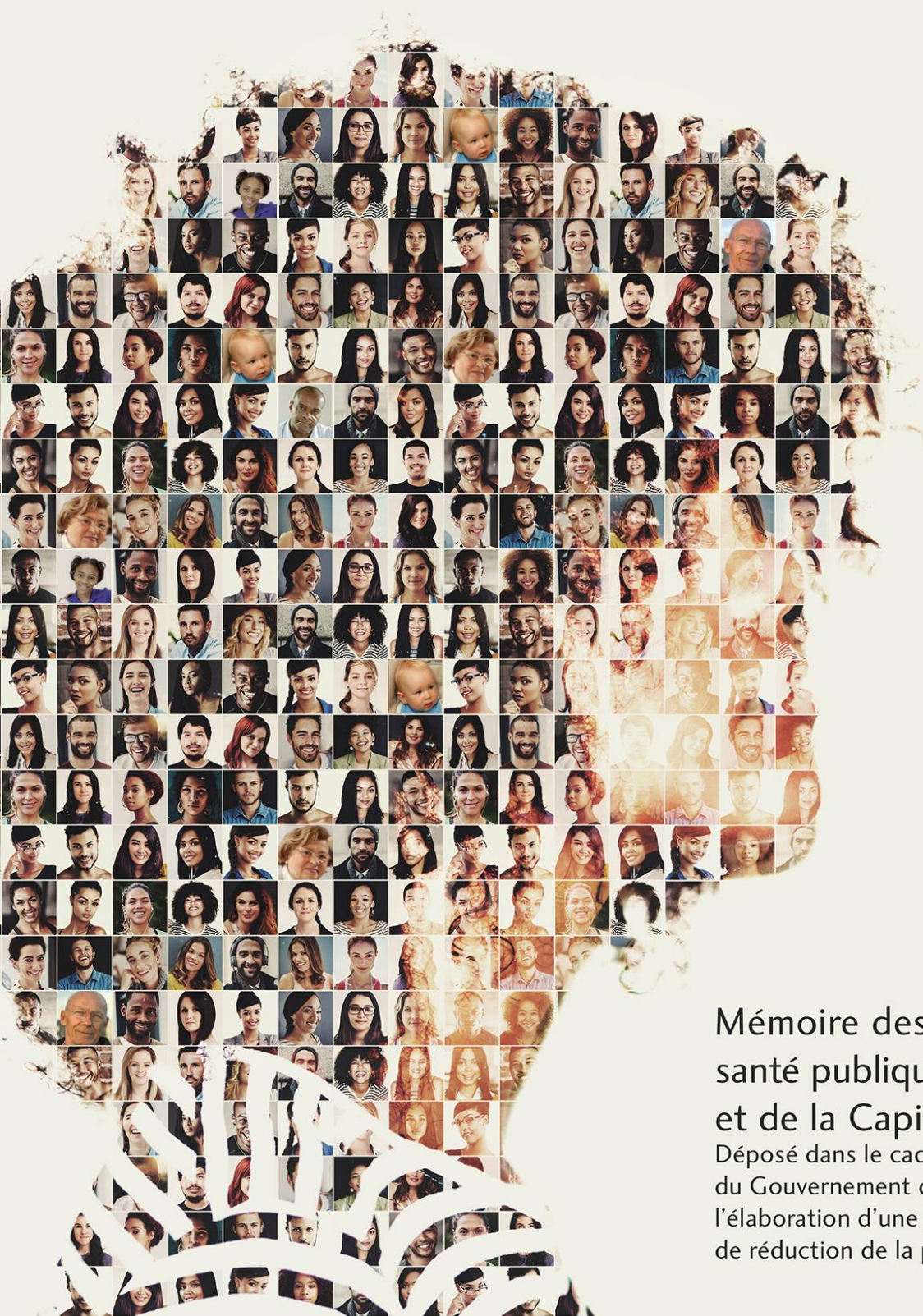


La pauvreté et les inégalités sociales, de graves menaces à la santé des populations



Mémoire des directeurs de
santé publique de Montréal
et de la Capitale-Nationale
Déposé dans le cadre de la consultation
du Gouvernement du Canada en vue de
l'élaboration d'une Stratégie canadienne
de réduction de la pauvreté

LA PAUVRETÉ ET LES INÉGALITÉS SOCIALES, DE GRAVES MENACES À LA SANTÉ DES POPULATIONS

est une production de la Direction régionale de santé publique
du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

1301, Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
514 528-2400
<http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/>

En collaboration avec la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca

Sous la direction de

Richard Massé, M.D., Directeur de santé publique de Montréal
François Desbiens, M.D., Directeur de santé publique de la Capitale-Nationale

Direction scientifique et coordination

Marie-France Raynault
Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé

Recherche et rédaction

Marie-France Raynault, Simon Tessier, Shelley-Rose Hyppolite

Communication

Marie Pinard

Graphisme

Linda Daneau

Mise en page

Marlène Ginard

Notes : Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte. Les reproductions de ce texte, en tout ou en partie, sont autorisées à condition d'en mentionner la source.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation du site Web : dsp.santemontreal.qc.ca

ISBN : 978-2-550-78925-3 (PDF)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017

Les inégalités en santé sont causées par une répartition inégale des revenus, des biens et des services, et des possibilités qui en découlent de mener une vie épanouie. Cette disparité dans la répartition n'est en aucun cas un phénomène 'naturel' mais elle est le résultat de politiques qui priment les intérêts de certains par rapport à ceux des autres (OMS, 2008¹).

MOT DES DIRECTEURS

Tous ne sont pas égaux devant la maladie et la mort prématurée. Dans les groupes considérés comme étant au bas de l'échelle sociale, davantage de personnes meurent prématurément ou sont victimes de maladies, d'accidents et d'incapacités. Ces inégalités sociales de santé représentent un problème de santé publique majeur.

Depuis 1998, la Direction de santé publique de Montréal a fait de la réduction des inégalités sociales de santé la priorité de sa programmation. En témoignent ses derniers avis scientifiques qui portent sur le logement, l'environnement bâti, les services de garde, le développement social et le travail précaire. La réduction des inégalités sociales de santé est aussi une priorité pour la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale. Cette priorité se décline notamment par leur prise en compte dans les différents axes de santé publique et par l'ajout d'un axe spécifique relatif à l'équité en santé dans son Plan d'action régional 2016-2020.

Les politiques publiques ont des effets considérables sur les taux de pauvreté, sur la santé et sur la réduction des inégalités sociales de santé. C'est pourquoi nous félicitons le gouvernement fédéral pour sa démarche d'élaboration d'une stratégie de réduction de la pauvreté qui viendra soutenir les efforts des autres instances gouvernementales et ceux que nous menons avec nos partenaires des autres secteurs pour améliorer les conditions de vie et les rendre plus favorables à la santé et au bien-être de la population.

Le directeur de santé publique de Montréal,



Richard Massé, M.D.

Le directeur de santé publique de la Capitale-Nationale,



François Desbiens, M.D.

RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS

Depuis plusieurs décennies, les impacts de la pauvreté mais aussi des inégalités sociales sur la santé sont largement décrits dans les écrits scientifiques. Elles ont pour conséquences des maladies physiques, des maladies mentales, des incapacités précoces et des morts prématurées.

Les directeurs de santé publique de Montréal et de la Capitale-Nationale¹ sont particulièrement inquiets des répercussions de la pauvreté et des inégalités sur la santé de leurs populations. En ce sens, ils accueillent avec enthousiasme les travaux actuels du Gouvernement du Canada en vue d'élaborer une Stratégie nationale de réduction de la pauvreté. En effet, le gouvernement fédéral dispose de plusieurs leviers pour structurer des politiques susceptibles d'améliorer grandement la santé et le bien-être des plus pauvres et pour faire en sorte que la prospérité canadienne profite à tous.

Les directeurs de santé publique de Montréal et de la Capitale-Nationale formulent donc les recommandations suivantes :

Pour des mesures d'impôts et transferts améliorées

1. La Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté doit proposer des avenues pour que le système fiscal canadien dans son ensemble (gouvernements central, des provinces et des territoires) retrouve la progressivité des années qui ont suivi la deuxième guerre mondiale.
2. Dans le cadre de la Stratégie de lutte à la pauvreté, le gouvernement fédéral doit maintenir et accentuer son soutien aux revenus des familles avec enfants en complémentarité avec les mesures provinciales.
3. D'importantes iniquités persistent au niveau des revenus de retraite et plusieurs groupes de population doivent composer avec de faibles revenus durant cette période de leur vie, particulièrement les femmes, les travailleurs peu scolarisés et les travailleurs du secteur privé. La Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté devrait s'attaquer à ce problème en visant la hausse des prestations universelles de base.

¹ La région de la Capitale-Nationale englobe la Ville de Québec.

Pour le maintien des systèmes publics de santé

4. Afin d'assurer une couverture adéquate des soins de santé dans chaque province, il importe que la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté réitère la nécessité de maintenir un financement adéquat des systèmes de santé provinciaux en veillant à ce que les sommes dévolues au Transfert canadien en matière de santé permettent aux provinces de maintenir des services de santé gratuits et universels.

Pour l'équité en matière de logement

5. En complémentarité avec les interventions provinciales qui font déjà l'objet d'ententes bilatérales avec la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté doit traduire une volonté manifeste du Gouvernement du Canada de prévenir la pauvreté par des engagements à assurer un financement suffisant et récurrent pour le logement social et communautaire.

Pour un marché du travail mieux régulé

6. Alors que le marché du travail est en pleine mutation et qu'une proportion croissante de personnes travaillent dans des conditions atypiques, il importe que la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté affirme un engagement clair du gouvernement fédéral à mettre en place des dispositions assurant l'accessibilité, l'universalité et l'équité du programme d'assurance-emploi.
7. Il serait souhaitable que la Stratégie affirme l'engagement du gouvernement fédéral à réexaminer plusieurs de ses programmes comme ceux d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada pour évaluer s'ils prennent bien en compte ces transitions importantes du marché du travail.

Pour le suivi des progrès et le développement des connaissances sur la pauvreté

8. Il importe que la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté prévoie des dispositions relatives à la collecte des connaissances nécessaires pour suivre l'évolution de la pauvreté et des inégalités au Canada.
9. De surcroît, il serait judicieux que la Stratégie définisse des mécanismes d'évaluation de l'action gouvernementale fédérale sur la pauvreté et les inégalités.

10. Par-delà, le suivi d'indicateurs sur la pauvreté, il importe également que la Stratégie réitère l'engagement du gouvernement fédéral à financer la recherche sur les différents enjeux qui y sont associés.

Pour la participation des personnes en situation de pauvreté et la lutte à l'exclusion sociale

11. La Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté devrait considérer les interventions qui visent les dimensions politique, économique, sociale et culturelle de l'exclusion sociale vécue par les personnes défavorisées afin de réduire leur pauvreté et d'améliorer leur état de santé physique et mental. La Stratégie canadienne est aussi une occasion de formaliser les engagements du gouvernement dans la lutte aux préjugés reliés à la pauvreté.
12. Il serait donc primordial que la Stratégie prévoit la mise en place des mécanismes adaptés pour recueillir le point de vue des personnes en situation de pauvreté lors de modifications ou de nouvelles mesures législatives ou réglementaires, de programmes, de politiques ou d'activités susceptibles de les affecter.
13. Dans le cadre de la Stratégie de réduction de la pauvreté, le gouvernement fédéral devrait affirmer l'importance d'accroître le soutien aux groupes communautaires dans leur mission d'aide, d'accompagnement, de défense des droits et de participation citoyenne.
14. Considérant les liens entre la pauvreté et les difficultés d'accès au transport, la stratégie devrait viser à ce que le Gouvernement du Canada, dans ses programmes d'infrastructures, prévoit le renforcement de l'accès à des moyens de transports collectifs à moindre coût et adaptés afin de permettre aux personnes de rejoindre les lieux et les services en réponse à leurs besoins et d'accéder aux pôles d'emploi et de formation.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
1. PAUVRETÉ ET INÉGALITÉS DE SANTÉ	13
1.1. LA PAUVRETÉ AFFECTE PARTICULIÈREMENT LES ENFANTS	14
1.2. LES INÉGALITÉS SOCIALES	17
2. POLITIQUES POUR RÉDUIRE LA PAUVRETÉ ET LES INÉGALITÉS SOCIALES.....	19
2.1. LA FISCALITÉ.....	22
2.2. LE SOUTIEN AU REVENU	25
2.3. UN FINANCEMENT ADÉQUAT POUR DES SOINS DE SANTÉ GRATUITS ET UNIVERSELS	29
2.4. DES LOGEMENTS SALUBRES ET ABORDABLES POUR TOUS	30
2.5. UN MARCHÉ DU TRAVAIL EN TRANSITION	36
2.6. MESURE ET RECHERCHE.....	40
3. LUTTE CONTRE L'EXCLUSION SOCIALE	42
3.1. FAVORISER LA PARTICIPATION CITOYENNE	44
3.2. APPUYER LES ACTIONS COMMUNAUTAIRES ET LE DÉVELOPPEMENT LOCAL.....	45
3.3. LUTTER CONTRE LES PRÉJUGÉS ET LA DISCRIMINATION.....	47
CONCLUSION	49

INTRODUCTION

Soucieux de réduire le nombre de personnes vivant en situation de pauvreté, le Gouvernement du Canada envisage l'adoption d'une Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté et sollicite l'opinion des personnes et des organisations pour alimenter sa réflexion et suggérer des engagements dans le domaine.

De par les mandats qui leur sont conférés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi sur la santé publique du Québec, les directeurs de santé publique québécois se doivent de travailler à l'amélioration de la santé de la population de leur territoire tout en réduisant les inégalités sociales de santé. Notamment, le directeur se doit « d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces »². C'est à ce titre et au regard de leur expertise en santé que les directeurs de santé publique des deux plus grandes villes québécoises prennent part à la consultation du Gouvernement du Canada en vue de l'élaboration d'une nouvelle stratégie de réduction de la pauvreté, laquelle est susceptible d'avoir un impact majeur sur la santé de la population des grands centres urbains au pays. Ils souhaitent aussi partager leurs recommandations et proposent que la discussion s'élargisse à la réduction des inégalités sociales.

Les directeurs de santé publique saluent l'initiative du Gouvernement du Canada de s'attaquer au problème fondamental de la pauvreté et soulignent ses accomplissements récents en termes de progressivité de la fiscalité, de lutte à la pauvreté des enfants ainsi que les intentions clairement affirmées dans le dernier budget fédéral d'investir dans le logement social, communautaire et abordable.

² Gouvernement du Québec. 1991. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.R.Q. Ch. S-4.2, art. 373.

Toutefois, les directeurs de santé publique demandent que le gouvernement fédéral intensifie ses actions pour véritablement réduire la pauvreté qui sévit au sein de la population canadienne.

Ce mémoire présente au Chapitre 1 un bref portrait de la pauvreté à Montréal et dans la et illustre l'impact important des inégalités sociales sur la santé de ces populations.

Le Chapitre 2 discute de politiques publiques où le Gouvernement du Canada joue un rôle majeur, notamment dans les domaines de la fiscalité, du soutien au revenu des Canadiens les plus vulnérables et du logement social. Il aborde aussi les transferts fédéraux-provinciaux qui sont susceptibles d'avoir également un impact déterminant sur les personnes en situation de pauvreté. Il souligne en outre l'importance de mesurer la pauvreté et les inégalités sociales dans tous leurs aspects et de monitorer l'implantation des politiques et leurs résultats à court, moyen et long terme. Enfin, il traite du besoin de financer adéquatement les organismes subventionnaires de recherche afin que les chercheurs canadiens puissent se pencher sur les impacts de la pauvreté et des inégalités sociales ainsi que sur les interventions pour les réduire.

Le chapitre 3 décrit les effets de l'exclusion sociale que vivent les personnes en situation de pauvreté sur leurs conditions de vie et sur leur santé. Il souligne l'importance de susciter la participation citoyenne, d'appuyer les actions communautaires et de lutter contre les préjugés à l'égard des personnes en situation de pauvreté.

La conclusion résume le contenu du mémoire et reprend quelques recommandations que les directeurs de santé publique pensent essentielles pour réduire la pauvreté et les inégalités sociales au Canada et ainsi améliorer la santé de la population canadienne.

1. PAUVRETE ET INEGALITES DE SANTE

En dépit de la prospérité du pays, une importante proportion de la population canadienne, soit plus de trois millions de personnes en 2014, vit toujours sous le seuil de faible revenu². Au Canada, une étude estimait que l'ensemble des coûts privés et sociaux³ engendrés par la pauvreté économique totalisaient entre 72,5 et 86,1 milliards de dollars en 2007³.

