui pourraient être avantageusement engagées afin de réduire la pauvreté et ses nombreuses conséquences chez les enfants. Après un bref regard sur les interventions qui nous rapprochent déjà de ce but, cette conclusion suggère quelques-unes des voies à privilégier pour une action encore plus efficace vers l'égalité des chances pour tous les enfants sur le plan de la santé.

Comme le souligne le préambule de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, que le Québec a adoptée en 2002, « les effets de la pauvreté et de l'exclusion sociale freinent le développement économique et social de la société québécoise dans son ensemble et menacent sa cohésion et son équilibre. » (L.R.Q., chapitre L-7). Les coûts très élevés de la pauvreté et de ses répercussions sur la santé justifient amplement l'examen attentif de ce rapport et interpellent tous ceux qui peuvent agir à cet égard.

1

La pauvreté, un grand déterminant de la santé

« La pauvreté est la pire des violences. »

Mahatma Gandhi

La santé constitue la première condition pour mener une vie active et satisfaisante. On voudrait croire que toutes et tous y ont un accès égal, mais ce n'est pas le cas, on le sait bien. Aussi, parmi d'autres, les intervenants de la santé publique cherchent-ils à comprendre ce qui peut expliquer cette inégalité des chances à la santé. Pourquoi certains groupes sociaux ont-ils un état de santé meilleur ou moins bon comparativement à d'autres, par exemple lorsqu'on compare, entre elles, les personnes de sexe, de groupes d'âge, d'origine ethnique ou de niveau socioéconomique différents ?

Ces facteurs qui influencent favorablement ou défavorablement la santé, sont ce qu'on appelle les *déterminants de la santé*. Une bonne connaissance de ces facteurs est nécessaire, d'une part, pour améliorer l'état de santé général d'une population et, d'autre part, pour réduire les inégalités de santé parmi cette population.

Nous présenterons dans les prochains chapitres, un portrait des jeunes de 0 à 17 ans au Québec, et des inégalités sociales et de santé qu'on observe à l'intérieur de ce groupe. Avant d'y arriver, nous décrirons d'abord un modèle conceptuel qui expose les principaux déterminants de la santé et du développement de ces jeunes. Nous définirons ce qu'on entend par la pauvreté et d'autres notions qui y sont associées comme la défavorisation. Nous rappellerons, finalement, l'état actuel des connaissances quant à l'influence qu'exerce la pauvreté sur les écarts de santé dans la population, en particulier chez les enfants.

1.1 Les déterminants de la santé et du développement des enfants

Les principaux déterminants de la santé sont habituellement regroupés en cinq grandes catégories¹ :

- les prédispositions biologiques et génétiques (ex. : le sexe, les maladies génétiques, les malformations congénitales) ;
- les habitudes de vie et les autres comportements reliés à la santé (ex. : le tabagisme, l'alimentation, l'activité physique, la consommation de drogues et d'alcool) ;
- les conditions de vie et les milieux de vie (ex. : le niveau de scolarité, la qualité du logement, l'environnement familial et social, l'école, l'emploi et le milieu de travail, la cohésion sociale dans la communauté, le soutien social) ;
- l'environnement physique (ex. : la qualité de l'air, de l'eau, du sol, des aliments) ;

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). Pour en savoir plus sur les déterminants de la santé, voir Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La santé autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, Gouvernement du Québec, 2007.

- l'organisation des services sociaux et de santé et l'accès à ces ressources (ex. : l'accessibilité aux soins et services, la qualité des services, le recours aux pratiques cliniques préventives).

Ces différents déterminants interagissent aussi entre eux pour générer un ensemble complexe d'effets sur l'état de santé. Par exemple, une maladie contagieuse peut être causée par un virus, mais elle peut avoir été favorisée par un environnement insalubre, et avoir des effets plus graves sur une personne vivant un stress important. Une jeune femme enceinte sera sous-alimentée en raison de son manque d'argent, mais le stress, le milieu environnant et les autres conditions de vie associées à sa situation de pauvreté pourront aussi avoir influencé ses choix alimentaires. Les conséquences que cela risque d'avoir pour son bébé, qui pourrait naître prématurément ou avec un poids insuffisant, seront à leur tour considérables ; nous le verrons.

Les multiples déterminants de la santé agissent en synergie et de façon cumulative au cours de la vie pour générer un ensemble complexe d'effets sur l'état de santé.

C'est le cumul et l'influence combinée des facteurs de risque matériels, culturels, sociaux et environnementaux qui font que la pauvreté exerce des effets négatifs sur la santé. Toutes ces influences doivent aussi être observées dans une perspective chronologique puisque l'évolution de l'état de santé s'explique aussi par l'effet cumulatif des expériences vécues dans le parcours de vie de chaque individu (Davey Smith, 2003).

Pour atténuer les inégalités de santé dans un groupe social en particulier — par exemple, chez les enfants — il est nécessaire d'établir d'abord les déterminants qui ont la plus grande influence sur eux, et comment ils interagissent.

Le cadre conceptuel sur lequel s'appuie notre analyse des inégalités de santé chez les enfants et les adolescents s'inspire de l'approche écologique, un modèle largement reconnu par les spécialistes de l'enfance. Selon ce modèle, l'individu et son environnement s'influencent mutuellement et constamment, chacun s'adaptant en réponse aux changements de l'autre.

Selon cette approche, la santé et le développement des enfants sont influencés non seulement par leur contexte de vie immédiat comme la famille, le milieu de garde, l'école, les amis, mais aussi par les contextes sociaux et physiques plus larges dans lesquels s'insèrent l'enfant et sa famille et avec lesquels ils interagissent. Par exemple, les caractéristiques du voisinage, les liens de solidarité, les ressources et les services disponibles dans la communauté, les normes culturelles et sociales en vigueur, les politiques sociales en matière de logement, de travail, d'éducation ou de santé et même les ententes commerciales internationales ont une influence

importante, qu'elle soit directe ou indirecte. Les familles et les communautés peuvent à leur tour exercer une influence et transformer leur milieu dans la mesure où elles disposent des moyens de participer aux décisions et à la vie collective, ce qui n'est pas toujours le cas.

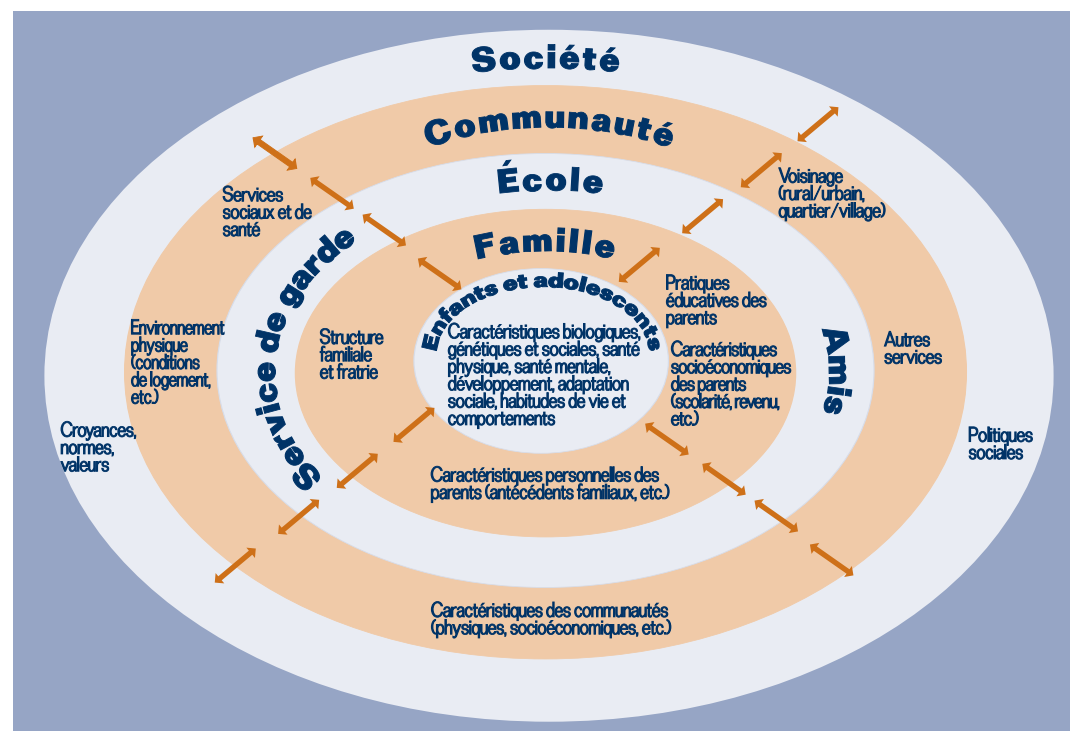
Le modèle écologique invite donc à considérer la santé et le développement des enfants et des adolescents comme le produit de ces multiples interactions. Contrairement à la conception très répandue selon laquelle la santé et le développement des enfants dépendraient principalement des parents et de leur compétence à prendre soin et à éduquer leur progéniture, d'autres facteurs sont aussi en cause, sur lesquels ni les parents, ni les enfants n'ont d'influence directe ou même indirecte.

La figure 1.1 illustre le cadre conceptuel qui sous-tend le choix des résultats présentés dans ce rapport. Il s'inspire des grandes dimensions du modèle écologique de Bronfenbrenner et d'autres travaux publiés au Québec sur la santé et le bien-être des enfants².

2. Les deux principales sources utilisées sont : Groupe d'experts pour les jeunes en difficulté (1991) et Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec (1999).

Figure 1.1

Vision écologique des déterminants de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents



Sources : Adapté de Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*. Groupe d'experts pour les jeunes en difficulté (1991). *Un Québec fou de ses enfants*. Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec (1999). *Agir ensemble pour le bien-être et la santé des enfants et des adolescents*.

1.2 La pauvreté vue sous différents angles

La pauvreté est bien souvent comprise comme une situation reliée uniquement au manque d'argent. Mais c'est en fait une réalité complexe qui comporte plusieurs dimensions.

On ne dispose pas d'une définition de la pauvreté qui ferait consensus, mais pour les besoins de ce rapport, nous avons choisi d'utiliser une définition large qui inclut les aspects matériels et sociaux de la pauvreté. D'autres aspects à prendre en considération pour bien comprendre la pauvreté sont aussi exposés dans cette section.

Les deux grandes dimensions de la pauvreté : la composante matérielle et la composante sociale

La Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, qui fut adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale du Québec en décembre 2002, contient la définition suivante de la pauvreté :

« On entend par "pauvreté" 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 et pour favoriser son intégration et sa participation à la société québécoise. » (L.R.Q., chapitre L-7 2002 c.61, a.2)

Cet énoncé indique que la pauvreté n'est pas qu'économique. En plus de sa *composante matérielle* associée à la privation des nécessités de base telles que la nourriture, les vêtements ou le logement, cette définition recouvre d'autres formes de privation et d'exclusion liées aux rapports qu'ont les personnes avec leur entourage et avec leur milieu. Cette dimension de la pauvreté réfère à l'isolement, à la marginalisation et au sentiment d'impuissance qu'éprouvent ceux qui n'ont pas les moyens et les ressources nécessaires pour prendre une part active à leur milieu et, plus largement, à la société. C'est la composante sociale de la pauvreté.

C'est en Angleterre, au cours des années 1980, que le terme « défavorisation » (en anglais *deprivation*) a émergé d'une longue tradition d'analyses sur les inégalités sociales de santé. Peter Townsend a défini la défavorisation comme « un état observable et démontrable de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe ». Townsend fait lui aussi la distinction entre la défavorisation matérielle, qui réfère aux biens et commodités de la vie, et la défavorisation sociale, qui concerne les relations entre les individus et leur entourage, le pouvoir qu'ils ont sur leur vie, leur place dans le monde du travail et dans la société en général (Pampalon et Raymond, 2000).

La dimension matérielle de la pauvreté est bien souvent décrite dans les enquêtes et les publications scientifiques à l'aide de ce qu'on appelle le « statut socioéconomique » ou le « niveau socioéconomique ». Le niveau socioéconomique d'une personne ou d'une population peut être mesuré à partir de données se rapportant au revenu, à la scolarité et à l'emploi (Pampalon et al., 2004). Comme on le verra plus loin, un grand nombre d'études permettent d'affirmer que le statut socioéconomique a un effet prépondérant sur la santé.

Les données se rapportant au niveau socioéconomique (dimension matérielle de la pauvreté) sont bien souvent les seules informations disponibles dans les enquêtes sociosanitaires et dans certaines bases de données administratives. Ce sont les indicateurs que nous utiliserons au chapitre 3 pour comparer l'état de santé des enfants de milieux pauvres ou plus aisés. Nous utiliserons aussi dans certains cas un

indice de défavorisation matérielle et sociale, qui tient compte de ces deux dimensions comme son nom l'indique, et qui sera présenté plus loin.

La pauvreté n'est pas qu'économique. Elle se traduit souvent par l'isolement, la piètre estime de soi, la marginalisation et le sentiment d'impuissance.

Aux déficiences matérielles, d'autres carences — aux niveaux personnel, social, culturel — étendent la pauvreté au-delà de l'aspect économique. Les pauvres ne manquent pas seulement de biens matériels, mais aussi d'autres choses nécessaires à la santé, à un développement harmonieux ; bref, à une vie saine.

Le facteur temps : la pauvreté temporaire et la pauvreté persistante

On comprend mieux aujourd'hui la *dynamique* de la pauvreté. Les études longitudinales, qui suivent des individus sur une longue période, rendent possible une meilleure compréhension des liens entre la situation socioéconomique et la santé au fil du temps. Les données longitudinales permettent de calculer la durée totale de l'état de pauvreté, par exemple, le nombre d'années qu'un enfant passe dans une situation de précarité. Elles ont montré que plus la durée de privation socioéconomique est longue, plus les dommages sur la santé sont importants (Phipps, 2003 ; Wilkinson et Marmot, 2004). Par ailleurs, la probabilité de se sortir de la pauvreté diminue avec le temps passé en état de pauvreté.

Ainsi, à partir de données canadiennes portant sur cinq années, on a estimé que les gens pour qui la pauvreté est temporaire constituent environ 50 % des personnes pauvres à tout moment, tandis que 40 % des gens ont été pauvres durant toute la période observée (Finnie, 2000). On sait aussi qu'entre 1996 et 2001, un quart des Canadiens (24 %) ont vécu sous le seuil de faible revenu (SFR) pendant au moins 1 an et que près du tiers des jeunes Canadiens de moins de 18 ans (29 %) ont connu la même situation (Statistique Canada, 2002).

La probabilité d'être pauvre à long terme est plus forte parmi les groupes identifiés comme les plus touchés par la pauvreté. Au cours de la période 1993-1998, la proportion de personnes sous le seuil de faible revenu après impôt et qui sont demeurées pauvres au cours de ces cinq années se situe à 31 % chez les familles monoparentales, à 34 % chez les personnes seules âgées de 45 à 59 ans, à 31 % chez les immigrants récents, à 28 % chez les personnes handicapées et à 16 % chez les Autochtones hors réserve comparativement à 5 % chez les autres groupes de la population (Gouvernement du Québec, 2002).

Finnie (2000) a aussi montré qu'au Canada les mères qui deviennent monoparentales sont plus susceptibles de devenir pauvres que tout autre groupe étudié. Par ailleurs, à moins de former un nouveau ménage avec une personne qui apporte un second revenu, elles n'ont que 10 % de chances de sortir de la pauvreté.

D'autres études réalisées aux États-Unis soutiennent aussi le fait que les changements dans la composition familiale, tels qu'un divorce, une séparation ou la formation d'une nouvelle union, sont les événements qui ont le plus d'impact sur les probabilités de sortir de la pauvreté ou d'y entrer. Les changements dans la situation d'emploi, par exemple, un nouvel emploi ou la perte d'un emploi, ont des effets moins importants, mais ils sont plus fréquents et ont donc à peu près autant d'importance sur les probabilités qu'a un enfant d'être pauvre (Picot *et al.*, 1999).

*Plus la durée de privation socioéconomique est longue,
plus les dommages sur la santé seront importants. Et il est clair
que l'enfance est une période cruciale durant laquelle un état
persistant de pauvreté aura davantage de conséquences sur
la santé tout au long de la vie.*

Une revue d'études longitudinales montre que les problèmes de santé causés par la pauvreté de longue durée sont plus importants que les problèmes de santé engendrés par des épisodes de pauvreté occasionnels. Dans l'ensemble, les études soutiennent que le facteur temps compte pour beaucoup dans les épisodes de faible condition socioéconomique, et que les premières années de vie de l'enfant sont critiques à cet égard (Phipps, 2003). Les travaux menés depuis quelques années à partir d'une enquête longitudinale québécoise auprès des enfants vont dans le même sens. « Il apparaît clairement que la petite enfance est un épisode crucial pour le développement du sentiment d'emprise sur la vie ainsi que pour l'expression de facteurs de protection. » (Paquet, 2005)

1.3 La place de la pauvreté parmi les déterminants de la santé

Il y a longtemps que l'on est parvenu à établir la relation entre les conditions socioéconomiques d'une population et son état de santé. Friedrich Engels, l'économiste britannique, publia en 1875 la première étude sur les conditions de santé des travailleurs en Angleterre (Engels, 1845/1987). Il mit en relief que des facteurs sociaux tels que de mauvaises conditions de logement et d'alimentation, ainsi que des conditions de travail extrêmement difficiles étaient responsables du mauvais état de santé de ces travailleurs.

Un siècle plus tard, le rapport Black (1980), lui aussi publié en Angleterre, a renouvelé l'intérêt pour cette question en montrant que les populations de travailleurs les moins bien payées ont une plus grande probabilité de souffrir d'un grand nombre de problèmes de santé et de mourir prématurément de maladie ou d'accident à tous les âges de la vie. Il a, de plus, montré qu'il existait un gradient, c'est-à-dire une amélioration progressive de l'état de santé à mesure qu'on s'élève dans l'échelle des revenus, et non pas seulement un seuil précis de revenu au-delà duquel la santé ne varie plus. Ceci établissait l'existence d'inégalités de santé nécessitant non

seulement des interventions de la part des services médicaux, mais surtout des interventions et des politiques publiques pour améliorer les conditions de vie de la population.

La question des déterminants sociaux de la santé a, depuis, fait l'objet de nombreuses publications à l'échelle internationale³. Quelques-unes des plus marquantes ont été produites par l'Organisation mondiale de la santé qui s'apprête d'ailleurs à publier un important rapport à ce sujet (Commission on Social Determinants of Health, 2007).

Il y a longtemps que l'on est parvenu à établir la relation entre la condition socioéconomique d'une population et son état de santé.

Le Canada reconnaît, depuis les années 1980, le rôle des déterminants sociaux sur l'état de santé, y compris celui des inégalités socioéconomiques (Epp, 1986 ; Santé Canada, 1998). Le Québec a aussi participé de façon importante à l'avancement des connaissances et au développement de politiques sociales relatives aux inégalités sociales, économiques et de santé. On peut mentionner, par exemple, les rapports de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal sur la pauvreté et la santé des Montréalais (Lessard et al., 1998 ; Lessard et al., 2002.), et plusieurs travaux du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Institut national de santé publique du Québec (Pampalon et Raymond, 2000 ; Pampalon et al., 2004 ; Paquet, 2005).

Les éléments probants

L'impact des conditions de vie sur la santé est aujourd'hui bien connu et bien documenté. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a publié en 2003 une synthèse des connaissances sur la pauvreté et ses répercussions sur la santé (Phipps, 2003) ; nous y référons largement. Une conférence financée par Santé Canada a aussi été tenue à l'Université de York en 2002 sur le thème des déterminants sociaux de la santé à travers les cycles de vie⁴. Cette rencontre a permis à 400 participants, spécialistes des politiques publiques, représentants des collectivités et chercheurs, dont plusieurs du Québec, de faire le point sur l'impact des conditions socioéconomiques sur la santé et de recueillir des consensus ; elle a donné lieu, en 2004, à une publication dont nous résumons ici les conclusions (Raphael, 2004b).

3. Voir Wilkinson et Marmot (2004), Townsend et al. (1992), Acheson (1998). Voir aussi le site Internet de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, http://www.who.int/social_determinants/fr

4. Conférence intitulée « Social determinants of health across the life-span : A current accounting and policy implications ».

Des études réalisées au cours des années 2000 ont renforcé la compréhension des effets de la pauvreté et de son impact sur la santé de la population. On a, par exemple, clairement établi que le revenu est un indicateur fortement associé à la santé. Il est également associé à plusieurs autres déterminants sociaux de la santé : il influence la qualité de vie durant l'enfance, la sécurité alimentaire, le niveau de scolarité auquel un individu parviendra, le type d'emploi auquel il aura accès. La scolarité influencera à son tour le niveau socioéconomique qui sera atteint à l'âge adulte (Raphael, 2004a).

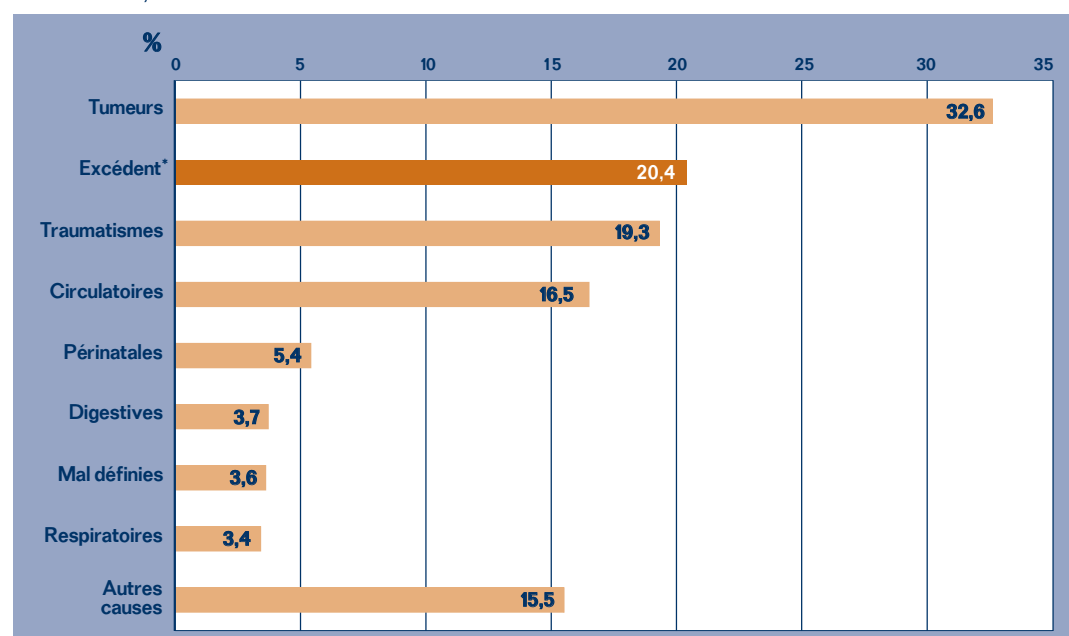
Tous ces éléments étant interreliés, les experts considèrent le revenu comme un déterminant fondamental de l'état et des inégalités de santé (Phipps, 2003). L'indicateur du revenu explique une grande partie des années potentielles de vie perdues au Canada pour différentes causes de décès. En effet, les inégalités de revenu sont reliées à des taux de mortalité prématurée plus élevés, et ce, pour de nombreuses causes, que ce soit par maladies de l'appareil circulatoire, par tumeurs, par traumatismes, par maladies de l'appareil respiratoire ou d'autres causes de décès. Par exemple, les tumeurs sont responsables de 33 % des années potentielles de vie perdues chez les personnes de moins de 75 ans, tandis que les écarts liés aux inégalités de revenu comptent pour 20 % des années de vie perdues (figure 1.2).

*Le revenu est un indicateur fortement associé à la santé.
Il influence la qualité de vie durant l'enfance, la sécurité
alimentaire, le niveau de scolarité auquel un individu
parviendra, le type d'emploi auquel il aura accès.*

Bref, plus on est pauvre, plus on risque d'être malade et de mourir jeune. Le plus puissant facteur associé à la maladie et à une vie de piètre qualité se révèle être le niveau socioéconomique.

Figure 1.2

Total des années potentielles de vie perdues (APVP) avant 75 ans (%) selon la cause de décès et excédent des APVP attribuable au revenu du quartier, régions urbaines du Canada, 2001



* Excédent : différence entre les nombres observés et attendus d'APVP, où le nombre attendu d'APVP est celui qui aurait été observé si les taux de mortalité selon l'âge et le sexe, enregistrés pour le quintile de revenu supérieur, s'étaient appliqués à toute la population.

Source : Compilations spéciales par Russell Wilkins, Groupe d'analyse et de mesure de la santé, Statistique Canada, janvier 2007.

La santé et les inégalités socioéconomiques

Lorsqu'on compare entre eux des villes, des régions ou des pays, on peut établir des liens entre l'état de santé et la répartition plus ou moins inégale des ressources. Parmi les pays ou les régions prospères, les populations qui présentent une meilleure équité dans la distribution du revenu ont un état de santé global plus favorable et vivent plus longtemps que celles de pays riches et même plus riches, mais dans lesquels subsistent des inégalités socioéconomiques importantes (Lynch *et al.*, 2000).

Il faut cependant dire que les chercheurs ne sont pas unanimes à ce sujet. Plusieurs reprochent à ces études d'utiliser des mesures d'inégalité de revenus souvent inadéquates ou dont les résultats varient beaucoup selon la technique d'estimation choisie (Phipps, 2003).

Plus on est pauvre, plus on risque d'être malade et de mourir jeune. Le plus puissant facteur associé à la maladie et à une vie de piètre qualité se révèle être le niveau socioéconomique.

Le sens du lien de causalité entre pauvreté et santé

Les associations entre le revenu et l'état de santé, même si elles sont très fortes au niveau statistique, ne suffisent pas à établir hors de tout doute un lien de causalité entre les deux facteurs. On peut, par exemple, se demander pourquoi la pauvreté ne serait pas tributaire d'une mauvaise santé plutôt que son contraire. Le lien entre la mauvaise santé et la pauvreté ne pourrait-il pas jouer tout aussi bien en sens inverse ?

Il est vrai que les problèmes graves de santé et les incapacités physiques ou intellectuelles entraînent bien des individus dans une situation de pauvreté. Cependant, ce lien de causalité est peu important, et dans la plupart des cas, c'est la pauvreté qui agit sur l'état de santé. C'est ce qui ressort d'une analyse de seize études provenant de quatre pays et utilisant plusieurs mesures de statut socioéconomique (revenu moyen, changements dans le revenu, indicateurs de pauvreté, nombre d'épisodes de pauvreté) et de nombreuses mesures de l'état de santé (taux de mortalité, auto-évaluation de l'état de santé, maladies chroniques, etc.) (Benzeval et Judge, 2001). Toutes étaient basées sur des observations longitudinales et permettaient donc de suivre les individus sur une certaine période de temps et de déterminer quel événement survient avant l'autre.

L'impact relatif des services de santé

L'amélioration de la santé et de l'espérance de vie au Canada et dans les pays industrialisés au cours du siècle dernier a souvent été attribuée aux progrès de la médecine et à une plus grande accessibilité aux soins de santé. Pourtant, des chercheurs ont montré que seulement 10 à 15 % de l'accroissement de la longévité depuis le début du vingtième siècle sont dus à de meilleurs soins de santé, tels que l'utilisation des vaccins pour lutter contre les maladies infectieuses ou les traitements plus efficaces contre diverses maladies (McKinlay et McKinlay, 1987).

L'adoption de saines habitudes de vie par une plus grande partie de la population, comme l'usage décroissant du tabac et une meilleure alimentation, a aussi contribué à un meilleur état de santé. Mais sur la base d'études menées depuis les années 70, la plupart des experts considèrent que ce sont les améliorations des conditions matérielles — un plus haut niveau de scolarité, de meilleures conditions de travail et de logement — qui ont le plus contribué aux progrès observés en matière de santé (Raphael, 2002).

Il faut cependant rappeler que l'accès universel aux soins de santé joue un rôle important dans la réduction des inégalités de santé. Sans cet accès, les personnes défavorisées devraient renoncer à des soins ou encore déboursier, pour les obtenir, des sommes d'argent qui leur causeraient des privations relatives à d'autres nécessités comme le logement et la nourriture (Edwards, 2004).

*Ce sont les améliorations des conditions matérielles de vie —
une meilleure scolarité, de meilleures conditions de travail
et de logement — qui ont le plus contribué aux progrès observés
en matière de santé tout au long du dernier siècle.*

La persistance des écarts de santé dans la population

À l'heure actuelle, malgré les progrès de l'état de santé général, on constate toujours des inégalités persistantes de santé parmi la population. Des études portant sur des périodes de plusieurs années en font la démonstration, tant au Canada (Wilkins *et al.*, 2002) qu'au Québec (Ferland, 2002 ; Pampalon *et al.*, 2006). Ainsi, Ferland a montré à l'aide des données d'enquêtes québécoises menées en 1987 et en 1998 que l'état de santé mesuré selon différents indicateurs est significativement associé au revenu ; il a aussi montré qu'il n'y a pas eu de diminution des écarts entre les groupes les plus riches et les plus pauvres au cours de cette décennie.

1.4 Comment la pauvreté produit-elle les écarts de santé ?

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer les mécanismes par lesquels les inégalités sociales et économiques se transforment en inégalités sur le plan de la santé et du bien-être. On reconnaît d'abord que les conditions de privation matérielle ont des répercussions directes sur le développement durant l'enfance, sur les interactions dans la vie familiale et sur la qualité des environnements dans lesquels se retrouvent les populations les plus pauvres. Les personnes qui n'ont pas les moyens de se loger convenablement, de se nourrir sainement et à leur faim, de se déplacer ou de s'offrir d'autres ressources essentielles vivent dans des conditions préjudiciables à leur santé.

La pauvreté qui afflige les enfants a d'autres effets durables sur leur développement. Elle affecte leur intégration, leur réussite et leur persévérance scolaire et, par conséquent, elle réduit leurs chances futures de se trouver un emploi ; elle les place devant l'impossibilité de s'alimenter adéquatement et les oblige à vivre dans des logements inadéquats, situés dans des milieux miséreux où se concentrent les problèmes de délinquance, de toxicomanie et de malnutrition (Chambre des communes, 1991). Ceux qui seront faiblement scolarisés auront moins accès à l'information sur la santé et connaîtront moins bien les moyens de protéger leur santé (MSSS, 2007).

On a aussi observé que des conditions de vie défavorables, lorsqu'elles sont subies de façon continue ou répétée, entraînent des niveaux d'insécurité et des états de stress qui ont, à la longue, des répercussions néfastes sur le plan physiologique (affaiblissement du système immunitaire, résistance accrue à l'insuline, problèmes du système sanguin, etc.) (Brunner et Marmot, 2001).

Les personnes aux prises avec des conditions de vie difficiles ont en outre tendance à réagir aux privations matérielles et au stress en adoptant des comportements défavorables à leur santé ; l'excès d'alcool et la consommation d'aliments de mauvaise qualité sont autant de façons de réagir aux privations et aux difficultés auxquelles on ne trouve pas le moyen d'échapper (Jarvis et Wardel, 2001). Or, on sait que les modes de vie, l'environnement et les habitudes de vie jouent un rôle non négligeable dans l'incidence et la prévalence de problèmes psychosociaux et d'un grand nombre de maladies contemporaines (les cancers, les maladies cardiovasculaires, les traumatismes reliés aux accidents de la route). Le stress joue un rôle central dans la santé physique et mentale, les habitudes de vie et l'environnement physique et social. Il affecte plus durement ceux et celles qui appartiennent aux groupes de revenus les plus bas et qui occupent une faible position sociale, car des conditions de vie difficiles engendrent un stress chronique particulièrement néfaste.

Les effets inhérents à la hiérarchie des positions sociales sont un autre phénomène qui a été documenté depuis les années 2000 (Kawachi et Kennedy, 2002 ; Marmot 2004). Selon certaines études, les individus plus démunis qui comparent leur statut, leurs possessions et leurs conditions de vie avec ceux dont jouissent la plupart des autres éprouvent un sentiment de honte, d'envie et l'impression de n'avoir aucune valeur. Ces perceptions peuvent se traduire par des différences objectives dans l'état de santé, même à l'intérieur d'un milieu où tous les individus disposent d'un revenu décent ou supérieur et n'éprouvent pas de privations matérielles.

À l'échelle d'une communauté, une distance importante entre les extrêmes de la hiérarchie sociale semble affaiblir la cohésion sociale, la solidarité, les liens de confiance et la participation dans cette communauté, ce qui entraîne des répercussions négatives sur l'état de santé de la population. C'est d'ailleurs ce que rappelle le préambule de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, en soulignant que « les effets de la pauvreté et de l'exclusion sociale freinent le développement économique et social de la société québécoise dans son ensemble et menacent sa cohésion et son équilibre. » (L.R.Q., chapitre L-7)

L'effet de la pauvreté dans le cycle de vie

Le fait de vivre dans des conditions socioéconomiques défavorables durant l'enfance et l'adolescence augmente le risque de souffrir plus tard de problèmes de santé. Plusieurs études ont effectivement montré que le niveau de revenu de la famille à laquelle appartient une personne durant l'enfance et l'adolescence est associé à l'état de santé et à l'espérance de vie que cette personne aura à l'âge adulte. Elles montrent, de plus, que cette association est indépendante du niveau de revenu auquel l'individu se situe plus tard au cours de sa vie (Davey Smith, 2003).

Ces études et beaucoup d'autres permettent d'affirmer que les conditions de vie durant l'enfance comptent parmi les déterminants les plus importants de l'état de santé. Elles nous font voir que les effets de ce déterminant sont cumulatifs et se manifestent à très long terme.

Le fait de vivre dans des conditions socioéconomiques défavorables durant l'enfance augmente le risque de souffrir plus tard de problèmes de santé. Le niveau de revenu de la famille à laquelle appartient une personne durant l'enfance et l'adolescence est associé à l'état de santé et à l'espérance de vie que cette personne aura à l'âge adulte, indépendamment du niveau de revenu qu'elle atteindra plus tard.

Ce phénomène a été confirmé à de nombreuses reprises dans des études longitudinales qui ont permis d'observer des individus tout au long de leur vie dans différents pays développés, que ce soit dans le cas des maladies cardiovasculaires, du diabète ou d'autres problèmes de santé (Raphael et Farrell, 2002 ; Raphael, 2003). La nécessité de situer les effets de la pauvreté dans la perspective du cycle de vie est aujourd'hui de plus en plus reconnue. On comprend donc maintenant comment les conditions défavorables durant les premières années de vie, en plus de leurs effets immédiats sur la santé des enfants, préparent la voie à la maladie et aux décès prématurés aux étapes suivantes de la vie (Raphael, 2004a).

2

Les inégalités socioéconomiques parmi nos enfants

« Nous n'héritons pas de la terre de nos parents,
nous l'empruntons à nos enfants. »

Léopold Sédar Senghor

Nous décrirons plus loin les écarts de santé des enfants et des adolescents québécois. Parce que cela a aussi à voir avec leur santé, voyons d'abord qui sont ces jeunes, dans quels types de familles ils vivent. Et puisqu'elles exercent un rôle de premier plan parmi les déterminants de la santé, voyons aussi quelles sont les inégalités socioéconomiques qui marquent leur vie.

2.1 Les jeunes dans de nouvelles familles

Les jeunes de 0 à 17 ans sont aujourd'hui environ un million et demi, ce qui représente le cinquième de la population, comparativement au quart, il y a 25 ans. Au cours de cette période, la baisse de la natalité a produit son effet.

Tableau 2.1

Proportion de la population des 0-17 ans au sein de la population totale, Québec, 1981 à 2006

	1981	1991	2001	2006	Variation entre 1981 et 2006 (%)
0-17 ans	27,1	23,8	21,4	20,1	-25,8
0-4 ans	7,3	6,5	5,2	4,9	-32,9
5-11 ans	9,7	9,2	8,9	7,5	-22,7
12-17 ans	10,1	8,1	7,3	7,7	-23,8

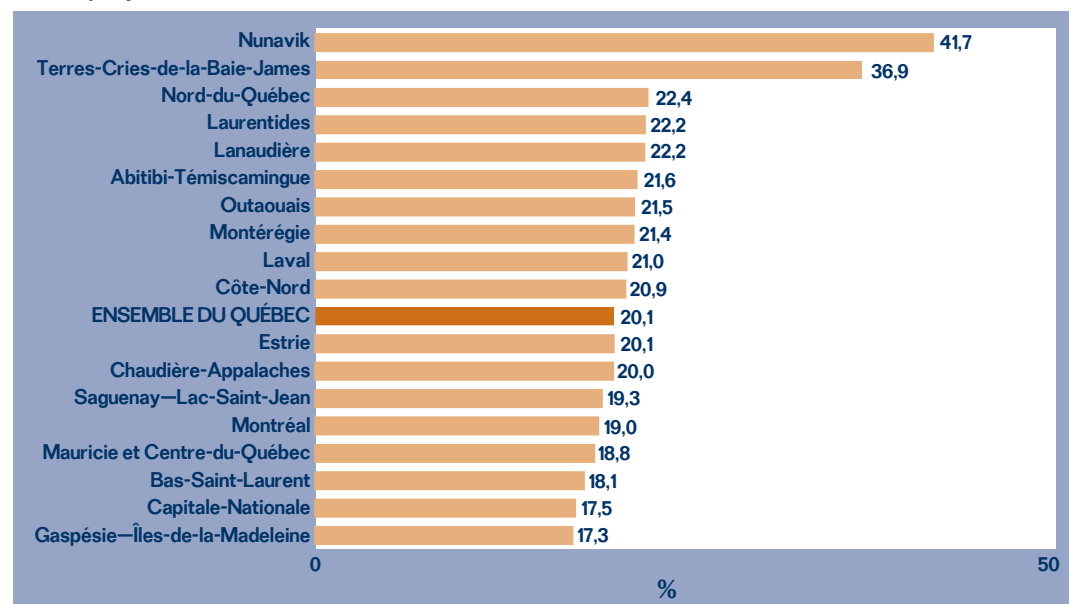
Note : Les données de 2001 et 2006 sont des projections.

Source : Pelletier (2005).

Si les jeunes de moins de 18 ans représentent, plus ou moins, dans l'ensemble des régions du Québec entre le cinquième et le quart de la population, ceux du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James comptent respectivement pour 42 % et 37 % de la population totale de leur région.

Figure 2.1

Proportion de la population des 0-17 ans parmi la population totale, Québec, 2006, projections



Source : Pelletier (2005).

Qu'ils soient moins nombreux ne garantit pas que leurs chances de vivre dans de bonnes conditions et de grandir en santé soient les mêmes pour tous. Le type de famille où ils grandissent et les vicissitudes de l'économie influenceront leur parcours d'une manière déterminante. L'un et l'autre, ayant subi incidemment de profondes transformations au cours des dernières années, méritent que l'on s'y attarde.

Le milieu de vie des jeunes joue en effet un rôle important sur leur santé et leur bien-être. Or, les familles ont beaucoup changé au cours des dernières décennies. Leur taille a considérablement diminué et la diversification des parcours conjugaux que l'on observe s'accompagne souvent de modifications dans les relations entre les membres de la famille.