Les directeurs de santé publique des territoires qui englobent les deux plus grandes villes québécoises, Montréal et Québec, sont très préoccupés de la prévalence de la pauvreté dans la province. En effet, 16,7 % de la population y vit sous le seuil de faible revenu, selon la mesure du faible revenu après impôt⁴. Dans la région de la Capitale-Nationale, 10,7 % des enfants et 12,8 % des personnes âgées de 18 à 64 ans vivent en situation de pauvreté. À Montréal, la situation est particulièrement dramatique puisque 24,6 % des Montréalais, tous âges confondus, se retrouvent dans cette catégorie, soit près de 450 000 personnes. En 2011 certains territoires de Montréal étaient touchés de façon disproportionnée, comme Parc-Extension par exemple qui se distingue malheureusement avec 43,8 % de ses habitants en situation de pauvreté.

En mars 2017 à Montréal, le taux d'assistance sociale⁴ des adultes est largement supérieur à l'ensemble du Québec (7,7 % comparativement à 6,3 %), alors que celui observé chez les enfants montréalais (0-17 ans) est près du double de celui du Québec (9,5 % comparativement à 5,8 %)⁵. Alors que 24 % de la population québécoise vit à Montréal, le tiers (33 %) des prestataires d'aide sociale du Québec habitent l'île de Montréal, ce qui représente plus de 93 000 ménages comptant plus de 102 000 adultes et 34 000 enfants⁶. Malgré le fait que la région de la Capitale-Nationale soit favorisée sur le plan économique, en

³ Ces coûts incluent les coûts de la criminalité associée à la pauvreté, la perte de productivité, les coûts de la pauvreté intergénérationnelle, et les coûts pour le système de santé.

⁴ Le taux d'assistance sociale représente la proportion de la population qui bénéficie d'un des programmes d'assistance sociale, à savoir le Programme d'aide sociale, le Programme de solidarité sociale et le Programme alternative jeunesse (MESS, 2014)

mars 2017, le taux d'assistance sociale des adultes atteint 4,6 % et celui des enfants 3,4 %, ce qui représente plus de 20 000 ménages soit plus de 21 000 adultes et 4 000 enfants.

Les personnes à faible revenu ne réussissent pas toujours à se nourrir convenablement, à se déplacer et à se vêtir une fois le loyer payé: plus d'un Québécois sur huit peine à se procurer les biens essentiels⁷. Par exemple, un Montréalais sur six (17 %) souffre d'insécurité alimentaire⁸ et dans la région de la Capitale-Nationale, cela touche près d'une personne sur douze (8,4 %). Chaque mois, près de 70 000 personnes utilisent les banques alimentaires à Montréal et près de 17,000 dans la région de Québec, et plus du tiers des utilisateurs sont des enfants⁹.

La pauvreté chez les Autochtones - un fléau

Au Québec comme au Canada, les membres des communautés autochtones sont confrontés à d'importants problèmes sociaux exacerbés par la pauvreté et les conditions d'habitation déplorables^{10,11}. Dans les grandes villes du Canada (incluant Montréal et Québec) où plusieurs d'entre eux se dirigent, les Autochtones sont confrontés à la pauvreté, à l'itinérance, à la discrimination, à l'isolement social et plusieurs éprouvent des difficultés d'accès aux ressources et services¹².

La pauvreté est l'un des déterminants ayant la plus forte incidence sur l'état de santé de la population. Les personnes à faible revenu sont généralement plus à risque d'obésité, de limitation d'activités, de maladies cardiovasculaires, d'asthme, de maladies pulmonaires obstructives chroniques et de mortalité prématurée^{13,14}.

1.1. La pauvreté affecte particulièrement les enfants

La situation des enfants est particulièrement préoccupante. Selon l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE), de tous les groupes d'âge au Canada et aux États-Unis, c'est celui des enfants qui est le plus affecté par la pauvreté¹⁵. La démonstration des liens entre pauvreté et

problèmes de santé et de développement chez les enfants a été faite dans de nombreuses études récemment^{16,17,18,19,20}. La pauvreté infantile est aussi étroitement corrélée au développement de problèmes de santé pour plusieurs décennies, et ce, même en l'absence de pauvreté à l'âge adulte^{21,22,23}.

Essentiellement, trois relations possibles de cause à effet peuvent expliquer les impacts de la pauvreté sur le développement et la santé des enfants : 1) les familles en situation de pauvreté peuvent être davantage exposées aux facteurs de risque de maladies tels que le tabagisme, un logement insalubre, le stress lié au manque d'argent ou à de mauvaises conditions de travail qui nuisent à la conciliation travail-famille, etc.^{24,25,26}; 2) le manque d'argent peut restreindre l'accès aux services de santé²⁷ et 3) un revenu insuffisant peut affecter la capacité des parents à répondre aux besoins des enfants, à leur apporter du soutien et à les stimuler suffisamment²⁸.

Les impacts sur la santé physique sont nombreux. Chen et coll.²⁹ ont démontré à l'aide d'une cohorte de plus de 6 000 enfants américains que la pauvreté vécue très tôt dans la vie (entre 0 et 5 ans) accroît les risques, à l'âge de 10 ans, d'avoir des problèmes de santé qui limitent les activités et qui requièrent des soins médicaux et ce, peu importe le revenu du ménage à ce moment. Une étude effectuée au Royaume-Uni³⁰ mérite d'être citée en raison de l'importance de son échantillon (53 000 enfants). Ses résultats mettent en évidence un gradient de maladies chroniques handicapantes en fonction du statut socioéconomique. Les auteurs, ayant observé les enfants pendant 10 ans, ont pu constater l'apparition des maladies après la survenue de la pauvreté; cet ordre des événements, ainsi que le gradient de santé en fonction du statut socioéconomique, permettent de présumer d'une relation causale entre pauvreté et maladies chroniques chez les enfants. Les auteurs ont évalué le risque attribuable à la défavorisation à 17,5 %, ce qui représente la proportion des cas de maladies chroniques qui auraient pu être évités en l'absence de pauvreté. Ils soulignent que les coûts associés aux handicaps pour l'enfant, la famille, le système de santé et le système d'éducation sont importants et que tous ces impacts pourraient être prévenus par des politiques adéquates.

Au Québec, Nikiéma et coll.³¹ ont montré, à l'aide des données d'une cohorte de plus de 2000 enfants, que déjà en très bas âge (5 à 41 mois) la santé respiratoire des petits varie en fonction du revenu des parents. Les enfants vivant dans un foyer dont le revenu se situait sous le seuil de la pauvreté étaient plus nombreux que les enfants plus privilégiés à souffrir de crises d'asthme et d'un mauvais état de santé général. L'étude mettait aussi en évidence que les enfants continuaient à souffrir d'asthme même après l'amélioration de leur statut socioéconomique.

Il existe aussi un lien entre des conditions défavorables durant la grossesse et les problèmes de santé à la naissance, pendant l'enfance et à l'âge adulte. Chez la femme enceinte, des revenus très faibles sont associés à un risque accru de mauvaise santé qui se répercute sur l'enfant^{32,33,34}. En effet, dès la naissance, on observe des inégalités sociales de santé en termes de mortalité périnatale, de prématurité ou de faible poids de naissance³⁵. Les enfants qui naissent avec un faible poids présentent plus de risques de développer des maladies chroniques pendant l'enfance et à l'âge adulte (maladies respiratoires et cardiovasculaires notamment)^{36,37,38,39,40}. Hafkamp-deGroen et ses collaborateurs⁴¹ montrent par ailleurs que les enfants nés d'un ménage à faible revenu et dont la mère est peu scolarisée courent un risque nettement plus élevé d'être asthmatiques à l'âge de trois ans (1,5 fois plus de risque) si la mère a connu une situation difficile durant sa grossesse: conditions de vie défavorables, problèmes de santé, problèmes psychosociaux.

De nombreuses autres maladies sont liées à un faible statut socioéconomique durant l'enfance⁴², dont des maladies chroniques notamment le diabète, les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires et certains cancers. C'est le cas aussi de plusieurs facteurs de risque comme le tabagisme, l'abus d'alcool et l'hypertension. La pauvreté des familles contribue donc à la reproduction intergénérationnelle des inégalités sociales de santé⁴³.

On observe en outre, dans les familles souffrant de pauvreté, une prévalence plus grande (jusqu'à trois fois plus grande pour les filles)⁴⁴ de violence, négligence, maltraitance et abus sexuels^{45,46,47}. Or la violence subie en bas âge altère le développement du cerveau et peut le faire de manière irréversible⁴⁸, entraînant des comportements agressifs, de l'anxiété, de la dépression ou d'autres problèmes de santé

mentale^{49,50,51,52}. La prédisposition à la dépression et l'anxiété peut subsister à l'âge adulte^{53,54}. Le cerveau étant plus malléable en bas âge, c'est durant les premiers mois de vie et la petite enfance que l'enfant est le plus vulnérable à ces changements cérébraux⁵⁵ et un corpus grandissant d'études font ressortir les liens de cause à effet entre la pauvreté en début de vie et la moins bonne santé psychologique^{56,57}.

À Montréal comme à Québec, la maturité scolaire est compromise par la pauvreté : chez les enfants des milieux les plus pauvres de Montréal, 34 % sont considérés vulnérables dans au moins une sphère de développement comparativement à 22 % dans les quartiers plus favorisés⁵⁸ et dans la région de la Capitale-Nationale, un enfant sur cinq à la maternelle (avec des écarts allant de 16 à 43 % selon les territoires) est considéré vulnérable dans au moins une sphère de son développement.

1.2. Les inégalités sociales

Au-delà du niveau de pauvreté dans une société, les inégalités sociales doivent aussi être prises en compte. Depuis le début des années 1990, les inégalités entre riches et pauvres sont en croissance et les conséquences sont loin de se résorber; au Canada, le coefficient Gini⁵, qui mesure les inégalités de revenus, est aujourd'hui de 0,32 alors qu'il n'était que de 0,28 en 1990⁵⁹. En 2014, les 20 % les plus riches disposent de 39,3 % de la richesse alors que les 20 % les plus pauvres n'en disposent que de 7,2 %⁶⁰.

Ces dernières années, les écrits scientifiques ont fait état des effets sanitaires de ces inégalités.^{61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72} En effet, depuis la publication du « Black Report »⁷³ qui a le premier mis en évidence en 1980 l'impact des inégalités sociales sur la santé au Royaume-Uni, de nombreuses études ont montré la robustesse de la corrélation entre position sociale et santé^{74,75,76,77}. Un rapport récent confirme ce gradient dans les 17 grands centres urbains du Canada⁷⁸. À Montréal, le rapport du

⁵ L'indice de Gini prend la valeur «0» en cas d'égalité parfaite et la valeur «1» en cas d'inégalité parfaite.

directeur de santé publique soulignait l'existence d'un écart de six années dans l'espérance de vie entre les hommes les plus pauvres et les plus riches⁷⁹. Les différences entre les territoires sont frappantes: 10,2 ans pour les hommes et de 13,4 ans chez les femmes. Les impacts sur la santé se manifestent notamment dans la prévalence des maladies chroniques. En effet, 34,7 % des Montréalais souffraient d'au moins une de ces maladies en 2012⁸⁰, cette prévalence variant de 27,8 % à 43,4 % selon les quartiers. Dans la région de la Capitale-Nationale, on note également des écarts d'état de santé importants entre les groupes de la population. Par exemple, 12,4 % de la population âgée de 35 ans et plus à Limoilou-Vanier souffre d'une maladie pulmonaire obstructive chronique par rapport à 6,2 % pour celle qui réside sur le territoire de Québec Haute-Ville. Il existe un écart d'espérance de vie de 9 ans entre les territoires plus favorisés et les moins favorisés.

2. POLITIQUES POUR RÉDUIRE LA PAUVRETE ET LES INEGALITES SOCIALES

Plusieurs études ont évalué l'impact des politiques sociales sur le taux de pauvreté des familles et montré que celui-ci dépendait autant de leur générosité que de la manière dont elles étaient conçues, en particulier leur degré d'universalisme et de sélectivité⁸¹. De nouvelles publications font aussi état de liens entre la générosité des politiques sociales et la santé des plus vulnérables^{82,83}.

Increased generosity in family policies that support dual-earner families is linked with lower infant mortality rates, whereas the generosity in family policies that support more traditional families with gainfully employed men and homemaking women is not. An increase by one percentage point in dual-earner support lowers infant mortality by 0.04 deaths per 1000 births.

Generosity in basic security type of pensions is linked to lower old-age excess mortality, whereas the generosity of earnings-related income security pensions is not. An increase by one percentage point in basic security pensions is associated with a decrease in the old age excess mortality by 0.02 for men as well as for women.

La générosité des politiques familiales qui soutiennent les familles où les deux parents travaillent est relié à des taux moins élevés de mortalité infantile alors que celle des politiques qui soutiennent plutôt les familles plus traditionnelles d'hommes pourvoyeurs et de femmes au foyer ne l'est pas. Dans le premier cas, une augmentation d'un point de pourcentage diminue la mortalité infantile de 0,04 décès par 1000 naissances.

La générosité des pensions de vieillesse de base est reliée à une diminution de la mortalité des personnes âgées alors que la générosité des pensions reliées au revenu gagnés ne l'est pas. Une augmentation d'un point de pourcentage de la pension de vieillesse de base est associée avec une diminution de 0,02 décès chez les personnes âgées, et ceci autant pour les hommes que pour les femmes.

Prof Olle Lundberg, The Lancet, 8 November 2008 (traduction libre)

De manière générale, les études montrent que les interventions susceptibles d'améliorer effectivement le revenu des familles en situation de pauvreté s'accompagnent d'effets positifs sur l'état de santé des populations de façon globale et sur celui de certains groupes en particulier (enfants et personnes âgées

notamment)^{84,85,86,87,88,89,90,91,92,93}. Ces interventions se traduisent par une meilleure santé physique et psychologique et un meilleur développement⁹⁴: des études expérimentales réalisées au XXe siècle sur les effets d'un revenu annuel garanti^{95,96,97,98} montrent qu'il est possible avec de tels programmes de réaliser des gains de santé significatifs et d'ainsi accroître l'équité en santé.

Une étude américaine de l'expérience de Gary, Indiana (1971-1974) a démontré une réduction significative du nombre de naissances de petit poids, lesquelles sont associées à plusieurs problèmes de santé. Chez les mères à risque (fumeuses, âgées de moins de 18 ans ou ayant des grossesses rapprochées), celles ayant bénéficié d'un revenu annuel garanti ont été beaucoup plus nombreuses à avoir des bébés de poids normal comparativement au groupe contrôle. Les auteurs concluent que le gain de poids attribuable au revenu annuel garanti varie entre 0,3 et 1,2 livres (0,136 à 0,544 kg). Si l'on considère qu'une différence de 0,28 livre (0,127kg) représente une amélioration significative cliniquement (comme la différence de poids entre les bébés nés de mères fumeuses ou non, ou encore la différence de poids entre les bébés nés d'une mère noire ou d'une mère blanche à l'époque), ces résultats laissent envisager un effet positif sur l'état de santé de la population et ce, au-delà des résultats habituellement obtenus par les services de santé.

En analysant les facteurs ayant contribué à ce résultat, les chercheurs ont identifié un meilleur accès économique à une alimentation adéquate. Ils ont en outre indiqué que le revenu garanti permettait aux familles bénéficiaires d'approcher le revenu suffisant pour nourrir adéquatement leur famille^{99,100,101}.

Au Canada, *Mincome*, une expérience similaire de revenu annuel garanti (RAG) a été menée entre 1975 et 1979 au Manitoba et a été analysée récemment en regard de ses effets sur la santé. Durant toute la durée du programme qui a alloué des prestations à quelques 3 000 ménages pauvres, on a pu constater une grande diminution du nombre d'hospitalisations pour les problèmes de santé mentale ainsi que pour les traumatismes. Ces diminutions ont fait chuté l'ensemble de toutes les hospitalisations de 8,5 % - un écart statistiquement significatif - chez les ménages bénéficiaires par rapport aux ménages du groupe contrôle (ménages semblables mais ne recevant pas de RAG). De plus, pendant la période de

distribution du RAG, les ménages du groupe expérimental ont connu une baisse significative d'utilisation des soins de santé de tous genres, par rapport aux ménages du groupe contrôle¹⁰².

Une expérience naturelle récente a démontré que la santé psychologique des jeunes peut s'améliorer avec un supplément de revenu. L'ouverture d'un casino sur une réserve amérindienne a apporté à tous ses habitants, grâce à une entente signée avec son exploitant, un pourcentage des profits qui, en 2001, atteignait 6 000 \$ par habitant par année. Des chercheurs avaient débuté une étude avant l'ouverture du casino. Ils l'ont poursuivie par la suite pour une période totale de 8 années durant lesquelles ils ont procédé à des évaluations annuelles de la santé psychologique des enfants de la réserve et d'enfants des comtés avoisinants (1 420 enfants en tout). Les enfants des familles qui étaient sorties de la pauvreté et qui avaient au départ des problèmes de comportement ont vu une amélioration majeure de leur bien-être psychologique¹⁰³.

Les interventions politiques qui sont discutées plus bas nous semblent des avenues prometteuses que le gouvernement fédéral devrait emprunter pour réduire la pauvreté des Canadiens.

2.1. La fiscalité

Selon l'OCDE, les écarts entre riches et pauvres ne cessent de croître dans ses pays membres et les mécanismes de répartition de la richesse sont de moins en moins efficaces, en particulier au Canada. En effet, aujourd'hui, le Canada compense moins les inégalités que la majorité des pays de l'OCDE¹⁰⁴ (Figure 1).

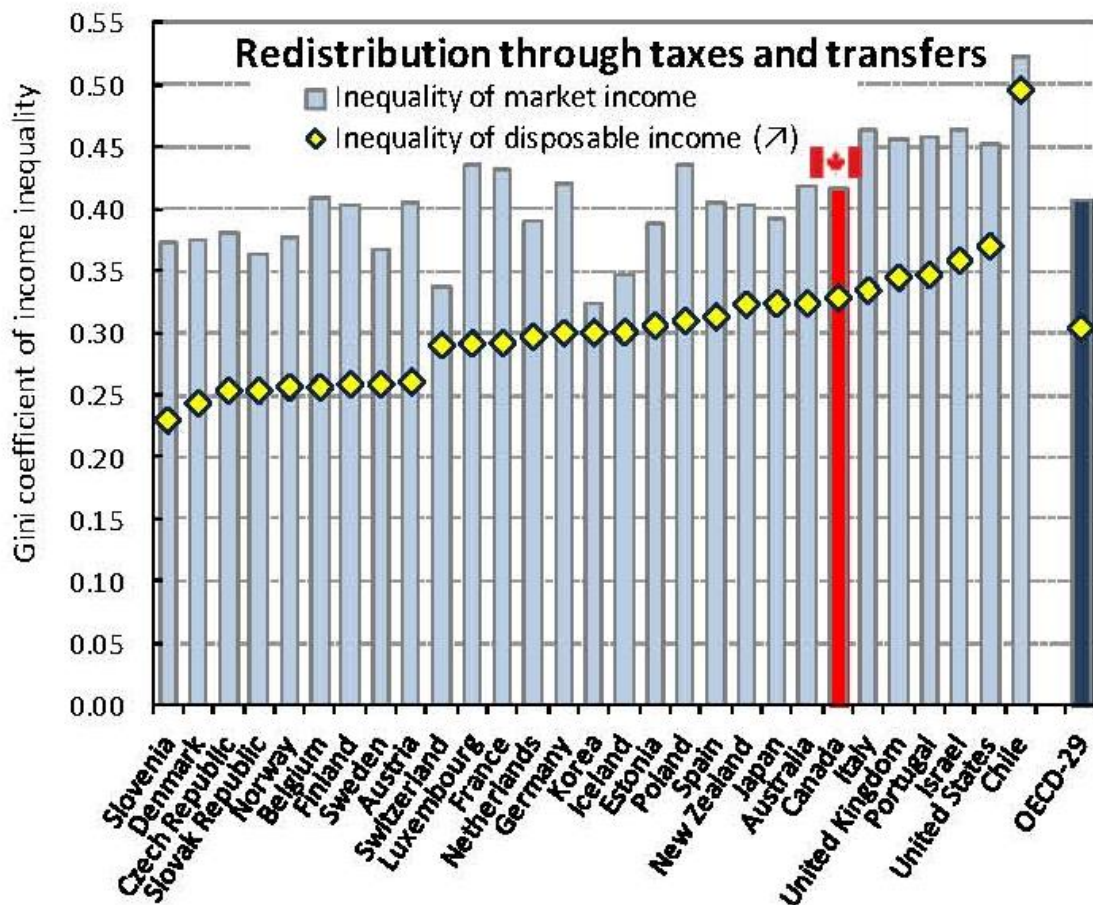


Figure 1 : Redistribution par les taxes et transferts dans les pays de l'OCDE

Source: OECD (2011). *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*. Country note: Canada.
www.oecd.org/els/social/inequality

Cette tendance semble s'accroître dans les deux dernières décennies telle qu'en témoigne l'augmentation constante des inégalités de revenus au pays (Figure 2). Les données les plus récentes montrent que le GINI continue d'augmenter¹⁰⁵.

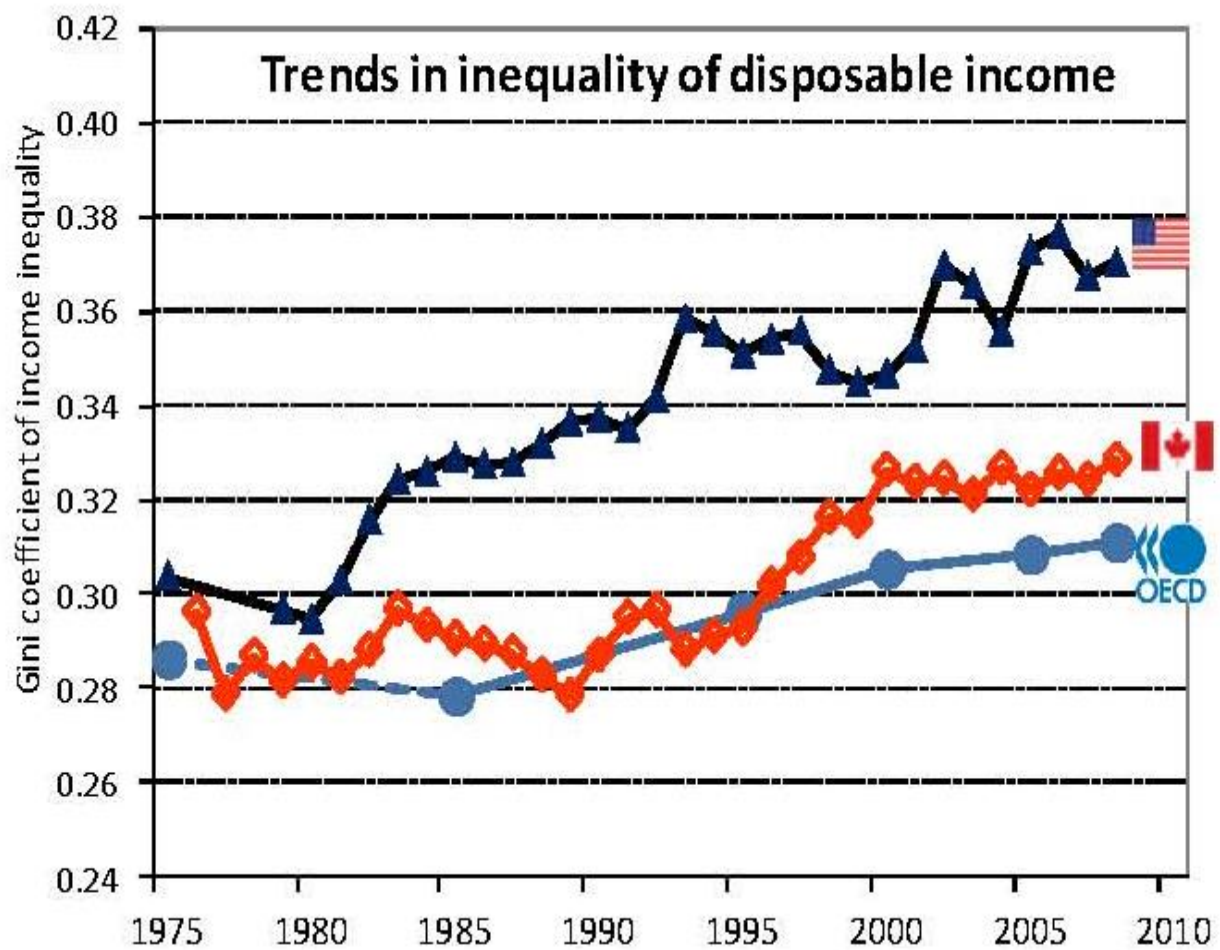


Figure 2 : Tendances dans l'inégalité des revenus disponibles (après taxes et transferts)
Source : OECD (2011), *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*

Cette évolution s'illustre aussi à l'aide d'une mesure qui a été popularisée dans beaucoup de mouvements citoyens à travers le monde : la part du revenu qui revient au 1% le plus riche de la population. Encore ici, on peut constater que la croissance des inégalités au Canada est assez abrupte depuis le début des années 1980 (Figure 3).

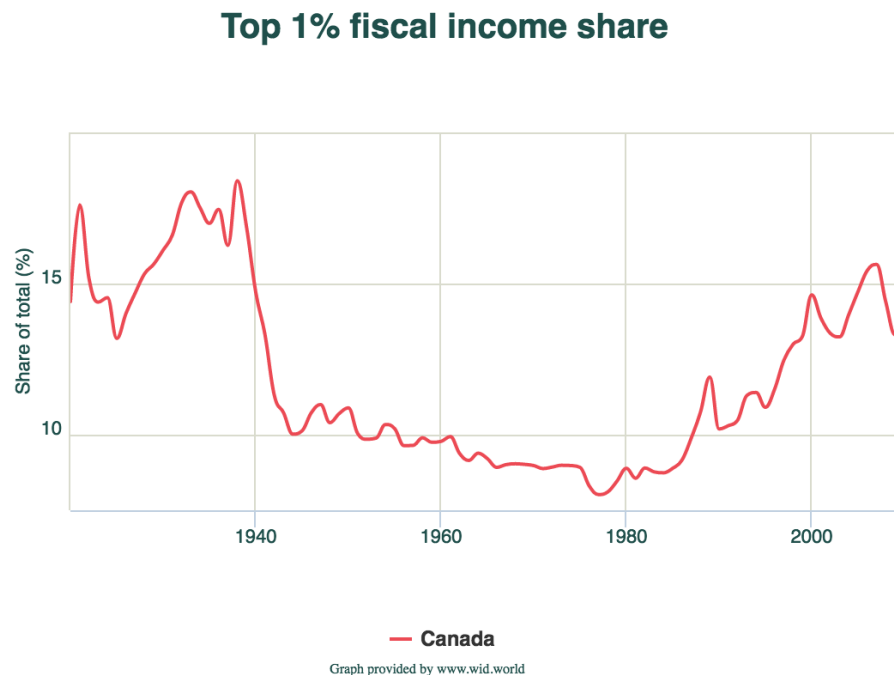


Figure 3 : La part du 1% le plus riche
Source : WID, généré en ligne en mai 2017

L'OCDE souligne que ce 1 % a vu sa part s'accroître à 8,1 % en 1980 pour atteindre 13,3 % en 2007 et que la part du 0,1 % de la population la plus riche a été plus que doublée passant de 2 % à 5,3 % durant la même période.

Si les mutations dans le marché du travail et la déréglementation expliquent en partie cette montée des inégalités¹⁰⁶, il n'en reste pas moins que durant cette période, la fiscalité canadienne s'est beaucoup modifiée, passant d'un taux supérieur de l'imposition du revenu de 43 % en 1981 à 29 % en 2010¹⁰⁷.

La décision récente du Gouvernement du Canada de créer un nouveau palier d'imposition pour les revenus supérieurs à 200 000 \$ est à saluer. En effet, leur taux d'imposition a augmenté de 29 % à 33 % depuis le 1^{er} janvier 2016. Il n'est reste pas moins qu'il faut continuer sur cette lancée et **la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté doit proposer des avenues pour que le système fiscal canadien dans son ensemble (gouvernements central, des provinces et des territoires) retrouve la progressivité des années qui ont suivi la deuxième guerre mondiale.**

2.2. Le soutien au revenu

« Sous réserve des compétences législatives du Parlement et des législatures et de leur droit de les exercer, le Parlement et les législatures, ainsi que les gouvernements fédéral et provinciaux, s'engagent à :

- a) promouvoir l'égalité des chances de tous les Canadiens dans la recherche de leur bien-être;*
- b) favoriser le développement économique pour réduire l'inégalité des chances;*
- c) fournir à tous les Canadiens, à un niveau de qualité acceptable, les services publics essentiels »*

Charte canadienne des droits et libertés de la personne.
Engagements relatifs à l'égalité des chances, Art 36 (1)

Comme il a été exposé précédemment, des revenus insuffisants limitent la capacité des individus à répondre à leurs besoins de base et entraînent des conséquences délétères sur leur santé et leur développement¹⁰⁸. Plusieurs groupes au sein de la population ont des revenus insuffisants pour se sortir de la pauvreté. C'est notamment le cas des travailleurs à faibles salaires, des prestataires d'aide sociale, des familles monoparentales et des personnes âgées. La première des dix recommandations pour réduire les inégalités sociales de santé du rapport 2011 du directeur de santé publique de Montréal était d'améliorer les revenus des plus pauvres¹⁰⁹. Les travaux de la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale abondent également en ce sens¹¹⁰.

Les gouvernements fédéral et provinciaux déploient différentes mesures de soutien au revenu afin de réduire la pauvreté. Le gouvernement fédéral finance des programmes qui appuient les provinces dans

leurs actions visant la pauvreté et ses conséquences, principalement le Transfert canadien en matière de santé, le Transfert canadien en matière de programmes sociaux et la péréquation¹¹¹. Le Gouvernement du Canada finance aussi directement des mesures de soutien au revenu qui ont un impact majeur sur la réduction de la pauvreté. En conséquence, la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté doit promouvoir des mesures de soutien au revenu qui permettent aux groupes les plus vulnérables de sortir de la pauvreté, notamment les familles avec enfants, les aînés et les travailleurs en recherche d'emploi.

Le soutien aux familles avec enfants

Les effets néfastes de la pauvreté sur la santé des enfants¹¹² et leurs répercussions à long terme¹¹³ ont été discutés plus haut. Selon le nobéliste en économie James Heckman, les mesures sociales intervenant tôt dans le développement des jeunes enfants sont les plus efficaces pour lutter contre la pauvreté et ses conséquences¹¹⁴. Comme l'exposait le Rapport du directeur de santé publique de Montréal 2011 sur les inégalités sociales de santé, les statistiques de santé enviables des enfants observées à Montréal en comparaison avec les autres grandes villes canadiennes pourrait s'expliquer en partie par les politiques familiales plus généreuses au Québec qu'ailleurs au Canada¹¹⁵.

Le gouvernement fédéral intervient actuellement pour accroître le revenu disponible pour les familles avec enfants de moins de 18 ans¹¹⁶. Ces prestations s'ajoutent à différentes prestations provinciales qui soutiennent les familles et leurs enfants et permettent d'améliorer le revenu des ménages, particulièrement les plus pauvres.

Dans le cadre de la Stratégie de lutte à la pauvreté, il importe que le gouvernement fédéral maintienne et accentue son soutien aux revenus des familles avec enfants en complémentarité avec les mesures provinciales, tout en évaluant comment les mesures mises en place rejoignent les plus pauvres et réduisent significativement les taux de pauvreté. En effet, en dépit de l'augmentation des prestations, il faut rappeler qu'une importante proportion d'enfants de 0 à 17 ans, soit 16,3 %, vit toujours dans la pauvreté au Québec. Alors que dans la région desservie de la Capitale-Nationale, un

enfant sur dix (10,7 %) vit sous le seuil de la Mesure de faible revenu, à Montréal, la pauvreté touche plus d'un enfant sur quatre (27,5 %) et atteint 29,3 % des enfants de moins de 5 ans¹¹⁷.

L'assurance-emploi

Outre la détermination du salaire minimum qui est de juridiction provinciale, l'assurance-emploi, une mesure de juridiction fédérale, est fondamentale pour soutenir le revenu des travailleurs. Adopté en 1940, le régime canadien d'assurance-emploi (désigné assurance chômage auparavant) visait à donner une aide financière aux chômeurs pour pallier la perte de revenu engendrée par le chômage¹¹⁸. Financée par les travailleurs et les employeurs et administrée par le gouvernement fédéral, l'assurance-emploi permet de maintenir un revenu partiel pour les travailleurs durant leurs démarches de recherche d'emploi.

Les réformes successives apportées au régime d'assurance emploi depuis la fin des années soixante-dix¹¹⁹¹²⁰, notamment celles inscrites dans le Budget 2012-2013¹²¹, ont eu pour effet de restreindre l'accessibilité au programme; de limiter le taux, le montant maximum assurable et la durée des prestations et de resserrer les critères de recherche d'emploi obligatoire définissant un « emploi convenable » qu'un chômeur est tenu d'accepter¹²². Les analyses de tendance réalisées par la Commission nationale d'examen de l'assurance emploi révèlent que les versements des prestations ordinaires du régime sont à leur niveau le moins coûteux observé depuis le milieu des années 1970¹²³. Le taux de couverture des travailleurs a diminué considérablement depuis le début des années 1990, puisque 83 % des chômeurs se qualifiaient au programme d'assurance-emploi en 1989, comparativement à seulement 38 % en 2014¹²⁴. En établissant différentes catégories de chômeurs basées sur la fréquence de leur utilisation antérieure du régime d'assurance emploi, le régime restreint la couverture de certains groupes de travailleurs et détermine le type d'emploi et le salaire associé que les prestataires sont tenus d'accepter¹²⁵. Les modifications ont fragilisé la protection de plusieurs travailleurs, particulièrement les travailleurs saisonniers temporaires et les travailleurs à temps partiel qui ne parviennent pas à cumuler le nombre d'heures de travail suffisant pour se qualifier au programme.