La famille nouvelle est plurielle. Ce pluralisme peut être enrichissant, mais il n'est pas toujours sans conséquence pour les enfants. Se retrouver dans une famille monoparentale, par exemple, veut souvent dire être pauvre.

Moins de familles avec enfants et moins d'enfants dans les familles

Au cours des quinze dernières années, le nombre de familles¹ sans enfants a augmenté plus rapidement que le nombre de familles avec enfants. Ces dernières représentaient 66 % des familles en 1991 contre 60 % en 2006 (tableau 2.2).

Et ceux qui ont des enfants en ont moins. Les familles de trois enfants et plus n'ont plus la cote ; la majorité en a un ou deux. C'est le cas de 85 % des familles avec enfants en 2006².

Les familles en transition

Voyons comment les enfants dans les familles se répartissent entre les types de famille.

Au Québec, en 2006, les familles avec enfants se répartissent ainsi : 47 % des familles avec des parents mariés, 25 % avec des parents vivant en union libre et 28 % de familles monoparentales. Quinze ans plus tôt, la situation était bien différente : 68 % des parents étaient mariés, 11 % vivaient en union libre et 22 % vivaient en situation de monoparentalité (tableau 2.2).

Malgré l'importance que l'on accorde toujours à la famille, plusieurs enfants sont affectés par les tiraillements et l'instabilité qui accompagnent souvent les changements dans la composition de leur famille. Ces transitions sont maintenant fréquentes au cours de la vie d'un enfant. Selon les résultats d'une enquête longitudinale québécoise, sur l'ensemble des enfants âgés de 6 ans, 28 % des enfants ont déjà vécu au moins une première transition familiale, et 18 % ont vécu deux transitions et plus³ (Juby et Marcil-Gratton, 2006).

1. Les familles sont ici considérées selon la définition d'une famille de recensement (Statistique Canada, site internet) : couple marié (avec ou sans enfants des deux conjoints ou de l'un d'eux), couple vivant en union libre (avec ou sans enfants des deux partenaires ou de l'un d'eux) ou parent seul (peu importe son état matrimonial) demeurant avec au moins un enfant dans le même logement. Un couple vivant en union libre peut être de sexe opposé ou de même sexe. Les « enfants » dans une famille de recensement incluent les petits-enfants vivant dans le même ménage que leurs grands-parents, en l'absence des parents.

2. Statistique Canada, *Recensement canadien de 2006*.

3. Ces transitions peuvent inclure la séparation des parents, le décès d'un des parents, la formation d'une nouvelle union ou la réunification des parents. Pour un portrait détaillé, voir aussi Conseil de la famille et de l'enfance (2007).

Tableau 2.2

Évolution des familles avec enfants de tous âges au Québec, 1991-2006

	1991	1996	2001	2006
Proportion de familles avec enfants	66 %	66 %	63 %	60 %
Selon le type de familles :				
Biparentales	78 %	76 %	74 %	72 %
Parents mariés	68 %	60 %	53 %	47 %
Parents en union libre	11 %	16 %	21 %	25 %
Monoparentales	22 %	24 %	26 %	28 %

Sources : Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine (2005). Statistique Canada, *Recensement canadien de 2006*.

La montée de l'union libre

Si la plupart des enfants vivent dans des familles composées de deux parents, ceux-ci sont de plus en plus nombreux à avoir choisi l'union libre alors que la proportion de couples mariés est en diminution. Ainsi, en 2006, les couples vivant en union libre formaient la moitié (25 %) des familles avec enfants tandis que cette proportion était de 11 % en 1991 (tableau 2.2).

Les familles recomposées

Si une majorité des jeunes de moins de 18 ans vit dans une famille où deux parents sont présents, un nombre significatif de ceux-là vit dans des familles dites recomposées ou reconstituées. Les familles recomposées sont légèrement en hausse : parmi les familles composées de deux parents, 10 % étaient des familles recomposées en 2001 alors que cette proportion était de 8 % en 1995 (ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 2005).

La monoparentalité

En dépit du fait que la plupart des enfants vivent avec leurs deux parents, ils sont plus exposés qu'auparavant à les voir se séparer (Conseil de la famille et de l'enfance, 2005).

La proportion d'enfants qui vivent avec un seul parent augmente avec l'âge des enfants ; si 15 % des enfants de 4 ans et moins vivent avec un seul parent, 23 % des jeunes de 15 à 17 ans sont dans la même situation (INSPQ et coll., 2006a).

Les enfants issus de familles monoparentales vivent par ailleurs plus souvent avec un parent de sexe féminin. En 2006, au Québec, 78 % des familles monoparentales étaient dirigées par une mère⁴.

L'obtention de la garde des enfants par la mère au moment d'une rupture d'union favorise le phénomène. Les enfants de parents divorcés sont de moins en moins représentatifs de l'ensemble des enfants dont les parents ne vivent plus ensemble, mais les statistiques administratives les concernant sont intéressantes, particulièrement dans la répartition de la garde des enfants. Pour les divorces prononcés en 2000, la garde de 63 % des enfants a été confiée à la mère, 14 % des enfants ont été confiés à leur père, et la garde partagée a été accordée pour 23 % des enfants. Le mode de garde partagée est plus populaire depuis quelques années. Il a doublé entre 1995 (11 %) et 2000 (23 %). En 1990, la proportion s'établissait à seulement 7 % (Duchesne, 2002).

En résumé, les jeunes vivent dans un monde complexe marqué par de nouvelles relations sociales et de nouvelles réalités familiales.

Ce ne sont d'ailleurs pas les seuls défis que les enfants et les familles ont à affronter. La nouvelle économie leur en impose d'autres.

EN BREF

Les jeunes dans de nouvelles familles

- Les jeunes de moins de 18 ans représentent 20 % de la population en 2006, comparativement à 27 % en 1981.
- Le nombre de familles sans enfants croît maintenant plus rapidement que les familles avec enfants. Et celles-ci ont moins d'enfants qu'avant : en 2006, 85 % des familles avec enfants en ont un ou deux.
- Les familles monoparentales et les couples vivant en union libre, surtout, augmentent, tandis que les couples mariés sont moins nombreux.
- En 2006, 28 % des familles étaient monoparentales contre 22 % quinze ans plus tôt ; toujours en 2006, 25 % des familles étaient constituées de parents vivant en union libre contre 11 % en 1991.
- Les enfants vivant dans des familles monoparentales sont désavantagés puisque, de tous les groupes, les familles monoparentales sont les plus exposées à la pauvreté.

4. Statistique Canada, *Recensement canadien de 2006*.

2.2 Les orphelins de la nouvelle économie

Depuis plusieurs années maintenant, l'observation des indicateurs socioéconomiques révèle la même tendance encourageante au regard du revenu, de l'emploi et de la scolarité. Toutes et tous n'ont cependant pas profité de ces gains. Et le maintien des différences entre les biens nantis et les plus démunis continue de se traduire en écarts importants en matière de santé et de bien-être entre les uns et les autres.

La performance québécoise : une évolution économique encourageante et une meilleure scolarisation

L'évolution des revenus des Québécois est globalement positive. Le marché du travail est manifestement stimulé et le taux d'emploi a augmenté. Le chômage a atteint son plus bas niveau en 32 ans⁵ ; il était à 6,9 % en juillet 2007.

Les progrès réalisés en matière de scolarisation sont encourageants. Entre 1991 et 2001, la croissance de la scolarisation de l'ensemble de la population a été constante. La proportion de la population ayant un niveau de scolarité inférieur au diplôme d'études secondaires a diminué tandis que celle ayant un niveau d'études postsecondaires partielles ou un grade universitaire a augmenté (INSPQ et coll., 2006a).

Entre 1981 et 2001, la proportion de jeunes de 15 à 24 ans ne fréquentant pas l'école est passée de 53 % à 33 % (INSPQ et coll., 2006b). Entre 1979 et 2005, le taux de décrochage scolaire est passé de 26 % à 11 % chez les jeunes âgés de 17 ans (MELS, 2007).

Une position économique moins reluisante que dans les autres provinces

Ces bonnes nouvelles en cachent d'autres. Les tendances encourageantes masquent des inégalités marquées. En comparaison avec les autres provinces canadiennes, la situation économique du Québec est moins brillante. L'amélioration observée sur le plan socioéconomique au Québec n'a pas permis d'éliminer les disparités entre ses régions et de rattraper son retard face aux autres provinces et aux autres pays développés plus favorisés. Car nos progrès ont été moins importants qu'ailleurs. Par exemple, même en baisse, le taux de chômage au Québec a continué d'être plus élevé que la moyenne canadienne : 6,9 % comparativement à 6,0 % au Canada en juillet 2007⁶.

La situation d'un grand nombre de familles québécoises continue donc d'être difficile.

5. Statistique Canada, *Enquête sur la population active*.

6. Ibid.

Le nouveau marché de l'emploi et la pauvreté laborieuse

Le nombre de familles où les deux parents travaillent a beau être plus élevé que jamais, les revenus des ménages n'ont pas augmenté à un rythme aussi rapide et un grand nombre d'emplois demeurent précaires et n'offrent pas des revenus suffisants pour échapper à la pauvreté.

Pourtant, le pourcentage de familles⁷ dont les deux parents travaillent a connu une hausse considérable au cours des dernières années. En 2004, on comptait 68 % des familles biparentales avec enfants de moins de 6 ans où les deux conjoints étaient en emploi ; dans les familles avec enfants âgés entre 6 et 15 ans, cette proportion était de 72 %. Le taux d'activité des mères québécoises âgées de 25 à 44 ans avec enfants de moins de 6 ans est passé de 30 % en 1976 à 67 % en 1996, puis à 79 % en 2004⁸.

Mais l'accès au monde du travail ne résout pas tout. L'appréciation rapide du dollar canadien, l'augmentation des coûts des carburants et la montée des pays émergents avec une main-d'œuvre à bon marché forcent le secteur manufacturier en particulier à s'adapter à une concurrence féroce (Gouvernement du Québec, 2007b). Les nouvelles formes d'emploi confinent un grand nombre de jeunes adultes (incluant des jeunes parents) à des emplois à statut précaire, à temps partiel, à faible rémunération et sans protection, par exemple dans le commerce de détail et la restauration.

Au bout du compte, ce n'est pas parce qu'on se trouve un emploi qu'on échappe nécessairement à la pauvreté. Et c'est même de moins en moins vrai. En 1993, au Canada, 27 % des enfants pauvres vivaient dans des familles où un parent au moins travaillait à temps plein toute l'année. Cette proportion atteignait 34 % en 2004 (Campagne 2000⁹, 2006).

Si ceux et celles qui occupent un emploi à faible rémunération et à statut précaire peuvent vivre des épisodes de pauvreté, on imagine facilement que les personnes sans emploi y sont encore bien davantage exposées.

7. L'*Enquête sur la population active* définit les familles selon les critères utilisés pour les « familles économiques » : groupe de deux personnes ou plus vivant dans le même logement et apparentées par le sang, par alliance (y compris l'union libre) ou par adoption. Une personne vivant seule ou non apparentée à une autre personne dans le logement où elle vit est classée dans la catégorie des « personnes seules » (Statistique Canada, 2007).
8. Statistique Canada. *Enquête sur la population active*. Compilations effectuées par l'Institut de la statistique du Québec et publiées sur leur site : www.stat.gouv.qc.ca
9. Campagne 2000 est une coalition pancanadienne regroupant plus de 120 organisations, incluant entre autres le Conseil canadien de développement social, qui travaillent pour l'élimination de la pauvreté des enfants au Canada.

Le fait de ne pas avoir d'emploi accroît considérablement le risque de vivre dans la pauvreté pour une période plus ou moins longue. Une analyse basée sur des données québécoises montre que « le risque de pauvreté est près de trois fois supérieur chez les personnes n'ayant pas d'emploi par rapport à celles qui en ont un — 26 % comparativement à 9 % » (Jean, 2006). La situation des personnes sans emploi serait bien plus difficile en l'absence de programmes de transferts sociaux. « Les transferts sociaux¹⁰ jouent un rôle primordial dans la lutte à la pauvreté ; les taux de pauvreté seraient plus de deux fois supérieurs s'il n'y en avait aucun. Chez les 65 ans et plus, la différence est encore plus marquée : le risque de pauvreté serait sept fois plus grand. » (Jean, 2006)

Bref, un très grand nombre de Québécoises et de Québécois vivent des périodes de difficulté financière à la suite de la perte d'un emploi ou d'un changement dans leur vie personnelle, telles une rupture conjugale ou une maladie.

La situation financière des familles s'aggraverait encore si, en cas de détérioration du climat économique par exemple, les gouvernements ne pouvaient plus assurer le même niveau de soutien aux familles (Conseil de la famille et de l'enfance, 2005).

10. Les transferts sociaux pris en compte dans cette étude sont les prestations fiscales pour enfants, les crédits pour TPS/TVQ, les crédits d'impôt provincial, l'assistance sociale, l'assurance-emploi et les indemnités pour accidents du travail, ainsi que les pensions de vieillesse (Régime de rentes du Québec, Régime de pensions du Canada, Sécurité de la vieillesse, Supplément de revenu garanti et Allocation au conjoint).

EN BREF

Les orphelins de la nouvelle économie

- L'économie du Québec va bien. La plupart des indicateurs socioéconomiques affichent des résultats encourageants quant au revenu, à l'emploi et à la scolarité. Mais toutes et tous n'en profitent pas. La situation d'un grand nombre demeure précaire. Les transformations que connaît le monde du travail rendent difficiles l'insertion et le maintien en emploi de beaucoup de travailleurs.
- Aussi, contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, la plus grande qualification de la main-d'œuvre et la hausse importante de la participation des mères au marché du travail n'ont pas entraîné une augmentation aussi importante des revenus des ménages.
- Ce n'est pas parce qu'on occupe un emploi qu'on échappe nécessairement à la pauvreté. C'est même de moins en moins vrai. En 2004, au Canada, 34 % des enfants pauvres vivent dans des familles où au moins un parent travaille à temps plein toute l'année.
- Les transferts sociaux jouent un rôle primordial dans la lutte à la pauvreté ; les taux de pauvreté seraient plus de deux fois supérieurs s'il n'y en avait aucun.

2.3 La pauvreté des enfants et des adolescents

Lorsqu'elle touche les enfants et les adolescents, la pauvreté — en raison des conditions de vie difficiles et du stress qu'elle génère — est souvent associée à des problèmes de santé et à des retards dans le développement, à des problèmes émotionnels et de comportement, et à des difficultés scolaires, comme on le verra au chapitre suivant.

Elle constitue pour tous ceux et celles qui en sont victimes une hypothèque particulièrement accablante. Elle rend plus difficiles chacune des étapes de l'enfance, de l'adolescence et le passage à l'âge adulte.

Mais si la pauvreté n'atteint pas tous les jeunes de la même manière, elle les affecte cependant dans leur développement, en général, de façon plus marquée et plus durable que les adultes.

Les jeunes plus touchés que leurs aînés...

La pauvreté est plus répandue chez les jeunes adultes et les enfants que dans la population en général. En effet, en 2003, le taux de risque de pauvreté après transferts¹¹ était de 16 % pour l'ensemble de la population du Québec, mais ce taux variait beaucoup selon les groupes d'âge. Il n'était que de 10 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. À l'opposé, il atteignait 18 % chez les enfants de moins de 16 ans et montait à 22 % chez les jeunes âgés de 16 à 24 ans.

L'auteure de l'étude signale que « la situation des enfants et des jeunes s'explique en partie par des taux de pauvreté relativement élevés chez les familles monoparentales (36 %) et chez les couples ayant 3 enfants et plus (21 %) » (Jean, 2006).

Les enfants courent donc plus de risques d'être confrontés à la pauvreté s'ils appartiennent à une famille monoparentale ou à une famille nombreuse.

...mais moins durement qu'avant

Cela dit, l'examen de quelques-uns des indicateurs de faible revenu les plus utilisés — le *seuil de faible revenu après impôt* de Statistique Canada (SFR-API), la *mesure de faible revenu après impôt* (MFR-API), la *mesure du panier de consommation* (MPC) et le *taux d'assistance sociale*¹², soit la proportion de personnes prestataires du programme d'aide financière de dernier recours — permet d'observer une diminution continue de la pauvreté des enfants de moins de 18 ans au Québec (voir l'annexe 1 pour la description de ces mesures).

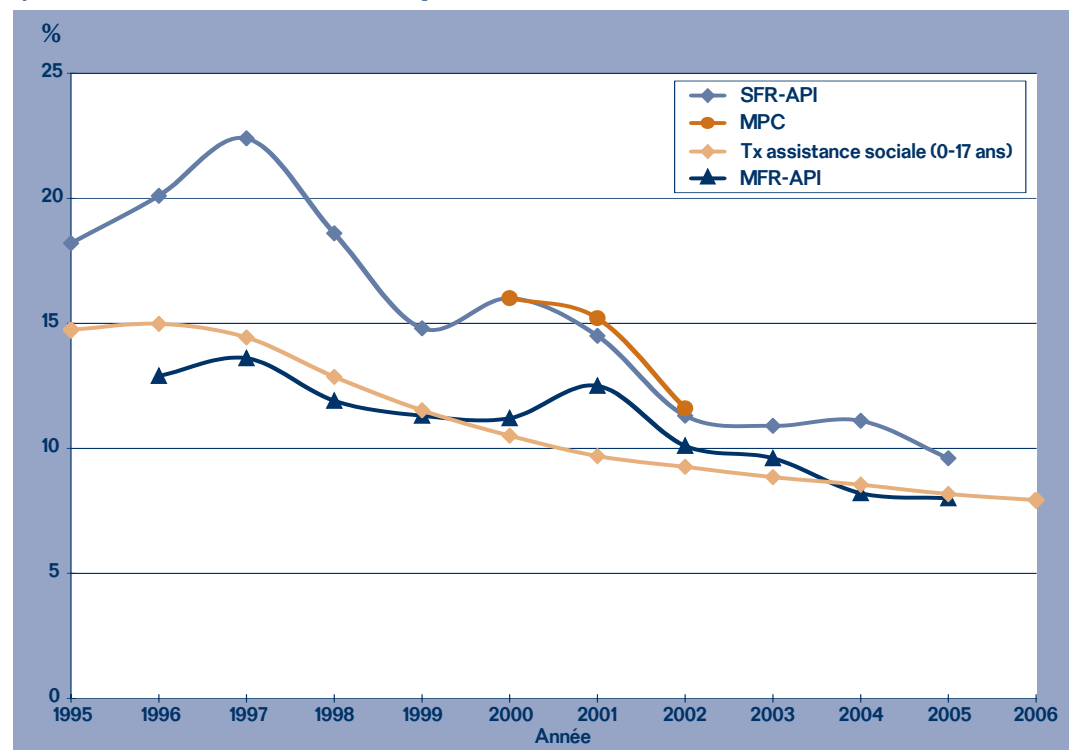
Par exemple, en 1997, le taux basé sur le seuil de faible revenu après impôt de Statistique Canada (SFR-API) avait atteint 22,4 % chez les jeunes de moins de 18 ans ; il a diminué pendant les années suivantes pour atteindre 9,6 % en 2005. Le taux d'enfants vivant dans des ménages actifs au programme d'aide financière de dernier recours (appelé aussi aide sociale) est passé de 15,0 % à 7,9 % entre 1996 et 2006 (figure 2.2).

11. Ce taux est le principal indicateur retenu par l'Union européenne pour étudier la distribution des plus bas revenus. Il fait partie d'un ensemble d'indicateurs connus sous le nom d'« indicateurs de Laeken ». Il indique le pourcentage de personnes vivant dans des ménages dont le revenu est inférieur à 60 % du revenu médian national équivalent. Pour chaque famille, le revenu est ajusté selon le nombre d'adultes et d'enfants qui vivent dans le ménage. Ce taux « après transferts » inclut dans le revenu de la famille les montants provenant des programmes de transferts tels que l'Assurance-emploi, la Sécurité de la vieillesse ou l'Aide de dernier recours (voir la liste complète à la note 10, page 56).

12. L'indicateur utilisé ici conserve le nom de *taux d'assistance sociale* même si le programme présentement en vigueur au Québec porte le nom d'*Aide financière de dernier recours*.

Figure 2.2

Taux de faible revenu¹³ et taux d'assistance sociale des enfants
(personnes de moins de 18 ans), Québec, 1995-2006



Notes : SFR-API : seuil de faible revenu après impôt ; MFR-API : mesure de faible revenu après impôt ; MPC : mesure du panier de consommation. Le taux d'assistance sociale est établi sur la population de 0 à 64 ans.

Sources : Statistique Canada, *Tendances du revenu au Canada, 1980-2004*, cédérom ; Institut de la statistique du Québec ; Ressources humaines et Développement social Canada, 2006 ; MESS, Fichiers administratifs, compilations de la Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, mai 2007. Figure préparée par Guy Fréchet, Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, 3 mai 2007.

13. Voici la définition des *seuils de faible revenu* (SFR) de Statistique Canada : un ménage est considéré à faible revenu si la proportion de son revenu consacrée aux nécessités (logement, alimentation et habillement) est supérieure de 20 points de pourcentage à celle consacrée en moyenne par l'ensemble des ménages pour ces mêmes postes. Les SFR varient selon la taille du ménage (7 tailles) et la taille de l'agglomération de résidence (5 tailles), ce qui donne 35 seuils. La *mesure de faible revenu* (MFR) est la moitié de la médiane des revenus ajustée selon la taille du ménage. Selon la *mesure du panier de consommation* (MPC), une personne est considérée comme ayant un faible revenu si son revenu familial disponible est inférieur au coût des biens et services du panier de consommation dans sa collectivité ou une collectivité de même taille. Le *revenu familial disponible* est le revenu brut moins les prélèvements obligatoires et autres.

Les jeunes qui souffrent de la faim

La pauvreté des enfants a un autre visage : l'insécurité alimentaire, avec elle aussi ses conséquences sur leur santé et leur développement.

En 2003, 13 % de la population totale et 12 % des jeunes Québécois de 12 à 19 ans vivaient en situation d'insécurité alimentaire¹⁴, c'est-à-dire qu'ils faisaient partie d'un ménage ayant souffert d'un manque de nourriture ou ayant éprouvé de la crainte à ce sujet au cours de l'année (INSPQ et coll., 2006b).

Plusieurs parents doivent recourir aux banques alimentaires pour nourrir leurs enfants. Selon le bilan annuel 2006 de l'Association canadienne des banques alimentaires, au Québec, en mars 2006, près de 68 000 enfants ont eu recours à ces organismes ; ils représentaient alors 43 % de la clientèle totale des banques alimentaires québécoises (Association canadienne des banques alimentaires, 2006), alors qu'ils ne constituent que 20 % de la population.

Ce bilan indique que le pourcentage des usagers de banques alimentaires dont l'aide sociale est la principale source de revenu est de 54 %. Ceux dont l'emploi est la principale source de revenu forment 13 % de la clientèle. D'autres (11 %) reçoivent un revenu d'invalidité ou une pension (6 %). La difficulté de se nourrir est donc partagée par une diversité de groupes sociaux.

En mars 2006, comme dans les années précédentes, une partie importante (30 %) des parents accompagnés d'enfants qui ont visité une banque alimentaire au Canada étaient à la tête d'une famille monoparentale. Les célibataires constituaient un peu plus d'un tiers de tous les ménages aidés.

Les jeunes dans les familles prestataires de l'aide de dernier recours

Les jeunes qui vivent dans les familles qui reçoivent une prestation du programme d'aide financière de dernier recours sont sans doute l'image la plus familière de la pauvreté.

Au cours de l'année financière 2005-2006, 7,8 % des jeunes de moins de 18 ans faisaient partie d'une famille prestataire de l'aide de dernier recours au Québec comparativement à 8,1 % de l'ensemble de la population. Durant l'année financière 2005-2006, on a dénombré en moyenne, mensuellement, un peu plus de 341 000 ménages prestataires, parmi lesquels un ménage sur cinq comptait un enfant de

14. Lors de l'ESCC 2003, les personnes qui ont répondu « souvent » ou « parfois » à une des trois questions suivantes sont considérées comme vivant en situation d'insécurité alimentaire : « Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que vous, ou quelqu'un d'autre de votre ménage : 1) soyez inquiet du fait qu'il n'y aurait pas suffisamment de nourriture à cause d'un manque d'argent ? 2) n'ayez pas suffisamment de nourriture à cause d'un manque d'argent ? 3) n'ayez pas mangé des aliments de la qualité ou de la variété désirée à cause d'un manque d'argent ? » (Statistique Canada, 2005).

moins de 18 ans. Le nombre total d'enfants mineurs dans ces ménages, calculé pour chaque mois de l'année, était en moyenne de près de 117 000, et plus du tiers étaient âgés de moins de 6 ans¹⁵ (tableau 2.3).

Tableau 2.3

Nombre mensuel moyen d'enfants appartenant à des ménages prestataires de l'aide de dernier recours selon l'âge, Québec, 2005-2006

Moyenne de l'année financière 2005-2006		
Âge de l'enfant	Nombre	% moins de 18 ans
Moins de 6 ans	43 377	37,1 %
De 6 à 11 ans	40 092	34,3 %
De 12 à 17 ans	33 318	28,5 %
Total 0-17 ans	116 786	100,0 %

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Direction générale des politiques, Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, Direction de la statistique et du soutien aux expérimentations, juillet 2007.

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, la durée pendant laquelle une personne — un enfant surtout — vit dans un état de pauvreté a une grande importance. Les conséquences sur l'état de santé à court et à long terme en dépendent. On peut remarquer à cet égard qu'en 2005-2006, 42 % des ménages prestataires avec au moins un enfant mineur l'étaient depuis au moins quatre années consécutives, et 19 % depuis au moins dix années consécutives. Si nous tenons compte de toutes les périodes de présence à l'aide de dernier recours enregistrées par un même ménage, c'est 70 % des ménages prestataires avec enfant mineur qui cumulent au moins quatre années de présence, et 40 % qui ont vécu, au total, plus de dix années dans cette situation (tableau 2.4).

15. Compilations spéciales fournies par le MESS.

Tableau 2.4

Nombre de ménages prestataires avec au moins un enfant mineur (moins de 18 ans) vivant dans ces ménages selon les durées¹ de présence à l'aide de dernier recours, Québec, mars 2006

	Nombre	%
Durée cumulative		
Premier mois	411	0,6 %
De 2 à 5 mois	1 938	2,9 %
De 6 à 11 mois	2 911	4,4 %
De 12 à 23 mois	5 503	8,3 %
De 24 à 47 mois	9 291	14,0 %
De 48 à 119 mois	20 039	30,3 %
120 mois et plus	26 128	39,5 %
Durée consécutive		
Premier mois	1 608	2,4 %
De 2 à 5 mois	6 346	9,6 %
De 6 à 11 mois	7 071	10,7 %
De 12 à 23 mois	10 242	15,5 %
De 24 à 47 mois	12 926	19,5 %
De 48 à 119 mois	15 783	23,8 %
120 mois et plus	12 245	18,5 %
Total	66 221	100 %

1. Certains dossiers présentent une durée cumulative inférieure à la durée consécutive. Il s'agit d'enfants de familles prestataires ayant atteint l'âge de 18 ans et qui font une demande de prestation. La date d'admission de ces nouveaux prestataires est fixée à la même date que la date d'admission de leurs parents.

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Direction générale des politiques, Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, Direction de la statistique et du soutien aux expérimentations, mars 2007.

Bien que la durée pendant laquelle l'enfant lui-même a vécu dans ce ménage ne soit pas connue, ces données indiquent bien la situation de pauvreté persistante de son milieu familial.

Les jeunes itinérants

D'autres enfants et adolescents font partie d'un groupe moins bien connu, celui des personnes sans domicile fixe (SDF), que l'on appelle plus souvent les personnes itinérantes. Ils sont sans doute peu nombreux, mais ils vivent des situations de privation et de marginalisation encore plus graves. Dans le cadre d'une enquête menée à Montréal et à Québec à la fin des années 1990, on a estimé que parmi la clientèle des centres d'hébergement pour personnes itinérantes, on retrouvait environ 5 % de jeunes de moins de 18 ans à Montréal, et environ 12 % à Québec. Le quart des personnes itinérantes adultes interrogées dans cette enquête a déclaré que sa première période d'itinérance était survenue avant 18 ans (Fournier et al., 1998 ; Fournier, 2001).

Les jeunes immigrants

L'avenir démographique du Québec dépend beaucoup du concours de l'immigration. Depuis 2001, le Québec connaît une certaine croissance de sa population grâce à l'arrivée de nouveaux immigrants (ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 2006).

Les familles immigrantes, qui comptent en moyenne plus d'enfants que les autres familles canadiennes (Bélanger et Gilbert, 2006), doivent affronter plusieurs difficultés liées à leur condition particulière (problèmes d'intégration en emploi, connaissance insuffisante de la langue, discrimination surtout dans le cas des minorités visibles). Ils sont en tout cas beaucoup plus nombreux à vivre dans la pauvreté ; même si cette situation est temporaire pour certains d'entre eux, on a vu plus haut que les personnes immigrantes sont plus susceptibles de demeurer pauvres à long terme.

En 2000, 56 % des jeunes immigrants reçus et 57 % des jeunes résidents non permanents de Montréal faisaient partie d'une famille vivant sous le seuil de faible revenu comparativement à 31 % des jeunes Montréalais âgés de moins de 18 ans (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005). Au recensement de 2001, un peu plus de 40 % des enfants immigrants au Canada vivaient dans un ménage à faible revenu (Campagne 2000, 2006).

Les jeunes autochtones

Les communautés autochtones sont un autre groupe dans lequel on observe une situation socioéconomique particulièrement difficile, et ces communautés comptent beaucoup d'enfants.

Au Québec, les données disponibles sur la population autochtone qui vit à l'intérieur des réserves (une population de plus de 44 000 personnes) indiquent que six enfants sur dix vivent dans un ménage comptant au moins trois enfants mineurs. La moitié des parents n'ont pas terminé leurs études secondaires. Le revenu annuel moyen des ménages avec enfants à l'intérieur des communautés est de 22 500 \$, alors que le seuil de pauvreté est de 24 500 \$ pour les familles comptant trois enfants et plus (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2006a).

Parmi la population autochtone qui vit en dehors des communautés (environ 20 000 personnes au total), la moitié des adultes n'ont pas terminé leurs études secondaires et 45 % des ménages avec enfants vivent sous le seuil de pauvreté (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2006b).

Dans les deux régions du Québec où se trouvent les populations crie et inuite, plus de la moitié des adultes de 25 ans et plus n'ont pas terminé leurs études secondaires (Terres-Cries-de-la-Baie-James, 56 % ; Nunavik, 55 %) comparativement à 31 % de l'ensemble du Québec (INSPQ et coll., 2006a).

EN BREF

La pauvreté des enfants et des adolescents

- Depuis dix ans, le nombre d'enfants et de jeunes de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu ou appartenant à des familles prestataires de l'aide de dernier recours a diminué. En 2005, 8 % des jeunes de moins de 18 ans faisaient tout de même partie d'une famille prestataire de ce programme.
- En 2005-2006, 42 % des ménages prestataires de l'aide de dernier recours, avec au moins un enfant mineur, l'étaient depuis au moins quatre années consécutives, et 19 % depuis au moins dix années consécutives.
- En 2003, 12 % des jeunes Québécoises et des jeunes Québécois de 12 à 19 ans vivaient en situation d'insécurité alimentaire.
- Les jeunes issus de l'immigration sont particulièrement touchés par la pauvreté. En 2000, 56 % des jeunes immigrants de Montréal vivaient sous le seuil de faible revenu comparativement à 31 % des jeunes Montréalais âgés de moins de 18 ans.
- Les communautés autochtones sont un autre groupe dont la situation socio-économique est particulièrement difficile, en particulier chez les jeunes. Et ces communautés comptent beaucoup de jeunes.

2.4 La pauvreté des jeunes chez nous et ailleurs

Il existe un grand nombre de façons de mesurer la pauvreté. On en trouve un inventaire détaillé dans deux publications conjointes de l'Institut de la statistique du Québec et du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (Morasse, 2005 ; Morin, 2006).

Dans les pages qui suivent, nous présenterons des comparaisons basées sur quelques-unes des mesures de pauvreté les plus couramment utilisées, ainsi que d'autres comparaisons fondées sur des indices de pauvreté développés par Foster, Greer et Thorbecke (1984) et que l'on appelle les indices FGT.

Les indices FGT sont d'usage courant dans les études économiques, mais ils sont plus rarement présentés en dehors des publications spécialisées. Ils permettent de décrire la pauvreté d'une population en tenant compte de plusieurs dimensions de la pauvreté (Morasse, 2005), à savoir :

- 1) l'incidence¹⁶ de la pauvreté, c'est-à-dire la proportion de personnes pauvres à l'intérieur d'un groupe ;
- 2) la profondeur de la pauvreté, c'est-à-dire l'écart moyen entre le revenu des personnes pauvres et le seuil de pauvreté ; par exemple, l'écart moyen entre le revenu familial disponible et le seuil de faible revenu¹⁷ est de 25 % pour les familles biparentales avec enfants, et de 29 % pour les familles monoparentales ;
- 3) l'inégalité dans la répartition de la pauvreté, c'est-à-dire l'importance des écarts de revenu parmi le groupe des personnes pauvres.

Le premier indice FGT (P_0) mesure uniquement l'**incidence** de la pauvreté. Le second indice (P_1), que l'on appelle l'indice d'**intensité**, tient compte des deux premières dimensions, soit l'incidence et la profondeur de la pauvreté. Le troisième indice (P_2), que l'on appelle l'indice de **gravité**, tient compte à la fois de l'incidence de la pauvreté, de sa profondeur ainsi que de l'inégalité parmi les pauvres. Bien qu'il soit plus complexe, cet indice est considéré par plusieurs auteurs comme la mesure qui synthétise le plus d'informations sur les différentes dimensions de la pauvreté (Phipps, 2003 ; Phipps, 1993).

16. Cet indice tient compte de toutes les personnes pauvres selon le seuil choisi. Cette notion d'incidence de la pauvreté ne doit pas être confondue avec le concept d'incidence utilisé en épidémiologie, qui tient compte uniquement des nouveaux cas survenus au cours d'une période déterminée. Toujours selon la mesure de faible revenu après impôt (MFR-API).

17. Toujours selon la mesure de faible revenu après impôt (MFR-API).

Les seuils de faible revenu – quelques exemples

Au Québec, pour l'année 2005, le seuil de faible revenu correspondant à 50 % du revenu médian* québécois après impôt, ajusté en fonction de la taille de la famille, est de :

- 26 246 \$ pour une famille de deux adultes et deux enfants de moins de 16 ans,
- 18 372 \$ pour une famille d'un adulte et un enfant,
- 13 123 \$ pour une personne seule.

* Le revenu médian est le niveau de revenu qui permet de partager les ménages en deux groupes égaux : la moitié des ménages ayant un revenu inférieur à ce montant, l'autre moitié ayant un revenu plus élevé.

Source : Information publiée sur le site de l'Institut de la statistique du Québec.

C'est à l'aide de l'ensemble de ces indicateurs que nous allons d'abord comparer la pauvreté des enfants avec celle du reste de la population du Québec, puis avec celle des enfants des autres provinces canadiennes (voir l'annexe 1).

La pauvreté au Québec selon le type de famille

Au Québec, en 2002, la proportion de ménages pauvres, autrement dit l'incidence de la pauvreté (P_0), est moins élevée chez les familles avec enfants de moins de 18 ans que chez les familles sans enfants, comme le montre la figure 2.3. L'indice de gravité de la pauvreté (P_2), qui tient compte aussi de la profondeur moyenne de la pauvreté et de l'inégalité parmi les pauvres, est également moins élevé chez les familles avec enfants de moins de 18 ans que chez les familles sans enfants (Makdissi et Audet, 2007)¹⁸.

Mais, de tous les groupes, les familles monoparentales sont les plus exposées à la pauvreté. Ne pouvant compter que sur un seul revenu, ces familles connaissent souvent une pauvreté aiguë et plus chronique. Leur situation est préoccupante.

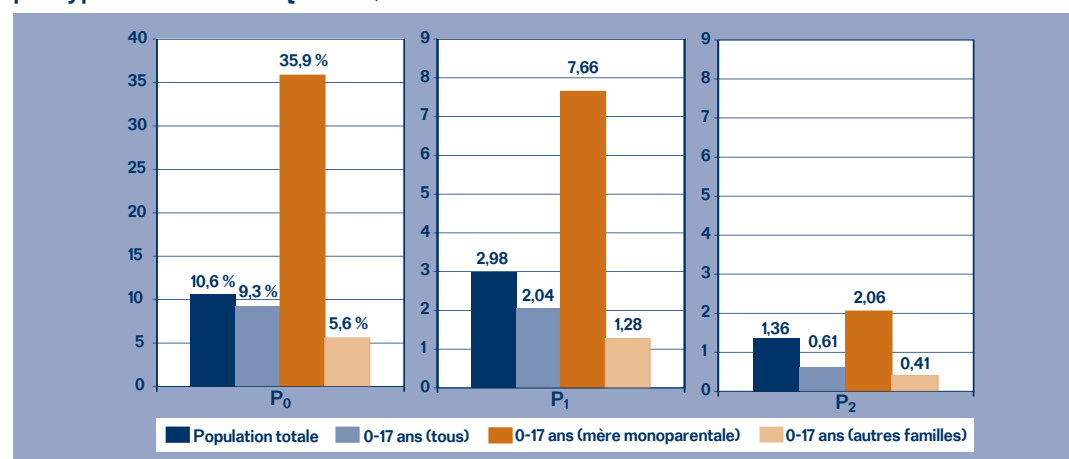
Ainsi, avec chacun des trois indices (P_0 , P_1 et P_2), on constate que les familles dirigées par des mères monoparentales sont nettement plus pauvres que la population totale, alors que les autres types de familles avec enfants sont moins

18. Ces résultats se rapportent aux données de l'*Enquête sur la dynamique du travail et du revenu* (EDTR) pour l'année 2002, année la plus récente disponible au printemps 2007. Tous les revenus sont ajustés selon la taille de la famille. La méthode utilisée permet d'affirmer que cette conclusion est vraie pour tout indice de pauvreté existant ou que l'on pourrait éventuellement construire, et pour tout seuil de pauvreté inférieur à 18 000 \$.

pauvres que l'ensemble de la population. En effet, l'incidence de la pauvreté (P_0) pour les mères monoparentales se situe aux environs de 36 %, alors qu'elle est d'environ 6 % pour les autres familles avec enfants. La pauvreté est également plus importante dans ce groupe selon l'indice d'intensité (P_1) et selon l'indice de gravité de la pauvreté (P_2), et ce, de façon significative statistiquement (Makdissi et Audet, 2007).

Figure 2.3

Incidence, intensité et gravité de la pauvreté chez les 0-17 ans
par type de famille au Québec, 2002



Note : L'indice P_0 est une simple proportion et peut donc être exprimé en pourcentages. Les indices P_1 et P_2 sont le résultat de formules plus complexes et ne peuvent pas être exprimés en pourcentages. Les valeurs présentées ici sont basées sur un seuil correspondant à 50 % du revenu médian défini selon la mesure du panier de consommation (MPC), soit 13 290 \$ pour une personne seule.

Source : Makdissi et Audet (2007).

La pauvreté des jeunes au Québec et ailleurs au Canada

La pauvreté des enfants devra toujours être combattue, peu importe que le nombre d'enfants pauvres soit plus élevé ou plus faible au Québec qu'ailleurs.