Alors que le marché du travail est en pleine mutation et qu'une proportion croissante de personnes travaillent dans des conditions atypiques, il importe que la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté affirme un engagement clair du gouvernement fédéral à mettre en place des dispositions assurant l'accessibilité, l'universalité et l'équité du programme d'assurance-emploi. Il faut rappeler qu'à défaut d'avoir accès à ces prestations, les travailleurs qui ne trouvent pas rapidement un travail devront recourir aux prestations d'aide sociale. Ces prestations n'ont jamais dépassé 55 % du seuil de faible revenu pour les personnes seules considérées aptes à l'emploi au Québec ¹²⁶.

Le soutien aux aînés

Au Canada, la diminution de la pauvreté et l'amélioration des conditions de vie des aînés suite à la mise en œuvre du régime de pension il y a près de 50 ans confirment l'efficacité des mesures de suppléments au revenu pour réduire la pauvreté⁶. Le taux de personnes âgées de 65 ans et plus en situation de faible revenu a diminué de façon spectaculaire depuis les 40 dernières années, passant 29 % en 1976 à 3,9 % en 2014¹²⁷. Quoique plus élevé, le taux de faible revenu chez les aînés célibataires a également suivi la même trajectoire, chutant de 64,9 % à 11,3 % durant la même période. Au Québec, une étude du Centre d'Étude sur la Pauvreté et l'Exclusion sociale observe toutefois une possible tendance à la hausse de la pauvreté chez les aînés, particulièrement chez les aînés vivant seuls entre 2008 et 2011¹²⁸. Si la pauvreté chez les aînés a globalement décliné dans les dernières décennies, les différents indicateurs utilisés pour mesurer le phénomène rendent la situation difficile à cerner et offre un portrait équivoque de la pauvreté dans ce groupe d'âge¹²⁹.

Par contre, malgré cette baisse de la pauvreté, d'importantes iniquités persistent au niveau des revenus de retraite et au Québec plusieurs groupes de population doivent composer avec de faibles revenus durant cette période de leur vie, particulièrement les femmes, les travailleurs peu scolarisés et les travailleurs du secteur privé¹³⁰. **La Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté devrait s'attaquer à ce problème en recommandant la hausse des prestations universelles de base.**

⁶ Pour compléter, les régimes de retraites privés et l'épargne, le gouvernement fédéral finance les programmes de Sécurité de la vieillesse (SV) et le Régime de pensions du Canada (RPC).

2.3. Un financement adéquat pour des soins de santé gratuits et universels

[...] l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens

Préambule, *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C (1985), ch. C-6

Comme il a été exposé précédemment, les personnes pauvres souffrent davantage de maladies chroniques¹³¹. Ces effets de la pauvreté sur la santé se répercutent sur le système de santé dans la mesure où les personnes à faible revenu sont hospitalisées davantage et le sont pour de plus longues périodes¹³².

Les personnes vivant dans la pauvreté sont non seulement plus malades mais elles ont également un moins bon accès aux soins, une moins bonne utilisation des services et sur une base plus discontinue que la population générale¹³³. Les problèmes d'accessibilité se retrouvent aussi au niveau des interventions cliniques préventives^{134, 135} et de plusieurs services de santé qui ne sont pas entièrement couverts par le régime public, notamment les soins dentaires¹³⁶ et la psychothérapie¹³⁷.

Les directeurs régionaux de santé publique du Québec ont réitéré à plusieurs reprises l'importance de maintenir la gratuité et l'universalité des services de santé tout en améliorant la couverture des soins de santé et en abolissant les frais accessoires^{138,139}. Or, une étude de l'Institut des finances publiques et de la démocratie (IFDP) de l'Université d'Ottawa met en évidence que les investissements fédéraux consentis pour les dix prochaines années (2,5 milliards) sont insuffisants pour pallier l'augmentation des coûts des soins de santé, attribuable notamment au vieillissement de la population¹⁴⁰. Dans son étude budgétaire, le Gouvernement du Québec demandait à cet égard une contribution fédérale à hauteur de 25 % des dépenses à santé (qui devrait passer de 23,3 % actuellement à 20,4 % en 2026-2027 selon les projections) pour assurer la santé du système public de soins de santé dans la décennie à venir¹⁴¹.

Afin d'assurer une couverture adéquate des soins de santé dans chaque province, il importe que la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté réitère la nécessité de maintenir un financement adéquat des systèmes de santé provinciaux en veillant à ce que les sommes dévolues au Transfert canadien en matière de santé permettent aux provinces de maintenir des services de santé gratuits et universels.

2.4. Des logements salubres et abordables pour tous

Dans son rapport sur l'état de santé au pays, l'administrateur en chef de la santé publique du Canada rappelle que malgré les améliorations dans l'état de santé global de la population, d'importantes inégalités sociales de santé persistent, notamment en matière de logement¹⁴². Les inégalités socio-économiques se traduisent dans le statut de propriété des ménages et les écarts de richesse entre les propriétaires et les locataires ne cessent de se creuser depuis le milieu des années 1980¹⁴³. Par exemple, à Montréal, la proportion de ménages locataires vivant sous le seuil de faible revenu y est d'ailleurs quatre fois plus élevée que celle des propriétaires (37 % vs 9 %)¹⁴⁴.

Au Québec comme au Canada, un nombre grandissant de ménages locataires à faibles ou modestes revenus éprouvent des difficultés à se loger convenablement dans les centres urbains. À Montréal en 2011, 40 % des ménages locataires consacraient plus de 30 % de leurs revenus pour se loger, dont 80 % des ménages vivant sous le seuil de faible revenu et 50 % des immigrants récents¹⁴⁵. Un ménage locataire sur cinq consacrait plus de la moitié de son revenu aux frais de logement¹⁴⁶. La situation de l'inabordabilité du logement dans la Capitale-Nationale n'est guère mieux. En 2011, environ un ménage propriétaire sur dix (12 %) et un ménage locataire sur trois (34 %) consacre 30 % ou plus de son revenu pour se loger¹⁴⁷.

Les interventions gouvernementales favorisant l'accès à un logement abordable pour tous sont susceptibles de contribuer efficacement à la réduction de la pauvreté et à ses conséquences sur la santé, particulièrement pour les ménages à revenus modestes qui peinent à se loger sur le marché privé.

Le logement : un important déterminant de santé

Le logement a des impacts déterminants sur la santé des individus comme le rappelait récemment l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹⁴⁸. Les liens multiples qui se posent entre le logement et la santé sont bien connus¹⁴⁹ et sont reliés à diverses dimensions à la fois sociale, environnementale, politique, financière, sécuritaire et physique. Le Rapport du directeur de santé publique de Montréal 2015¹⁵⁰, expose en détail comment l'accès à un logement salubre et abordable est préalable à la santé des individus, s'inquiétant du fait qu'une proportion importante de ménages peinent à combler ce besoin élémentaire.

L'insalubrité du logement (moisissures, humidité excessive, vermines, etc.) a d'importants effets sur la santé des individus, particulièrement dans le cas des enfants en bas âge, des personnes âgées¹⁵¹ et des personnes souffrant de maladies respiratoires chroniques, d'asthme ou d'allergies. Les effets de l'insalubrité sont bien documentés¹⁵²: asthme et infections respiratoires conséquentes à l'exposition aux moisissures¹⁵³; réactions allergiques provoquées par les infestations de coquerelles¹⁵⁴; dégradation de l'état de santé mentale et du bien-être par les infestations de punaises de lit; etc.¹⁵⁵ À Montréal, les données d'enquêtes menées par la Direction de santé publique (DSP) exposent la relation entre le faible revenu et la présence de facteurs d'insalubrité dans le logement¹⁵⁶.

De surcroît, le fait de consacrer une trop grande proportion de son revenu pour se loger⁷, affecte la santé des individus en restreignant leur capacité à répondre aux autres besoins, dont la santé, le transport et l'alimentation¹⁵⁷. À cet égard, les données de l'Enquête sur la salubrité et l'abordabilité du logement à Montréal (SALAM, 2015) révèlent que parmi les ménages locataires consacrant plus de 30 % de leur revenu pour se loger, près d'un ménage sur deux a vécu de l'insécurité alimentaire. Outre les carences alimentaires¹⁵⁸, l'inabordabilité du

⁷ Au Canada le seuil d'abordabilité du logement est généralement fixé à 30 % du revenu du ménage consacré au frais de logement (loyer, chauffage, électricité, eau chaude). Cependant, ce seuil ne rend pas toujours compte de la complexité des situations financières des ménages et de leurs différentes obligations.

logement est associée à un mauvais état de santé mentale et physique¹⁵⁹ et des problèmes sur le développement physique des enfants¹⁶⁰. Le fait de vivre dans un logement trop cher accroît également l'anxiété des parents¹⁶¹ et entraîne une instabilité résidentielle compromettant le développement des enfants^{162,163}.

Si de mauvaises conditions de logement ont des conséquences délétères sur la santé des individus, le logement est par contre une ressource fondamentale pour améliorer la santé¹⁶⁴ et soutenir le développement des enfants^{165,166}.

Les banques alimentaires : reflets de la pauvreté

Les personnes en situation de pauvreté consacrent une partie importante de leur revenu pour se loger, ce qui réduit par conséquent l'argent disponible pour s'alimenter. L'utilisation des banques alimentaires en est un reflet.

La hausse inquiétante du recours aux banques alimentaires à travers le Québec (34,5 % depuis 2008), reflète la pauvreté dans laquelle se trouvent des milliers de ménages. En 2016, chaque mois, près de 172 000 personnes ont recours aux banques alimentaires québécoises pour se nourrir, incluant plus de 59 000 enfants.

Au Québec, parmi les utilisateurs des banques alimentaires se retrouvent principalement des personnes dont la source de revenu du ménage est l'aide sociale (61,1 %), mais également plusieurs personnes dont la source de revenu est un emploi (10,8%), une pension de vieillesse (7,2 %) ou des prestations d'assurance chômage (5,1 %). Par ailleurs, la grande majorité des utilisateurs de banques alimentaires sont des locataires (86,0 %) incluant 17,3 % qui sont locataires de logement sociaux. À Montréal en 2010, une enquête menée par la DSP indique qu'une personne sur six (17 %) souffre d'insécurité alimentaire¹⁶⁷ (Tableau I).

Tableau I - Caractéristiques des usagers de banques alimentaires, Montréal, région de Québec et province de Québec, 2016.

	Montréal	Région de Québec	Province de Québec
Principale source de revenu			
Emploi	11,9 %	12,7 %	10,8 %
Aide sociale	53,8 %	58,7 %	61,1 %
Pension de vieillesse	8,1 %	6,3 %	7,2 %
Assurance chômage	4,3 %	5,8 %	5,1 %
Condition d'habitation			
Locataires	89,1 %	91,1 %	86,0 %
Locataire logement sociaux	22,4 %	22,3 %	17,3 %

Source: Les Banques alimentaires du Québec. 2016. Bilan de la faim Québec 2016, Statistiques compilées du 1er au 31 mars 2016, p. 8-10, 28, 30

L'insuffisance de l'offre de logements abordables - une situation préoccupante pour les ménages à faible revenu

Depuis le début des années 2000, la hausse importante du coût des logements à Montréal (dépassant largement l'inflation surtout dans les cas des logements de trois chambres à coucher et plus) et dans la région de Québec combinée à la faible construction d'unités de logements locatifs ont entraîné une importante pénurie de logements abordables¹⁶⁸. Contrairement au reste du Canada où la grande majorité des ménages est propriétaire de son lieu de résidence (69 %), la majorité des ménages montréalais (61 %) et près de la moitié des résidents de la ville de Québec (47 %) sont locataires¹⁶⁹. Si les loyers moyens des logements locatifs sont moins élevés à Montréal et dans la ville de Québec que dans d'autres villes canadiennes comme Calgary, Toronto ou Vancouver, la situation de l'abordabilité du

logement pour les ménages locataires est néanmoins préoccupante dans la mesure où les revenus des ménages y sont également inférieurs à la moyenne canadienne⁸. De surcroît, tel que mentionné déjà, le quart de la population (24,6 %) et près du tiers de la population de moins de 6 ans (29,3 %) vivent sous le seuil de la Mesure de faible revenu à Montréal¹⁷⁰.

Pour répondre aux besoins des ménages qui peinent à se loger sur le marché privé de l'habitation, l'offre de logements sociaux et abordables est actuellement insuffisante. À Montréal, ces types de logements représentent environ 11 % des logements locatifs (58 000 unités) alors que dans la région de Québec ils représentent environ 8,6 %¹⁷¹.

Au Québec, plus de 41 000 ménages sont en attente pour obtenir une habitation à loyer modique (HLM) ou un supplément au loyer¹⁷². À Montréal, c'est le cas de près de 26 000 ménages alors qu'environ 2000 unités se libèrent chaque année¹⁷³. Cette pénurie de logements abordables peut contraindre de nombreux ménages à se loger dans des logements insalubres.

L'importance des investissements du gouvernement fédéral dans le développement du logement social et l'entretien du parc existant

Après avoir joué un rôle prépondérant dans le financement du logement social à partir de la fin des années 1940, le gouvernement fédéral a cessé de financer de nouveaux projets à partir de 1994¹⁷⁴, et diminué l'importance relative du financement accordé aux projets existants¹⁷⁵. Il continue néanmoins de financer les programmes de logements sociaux existants⁹ et des ententes entre la SCHL et les provinces ou territoires¹⁷⁶. Le gouvernement fédéral a récemment annoncé une série d'initiatives pour mieux répondre aux besoins de logements convenables à travers le pays, dont le réinvestissement dans le

⁸ Le revenu médian des ménages au Canada est de 54 089 \$ alors qu'il est de 39 867 \$ à Montréal et 46 028 \$ à Québec (ENM 2011).

⁹ Les programmes sont : Programme de logement public, Programme de logement sans but lucratif, Programme des coopératives d'habitation, Programme de logement pour les ruraux et les Autochtones, Programme de logement pour les Autochtones en milieu urbain et Programme de supplément au loyer.

logement abordable prévu dans le budget 2017¹⁷⁷, la priorisation annoncée par le ministère Emploi et Développement social Canada¹⁷⁸, ainsi que la consultation *Parlons logement* menée en 2016¹⁷⁹, préalable à l'élaboration d'une stratégie canadienne sur le logement¹⁸⁰. Dans la mesure où le logement est un besoin essentiel, il importe que la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté insiste sur l'importance de la contribution du gouvernement fédéral dans le financement et l'entretien d'une offre suffisante de logements abordables. **En complémentarité avec les interventions provinciales qui font déjà l'objet d'ententes bilatérales avec la SCHL, il importe que la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté traduise une volonté manifeste du Gouvernement du Canada de prévenir la pauvreté par des engagements à assurer un financement suffisant et récurrent pour le logement social et communautaire.**

Alors que les conventions d'exploitation entre la SCHL et les projets de logements sociaux et communautaires arrivent à échéance, la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté est l'occasion pour le gouvernement fédéral de s'engager formellement à assurer la continuité du financement pour l'entretien et le maintien de l'abordabilité dans les logements sociaux existants¹⁰. D'ici, une quinzaine d'années, 490 000 HLM dont 72 000 unités au Québec et plus de 11 000 bénéficiaires du Programme de soutien au logement seront affectés¹⁸¹. La Société d'habitation du Québec prévoit que le retrait du financement fédéral fera pression sur les budgets provinciaux et municipaux en habitation, compromettant l'accès à des logements abordables pour des ménages à faible revenu¹⁸².