Mais cela dit, il est intéressant de comparer la situation qui prévaut au Québec au regard de celle qui se présente dans le reste du Canada, afin de savoir quelles sont les provinces qui réussissent le mieux à lutter contre ce grave problème.

Disons tout de suite que le Québec fait plutôt bonne figure au niveau canadien. On le doit en bonne partie aux efforts de solidarité fiscale de la société québécoise et à l'aide gouvernementale accordée aux enfants et aux familles, qui n'ont pas leur équivalent dans les autres provinces (Edwards, 2004). On peut penser par exemple au programme universel de services de garde, aux congés parentaux, au programme de soutien pour enfants (crédit d'impôt remboursable) et au développement des logements sociaux à coût abordable.

Pour comparer la situation au Québec et dans les autres provinces canadiennes, nous examinerons d'abord les taux de faible revenu mesurés selon différents seuils, ainsi que des indices FGT.

Bernard et Raïq (2007) ont calculé le taux de faible revenu des familles avec enfants, pour le Québec et d'autres provinces canadiennes pour l'année 2000. Au seuil de 50 % du revenu médian¹⁹, ils ont estimé que la pauvreté dans les ménages avec enfants est moins répandue au Québec que dans l'ensemble du Canada (10 % comparativement à 13 %). Au Québec, le seuil à 50 % est de 11 378 \$ pour une personne seule et de 22 756 \$ pour une famille de quatre personnes.

En examinant la proportion des ménages avec enfants qui ont un revenu beaucoup plus faible, soit moins de 30 % du revenu médian, Bernard et Raïq (2007) trouvent encore une fois un taux moins élevé au Québec (environ 2 %) que dans l'ensemble du Canada (environ 3 %). Au Québec, ce seuil est de 6 827 \$ pour une personne seule et de 13 654 \$ pour une famille de quatre personnes.

Les analyses de Makdissi et Audet (2007), qui se rapportent à l'année 2002, montrent des résultats semblables. L'incidence de la pauvreté chez les enfants de moins de 18 ans (P_0) est d'environ 9 % pour le Québec, un taux significativement plus bas que celui de l'Ontario (13 %), de la Colombie-Britannique (27 %) et du Canada dans son ensemble (14 %)²⁰ (figure 2.4).

L'indice de gravité de la pauvreté (P_2), qui tient compte à la fois de l'incidence, de la profondeur moyenne de la pauvreté et de l'inégalité dans sa distribution parmi les personnes pauvres, est encore une fois moins élevé chez les jeunes de moins de 18 ans au Québec qu'en Ontario, en Colombie-Britannique et dans les provinces de l'Atlantique regroupées. Ces résultats demeurent vrais pour tout indice, quel que soit

19. Le revenu a été ajusté selon la taille du ménage. Cette analyse a été réalisée à partir des données du Fichier Ménages de l'EDTR transmis par Statistique Canada pour l'*Étude sur le revenu du Luxembourg* (LIS). Tous les résultats présentés sont significatifs au seuil de 0,05.

20. Si on tient compte des intervalles de confiance, on peut affirmer que cet indice est également moins élevé au Québec qu'en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador. L'estimation des valeurs pour les autres provinces est trop imprécise pour que l'écart soit jugé significatif. Le territoire du Yukon, les territoires du Nord-Ouest ainsi que le Nunavut sont exclus de ces calculs.

le seuil de pauvreté utilisé. Les résultats sont également meilleurs au Québec que dans les Prairies, pour les trois indices de pauvreté utilisés et tout autre indice imaginable, sauf lorsque l'on choisit d'utiliser un seuil de pauvreté supérieur à 18 000 \$ (Makdissi et Audet, 2007).

En résumé, en ce qui a trait à la pauvreté des jeunes de moins de 18 ans, la situation au Québec est meilleure que partout ailleurs au Canada.

Figure 2.4

Incidence, intensité et gravité de la pauvreté chez les 0-17 ans au Canada selon les provinces, 2002

Comparaison interprovinciale de l'incidence de la pauvreté (P_0) chez les 0-17 ans, 2002

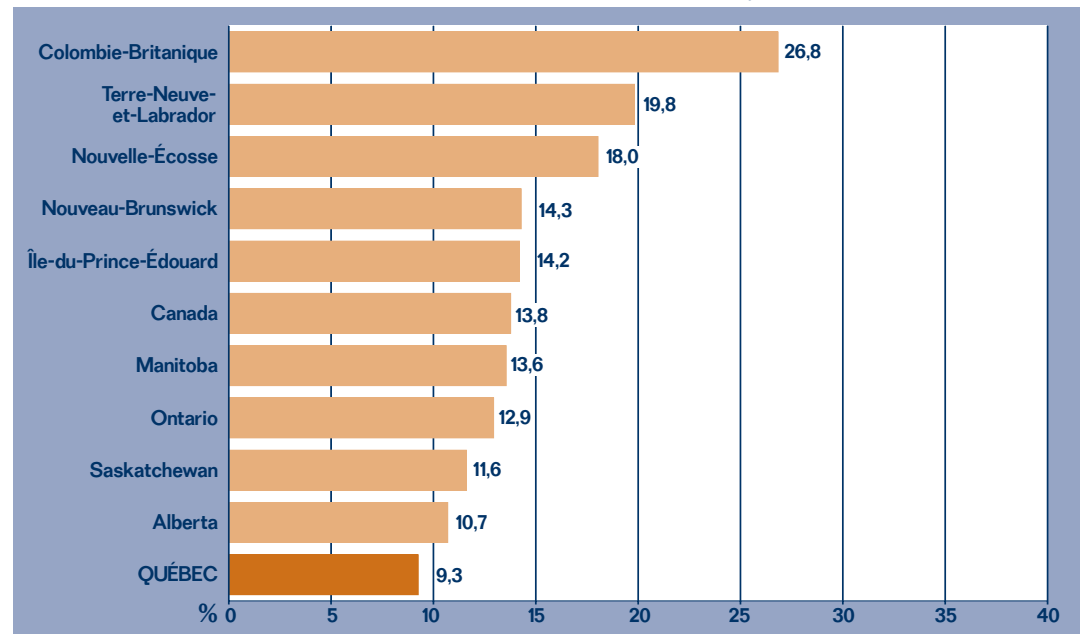
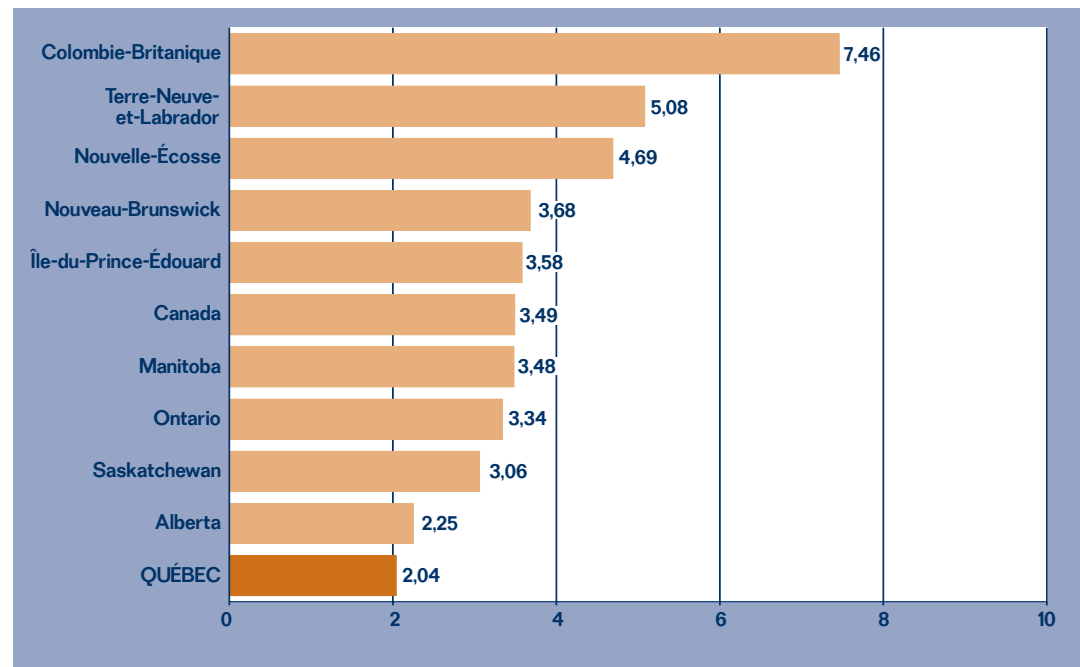
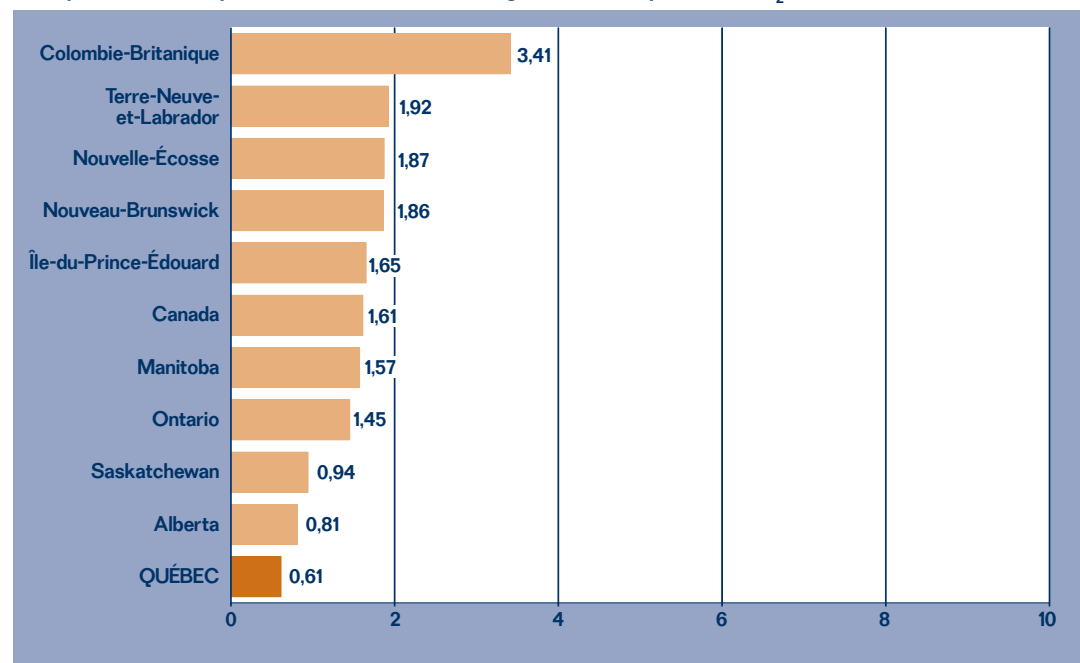


Figure 2.4 (suite)

Comparaison interprovinciale de l'indice d'intensité de la pauvreté (P_1) chez les 0-17 ans, 2002



Comparaison interprovinciale de l'indice de gravité de la pauvreté (P_2) chez les 0-17 ans, 2002



Note : L'indice P_0 est une simple proportion et peut donc être exprimé en pourcentages. Les indices P_1 et P_2 sont le résultat de formules plus complexes et ne peuvent pas être exprimés en pourcentages. Les valeurs présentées ici sont basées sur un seuil correspondant à 50 % du revenu médian défini selon la mesure du panier de consommation (MPC), qui se situait en 2002 à 13 290 \$ pour une personne seule, et tiennent compte des différences de prix entre les régions.

Source : EDTR (2007). *Enquête sur la dynamique du travail et du revenu 2002*, figure adaptée de Makdissi et Audet (2007).

Les jeunes d'ici et les jeunes du monde

Le Centre de recherche Innocenti de l'Unicef publie des données sur la pauvreté des enfants vivant dans les pays développés du monde. Ces comparaisons sont faites à l'aide d'un indice de pauvreté relative, du même type que le taux de faible revenu et que l'indice P_0 de Foster, Greer et Thorbecke, présentés plus haut, dans lequel un enfant est considéré comme pauvre lorsque sa famille a un revenu inférieur à 50 % du revenu médian national (Unicef, 2005).

L'opinion répandue, selon laquelle la pauvreté des enfants dans les pays riches diminue régulièrement, est fausse. Selon l'Unicef, la proportion d'enfants pauvres dans l'ensemble des pays développés a augmenté au cours de la dernière décennie dans dix-sept des vingt-quatre pays de l'OCDE pour lesquels les données sont disponibles. Seuls quatre pays ont enregistré des réductions importantes de la pauvreté chez les enfants, d'au moins 1,7 %. Trois d'entre eux, l'Australie, le Royaume-Uni et les États-Unis, avaient débuté la dernière décennie avec des taux de pauvreté infantile qui requéraient de vastes améliorations. Un seul pays, la Norvège, où le taux de pauvreté était bas, a continué d'améliorer sa performance (Unicef, 2005). Et elle n'a pas l'intention d'en rester là, car le gouvernement norvégien vient tout juste d'adopter une nouvelle stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales de santé au cours de la prochaine décennie au moyen des politiques publiques, notamment en ce qui a trait aux conditions de vie et au développement des enfants (Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007).

Selon le Bilan Innocenti n° 7 (Unicef, 2007), le Canada a connu une légère diminution de la pauvreté des enfants, de l'ordre de 0,4 %, au cours des années 1990. Pour l'année 2000, il se situe plutôt dans la moyenne inférieure du classement pour le pourcentage d'enfants vivant dans une pauvreté relative, plus exactement au 15^e rang parmi les vingt-quatre pays industrialisés membres de l'OCDE pour lesquels les données sont disponibles. Le taux estimé de pauvreté infantile est de 13,6 % au Canada comparativement à 2,4 % au Danemark qui se place en tête. C'est aux États-Unis et au Royaume-Uni que l'on enregistre les pires pourcentages quant aux enfants vivant en dessous des seuils de pauvreté relative nationaux. *A contrario*, c'est au Danemark, en Finlande, en Norvège et en Suède que les taux les plus faibles sont observés, soit moins de 5 %.

Au total, neuf pays, tous en Europe du Nord, ont réduit le taux de pauvreté à moins de 10 %. Le taux de pauvreté relative reste supérieur à 15 % dans trois pays d'Europe du Sud (Portugal, Espagne, Italie) et dans trois pays anglophones (États-Unis, Royaume-Uni et Irlande) (Unicef, 2007).

Selon ce dernier bilan, « des dépenses publiques plus élevées en faveur de la famille et du progrès social vont de pair avec des taux de pauvreté des enfants plus bas. Aucun pays de l'OCDE consacrant 10 % ou plus du P.I.B. aux dépenses sociales ne présente un taux de pauvreté des enfants supérieur à 10 %. Aucun pays consacrant moins de 5 % du P.I.B. aux dépenses sociales ne présente un taux de pauvreté des enfants inférieur à 15 % ». L'Unicef estime que « tous les pays de l'OCDE pourraient

envisager avec réalisme de porter à moins de 10 % les taux de pauvreté relative des enfants. Les pays qui y sont déjà arrivés pourraient se donner pour nouvel objectif de rattraper les quatre pays nordiques en portant le taux de pauvreté à moins de 5 % » (Unicef, 2007).

Des comparaisons ont aussi été effectuées entre le Québec, le Canada et douze autres pays, à l'aide de deux taux de faible revenu établis respectivement au seuil de 50 % et de 30 % de la médiane nationale²¹. Quand on se rapporte au seuil de 50 %, le Québec affiche un taux de faible revenu d'environ 10 % parmi les familles avec enfants (figure 2.5).

Ce taux est significativement plus bas que ceux du Canada et de quatre autres pays : le Royaume-Uni, l'Espagne, l'Italie et bien sûr, les États-Unis, qui occupent sans conteste le dernier rang avec 19 %. Par contre, la France et l'Allemagne affichent des taux encore plus faibles, aux environs de 7 %, tandis que les quatre pays nordiques, le Danemark en tête, sont loin devant avec des taux inférieurs à 5 %.

Lorsque l'on s'intéresse aux familles avec enfants vivant dans une pauvreté plus sévère, c'est-à-dire avec un revenu de moins de 30 % de la médiane nationale, le taux observé au Québec est d'environ 2 %. Ce résultat est meilleur que celui du Canada et de cinq autres pays, incluant les États-Unis qui figurent toujours au bas du classement. Les meilleures performances sont celles de la France et des pays nordiques qui atteignent tous des taux inférieurs à 1 %.

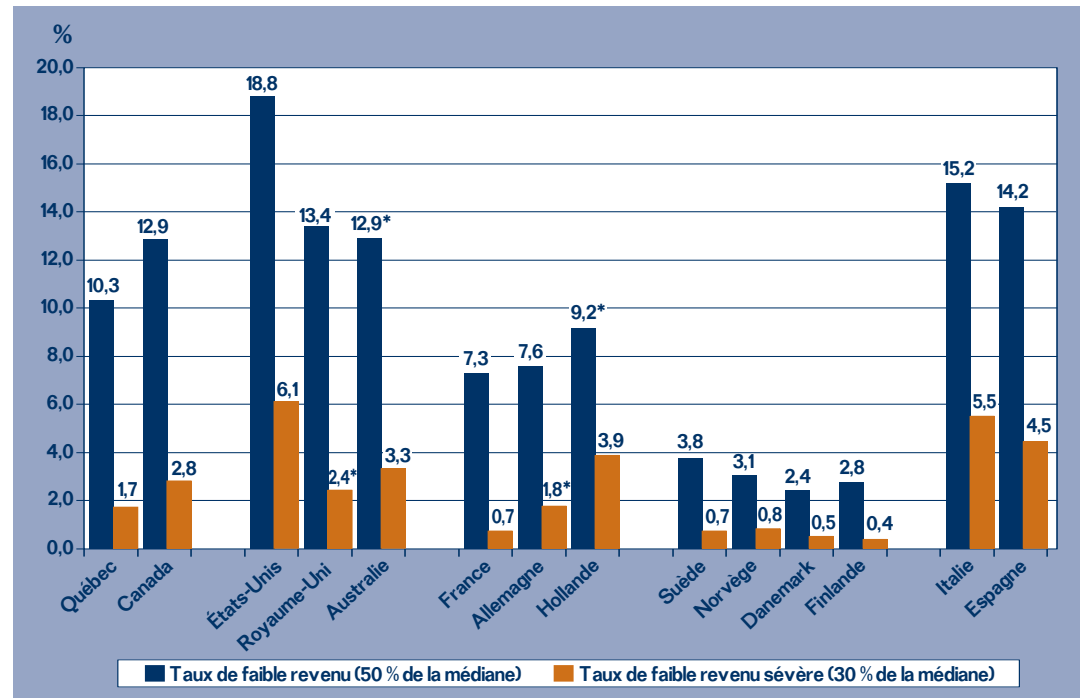
L'écart moyen entre le revenu des ménages pauvres et le seuil de pauvreté est une autre mesure intéressante, qui reflète la profondeur de la pauvreté dans une population. À cet égard, les familles pauvres avec enfants du Québec se situent en moyenne à 25 % en dessous du seuil²², qui est établi à 50 % du revenu médian national (figure 2.6). Ce résultat est fort positif car le Québec se compare ici aux pays nordiques. Cependant, il ne faut pas oublier que la proportion totale d'enfants pauvres, auxquels cet écart s'applique, est beaucoup moins élevée dans ces derniers pays qu'au Québec, comme nous venons de le voir. La France présente ici une excellente performance, avec l'écart de revenu le plus faible chez les familles pauvres, qui sont par ailleurs proportionnellement peu nombreuses (environ 7 %).

21. Le revenu médian national est celui de chaque unité géographique (Québec, Canada ou autre pays). Le revenu est défini selon la mesure de faible revenu (MFR) après impôt et transferts. Les données proviennent du LIS, vague 2000, dernière période disponible au moment de la préparation du rapport.

22. Cet écart correspond à un déficit de 5 689 \$ par rapport au seuil pour une famille biparentale avec deux enfants.

Figure 2.5

Taux de faible revenu (seuil à 50 % de la médiane) et taux de faible revenu sévère (seuil à 30 % de la médiane) chez les familles avec enfants de moins de 18 ans, Québec, Canada et autres pays, 2000

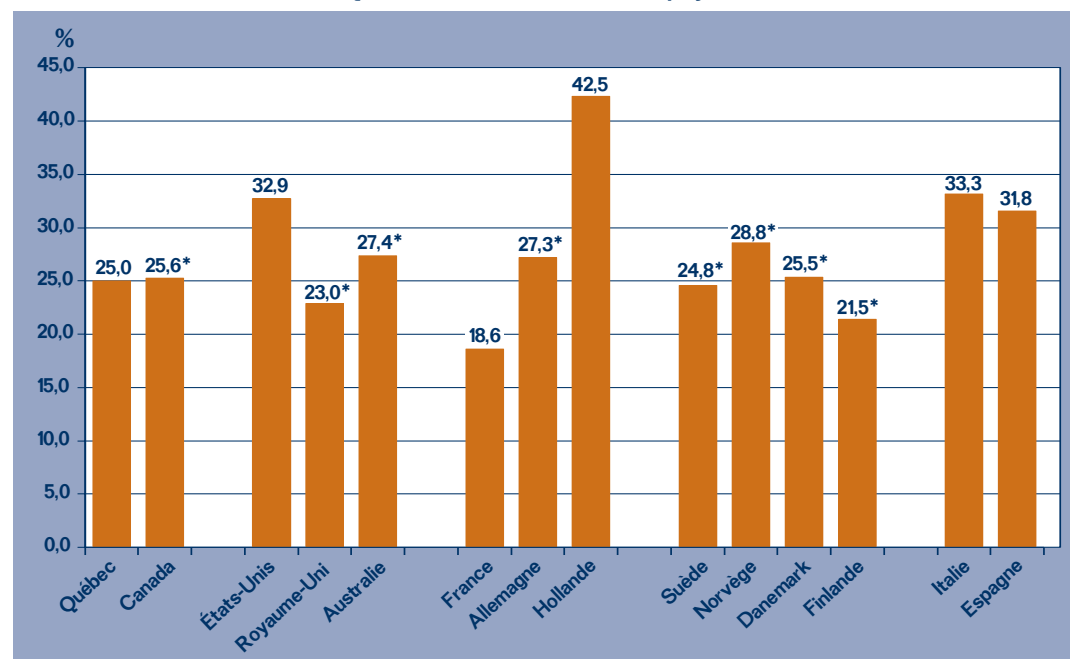


* Les valeurs accompagnées d'un astérisque ne sont pas significativement différentes de celles du Québec.

Source : LIS vague 2000. Le taux est établi à partir du revenu disponible après impôt et transferts, ajusté selon la taille du ménage (formule utilisant la racine carrée du nombre de personnes dans le ménage) ; les revenus inférieurs à 1 % de la moyenne ont été recodés à cette valeur de 1 %. Figure préparée d'après les estimations de Bernard et Raiq (2007).

Figure 2.6

Écart moyen du revenu des familles à faible revenu avec enfants, par rapport au seuil de 50 % du revenu médian, Québec, Canada et autres pays, 2000



* Les valeurs accompagnées d'un astérisque ne sont pas significativement différentes de celle du Québec.

Source : LIS vague 2000. Le taux est établi d'après la mesure du faible revenu (MFR) après impôt. Figure préparée d'après les données de Bernard et Raïq (2007).

En résumé, en ce qui a trait aux familles avec enfants de moins de 18 ans, le Québec présente une bien meilleure performance que les autres provinces canadiennes, que ce soit sur le plan de la proportion de familles pauvres (incidence), de l'écart moyen entre les revenus de ces familles et du seuil de faible revenu ou des mesures qui tiennent compte de l'inégalité parmi les familles pauvres. Le Québec apparaît aussi comme un chef de file en réalisant des progrès continus à cet égard au cours de la dernière décennie et en se donnant des instruments légaux et des objectifs à long terme pour continuer d'avancer en ce sens.

Dans les comparaisons internationales, le Canada et surtout le Québec se placent assez bien, comparativement aux États-Unis et à d'autres pays latins et anglo-saxons. Les analyses présentées plus haut suggèrent cependant qu'à certains égards, la France et surtout les pays nordiques ont une meilleure performance sur le plan de la pauvreté des enfants. Par ailleurs, d'autres analyses basées sur l'indice d'intensité de la pauvreté (P_2) placeraient le Québec dans une position encore plus favorable, se rapprochant de celle des pays nordiques (Makdissi et Audet, 2007).

EN BREF

Les jeunes de chez nous et d'ailleurs

- D'après les différents indices qui évaluent l'incidence, l'intensité et la gravité de la pauvreté, la situation chez les jeunes de moins de 18 ans au Québec est meilleure que partout ailleurs au Canada.
- À l'échelle internationale, le Canada se situe plutôt dans la moyenne inférieure du classement pour le pourcentage d'enfants vivant dans une pauvreté relative, plus exactement au 15^e rang des 24 pays industrialisés membres de l'OCDE. Le taux estimé de pauvreté infantile est de 13,6 % au Canada comparativement à 2,4 % au Danemark.
- Le Québec se place assez bien comparativement aux États-Unis et à d'autres pays latins et anglo-saxons, mais il a encore des progrès à faire pour égaler la performance de certains pays européens sur le plan de la pauvreté des enfants.

3

Les écarts de santé parmi nos enfants

« Trop de jeunes campent hors de la Cité. »

Fernand Dumont

Les conditions socioéconomiques ont une influence déterminante sur la santé de la population, et en particulier sur la santé et le bien-être des enfants. Les conséquences de la pauvreté vécue sur une longue période les suivent, dans la plupart des cas, toute leur vie. Parce qu'ils risquent d'en conserver des séquelles, les enfants des familles pauvres partent perdants.

Personne ne souffre de la pauvreté aussi longtemps que les enfants.

À cause de cela, on peut dire que personne ne souffre de la pauvreté aussi longtemps que les enfants. Parce qu'il s'agit là d'une période cruciale de leur évolution, le fait de grandir dans des conditions de pauvreté a souvent un impact important sur leur développement et leur santé à l'âge adulte.

Comment se portent les jeunes Québécois et les jeunes Québécoises de 0 à 17 ans¹? Quelles sont les conditions de vie et les caractéristiques de leur environnement familial et social qui influencent leur santé et contribuent à leur développement ou au contraire les défavorisent?

Le présent chapitre fournit des éléments de réponse à cet égard. Le portrait qu'il campe révèle les nombreux écarts de santé observés chez les enfants et les adolescents du Québec selon la condition socioéconomique de leur famille. Les résultats d'enquêtes et les données administratives qu'il révèle permettent d'illustrer la diversité et l'ampleur des écarts qui existent entre les enfants démunis et les enfants plus favorisés au regard, tour à tour, de leur santé physique, de leur santé mentale, de leur développement et de leur adaptation, ainsi que de facteurs reconnus comme des déterminants de l'état de santé et de bien-être et, enfin, de l'utilisation des services de santé.

Un tableau synthétique, où sont rassemblés tous les résultats présentés dans ce chapitre ainsi que des résultats se rapportant à d'autres aspects de la santé des enfants, est inclus à l'annexe 5. Parmi les 110 indicateurs initialement sélectionnés pour la préparation de ce rapport, un certain nombre n'a pas été retenu soit parce que les différences observées n'étaient pas significatives, soit parce que les données étaient insuffisantes pour tirer des conclusions. Tous les résultats significatifs sont présentés dans ce tableau et la quasi-totalité de ces résultats montre un état de santé plus défavorable chez les enfants les plus défavorisés.

1. Il sera question, la plupart du temps, des enfants et des adolescents âgés de moins de 18 ans. Cependant, certaines illustrations des écarts de santé à partir de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)* présentent des données qui incluent les jeunes jusqu'à l'âge de 24 ans; ce choix a été fait essentiellement pour pallier des problèmes de puissance statistique. Par ailleurs, mentionnons que la majorité de ces données concernent des jeunes qui vivent avec leurs parents.

Une grande partie des résultats présentés dans ce chapitre provient d'analyses effectuées spécialement pour la préparation de ce rapport ; la mention de la source des données est fournie, habituellement sous forme d'un acronyme. L'annexe 3 présente la liste des enquêtes, leur nom et leur acronyme, accompagnés d'une description sommaire. Dans le cas contraire, la référence complète a été indiquée.

Quelques précisions sur les données présentées dans ce chapitre

Les indicateurs utilisés dans ce chapitre pour décrire l'état de santé des enfants sont pour une bonne part tirés du *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007* élaboré conjointement par le ministère de la Santé et des Services Sociaux et les directions de santé publique avec la collaboration de l'Institut national de santé publique du Québec.

Ces indicateurs de santé sont analysés en relation avec différents indicateurs de pauvreté, selon les données disponibles.

Dans le cas des bases de données administratives (i.e. les données sur la mortalité, les hospitalisations, les naissances ainsi que l'utilisation des services médicaux), les données ont été analysées à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle et sociale qui, comme son nom l'indique, tient compte à la fois des dimensions matérielle et sociale de la pauvreté. Pour plus de détails, voir Pampalon (2007). Un autre indice de ce type, l'indice de milieu socioéconomique (IMSE) a aussi

été utilisé pour les données provenant du secteur de l'éducation. Un indicateur de faible position sociale persistante de la famille a également été utilisé pour l'analyse des données de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ). Pour plus de détails, voir Paquet *et al.* (2006).

Dans le cas des autres données, en général tirées d'enquêtes, les analyses ont été effectuées à l'aide de mesures se rapportant le plus souvent au revenu ou à la scolarité des parents, ce qui ne rend compte que de la dimension matérielle de la pauvreté.

Les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1* (ESCC, 2005) ont été analysées selon le revenu du ménage ajusté selon la taille de la famille. Les résultats sont présentés en regroupant les revenus en quatre groupes allant de « revenu inférieur » à « revenu supérieur ». Pour cette enquête, les informations se rapportant aux parents concernent uniquement ceux ayant au moins un enfant de moins de 18 ans.

3.1 La santé physique

La grande majorité des jeunes Québécois et des jeunes Québécoises se porte bien et prend un bon départ dans la vie. Leur développement se poursuit normalement. Ceux qui vivent dans la pauvreté suivent plus souvent un parcours différent comme le montrent l'ELDEQ et d'autres enquêtes longitudinales.

Pour plusieurs, naître pauvre voudra dire grandir pauvre. Les problèmes de santé des enfants pauvres commencent parfois avant la naissance et ils augmentent les risques de décès et d'incapacité ainsi que le nombre des autres problèmes de santé pendant la petite enfance, l'enfance et l'adolescence.

Observons l'état de santé physique des enfants et des adolescents au regard de la mortalité, de l'hospitalisation et de quelques problèmes de santé courants. Les analyses présentées dans cette section sont effectuées à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé au Québec et qui est présenté de façon détaillée dans l'encadré ci-dessous.

L'indice de défavorisation matérielle et sociale

Un indice de défavorisation a été mis au point au Québec afin de suivre les disparités sociales de santé et de bien-être (Pampalon et Raymond, 2003 ; Pampalon et Raymond, 2000). Il s'agit d'un indice écologique, soit une mesure construite sur la base d'un très petit territoire, correspondant à l'aire de diffusion au moment du recensement de 2001. Cette aire couvre quelques îlots d'habitation et compte en moyenne de 400 à 700 personnes.

L'indice de défavorisation comporte deux dimensions, l'une matérielle, l'autre sociale. Alors que la première reflète principalement le faible niveau d'emploi, de scolarité et de revenu, la seconde traduit davantage l'état matrimonial (être veuf, séparé ou divorcé) et la structure familiale (vivre seul ou en famille monoparentale). La population québécoise a été répartie en quintiles (groupes de 20 %) sur l'une et l'autre dimension, de manière à distinguer la population la plus avantagée (quintile 1) et la moins avantagée (quintile 5) sur chacune de ces dimensions et celle qui l'est le plus (quintiles 1 et 1) et le moins (quintiles 5 et 5) sur l'une et l'autre de ces

dimensions simultanément. Dans les figures et tableaux qui suivent, nous verrons des comparaisons entre les quintiles extrêmes de défavorisation de chaque dimension, séparément, et des comparaisons entre les extrêmes des deux dimensions simultanément.

Comme cet indice est construit à l'aide de données du recensement canadien, les valeurs de l'indice ont été calculées à partir du dernier recensement dont les données étaient disponibles au moment de préparer ce rapport, soit celui de 2001, et comparées avec celles du recensement de 1991.

Au recensement de 2001 comme à celui de 1991, c'est un peu plus de 400 000 enfants et jeunes du Québec qui peuvent être considérés comme très défavorisés (quintile 5), sur la dimension matérielle ou sur la dimension sociale. En croisant les deux formes de défavorisation (quintiles 5 et 5), on estime qu'environ 100 000 enfants et jeunes du Québec cumulent un double désavantage matériel et social. En outre, de 1991 à 2001, les écarts de défavorisation se sont légèrement accrus entre les groupes extrêmes.

Au regard des sections sur la mortalité et les hospitalisations, les données sont analysées sur deux périodes : 1989-1993 et 1999-2003. Nous y comparons les taux observés dans les quintiles les plus favorisés et les plus défavorisés de la population. Nous examinons également le ratio des extrêmes qui est une mesure de l'écart

relatif entre les groupes de défavorisation. Le ratio des extrêmes traduit l'écart relatif de mortalité entre personnes défavorisées et favorisées. C'est notamment avec cette mesure que l'on peut savoir si la réduction – ou l'accroissement – de la mortalité au fil du temps est plus importante chez les personnes favorisées que défavorisées.

La mortalité

Au cours de la dernière décennie, la mortalité générale chez les jeunes de moins de 18 ans a beaucoup diminué (de 59,1 à 41,1 pour 100 000 jeunes de ce groupe d'âge). La mortalité en bas âge, en particulier, ayant connu un recul considérable, la plupart des enfants québécois sont appelés à grandir et à prendre leur place dans la société. Cette évolution favorable s'observe dans tous les milieux : défavorisés aussi bien que favorisés.

Malgré cela, les écarts entre les groupes socioéconomiques n'ont pas diminué. La mortalité des jeunes de moins de 18 ans continue d'être souvent associée à la pauvreté. Le taux de mortalité de ce groupe d'âge passe du simple au double — et au triple selon le sexe — des groupes les plus favorisés aux groupes défavorisés.

- Pour la période la plus récente (1999-2003), le taux de mortalité générale chez les garçons de moins de 18 ans était de 83,6 pour 100 000 dans le groupe le plus défavorisé selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale, en comparaison de 30,5 dans le groupe le plus favorisé. Chez les filles, le taux de mortalité pour le même groupe d'âge était de 50,6 pour 100 000 dans le groupe le plus défavorisé en comparaison de 27,8 dans le groupe plus favorisé.
- Parmi les jeunes les plus défavorisés, le taux de mortalité des garçons dépasse donc largement celui des filles (83,6 contre 50,6 pour 100 000).
- Les taux de mortalité du groupe le plus défavorisé sont près de trois fois ceux du groupe le plus favorisé chez les garçons (2,74) et près de deux fois chez les filles (1,82).

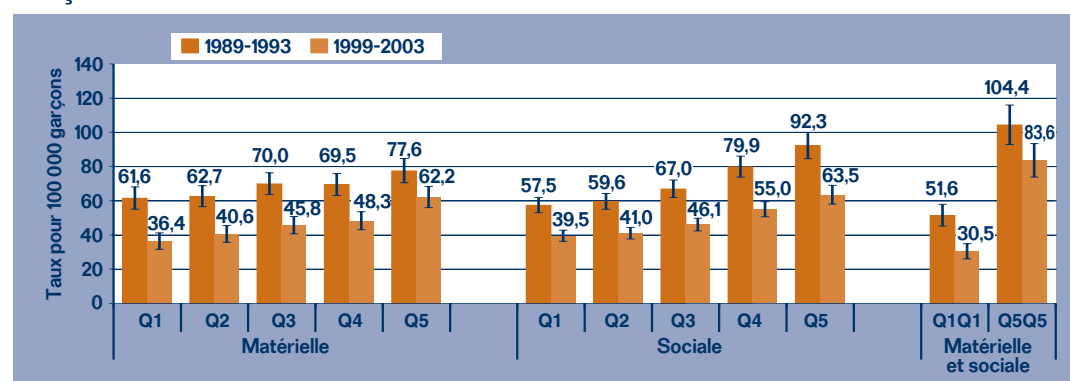
Si tous les enfants et adolescents du Québec affichaient le même taux de mortalité que le groupe le plus favorisé, c'est 186 décès de moins qui seraient enregistrés chaque année : 132 décès chez les garçons (une diminution de 36 %) et 54 décès chez les filles (une diminution de 20 %).

Les taux de mortalité du groupe le plus défavorisé sont près de trois fois ceux du groupe le plus favorisé chez les garçons et près de deux fois chez les filles.

Figure 3.1

Taux de décès de toutes causes chez les 0 à 17 ans selon le sexe, le quintile de défavorisation matérielle, le quintile de défavorisation sociale et le croisement des quintiles extrêmes de défavorisation matérielle et sociale, Québec, 1989-1993 et 1999-2003

Garçons



Filles

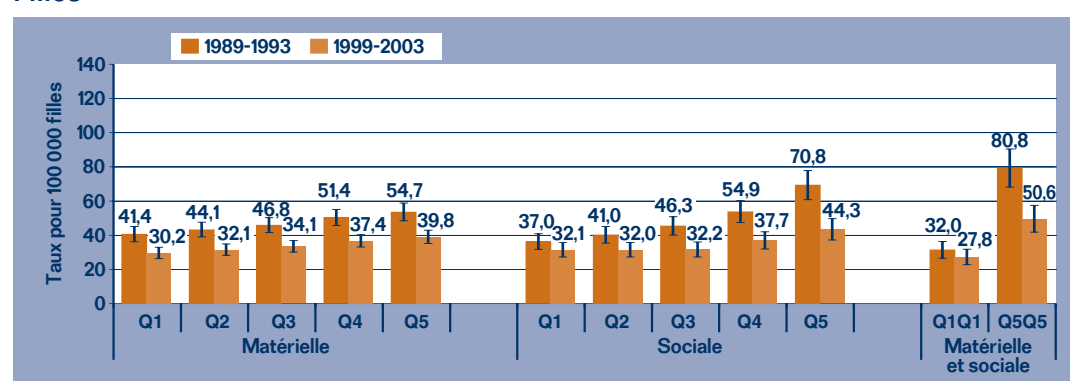
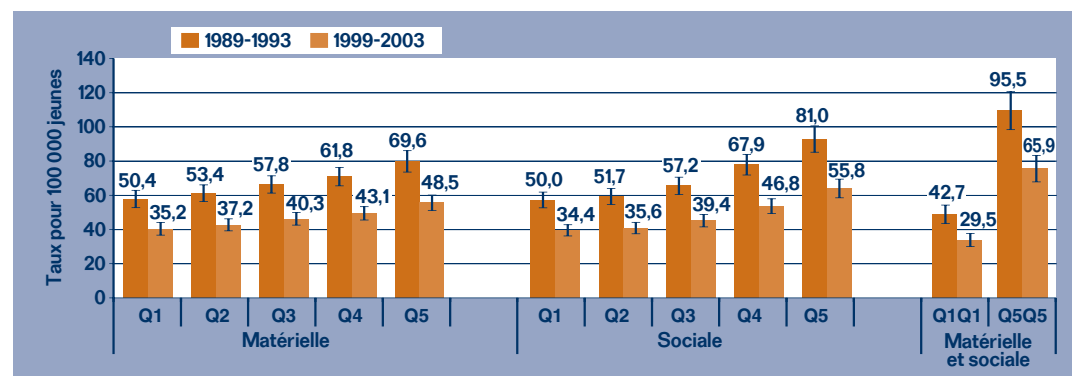


Figure 3.1 (suite)

Sexes réunis



I : Intervalle de confiance à 95 %.