Le budget fédéral 2017 prévoit des investissements de 11,2 milliards de dollars sur 11 ans dans le cadre de la mise en œuvre de la future Stratégie canadienne sur le logement, incluant un partenariat fédéral-provincial pour le logement abordable de 3,2 milliards et un Fonds national pour le logement de 5 milliards¹⁸³. Les mesures d'abordabilité du logement basées sur une aide à la personne peuvent pallier temporairement le manque de logements sociaux ou encore

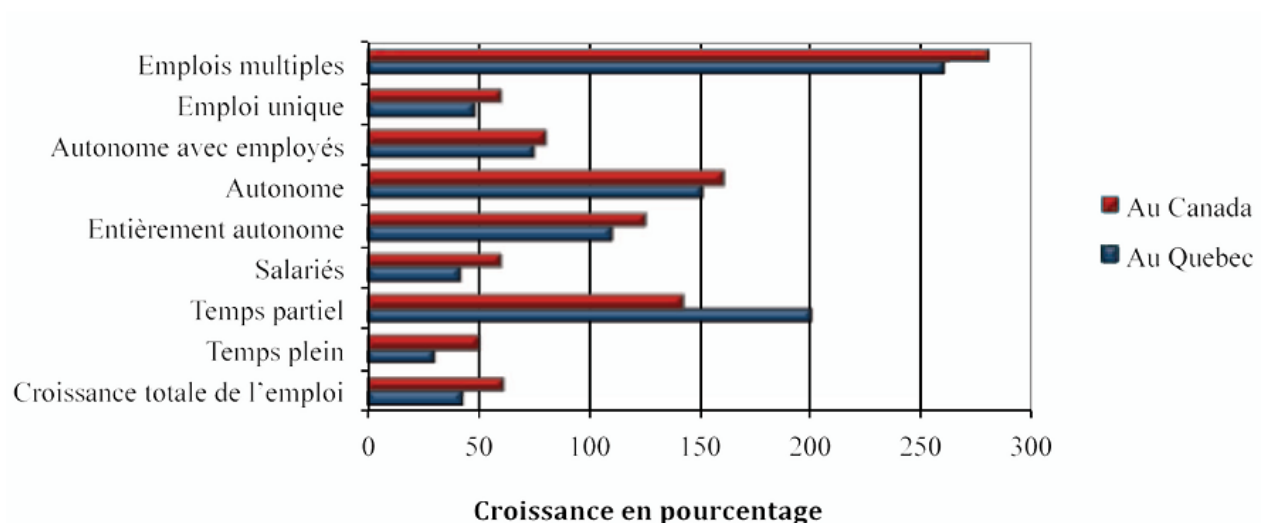
¹⁰ Si le gouvernement canadien ne soutient plus directement le financement de nouveaux HLM et logements communautaires, il verse toujours près de 2 milliards de dollars annuellement aux provinces et territoires pour s'acquitter de ses engagements passés, ou de nouvelles ententes de financement récentes, tel que l'accord sur le logement abordable 2011-2014 (prolongé jusqu'en 2019).

favoriser une plus grande abordabilité dans les logements communautaires. Cependant, à long terme, il serait souhaitable que le Gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, dédie des fonds spécifiques pour la construction de nouvelles unités de logements sociaux et communautaires afin de consolider un parc locatif permanent, permettant de lutter efficacement contre la pauvreté des ménages à faibles revenus qui pourront y loger. Cette offre devra non seulement tenir compte des réalités régionales, mais également des besoins des différents groupes de population incluant les familles nombreuses, les personnes âgées, les personnes vivant avec une incapacité physique, les personnes sans-abri ou à risque de le devenir, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et les Autochtones qui ont tous des besoins spécifiques de logement abordable.

2.5. Un marché du travail en transition

Le marché du travail est en pleine mutation au niveau mondial. Dans les pays de l'OCDE, la croissance des emplois atypiques a contribué à la montée des inégalités¹⁸⁴. Les formes de travail atypiques sont en progression et l'insécurité d'emploi sur le marché du travail a augmenté dans les dernières décennies¹⁸⁵. Comme ailleurs dans le monde, on assiste au Québec et au Canada à une progression du travail à temps partiel, du travail autonome, du travail temporaire, et du travail pour des agences de location de personnel^{186,187,188,189}. Cette précarisation du travail qui touche davantage les femmes, les jeunes, les travailleurs faiblement scolarisés, les nouveaux arrivants et les minorités visibles entraîne généralement des conditions de travail qui offrent une moins bonne protection sociale, une plus grande insécurité d'emploi et de plus faibles salaires^{190,191}. Dans un rapport paru en 2011, l'OCDE pointait le travail autonome comme une source significative de l'accroissement des inégalités de revenu au Canada¹⁹².

Dans le dernier quart du XXe siècle, la création d'emplois à temps plein a été moins importante que celle d'emplois à temps partiel, d'emplois autonomes ou d'emplois cumulés (Figure 4).



Source : Tremblay, D. G. (2009). « Precarious Work and the Labour Market » dans D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (2e éd., pp. 75-87). Toronto : Canadian Scholars' Press Incorporated, figure 5.1.

Figure 4 : Croissance dans diverses catégories d'emploi pour les 15-64 ans de 1976-2003

Par ailleurs, un secteur d'emploi s'est aussi rapidement développé au Canada et au Québec dans les dernières années, il s'agit du secteur « Services d'emploi »¹¹ qui a créé 75 % plus d'emplois que les autres secteurs au Québec de 2009 à 2014 (Figure 5).

¹¹ L'industrie des services d'emploi comprend les agences de location de personnel, aussi appelées agences de placement de personnel ou agences de travail temporaire et les agences de recrutement ou chasseurs de talents.

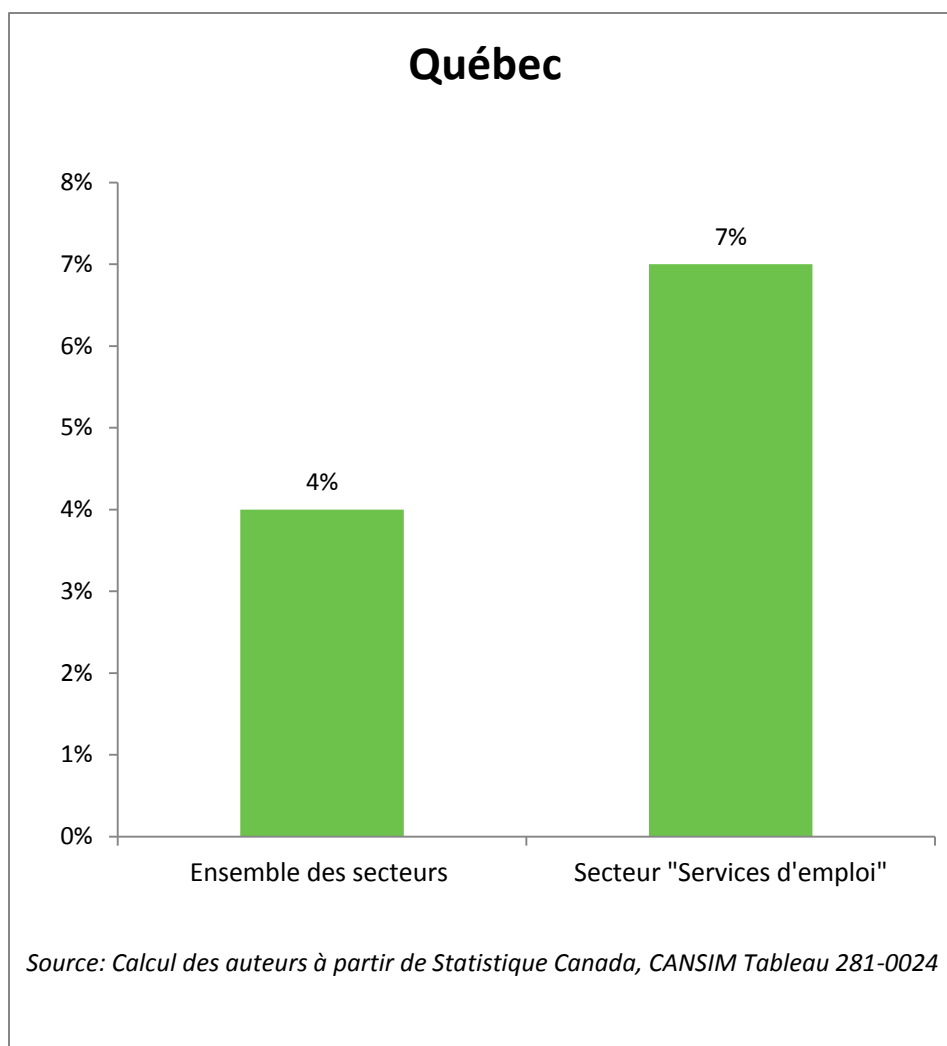


Figure 5 : Croissance du secteur « Services d'emploi », Canada 2009-2014

Les revenus d'exploitation de ce secteur ont été de 13,3 milliards au Canada en 2014, et de ce montant 1,4 milliard a été généré au Québec. Or, 61 % des revenus d'exploitation de ce secteur proviennent de la location de personnel¹⁹³. Ces agences sont principalement localisées dans les grands centres. Au Québec, 80 % des agences sont situées dans le Grand Montréal¹⁹⁴.

Le travail pour une agence de location de personnel est souvent caractérisé par la précarité d'emploi qui rend difficile la sortie de la pauvreté, et la probabilité de trouver un emploi permanent et bien rémunéré est limitée. Plus encore, dans une enquête réalisée en 2012¹⁹⁵, la Commission des normes du travail du

Québec a mis en évidence le fait que les conditions de travail contreviennent très fréquemment aux normes du travail¹⁹⁶.

L'OMS reconnaît depuis longtemps et a réitéré dernièrement que l'accès à des conditions de travail saines et sécuritaires est primordial pour la santé¹⁹⁷. On observe ainsi des taux de lésions professionnelles 2 à 3 fois plus élevés pour les travailleurs d'agences de placement, indépendamment de l'âge, du sexe, de la profession et du type d'industrie^{198,199,200,201,202,203,204}. La Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail évalue le risque de lésions pour ces travailleurs comme étant élevé à très élevé²⁰⁵. Par ailleurs, les conditions d'emploi de ces travailleurs sont associées à des risques accrus pour la santé physique (maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques) et mentale (anxiété, dépression)^{206,207,208,209,210,211,212,213,214,215,216}.

Pour lutter contre la pauvreté et les problèmes de santé qui y sont associés, il serait souhaitable que la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté affirme l'engagement du gouvernement fédéral à réexaminer plusieurs de ses programmes pour évaluer s'ils prennent bien en compte ces transitions importantes du marché du travail. Les programmes d'assurance-chômage sont ici visés, mais aussi certains programmes d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. Il importe en effet de favoriser une insertion des nouveaux arrivants sur le marché du travail canadien qui puisse garantir un revenu décent et des conditions de travail saines et sécuritaires pour tous.

Lorsque le travail ne permet pas de sortir de la pauvreté

Au Québec, plus d'un employé sur 8 (13 %) travaille à bas salaire, ce qui représente au-delà de 455 000 personnes en 2014. Cette situation affecte davantage les femmes, les jeunes de moins de 25 ans, les individus moins scolarisés ainsi que les personnes occupant un emploi temporaire ou à temps partiel²¹⁷. Pour plusieurs, la rémunération est inférieure au salaire nécessaire pour vivre convenablement dans leur région²¹⁸. Lorsqu'ils perdent leur emploi, plusieurs d'entre eux ont également des difficultés à se qualifier pour obtenir des prestations d'assurance-emploi...

2.6. Mesure et recherche

La pauvreté est un phénomène complexe qui doit faire l'objet d'un suivi particulier. Dans le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé, l'OMS réitère l'importance de mesurer les inégalités sociales de santé, d'en suivre l'évolution et d'évaluer l'efficacité des actions pour contrer les iniquités²¹⁹.

Il importe que la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté prévoie des dispositions relatives à la collecte des connaissances nécessaires pour suivre l'évolution de la pauvreté et des inégalités au Canada. La Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté devrait identifier les différents leviers pour colliger les informations nécessaires. À l'instar des travaux du Centre d'Étude sur la Pauvreté et l'Exclusion du Québec, il serait également pertinent que le gouvernement fédéral déploie les ressources nécessaires pour préparer un bilan annuel de la situation de la pauvreté au Canada en colligeant les données les plus à jour²²⁰.

Si certains indicateurs sont déjà suivis par différentes enquêtes menées périodiquement par Statistiques Canada, il est nécessaire d'identifier les indicateurs prioritaires à suivre en lien avec la pauvreté, les inégalités sociales, économiques et de santé, ainsi que l'exclusion sociale²²¹. La modification de certaines enquêtes ou l'élaboration de nouvelles pourraient s'avérer nécessaires. Par ailleurs, il est essentiel que les instances gouvernementales privilégient une approche de mesures complète combinant des mesures absolues (MPC) ou relative (MFR) en assurant la disponibilité de données basées sur des indicateurs permettant les comparaisons interrégionales et internationales²²². Une continuité dans la collecte de données pour les différents indicateurs doit également être assurée afin de permettre la comparaison dans le temps. Cette démarche de suivi donne un portrait permettant d'éclairer les différents acteurs gouvernementaux dans la mise en place de politiques sociales et économiques contribuant à réduire la pauvreté.

De surcroît, il serait pertinent que la Stratégie de réduction de la pauvreté définisse des mécanismes d'évaluation de l'action gouvernementale fédérale sur la pauvreté et les inégalités. Considérant que certaines politiques ou mesures gouvernementales sont susceptibles d'accroître la pauvreté de certains groupes de population et de creuser les iniquités, plusieurs études ont démontré l'importance de

réaliser des évaluations dans une perspective d'équité²²³ de manière à identifier les effets néfastes potentiels dans le but d'y remédier. Par exemple, il serait judicieux de faire des évaluations d'impact sur les modifications au régime d'assurance-emploi ou sur les prestations fiscales pour enfants. La Stratégie pourra voir comment mettre à contribution l'expertise du Centre d'excellence en évaluation qui assume les mandats d'évaluation du gouvernement fédéral prévus par la Politique sur l'évaluation de 2009²²⁴.

Par-delà le suivi d'indicateurs sur la pauvreté, il importe également que la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté réitère l'engagement du gouvernement fédéral à financer la recherche sur les différents enjeux qui y sont associés. Au nombre des questions à explorer dans les prochaines années et compte tenu de l'intérêt manifesté par au moins deux provinces, l'Ontario et le Québec, les effets d'un revenu minimum garanti sur l'insertion professionnelle, le retour aux études, la santé physique et mentale, le développement des enfants devraient être regardés de près. Les modifications de l'ensemble des autres mesures sociales qui pourraient être associées à la mise en place d'un revenu minimum devraient faire l'objet d'évaluations fouillées pour faire en sorte que l'implantation d'une allocation de base contribue réellement à réduire la pauvreté et à bonifier les effets des autres programmes.

La recherche permet de mieux comprendre la complexité des causes et des conséquences de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Mais surtout, elle est susceptible d'identifier des solutions durables pour les réduire et favoriser une plus grande équité entre les individus en s'assurant que tous aient accès aux ressources pour combler leurs besoins et vivre dans la dignité.

3. LUTTE CONTRE L'EXCLUSION SOCIALE

Le statut socioéconomique est lié à la santé non seulement à travers les effets directs sur la santé physique que peuvent entraîner des conditions matérielles difficiles, mais aussi par les effets liés à la position sociale et aux expériences d'exclusion et de stigmatisation que vivent les personnes ayant un statut socioéconomique inférieur^{225,226,227,228,229,230}. En effet, les personnes situées au bas de l'échelle sociale n'auront pas la même capacité d'accéder au pouvoir et aux ressources en raison notamment de différents processus d'exclusion sociale et de déqualification qui s'exercent sur elles. Elles seront susceptibles de vivre entre autres de l'anxiété chronique, de l'insécurité, un sentiment de manque de contrôle, une faible estime de soi, de l'isolement social, tous des éléments qui ont des répercussions importantes sur la santé mentale et physique des personnes en affectant notamment leur système endocrinien, immunitaire et cardiovasculaire^{231,232,233}.

Le statut socioéconomique est souvent déterminé sur la base du revenu, de l'emploi et de la scolarité. D'autres éléments peuvent aussi influencer la position sociale des personnes et leur statut socioéconomique comme le sexe ou l'origine ethnique. Il est aussi reconnu que certains groupes sont davantage susceptibles de se retrouver dans des situations particulièrement difficiles, comme les familles monoparentales, les personnes seules, les sans-abri, les utilisateurs de drogues, les immigrants, les réfugiés, les Autochtones, les personnes ayant une limitation fonctionnelle physique, intellectuelle ou un problème de santé mentale^{234,235,236}. À l'exception des familles monoparentales et des personnes seules, tous ces groupes sont reconnus comme étant les moins bien desservis par le système de santé au Canada²³⁷.

Les processus d'exclusion sociale surviennent dans tous les milieux sociaux comme la famille, l'école, le milieu de travail, le quartier, les commerces, les services publics, etc.²³⁸ L'exclusion sociale opère dans une ou plusieurs des quatre dimensions suivantes²³⁹:

- La dimension politique : les personnes ont des possibilités limitées de participer à la vie publique, d'exprimer leurs droits, leurs besoins, leurs intérêts et de les voir pris en compte;
- La dimension économique : les personnes ont un accès restreint aux diverses ressources économiques nécessaires pour vivre, comme un revenu, un emploi, un logement;
- La dimension sociale : les personnes ont moins d'opportunités de bénéficier de relations de soutien et de solidarité;

- La dimension culturelle : les personnes ont moins de possibilités de vivre selon des valeurs ou des normes différentes de celles qui prévalent dans la société où elles vivent.

En somme, une des conséquences majeures de la pauvreté ou du faible statut socioéconomique est l'exclusion sociale que vivent les personnes affectées, limitant leur accès aux richesses, aux ressources, aux réseaux sociaux et à la reconnaissance²⁴⁰. L'exclusion sociale n'est pas une caractéristique des individus ou des groupes sociaux désavantagés^{241,242}. Elle est liée à des rapports de force inégaux entre des groupes privilégiés et moins privilégiés qui entraînent un accès inégal au pouvoir et aux diverses ressources (politiques, économiques, sociales et culturelles) et conséquemment de moins bonnes conditions de vie et une moins bonne santé pour les moins privilégiés^{243, 244}.

Pour ces raisons, il s'avère incontournable de s'attaquer aussi à l'exclusion sociale lorsqu'on souhaite lutter contre la pauvreté. **Par conséquent, la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté devrait considérer les interventions qui visent les différentes dimensions de l'exclusion sociale vécues par les personnes défavorisées afin de réduire leur pauvreté et d'améliorer leur état de santé physique et mental.**

En ce sens, et considérant les liens entre la pauvreté et les difficultés d'accès au transport²⁴⁵, le Gouvernement du Canada devrait, dans ses programmes d'infrastructures, prévoir le renforcement de l'accès à des moyens de transports collectifs à moindre coût et adaptés afin de permettre aux personnes de rejoindre les lieux et les services dont elles ont besoin et d'accéder aux pôles d'emploi et de formation²⁴⁶. Des études démontrent en effet que l'accès au transport abordable a une incidence sur l'accès à l'emploi pour les groupes de population les plus pauvres^{247,248} et que l'effet des mesures d'insertion en emploi est limité lorsqu'elles ne sont pas accompagnées de mesures favorisant l'accès au transport²⁴⁹.

Plus on est pauvre, plus il est nécessaire de se déplacer, plus il est difficile de le faire, plus cela coûte cher, moins on accède au potentiel de la ville, et plus on risque d'être entraîné dans des spirales qui mènent à la très grande pauvreté, à la marginalité, à l'exclusion²⁵⁰.

3.1. Favoriser la participation citoyenne

En santé publique, la participation citoyenne est reconnue comme un principe clé depuis de nombreuses années. La Charte d'Ottawa ratifiée en 1986 lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé précise que la promotion de la santé nécessite une participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décision, à l'élaboration et à la mise en oeuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé²⁵¹. Les conférences internationales en promotion de la santé qui ont suivi ont réaffirmé l'importance de la participation et du développement du pouvoir d'agir des personnes et des communautés^{252,253,254,255,256}. En effet, la participation citoyenne revêt plusieurs avantages pour les personnes elles-mêmes, pour les décideurs et pour la société.

Pour les personnes en situation de pauvreté, leur participation à diverses activités leur permet de briser leur isolement, de développer des liens sociaux et un sentiment d'appartenance à la communauté, d'être soutenues et d'améliorer leur bien-être et leur santé mentale et physique²⁵⁷. C'est une préoccupation particulièrement importante pour les personnes âgées de 65 ans et plus, particulièrement chez celles qui vivent seules : au Québec, plus d'un aîné sur cinq (22 %) n'a pas d'activités sociales alors que cette proportion est de 16 % dans le reste du Canada²⁵⁸.

Pour les décideurs, la participation citoyenne favorise la planification et la mise en oeuvre de projets bénéficiant de sources d'informations variées, la qualité des décisions et l'apport de nouvelles solutions²⁵⁹. Elle permet aussi de renforcer le sens civique et la confiance de la population envers les décideurs²⁶⁰. À ce sujet, l'OCDE recommande une plus grande implication des citoyens dans les

structures décisionnelles administratives et politiques des décideurs pour la formulation des politiques publiques et indique que la participation citoyenne est un indicateur clé de bonne gouvernance²⁶¹.

Enfin, il est reconnu que les sociétés où les citoyens peuvent jouer un rôle utile dans la vie sociale, culturelle et économique sont en meilleure santé que celles qui se caractérisent par l'insécurité, l'exclusion et la pauvreté²⁶².

La participation des citoyens en situation de pauvreté aux mesures, programmes et décisions qui les concernent doit être reconnue comme incontournable. Les communautés et les collectivités devraient pouvoir participer à la définition du renforcement des actions au regard de leurs besoins²⁶³.

Il serait donc primordial que la Stratégie prévoit la mise en place des mécanismes adaptés pour recueillir le point de vue des personnes en situation de pauvreté lors de modifications ou de nouvelles mesures législatives ou réglementaires, de programmes, de politiques ou d'activités susceptibles de les affecter. Leur participation devrait être favorisée par une diversité de modalités et de lieux pour rejoindre. Il faut donc réduire les multiples obstacles qui limitent leur participation à divers services et activités (barrières géographique, physique, économique et culturelle).

3.2. Appuyer les actions communautaires et le développement local

Depuis la première conférence internationale sur la promotion de la santé en 1986, l'action communautaire est reconnue comme une stratégie clé en promotion de la santé²⁶⁴. L'action communautaire désigne toute initiative issue de personnes, d'organismes communautaires, de communautés qu'elles soient territoriales, d'intérêts ou d'identité visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun²⁶⁵.

La pauvreté étant un problème social, les actions communautaires issues de citoyens, de groupes communautaires et de communautés doivent être appuyées, car elles reflètent bien souvent les besoins

et les priorités d'action locales des personnes vivant en situation de pauvreté et permettent d'améliorer leurs conditions de vie tout en favorisant leur inclusion sociale et leur pouvoir d'agir²⁶⁶.

Comme il a été évoqué plus haut, plusieurs personnes en situation de pauvreté vivent dans l'isolement social. Il est reconnu que les personnes ayant des relations de mauvaise qualité avec leurs proches et recevant un faible soutien social et affectif peuvent être affectées par des problèmes de santé mentale et physique²⁶⁷. Issus de regroupements de personnes de la communauté et mobilisées autour d'objectifs communs, les groupes communautaires constituent des lieux d'ancrage et d'appartenance pour plusieurs personnes en situation de pauvreté. Ils les accompagnent dans diverses démarches et facilitent le recours et l'accès à divers services (services du réseau de la santé et des services sociaux, logement, aide sociale, assistance juridique, etc.). Ils contribuent également à améliorer les conditions de vie de ces personnes et favorisent la défense de leurs droits et leur participation sociale.

Dans le cadre de la Stratégie de réduction de la pauvreté, le gouvernement fédéral devrait affirmer l'importance d'accroître le soutien aux groupes communautaires dans leur mission d'aide, d'accompagnement, de défense des droits et de participation citoyenne tout en gardant le caractère généraliste de l'aide permettant aux acteurs locaux et régionaux concernés d'identifier les besoins et les priorités de leur milieu. En complément de ce soutien, les directeurs de santé publique appuient l'initiative du gouvernement qui envisage d'élaborer et d'investir dans une stratégie d'innovation sociale et de finance sociale. Cette stratégie pourrait permettre d'appuyer les actions citoyennes, les organismes communautaires et les initiatives de développement local afin de favoriser l'identification et la mise en œuvre de solutions innovantes pour améliorer les conditions de vie des personnes en situation de pauvreté.

3.3. Lutter contre les préjugés et la discrimination

L'exclusion sociale se nourrit de représentations négatives au sujet des personnes qui vivent en situation de pauvreté. De telles représentations négatives ont des effets ravageurs sur les personnes, sur leur identité sociale et sur leur santé^{268,269,270,271}.

C'est à partir de représentations négatives des personnes en situation de pauvreté que prend forme l'exclusion sociale dans un contexte de relations inégalitaires. La discrimination a pour conséquence une réduction des options et des opportunités pour ces personnes²⁷². À ce sujet, un sondage réalisé récemment pour la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse au Québec montre que la condition sociale est le motif le plus susceptible de fonder une forme ou une autre de discrimination²⁷³. Il est également le motif le plus associé à une forme d'intolérance ou de méfiance sociale. Près de la moitié des Québécois ont une opinion négative des prestataires de l'aide sociale, acceptent que tous les citoyens n'aient pas les mêmes chances dans la vie et pensent que les inégalités sociales sont une réalité inévitable avec laquelle il faut composer²⁷⁴.

Le rapport du Directeur de santé publique de la Capitale-Nationale sur les inégalités sociales de santé montre que faisant l'objet de préjugés, de stigmatisation et de discrimination, les personnes en situation de pauvreté se sentent globalement peu considérées, dénigrées et souvent étiquetées²⁷⁵. Certaines ont le sentiment d'être perçues comme malhonnêtes, déviantes, voire dangereuses. Plusieurs se perçoivent également comme des citoyens de seconde classe, de peu de valeur et même comme des personnes anormales²⁷⁶.

La souffrance dont témoignent les personnes en situation de pauvreté victimes de préjugés, de stigmatisation et de discrimination a des répercussions importantes sur leur santé physique et leur santé mentale²⁷⁷, si bien que ces facteurs doivent être considérés comme des causes importantes des inégalités sociales de santé²⁷⁸. Parmi les répercussions sur les personnes, on relève notamment le stress, l'anxiété, l'insomnie, un sentiment de honte et de culpabilité, la tristesse, les idées suicidaires, une faible

estime de soi et un repli sur soi²⁷⁹. Des sentiments de méfiance et d'hostilité envers la société de même que d'isolement sont aussi rapportés par les personnes en situation de pauvreté²⁸⁰.

De plus, les préjugés ont non seulement des effets néfastes sur les personnes, mais aussi sur l'ensemble de la société en contribuant au maintien des inégalités sociales et à la diminution de la cohésion au sein de la société^{281,282}.

En somme, la lutte aux préjugés devrait occuper une place de plus en plus importante dans la réduction des inégalités sociales de santé²⁸³.

Le gouvernement fédéral est en mesure de jouer un rôle très important dans la lutte aux préjugés reliés à la pauvreté. La Stratégie canadienne est une occasion de formaliser les engagements du gouvernement en ce sens. Par exemple, lors d'annonces de mesures ou de modifications législatives ou réglementaires susceptibles d'affecter les personnes en situation de pauvreté, le gouvernement fédéral devrait veiller au respect de la dignité des personnes, en valorisant leurs efforts pour améliorer leurs conditions de vie et leurs contributions actuelles à la société (entraide, activités bénévoles, etc.).

La Commission Vérité et Réconciliation²⁸⁴ faisait état du racisme systémique dont sont victimes les autochtones au Canada. Ce racisme s'ajoute aux discriminations dont souffrent les personnes en situation de pauvreté. Le Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté devrait veiller à ce que le Canada fasse écho aux recommandations de la Commission Vérité et Réconciliation pour lutter activement contre le racisme systémique.

Enfin, il pourrait mener une campagne sociétale pour faire reconnaître et valoriser la participation des personnes en situation de pauvreté dans la société et leur contribution actuelle.

CONCLUSION

Depuis plusieurs décennies, les impacts de la pauvreté mais aussi des inégalités sociales sur la santé sont largement décrits dans les écrits scientifiques. Elles ont pour conséquence des maladies physiques, des maladies mentales, des incapacités précoces et des morts prématurées. Comme le concluait la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS en 2008, les inégalités sociales rendent malades et tuent²⁸⁵. Au cours de la même année et dans son rapport sur les inégalités de santé, l'administrateur en chef de la santé publique du Canada indiquait que les déterminants socioéconomiques ont une incidence directe sur la santé²⁸⁶.

Les directeurs de santé publique de Montréal et de la Capitale-Nationale sont particulièrement inquiets des répercussions de la pauvreté et des inégalités sur la santé de leurs populations. En ce sens, ils accueillent avec enthousiasme les travaux actuels du Gouvernement du Canada pour élaborer une Stratégie nationale de réduction de la pauvreté. En effet, le gouvernement fédéral dispose de plusieurs leviers pour structurer des politiques susceptibles d'améliorer grandement la santé et le bien-être des plus pauvres et pour faire en sorte que la prospérité canadienne profite à tous.

La réduction de la pauvreté implique de continuer les efforts pour rétablir la progressivité de l'impôt qui s'est grandement détériorée dans les dernières décennies. Au-delà des mesures fiscales plus générales, les programmes de soutien au revenu tels que l'assurance-chômage méritent d'être renforcés et leur accessibilité étendue. Les investissements dans le logement social annoncés dans les récents budgets représentent une opportunité majeure pour réduire les conséquences de la pauvreté sur des enjeux importants comme l'insécurité alimentaire ou l'anxiété et la dépression des personnes au bas de l'échelle sociale. Le marché du travail est une transition et s'il est mal encadré, le risque est réel d'accroître les inégalités notamment aux dépens de la santé et de la sécurité des travailleurs. Enfin, les transferts fédéraux aux provinces sont cruciaux pour le maintien et le développement de plusieurs programmes en santé et en services sociaux qui sont si importants pour remédier à la panoplie de problèmes qui accompagnent trop souvent la vie en situation de pauvreté.

Les personnes pauvres vivent plusieurs situations où elles se sentent exclues, stigmatisées et discriminées. Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans la lutte aux préjugés, la promotion de la participation citoyenne des gens au bas de l'échelle sociale et le soutien aux organismes communautaires où les personnes démunies peuvent retrouver un peu de dignité et une voix pour s'exprimer. Il est essentiel d'associer les personnes pauvres aux solutions qui seront privilégiées par la Stratégie.

En conclusion, les directeurs de santé publique réitèrent l'importance de monitorer les interventions et les résultats découlant de la future stratégie. Ils insistent sur le nécessaire développement des connaissances sur le sujet par l'allocation de fonds de recherche substantiels dans le domaine. Ils offrent au ministre responsable de la Stratégie leur collaboration pour l'implantation des interventions dans leurs populations ainsi que pour la surveillance de ses impacts sur la santé.

RÉFÉRENCES

- ¹ Organisation mondiale de la santé (OMS). 2008. *Commission des déterminants sociaux de la santé. Rapport final. Combler le fossé en une génération; Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*, Genève : OMS, p. 31
- ² Statistique Canada. 2014. *Enquête canadienne sur le revenu*. Seuil de faible revenu (SFR) après impôt.
- ³ Nathan Laurie. 2008. *The cost of poverty*. Toronto: Ontario Association of Food Banks (OAFB), p. 19.
- ⁴ Statistique Canada. 2011. *Enquête nationale sur les ménages (ENM)*.
- ⁵ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). 2014. *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale*. Juin 2014. Québec : Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et du suivi de la performance, p.1.
- ⁶ MESS. 2014. *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale*. Juin 2014. Québec : Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et du suivi de la performance, p.1.
- ⁷ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Rapport du directeur de santé publique 2011 – Les inégalités sociales de santé à Montréal: le chemin parcouru*, p. 31 et 109.
- ⁸ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Rapport du directeur de santé publique 2011 – Les inégalités sociales de santé à Montréal: le chemin parcouru* p. 109.
- ⁹ Banques alimentaires du Québec. 2017. *Bilan de la faim 2016*, p.23. Données compilées par Moisson Montréal.
- ¹⁰ Rapport de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse, cité dans Kativik Regional Government. 2010. *Plan Nunavik*, Westmount : Avataq Cultural Institute, p. 206-8.
- ¹¹ Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik. 2013. *Health Profile of Nunavik 2013: Focus on Youth, Adult and Elders' Populations*, avec la collaboration de l'Institut national de santé publique du Québec
- ¹² Environics Institute. 2010. *The Urban Aboriginal People's Study*. Toronto, p. 152-53.
- ¹³ OMS. 2009. *Combler le fossé en une génération. Op. cit.*
- ¹⁴ Wellesley Institute. 2009. *Sick and Tired: The Compromised Health of Social Assistance Recipients and the Working Poor in Ontario*
- ¹⁵ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2008. *Growing unequal ? Income distribution and poverty in OECD countries*, Genève.
- ¹⁶ OMS. 2009. *Combler le fossé en une génération, Op. cit.*
- ¹⁷ Shonkoff, JP. 2010. « Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy », *Child Development*, vol. 81, n°1, p. 357-67.
- ¹⁸ UNICEF Innocenti Research Centre. 2010. *Les enfants laissés pour compte: Tableau de classement des inégalités de bien-être entre les enfants des pays riches* , Innocenti Report Card 9, Florence.
- ¹⁹ Yoshikawa, H., Lawrence Aber, J. et W. R. Beardslee. 2012. « The Effects of Poverty on the Mental, Emotional, and Behavioral Health of Children and Youth; Implications for Prevention », *American Psychologist*, vol. 67, n° 4, p. 272–84.