Source : Fichier des décès.

Les hospitalisations selon l'âge

Chez les moins d'un an

- Entre 1989-1992 et 1999-2002, le taux d'hospitalisation a significativement augmenté chez les enfants de moins d'un an, passant de 20 % à 24 %, quel que soit leur groupe d'appartenance. Malgré cela, les enfants et les jeunes des familles pauvres encourrent un plus grand risque d'être hospitalisés.
- Pour la période la plus récente (1999-2002), les hospitalisations chez les enfants de moins d'un an appartenant au groupe le plus défavorisé sont 54 % plus fréquentes que chez les enfants provenant du milieu le plus favorisé. Cet écart est demeuré aussi important qu'à la période précédente.

Chez les 1 à 17 ans

- Entre 1 et 17 ans, les jeunes sont beaucoup moins hospitalisés qu'au cours de leur première année de vie. Malgré cela, l'écart entre les taux d'hospitalisation des groupes les plus favorisés aux groupes plus défavorisés n'a pas significativement diminué et joue encore en faveur des premiers.
- Les filles aussi bien que les garçons les plus défavorisés sont 80 % plus nombreux à être hospitalisés que ceux issus des familles les plus favorisées.
- Si tous les jeunes de moins de 18 ans affichaient les mêmes taux d'hospitalisation que les plus favorisés d'entre eux, nous compterions chaque année environ 13 500 hospitalisations de moins ; ceci correspondrait à une diminution de l'ordre de 20 % chez les garçons et de 25 % chez les filles.

- Des analyses effectuées en tenant compte de l'effet d'un ensemble de facteurs et de caractéristiques (par exemple, vivre dans une famille monoparentale, ne pas avoir été allaité pendant au moins six mois, avoir une mère qui déclare ne pas être en très bonne santé, etc.) n'ont rien changé au constat principal : on a continué d'observer une association significative entre les hospitalisations des enfants et la position sociale de leur famille (Paquet et al., 2006) (ELDEQ).

Bref, plus la situation socioéconomique de la famille est précaire, plus le taux d'hospitalisation est élevé. La fréquence des hospitalisations plus élevée en milieu défavorisé reflète clairement l'effet des inégalités socioéconomiques.

Si tous les jeunes de moins de 18 ans affichaient les mêmes taux d'hospitalisation que les plus favorisés d'entre eux, nous compterions chaque année environ 13 500 hospitalisations de moins.

Les hospitalisations selon la cause

Entre les périodes 1989-1992 et 1999-2002, les taux d'hospitalisation chez les jeunes de moins de 18 ans pour les principales causes que sont les maladies de l'appareil respiratoire, les traumatismes et les empoisonnements ont diminué au Québec, passant de 4 % à 3 %. Seul le taux d'hospitalisation pour troubles mentaux² a crû de manière significative durant cette période, tant chez les jeunes défavorisés que favorisés, passant de 1,5 % à 2,5 %, bien que le ratio des extrêmes ait reculé chez les filles.

Le taux d'hospitalisation pour troubles mentaux chez les 1 à 17 ans est significativement plus élevé chez les enfants défavorisés : parmi les garçons, il est 127 % plus élevé que chez les plus favorisés, et parmi les filles, il est 37 % plus élevé.

L'information disponible relative aux traumatismes non intentionnels (blessures accidentelles³) révèle par ailleurs des écarts significatifs entre les jeunes les plus favorisés et ceux qui le sont moins.

- Les blessures accidentelles sont la 3^e principale cause d'hospitalisation chez les jeunes de moins de 14 ans. Elles ont occasionné en moyenne 5 935 hospitalisations par année au cours de la période 2000-2004, dont 27 % pour des blessures sévères⁴.

2. Les troubles mentaux correspondent aux codes 290 à 316 de la CIM-9. Ils incluent divers états tels que les psychoses affectives, les troubles névrotiques, de la personnalité et de l'adaptation. Ils excluent la déficience mentale.

3. On entend par blessures accidentelles les blessures subies par les piétons, les chutes accidentelles, les intoxications accidentelles et les blessures liées aux activités sportives et récréatives (Gagné, 2006).

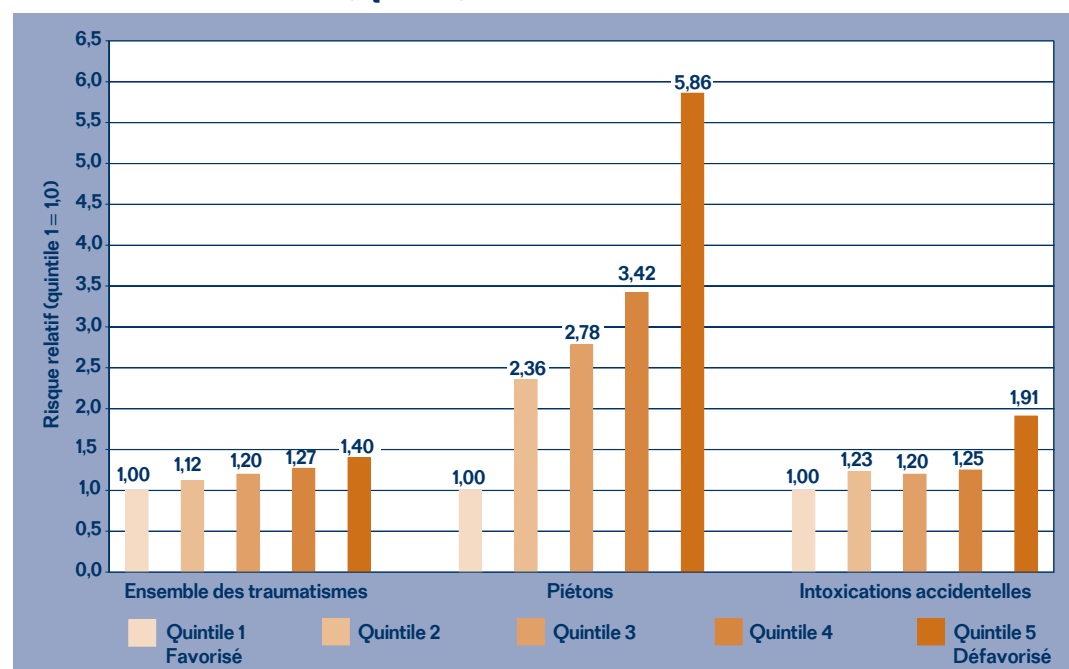
4. Pour être classifiées comme blessures sévères, les cas devaient satisfaire l'un des critères suivants selon la définition du Registre des traumatismes du Québec : être hospitalisé pour 3 jours ou plus, ou être admis à l'unité des soins intensifs (USI), ou être décédé en cours d'hospitalisation.

- Il existe une relation significative entre la dimension matérielle de la défavorisation et le taux d'hospitalisation global dans le cas de blessures accidentelles dans l'ensemble et ce lien persiste dans le cas des blessures sévères : ce taux est 40 % plus élevé chez les enfants les plus défavorisés sur le plan matériel, comparés aux enfants plus favorisés.
- Si on considère les taux d'hospitalisation selon les circonstances de la blessure, dans le cas de blessures subies comme piéton, le risque est augmenté de 486 % parmi les enfants plus défavorisés, toujours selon la dimension matérielle de l'indice de défavorisation. Dans les cas d'intoxications accidentelles, le risque d'hospitalisation est augmenté de 91 %. Par contre, le risque est 15 % moins élevé dans le cas de blessures liées aux activités sportives et récréatives.
- Le risque d'hospitalisation pour un traumatisme crânien ou intracrânien impliquant des blessures sévères est augmenté de 156 % dans le groupe le plus défavorisé.

En résumé, les enfants les plus défavorisés ont des taux d'hospitalisation nettement plus élevés pour l'ensemble des blessures accidentelles et pour les blessures graves.

Figure 3.2

Risques relatifs pour les taux d'hospitalisation pour traumatismes sévères chez les 0-14 ans selon certaines circonstances et la dimension matérielle de l'indice de défavorisation, Québec, 2000-2004



Source : Figure préparée d'après Gagné (2006).

Des problèmes de santé courants

Un enfant né dans une famille pauvre risque-t-il davantage d'être de poids insuffisant ? Ou d'être plus exposé qu'un autre aux problèmes de santé courants comme l'asthme, les otites, l'embonpoint ? Ou, encore, d'avoir une moins bonne santé dentaire que les autres jeunes de son âge issus de milieux plus favorisés ? Voyons ce qu'il en est.

Naissances de faible poids

- La proportion de naissances de faible poids (moins de 2 500 grammes) a légèrement diminué entre 1989-1993 et 1999-2003, passant de 6,5 à 5,6 pour 100 naissances.
- Les mères de milieu défavorisé sont 60 % plus nombreuses, proportionnellement, à donner naissance à un bébé de faible poids que les mères de milieux favorisés.

L'effet de la pauvreté sur la santé des enfants est donc présent dès la naissance. Lorsque l'on sait que le fait de naître prématuré ou de poids insuffisant est associé à un plus grand risque de mortalité ainsi qu'à une plus grande fréquence de complications, d'hospitalisations, de handicaps, de séquelles neurologiques et de retards de développement, on ne peut pas ne pas s'inquiéter.

Asthme

- Les données disponibles sur l'asthme montrent la même tendance. La proportion des enfants qui en souffrent tend à diminuer lorsque le revenu du ménage s'accroît (ESSEA 1999).

Otites

- Par ailleurs, les résultats de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ) montrent qu'au cours d'une période de trois mois, 24 % des enfants de 6 ans appartenant à des familles de faible position sociale persistante⁵ souffrent d'otites, comparativement à 14 % des enfants dont la famille a occupé une position sociale élevée.

Embonpoint

- La même enquête nous apprend qu'à 6 ans, les enfants qui ont vécu dans une famille à faible position sociale persistante souffrent davantage d'embonpoint que ceux appartenant à des familles de position sociale élevée (24 % comparativement à 9 %). Même en tenant compte de l'effet d'autres facteurs reliés à l'embonpoint, la faible position sociale des familles entraîne un risque plus grand d'être affecté par ce problème (ELDEQ).

5. Voir l'annexe 2 pour la définition de l'indicateur de position sociale persistante de la famille.

Santé buccodentaire

- Différentes enquêtes québécoises sur la santé dentaire réalisées entre 1983 et 1999⁶ nous apprennent que les enfants issus de milieux défavorisés sont nettement désavantagés sur le plan de la santé dentaire. Le risque d'avoir une carie dentaire, le nombre moyen de caries, de dents cariées, absentes ou obturées, la présence d'au moins un agent de scellement en bouche sont autant de facteurs qui ont été pris en considération. Pour chacune de ces enquêtes et pour tous les éléments présentés, il est chaque fois clairement démontré que le niveau socioéconomique, représenté par le niveau de scolarité des parents et le revenu familial, est fortement associé à la santé dentaire des enfants, quel que soit leur âge. Par exemple, on observe en 1998-1999 que le nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes ou obturées (caof) est nettement plus élevé chez les enfants de 7-8 ans dont la scolarité des parents est inférieure au 5^e secondaire comparativement à ceux dont les parents ont une scolarité universitaire (9,13 contre 3,53) (ESD, 1998-1999).

Naître dans une famille défavorisée, c'est courir un risque plus grand d'avoir un poids insuffisant à la naissance, de souffrir d'asthme ou d'otites, de présenter de l'embonpoint en très jeune âge et d'avoir une mauvaise santé dentaire.

3.2 La santé mentale

Le stress engendré par la pauvreté a d'importantes répercussions sur la santé mentale des enfants et des jeunes.

Les observations dont on rapporte ici les résultats sont relatives à la détresse psychologique, à la perception de la santé mentale comme passable ou mauvaise, aux idées suicidaires et aux hospitalisations pour troubles mentaux des enfants et des jeunes.

Malgré qu'elles ne puissent révéler ce que vivent les jeunes dans leur quotidien, les conclusions dégagées évoquent malgré tout avec éloquence la détresse d'un grand nombre de jeunes.

6. Il s'agit des enquêtes sur la santé dentaire de 1983-1984 (élèves de 2^e année et de 6^e année du primaire), 1989-1990 (élèves de 2^e année et de 6^e année du primaire et élèves de secondaire 2 et secondaire 4), 1996-1997 (6^e année du primaire et élèves de secondaire 2) et 1998-1999 (élèves de maternelle et 2^e année du primaire).

La détresse psychologique

- La proportion de jeunes qui souffrent de détresse psychologique⁷ est plus importante dans les ménages disposant d'un revenu inférieur⁸ comparativement aux ménages ayant un revenu supérieur : 11 % contre 4 % (ESCC, 2005).

La perception de la santé mentale

- La proportion de jeunes âgés entre 12 et 24 ans percevant leur santé mentale comme passable ou mauvaise tend à augmenter lorsque le revenu de leur famille diminue (ESCC, 2005).

Les idées suicidaires

- La proportion de jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui ont sérieusement songé au suicide au cours de leur vie tend aussi à augmenter lorsque le revenu diminue (ESCC, 2005).

La détresse psychologique des jeunes, la perception de leur santé mentale comme passable ou mauvaise, leurs idées suicidaires tendent à augmenter lorsque le revenu de leurs parents diminue.

Les hospitalisations pour troubles mentaux

- Enfin, le taux d'hospitalisation pour troubles mentaux⁹ chez les 1 à 17 ans, comme nous l'avons vu, est significativement plus élevé chez les enfants défavorisés que chez les plus favorisés : plus exactement, 127 % plus élevé chez les garçons, et 37 % chez les filles.

7. Correspond au seuil auquel la détresse psychologique est « probable » d'après l'indice de détresse psychologique utilisé dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, 2005*. Le score obtenu par le répondant est de 10 et plus sur une échelle variant entre 0 et 24. Cette catégorie indique le niveau auquel les réponses données à différentes questions permettent de croire qu'il est probable que la personne souffre de détresse psychologique.

8. La variable de revenu utilisée pour l'analyse des données de l'ESCC 2005 correspond au revenu du ménage ajusté selon la taille de la famille. Pour plus de détails sur les catégories, voir l'annexe 2.

9. Les troubles mentaux correspondent aux codes 290 à 316 de la CIM-9.

3.3 Les problèmes de développement

Le développement des enfants et des adolescents inclut les aspects social, psychomoteur, langagier et intellectuel. Certains manifestent un retard à cet égard. Ceux-là risquent plus que les autres enfants de présenter des problèmes d'adaptation et d'apprentissage lorsqu'ils fréquenteront le service de garde ou l'école.

Les enfants et les adolescents des milieux moins favorisés sont plus nombreux que les autres à rencontrer ces problèmes que sont les retards de langage, l'hyperactivité, les difficultés d'apprentissage, les retards scolaires et les troubles de comportement à l'école avec, bien entendu, leurs conséquences sur le taux d'obtention d'un diplôme.

Or, le décrochage scolaire handicape ceux qui en sont victimes sur le plan de l'emploi pour leur vie durant. Il les expose à l'exclusion sociale et à l'isolement, les prédispose à d'autres formes de marginalisation et de dépendance.

Les habiletés langagières

- Les problèmes de développement du langage, comme les problèmes de comportement, sont des facteurs qui augmentent considérablement les probabilités de difficultés scolaires ultérieures et d'abandon prématuré de l'école (Paquet et al., 2006). Des données récentes montrent que les enfants des milieux socioéconomiques moins favorisés sont désavantagés sur le plan de leurs compétences langagières et sont, en conséquence, relativement moins bien préparés pour commencer et réussir à l'école.

Les enfants ayant vécu dans des familles de faible niveau socioéconomique en bas âge présentent de moins bonnes habiletés de langage¹⁰ dans une proportion de 72 %, comparativement à 39 % chez ceux ayant eu une position sociale élevée (ELDEQ).

L'hyperactivité

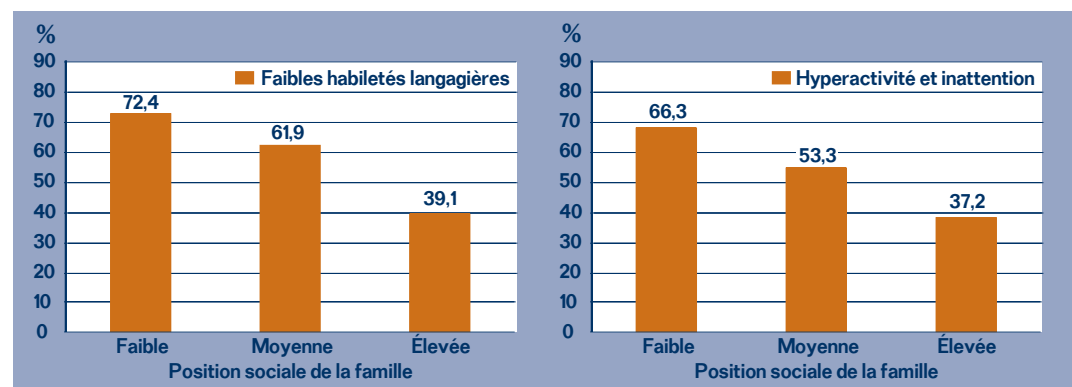
- Selon la même source, les mères de position sociale faible estiment dans une proportion de 66 % que leurs enfants souffrent d'hyperactivité et d'inattention¹¹. Seulement 37 % des mères ayant une position sociale élevée pensent la même chose de leurs enfants (ELDEQ).

10. Ces valeurs ne mesurent pas la présence d'un retard de langage, mais bien le niveau d'habileté langagière évalué par l'enseignant selon un seuil choisi par les auteurs de l'étude pour comparer entre eux les enfants de familles situées à différents niveaux de position sociale.

11. Ces valeurs ne mesurent pas la présence d'un trouble d'hyperactivité/inattention, mais bien la perception de la mère concernant cet aspect du comportement de l'enfant.

Figure 3.3

Proportion d'enfants de 6 ans présentant de faibles habiletés langagières selon l'enseignant ou perçus par leur mère comme ayant un problème d'hyperactivité et d'inattention selon la position sociale de la famille, Québec, 1998-2004



Source : Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, 1998-2004 (Paquet et al., 2006).

L'indice de milieu socioéconomique

L'indice de milieu socioéconomique (IMSE) est calculé annuellement par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) pour les écoles des 69 commissions scolaires linguistiques. Les données utilisées sont tirées du recensement canadien et portent sur la situation des familles québécoises ayant des enfants âgés de 18 ans et moins en provenance de l'une ou l'autre des 1 504 unités de la Carte des unités de peuplement du MELS. Il s'agit d'un indice composé qui utilise la proportion de mères sous-scolarisées

(2/3 de l'indice) et la proportion de parents inactifs sur le plan de l'emploi (1/3 de l'indice). La sous-scolarité se définit comme étant la proportion de familles dont les mères ont atteint, comme plus haut niveau de scolarité, des études primaires ou secondaires, sans diplôme d'études secondaires. L'inactivité parentale concerne la proportion de familles dont aucun parent ne travaille durant la semaine de référence du recensement canadien (site Internet du MELS).

Les retards scolaires

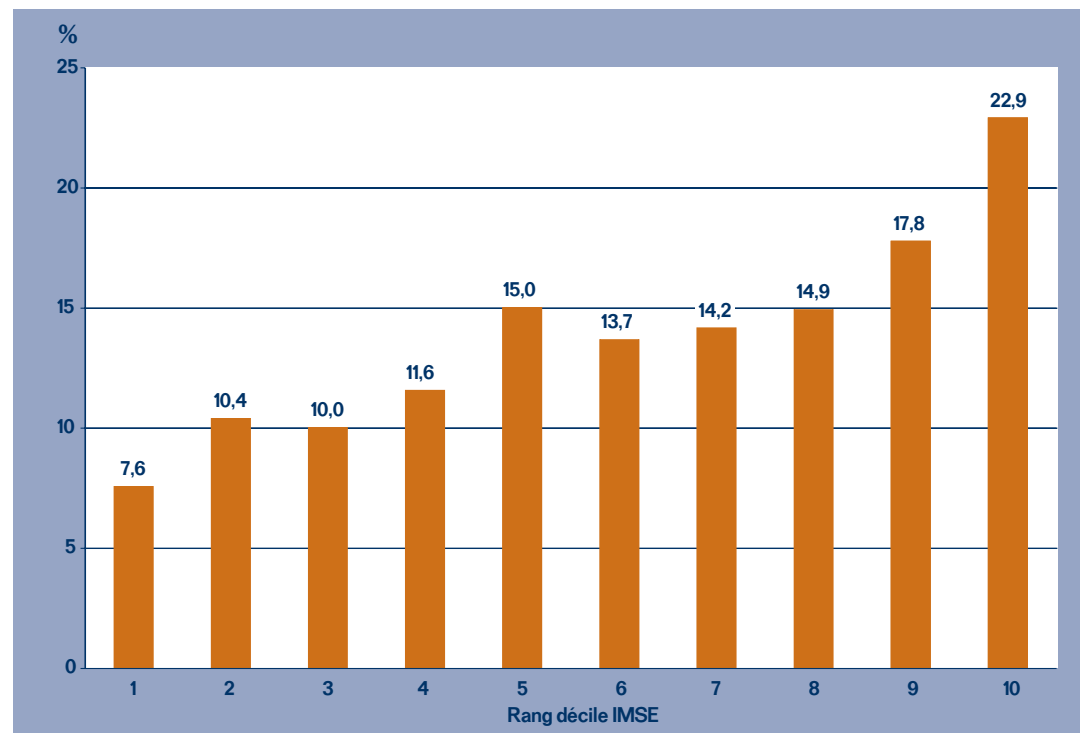
- À l'entrée au 2^e cycle du primaire, la proportion d'élèves qui accusent un retard scolaire diminue lorsque le niveau socioéconomique de l'enfant est en hausse. Les élèves les plus défavorisés sont en fait trois fois plus nombreux à présenter un retard dans leur cheminement scolaire que les élèves les plus favorisés (11,5 % contre 3,4 %)¹².

12. Les données de ce chapitre qui proviennent du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ont été analysées à notre demande et montrent la distribution des variables selon les déciles de l'indice de milieu socioéconomique (IMSE) utilisé par ce ministère.

- À l'entrée au 3^e cycle, les écarts sont du même ordre (14,4 % contre 4,4 %).
- À l'entrée au premier cycle du secondaire, les taux de retard scolaire sont dans l'ensemble plus élevés qu'au primaire, mais ils demeurent trois fois plus élevés chez les jeunes les plus défavorisés (22,9 % contre 7,6 %) (MELS, compilations spéciales).

Figure 3.4

Proportion d'élèves du 1^{er} cycle du secondaire qui accusent un retard scolaire selon le décile de l'indice de milieu socioéconomique (IMSE), Québec, 2005-2006



Source : Compilations spéciales du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

Les difficultés d'apprentissage et les troubles de comportement à l'école

- Les enfants de familles ayant un revenu très bas sont par ailleurs proportionnellement plus nombreux à avoir reçu des services spécialisés à l'école pour des difficultés d'apprentissage ou des troubles de comportement que ceux de familles disposant d'un revenu supérieur (33 % contre 12 %) (ESSEA, 1999).
- Les jeunes ayant des parents n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires éprouvent eux aussi des difficultés d'apprentissage ou des troubles de comportement dans une plus grande proportion que ceux ayant des parents ayant complété des études universitaires (31 % contre 19 %) (ESSEA, 1999).

- Seul un petit nombre d'élèves du primaire est évalué comme ayant des troubles graves de comportement¹³, mais la proportion est 11 fois plus élevée chez ceux appartenant au groupe le plus défavorisé comparativement au groupe le plus favorisé (0,58 % contre 0,05 %) (MELS, compilations spéciales).
- Au niveau secondaire, on compte davantage d'élèves avec des troubles graves de comportement. Les jeunes les plus défavorisés sont proportionnellement trois fois plus nombreux (1,4 % vs 0,4 %) à présenter ce type de problèmes que les jeunes issus des familles les plus favorisées (MELS, compilations spéciales).

Le taux d'obtention du diplôme d'études secondaires

- En 2005-2006, la proportion d'élèves qui ont obtenu un diplôme à leur sortie du secondaire a été de 62,5 % dans le groupe le plus défavorisé, comparé à 82,5 % dans le groupe le plus favorisé, soit un écart de 20 %. Cet écart est plus important parmi les garçons (54,2 % contre 76,8 %) que parmi les filles (70,5 % contre 87,6 %) (MELS, compilations spéciales).

Les enfants des milieux défavorisés encourent un risque plus grand de connaître des retards scolaires, de rencontrer des problèmes d'apprentissage ou de présenter des troubles de comportement à l'école. Ils sont également moins nombreux à obtenir leur diplôme d'études secondaires.

3.4 L'adaptation sociale

Les problèmes d'adaptation sociale chez les jeunes réfèrent à des comportements qui peuvent compromettre la sécurité ou le développement des enfants et, dans certains cas, faire l'objet d'interventions de la part des services psychosociaux. Ils se posent davantage en milieux moins favorisés.

13. Selon le MELS (2006) : « L'élève ayant des troubles graves du comportement est celui pour qui une évaluation a été réalisée par une équipe multidisciplinaire, composée d'au moins l'un des professionnels suivants : psychologue, psychoéducateur ou travailleur social. Cette évaluation du fonctionnement global porte sur l'ensemble des données scolaires, psychologiques, psychosociales ou autres, s'il y a lieu. Elle est faite au moyen de techniques d'observation systématique et d'instruments standardisés d'évaluation. »

Les situations prises en charge par les services de protection de la jeunesse

- Pour l'ensemble des cinq grandes problématiques auxquelles s'adressent les services de la Protection de la jeunesse — les cas d'abandon, de négligence, d'abus sexuel, de mauvais traitements et de troubles du comportement — les taux de nouvelles prises en charge au cours de l'année 2005-2006, dans l'ensemble du Québec, étaient de 5,46 pour 1 000 enfants de moins de 18 ans.
- En moyenne, durant la période 2002-2003 à 2005-2006, ces taux ont eu tendance à augmenter avec le degré de pauvreté du milieu : tandis que le taux observé dans le territoire du CLSC le plus favorisé n'est que de 1,73 pour 1 000 jeunes, il atteint 14,67 dans le territoire le plus défavorisé. On a constaté que 66 % des écarts entre ces taux étaient attribuables au degré de défavorisation du territoire d'appartenance des jeunes (voir figure A.4 à l'annexe 4).

Les problèmes liés aux pratiques éducatives des parents

Un certain nombre d'enfants et de jeunes sont victimes de négligence et d'abus physiques ou sexuels qui peuvent mettre en péril leur sécurité et leur développement, souvent infligés par des adultes censés les protéger.

La pauvreté est-elle un facteur qui contribue à un risque plus élevé de conduites parentales à caractère violent ? Tous les enfants pauvres ne sont pas maltraités, mais de façon générale, la proportion d'enfants maltraités est plus élevée dans les milieux défavorisés sur le plan socioéconomique. Les données disponibles nous montrent cependant un portrait qui varie selon les différentes formes de pratiques parentales à caractère violent.

Agression psychologique

- Les résultats d'une enquête québécoise sur la violence familiale dans la vie des enfants montrent en effet que la proportion d'enfants qui subissent une agression psychologique répétée¹⁴ de la part d'un parent est plus élevée dans les familles où la mère a obtenu un diplôme d'études collégiales ou universitaires comparativement aux enfants dont la mère a suivi une scolarité égale ou inférieure au niveau d'études secondaires (54 % contre 49 %) (Clément *et al.*, 2005) (EVF, 2004).

14. L'agression psychologique fait référence à toute forme de communication verbale qui risque de blesser psychologiquement l'enfant ou de lui faire peur. Elle inclut « crier, hurler, sacrer après l'enfant, menacer de lui donner la fessée, de le placer ou de le mettre à la porte ». Sa présence a été mesurée à l'aide d'un ensemble de questions par entrevues auprès des mères. Cette pratique est considérée répétée quand elle est survenue au moins trois fois au cours d'une année.

Violence physique mineure

- Les enfants victimes de violence physique mineure sont aussi, en proportion, plus exposés à ce type de corrections¹⁵ lorsque leur mère déclare un niveau de scolarité plus élevé comparativement à ceux dont la mère est moins scolarisée (44 % contre 40 %) (Clément *et al.*, 2005) (EVF, 2004).
- Par contre, lorsqu'on compare selon le niveau de revenu familial, on observe, parmi les garçons uniquement, que le nombre de cas de violence physique mineure tend à être plus élevé dans les ménages à faible revenu (EVF, 2004).

Violence physique sévère

- Les enfants dont la mère se déclare sans emploi subissent par ailleurs plus souvent de la violence physique sévère¹⁶ que ceux dont la mère occupe un emploi rémunéré au moment de l'enquête (8 % contre 6 %) (Clément *et al.*, 2005) (EVF, 2004).
- La violence physique sévère est également associée au revenu. Ici aussi, dans les mêmes proportions, deux fois plus d'enfants de familles à faible revenu subissent ce type de violence que dans les familles à revenu moyen ou élevé (10 % contre 6 %) (Clément *et al.*, 2005) (EVF, 2004).

Les jeux de hasard

Les données les plus récentes à notre disposition — celles de l'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* (2004) — ne comportent pas d'information sur le niveau socioéconomique¹⁷ des répondants. Le seul indicateur susceptible de refléter indirectement la situation socioéconomique de la famille de l'enfant, soit le type de famille (monoparentale ou biparentale), permet les observations suivantes.

15. La violence physique mineure fait référence à toutes conduites utilisées pour infliger une certaine douleur à l'enfant en vue de corriger ou de contrôler un comportement non désiré. Cela inclut des conduites telles que donner une tape sur les fesses de l'enfant à main nue, lui donner une tape sur la main, le bras ou la jambe, le pincer pour le punir et le secouer s'il est âgé de 2 ans ou plus.

16. La violence physique sévère concerne tout acte violent commis par un adulte qui dépasse le degré de sévérité permis par la loi et qui présente pour l'enfant un risque élevé de blessure. Il s'agit notamment de secouer un enfant âgé de moins de 2 ans (syndrome du bébé secoué), de donner un coup de poing ou un coup de pied à l'enfant, de le saisir par le cou et de lui serrer la gorge, de le frapper de plusieurs coups et de toutes ses forces, de le frapper ailleurs que sur les fesses avec un objet dur (bâton, ceinture, etc.) et de le lancer ou de le jeter par terre.

17. Le niveau socioéconomique d'un individu ou d'une famille et la structure familiale sont parmi les caractéristiques sociodémographiques les plus souvent associées à l'adoption de comportements à risque pour la santé. Comme les élèves ne détiennent pas les informations requises pour estimer avec fiabilité le revenu familial, il a été décidé, dès 1998, de ne pas introduire de mesure du niveau socioéconomique dans cette enquête (Dubé *et al.*, 2005).

- L'âge d'initiation aux jeux de hasard est un peu plus élevé chez les enfants issus de familles monoparentales comparativement à ceux issus de familles biparentales (11 ans contre 10,4 ans).
- La proportion de joueurs à risque parmi les élèves du secondaire tend cependant à être plus élevée chez les jeunes issus de familles monoparentales ou reconstituées¹⁸ que chez ceux provenant de familles biparentales (EQJS, 2004).

La consommation de drogues

- La proportion de jeunes ayant consommé de la drogue au cours de la dernière année est également plus élevée chez les jeunes de familles monoparentales (45 %) ou reconstituées (47 %) que chez les jeunes de familles biparentales (33 %) (EQJS, 2004).
- La proportion d'élèves dont la consommation est inquiétante et justifierait une intervention spécialisée selon l'indice DEP-ADO¹⁹ est nettement plus importante selon qu'ils appartiennent à des familles monoparentales (9 %) et reconstituées (7 %) que s'ils sont issus de familles biparentales (4 %) (EQJS, 2004).

La maternité à l'adolescence

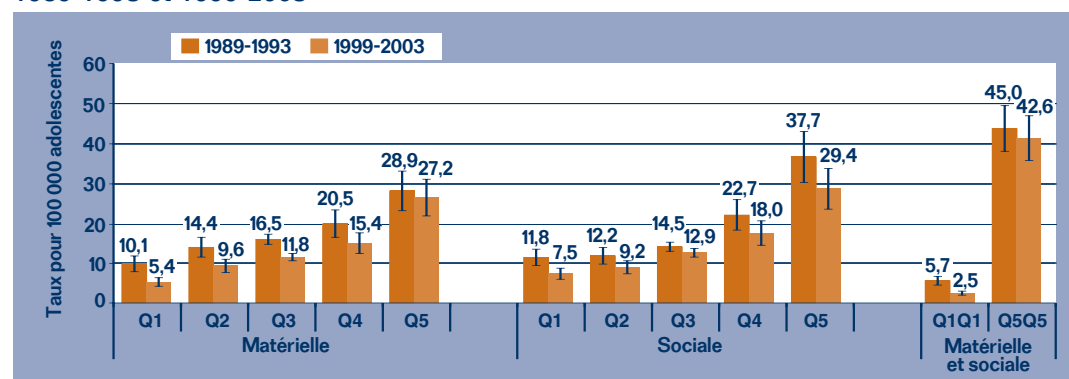
- Le nombre de grossesses à l'adolescence a globalement diminué entre 1989-1993 et 1999-2003, passant de 17,2 à 13,3 naissances pour 1 000 adolescentes. Il a chuté dans tous les groupes — des plus favorisés aux moins favorisés économiquement — mais davantage chez les jeunes filles plus favorisées.
- Pour la période 1999-2003, les naissances de mères âgées de moins de 20 ans ont été 17 fois plus fréquentes parmi les jeunes filles de milieux défavorisés que parmi celles de milieux plus favorisés (42,5 naissances contre 2,5 naissances pour 1 000 adolescentes).
- Si l'ensemble des adolescentes du Québec avaient le taux de fécondité des plus favorisées d'entre elles, c'est environ 2 400 adolescentes de moins qui deviendraient mères avant l'âge de 20 ans à chaque année, soit une diminution de l'ordre de 80 %.

18. Les élèves habitant avec un couple formé d'un seul de leurs parents et d'un autre adulte ont été classés dans la structure familiale « reconstituée ». Les élèves vivant avec un tuteur légal, en foyer d'accueil, en appartement avec des amis ou d'autres personnes ont été classés dans la structure familiale « autres » (Dubé et al., 2005).

19. L'indice DEP-ADO sert à mesurer la consommation problématique d'alcool et de drogues et évalue le degré de dépendance aux drogues selon trois niveaux. Le feu vert de l'indice DEP-ADO signifie qu'il n'y a pas de problème évident de consommation et qu'aucune intervention n'est nécessaire. Le feu jaune correspond à une consommation à risque ou à un problème en émergence pour lequel une intervention légère est souhaitable. Le feu rouge quant à lui indique une consommation problématique pour laquelle une intervention spécialisée est nécessaire (Dubé et al., 2005).

Figure 3.5

Taux de fécondité chez les adolescentes de moins de 20 ans, selon le quintile de défavorisation matérielle, le quintile de défavorisation sociale et le croisement des quintiles extrêmes de défavorisation matérielle et sociale, Québec, 1989-1993 et 1999-2003



I : Intervalle de confiance

Source : Fichier des naissances vivantes.

Dans les milieux les plus défavorisés, on dénombre 17 fois plus de naissances chez les adolescentes de moins de 20 ans que dans les milieux les plus favorisés.

3.5 Les déterminants de la santé des enfants et des adolescents

Plusieurs éléments influencent l'état de santé des enfants et des adolescents : leurs habitudes de vie qui risquent de persister à l'âge adulte, l'histoire personnelle de leurs parents, leurs comportements, le soutien dont ils disposent. Au-delà de la famille, la cohésion sociale de la communauté — la garderie, l'école, le voisinage — et la volonté de ses membres de coopérer contribuent également au développement des jeunes. Mais tous possèdent-ils les mêmes chances sur chacun de ces plans ?

Voyons d'abord ce qu'il en est au regard des facteurs reliés aux caractéristiques et aux habitudes de vie des enfants eux-mêmes.

Les caractéristiques personnelles et les habitudes de vie des enfants et des adolescents

Avoir été allaité, prendre un déjeuner tous les jours, être actif physiquement, s'abstenir de fumer et consommer modérément de l'alcool, jouir d'une bonne estime de soi sont autant d'habitudes et de caractéristiques qui contribuent à la santé et au bien-être des enfants et des adolescents, à court et à long terme.

Ici aussi, l'origine socioéconomique des jeunes et de leurs parents fait une différence.

L'allaitement maternel

- En plus du statut socioéconomique, parmi d'autres facteurs — tels ceux de vivre dans une famille monoparentale et d'être un garçon — le fait de ne pas avoir été allaité pendant six mois augmente la probabilité des jeunes enfants de passer au moins une nuit à l'hôpital. Ce facteur de protection a un tel effet que l'influence du niveau socioéconomique sur la probabilité pour les jeunes enfants de 2 ans 1/2 d'avoir séjourné au moins une nuit à l'hôpital ne joue plus s'ils ont été allaités pendant six mois (Paquet, 2005).
- Par ailleurs, pour différentes durées d'allaitement (durant le séjour au centre hospitalier, jusqu'à 2 mois, 4 mois et 6 mois), on constate que les taux d'allaitement²⁰ diffèrent selon le statut socioéconomique (revenu du ménage et scolarité²¹ de la mère) et selon la situation matrimoniale de la mère à la naissance de l'enfant. Les données démontrent que les mères de statut socioéconomique plus favorable allaitent dans de plus grandes proportions que celles dont le milieu socioéconomique est moins favorable, et ce, peu importe la durée de l'allaitement étudiée²². Par exemple, 60 % des enfants dont la mère a obtenu un diplôme universitaire sont allaités jusqu'à l'âge d'au moins six mois, comparativement à 27 % de ceux dont la mère n'a pas obtenu son diplôme d'études secondaires (figure 3.6).
- On observe la même tendance chez les mères qui étaient mariées au moment de la naissance de leur enfant. Ces dernières allaitent dans de plus grandes proportions que celles qui vivent en union libre ou en situation de monoparentalité à la naissance de l'enfant, et ce, peu importe la durée de l'allaitement étudiée (EAM, 2005).