- ²⁰ Wood, D. 2003. « Effect of child and family poverty on child health in the United States », *Pediatrics* vol. 112, n° 3, p.707-11.
- ²¹ Claussen B., G.D. Smith et D. Thelle. 2003. « Impact of childhood and adulthood socioeconomic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 1, n° 57, p. 40-45.
- ²² Luo Y., et L.J. Waite. 2005. « The impact of childhood and adult SES on physical, mental, and cognitive well-being in later life », *Journal of Gerontology*, vol. 2, n° 60B, p. S93-S101.
- ²³ Séguin, L. et coll. 2012. « Tracking Exposure to Child Poverty During the First 10 Years of Life in a Quebec Birth Cohort », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 103, n° 4, p. 270-76.
- ²⁴ Rauch S. et B. Lanphear. 2012. « Prevention of Disability in Children: elevating the role of the environment », *Future Child*, vol. 22, p. 193–221.
- ²⁵ Yoshikawa, H., J. Lawrence Aber et W. R. Beardslee. 2012. « The Effects of Poverty on the Mental, Emotional, and Behavioral Health of Children and Youth; Implications for Prevention », *Op. cit.*
- ²⁶ Shonkoff, JP. 2010. « *Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy* », *Op. cit.*
- ²⁷ Blackburn C.M., N. Spencer et J.M. Read. 2013. « Is the onset of disabling chronic conditions in later childhood associated with exposure to social disadvantage in earlier childhood? A prospective cohort study using the ONS Longitudinal Study for England and Wales », *BMC Pediatrics*, vol. 3, n° 101. doi:10.1186/1471-2431-13-101.
- ²⁸ Kalff, A. et coll. 2001. « Factors affecting the relation between parental education as well as occupation and problem behaviour in Dutch 5-to 6-year-old children ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 36, p. 324–31.
- ²⁹ Chen E, A.D. Martin et K.A. Matthews. 2007. « Trajectories of socioeconomic status across children's lifetime predict health », *Pediatrics*, vol. 120, n° 2, p. e297–e303.
- ³⁰ Blackburn C.M., N. Spencer et J.M. Read. 2013. « Is the onset of disabling chronic conditions in later childhood associated with exposure to social disadvantage in earlier childhood? A prospective cohort study using the ONS Longitudinal Study for England and Wales », *Op. cit.*
- ³¹ Nikiéma, B. et coll. 2012. « Longitudinal patterns of poverty and health in early childhood: exploring the influence of concurrent, previous, and cumulative poverty on child health outcomes », *BMC Pediatrics*, vol. 12, n° 141, doi:10.1186/1471-2431-12-141.
- ³² O'Campo, P. et M. Urquia. 2012. « Aligning Method with Theory: A comparison of two approaches to modeling the social determinants of health », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 16, p.1870-78.
- ³³ Spencer, N. 2008. « European Society for Social Pediatrics and Child Health (ESSOP) Position Statement; Social inequalities in child health – Towards equity and social justice in child health outcomes », *Child: care, health and development*, vol. 34, n° 5, p. 631-34.
- ³⁴ Spencer, N. 2008. *Childhood Poverty and Adult Health*, End Child Poverty, London.
- ³⁵ Blumenshine, P., S. Egerter et coll. 2010. « Socioeconomic Disparities in Adverse Birth Outcomes; a systematic review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 39, n°3, p. 236-72.
- ³⁶ Hertzman, C. et T. Boyce. 2010. « How experience gets under the skin to create gradients in development health », *Annual Review of Public Health*, vol. 31, p. 329-47.

- ³⁷ Duncan, G.J. et J. Brooks-Gunn. 2000. « Family poverty, welfare reform, and child development », *Child Development*, vol. 71, n° 1, p. 188-96.
- ³⁸ Spencer, N. 2008. *Childhood Poverty and Adult Health*, *Op. cit.*
- ³⁹ Hafkamp-de Groen E. et coll. 2012. « The role of prenatal, perinatal and postnatal factors in the explanation of socioeconomic inequalities in preschool asthma symptoms : The Generation R Study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 66, p.1017-24.
- ⁴⁰ Spencer, N. 2008. *Childhood Poverty and Adult Health*, *Op. cit.*
- ⁴¹ Hafkamp-de Groen E. et coll. 2012. « The role of prenatal, perinatal and postnatal factors in the explanation of socioeconomic inequalities in preschool asthma symptoms : The Generation R Study », *Op. cit.*
- ⁴² Braveman, P. et C. Barclay. 2009. « Health Disparities beginning in childhood : a life-course perspective », *Pediatrics*, vol. 124, p. S163-65.
- ⁴³ Marmot, M. et R. Bell. 2012. « Fair society, healthy lives », *Public Health*, vol. 126, p. S4-S10.
- ⁴⁴ Walby S. et J. Allen. 2004. *Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey*. London: Home Office Research, Development and Statistics.
- ⁴⁵ Gilbert, R. et coll. 2009. « Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries », *Lancet*, vol. 373, p. 68–81.
- ⁴⁶ Walby, S. et J. Allen. 2004. *Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey*, *Op. cit.*
- ⁴⁷ May-Chahal C. et P. Cawson. 2005. « Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect », *Child Abuse & Neglect*, vol. 29, p. 969–84.
- ⁴⁸ Webb, E. 2013. « Poverty, maltreatment and attention deficit hyperactivity disorder », *Archives of Disease and Childhood*, doi: 10.1136/archdischild-2012-303578.
- ⁴⁹ Teicher, M.H., et coll. 2003. « The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment », *Neuroscience Biobehavioral Review*, vol. 27, p. 33–44.
- ⁵⁰ Glaser, D. 2000. « Child abuse and neglect and the brain », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 41, p. 97–116.
- ⁵¹ Shonkoff, JP. 2010. « *Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy* », *Op. cit.*
- ⁵² Perry, B. et coll. 1995. « Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: how states become traits », *Infant Mental Health Journal*, vol. 16, p. 271–91.
- ⁵³ Heim, C. et coll. 2000. « Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood », *JAMA*, vol. 284, p. 592–7.
- ⁵⁴ Strohschein, L. 2005. « Household Income Histories and Child Mental Health Trajectories », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, décembre, p. 359-375.
- ⁵⁵ Perry, B. et coll. 1995. « Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: how states become traits », *Infant Mental Health Journal*, vol. 16, p. 271–91.
- ⁵⁶ Strohschein, L. 2005. « Household Income Histories and Child Mental Health Trajectories », *Op. cit.*

- ⁵⁷ Dearing, E. 2008. « Psychological Costs of Growing up Poor », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1136, p. 324-332.
- ⁵⁸ Blanchard D et coll. 2014. Portrait montréalais du développement des enfants à la maternelle : résultats de l'enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM, 2012). Direction de santé publique de Montréal, 28 p.
- ⁵⁹ OCDE. 2017. <http://www.oecd.org/social/income-distribution-database.htm> consulté en ligne le 31 mai.
- ⁶⁰ OCDE. 2016. *Le point sur les inégalités de revenu*. Tableau 1. OCDE.
- ⁶¹ Fang Raymond et al. 2009. « Disparities in Chronic Disease Among Canada's Low-Income Populations ». *Preventing Chronic Disease*, vol. 6, n° 4, p. A115.
- ⁶² Dow, W. H. et D. H. Rehkopf. 2010. « Socioeconomic gradients in health in international and historical context », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1186, p. 24-36.
- ⁶³ Shonkoff, J. P., W.T. Boyce et B.S. McEwen. 2009. « Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities: Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention », *JAMA*, vol. 301, n° 21, p. 2252-2259.
- ⁶⁴ Evans, G.W. et P. Kim. 2010. « Multiple risk exposure as a potential explanatory mechanism for the socioeconomic status–health gradient », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, p. 174-189.
- ⁶⁵ Wood D. 2003. « Effect of child and family poverty on child health in the United States », *Pediatrics*, vol. 112, n°3, p. 707-11.
- ⁶⁶ Hertzman, C. 1999. « The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood », *Annals of New York Academy of Science*, vol. 596, p. 85-95.
- ⁶⁷ OMS. 2008. *Combler le fossé en une génération; Op. cit.*
- ⁶⁸ Wilkinson, R. et Pickett, K. 2009. *The Spirit Level; Why Greater Equality Makes Societies Stronger*. New York: Bloomsbury Press.
- ⁶⁹ Willson, A. E. 2009 « 'Fundamental Causes' of health disparities: A comparative analysis of Canada and the Unites States », *International Sociology*, vol. 24, n° 1, p. 93-113.
- ⁷⁰ Phelan, J. C., Link, B. G. 2005. « Controlling Disease and Creating Disparities: A Fundamental Cause Perspective », *Journal of Gerontology*, vol. 60B (Spec. Iss. II), p. 27–33.
- ⁷¹ Spencer N. 2000. *Poverty and child health*. UK, Oxon, 2e édition.
- ⁷² Marmot, M. 2010. *Fair Society, Healthy Lives - Strategic review of health inequalities in England post 2010*. London: Marmot Review.
- ⁷³ Black, D. 1980. *Inequalities in Health: Report of a research working group*. London : Working Group on Inequalities in Health.
- ⁷⁴ Seeman, T., Epel, E., Gruenewald, T., Karlamangla, A. et McEwen, B.S. 2010. « Socioeconomic differentials in peripheral biology : Cumulative allostatic load », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1186, p. 223-39.
- ⁷⁵ Poulton, R. et coll. 2002. « Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study », *Lancet*, vol. 360, p. 1640-5.

- ⁷⁶ Wilkinson, R. G. and K. Pickett. 2009. *The spirit level : why equality is better for everyone*, Op. cit.
- ⁷⁷ Ross, N. et coll. 2000. «Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics», *British Medical Journal*, vol. 320, n°7239, p. 898-902.
- ⁷⁸ Institut canadien d'information sur la santé. 2008. *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*. Ottawa : ICIS.
- ⁷⁹ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Rapport du directeur de santé publique 2011 – Les inégalités sociales de santé à Montréal: le chemin parcouru*. Op. cit.
- ⁸⁰ Direction de santé publique de Montréal, *Enquête TOPO* 2012.
- ⁸¹ Van Lancker, W. et Van Mechelen, N. 2014. *Universalism under siege? Exploring the association between targeting, child benefits and child poverty across 26 countries*. Working Paper 14 / 1. Antwerpen: Centre for Social Policy, University of Antwerp (Belgique).
- ⁸² Lundberg Olle et coll. 2008. « The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study », *The Lancet*, vol. 372, p. 1633-40.
- ⁸³ Fang, R. et coll. 2009. « Disparities in Chronic Disease Among Canada's Low-Income Populations », *Preventing Chronic Disease*, vol. 6, n° 4, p. A115.
- ⁸⁴ Cauthen, N. 2002. *Policies that improve children Family income matter for children*. National Center for Children in Poverty (NCCP). New York: Columbia University.
- ⁸⁵ Nelson, K. et J. Fritzell. 2014. « Welfare states and population health : The role of minimum income benefits for mortality », *Social Science & Medicine*, vol. 112, p. 63-71.
- ⁸⁶ Lundberg, O. et coll. 2008. « The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study », *Lancet*, vol. 372, p. 1633-1640.
- ⁸⁷ Dahl, G B., et L. Lochner. 2012. « The Impact of Family Income on Child Achievement: Evidence from the Earned Income Tax Credit », *American Economic Review*, vol. 102, n° 5, p. 1927-56.
- ⁸⁸ Sherman, A. et coll. 2013. *Various supports for low-income families reduce poverty and have long-term positive effects on families and children*. Washington: Center on Budget and Policy Priorities.
- ⁸⁹ Maxfield, M. 2013. *The effects of the earned income tax credit on child achievement and long-term educational attainment*. Job Market Paper. East Lansing: Michigan State University.
- ⁹⁰ Forget, E. 2011. *The Town with no Poverty; Using health administration data to revisit outcomes of a Canadian guaranteed annual income field experiment*, Winnipeg: University of Manitoba.
- ⁹¹ Levine, R.A. et coll. 2005. «A Retrospective on the Negative Income Tax Experiments: Looking Back at the Most Innovative Field Studies in Social Policy», dans Widerquist, K. et coll., *The Ethics and Economics of the Basic Income Guarantee*, , Hampshire (R.-U.) et Burlington (VT): Ashgate Publishing.
- ⁹² Kehrer, B.H. et C.M. Wolin. 1979. « Impact of income maintenance on low birth weight: Evidence from the Gary Experiment », *The Journal of Human Resources*, vol. 14, n° 4, p. 434-62.
- ⁹³ Forget, E. 2013. « New questions, new data, old interventions: The health effects of a guaranteed annual income », *Preventive Medicine*, vol. 57, p. 925-28.

- ⁹⁴ Maxfield, M. 2013. *The effects of the earned income tax credit on child achievement and long-term educational attainment*. *Op. cit.*
- ⁹⁵ Forget, E. 2011. *The Town with no Poverty; Using health administration data to revisit outcomes of a Canadian guaranteed annual income field experiment*, *Op. cit.*
- ⁹⁶ Levine, R.A. et coll. 2005. «A Retrospective on the Negative Income Tax Experiments: Looking Back at the Most Innovative Field Studies in Social Policy», *Op. cit.*
- ⁹⁷ Kehrer, B.H. et C.M. Wolin. 1979. « Impact of income maintenance on low birth weight: Evidence from the Gary Experiment », *Op. cit.*
- ⁹⁸ Forget, E. 2013. « New questions, new data, old interventions: The health effects of a guaranteed annual income », *Op. cit.*
- ⁹⁹ Forget, E. 2011. *The Town with no Poverty; Using health administration data to revisit outcomes of a Canadian guaranteed annual income field experiment*, *Op. cit.*
- ¹⁰⁰ Levine, R.A., H. Watts et coll. 2005. « A Retrospective on the Negative Income Tax Experiments: Looking Back at the Most Innovative Field Studies in Social Policy », *Op. cit.*
- ¹⁰¹ Kehrer, B.H. et C.M. Wolin. 1979. « Impact of income maintenance on low birth weight: Evidence from the Gary Experiment », *Op. cit.*
- ¹⁰² Forget, E. (2013). « New questions, new data, old interventions: The health effects of a guaranteed annual income », *Preventive Medicine*, vol. 57, p. 925-28.
- ¹⁰³ Costello, E. J. et coll. 2003. « Relationships between poverty and psychopathology; A natural experiment, *JAMA*, vol. 290, n° 15, p. 2023.
- ¹⁰⁴ OCDE. 2011. *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising. Country Note: Canada*. Paris: OCDE.
- ¹⁰⁵ OCDE. Non daté. *Income distribution and Poverty* consulté en ligne le 25 mai 2017 à <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=IDD>
- ¹⁰⁶ OCDE. 2011. *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*, *Op.cit.*
- ¹⁰⁷ *Id.*
- ¹⁰⁸ Organisation mondiale de la santé (OMS). 2008. *Commission des déterminants sociaux de la santé*. *Op. cit*
- ¹⁰⁹ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Rapport du directeur de santé publique 2011*, *Op. cit.*
- ¹¹⁰ Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. 2013. *Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012. Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
- ¹¹¹ Gouvernement du Canada. 2017. *Soutien fédéral aux provinces*. Consulté en ligne le 13 juin 2017: <https://www.fin.gc.ca/fedprov/mtp-fra.asp>
- ¹¹² Lori Curtis et Shelley Phipps. 2000. *Economic Resources and Children's health and Success at School : An analysis with the National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Ottawa : Applied Research Branch, Strategic Policy. Développement des ressources humaines du Canada.