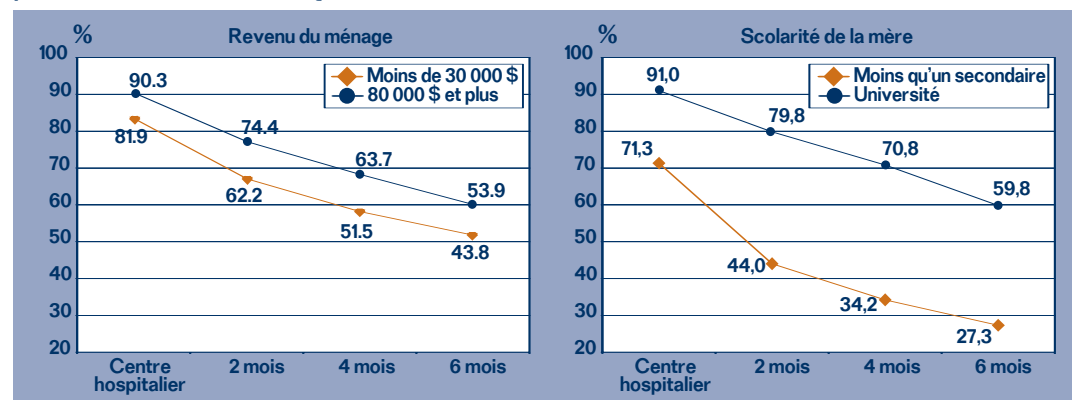
20. Les associations statistiques sont vérifiées à la fois pour l'allaitement total et l'allaitement exclusif. L'allaitement exclusif signifie que l'enfant est nourri avec du lait maternel uniquement (incluant le lait maternel exprimé ou provenant d'une banque de lait); il ne reçoit donc aucun autre liquide ou solide à l'exception de gouttes ou sirops, de vitamines, de minéraux ou de médicaments. Ainsi, le taux d'allaitement exclusif pour les 2 premiers mois de vie de l'enfant signifie que celui-ci n'a reçu que du lait maternel entre la naissance et l'âge de 2 mois.

21. Ici la scolarité est établie selon le plus haut diplôme obtenu.

22. Seule exception : il n'y a pas d'association statistiquement significative entre le taux d'allaitement exclusif à 6 mois et le revenu du ménage.

Figure 3.6

Taux d'allaitement total selon le revenu du ménage et le niveau de scolarité de la mère pour différentes durées, Québec, 2005-2006



Source : Enquête sur l'allaitement maternel, 2005-2006.

- Les données de l'ELDEQ nous indiquent aussi que la proportion d'enfants qui sont allaités pendant au moins 4 mois est plus importante lorsque la position sociale²³ de la famille est élevée (58 % contre 24 %).

La prise du petit déjeuner

- Le déjeuner du matin contribue de façon importante à l'ensemble des apports alimentaires et nutritionnels de la journée. Selon bon nombre d'études, en être privé peut nuire à la concentration, au processus d'apprentissage et au rendement scolaire.

Or, 8 % des enfants de 4 ans ne déjeunent pas tous les matins ; cette proportion est plus élevée chez les enfants vivant dans une situation d'insécurité alimentaire (15 %) et, de façon générale, dans les milieux moins favorisés sur le plan socioéconomique (Desrosiers et al., 2006) (ELDEQ – volet nutrition).

L'activité physique

- Un enfant qui adopte un mode de vie actif permet à son corps de bien se développer, autant sur les plans physique et cognitif qu'émotionnel. Or, beaucoup de jeunes mènent une vie sédentaire, sans activité physique. Ceux-là sont plus nombreux parmi les moins favorisés.

La proportion des jeunes de 12 à 24 ans qui sont sédentaires durant leurs loisirs²⁴ tend à augmenter lorsque le revenu du ménage diminue (ESCC, 2005).

23. Voir l'annexe 2 pour la définition de l'indicateur de position sociale persistante de la famille.

24. La classification retenue pour cet indicateur est basée sur le niveau d'activité physique recommandé selon l'âge (Nolin et Hamel, 2005). Pour la catégorie sédentaire, la fréquence est inférieure à une fois/semaine.

La consommation d'alcool

- Au moment de l'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* (2004), la majorité des adolescents (63 %) de 12 à 17 ans avait consommé de l'alcool durant l'année précédente. Cette proportion et la fréquence de consommation différaient cependant selon la structure familiale des jeunes.
- La proportion de jeunes ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année était plus importante dans les familles monoparentales (71 %) et reconstituées (73 %) que dans les familles biparentales (60 %) (EQJS, 2004).
- La proportion de jeunes ayant une consommation élevée d'alcool²⁵ tend également à être plus élevée parmi les jeunes issus de familles monoparentales ou reconstituées que dans les familles biparentales (EQJS, 2004).

La consommation de tabac

- Les jeunes de 12 à 24 ans fument dans de plus fortes proportions lorsqu'ils vivent dans une famille à revenu inférieur plutôt qu'à revenu supérieur : 21 % contre 10 % (ESCC, 2005).
- Les adolescents de 12 à 17 ans issus de familles monoparentales (14 %) ou reconstituées (13 %) fument aussi dans de plus fortes proportions que ceux provenant de familles biparentales (5 %) (EQJS, 2004).

L'estime de soi

- L'estime de soi — le respect et la valeur que l'on s'accorde à soi-même — est un facteur important qui influence plusieurs aspects de la santé psychologique et du développement des enfants et des adolescents.

L'*Enquête sociale et de santé chez les enfants et les adolescents québécois* de 1999 révèle que chez les jeunes de 13 ans, la proportion de ces adolescents ayant une faible estime de soi est plus importante lorsque le revenu relatif²⁶ du ménage est très faible par opposition aux ménages où le revenu relatif est très élevé (37 % contre 17 %) (ESSEA, 1999).

25. Pour ce groupe d'âge, on définit les jeunes ayant une consommation élevée d'alcool en regroupant ceux qui consomment de l'alcool au moins une fois par semaine (consommateurs réguliers) et ceux qui consomment de l'alcool tous les jours (consommateurs quotidiens) (Dubé et al., 2005).

26. Voir l'annexe 2 pour la définition de revenu relatif.

Les enfants de familles défavorisées sont plus nombreux à ne pas déjeuner, à être sédentaires, à fumer et à boire régulièrement, et à avoir une faible estime d'eux-mêmes.

Les caractéristiques du milieu familial

Puisque les jeunes vivent généralement dans leur famille, les particularités de leurs parents — leurs caractéristiques personnelles, leurs habitudes de vie — peuvent influencer leur santé et leur développement.

Ici aussi, le fait d'appartenir à une famille plus ou moins favorisée fait souvent une différence. Par exemple, les problèmes de santé physique ou mentale qu'éprouvent leurs parents, ou le stress et l'insécurité qu'ils vivent dans leur travail peuvent avoir des répercussions sur les relations familiales ou sur la santé des enfants.

La perception de l'état de santé physique chez les parents

- La proportion de parents qui considèrent leur santé physique passable ou mauvaise est nettement plus élevée dans les familles où le revenu du ménage est inférieur en comparaison des ménages où le revenu est supérieur : 10 % contre 3 % (ESCC, 2005).

La consommation de tabac chez les parents et la présence de fumée secondaire dans le ménage

La fumée de tabac ambiante compte parmi les plus importantes sources de contamination de l'air auxquelles les enfants et les jeunes peuvent être exposés si leurs parents fument.

- La proportion de ménages où il y a au moins un parent fumeur est plus élevée dans les familles monoparentales (42 %) ou reconstituées (47 %) que dans les familles biparentales (33 %); cet écart est d'autant plus frappant qu'une famille monoparentale ne compte par définition qu'un seul parent (EQJS, 2004).
- La proportion d'enfants exposés à la fumée secondaire à la maison est aussi plus importante dans les familles dont le revenu est inférieur par comparaison aux familles à revenu supérieur : 38 % contre 17 % (ESCC, 2005).

La consommation de tabac durant la grossesse

- Les mères les moins favorisées économiquement (disposant d'un revenu de ménage de moins de 30 000 \$) sont plus nombreuses à avoir fumé durant leur grossesse que celles des milieux les plus aisés (avec un revenu de ménage de 80 000 \$ et plus) : 28 % contre 6 % (EAM, 2005).
- Les mères monoparentales à la naissance de leur enfant ont également fumé durant leur grossesse dans une plus forte proportion (41 %) que les mères qui, au même moment, étaient mariées (6 %) ou vivaient en union libre (23 %) (EAM, 2005).

La consommation d'alcool durant la grossesse

- Par ailleurs, les femmes dont le revenu du ménage était élevé (80 000 \$ et plus) ont consommé de l'alcool durant leur grossesse dans de plus grandes proportions (44 %) que celles des milieux les moins aisés (moins de 30 000 \$), soit 26 % (EAM, 2005).

La consommation d'alcool chez les parents

- La proportion de parents qui consomment régulièrement de l'alcool est plus grande lorsque l'indice de revenu relatif du ménage est très élevé, par opposition à l'indice très faible : 55 % contre 16 %²⁷ (ESSEA, 1999).

Le stress parental

- Par ailleurs, la prévalence du stress parental varie selon le degré de scolarité de la mère. Plus celle-ci est faible, plus le stress est élevé : formation secondaire ou moins, 32 % ; formation collégiale, 29 % ; formation universitaire, 23 % (EVF, 2004).

La détresse psychologique chez les parents

- La proportion de parents qui souffrent de détresse psychologique²⁸ est également plus importante dans les familles où le revenu du ménage est inférieur en comparaison des familles à revenu supérieur : 10 % contre 3 % (ESCC, 2005).

27. Selon les entrevues réalisées auprès d'enfants âgés de 9 ans.

28. Correspond à la catégorie « probable » de l'échelle de mesure de risque de détresse psychologique. Le score obtenu par le répondant est de 10 et plus sur une échelle variant entre 0 et 24.

- Les parents célibataires sont par ailleurs les plus vulnérables. Ils sont plus nombreux à éprouver de la détresse (13 %) que les parents qui sont mariés (4 %), en union libre (4 %), veufs, séparés ou divorcés (7 %) (ESCC 2005).

La dépression chez les parents

- La proportion de parents ayant vécu un épisode dépressif majeur²⁹ est plus importante dans les familles où le revenu du ménage était inférieur en comparaison des familles à revenu supérieur : 11 % contre 5 % (ESCC, 2005).
- Les parents célibataires sont aussi plus nombreux à avoir vécu un tel épisode (22 %) que les parents mariés (5 %), en union libre (5 %), veufs, séparés ou divorcés (10 %) (ESCC, 2005).

Les idées suicidaires chez les parents

- Les parents célibataires y échappent moins que les autres. Ils ont eu des idées suicidaires au cours de leur vie dans une proportion plus élevée (21 %) que les parents qui sont mariés (9 %), en union libre (13 %), veufs, séparés ou divorcés (16 %) (ESCC, 2005).

L'insécurité d'emploi chez les parents

- Les parents vivant dans un ménage où le revenu est inférieur sont proportionnellement plus nombreux à obtenir le classement le plus élevé à l'échelle d'insécurité d'emploi³⁰ en comparaison des parents ayant un revenu supérieur : 14 % contre 4 % (ESCC, 2005).

Le soutien social entre les membres de la famille

- D'autres données indiquent que la proportion d'enfants de 13 ans déclarant ne pas avoir de soutien social de leur père tend à augmenter lorsque le niveau de scolarité des parents diminue. Ces différences n'apparaissent pas en ce qui concerne les autres membres de la famille (mère, fratrie, autres) (ESSEA, 1999).

29. Selon le seuil établi par l'Institut de la statistique du Québec.

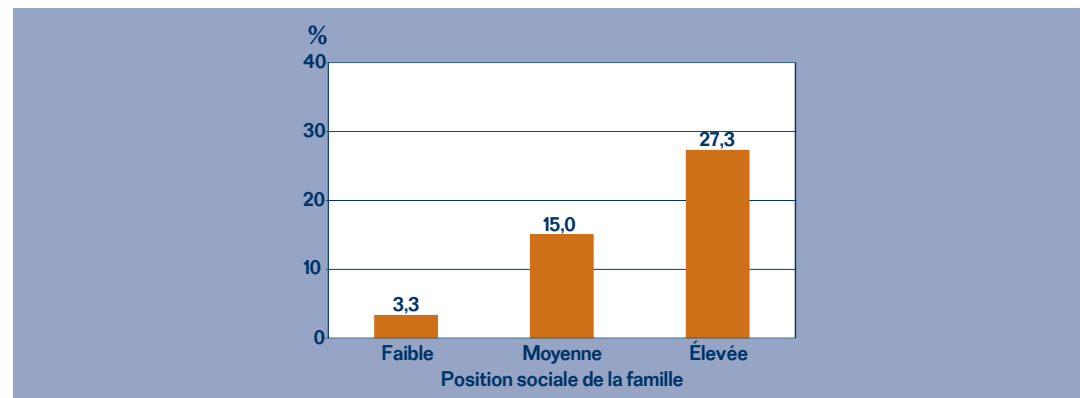
30. La variable d'insécurité d'emploi est mesurée par une question à l'aide de laquelle le répondant évalue lui-même si sa sécurité d'emploi est bonne.

La fréquentation des services de garde

- Les enfants vivant dans une famille où les parents sont moins scolarisés ou disposent de revenus moins élevés sont moins nombreux à fréquenter la garderie³¹ de façon continue entre 17 mois et 6 ans que les enfants plus favorisés sur le plan socioéconomique : 3 % contre 27 % (ELDEQ).

Figure 3.7

Proportion d'enfants qui ont fréquenté la garderie de façon continue entre 17 mois et 6 ans selon la position sociale de la famille, Québec, 1998-2004



Source : Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, 1998-2004.

Les parents défavorisés souffrent plus souvent d'insécurité sur le plan de l'emploi et vivent plus de stress parental. Ils sont plus nombreux à souffrir de détresse psychologique, à vivre des épisodes de dépression sévère et à avoir déjà songé au suicide.

Les caractéristiques de la communauté

Le soutien reçu par les parents dans l'exercice de leur rôle favorise le développement des enfants autant qu'un soutien social déficient peut être préjudiciable à toute la famille.

Participer à la vie de sa communauté, entretenir à l'égard de son milieu un fort sentiment d'appartenance, bénéficier de l'appui de ses professeurs, avoir une bonne perception du quartier où l'on habite, cela aussi a à voir avec la santé et le bien-être.

31. Les questions de l'enquête ne permettent pas toujours de préciser si le service de garde utilisé est un service subventionné et encadré par les centres de la petite enfance. Le terme « garderie » est celui utilisé dans le questionnaire de l'enquête.

Comment les parents se situent-ils sur chacun de ces plans selon qu'ils sont plus ou moins favorisés économiquement ?

Le sentiment d'appartenance à la communauté locale chez les parents

- La proportion de parents ayant un très faible sentiment d'appartenance à la communauté locale est plus importante dans les familles où le niveau socioéconomique (revenu familial et scolarité) est moins élevé par opposition aux parents de niveau socioéconomique plus élevé. Par exemple, 18 % des parents dont le revenu est inférieur ont un très faible sentiment d'appartenance à la communauté locale comparativement à 8 % des parents dont le revenu est supérieur (ESCC, 2005).

Le soutien social aux parents et aux jeunes

- La proportion de parents qui considèrent avoir un faible soutien social³² est plus grande dans les familles où le revenu du ménage est inférieur par opposition aux familles disposant d'un revenu supérieur : 28 % contre 9 % (ESCC, 2005). Nous verrons à la section 3.7 que ce facteur joue un rôle protecteur important pour la santé des enfants.
- La proportion d'adolescents et de jeunes adultes de 12 à 24 ans estimant disposer d'un faible soutien social diminue pour sa part lorsque le niveau de scolarité des parents augmente : de 17 % chez ceux dont les parents n'ont pas terminé leurs études secondaires à 7 % chez ceux dont les parents possèdent un diplôme d'études postsecondaires (ESCC, 2005).

Tableau 3.1

Proportion de jeunes de 12 à 24 ans et de parents considérant avoir un faible soutien social selon le revenu du ménage, Québec, 2005

		Revenu inférieur	Revenu moyen	Revenu moyen/supérieur	Revenu supérieur
Jeunes	12-24 ans	*16,1	9,2	8,7	*7,0
Parents	—	27,6	19,7	12,5	8,8

* Précision passable, coefficient de variation entre 15 % et 25 %, interpréter avec prudence.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, 2005.

32. Il s'agit du niveau de soutien émotionnel et informationnel déclaré à partir des réponses aux questions demandant aux gens à quelle fréquence ils bénéficient de certains types de soutien dans diverses circonstances.

La proportion des enfants qui déclarent ne recevoir aucun soutien de leur professeur est plus élevée chez ceux dont les parents sont moins scolarisés.

Le soutien social du professeur à l'enfant

- Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé chez les enfants et les adolescents québécois* permettent d'établir une association entre le soutien fourni par les professeurs aux enfants et la scolarité de leurs parents. La proportion d'enfants de 9 ans déclarant ne recevoir aucun soutien de leur professeur tend à augmenter quand la scolarité des parents diminue (ESSEA, 1999).

La satisfaction et la perception du quartier

- Enfin, la proportion de parents qui se disent insatisfaits ou très insatisfaits de leur quartier est plus importante dans les familles dont le revenu est inférieur que dans celles où le revenu est supérieur : 11 % contre 3 % (ESCC, 2005).
- La proportion des jeunes de 12 à 24 ans qui se disent insatisfaits ou très insatisfaits de leur quartier varie selon que les adolescents et les jeunes adultes appartiennent à une famille dont le revenu est de moins de 30 000 \$ ou plutôt de 80 000 \$ et plus : 11 % contre 5 % (ESCC, 2005).

Les effets de l'environnement local

Certaines caractéristiques du milieu local (quartier, voisinage), là où se concentrent les populations plus défavorisées, peuvent exercer une influence défavorable, notamment sur la santé des enfants.

L'environnement des enfants — qu'il s'agisse de l'air qu'ils respirent, des rues qu'ils traversent ou des parcs où ils s'amusent — peut être sain, sécuritaire et stimulant ou, au contraire, être pollué, hostile et inhospitalier. Le tissu social du milieu a aussi une grande importance.

L'exposition à la pollution

- Des logements insalubres, affectés par les moisissures ou d'autres facteurs nocifs peuvent accroître les problèmes respiratoires chez les enfants (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007).

- L'asthme et les problèmes respiratoires sont aussi en interaction avec les caractéristiques sociales du quartier. Par exemple, la présence accrue de criminalité et d'incivilités rend l'environnement plus hostile, ce qui incite moins les parents à sortir pour marcher et prendre l'air avec leur enfant. Ce contexte, lorsque la qualité du logement et de l'air intérieur est douteuse, peut favoriser les problèmes respiratoires (voir Wright, dans Kawachi et Berkman, 2003).

Les enfants pauvres sont plus exposés aux effets de la pollution de l'environnement.

- L'exposition chronique à la pollution atmosphérique nuit au développement de la fonction pulmonaire chez l'enfant et est reliée à l'asthme, à d'autres maladies respiratoires et à la mortalité infantile (Institut canadien de la santé infantile, 1997). La pollution pourrait aussi affecter le système immunitaire et contribuer à l'apparition de certains cancers (Thouez, 2005). À Montréal, par exemple, on observe des taux d'hospitalisation élevés pour asthme pédiatrique dans cinq quartiers, tous défavorisés sur le plan socioéconomique (Agence de santé et de services sociaux de Montréal, 2007).

La sécurité des rues

- La majorité des enfants vivent dans un quartier sécuritaire, mais les enfants des milieux défavorisés n'ont pas tous cette chance.

La fréquence des accidents chez les enfants habitant des centres-villes tient à de nombreux facteurs tels que l'exiguïté des rues, la circulation automobile dense et à vitesse élevée, la présence de commerces et de lieux de travail à proximité et l'absence de trottoirs et de pistes cyclables séparées de la chaussée³³.

Au Québec, les jeunes piétons et cyclistes résidant en milieux défavorisés affichent, comme nous l'avons vu, des taux d'hospitalisation pour traumatismes sévères nettement plus élevés que leurs semblables résidant en milieux favorisés (Gagné, 2006).

L'accès aux jeux de loterie vidéo

- Une étude, réalisée à Montréal et Laval (Ross et al., 2007), a montré que la concentration de lieux où des appareils de loterie vidéo sont accessibles est significativement plus forte dans les quartiers défavorisés sur le plan socioéconomique.

33. Voir à ce sujet Hunt, 1998 ; Morency et Cloutier, 2006 ; Haynes et al., 2003 ; Reading et al., 1999 ; Towner et al., 2005 ; Hesketh et al., 2005.

Selon cette étude, près de 50 % des écoles secondaires sont situées à moins de 500 mètres d'un lieu où des appareils de loterie vidéo sont accessibles.

La qualité des parcs et des équipements de jeu

- Une étude montréalaise (Coen et Ross, 2006) montre que la qualité des parcs varie selon le statut socioéconomique du quartier. En milieux défavorisés, on trouve plus d'incivilités (graffitis), peu d'équipements pour l'exercice et un environnement peu invitant ; on note par exemple, la présence d'industries et de routes à voies multiples à proximité qui peuvent en décourager la fréquentation.

D'autres études ont montré que les appareils de jeu responsables de blessures chez les jeunes de Montréal étaient plus souvent non conformes aux normes dans les milieux moins avantageux (Robitaille, 2001).

L'accessibilité à des aliments sains

- À Montréal, 40 % de la population qui réside dans la partie centrale et urbaine de l'île n'a pas accès à des fruits et des légumes à courte distance de marche de son domicile ; plusieurs îlots défavorisés en particulier sont mal servis à cet égard (Bertrand et al., 2006).

À l'échelle canadienne, le faible niveau socioéconomique du quartier a été mis en relation avec la forte densité d'établissements de restauration rapide et avec le coût élevé des aliments (Raine, 2004).

La qualité des services de garde

- La qualité³⁴ des services de garde éducatifs est généralement supérieure dans les milieux plus favorisés. Une enquête, menée au Québec en 2003, a montré qu'un taux d'activité élevé (un faible taux de chômage) dans un secteur va de pair avec

La qualité des services de garde, des parcs et des équipements de jeu est bien souvent inférieure dans les milieux où se concentrent les familles défavorisées.

34. Dans le cadre de cette étude, la qualité se définit d'abord du point de vue de l'enfant. Il s'agit de l'expérience quotidienne des enfants en services de garde éducatifs. 1) Une expérience de garde de qualité est une expérience qui favorise le développement global de l'enfant, c'est-à-dire l'ensemble des dimensions physique, motrice, intellectuelle, langagière, socioaffective et morale du développement du jeune enfant. 2) Le programme éducatif des centres de la petite enfance (CPE), est le fondement de la définition de la qualité retenue. 3) La qualité des interactions entre l'éducatrice ou la responsable du service de garde en milieu familial et les parents, en plus de la qualité de l'expérience quotidienne des enfants, font partie intégrante de la définition de la qualité retenue, conformément au programme éducatif (Drouin et al., 2004).

une plus grande qualité des installations préscolaires, des garderies pour enfants d'âge préscolaire et des garderies pour les poupons. Les services offerts aux poupons en garderie sont évalués plus favorablement lorsque la proportion de la population en emploi parmi les résidants du secteur est égale ou supérieure à 55 % (EGQ, 2003).

3.6 L'utilisation des services de santé par les enfants et les adolescents

L'écart observé dans l'utilisation des services de santé entre les enfants de niveau socioéconomique différent peut être à la fois révélateur de besoins plus grands et de l'inégalité d'accès aux professionnels de la santé. Ces disparités soulignent la nécessité de s'interroger quant à leurs causes précises et aux moyens à prendre pour y remédier.

La consultation d'un omnipraticien

- Entre 2000 et 2002, environ 68 % des jeunes de moins de 18 ans ont consulté un omnipraticien. Ce pourcentage varie peu entre les garçons et les filles. Les jeunes des milieux défavorisés ont cependant consulté davantage que les jeunes des milieux favorisés (74 % contre 64 %) (Données sur les services médicaux rendus à l'acte — RAMQ)³⁵.

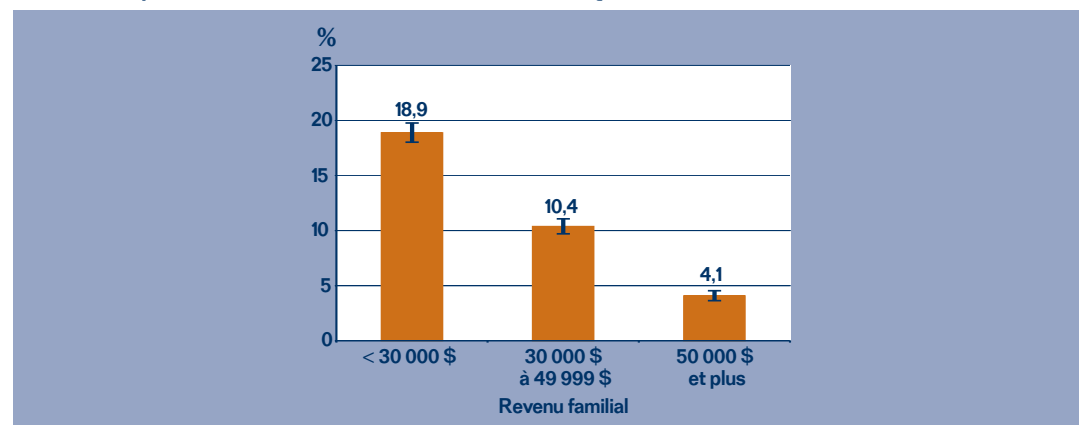
La consultation d'un dentiste

- Malgré que la plupart des services dentaires sont gratuits pour les enfants de moins de dix ans, les données des différentes enquêtes portant sur la santé buccodentaire démontrent, entre autres, que les enfants défavorisés utilisent moins de soins dentaires que les plus favorisés. Ainsi, la proportion d'enfants âgés entre 5 et 8 ans dont la dernière visite chez le dentiste remonte à plus d'un an est beaucoup plus importante dans les familles à faible revenu (moins de 30 000 \$) comparativement aux enfants vivant dans une famille plus favorisée (80 000 \$ et plus) : 19 % contre 4 % (ESD, 1998-1999).

35. Analyses effectuées par l'INSPQ à partir de compilations spéciales préparées par la RAMQ avec les données sur les services médicaux rendus à l'acte, pour les enfants au sujet desquels un code postal à six positions était disponible.

Figure 3.8

Proportion d'enfants âgés entre 5 et 8 ans dont la dernière visite chez le dentiste remonte à plus d'un an selon le revenu familial, Québec, 1998-1999



Source : Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans.

- Entre 2000 et 2002, environ 50 % des enfants de moins de 10 ans ont consulté un dentiste sans que l'on observe, ici aussi, de variations significatives entre les garçons et les filles. Les enfants de milieux favorisés ont cependant consulté davantage que les jeunes du même âge de milieux défavorisés (56 % contre 43 %), ce qui représente un écart de l'ordre de 30 % (Données sur les services médicaux rendus à l'acte — RAMQ).

Les examens de la vue

- Environ 20 % des jeunes âgés entre 0 et 17 ans ont subi un examen de la vue entre 2000 et 2002 ; ce pourcentage est légèrement plus élevé chez les filles que chez les garçons (22 % contre 18 %). Comme pour les services dentaires, les jeunes de milieu favorisé ont subi cet examen plus fréquemment que les jeunes de milieux défavorisés (23 % contre 17 %), ce qui représente un écart de l'ordre de 38 % (Données sur les services médicaux rendus à l'acte — RAMQ).

Les jeunes de milieux défavorisés consultent plus souvent les médecins que le font les jeunes des milieux plus favorisés. Ceux-ci, par ailleurs, consultent davantage les dentistes et les spécialistes de la vue.

3.7 Déjouer la pauvreté : des facteurs qui peuvent faire la différence

L'évaluation de certains programmes de stimulation précoce et d'éducation préscolaire en milieu défavorisé, jointe aux connaissances internationales issues d'études longitudinales de même qu'à celles, plus récentes, émanant de l'importante *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ, 1998-2002) font espérer que l'on puisse réduire encore davantage les inégalités sociales de santé.

Si les conséquences des inégalités sociales et économiques chez les enfants se font généralement sentir jusqu'à l'âge adulte, une intervention appropriée dès les premières années de la vie peut, elle aussi, faire sentir ses effets bénéfiques longtemps plus tard (Paquet et Hamel, 2003 ; Paquet, 2005).

Des travaux récents de l'Institut national de santé publique du Québec ont été réalisés à partir des données de l'ELDEQ sur des enfants suivis de l'âge de 5 mois jusqu'à l'âge de 6 ans (Paquet et al., 2006). Ces travaux permettent, en effet, de déceler des facteurs qui pourraient diminuer l'inégalité sociale des jeunes enfants devant la santé. C'est le cas en particulier de l'allaitement maternel pendant les quatre premiers mois de la vie, de la fréquentation des services de garde en bas âge (à 18 mois ou à 29 mois) et de la présence d'un bon soutien social aux parents.

Voyons quelques résultats observés se rapportant à ces facteurs de protection, sur lesquels il est possible d'agir pour améliorer la santé des enfants les plus défavorisés. L'influence de ces facteurs est illustrée notamment au regard des hospitalisations, des retards de langage et de l'hyperactivité/l'inattention chez les jeunes enfants. Tous les résultats présentés dans cette section proviennent des analyses de Paquet et al. (2006) sur les enfants.

L'effet protecteur de l'allaitement maternel

Les enfants ayant vécu dans une famille de faible position sociale de façon persistante, de la naissance à l'âge de 6 ans, ont une probabilité d'environ 37 % plus élevée d'avoir passé au moins une nuit à l'hôpital. Certains facteurs contribuent à diminuer cette probabilité : par exemple, le fait d'être né à terme, de vivre dans une famille biparentale ou d'avoir une mère âgée de plus de 25 ans à la naissance. Or, en étudiant l'effet respectif de ces différents facteurs, on constate que chez les enfants qui ont été allaités au moins quatre mois, la position sociale de la famille dans laquelle vit l'enfant n'a plus d'effet sur la probabilité d'avoir séjourné au moins une nuit à l'hôpital depuis sa naissance. Autrement dit, l'influence de la position sociale ne joue plus chez les enfants qui ont été allaités au moins quatre mois (voir figure A.5 à l'annexe 4). Ainsi, l'allaitement maternel semble protéger les enfants qui vivent au bas de l'échelle sociale quant aux probabilités élevées d'hospitalisation qui caractérisent ce groupe.

Un autre exemple de cet effet protecteur est observé au regard des problèmes d'hyperactivité et d'inattention. Les enfants âgés de 6 ans ayant vécu de façon persistante dans une famille de faible position sociale sont proportionnellement plus nombreux à présenter des comportements d'hyperactivité et d'inattention selon la perception de leur mère. Mais cette association n'est plus significative quand on neutralise l'effet de certains autres facteurs.

Parmi les facteurs qui sont associés à une diminution des risques d'observer ces comportements, on retrouve par exemple le fait d'être né à terme, d'avoir une mère qui était âgée de 25 ans ou plus à la naissance, de vivre dans une famille dans laquelle il y a peu de pratiques parentales coercitives, de passer moins d'heures devant la télévision. L'étude de ces effets a permis de constater que, chez les enfants ayant été allaités pendant au moins quatre mois, la position sociale de la famille ne joue plus. Peu importe l'appartenance sociale de l'enfant, les probabilités d'être perçu comme hyperactif-inattentif sont plus faibles chez les enfants qui ont bénéficié de l'allaitement maternel durant leurs quatre premiers mois de vie.

L'allaitement maternel semble aussi jouer un rôle positif, peu importe la position sociale de la famille, au regard du développement des habiletés de langage. Ce facteur diminue le risque général de présenter un niveau d'habiletés langagières faible à l'âge de 6 ans.

La fréquentation précoce de services de garde

La probabilité d'avoir de faibles habiletés de langage d'après leur enseignant est environ 55 % plus forte chez les enfants vivant dans une famille de faible position sociale, même après avoir tenu compte d'un ensemble d'autres facteurs. Mais cet écart s'atténue grandement chez les enfants qui ont fréquenté des services de garde³⁶ en bas âge (figure A.6 à l'annexe 4). En effet, chez les enfants qui sont allés à la garderie dès l'âge de 18 mois ou de 29 mois, la position sociale de la famille ne semble plus jouer sur les habiletés langagières.

On observe par ailleurs que les enfants vivant dans des familles de faible position sociale persistante ont un risque cinq fois plus élevé de ne jamais avoir été vus par un dentiste à l'âge de 6 ans, même après avoir pris en compte l'effet de différents autres facteurs. Bien qu'aucun facteur ne semble être en mesure de déjouer cette association, on observe néanmoins que la fréquentation des services de garde contribue à réduire ce risque pour l'ensemble des enfants.

36. Les données de l'enquête ne permettent pas de déterminer si les services de garde utilisés sont des CPE ou s'ils sont supervisés par un CPE.

Le soutien social aux parents

Les données recueillies depuis la mise en place de l'ELDEQ indiquent que le niveau de soutien social dont disposent les parents est un autre facteur de protection important pour réduire les écarts entre les enfants vivant dans des familles au bas de l'échelle sociale et ceux qui sont plus favorisés.

Cet effet protecteur s'observe, par exemple, sur les difficultés de comportement. On constate que le lien entre la position sociale et les comportements hyperactifs et d'inattention se dissipe chez les enfants dont les parents ont reçu un bon soutien social depuis la naissance de l'enfant.

Ajoutons que les enfants dont les parents ont reçu un bon soutien social de façon précoce (à 18 ou 29 mois) présentent une probabilité plus grande d'avoir un niveau supérieur d'habiletés langagières, tel qu'évalué par l'enseignant à l'âge de six ans, peu importe leur niveau socioéconomique.

La sécurité du quartier

Parmi les facteurs dont l'influence sur le développement des enfants est mise en lumière par les données de l'ELDEQ, on retrouve également une caractéristique du voisinage moins répandue parmi les enfants défavorisés. On observe en effet que dans les familles qui perçoivent leur quartier comme étant sécuritaire, les enfants courent un risque moins grand de présenter de faibles habiletés de langage, indépendamment de leur niveau socioéconomique. La perception du quartier comme étant sécuritaire réduit aussi, pour toutes les catégories sociales, la probabilité de présenter des comportements hyperactifs-inattentifs. Ces résultats viennent appuyer la pertinence des actions entreprises à l'échelle locale qui visent l'amélioration de l'environnement physique et social dans lequel vivent les familles défavorisées.

La connaissance de certains facteurs dits protecteurs peut favoriser l'égalité des chances de réussite et permettre de déjouer l'influence néfaste de la pauvreté sur la santé et le développement des enfants.

Bref, on pourrait contrer ou atténuer les écarts de santé liés à une faible position sociale chez les jeunes enfants en agissant sur certains facteurs ; plus spécifiquement, dans les cas que nous venons de voir, en favorisant l'allaitement maternel pendant les premiers mois de la vie, la fréquentation des services de garde de qualité en bas âge, un bon soutien social aux parents et un milieu local favorable. Il importe enfin de mentionner que les analyses des données de l'ELDEQ révèlent l'absence de facteurs en mesure de déjouer complètement le lien étroit observé entre le fait de vivre sa petite enfance dans une famille au bas de l'échelle sociale et le risque accru d'embonpoint ou de n'être jamais allé chez le dentiste au moment d'entrer à l'école (données non présentées).

En terminant : un rappel de l'effet cumulatif de tous ces facteurs

Voilà beaucoup de chiffres qui renvoient à beaucoup d'éléments. Avec le risque qu'en présentant ainsi les problèmes isolément les uns des autres, ces statistiques reflètent une image tronquée de la réalité. Car dans les faits, bien des jeunes défavorisés vivent simultanément plusieurs de ces difficultés et leurs effets se cumulent au fil des années. De nombreux facteurs de risque s'influencent et agissent en synergie, augmentant du même coup la probabilité que ces jeunes connaissent un jour ou l'autre des problèmes majeurs.

L'exposition cumulative aux environnements et aux influences dommageables de tous ordres demeure le principal présage du mauvais état de santé physique et psychologique des enfants et des adolescents.

Les enfants pauvres sont plus nombreux à présenter très tôt des problèmes de développement qui mèneront très souvent d'abord à des retards, puis à l'abandon scolaire. Ceux-là seront, en plus grand nombre, exposés à l'exclusion sociale et à l'isolement, à la marginalisation et à la dépendance.

Bref, les enfants issus de milieux défavorisés partent perdants et, trop souvent, le demeurent. Voilà pourquoi il faut agir à la source, intervenir tôt, avec intensité.

En guise de conclusion : le chemin qu'il nous reste à faire

L'intention de ce rapport est de montrer les graves répercussions de la pauvreté sur la santé et le développement des jeunes Québécoises et des jeunes Québécois dans l'espoir d'encore mieux mobiliser les énergies de ceux et celles qui se soucient d'offrir à tous les adultes de demain un avenir meilleur.

Il n'y a pas, bien entendu, de jeunes pauvres sans familles pauvres. Pourquoi donc s'être intéressé, d'abord, aux conséquences de la pauvreté sur la santé des jeunes ? Il y a certainement lieu de s'intéresser aux inégalités sociales et de santé chez les adultes ou les personnes âgées, puisqu'elles ne sont pas moins préoccupantes, mais la pauvreté et ses conséquences chez les jeunes interpellent au plus haut point les responsables de la santé publique dans la mesure où les conditions du développement de l'enfant et de l'adolescent déterminent généralement leur santé à l'âge adulte. Lorsqu'elle touche les enfants et les adolescents, la pauvreté est souvent très tôt associée à des problèmes de santé et à des retards dans le développement, à des problèmes émotionnels et de comportement, et à des performances scolaires moins bonnes. Ils sont, à l'âge adulte, davantage exposés à des problèmes de santé et à une mort précoce. Bref, parce que la pauvreté hypothèque lourdement leur vie présente et future, la réduction des inégalités sociales face à la santé, chez les jeunes, représente un enjeu majeur dans une perspective de prévention.

S'employer à combattre la pauvreté des enfants sert en même temps, bien entendu, l'intérêt de toute la société. Il revient à l'État de protéger les plus démunis et de prévoir l'avenir : les enfants sont l'un et l'autre. Ils sont la pierre angulaire d'une société durable et en santé. L'ensemble des Québécoises et des Québécois, sans doute, souhaitent eux aussi que nous demeurions « riches de tous nos enfants ».

Les coûts de la pauvreté

Il existe heureusement un large consensus sur la nécessité de venir à bout de la pauvreté et de ses conséquences. Les inégalités face à la santé sont reconnues depuis plusieurs décennies par la plupart des pays comme un problème auquel il est nécessaire de s'attaquer.

Les sociétés socialement avancées refusent de considérer les inégalités comme une fatalité et mettent en œuvre des stratégies efficaces pour en venir à bout. Elles estiment que les différences dans l'état de santé des divers groupes de population en fonction du revenu, du sexe, du statut matrimonial ou de l'origine ethnique sont inacceptables parce qu'elles sont injustes et, de plus, évitables. Cette position a été signifiée pour la première fois à l'échelle internationale dans la Déclaration d'Alma Ata qui énonce que « Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples [...] sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables. » (*Conférence internationale d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, 1978*).

La pauvreté et les inégalités face à la santé qu'elle entraîne coûtent en effet très cher aux personnes qui en sont victimes, mais aussi à la société. En termes économiques, financiers et sociaux, les conséquences de la pauvreté qui dure sont considérables. Elles se traduisent sur le plan économique en une immense perte de productivité qui, sans cela, pourrait être mise à profit pour l'ensemble de la société (Dahlgren et Whitehead, 1992). Les coûts financiers de la pauvreté, qui se rattachent à l'ensemble des déboursés et des coûts administratifs des programmes de transferts administrés par l'État, sont eux aussi très importants. Sur le plan social, son prix est encore plus élevé, même s'il est impossible de chiffrer ce qu'expriment la perte de dignité et l'absence d'espoir, une santé physique détériorée, une santé psychologique fragile, la division sociale et la menace à la paix sociale.

Malgré la difficulté de l'entreprise, certaines estimations de coûts ont tout de même été effectuées.

En tenant compte uniquement des conséquences prévisibles sur les revenus futurs de ces enfants, sur le taux de criminalité plus élevé et sur le mauvais état de santé qu'ils auront plus tard au cours de leur vie, on a estimé aux États-Unis que la pauvreté des enfants coûte chaque année au moins 500 milliards de dollars (US), l'équivalent de 4 % du P.N.B. (Holzer *et al.*, 2007). Les conséquences économiques de la pauvreté dans les pays de l'Union européenne se traduisent par 20 % du coût total des soins de santé, en plus des coûts en assistance sociale et des pertes mesurables sur le plan de la productivité et du P.N.B. (Mackenbach *et al.*, 2005). Au Canada, un rapport produit conjointement par les gouvernements fédéral et provinciaux estime lui aussi à 20 % les dépenses totales en soins de santé qui peuvent être attribuables aux disparités sur le plan du revenu. Ce document conclut qu'« en plus d'imposer le fardeau de la maladie aux personnes qui sont déjà défavorisées, les disparités en santé menacent la cohésion des communautés et de la société, ébranlent la viabilité du système de santé et ont un impact sur l'économie. » (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, 2004)

Une lutte bien engagée

Dans le dernier rapport publié par l'Unicef sur le bien-être des enfants dans les pays riches (Unicef, 2007), le Canada figure au 15^e rang des pays de l'OCDE pour le taux de pauvreté relative des enfants de moins de 18 ans. Après avoir indiqué qu'au cours des dernières années la pauvreté des enfants a augmenté dans dix-sept des vingt-quatre pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, le rapport de l'Unicef conclut que la Norvège (Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007) est le seul pays de l'OCDE où la pauvreté des enfants peut être définie comme très faible et en baisse et il suggère que tous les pays de l'OCDE pourraient envisager avec réalisme de porter à moins de 10 % les taux de pauvreté relative des enfants. Les pays qui y sont déjà arrivés pourraient se donner pour nouvel objectif de rattraper les quatre pays nordiques (le Danemark, la Finlande, la Norvège et la Suède) en portant eux aussi le taux de pauvreté des enfants à moins de 5 %.

L'exemple de la Norvège

Malgré ses grands succès en matière de lutte à la pauvreté, la Norvège cherche à réduire encore davantage les inégalités sociales de santé qui perdurent et vient d'adopter une stratégie nationale (Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007) qui énonce que son principal but ne sera pas, désormais, d'améliorer davantage l'état de santé des personnes qui sont déjà en bonne santé, mais d'amener le reste de la population au même niveau que ceux-ci, sur un horizon de dix ans.

Cette stratégie comporte des objectifs précis touchant à la réduction de la pauvreté, aux conditions de vie et de développement des enfants, aux conditions et aux environnements de travail, à la réduction des écarts dans les comportements de santé et dans l'accès aux services de santé, ainsi que des initiatives ciblées pour promouvoir l'inclusion sociale et améliorer les conditions de vie des groupes les plus démunis.

L'OMS-Europe (Crombie *et al.*, 2005) a publié à son tour une analyse des politiques publiques de treize pays¹, incluant le Canada et les États-Unis, se rapportant aux inégalités de santé et décrivant les différentes approches utilisées pour s'y attaquer. Il en ressort que la complexité des causes des inégalités de santé exige absolument des actions multisectorielles pour s'attaquer aux facteurs tels que le revenu et l'éducation ainsi qu'à l'environnement physique et social, en même temps que d'autres actions s'adressent aux comportements individuels et à l'accessibilité aux soins de santé. Malgré leur caractère indispensable, les interventions qui se limitent à influencer les comportements individuels, bien que nécessaires, seront toujours insuffisantes, puisqu'elles n'agissent pas sur les facteurs macro-environnementaux.

Au Canada, parmi d'autres initiatives récentes sur le sujet², le Conseil national du bien-être social, qui a pour mandat de conseiller le gouvernement canadien sur les questions relatives à la pauvreté et à la politique sociale canadienne, analyse dans sa dernière publication (Conseil national du bien-être social, 2007) les stratégies antipauvreté adoptées au Canada et dans d'autres pays et regroupements internationaux : Union européenne, Suède, Royaume-Uni, Irlande, Nouvelle-Zélande, Nations Unies. En ce qui a trait au Québec, la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, adoptée en 2002, y est décrite comme « un outil très précis, comportant des structures intégrées de reddition de comptes pouvant assurer la

1. Les treize pays étudiés sont les suivants : Angleterre, Australie, Canada, Danemark, Écosse, États-Unis, Finlande, Pays de Galles, Irlande, Irlande du Nord, Norvège, Nouvelle-Zélande et Suède.

2. Voir la revue de la recherche de l'Institut canadien d'information sur la santé au sujet des stratégies politiques publiques conçues pour atténuer les répercussions de la pauvreté sur la santé (Ross, 2003) et le compte-rendu de la Conférence nationale tenue sous l'égide de Santé Canada à l'Université York en 2002 sous le thème « Social Determinants of Health across the Lifespan: A Current Accounting and Policy Implications » (Raphael *et al.*, 2004).

stabilité et l'orientation à long terme nécessaires pour résister aux changements de gouvernement » (Conseil national du bien-être social, 2007). Cette analyse souligne l'objectif fixé dans cette loi, à l'effet que le Québec atteigne les niveaux les plus bas de pauvreté parmi les pays industrialisés d'ici 2013.

Le Québec compte parmi les provinces canadiennes où le problème de la pauvreté est abordé avec le plus d'efficacité au moyen d'un ensemble d'instruments légaux, de politiques et de programmes publics, assortis de mécanismes par lesquels la population, les communautés et les organismes préoccupés par la pauvreté ont la possibilité d'apporter leur contribution et leur point de vue. La coalition Campagne 2000, un regroupement pancanadien dont fait partie le Conseil canadien de développement social, a salué le fait que « le Québec est le seul endroit où le taux de pauvreté infantile diminue constamment depuis 1997 » (*Campagne 2000*, 2006).

Dans les comparaisons internationales, le Québec figure aussi assez bien, comparativement aux États-Unis et à d'autres pays latins et anglo-saxons, mais il a encore des progrès à faire pour égaler la performance de certains pays européens sur le plan de la pauvreté des enfants (Bernard et Raïq, 2007 ; Makdissi et Audet, 2007).

La Loi québécoise contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Le Québec est l'un des premiers États au monde à s'être doté d'une loi et d'une stratégie nationale de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, assorties d'un plan d'action gouvernemental.

La Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale guide l'action gouvernementale et engage l'ensemble de la société québécoise dans ce défi de faire du Québec, sur un horizon de dix ans, l'une des nations industrialisées où l'on compte le moins de personnes vivant dans la pauvreté et l'exclusion sociale (Gouvernement du Québec, 2004a).

La Loi a institué une *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* (Gouvernement du Québec, 2002). Conformément à cette loi, le gouvernement du Québec a adopté, en avril 2004, un *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2004-2009* dont les mesures doivent permettre de progresser d'ici 2009 vers les objectifs fixés dans la Loi. La mise en œuvre du Plan d'action aura bénéficié durant cinq ans d'un investissement de 3 milliards de dollars pour valoriser le travail, prévenir la pauvreté, soutenir les enfants, lutter contre le décrochage scolaire, construire des logements sociaux et finalement, améliorer le bien-être de femmes, d'hommes et d'enfants, qu'ils soient immigrants, issus d'une minorité visible ou handicapés.

Les mesures gouvernementales de soutien à la famille et à l'enfance

En plus des dispositions inscrites dans la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, le gouvernement apporte aux enfants et aux familles un soutien qui place le Québec en très bonne position, parmi l'ensemble des pays développés, pour ce qui est de l'aide apportée aux familles. Au sein du Canada, le Québec fait figure de leader en la matière (Gouvernement du Québec, 2007a).

En fait, l'action gouvernementale en faveur des enfants et des familles s'articule autour de trois initiatives majeures : le soutien financier aux enfants et aux familles, l'accroissement du nombre de places en services de garde et la mise en place du Régime québécois d'assurance parentale.

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005, en remplacement de l'allocation familiale du Québec, du crédit d'impôt non remboursable pour enfants et de la réduction d'impôt à l'égard des familles, l'allocation de soutien aux enfants représente à elle seule une aide directe de plus de 2 milliards de dollars par année à plus de 856 000 familles. Par rapport aux trois mesures fiscales qu'il a remplacées, le *Soutien aux enfants* représente pour les familles une aide majorée de près de 550 millions de dollars annuellement (Gouvernement du Québec, 2007b).

Depuis 1997, le gouvernement offre des services de garde éducatifs à la petite enfance. Avec ces services à contribution réduite, le Québec se distingue au Canada par le nombre de ces services, leur accessibilité dans toutes les régions, la qualité de la prestation et le prix abordable pour les parents. Depuis 2003, 33 000 places à contribution réduite ont été créées au sein du réseau des services de garde. Il dispose aujourd'hui de plus de 200 000 places subventionnées³.

Enfin, le *Régime québécois d'assurance parentale*, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006, a permis, durant la première année de son application, à près de 100 000 parents de recevoir une prestation financière au moment d'un congé de maternité, de paternité, d'adoption ou parental. Ce régime, entièrement financé par les cotisations employeurs-travailleurs, est le plus généreux, le plus souple et le plus accessible au Canada ; le seul à offrir un congé parental assuré aux travailleurs et aux travailleuses autonomes (ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 2007).

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a procédé en 2005 à une évaluation de l'importance des dépenses publiques consacrées aux familles dans chacun des pays membres de l'organisation. Selon cette étude, effectuée à partir de données de 2001, la part des dépenses publiques effectuées en faveur des familles approchait ou dépassait 3 % du produit intérieur brut (P.I.B.) dans près d'une dizaine de pays, dont les pays scandinaves et la France. En utilisant les mêmes modalités de calcul pour l'année 2005, les dépenses publiques consacrées

3. Information publiée sur le site du ministère de la Famille et des Aînés à l'adresse suivante : www.mfa.gouv.qc.ca

aux familles par le Québec représentaient 2,8 % du P.I.B., ce qui nous place, loin devant le Canada (0,9 %), dans le groupe des pays développés consacrant le plus de ressources aux familles (ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 2007).

L'importance de l'aide gouvernementale québécoise en faveur des familles et des enfants explique en bonne partie sa performance au regard de la lutte à la pauvreté⁴. Malgré le succès relatif du Québec à cet égard, il reste encore à faire et le gouvernement a déjà indiqué son intention de « continuer avec détermination à consolider son action à l'égard des enfants et son aide aux familles » (Gouvernement du Québec, 2004b).

Pour continuer de bien faire

La lutte à la pauvreté est un engagement à long terme. Beaucoup peut être encore fait, autant pour mettre fin à la précarité que pour limiter ses conséquences sur la santé et le développement des jeunes ainsi que ses répercussions, à plus long terme, sur notre avenir collectif.

Parce qu'il n'y a pas qu'une seule cause à la pauvreté et que les conditions qui la favorisent sont nombreuses, il faut intervenir sur plusieurs plans. Nous devons continuer d'agir pour, à la fois, réduire la pauvreté des enfants et offrir à toutes et à tous des chances égales de grandir en santé et d'évoluer dans un milieu favorable à leur développement.

Réduire la pauvreté des enfants

Il faudra continuer de prendre appui sur l'outil précieux que représente la Loi sur la pauvreté et l'exclusion sociale. Déjà, les initiatives qu'elle a rendues possibles ont permis des avancées significatives. L'objectif exigeant qu'elle poursuit devra continuer de mobiliser tous les acteurs de notre société. Les valeurs qu'elle prône — le droit de vivre dans la dignité, la décence, le respect, le droit à l'égalité des chances — reflètent la façon dont nous avons choisi de vivre ensemble. De notre fidélité à ces valeurs, dépend l'issue de la lutte engagée à la pauvreté et aux inégalités.

Parce que le faible revenu fait obstacle à leur développement et limite leurs chances de réussir dans la vie, il faut maintenir les mesures d'équité fiscale et de redistribution des ressources en faveur des enfants.

Une analyse de différents programmes publics de transfert a permis de comparer leur impact potentiel sur la réduction du taux de pauvreté des enfants au Québec. Cette analyse indique que les deux programmes qui permettent de réduire le plus efficacement la pauvreté des familles avec enfants, par comparaison avec d'autres programmes de transfert, sont les programmes d'allocation familiale et d'assistance sociale (aide de dernier recours) (Makdissi et Audet, 2007).

4. Voir la section 2.4, *La pauvreté des jeunes chez nous et ailleurs*.

En utilisant l'indice de gravité de la pauvreté (P_2)⁵, la comparaison de l'impact de différents programmes de transfert nous indique que, tant pour le Québec que pour le Canada, une augmentation des prestations familiales est la politique qui fait le plus diminuer la pauvreté parmi les jeunes de moins de 18 ans. Au Québec, une augmentation de 1 % des prestations à l'endroit des familles ferait diminuer l'indice de gravité de la pauvreté de 1,25 % chez les jeunes de moins de 18 ans tandis qu'une augmentation de 1 % des prestations d'assistance sociale permettrait de diminuer cet indice de 0,83 % dans ce groupe d'âge.

On obtient des résultats semblables lorsqu'on examine l'impact des programmes de transfert sur les enfants vivant avec des mères monoparentales : une augmentation de 1 % des prestations familiales ferait diminuer la gravité de la pauvreté des jeunes de 1,41 %, et une augmentation de 1 % des prestations de l'assistance sociale réduirait cet indice de 0,97 % (Makdissi et Audet, 2007).

A contrario, la non-indexation des prestations d'aide sociale au cours des années 1990 a eu pour effet d'accroître de 22 % l'indice de gravité de la pauvreté chez les jeunes de moins de 18 ans dans les familles biparentales. Pour les enfants vivant avec une mère monoparentale, cette non-indexation a fait augmenter l'indice de 11 % (Makdissi et Audet, 2007).

Sur ces deux plans, il faut d'abord dire que le gouvernement du Québec, comme on l'a vu, a accru significativement son aide financière directe aux parents avec la mise en place, en janvier 2005, du Programme de soutien aux enfants (Gouvernement du Québec, 2007b). Par ailleurs, en vertu du *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2004-2009*, le gouvernement du Québec a choisi, à compter de janvier 2004, d'indexer au coût de la vie les prestations des personnes avec contraintes sévères à l'emploi et d'indexer partiellement les personnes aptes au travail prestataires du Programme d'assistance-emploi (Gouvernement du Québec, 2004a).

La réduction de la pauvreté des enfants passe bien entendu par la poursuite des efforts en vue de soutenir la formation et l'insertion au marché du travail des parents défavorisés, et des mères monoparentales en particulier.

Offrir à tous les mêmes opportunités

Il n'y a pas de moment plus important pour intervenir afin de réduire les inégalités face à la santé que la prime enfance. En offrant à tous les enfants, dès les premières années, toutes les chances de développer leur plein potentiel, nous favorisons l'égalité des chances de réussite. D'abord, en agissant tôt, puis en préparant la réussite scolaire.

5. Voir l'annexe 1.

La connaissance de certains facteurs dits protecteurs peut déjouer l'influence néfaste de la pauvreté — sur le développement des enfants (Paquet, 2005).

Les travaux réalisés à partir des données de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ, 1998-2002)* ont permis de déceler des facteurs qui pourraient diminuer l'inégalité sociale des jeunes enfants devant la santé, notamment, on l'a vu⁶, en favorisant l'allaitement maternel pendant les premiers mois de la vie, la fréquentation de la garderie en bas âge, un bon soutien social aux parents et en agissant sur la qualité du quartier et du milieu local.

La préparation à l'intégration et à la réussite scolaire dans les milieux défavorisés est aussi nécessaire pour espérer se libérer de la fatalité liée au fait d'être né et d'avoir grandi dans une famille pauvre. Ne pas réussir à l'école, c'est souvent échouer dans le passage à l'âge adulte et s'exposer à bien d'autres échecs.

Les services de garde éducatifs à la petite enfance, offerts partout sur le territoire québécois, se donnent cet objectif de préparer l'enfant aux étapes ultérieures de son développement. Il faut évidemment se réjouir de l'intention affirmée du gouvernement de continuer à développer les places en services de garde (Gouvernement du Québec, 2007a), de faire davantage pour que les enfants de cinq ans et moins, particulièrement ceux des milieux défavorisés, aient accès à un milieu de garde éducatif de qualité et, en particulier, de son engagement à adapter et à améliorer le programme éducatif à la petite enfance pour tenir compte des difficultés des enfants les plus vulnérables ou défavorisés (ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 2007).

Après l'enfance, cela est bien établi, le degré de scolarisation constitue un rempart contre la pauvreté, la meilleure voie peut-être pour participer pleinement à la société, s'assurer une sécurité économique et obtenir un emploi satisfaisant. Or, les enfants pauvres ont souvent plus de difficultés d'intégration, de persévérance et de réussite scolaires que les enfants issus des milieux économiquement aisés. Soucieux de combler cet écart et de favoriser malgré tout l'égalité des chances en éducation, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le réseau de l'éducation participent activement à la lutte contre la pauvreté par différents programmes et mesures ciblant les élèves issus de milieux défavorisés et leurs parents.

Parmi ceux-là, notons le Programme d'aide à l'éveil à la lecture et à l'écriture dans les milieux défavorisés, le Programme famille, école, communauté : réussir ensemble, le Programme de soutien à l'école montréalaise et la stratégie d'intervention *Agir autrement* qui visent tous, d'une manière ou d'une autre, à soutenir l'intégration et la réussite scolaire des élèves en milieu défavorisé (MELS, 2005). Deux autres mesures de soutien aux élèves de milieux économiquement défavorisés offertes par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport doivent être mentionnées : la *maternelle 4 ans* à l'intention des enfants ayant des besoins particuliers, notamment

6. Voir le chapitre 3, section 3.7, *Déjouer la pauvreté : des facteurs qui peuvent faire la différence*.

les enfants handicapés ou issus de milieux défavorisés et le programme *Passe-Partout* créé à l'intention des enfants de 4 ans et de leurs parents dans le but de favoriser la réussite scolaire des enfants issus de milieux socioéconomiquement faibles.

Le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux interviennent souvent, par ailleurs, auprès des mêmes enfants et adolescents qui connaissent des difficultés, en partie en raison des conséquences de la pauvreté. Pour cette raison, les deux réseaux ont signé, en 2003, une entente de complémentarité des services (ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003) qui vise à conjuguer du mieux possible leurs efforts auprès des enfants et des jeunes. L'un des volets les plus importants de cette entente consiste au déploiement de l'approche *École en santé* dans le réseau scolaire, de façon à accroître l'efficacité des interventions en promotion de la santé et en prévention. Le développement de cette approche dans les écoles du Québec s'adresse à l'ensemble des jeunes d'âge scolaire incluant les jeunes à risque. Les jeunes qui nécessitent des services spécialisés d'aide, d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociales en bénéficieront également du fait qu'ils pourront trouver autour d'eux des milieux favorables, sains et sécuritaires.

Le système québécois de santé et de services sociaux contribue autrement aux efforts de réduction de la pauvreté et à une meilleure égalité des chances face à la santé pour les enfants issus des milieux défavorisés et de leurs parents. En protégeant les citoyens contre les risques financiers liés à la maladie, le système public de soins et de services de santé favorise l'amélioration de l'état de santé des personnes les plus démunies et atténue, ce faisant, les effets de la pauvreté sur la santé.

Mais en plus de traiter, à proprement parler, les personnes qui ont besoin de soins et de services sociaux et de santé, le réseau de la santé et des services sociaux s'allie à d'autres acteurs sociaux afin de promouvoir la santé et le bien-être et de prévenir l'apparition des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux. Il compte pour cela essentiellement sur le *Programme national de santé publique 2003-2012* qui définit, sur une période de dix ans, les activités à mettre en place sur l'ensemble du territoire du Québec afin de prévenir les problèmes de santé.

Le *Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012* comporte un volet important qui se rapporte au développement des enfants et des jeunes. À ce chapitre, à la veille de publier le 3^e bilan du suivi de son implantation, les responsables du programme souhaitent prévenir les problèmes de santé, de développement et d'adaptation sociale des enfants et des jeunes. Pour ce faire, les activités reconnues les plus efficaces ont été recensées par des comités d'experts et retenues dans

l'offre de services du PNSP tant au niveau national, régional que local. Les activités à mettre en œuvre en matière de prévention et de promotion de la santé et du bien-être des enfants et des jeunes sont :

- les *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, qui comprennent deux composantes :
 - l'accompagnement des familles,
 - le soutien à la création d'environnements favorables au développement des enfants ;
- la promotion et le soutien, auprès des cliniciens de première ligne, des pratiques préventives suivantes :
 - le *counseling* sur la consommation d'alcool et de tabagisme auprès des femmes enceintes ;
 - le *counseling* en matière d'allaitement maternel ;
 - la détection de la dépression chez les adultes, et particulièrement, chez les femmes enceintes et en période postnatale ;
 - la détection des signes de violence conjugale ;
- les activités, au niveau préscolaire, visant le développement des habiletés sociales des enfants et la prévention des troubles du comportement ;
- le soutien à l'organisation de services de consultation en matière de sexualité, du type Clinique jeunesse, et ce, en association avec des interventions d'éducation à la sexualité ;
- la sensibilisation des décideurs concernés à l'importance de réduire l'exposition des enfants à des modèles inappropriés dans les médias (violence, sexualisation précoce, etc.).

Dans tous les cas, une plus grande réduction des inégalités d'accès à la santé passera toujours par une plus grande complémentarité et une plus grande cohérence de l'ensemble des actions de ceux et celles qui interviennent avec les mêmes objectifs. Il faut souhaiter ardemment que se multiplient les collaborations intersectorielles entre les secteurs de l'éducation, de la santé et des services sociaux, municipal, les organismes communautaires et de loisirs et le secteur privé autour de projets communs.

Investir dans les milieux de vie

Déjà au niveau local, bien des intervenants conjuguent leurs efforts afin d'améliorer l'environnement des enfants — la qualité des logements, des espaces verts, des conditions de la circulation automobile, le transport en commun, la sécurité de l'environnement scolaire et des appareils de jeu dans les parcs, la facilité d'accès aux aliments sains, etc. — qui, on l'a vu dans ce rapport⁷, influence leur mieux-être et leur développement.

Les stratégies développées par les fournisseurs de services publics selon leurs champs de compétence — le gouvernement du Québec et les municipalités tout spécialement — dans les domaines du logement, du loisir, de l'aménagement du territoire ou du transport en commun, ont beaucoup à voir avec le thème que nous avons développé : la pauvreté et la santé des enfants et des adolescents. Les responsables municipaux en particulier peuvent faire beaucoup dans chacun de ces domaines afin de créer des environnements favorables et d'adapter leurs milieux de vie en tenant compte, en particulier, des enfants et des familles les moins favorisés de leur communauté.

Mais, par-delà les services publics, les besoins des enfants et des familles trouvent aussi réponse dans les initiatives de leur milieu immédiat. Par les proches, les parents et les amis, mais aussi par la communauté, les organismes et les groupes communautaires qui, tout à la fois, témoignent de la qualité du tissu social et l'enrichissent.

On doit beaucoup, en particulier, aux initiatives du secteur communautaire qui contribue tantôt à prévenir, tantôt à réduire les inégalités sociales de santé chez les enfants et les adolescents québécois. Les milliers de bénévoles et de permanents qui œuvrent au sein d'organismes communautaires, en collaboration ou indépendamment des réseaux publics, sur les plans régional et local, sont au Québec, en raison de leur nombre et de la diversité de leurs actions, l'un des piliers de la lutte contre la pauvreté.

Des regroupements de quartiers aux associations de parents et aux organismes communautaires oeuvrant auprès des jeunes défavorisés et de leurs familles, le mouvement communautaire québécois s'emploie non seulement à réduire les effets de la pauvreté, mais la pauvreté elle-même. Son action, souvent, empêche l'apparition des problèmes ; toujours, elle combat l'exclusion, le désespoir et l'impuissance.

7. Chapitre 3, section 3.5, *Les effets de l'environnement local*.

Ceux et celles qui s'engagent ainsi à lutter contre la pauvreté et les inégalités qu'elle génère savent bien que la pauvreté des enfants, surtout, heurte nos valeurs de justice, d'équité et de droit à la dignité, et se solde par un déficit humain tout à fait inacceptable.

Nous partageons pour notre part, avec tous ces intervenants, la conviction que toutes les Québécoises et tous les Québécois, indépendamment de leur condition de naissance, ont droit à une réelle égalité des chances face à la santé et au mieux-être. Nous souhaitons vivement que le présent rapport contribue à faire reconnaître la nécessité de faire encore plus afin d'offrir, à chacune et à chacun, les moyens de se développer et de s'épanouir.

ANNEXE 1

Les façons de mesurer la pauvreté – un aperçu

Pour mesurer la pauvreté dans une population, on doit d'abord déterminer qui sont les personnes pauvres. Il existe différentes écoles de pensée à ce sujet, et plusieurs méthodes ont été élaborées à partir de ces différentes positions pour évaluer la distribution des revenus et de la qualité de vie parmi la population. Les analystes utilisent normalement un seuil de pauvreté, c'est-à-dire un niveau de revenu (par exemple 13 000 \$ ou 15 000 \$ par année) en dessous duquel une personne ou un ménage est considéré comme pauvre. Les publications de l'Institut de la statistique du Québec (Morin, 2006 ; Morasse, 2005) présentent un inventaire complet des indicateurs qui sont utilisés pour définir, comparer et suivre l'évolution de la pauvreté.

Au Québec et au Canada, il n'y a pas de seuil officiel de pauvreté, ni de consensus quant à la manière de la mesurer. Cependant, la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale définit la pauvreté comme étant « 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 et pour favoriser son intégration et son inclusion active dans la société québécoise » (L.R.Q., chapitre L-7).

Les indicateurs de faible revenu

En l'absence d'un seuil de pauvreté officiellement reconnu, les données publiées dans les sources officielles comme Statistique Canada réfèrent plutôt à la notion de faible revenu.

Le *seuil de faible revenu* (SFR) utilisé au Canada correspond au niveau de revenu avec lequel une personne doit consacrer une part disproportionnée (20 % de plus que la famille canadienne moyenne) pour subvenir aux trois besoins essentiels suivants : se nourrir, se loger et se vêtir¹. Le seuil de faible revenu est ajusté selon la taille de l'unité familiale et la taille de l'agglomération où vit cette famille. Il peut être calculé en considérant le revenu avant impôt (SFR) ou après impôt (SFR-API). Pour une meilleure estimation des ressources financières dont disposent réellement les personnes, il est préférable d'utiliser des mesures après impôt, qui tiennent compte de l'effet redistributif de la fiscalité.

Il existe un autre type d'indicateurs qui se base non pas sur un seuil de pauvreté déterminé par un calcul budgétaire, mais sur une mesure de pauvreté relative. Ces indicateurs tiennent davantage compte de la distribution des revenus dans la population et du fait que la pauvreté reflète une insuffisance de ressources par rapport au niveau de vie général d'une société donnée.

1. On ne dispose pas de seuils provinciaux, ce qui ne permet pas de prendre en considération les différences provinciales du coût de la vie ; cette mesure tend à surestimer le faible revenu au Québec, car le coût de la vie y est plus faible que dans le reste du Canada en moyenne. Le SFR est considéré comme un seuil de pauvreté par le Conseil national du bien-être social et par le Conseil canadien du développement social (Morasse, 2005).

Une mesure bien connue de pauvreté relative est la mesure de faible revenu (MFR) qui est un pourcentage fixe (50 %) du revenu familial médian, ajusté en fonction de la taille et de la composition de la famille. D'autres pourcentages peuvent aussi être utilisés (ex. : 40 % ou 60 %). Le revenu médian est le niveau de revenu qui permet de partager les ménages en deux groupes égaux, la moitié des ménages ayant un revenu inférieur à ce montant, l'autre moitié ayant un revenu plus élevé.

On trouve un autre exemple de mesure de pauvreté relative dans les indicateurs qui ont été adoptés par l'ensemble des chefs d'État de l'Union européenne lors du Conseil tenu en 2001 à Laeken, en Belgique. Le principal indicateur retenu à Laeken pour étudier la distribution des revenus est le *taux de risque de pauvreté*, qui correspond au pourcentage de personnes dont le revenu est inférieur à 60 % du revenu médian national².

Un autre indicateur très utilisé est la *mesure du panier de consommation* (MPC). Cette mesure est basée sur les habitudes réelles de consommation des ménages canadiens et leur évolution dans le temps. Selon cet indicateur, les familles à faible revenu sont celles dont le revenu familial disponible est inférieur au coût des biens et services du panier de consommation dans leur collectivité ou dans une collectivité de même taille. Le panier comprend nourriture, vêtements, logement, transport et d'autres biens et services considérés comme nécessaires pour l'intégration sociale. Le revenu familial disponible est le revenu brut moins les prélèvements obligatoires et autres. Cette mesure tient compte du coût de la vie selon la région et la province. Elle prend également en considération les coûts de garde des enfants et des soins de santé non assurés.

Une mesure à plusieurs dimensions : la gravité de la pauvreté (les indices FGT)

Les indicateurs que nous venons de présenter fournissent une simple mesure de la proportion de personnes disposant d'un revenu inférieur à un seuil donné de pauvreté. Une autre classe d'indices proposée par Foster, Greer et Thorbecke (1984) permet d'avoir une image plus complète du phénomène. Cette classe comprend un *indice numérique de pauvreté* (P_0), comme ceux présentés plus haut, c'est-à-dire qu'il ne tient compte que de l'incidence, du nombre ou de la proportion, de personnes pauvres. Elle comprend aussi un indice qui tient compte de la profondeur de la pauvreté, c'est-à-dire l'écart moyen entre le revenu des ménages et le seuil de pauvreté choisi. Cette mesure, qui est l'*indice de déficit normalisé de pauvreté* (P_1), reflète bien le fait qu'une personne à qui il manque 1 000 \$ dollars pour atteindre le seuil est plus pauvre que celle à qui il ne manque que 1 \$.

Mais ce deuxième indice ne tient pas compte de l'inégalité dans la distribution de la pauvreté parmi les personnes pauvres. Par exemple, une différence de revenu de

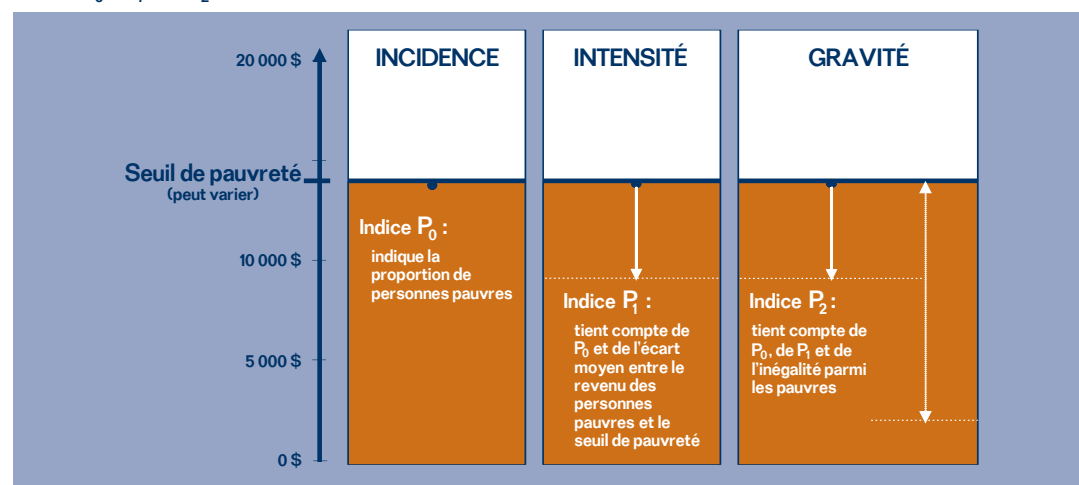
2. Cette mesure se base sur le *revenu équivalent*, c'est-à-dire le revenu disponible du ménage en tenant compte du nombre d'adultes et d'enfants qui en font partie. En 2003, le seuil de risque de pauvreté calculé selon le revenu médian québécois était de 14 126 \$.

1 000 \$ amène un changement moins important pour une personne qui dispose au départ d'un revenu de 10 000 \$ que pour celle qui ne dispose que de 5 000 \$. L'*indice de gravité de la pauvreté* (P_2) vient pallier cette lacune en tenant compte de l'inégalité dans la distribution de la pauvreté, en plus de la profondeur et de l'incidence de la pauvreté.

Cette mesure, telle qu'utilisée dans le présent rapport, est basée sur le revenu disponible après impôt et tient compte de l'effet des programmes de transfert, des différences dans le coût de la vie entre les provinces, ainsi que d'autres facteurs incluant le coût des services de garde. Elle est ajustée selon la taille des familles.

Figure A.1

Illustration des dimensions de la pauvreté mesurées par chacun des trois indices FGT (P_0 , P_1 et P_2)



Ces trois indices ont été choisis pour le présent rapport afin de comparer la pauvreté des enfants avec différents groupes de population au Québec, et la pauvreté des enfants du Québec avec celle des enfants d'autres provinces canadiennes (Makdissi et Audet, 2007). Ces comparaisons ont été effectuées à l'aide des données de l'*Enquête sur la dynamique du travail et du revenu* (EDTR) de Statistique Canada pour l'année 2002. Le revenu est défini selon la *mesure du panier de consommation* (MPC). Cette définition ajuste le revenu disponible du ménage après impôt et transferts en lui retranchant toutes les dépenses obligatoires liées au travail, telles que les cotisations syndicales et les frais de garde d'enfant. Le seuil de pauvreté utilisé est établi à 50 % de la médiane des revenus ; en 2002, au Canada, ce seuil correspondait à un revenu de 13 290 \$ pour une personne seule (Makdissi et Audet, 2007). Des tests ont été effectués pour établir la validité des comparaisons obtenues pour les différents indices et pour les différents seuils possibles³.

3. Il s'agit des tests de dominance stochastique proposés par Atkinson (1987). Ces tests permettent de vérifier si le classement entre les groupes qui sont comparés se modifie ou demeure le même selon l'indice de pauvreté et selon le seuil utilisé. Les résultats peuvent être généralisés à tout indice de pauvreté existant ou à tout autre indice qu'on pourrait imaginer.

ANNEXE 2

Les indicateurs socioéconomiques retenus pour l'analyse des écarts de santé

Des données de diverses sources ont été analysées afin d'illustrer, au chapitre 3, les écarts de santé et de développement chez les jeunes âgés de moins de 18 ans. Pour l'exercice, ces données ont été croisées avec différents indicateurs socioéconomiques selon les informations disponibles dans les enquêtes et les autres sources de données utilisées. Chacun de ces indicateurs est développé ci-dessous et les catégories de ces indicateurs sont présentées plus loin. Afin d'illustrer les impacts des conditions socioéconomiques sur la santé des enfants et des adolescents, les indicateurs socioéconomiques que nous avons retenus se rapportent aux milieux dans lesquels les jeunes évoluent, ou encore aux caractéristiques de leurs familles.

Le résultat ne fait aucun doute : les conditions socioéconomiques ont un impact important sur la santé des individus ; qu'il s'agisse du niveau de scolarité, de l'emploi ou du revenu.

Revenu et scolarité

Le revenu du ménage et la scolarité des parents sont les indicateurs les plus couramment utilisés pour établir le statut socioéconomique d'une famille. Il a été possible d'analyser les données de certaines enquêtes à l'aide de ces indicateurs. Parmi ces enquêtes, on compte l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (2005), l'*Enquête sociale et de santé chez les enfants et les adolescents québécois* (1999), le volet nutrition de l'*Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec*, l'*Enquête sur l'allaitement maternel* (2005), l'enquête *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec* (2004) et les enquêtes sur la santé buccodentaire (1983-1984 à 1998-1999).

Les échelles, pour les indicateurs de revenu, varient d'une enquête à l'autre. Elles indiquent le revenu déclaré du ménage selon différentes catégories. L'indice de revenu relatif, qui est utilisé dans l'*Enquête sociale et de santé chez les enfants et les adolescents québécois*, est construit à partir du revenu déclaré et de la taille du ménage, et comporte cinq catégories allant de « très pauvre » à « supérieur ». La description des catégories de cet indice est présentée plus loin.

Trois autres indicateurs sont utilisés dans l'enquête *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec 2004* afin d'estimer la situation financière de la famille ou du ménage où vit l'enfant : l'indice de revenu, la perception de la situation financière par la mère et le statut d'emploi de la mère. L'indice de revenu a été calculé à partir du revenu annuel du ménage, du nombre de personnes de 16 ans ou plus et du nombre d'enfants de 15 ans ou moins dans le ménage (Clément et al., 2005).

Les catégories pour les indicateurs de scolarité des parents ou du ménage varient aussi selon la source des données utilisée mais elles sont assez semblables et permettent de rendre compte du niveau socioéconomique lorsque le revenu n'est pas connu. Dans certains cas, cet indicateur est plus fortement associé aux écarts de santé que le revenu. Les catégories utilisées se rapportent au plus haut niveau de scolarité atteint ou au plus haut diplôme obtenu.

Structure familiale et situation de couple

Dans l'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire*, à défaut d'avoir des informations sur le revenu et la scolarité des parents ou du ménage, nous avons utilisé la structure familiale comme un *proxy* (ou variable de substitution), c'est-à-dire un indicateur associé au statut socioéconomique de la famille. Nous supposons qu'en moyenne les familles monoparentales ont une situation économique moins favorable que les familles biparentales.

Catégories de structure familiale :

- biparentale
- monoparentale
- reconstituées ou autres

Dans l'*Enquête sur l'allaitement maternel*, on utilise un autre *proxy* du statut socioéconomique de la famille : la situation matrimoniale⁴.

Catégories de situation matrimoniale :

- union libre
- marié
- monoparentale

Catégories de l'indicateur d'état matrimonial de l'ESCC 2005 :

- marié
- union libre
- séparé, divorcé ou veuf
- célibataire

4. Dans l'enquête, cette variable est désignée comme « situation de couple », bien qu'elle inclut le cas de mères monoparentales.

Indicateur de position sociale persistante de la famille

L'indicateur de position sociale persistante de la famille a été élaboré par Paquet et Hamel lors de leurs analyses des données de l'*Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec*. Cet indicateur est basé sur le statut socioéconomique des familles, mesuré à chacun des volets de l'enquête⁵. Il est calculé à partir de la scolarité, du revenu et de la profession des parents. Pour qu'une famille soit classée comme ayant une position sociale faible persistante, il faut qu'elle demeure parmi le groupe socioéconomique inférieur pour la majorité des volets de l'enquête. Il importe de souligner que l'utilisation d'un indicateur aussi exigeant fait en sorte que les résultats sous-estiment vraisemblablement les liens entre la faible position sociale de la famille et la santé.

Voici comment se répartissent les familles québécoises selon la position sociale persistante depuis la naissance de l'enfant :

- 18 % des familles se trouvent dans la catégorie de faible position sociale ;
- 59 % des familles sont dans la catégorie de position sociale moyenne ;
- 23 % des familles font partie de la catégorie supérieure.

Indice de défavorisation matérielle et sociale

Un indice de défavorisation a été mis au point au Québec (Pampalon, Hamel et Raymond, 2004 ; Pampalon et Raymond, 2000) afin de suivre les disparités sociales de santé et de bien-être. Il s'agit d'un indice écologique, c'est-à-dire qu'il mesure, non pas les caractéristiques d'un individu, mais les caractéristiques d'un milieu. Cette mesure est construite sur la base d'un très petit territoire, correspondant à l'aire de diffusion utilisée au moment du recensement. Une aire de diffusion couvre quelques îlots d'habitation et compte en moyenne entre 400 et 700 personnes.

L'indice de défavorisation comporte deux dimensions, l'une matérielle, l'autre sociale. Alors que la première couvre les trois dimensions suivantes : le niveau d'emploi, de scolarité et de revenu, la seconde traduit davantage les caractéristiques sociales, soit l'état matrimonial (être veuf, séparé ou divorcé) et la structure familiale (vivre seul ou en famille monoparentale). La population québécoise a été répartie en quintiles (groupes de 20 %) sur l'une et l'autre dimension, de manière à distinguer la population la plus avantagée (quintile 1) et la moins avantagée (quintile 5) sur chacune de ces dimensions. On peut aussi définir la population la plus avantagée (quintiles 1 et 1) et la moins avantagée (quintiles 5 et 5) sur les deux dimensions simultanément. Dans

5. Cet indice a été élaboré en s'inspirant de la méthode mise au point par Willms et Shields (1996) dans le cadre de l'*Étude longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*. Il combine cinq indicateurs : le revenu brut du ménage au cours des douze mois précédant l'enquête, le niveau de scolarité de la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM) et de son conjoint, s'il y a lieu, ainsi que le prestige de la profession principale exercée par la PCM et son conjoint, le cas échéant.

les figures et les tableaux qui sont présentés au chapitre 3, on retrouve des comparaisons entre les quintiles extrêmes de défavorisation de chaque dimension séparément, puis des comparaisons entre les extrêmes des deux dimensions simultanément.

Au recensement de 2001, comme à celui de 1991, c'est un peu plus de 400 000 enfants et jeunes du Québec qui peuvent être considérés comme très défavorisés (quintile 5), soit sur la dimension matérielle, soit sur la dimension sociale. En croisant les deux formes de défavorisation (quintiles 5 et 5), on estime qu'environ 100 000 enfants et jeunes du Québec cumulent un double désavantage matériel et social. En outre, de 1991 à 2001, les écarts de défavorisation se sont légèrement accrus entre les groupes extrêmes.

Dans le présent rapport, cet indice est utilisé dans l'analyse des données portant sur les naissances, la mortalité et les hospitalisations ainsi que sur l'utilisation des services médicaux. Il a aussi été utilisé avec une méthodologie adaptée pour l'analyse des cas pris en charge sous la Loi de la protection de la jeunesse.

Indice du milieu socioéconomique

L'indicateur du milieu socioéconomique est fourni par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). Cet indice est calculé annuellement par le MELS pour les écoles des 69 commissions scolaires linguistiques. Les données sont tirées du recensement canadien. Il s'agit d'un indice composé qui utilise la proportion de mères sous-scolarisées (2/3 de l'indice) et la proportion de parents inactifs sur le plan de l'emploi (1/3 de l'indice). La sous-scolarité se définit comme étant la proportion de familles dont les mères n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires. L'inactivité parentale concerne la proportion de familles dont aucun parent ne travaille durant la semaine de référence du recensement canadien (site Internet du MELS).

Catégories des échelles de revenu

Catégories de l'indicateur de revenu dans l'EVF 2004 :

- moins de 25 000 \$
- de 25 000 \$ à 34 999 \$
- de 35 000 \$ à 44 999 \$
- de 45 000 \$ à 54 999 \$
- de 55 000 \$ et plus

Catégories de l'indice de revenu de l'EVF 2004 :

- faible revenu
- revenu moyen/élevé

Catégories de l'indicateur de revenu brut de l'ESSEA 1999 :

- moins de 30 000 \$
- de 30 000 \$ à 49 999 \$
- de 50 000 \$ à 79 999 \$
- de 80 000 \$ et plus

Catégories de l'indicateur de revenu de l'ESD 1998-1999 :

- moins de 30 000 \$
- de 30 000 \$ à 49 999 \$
- de 50 000 \$ et plus

Catégories de la variable de revenu du ménage de l'ESCC 2005

Revenu inférieur :

- ménage de 1 à 4 personnes – moins de 10 000 \$
- ménage de 1 à 2 personnes – de 10 000 \$ à 14 999 \$
- ménage de 3 à 4 personnes – de 10 000 \$ à 19 999 \$
- ménage de 5 personnes et plus – moins de 30 000 \$

Revenu moyen :

- ménage de 1 à 2 personnes – de 15 000 \$ à 29 999 \$
- ménage de 3 à 4 personnes – de 20 000 \$ à 39 999 \$
- ménage de 5 personnes et plus – de 30 000 \$ à 59 999 \$

Revenu moyen-supérieur :

- ménage de 1 à 2 personnes – de 30 000 \$ à 59 999 \$
- ménage de 3 à 4 personnes – de 40 000 \$ à 79 999 \$
- ménage de 5 personnes et plus – de 60 000 \$ à 79 999 \$

Revenu supérieur :

- ménage de 1 à 2 personnes – 60 000 \$ et plus
- ménage de 3 personnes et plus – 80 000 \$ et plus

Catégories de l'indice de revenu relatif du ménage de l'ESSEA 1999

Très faible :

- ménage de 1 à 2 personnes – moins de 10 000 \$
- ménage de 3 à 4 personnes – moins de 10 000 \$
- ménage de 5 personnes et plus – moins de 15 000 \$

Faible :

- ménage de 1 à 2 personnes – de 10 000 \$ à 14 999 \$
- ménage de 3 à 4 personnes – de 10 000 \$ à 19 999 \$
- ménage de 5 personnes et plus – de 15 000 \$ à 29 999 \$

Moyen :

- ménage de 1 à 2 personnes – de 15 000 \$ à 29 999 \$
- ménage de 3 à 4 personnes – de 20 000 \$ à 39 999 \$
- ménage de 5 personnes et plus – de 30 000 \$ à 59 999 \$

Élevé :

- ménage de 1 à 2 personnes – de 30 000 \$ à 59 999 \$
- ménage de 3 à 4 personnes – de 40 000 \$ à 79 999 \$
- ménage de 5 personnes et plus – de 60 000 \$ à 79 999 \$

Très élevé :

- ménage de 1 à 2 personnes – 60 000 \$ et plus
- ménage de 3 à 4 personnes – 80 000 \$ et plus
- ménage de 5 personnes et plus – 80 000 \$ et plus

Catégories des variables portant sur la scolarité

L'indicateur de scolarité utilisé dans l'ESCC 2005 correspond à la variable « EDUEDH04 » du FMGD, soit le plus haut niveau d'études du ménage.

Ces catégories sont :

- moins d'un diplôme d'études secondaires,
- diplôme d'études secondaires,
- certaines études postsecondaires,
- diplôme d'études postsecondaires.

Les catégories de l'indicateur de scolarité utilisé dans l'ESSEA 1999 sont :

- primaire ou secondaire incomplet,
- secondaire terminé,

- postsecondaire sans université,
- université.

Les catégories de l'indicateur de scolarité des ESD sont :

- moins que le 5^e secondaire,
- 5^e secondaire,
- Cégep,
- université.

Les catégories de l'indicateur de scolarité utilisé dans l'EAM 2005 sont :

- moins qu'un secondaire,
- secondaire,
- postsecondaire sauf université,
- université.

Les catégories de l'indicateur de scolarité utilisé dans l'EVF 2004 sont :

- primaire ou secondaire,
- collégial ou universitaire.

ANNEXE 3

Liste et description des enquêtes sociosanitaires présentées dans le rapport

Enquête sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006

Institut de la statistique du Québec

La population visée est composée d'enfants nés de mères résidant au Québec et qui y vivaient toujours au moment de l'enquête. Au moment de l'entrevue, l'âge des enfants devait se situer entre 6 mois et moins de 7 mois. C'est le *Fichier des naissances vivantes du Registre des événements démographiques* du Québec qui a été utilisé comme base de sondage pour le tirage de l'échantillon. Il est à noter que les enfants de mères résidant dans les territoires cri et inuit ne font pas partie de la population visée. Au total, 5 212 enfants nés entre les mois de mai et octobre 2005 ont été sélectionnés. Les 4 365 mères qui ont répondu à un questionnaire téléphonique d'une durée approximative de 10 minutes, entre le 21 novembre 2005 et le 24 avril 2006, ont permis d'obtenir un taux de réponse pondéré de 82,4 %.

La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004

Institut de la statistique du Québec

Seconde édition d'une enquête provinciale sur les attitudes et les conduites parentales relatives à la discipline des enfants, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004* présente l'état de la situation et son évolution quinquennale. La prévalence annuelle de la discipline non violente, de l'agression psychologique, de la violence physique mineure et de la violence physique sévère envers les enfants de 0 à 17 ans est estimée à partir d'une série d'éléments composant le *Parent-Child Conflict Tactics Scales*. De plus, les facteurs associés à ces conduites à caractère violent sont examinés, dont l'âge et le sexe de l'enfant, les caractéristiques socioéconomiques des parents, leurs attitudes quant à la punition corporelle, les expériences de discipline vécues dans leur enfance et la présence de violence conjugale. Les pères et les mères sont comparés quant à leurs attitudes et aux facteurs associés aux conduites à caractère violent qu'ils déclarent. Ces données représentatives des enfants québécois découlent d'entrevues téléphoniques réalisées auprès d'échantillons indépendants, soit 3 148 mères et 953 pères interrogés au sujet d'un enfant vivant avec eux ou dont ils ont la garde au moins la moitié du temps. Les résultats sont discutés au regard de l'état actuel des connaissances relatives à cette problématique, et des pistes d'intervention sont suggérées. Ce rapport est une source incontournable d'information pour qui s'intéresse à ce problème de santé publique.

Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans, 2002 Institut de la statistique du Québec

Réalisée au printemps 2002, l'*Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans* permet de produire, pour la première fois au Québec, des données fiables sur divers aspects de l'alimentation des enfants avant leur entrée dans le système scolaire. Elle a été menée dans le cadre de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ, 1998-2011) auprès de 1 550 enfants, de leurs parents et de responsables de milieux de garde.

Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004 Institut de la statistique du Québec

L'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004* a pour objectif principal de suivre l'évolution de l'usage de la cigarette, de la consommation d'alcool et de drogues et de la participation aux jeux de hasard et d'argent chez les élèves québécois du secondaire. Cette étude est la quatrième d'une série d'enquêtes biennales ayant débuté en 1998. À l'automne 2004, 4 726 élèves de la 1^{re} à la 5^e secondaire (94,7 % des élèves choisis), fréquentant 175 classes réparties dans 158 écoles francophones et anglophones, publiques et privées, de la province (98,9 % des écoles retenues) ont répondu au questionnaire de l'enquête. Toutes les données reposent sur des auto-évaluations issues d'un questionnaire anonyme administré en classe par un intervieweur.

Enquête sur la santé dentaire, Québec, 1983-1984

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale dans laquelle on a examiné entre les mois d'octobre 1983 et de juin 1984 des échantillons représentatifs des écoliers du Québec de 2^e et de 6^e année, de 13 et 14 ans. Chez ces derniers, on mesure certains facteurs de risque et on vérifie la présence de caries dentaires, de maladies périodontaires et de problèmes d'occlusion.

Enquête sur la santé dentaire, Québec, 1989-1990

Le but de cette enquête est de mesurer la prévalence de la carie dentaire, des problèmes gingivaux, des besoins de traitements orthodontiques, de la fluorose dentaire sur les dents antérieures, ainsi que la condition et les habitudes d'hygiène buccale d'un échantillon d'écoliers québécois de 2^e année, de 6^e année, de secondaire II et de secondaire V, durant l'année scolaire 1989-1990. L'enquête utilise, pour chacun des niveaux scolaires, un échantillon stratifié probabiliste à plusieurs degrés. Le plan de sondage respecte le principe de l'équiprobabilité de sélection des écoliers de chacun des niveaux scolaires ; les taux de sondage furent établis à partir des statistiques fournies par le ministère de l'Éducation du Québec, en mars 1988. Le Québec est découpé en régions sociosanitaires et comprenait, au moment de l'enquête, 157 territoires de CLSC (centres locaux de services communautaires).

Nous avons donc sélectionné un échantillon plus large de 5 233 écoliers du primaire et de 3 614 écoliers du secondaire. Au primaire, il y a eu 831 refus de participer à l'étude ou absences au moment de l'examen, soit une perte de 15,7 % des sujets pour 4 022 examens réalisés. Au secondaire, les refus et les absences furent plus élevés soit 1 018 sujets ou 28,1 % de l'échantillon de 3 614 écoliers pour 2 596 examens réalisés.

Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans

Pour chaque niveau scolaire, un échantillon stratifié à plusieurs degrés a été tiré. La représentativité visée était régionale en 6^e année et provinciale en 2^e secondaire. Chez les enfants de 6^e année, le taux de participation a été de 75,3 % (N = 7 336) à l'examen dentaire et de 90,4 % (N = 8 805) pour le questionnaire aux parents. Chez les enfants de deuxième secondaire, ces taux ont été respectivement de 54,3 % (N = 1 353) et 69,4 % (N = 1 730). Les examens cliniques ont été réalisés entre novembre 1996 et juin 1997 par dix-sept dentistes préalablement formés aux critères diagnostiques et uniformes dans leur appréciation.

Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans

L'étude visait une représentativité provinciale chez les élèves de maternelle et régionale chez les élèves de 2^e année. Pour chaque niveau scolaire, on a utilisé un échantillon probabiliste. Entre novembre 1998 et juin 1999, treize dentistes ayant reçu une formation visant l'uniformisation de leur appréciation des critères diagnostiques, ont examiné, en milieu scolaire, 2 512 élèves de maternelle et 5 079 écoliers de 2^e année. Le taux de participation à l'examen a été de 71 % en maternelle et de 80 % en 2^e année ; celui des parents, au questionnaire auto-administré, a été de plus de 80 % pour chaque niveau scolaire.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1 (2005) Statistique Canada

L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) est une enquête transversale qui vise à recueillir des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé de la population canadienne. Le cycle de collecte des données de l'ESCC s'étend actuellement sur deux années. La première année du cycle, indiquée par la notation « .1 », correspond à une enquête générale sur la santé de la population réalisée auprès d'un grand échantillon et conçue pour fournir des estimations fiables à l'échelle de la région sociosanitaire. La deuxième année du cycle, représentée par la notation « .2 », a un plus petit échantillon et est conçue pour fournir des données à l'échelle provinciale sur des sujets particuliers ayant trait à la santé. Le fichier de micro-données à grande diffusion

(FMGD) contient les données recueillies entre janvier 2005 et décembre 2005 pour le cycle 3.1 de l'ESCC. Ces données sont obtenues auprès de personnes âgées de 12 ans et plus vivant dans des logements privés dans cent-vingt-deux régions sociosanitaires couvrant toutes les provinces et les territoires. Sont exclues de la base de sondage, les personnes vivant sur les réserves indiennes et les terres de la Couronne, les résidents des établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les personnes vivant dans certaines régions éloignées. L'ESCC couvre environ 98 % de la population canadienne âgée de 12 ans et plus.

La taille d'échantillon au Canada est de 132 221 répondants. La taille d'échantillon au Québec est de 29 165 répondants dont 5 125 répondants de 12 à 24 ans, 2 502 répondants de 12 à 17 ans, 2 623 répondants de 18 à 24 ans et 5 801 parents québécois.

Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois (ESSEA, 1999)

Institut de la statistique du Québec

L'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* s'intéresse à la santé physique et mentale et au bien-être des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans. L'enquête fournit des renseignements provenant des jeunes, de leurs parents et des directions d'école, et comporte de plus un important volet cardiovasculaire et des mesures physiologiques. Ce rapport dresse un portrait des jeunes en cinq sections : caractéristiques des jeunes et de leurs milieux de vie, relations des jeunes avec leurs milieux de vie, habitudes de vie, état de santé physique, santé mentale et adaptation sociale. L'enquête a été réalisée auprès de 3 700 enfants dans 182 écoles primaires et secondaires de l'ensemble du Québec, à l'hiver et au printemps 1999.

L'étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ)

Institut de la statistique du Québec

Sous la gouverne de l'Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec, les données ont été recueillies auprès d'un échantillon initial représentatif de 2 120 enfants, nés de mères résidant au Québec en 1997-1998 et qui sont suivis de façon annuelle.

La population visée par l'enquête est l'ensemble des bébés (naissances simples seulement)⁶ qui étaient âgés d'environ cinq mois au début de chaque période de collecte. Notons que les enfants nés de mères pour lesquelles on ne disposait pas de la durée de grossesse ou qui vivaient dans les régions sociosanitaires 10 (Nord-du-Québec), 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) ainsi que sur les réserves amérindiennes ont été exclus de l'échantillon initial. En raison de la variation de la durée de grossesse et de la durée allouée à chaque période de collecte (4 à 5 semaines), tous les nourrissons n'ont pas exactement le même âge chronologique au moment de la collecte. Ainsi, lors du premier volet, réalisé en 1998, les enfants étaient âgés en moyenne de 5 mois.

L'ELDEQ s'articule autour de plusieurs instruments de collecte servant à recueillir l'information sur la personne qui connaît le mieux l'enfant, son conjoint ou sa conjointe s'il y a lieu, l'enfant cible et les parents biologiques non résidents le cas échéant. Toutes les données présentées dans ce texte ont pu être pondérées et les estimations présentées ont toutes fait l'objet d'ajustements visant à réduire les biais potentiels.

Pour plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur la méthodologie d'enquête et les données présentées, on peut consulter le site internet de l'ELDEQ : www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca

6. Les couples de jumeaux (naissances gémellaires) et les autres naissances multiples ne sont pas visés par l'enquête. De plus, parmi les naissances simples, une très faible proportion des bébés pour lesquels la durée de gestation s'élevait à moins de 24 semaines ou à plus de 42 semaines ont été exclus (soit environ 0,1 % des naissances).

ANNEXE 4

Tableaux et figures complémentaires

Tableau A.1

Taux de faible revenu et taux d'assistance sociale des enfants
(personnes de moins de 18 ans), Québec, 1995-2006

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
SFR-API	18,2	20,1	22,4	18,6	14,8	16,0	14,5	11,3	10,9	11,1	9,6	
MFR-API		12,9	13,6	11,9	11,3	11,2	12,5	10,1	9,6	8,2	8,0	
MPC						16,0	15,2	11,6				
Taux d'assistance sociale (0-17 ans)	14,7	15,0	14,4	12,9	11,5	10,5	9,7	9,3	8,8	8,5	8,2	7,9

SFR-API : seuil de faible revenu après impôt

MFR-API : mesure de faible revenu après impôt

MPC : mesure du panier de consommation

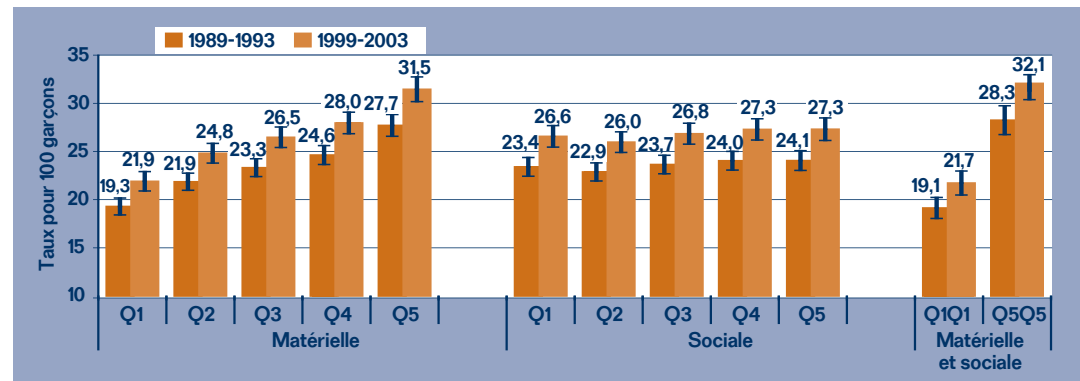
Le taux d'assistance sociale est établi sur la population de 0 à 64 ans.

Sources : Statistique Canada. *Tendances du revenu au Canada, 1980-2004*, cédérom ; Institut de la statistique du Québec ; Ressources humaines et Développement social Canada, 2006 ; MESS, *Fichiers administratifs*, compilations de la DGARES, mai 2007.

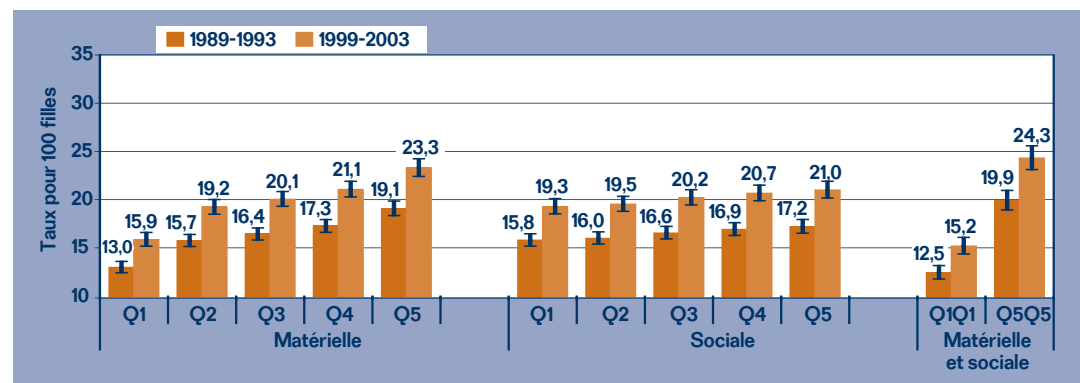
Figure A.2

Taux d'hospitalisation, toutes causes, en soins physiques de courte durée chez les moins de 1 an, selon le sexe, le quintile de défavorisation matérielle, le quintile de défavorisation sociale et le croisement des quintiles extrêmes de défavorisation matérielle et sociale, Québec, 1989-1992 et 1999-2002

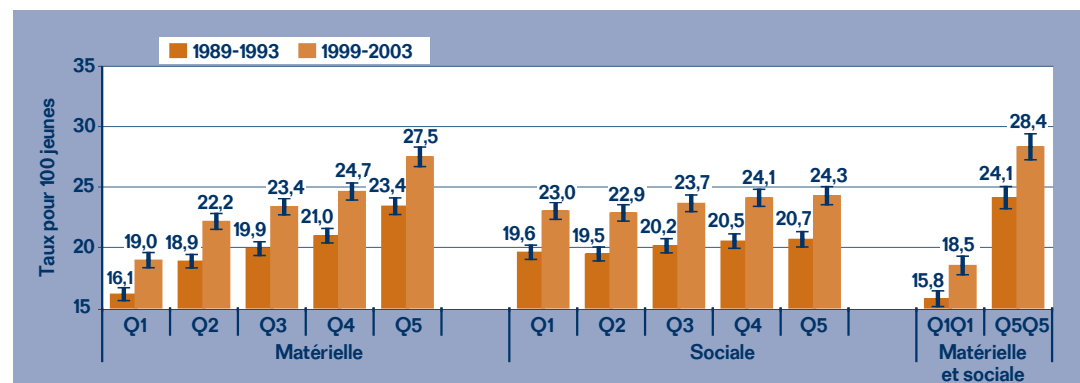
Garçons



Filles



Sexes réunis



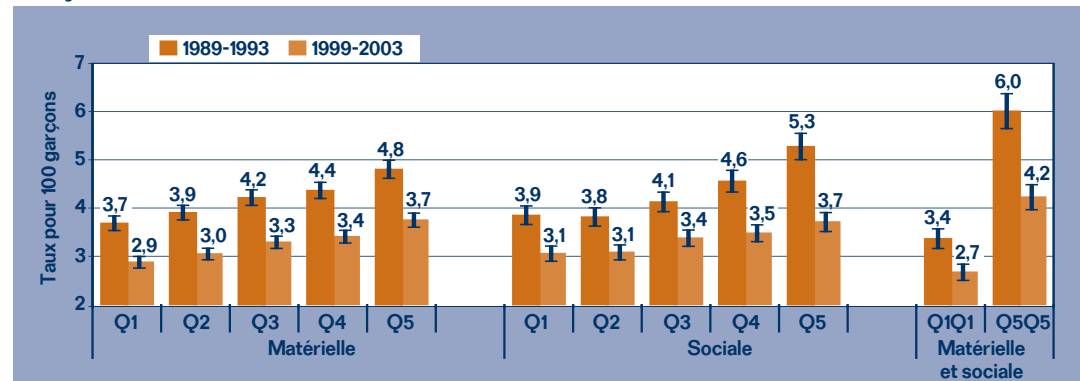
I : Intervalle de confiance à 95 %.

Source : Fichier des hospitalisations.

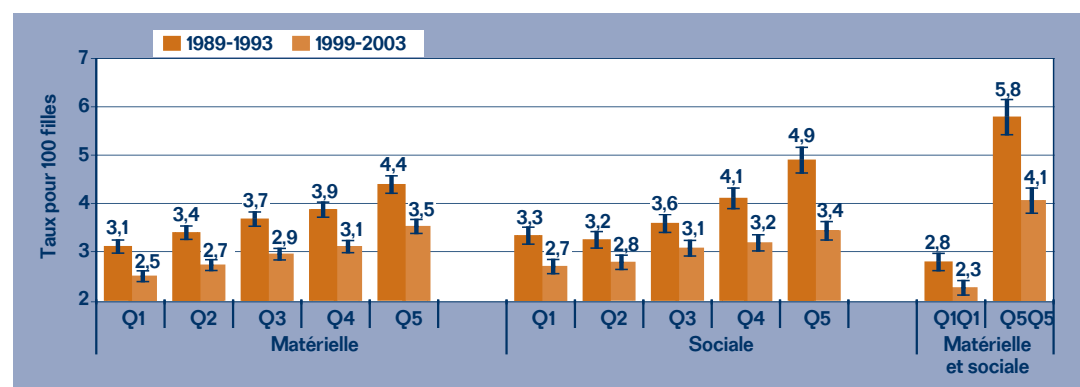
Figure A.3

Taux d'hospitalisation, toutes causes, en soins physiques de courte durée chez les 1 à 17 ans, selon le sexe, le quintile de défavorisation matérielle, le quintile de défavorisation sociale et le croisement des quintiles extrêmes de défavorisation matérielle et sociale, Québec, 1989-1992 et 1999-2002

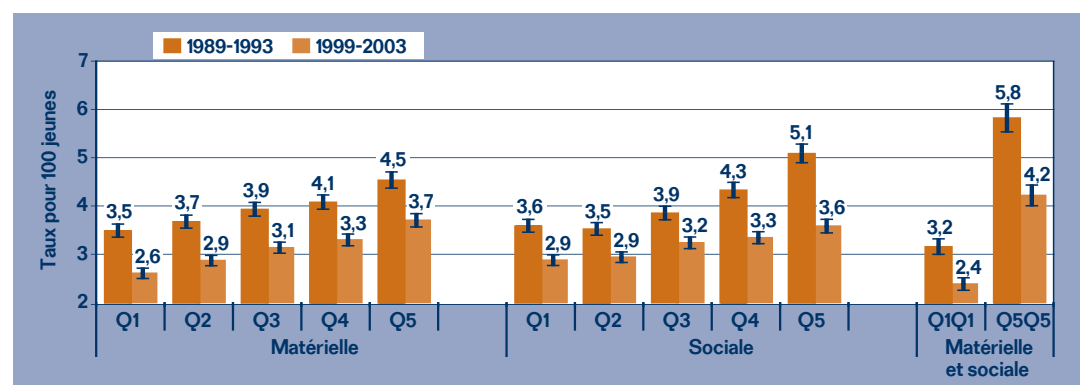
Garçons



Filles



Sexes réunis



I : Intervalle de confiance à 95 %.

Source : Fichier des hospitalisations.

Tableau A.2

Taux d'hospitalisation¹ chez les jeunes de 1 à 17 ans les plus favorisés et défavorisés sur les plans matériel et social² selon la cause de décès, Québec, 1989-1992 et 1999-2002

Cause d'hospitalisation		Défavorisés		Favorisés	
		1989-1992	1999-2002	1989-1992	1999-2002
Troubles mentaux	Tx	1,5	**2,5**	0,7	**1,5**
	IC	(1,4;1,7)	(2,3;2,8)	(0,7;0,8)	(1,3;1,6)
Maladies respiratoires	Tx	16,2	11,5	8,7	5,9
	IC	(15,3;17,2)	(10,7;12,2)	(8,1;9,2)	(5,5;6,3)
Traumatisme et empoisonnements	Tx	7,8	**5,7**	4,7	**4,1**
	IC	(7,4;8,2)	(5,4;6,0)	(4,5;4,9)	(3,9;4,4)

1 : Taux d'hospitalisations (nombre d'hospitalisations/population) pour 1 000 jeunes.

2 : Il s'agit des groupes correspondant au croisement des quintiles (5 et 5) ou (1 et 1) sur les deux dimensions de l'indice de défavorisation.

IC : Intervalle de confiance à 95 % de probabilité.

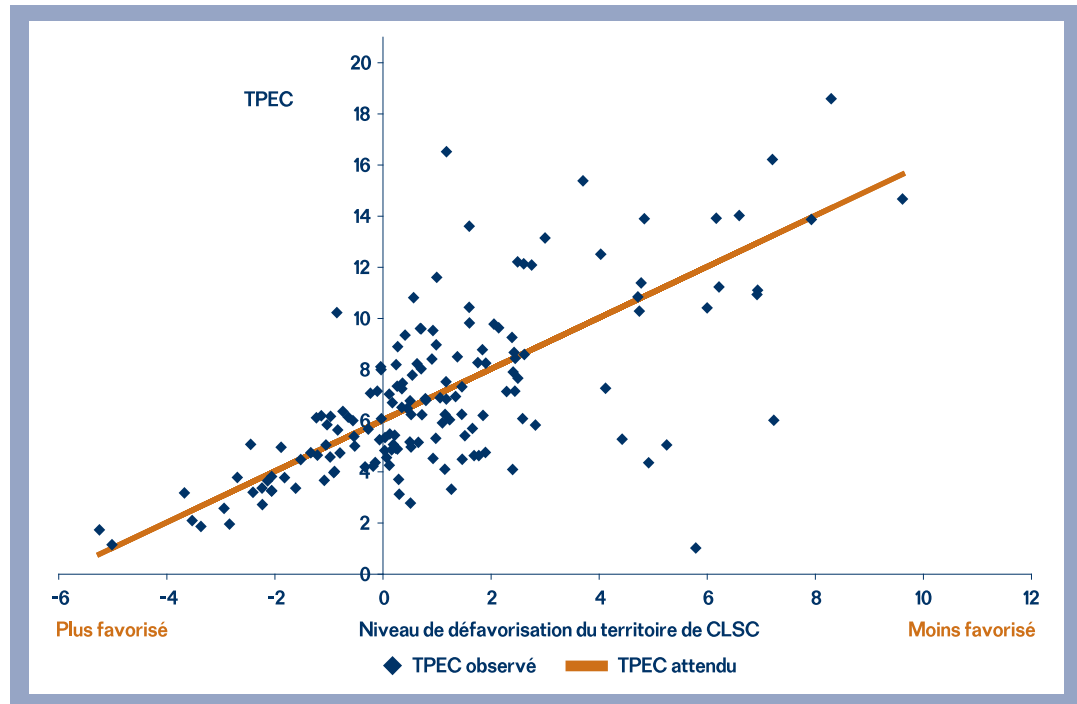
Différence de taux d'hospitalisation (défavorisés – favorisés) en 1999-2002 plus faible qu'en 1989-1992, $p < 0,05$.

** ** Ratio de taux d'hospitalisation (défavorisés/favorisés) en 1999-2002 plus faible qu'en 1989-1992, $p < 0,05$.

Source : Fichier des hospitalisations.

Figure A.4

Taux de prise en charge (TPEC) en protection de la jeunesse selon la défavorisation du territoire de CLSC, Québec, 2002-2003 à 2005-2006

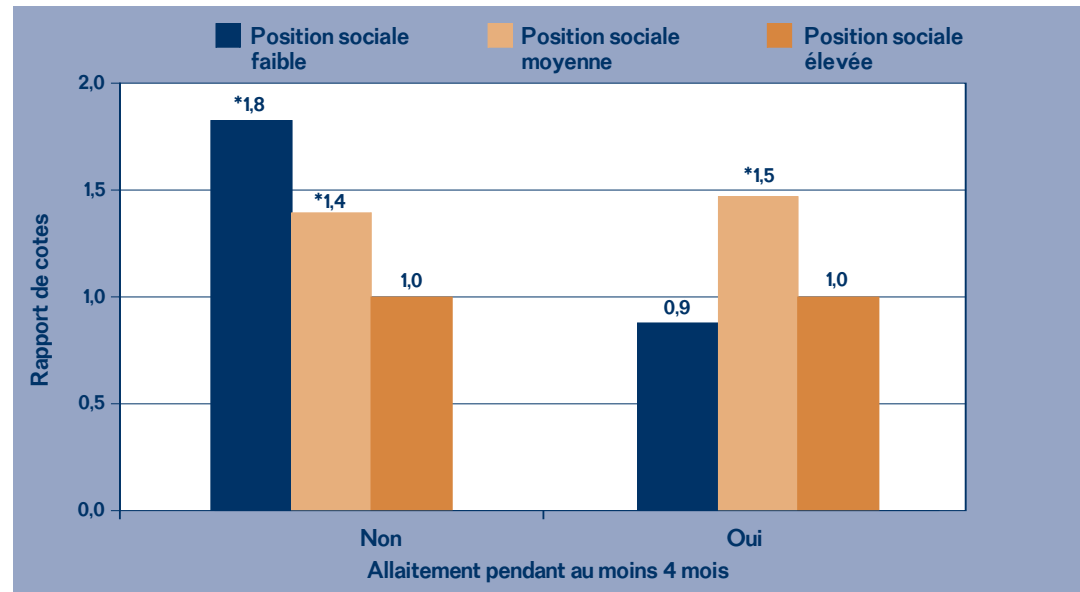


Note : 66 % de l'écart entre les taux observés de prise en charge est attribuable au degré de défavorisation du territoire d'appartenance des jeunes.

Source : Banque Commune CJ-LPJ – Calculs effectués par la Direction de l'allocation des ressources - MSSS.

Figure A.5

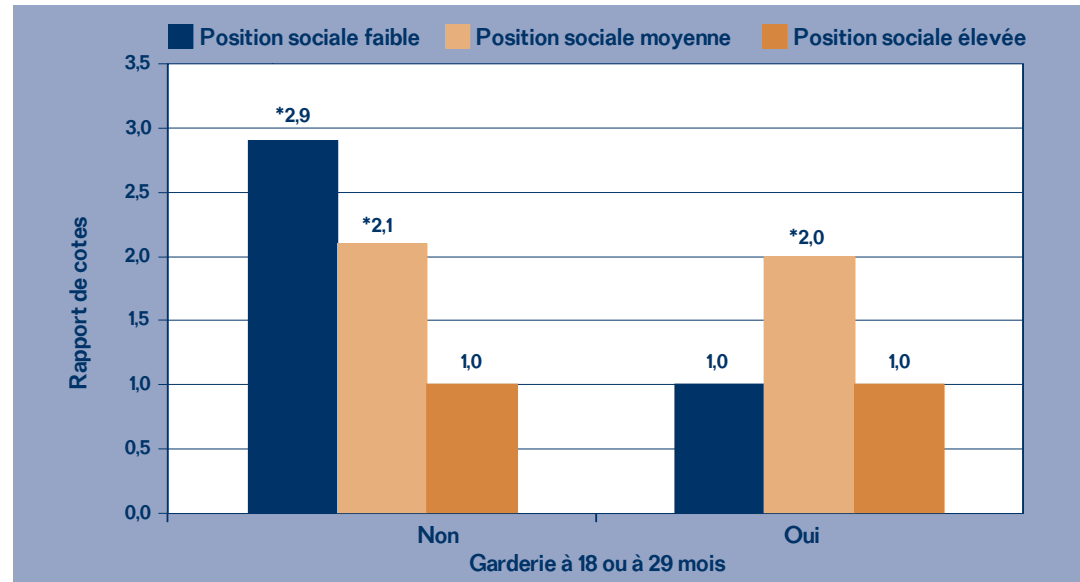
Liens entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant selon le mode d'alimentation, Québec, 1998-2004



Note : * Différence significative avec la catégorie de référence (position sociale élevée : indice = 1,0) au seuil de 5 %.

Figure A.6

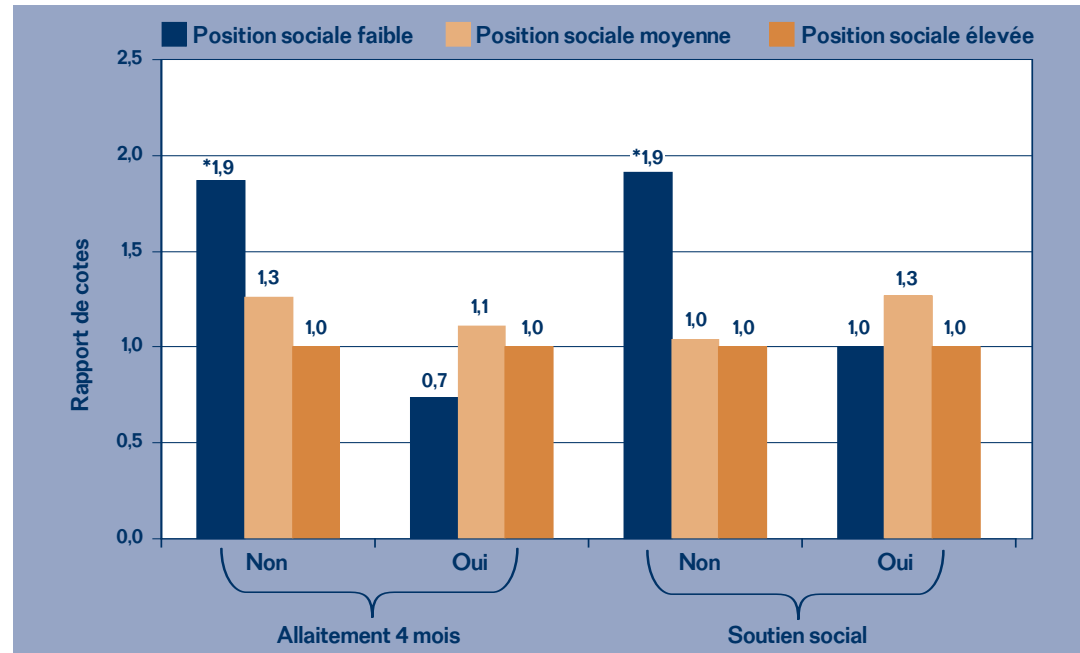
Liens entre la position sociale de la famille en bas âge et les faibles habiletés langagières à 6 ans selon la fréquentation précoce de la garderie, Québec, 1998-2004



Note : * Différence significative avec la catégorie de référence (position sociale élevée : indice = 1,0) au seuil de 5 %.

Figure A.7

Liens entre la position sociale de la famille et l'hyperactivité/inattention selon le mode d'alimentation et le soutien social, Québec, 1998-2004



Note : * Différence significative avec la catégorie de référence (position sociale élevée : indice = 1,0) au seuil de 5 %.

Annexe 5

Tableau synthétique des écarts de santé selon le niveau socioéconomique
chez les enfants de moins de 18 ans

INDICATEUR DE SANTÉ	Population	Résultats		Source des données ¹
		Catégorie défavorisée	Catégorie favorisée	
Indicateur socioéconomique ¹				
3.1 La santé physique				
Taux de mortalité - toutes causes (pour 100 000)				
Garçons				
Indice de défavorisation	0-17 ans	83,6	30,5	RED
Filles				
Indice de défavorisation		50,6	27,8	
Total				
Indice de défavorisation		65,9	29,5	
Taux d'hospitalisation - toutes causes (%)				
Garçons				
Indice de défavorisation	< 1 an	32,1	21,7	MED-ÉCHO
Filles				
Indice de défavorisation		24,3	15,2	
Total				
Indice de défavorisation		28,4	18,5	
Taux d'hospitalisation - toutes causes (%)				
Garçons				
Indice de défavorisation	1-17 ans	4,2	2,7	MED-ÉCHO
Filles				
Indice de défavorisation		4,1	2,3	
Total				
Indice de défavorisation		4,2	2,4	
Taux d'hospitalisation - maladies respiratoires (pour 1 000)				
Garçons				
Indice de défavorisation	1-17 ans	13,0	7,0	MED-ÉCHO
Filles				
Indice de défavorisation		9,8	4,7	
Total				
Indice de défavorisation		11,5	5,9	
Taux d'hospitalisation - traumatismes et empoisonnements (pour 1 000)				
Garçons				
Indice de défavorisation	1-17 ans	7,0	5,3	MED-ÉCHO
Filles				
Indice de défavorisation		4,2	3,1	
Total				
Indice de défavorisation		5,7	4,1	

* Précision passable, coefficient de variation entre 15% et 25%, interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation > 25%, fournie à titre indicatif seulement.

Note 1 : Voir la légende à la fin du tableau pour le détail des sources et des catégories. Pour la définition des indicateurs socioéconomiques, voir l'annexe 2. Les données en italiques indiquent que les valeurs des catégories « défavorisée » et « favorisée » ne diffèrent pas significativement, bien que l'association entre cette variable et l'indicateur socioéconomique soit statistiquement significative au seuil de 5 %.

INDICATEUR DE SANTÉ	Population	Résultats		Source des données ¹
		Catégorie défavorisée	Catégorie favorisée	
Indicateur socioéconomique ¹				
3.1 La santé physique (suite)				
Taux d'hospitalisation - traumatismes non intentionnels - blessures sévères (risques relatifs)				
Ensemble des traumatismes non intentionnels				
Dimension matérielle de l'indice de défavorisation		1,40	1,00	
Traumatismes crâniens et intracrâniens				
Dimension matérielle de l'indice de défavorisation		2,56	1,00	
Piétons				
Dimension matérielle de l'indice de défavorisation	0-14 ans	5,86	1,00	MED-ÉCHO
Intoxications accidentelles				
Dimension matérielle de l'indice de défavorisation		1,91	1,00	
Activités sportives et récréatives				
Dimension matérielle de l'indice de défavorisation		0,85	1,00	
Naissances de faible poids (%)				
Indice de défavorisation	—	6,9	4,4	RED
Asthme (%)				
Revenu brut du ménage	9 ans	21,0	* 12,9	ESSEA 1999
Otites (%)				
Indicateur de position sociale	6 ans	23,9	14,3	ELDEQ - Volet 7
Embonpoint (%)				
Indicateur de position sociale	6 ans	24,1	9,0	ELDEQ - Volet 7
Santé buccodentaire				
Nombre de caof	7-8 ans	9,13	3,53	ESD 1998-1999
Scolarité des parents				
3.2 La santé mentale				
Détresse psychologique (%)				
Revenu du ménage	12-24 ans	* 11,4	* 3,8	ESCC 2005
Perception de l'état de santé mentale - passable ou mauvaise (%)				
Seuil ISQ				
Revenu du ménage	12-24 ans	** 6,5	* 2,7	ESCC 2005
Idéation suicidaire (%)				
Revenu du ménage	15-24 ans	* 17,2	11,2	ESCC 2005
Taux d'hospitalisation - troubles mentaux (pour 1 000)				
Garçons				
Indice de défavorisation		2,5	1,1	MED-ÉCHO
Filles				
Indice de défavorisation	1-17 ans	2,6	1,9	
Total				
Indice de défavorisation		2,5	1,5	

* Précision passable, coefficient de variation entre 15% et 25%, interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation > 25%, fournie à titre indicatif seulement.

INDICATEUR DE SANTÉ		Résultats		Source des données¹
Indicateur socioéconomique¹	Population	Catégorie défavorisée	Catégorie favorisée	
3.3 Les problèmes de développement				
Retards de langage (%) Indicateur de position sociale	6 ans	72,4	39,1	ELDEQ - Volet 7
Hyperactivité (%) Indicateur de position sociale	6 ans	66,3	37,2	ELDEQ - Volet 7
Retards scolaires (%) Indice de milieu socioéconomique	2 ^e cycle du primaire 3 ^e cycle du primaire 1 ^{er} cycle du secondaire	11,5 14,4 22,9	3,4 4,4 7,6	Banque de cheminement scolaires (MELS)
Difficultés d'apprentissage ou troubles du comportement à l'école (%) Revenu relatif du ménage Scolarité des parents	13 ans 9 ans	* 32,8 30,5	* 12,4 18,6	ESSEA 1999
Troubles graves du comportement à l'école Indice de milieu socioéconomique	Primaire Secondaire	0,6 1,4	0,1 0,4	Banque de cheminement scolaires (MELS)
Taux de diplomation au secondaire Indice de milieu socioéconomique	Secondaire	62,5	82,5	Banque de cheminement scolaires (MELS)
3.4 L'adaptation sociale				
Nouvelles prises en charge en protection de la jeunesse (pour 1 000)	0-17 ans	14,67	1,73	
Pratiques éducatives des parents (%) Agression psychologique répétée Scolarité de la mère Violence physique mineure Scolarité de la mère Revenu du ménage Violence physique sévère Statut d'emploi de la mère Perception de la situation financière Indice de revenu	0-17 ans 0-17 ans 0-17 ans (G) 0-17 ans 0-17 ans 0-17 ans 0-17 ans	49,4 39,7 ** 51,0 8,4 * 11,7 10,3	53,9 44,4 40,7 5,6 5,9 5,5	EVF 2004
Jeux de hasard Âge moyen d'initiation (en années) Structure familiale Jeu problématique (%) Structure familiale	12-17 ans	11,0 ans * 10,6	10,4 ans 6,3	EQJS 2004
Consommation de drogues (%) Consommation au cours d'une année Structure familiale Indice de dépendance (DEP-ADO) Structure familiale	12-17 ans	44,9 9,2	33,0 4,4	EQJS 2004
Fécondité à l'adolescence (pour 1 000) Indice de défavorisation	15-19 ans	42,6	2,5	RED

* Précision passable, coefficient de variation entre 15% et 25%, interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation > 25%, fournie à titre indicatif seulement.

INDICATEUR DE SANTÉ	Population	Résultats		Source des données ¹
		Catégorie défavorisée	Catégorie favorisée	
Indicateur socioéconomique ¹				
3.5 Les déterminants de la santé des enfants et des adolescents				
3.5.1 Les caractéristiques personnelles et les habitudes de vie des enfants				
Allaitement (%)				
Jusqu'à 4 mois				
Revenu du ménage		51,5	63,7	EAM 2005
Scolarité	6-7 mois	34,2	70,8	
Situation matrimoniale		44,7	66,9	
Pendant au moins 4 mois				
Indicateur de position sociale	6 ans	24,0	58,4	ELDEQ - Volet 7
Prise du petit déjeuner (%)				
Revenu familial	4 ans	88,9	95,5	ELDEQ 2002
Activité physique				
Proportion de jeunes sédentaires (%)				
Revenu du ménage	12-24 ans	* 13,0	8,6	ESCC 2005
Proportion de jeunes inactifs (%)				
Revenu du ménage	12-24 ans	39,9	31,9	ESCC 2005
Nombre de jours d'activité physique la semaine				
Scolarité des parents	13 ans	3,94	4,82	ESSEA 1999
Revenu brut du ménage	13 ans	4,22	4,93	ESSEA 1999
Nombre de jours d'activité physique le week-end				
Revenu relatif du ménage	9 ans	1,22	1,41	ESSEA 1999
Revenu brut du ménage	16 ans	1,06	1,25	ESSEA 1999
Scolarité des parents	16 ans	1,04	1,28	ESSEA 1999
Consommation d'alcool (%)				
Consommation au cours d'une année				
Structure familiale	12-17 ans	71,4	60,3	EQJS 2004
Buveurs réguliers				
Scolarité du ménage	12-17 ans	** 18,6	29,7	ESCC 2005
Consommation élevée d'alcool				
Structure familiale	12-17 ans	20,3	15,1	EQJS 2004
Fumeurs quotidiens (%)				
Structure familiale	12-17 ans	14,0	5,4	EQJS 2004
Revenu du ménage	12-24 ans	21,3	10,3	ESCC 2005
Scolarité du ménage	12-24 ans	* 31,5	11,9	ESCC 2005
Estime de soi (faible) (%)				
Revenu relatif	13 ans	* 37,1	* 16,9	ESSEA 1999
Scolarité du ménage	13 ans	29,0	19,7	ESSEA 1999
3.5.2 Les caractéristiques du milieu familial				
Perception de l'état de santé physique - passable ou mauvaise (%)				
Revenu du ménage	Parents	* 10,4	* 2,9	ESCC 2005

* Précision passable, coefficient de variation entre 15% et 25%, interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation > 25%, fournie à titre indicatif seulement.

INDICATEUR DE SANTÉ	Population	Résultats		Source des données ¹
		Catégorie défavorisée	Catégorie favorisée	
3.5.2 Les caractéristiques du milieu familial (suite)				
Présence de fumée secondaire (%)	12-17 ans	37,6	17,4	ESCC 2005
Revenu du ménage	12-17 ans	* 53,3	26,3	ESCC 2005
Scolarité du ménage				
Présence entre 5 mois et 6 ans	6 ans	23,8	2,6	ELDEQ - Volet 7
Indicateur de position sociale				
Consommation de tabac (%)	Parents	41,9	33,0	EQJS 2004
Structure familiale				
Consommation de tabac durant la grossesse (%)	Mères	28,2	* 5,5	EAM 2005
Revenu du ménage		44,3	* 4,8	
Scolarité		40,7	5,8	
Situation matrimoniale				
Consommation d'alcool (régulièrement) (%)	Parents	** 15,5	54,6	ESSEA 1999
Revenu relatif du ménage				
Consommation d'alcool durant la grossesse (%)	Mères	25,9	43,5	EAM 2005
Revenu du ménage				
Satisfaction dans les loisirs - insatisfait ou très insatisfait (%)	Parents	* 13,9	11,1	ESCC 2005
Revenu du ménage				
Stress parental (%)	Parents	32,3	23,0	EVF 2004
Scolarité de la mère				
Détresse psychologique (%)	Parents	* 10,6	* 2,8	ESCC 2005
Revenu du ménage		* 13,3	3,7	
État matrimonial				
Dépression (%)	Parents	* 11,4	* 5,3	ESCC 2005
Seuil ISQ		* 22,0	5,4	
Revenu du ménage				
État matrimonial				
Seuil Statistique Canada				
Revenu du ménage		* 9,3	* 4,3	
État matrimonial		* 18,3	* 4,6	
Idéation suicidaire (%)	Parents	* 21,1	8,6	ESCC 2005
État matrimonial				
Insécurité alimentaire (%)	9 ans	* 30,0	* 9,9	ESSEA 1999
Scolarité des parents				
Insécurité d'emploi - cote 4 (%)	Parents	** 14,4	* 3,5	ESCC 2005
Revenu du ménage				
Soutien social - ne pas en avoir du père (%)	13 ans	* 12,4	* 7,2	ESSEA 1999
Scolarité des parents				

* Précision passable, coefficient de variation entre 15% et 25%, interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation > 25%, fournie à titre indicatif seulement.

INDICATEUR DE SANTÉ	Population	Résultats		Source des données ¹
		Catégorie défavorisée	Catégorie favorisée	
Indicateur socioéconomique¹				
3.5.2 Les caractéristiques du milieu familial (suite)				
Fréquentation des garderies (%)				
Ne fréquente pas				
Revenu relatif du ménage	9 ans	73,3	37,2	ESSEA 1999
Scolarité des parents	9 ans	86,8	48,7	ESSEA 1999
Jamais fréquenté entre 17 mois et 6 ans				
Indicateur de position sociale	6 ans	9,0	2,6	ELDEQ - Volet 7
Fréquenté entre 17 mois et 6 ans				
Indicateur de position sociale	6 ans	3,3	27,3	ELDEQ - Volet 7
3.5.3 Les caractéristiques de la communauté				
Sentiment d'appartenance à la communauté locale - très faible (%)				
Revenu du ménage	Parents	18,1	7,6	ESCC 2005
Scolarité du ménage		* 16,4	9,4	
Soutien social - ne pas avoir un soutien élevé (%)				
Revenu du ménage	Parents	27,6	8,8	ESCC 2005
Scolarité du ménage	12-24 ans	* 17,2	7,4	ESCC 2005
Revenu du ménage	12-24 ans	* 16,1	* 7,0	ESCC 2005
Soutien social - oui (%)				
Indicateur de position sociale	6 ans	31,7	60,3	ELDEQ - Volet 7
Soutien du professeur - non (%)				
Scolarité des parents	9 ans	** 10,2	** 4,9	ESSEA 1999
Satisfaction et perception du quartier comme dangereux (%)				
Revenu du ménage	Parents	* 11,3	** 2,8	ESCC 2005
Revenu du ménage	12-24 ans	* 11,3	* 4,6	ESCC 2005
Revenu relatif du ménage	9 ans	* 31,5	** 7,5	ESSEA 1999
Indicateur de position sociale	6 ans	40,5	12,1	ELDEQ - Volet 7
3.6 L'utilisation des services de santé par les enfants et les adolescents				
Consultation d'un professionnel de la santé (%)				
Revenu du ménage	12-24 ans	* 8,4	* 2,4	ESCC 2005
Revenu du ménage	Parents	* 14,5	* 4,2	ESCC 2005
Consultation d'un omnipraticien (%)				
Indice de défavorisation	0-17 ans	74,0	63,9	RAMQ
Consultation d'un dentiste/orthodontiste (%)				
Dernière visite de + d'un an				
Revenu familial	5-8 ans	18,9	4,1	ESD 1998-1999
Non-consultation				
Indicateur de position sociale	6 ans	28,6	3,8	ELDEQ - Volet 7
Consultation irrégulière du dentiste				
Indicateur de position sociale	6 ans	74,4	46,1	ELDEQ - Volet 7
Participation au programme de santé dentaire (%)				
Indice de défavorisation	< 9 ans	42,8	55,8	RAMQ
Examens de la vue (%)				
Indice de défavorisation	0-17 ans	16,5	22,6	RAMQ

* Précision passable, coefficient de variation entre 15% et 25%, interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation > 25%, fournie à titre indicatif seulement.

Légende

Sources et catégories de l'indicateur socioéconomique disponible dans ces sources

	Catégorie défavorisée	Catégorie favorisée
<i>ESCC 2005 : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, 2005</i>		
Quartile de revenu du ménage	Inférieur	Supérieur
Scolarité du ménage	Moins qu'un DES	Diplôme post-secondaire
État matrimonial	Célibataire	Marié
<i>ESSEA 1999 : Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999</i>		
Indice de revenu relatif du ménage	Très faible	Très élevé
Revenu brut du ménage	Moins de 30 000 \$	80 000 \$ et plus
Scolarité des parents	Primaire/secondaire incomplet	Université
<i>EQJS 2004 : Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les jeunes du secondaire, 2004</i>		
Structure familiale	Monoparentale	Biparentale
<i>EVF 2004 : Enquête La violence dans la vie des enfants du Québec, 2004</i>		
Scolarité de la mère	Primaire ou secondaire	Collégial ou universitaire
Revenu du ménage	Moins de 25 000 \$	55 000 \$ et plus
Statut d'emploi de la mère	Sans emploi	Occupe un emploi rémunéré
Indice de revenu	Faible revenu	Revenu moyen/élevé
<i>EAM 2005 : Enquête sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006</i>		
Revenu du ménage	Moins de 30 000 \$	80 000 \$ et plus
Scolarité	Moins qu'un secondaire	Université
Situation matrimoniale	Monoparentale	Marié
<i>EQJS 2004 : Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les jeunes du secondaire, 2004</i>		
Structure familiale	Monoparentale	Biparentale
<i>ESD 1998-1999 : Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans</i>		
Scolarité des parents	Moins qu'un 5 ^e secondaire	Université
Revenu familial	Moins de 30 000 \$	50 000 \$ et plus
<i>Banque de cheminements scolaires - MELS (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport)</i>		
Indice de milieu socioéconomique	Décile 10	Décile 1
<i>RAMQ : Données de la Régie de l'assurance maladie du Québec</i>		
Indice de défavorisation	Quintile 5 (Q5Q5)	Quintile 1 (Q1Q1)
<i>RED : Registre des événements démographique</i>		
Indice de défavorisation	Quintile 5 (Q5Q5)	Quintile 1 (Q1Q1)
<i>MED-ÉCHO : Données sur la clientèle hospitalière</i>		
Indice de défavorisation	Quintile 5 (Q5Q5)	Quintile 1 (Q1Q1)
<i>ELDEQ - Volet 7 : Étude longitudinale du développement des enfants du Québec</i>		
Indicateur de position sociale	Faible	Élevée
<i>ELDEQ 2002 : Étude longitudinale du développement des enfants du Québec – volet nutrition</i>		
Revenu du ménage	Moins de 30 000 \$	60 000 \$ et plus

Références bibliographiques

- ACHESON, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report*, Londres : Stationery Office, 164 p., disponible à l'adresse suivante : <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm>
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2005). *Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise - Objectif jeunes : comprendre, soutenir*, Direction de prévention et de santé publique, 108 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2007). *Loi canadienne sur la qualité de l'air : une question de santé publique*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, disponible à l'adresse suivante : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Environnement/airexterieur/loicanadienne.html>
- ASSOCIATION CANADIENNE DES BANQUES ALIMENTAIRES (2006). *Bilan-Faim 2006*, 50 p.
- ATKINSON, A.B. (1987). « On the measurement of poverty », *Econometrica*, n° 55, p. 759-764.
- AUBIN, Jacinthe, Claudette LAVALLÉE, Jocelyne CAMIRAND, Nathalie AUDET et autres (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 520 p.
- AUDET, M. et P. MAKDISSI (à paraître). « Assessing the impact of historical changes in social protection on poverty in Canada », *Applied Economics Letters*.
- BÉLANGER, Alain ET Stéphane GILBERT (2006). « La fécondité des immigrantes et de leurs filles au Canada », Ottawa, *Rapport sur l'état de la population du Canada, 2002*, n° 91-209-XIF au catalogue, Statistique Canada, p. 135-161.
- BENZEVAL, M. ET K. JUDGE (2001). « Income and health: The time dimension », dans *Social Science and Medicine*, n° 52, p. 1379.
- BERNARD, Paul et Hicham RAÏQ (2007). *La pauvreté chez les familles avec enfants dans les pays de l'OCDE et dans les principales provinces canadiennes*, rapport de recherche, Département de sociologie, Université de Montréal.
- BERTRAND L., F. THÉRIEN, M.S. CLOUTIER et P. PITRE (2006). *Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- BLACK, D., et al. (1980). *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*, Londres : Department of Health and Social Security.
- BLANE, D. (2001). « The life course. The social gradient and health », dans M.G. Marmot et R.G. Wilkinson, *Social determinants of health*, Oxford : Oxford University Press, p. 64-80.
- BLANE, D., E. BRUNNER et R. WILKINSON (1996). *Health and Social Organization: Towards a Health Policy for the Twenty First Century*, New York : Routledge.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- BRUNNER, E. et M.G. MARMOT (2001). « Social organization, stress, and health », dans M.G. Marmot et R.G. Wilkinson, *Social determinants of health*, Oxford : Oxford University Press, p.17-43.
- CAMPAGNE 2000 (2006). *Oh Canada ! Trop d'enfants pauvres et depuis trop longtemps*, Rapport 2006 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada, 6 p., disponible à l'adresse suivante : http://www.campaign2000.ca/fr/a_propos/contact.html
- CHAMBRE DES COMMUNES DU PARLEMENT DU CANADA (1991). *Les enfants du Canada, notre avenir : rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine*, 114 p.
- CLÉMENT, Marie-Ève, et al. (2005). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 162 p.
- COEN, S.E. et N.A. ROSS (2006). « Exploring the material basis for health: characteristics of parks in Montreal neighborhoods with contrasting health outcomes », *Health Place*, vol. 12, n° 4, p. 361-371.
- COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LA SÉCURITÉ DE LA SANTÉ (2004). *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : Orientations stratégiques et activités recommandées*, décembre, 10 p.
- COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE LIÉES À LA PAUVRETÉ (2002). *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : Orienter et soutenir l'action !*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 52 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2006a). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002. Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés*, Québec, 213 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2006b). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002. Rapport des Premières Nations vivant hors communauté*, Québec, 81 p.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (2007). *Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes - Interim statement*, Genève, 72 p., disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/cdsh_interim_statement_final_07.pdf

CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC et CONSEIL DES DIRECTEURS DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1999). *Agir ensemble pour le bien-être et la santé des enfants et des adolescents*, Québec, mars 1999, 65 p.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE D'ALMA ATA SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES, OMS/EUROPE (1978). *Déclaration d'Alma Ata*, disponible à l'adresse suivante : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?/language=French

CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE (2007). *Transitions familiales. Le rapport annuel 2004-2005 sur la situation et les besoins des familles et des enfants*, Québec, 234 p.

CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE (2005). *Le rapport annuel 2004-2005 sur la situation et les besoins des familles et des enfants : 5 bilans et perspectives*, Québec, 224 p.

CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL (2007). *Résoudre la pauvreté - Quatre pierres angulaires d'une stratégie nationale pour le Canada*, 24 p.

CROMBIE, Iain, et al. (2005). « Closing the health inequalities gap : An international perspective », Copenhague, OMS Europe, 75 p.

CURRIE, Candace, et al. (2004). *Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/2002 Survey, Health Policy for Children and Adolescents*, n° 4, World Health Organization, Regional Office for Europe, Danemark, 237 p.

DAHLGREN, G. et M. WHITEHEAD (1992). *Policies and Strategies to Promote Equity in Health*, Copenhague, Organisation mondiale de la santé, 50 p.

DAVELUY, C. et al., (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p.

DAVEY SMITH, G. (2003). *Inequalities in Health : Life Course Perspectives*, Bristol : Policy Press, 592 p.

DESROSIERS, Hélène, Brigitte BÉDARD et Lise DUBOIS (2006). « Alimentation et poids corporel avant l'entrée à l'école : il y a place à amélioration », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, décembre, 8 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE (2005). *Objectif jeunes : comprendre, soutenir*, rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population, 108 p.

DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005). *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*, Québec, Gouvernement du Québec.

DROUIN, Carl, et al. (2004). *Grandir en qualité 2003. Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 597 p.

DUBÉ, Gaétane, et al. (2005). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002 ?*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 186 p.

DUCHESNE, Louis (2005). *La situation démographique au Québec, bilan 2005 - Les familles au tournant du XXI^e siècle*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 344 p.

DUCHESNE, Louis (2002). « Les enfants et le divorce : de plus en plus de gardes partagées », *Données sociodémographiques en bref*, vol. 7 no 1, octobre, p. 1-2.

EDWARDS, Peggy (2004). *Les déterminants sociaux de la santé : un aperçu des répercussions sur les politiques et du rôle du secteur de la santé*, disponible sur le site de Santé Canada à l'adresse : http://phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/aperçu_repercussions/01_aperçu.html

ENGELS, F. (1845/1987). *The Condition of the Working Class in England*, New York : Penguin Classics.

EPP, Jack (1986). *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Santé et Bien-être social Canada, 13 p.

EVANS, Robert, et al. (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie des déterminants sociaux de la maladie*, New York, 359 p.

- FERLAND, M. (2002). *Variation des écarts de l'état de santé en fonction du revenu au Québec de 1987 à 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 78 p.
- FINNIE, Ross (2000). *The Dynamics of Poverty in Canada : What we Know, What we Can Do*, C.D. Howe Institute, commentaire no 145, septembre.
- FINNIE, ROSS (1997). *La dynamique de la rémunération au Canada : La mobilité de la rémunération des Canadiens 1982-1992*, Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique, Développement des ressources humaines Canada.
- FOURNIER, Louise (2001). *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*, vol. 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 129 p.
- FOURNIER, Louise, et al. (1998). *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec 1996-1997*, Santé Québec, 21 p.
- FOSTER, J.E., J. GREER et E. THORBECKE (1984). *A Class of Decomposable Poverty Measures*, dans *Econometrica*, vol. 52, no 3, p. 761-776.
- FRIEDMAN, Daniel J. (2002). *Shaping a Health Statistics Vision for the 21st Century. Final Report*, Department of Health and Humans Services Data Council: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Committee on Vital and Health Statistics, États-Unis, 84 p.
- GAGNÉ, Mathieu (2006). *Pauvreté et blessures non intentionnelles chez les enfants québécois*, Institut national de santé publique du Québec, présentation aux Journées annuelles de santé publique 2006, disponible à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/jasp/archives>
- GILLILAND, Jason A. et Nancy A. ROSS (2005). « Opportunities for video lottery terminal gambling in Montréal: An environmental analysis », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, n° 1, p. 55-59.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, L.R.Q. c. L-7.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2007a). *Allocution du premier ministre du Québec pour l'ouverture de la 1^{re} session de la 38^e législature*, 9 mai 2007.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2007b). *Discours sur le budget 2007-2008*, prononcé à l'Assemblée nationale par madame Monique Jérôme-Forget, ministre des Finances, le 24 mai 2007, 36 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2004a). *Concilier liberté et justice sociale : un défi pour l'avenir*, Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2004-2009, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 79 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2004b). *Un Québec digne des enfants : le plan d'action pour les enfants*, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 42 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2002). *La volonté d'agir, la force de réussir. Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, 54 p.
- GROUPE D'EXPERTS POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ (1991). *Un Québec fou de ses enfants : rapport du Groupe de travail sur les jeunes*, 179 p.
- HAYNES, R., R. READING et S. GALE (2003). « Household and neighbourhood risks for injury to 5-14 year old children », *Social Science & Medicine*, n° 57, p. 625-636.
- HESKETH K. et al. (2005). « Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child perceptions in Australia », *Health Promotion International*, vol. 20, n° 1, p. 19-26.
- HOLZER, H., et al. (2007). « The economic costs of poverty in the United States: Subsequent effects of children growing up poor », *Institute for research on Poverty*, n° 1327-07.
- HUNT, C. (1998). *Aller-retour actif et sécuritaire pour l'école*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.
- INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (1997). *Protéger les enfants contre les contaminants environnementaux*.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 131 p., disponible à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca>
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006b). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 659 p., disponible à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca>

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2002). *La santé des communautés : Perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Institut national de santé publique du Québec, 50 p., disponible à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca>

JARVIS, M.J. et J. WARDLE (2001). « Social patterning of individual health behaviours: The case of cigarette smoking », dans M.G. Marmot et R.G. Wilkinson, *Social Determinants of Health*, Oxford : Oxford University Press, p. 240-255.

JEAN, Sylvie. (2006). « Le risque de pauvreté au Québec selon les indicateurs monétaires de Laeken », dans *Données sociodémographiques en bref*, Institut de la statistique du Québec, vol. 10, n° 3, juin.

JUBY, Heather et Nicole MARCIL-GRATTON (2006). *Toujours, régulièrement, parfois ou jamais avec maman et papa : les parcours familiaux des jeunes enfants*, présentation aux Journées annuelles de santé publique 2006, disponible à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/jasp/archives>

KAWACHI, Ichiro et Lisa F. BERKMAN (sous la direction de) (2003). *Neighbourhoods and Health*, New York: Oxford University Press Inc, 320 p.

KAWACHI, I. et B. KENNEDY, (2002). *The Health of Nations: Why Inequality is Harmful to Your Health*. New York : New Press, 232 p.

LALONDE, Marc (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Gouvernement du Canada, 83 p.

LAVADHINO, S. (2007). *Potentiel piétonnier des villes et des banlieues : enjeux d'aménagement et politiques publiques*, Institut national de santé publique du Québec, Montréal, disponible à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca>

LEFEBVRE, Chantal (2004). *Un portrait de la santé des jeunes québécois de 0 à 17 ans*, Institut national de santé publique du Québec, 24 p., disponible à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca>

LESSARD, R., et al. (2002). *Rapport annuel 2002 sur la santé de la population. La santé urbaine une condition nécessaire à l'essor de Montréal*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 92 p.

LESSARD, R., et al. (1998). *Rapport annuel sur la santé de la population. Les inégalités sociales de la santé*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 92 p.

LOW, David, et al. (2005). « Can education policy be health policy ? Implication of research on the social determinants of health », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, n° 6, p. 1131-1162.

LYNCH, J.W., et al. (2000). « Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions », *British Medical Journal*, n° 320, p. 1220-1224.

MACKENBACH, Johan, Willem Jan MEERDING et Anto KUNST (2005). « Economic implications of health inequalities: A european perspective », présentation PowerPoint, Commission européenne, Direction générale santé et protection des consommateurs.

MAKDISSI, Paul et Mathieu AUDET (2007). *Portrait de la pauvreté et des inégalités socio-économiques chez les jeunes de 0 à 17 ans au Québec : Une perspective comparative*, rapport préparé à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2007, 31 p.

MARMOT, Michael et Richard G. WILKINSON (2006). *Social Determinants of Health*, 2^e édition, Oxford : University Press, 291 p.

MARMOT, Michael (2004). *The Status Syndrome. How Social Standing Affects our Health and Longevity*, Times Books, Henry Holt and Company, New York, 319 p.

MARMOT, Michael et Richard G. WILKINSON (2001). *Social Determinants of Health*, Oxford : University Press, 291 p.

MCKINLAY J. et S.M. MCKINLAY (1987). « Medical measures and the decline of mortality », dans H.D. Schwartz, *Dominant issues in medical sociology*, New York : Random House.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DES AÎNÉS ET DE LA CONDITION FÉMININE (2007). *Le Québec soutient ses familles. Des politiques généreuses et innovatrices, des résultats significatifs*, Québec, Gouvernement du Québec, 35 p.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DES AÎNÉS ET DE LA CONDITION FÉMININE (2006). *Bilan des réalisations gouvernementales en faveur des familles et des enfants*, 80 p.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DES AÎNÉS ET DE LA CONDITION FÉMININE (2005). *Un portrait statistique des familles au Québec – Édition 2005*, Direction des relations publiques et des communications, ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 349 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *La santé autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, Québec, Gouvernement du Québec, 24 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé*, Québec, Gouvernement du Québec, 120 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2007). *Indicateurs de l'éducation – Édition 2007*, Gouvernement du Québec, 133 p., disponible à l'adresse suivante : www.mels.gouv.qc.ca
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2006). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)*, 23 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2005). *Plan stratégique du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport 2005-2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 44 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*, entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, Gouvernement du Québec, 33 p.
- MONGEAU, Lyne, et al. (2005). *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 23 p., disponible à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca>
- MORASSE, Julie Alice (2005). *Inventaire des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale*, Québec, Institut de la statistique du Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 94 p.
- MORENCY, R. et M.S. CLOUTIER (2006). *Distribution géographique des blessés de la route sur l'île de Montréal (1999-2003)*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- MORIN, Alexandre (2006). *Recueil statistique sur la pauvreté et les inégalités socio-économiques au Québec*, Québec, Institut de la statistique du Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 134 p.
- NOLIN, B. et D. HAMEL (2005). *Niveau d'activité physique de loisir : régions sociosanitaires et ensemble du Québec 2003*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction de la planification, de la recherche et de l'innovation, 16 p.
- NORWEGIAN MINISTRY OF HEALTH AND CARE SERVICES (2007). « National strategy to reduce social inequalities in health », Norvège, rapport n° 20, février, 97 p.
- PAMPALON, Robert (2007). *Inégalités sociales, environnement local, santé et bien-être des enfants et des jeunes du Québec*, Québec, Institut national de santé publique, avril 2007, 8 p., document non publié.
- PAMPALON, Robert, Denis HAMEL et Philippe GAMACHE (2007). *Santé et bien-être des enfants et des jeunes du Québec selon la défavorisation matérielle et sociale*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, document non publié.
- PAMPALON, Robert, Denis HAMEL et Philippe GAMACHE (2006). *Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité selon l'indice québécois de défavorisation*, Institut national de santé publique du Québec, présentation aux Journées annuelles de santé publique 2006, disponible à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/jasp/archives>
- PAMPALON, Robert, Denis HAMEL et Guy RAYMOND (2004). « Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec – Mise à jour 2001 », *Institut national de santé publique du Québec*, disponible à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca>
- PAMPALON, Robert et Guy RAYMOND (2003). « Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être », *Santé, Société et Solidarité*, n° 1, p. 191-208.
- PAMPALON, Robert et Guy RAYMOND (2000). « Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, n° 3, p. 113-22.
- PAQUET, Ginette, Philippe GAMACHE et Denis HAMEL (2006). *Avant les premières années scolaires, peut-on déjouer l'adversité liée au fait de vivre au bas de l'échelle ?*, présentation aux Journées annuelles de santé publique 2006, disponible à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/jasp/archives>
- PAQUET, Ginette (2005). *Partir du bas de l'échelle : des pistes pour atteindre l'égalité en matière de santé*, Les Presses de l'Université de Montréal, 152 p.
- PAQUET, Ginette et Denis HAMEL (2003). « Conditions socioéconomiques et santé. Section II Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs », dans *Étude longitudinale de développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002)*, Québec, ISQ, vol. 2, no 3, p. 57-100.
- PELLETIER, Gilles (2005). *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*, Québec, MSSS, 220 p.
- PHIPPS, Shelley (2003). *Répercussions de la pauvreté sur la santé. Aperçu de la recherche*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 32 p.

- PHIPPS, Shelley (1993). « Measuring poverty among Canadian households : Sensitivity to choice of measure and scale », *The Journal of Human Resources*, vol. 28, n° 1, p. 162-184.
- PICOT, G., M. ZYBLOCK et W. PYPER (1999). *Qu'est-ce qui explique les mouvements des enfants vers la situation de faible revenu et hors de celle-ci, les changements de situation sur le marché de l'emploi ou le mariage et le divorce ?*, Statistique Canada, Direction des études analytiques, document de recherche no 132.
- RAINE, K.D. (2004). *Le surpoids et l'obésité au Canada*, Institut canadien d'information sur la santé.
- RAPHAEL, Dennis (2004a). « Introduction to the social determinants of health », *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives*, Toronto, Canadian Scholars Press.
- RAPHAEL, Dennis (sous la direction de) (2004b). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, Toronto, Canadian Scholars Press, 435 p.
- RAPHAEL, Dennis (2003). « A society in decline: The social, economic, and political determinants of health inequalities in the USA » dans R. Hofrichter (sous la direction de), *Health and social justice: A reader on politics, ideology, and inequity in the distribution of disease*, San Francisco : Jossey-Bass/Wiley.
- RAPHAEL, Dennis (2002). *Social Justice is Good for our Hearts: Why Societal Factors-not Lifestyles-are Major Causes of Heart Disease in Canada and Elsewhere*, Toronto, Centre for Social Justice Foundation for Research and Education (CSJ).
- RAPHAEL, D. et E.S. FARRELL (2002). « Beyond medicine and lifestyle: Addressing the societal determinants of cardiovascular disease in North America », *Leadership in Health Services*, n° 15, p. 1-5.
- READING, R. et al. (1999). « Accidents to preschool children: comparing family and neighbourhood risk factors », *Social Science & Medicine*, n° 48, p. 321-330.
- ROBITAILLE, Y. (2001). *L'amélioration de l'environnement physique : l'exemple des terrains de jeux*, Séminaire de lancement de l'Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé.
- ROSS, David P. (2003) « *Approches politiques à l'égard des répercussions de la pauvreté sur la santé. Aperçu de la recherche* », ISPC-ICIS, juin, 28 p.
- ROSS, Nancy, et al. (12 avril 2007). « La loterie vidéo dans les quartiers de Montréal : Une approche géomatique », présentation, (diapositives 17-18).
- SANTÉ CANADA (1998). *Pour une population en meilleure santé : une action concrète*, Ottawa, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, 29 p.
- SAUVÉ, Roger (2004). *L'état du budget de la famille canadienne : rapport 2003*, Ottawa, L'Institut Vanier de la famille, p. 17-18.
- STATISTIQUE CANADA (2007). *Guide sur l'Enquête sur la population active*, Ottawa, Statistique Canada, no 71-543-GIF au catalogue, 84 p.
- STATISTIQUE CANADA (2005). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 2.1 (2003), Guide du Fichier de microdonnées à grande diffusion*, Ottawa, Statistique Canada, 63 p.
- STATISTIQUE CANADA (2002). *Analyse du revenu au Canada : chapitre VIII : faible revenu*, p. 5-6, disponible à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/75-203-XIF/00002/part8_f.htm
- THOUEZ, Jean-Pierre (2005). *Santé, maladies et environnement*, Paris, Éditions Économica, 144 p.
- TOWNER, E., et al. (2005). *Injuries in Children Aged 0-14 and Inequalities*, Angleterre, Community Child Health, Department of Child Health, University of Newcastle upon Tyne.
- TOWNSEND, P., N. DAVIDSON et M. WHITEHEAD (sous la direction de) (1992). *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide*, New York, Penguin.
- UNICEF (2007). *La pauvreté des enfants en perspective : Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches*, Bilan Innocenti n° 7, Florence, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, 48 p.
- UNICEF (2005). *La pauvreté des enfants dans les pays riches*, Bilan Innocenti n° 6, Florence, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, 36 p.
- WILKINS, R., J.M. BERTHELOT et E. NG (2002). « Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996 », Ottawa, *Supplément aux rapports sur la santé*, vol. 13, Statistique Canada, p. 51-79.
- WILKINSON, Richard et Michael MARMOT (2004). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits. Deuxième édition*, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, Danemark, 40 p.
- WILLMS, D. J. et M. SHIELDS (1996). *A Measure of socio-economic Status for the National Longitudinal Survey of Children*, document de travail préparé pour les utilisateurs des microdonnées du premier cycle de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Atlantic Center for Policy research in Education, Université du Nouveau-Brunswick et Statistique Canada.