- ¹¹³ Séguin L. et al. 2007. « Duration of poverty and child health in the Québec Longitudinal Study of Child Development : longitudinal analysis of a birth cohort », *Pediatrics.*, vol. 199, n°5, p. e1063-70.
- ¹¹⁴ Heckman, J. 2006. « Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children », *Science*, vol. 312, no 5782, p. 1900-02
- ¹¹⁵ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Rapport du directeur de santé publique 2011*, *Op. cit.*, p.40-42.
- ¹¹⁶ Gouvernement du Canada. 2017. *Bâtir une classe moyenne forte. Le budget de 2017*. Ottawa : ministère des Finances.
- ¹¹⁷ Statistique Canada. 2011. *Enquête nationale sur les ménages (ENM)*.
- ¹¹⁸ Zhengxi, L. 1998. « Evolution de l'assurance emploi au Canada », *Perspective*, Statistique Canada, p. 45-51.
- ¹¹⁹ Développement des ressources humaines du Canada. 1996. *Historique de l'assurance-chômage 1940-1994*. Ottawa.
- ¹²⁰ Gouvernement du Canada. *Assurance-Emploi. Rapport de contrôle et d'évaluation*. Annexe 1 « Historique législatif de l'assurance chômage et de l'assurance emploi », Ottawa : Développement des ressources humaines du Canada, p.1.1-1.4.
- ¹²¹ Gouvernement du Canada. 2012. *Plan d'action économique du Canada 2012*. Ottawa
- ¹²² Gouvernement du Canada. 2016. *Exploration des conséquences des récents changements à l'Assurance-emploi et des moyens d'améliorer l'accès au programme*. Rapport du Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées. 42^e législature, 1^{re} session.
- ¹²³ Commission nationale d'examen sur l'assurance-emploi. 2013. *Réforme de l'Assurance emploi, des correctifs pressant et des perspectives d'avenir*. Données tirées des Rapports de l'Actuaire en chef, des Rapports de contrôle et d'évaluation de l'assurance-emploi de la Commission de l'assurance-emploi du Canada, de Statistique Canada et des Comptes publics du Canada, p. 7-11.
- ¹²⁴ Bureau du Directeur parlementaire du budget Canada. 2014. *Réponse concernant le financement de l'assurance-emploi et les récentes mesures connexes*, Ottawa, 9 octobre
- ¹²⁵ Gouvernement du Canada. 2016. *Exploration des conséquences des récents changements à l'Assurance-emploi et des moyens d'améliorer l'accès au programme*. *Op. cit.*
- ¹²⁶ MESS, *Évolution du nombre de ménages aux programmes d'aide financière de dernier recours pour l'ensemble du Québec*, avril 2011.
- ¹²⁷ Statistique Canada. 2015. *Enquête canadienne sur le revenu*, tableau CANSIM 206-0041
- ¹²⁸ Centre d'étude sur la pauvreté et l'Exclusion sociale (CEPE). 2014. *La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec : état de situation 2013*. Québec : MESS, p.12-13.
- ¹²⁹ Guy Fréchet. 2012. « Un portrait équivoque : la pauvreté chez les personnes âgées au Québec » dans *Le vieillissement démographique au Québec : de nombreux enjeux à déchiffrer*. Québec : Institut de la Statistique du Québec (ISQ), p. 113-27.

- ¹³⁰ Gaudreault, A. et L. Cloutier-Villeneuve. 2012. « Conditions économiques et perspectives de retraites des travailleurs âgés au Québec », dans *Le vieillissement démographique au Québec : de nombreux enjeux à déchiffrer*, Op. cit. p. 69-82.
- ¹³¹ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Rapport du directeur de santé publique 2011*, Op. cit., p.42-46.
- ¹³² DSP de Montréal. 1998. *Les inégalités sociales de la santé*. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, p. 60.
- ¹³³ Jean-Frédéric Lévesque. 2007. *Les besoins non-comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne ?* Montréal : DSP de l'ASSSM et INSPQ.
- ¹³⁴ Marie-Ève Simoneau et Marie-Jo Ouimet. 2015. *L'exposition aux pratiques cliniques préventive*. L'observateur-Regard sur la santé des Montréalais, no 6.
- ¹³⁵ Meshefedjian GA et al., 2016. « Association of Material Deprivation Status, Access to Health Care Services, and Lifestyle With Screening and Prevention of Disease, Montreal, Canada, 2012 ». *Prev Chronic Dis*;13:160157.
- ¹³⁶ Santé Canada. 2010. Sommaire du rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de santé 2007-2009. Ottawa : Santé Canada.
- ¹³⁷ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Rapport du directeur de santé publique 2011*, Op. cit.
- ¹³⁸ Directeurs régionaux de santé publique du Québec. 2016. *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Mémoire des directrices et directeurs régionaux de santé publique du Québec. Présenté au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (Gouvernement du Québec). Montréal : Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- ¹³⁹ Robert Maguire, Richard Lessard et Jocelyne Sauvé (directeurs régionaux de santé publique). 2007. *Le privé dans la santé : un enjeu de santé publique, Positionnement des directeurs de santé publique*, Rimouski : Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- ¹⁴⁰ Institut des finances publiques et de la démocratie (IFDP). *Dynamique passée, présente et future, Les coûts de soins de santé au Québec*. Ottawa : IFDP, Université d'Ottawa.
- ¹⁴¹ Gouvernement du Québec. 2017. *Pour une juste part du financement fédéral en santé*, Québec, p. 17-19.
- ¹⁴² Gouvernement du Canada. 2008. *L'administrateur en chef de la santé publique : Rapport sur l'état de la santé publique au Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- ¹⁴³ Hulchanski, J.D. 2007. *Canada's Dual Housing Policy - Assisting Owners, Neglecting Renters*, Research Bulletin no 38, Centre for Urban and Community Studies. Toronto: University of Toronto.
- ¹⁴⁴ Statistique Canada. 2011. *Enquête nationale auprès des ménages (ENM)*.
- ¹⁴⁵ *Id.*
- ¹⁴⁶ *Id.*

- ¹⁴⁷ Statistique Canada. 2011. *Répartition des ménages locataires selon la proportion du revenu consacrée aux dépenses de propriété, région 03 Capitale-Nationale*, ENM 2011
- ¹⁴⁸ OMS. 2009. *Comblé le fossé en une génération*, Op. cit.
- ¹⁴⁹ Dunn, J., D. et coll. 2004. « Housing as a socioeconomic determinant of health : a Canadian research framework ». Chapitre 1 dans Howden-Chapman P, Caroll P (dir.). *Housing & Health, Research, Policy and Innovation*. Wellington (NZ) : Housing New Zealand Corporation, p. 12-39.
- ¹⁵⁰ Marie-France Raynault, Simon Tessier et François Thérien. 2015. *Pour des logements salubres et abordables*. Rapport du directeur de santé publique de Montréal. Montréal : Direction régionale de santé publique CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- ¹⁵¹ Chew, G.L., et coll. 2006. « Determinants of cockroach and mouse exposure and associations with asthma in families and elderly individuals living in New York City public housing », *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, vol. 97, n° 4, p. 502-13.
- ¹⁵² Shaw, M. 2004. « Housing and Public Health », *Annual Review of Public Health*, vol. 25, p. 397-418.
- ¹⁵³ Kanchongkittiphon, W., et coll. 2015. « Indoor Environmental Exposures and Exacerbation of Asthma: An Update to the 2000 Review by the Institute of Medicine », *Environmental Health Perspectives*, vol. 123, n° 1, p. 6.
- ¹⁵⁴ Rosenstreich, D.L. et coll. 1997. « The role of cockroach allergy and exposure to cockroach allergen in causing morbidity among inner-city children with asthma », *New England Journal of Medicine*, vol. 336, p. 1356-63.
- ¹⁵⁵ Ashcroft, et coll. 2015. « The mental health impact of bed bug infestations: a scoping review », *International Journal of Public Health*, 10.1007/s00038-015-0713-8.
- ¹⁵⁶ Direction de santé publique de Montréal. Données d'enquêtes tirées de l'*Enquête sur la santé respiratoire des enfants montréalais* (2011) et de l'*Enquête SALAM* (2014).
- ¹⁵⁷ Thomson, H., et coll. 2003. « Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 57, n° 1, p. 526-30.
- ¹⁵⁸ Cristofar, S.P., et P.P. Basiotis. 1992. « Dietary intakes and selected characteristics of women ages 19– 50 years and their children ages 1–5 years by reported perception of food sufficiency », *Journal of Nutrition Education*, vol. 24, n° 2, p. 53–58.
- ¹⁵⁹ Kirkpatrick, S., et V. Tarasuk. 2011. « Housing circumstances are associated with household food access among low-income urban families », *Journal of Urban Health*, vol. 88, n° 2, p. 284-296.
- ¹⁶⁰ Rose-Jacobs, R., et coll. 2008. « Household food insecurity: associations with at-risk infant and toddler development », *Pediatrics*, vol. 121, n° 1, p. 65–72.
- ¹⁶¹ Harkness, J. et S. J. Newman. 2005. « Housing affordability and children's well-being: evidence from the National Survey of America's Families », *Housing Policy Debate*, vol. 16, n° 2, p. 223-25.
- ¹⁶² Cutts, D.B. et coll. 2011. « US housing insecurity and the health of very young children », *American Journal of Public Health*, vol. 10, n° 8, p. 1508-14.
- ¹⁶³ DeWit, D.J. et coll. 1998. *The Relationship between geographic relocation and childhood problem behaviour*, Applied Research Branch, Strategic Policy, Human Resources Development Canada.

- ¹⁶⁴ Marsh, A., et coll. 2000. « Housing deprivation and health: a longitudinal analysis », *Housing Studies*, vol. 15, n° 3, p. 411-28.
- ¹⁶⁵ Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). 2003. *Housing quality and children's socioemotional health*, Ottawa.
- ¹⁶⁶ Sengoelge, M. 2014. « Housing, income inequality and child injury mortality in Europe: a cross-sectional study », *Child Care, Health and Development*, vol. 40, n°2, p. 283-91.
- ¹⁶⁷ DSP de Montréal. 2011. *Sondage régional sur la santé 2010. Données sur l'insécurité alimentaire dans la population montréalaise*. DSP-ASSS de Montréal. Non publié
- ¹⁶⁸ Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). *Rapport sur le marché locatif*, automne 2016, p. 22
- ¹⁶⁹ Statistique Canada. 2011. *Enquête nationale auprès des ménages* (ENM).
- ¹⁷⁰ *Id.*
- ¹⁷¹ Société d'habitation du Québec (SHQ). 2010. *Statistiques pour l'agglomération de Québec*. Québec.
- ¹⁷² SHQ. 2016. *L'habitation en bref 2016*, Québec, p.2
- ¹⁷³ Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM). Non daté. *Analyse, classement de la demande et délais d'attente*, [en ligne] [www.omhm.qc.ca/analyseclassement-de-la-demande-delaiss-attente], consultée en juin 2017.
- ¹⁷⁴ Société d'habitation du Québec (SHQ). 2013. *La fin des conventions d'exploitation entre la société d'habitation du Québec et les organismes gestionnaires de logements sociaux. État de situation- Été 2013*. Québec : SHQ.
- ¹⁷⁵ Wellesley Institute. 2010. *Precarious Housing in Canada*, Toronto, p. 46.
- ¹⁷⁶ Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL). 2011. *Cadre de référence pour le logement abordable (2011 - 2014)*. Ottawa.
- ¹⁷⁷ Gouvernement du Canada. *Le Budget de 2017*, *Op. cit.*
- ¹⁷⁸ Gouvernement du Canada. 2016. *Intervention du ministre Emploi et Développement social Canada, Jean-Yves Duclos*, Témoignages de comité - HUMA-5, 4 avril.
- ¹⁷⁹ Gouvernement du Canada. 2016. *Contribuez à définir la Stratégie nationale sur le logement*. [www.parlonslogement.ca]
- ¹⁸⁰ Le DSP de Montréal a déposé un mémoire dans le cadre de cette consultation : Marie-France Raynault, Simon Tessier, David Kaiser, Stéphane Perron. 2016. *Vers une nouvelle stratégie canadienne en habitation*. Mémoire de la Direction de santé publique de Montréal, déposé dans le cadre de la consultation de la Société canadienne d'hypothèque et de logement (Gouvernement du Canada). Montréal : Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- ¹⁸¹ Société d'habitation du Québec (SHQ). 2013. *La fin des conventions d'exploitation entre la Société d'habitation du Québec et les organismes gestionnaires de logements sociaux. État de situation- Été 2013*. Québec : SHQ.
- ¹⁸² *Id.*
- ¹⁸³ Gouvernement du Canada. *Le Budget de 2017*, *Op. cit.*
- ¹⁸⁴ OCDE 2015. *Tous concernés : pourquoi moins d'inégalités profite à tous*. Paris : Éditions OCDE

- ¹⁸⁵ OCDE, 2016. *Perspective de l'emploi de l'OCDE 2016*. Paris : Éditions OCDE, p. 60.
- ¹⁸⁶ Tal. B. 2015. *Employment quality trending down. Employment quality - Trending down*. Canadian employment quality index. Toronto : CIBC World Markets Inc.
- ¹⁸⁷ Kilolo-Malambwe et J-M, Rabemananjara J. 2014. *État du marché du travail au Québec: Bilan de l'année 2014. Travail et rémunération*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- ¹⁸⁸ Statistique Canada. 2014. *Service d'emploi 1014. Le Quotidien*. 9 mars 2014.
- ¹⁸⁹ Marie-France Raynault, Jean-François Ducharme Varin et Daniel Vergara. 2016. *Les travailleurs invisibles. Les risques pour la santé des agences de location de personnel*. Rapport du directeur de santé publique de Montréal. Montréal : Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- ¹⁹⁰ OCDE 2015. *Pourquoi plus d'inégalité profite à tous, Op. cit.* p.212-15
- ¹⁹¹ Cranford, C., LF Vosko et N. Zukewich. 2003.. « Precarious employment in the Canadian labour market: A statistical portrait », *Just labour*, vol. 3, automne, p.6-22.
- ¹⁹² OCDE. 2011. *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising. Op. cit.*
- ¹⁹³ Statistique Canada 2015 Statistique Canada. Services d'emploi, 2015 [Enligne]. 2016. Le Quotidien. 9 mars. Disponible à www.statcan.gc.ca (page consultée le 20 septembre 2016).
- ¹⁹⁴ Commission des normes du travail et Léger Marketing. 2012. *Sondage visant à évaluer les conditions de travail des salariés temporaires d'agences de placement de personnel et les pratiques de celles-ci*. Montréal : Léger Marketing.
- ¹⁹⁵ *Id.*
- ¹⁹⁶ *Id.*
- ¹⁹⁷ OMS.2008. *Commission des déterminants sociaux de la santé, Op. cit*
- ¹⁹⁸ Smith, C. K. et coll. 2010. « Temporary workers in Washington State », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 53, n° 2, p.135-45.
- ¹⁹⁹ Benavides, F. G. et coll. 2006. « Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms? », *Occupational and environmental medicine*, vol. 63, n° 6, p.416- 21.
- ²⁰⁰ Fabiano, B. et coll. 2008. « A statistical study on temporary work and occupational accidents: Specific risk factors and risk management strategies », *Safety Science*, vol. 46, n° 3, p. 535-44.
- ²⁰¹ Park, Y-S. et R.J. Butler. 2001. 2001. « The safety costs of contingent work: Evidence from Minnesota », *Journal of Labor Research* , vol. XXII, n° 4, p.831-49.
- ²⁰² Elsa Underhill. 2002. *Extending knowledge on occupational health & safety and labour hire employment : A literature review and analysis of Victorian Worker 's compensation claims*, Report prepared for WorkSafe Victoria, Melbourne : WorkSafe Victoria.
- ²⁰³ François Hébert et coll. 2003 *Les indicateurs de lésions indemnisées en santé et sécurité du travail au Québec : analyse par secteur d'activité économique en 1995-1997*. Études et recherches; Rapport R-333. Montréal : IRSST
- ²⁰⁴ Cheng, Grand H. L. et Darius K. S. Chan. 2008. « Who suffers more from job insecurity? A meta-analytic review », *Applied Psychology*, vol. 57, n° 2, p.272-303.

- ²⁰⁵ CNESST. 2017. Principaux risques de lésion par secteur d'activité [En ligne]. Disponible sur : www.csst.qc.ca/prevention/risques, consulté le 15 juin 2017. [Catégorie- Location de personnel suppléant et de personnel permanent-561320]
- ²⁰⁶ László, K. et coll. 2013. « Job insecurity and prognosis after myocardial infarction: The SHEEP Study ». *International Journal of Cardiology*, vol. 167, n° 6, p. 2824-30.
- ²⁰⁷ Ferrie, J. E. et coll. 2013. « Job insecurity and incident coronary heart disease: the Whitehall II prospective cohort study », *Artherosclerosis*, vol. 227, n°1, p.178-81.
- ²⁰⁸ Sarah Burgard et coll. 2012. « Perceived Job Insecurity and Health. The Michigan Recession and Recovery Study », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 54, n° 9, p.1101-6.
- ²⁰⁹ Cloutier Esther et coll. 2011. « Accidents du travail », dans : IRSST, INSPQ et ISQ, éd. *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. Montréal: IRSST, p. 531-90.
- ²¹⁰ Quinlan, Michael et Philip Bohle. 2009. « Overstretched and unreciprocated commitment: Reviewing research on the occupational health and safety effects of downsizing and job insecurity », *International Journal of Health Service*, vol. 39, n° 1, p. 1-44.
- ²¹¹ Lee, S. et coll. 2004. « Prospective study of job insecurity and coronary heart disease in US women », *Annals of Epidemiology*, vol. 14, n° 1, p. 24-30.
- ²¹² Nella, D., et coll. 2015. « Consequences of Job Insecurity on the Psychological and Physical Health of Greek Civil Servants ». *BioMed Research International*, vol. 2015, p. 1-8.
- ²¹³ Lang, Jessica et coll. 2012. « Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: A systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies », *Social Science and Medicine* vol. 75, n° 7, p.1163-74.
- ²¹⁴ Sarah Burgard et coll. 2012. « Perceived Job Insecurity and Health. The Michigan Recession and Recovery Study », *Op. cit.*
- ²¹⁵ PEPSO 2013. *It's more than poverty*. Toronto: McMaster University et United Way.
- ²¹⁶ Marie-France Raynault, Jean-François Ducharme Varin et Daniel Vergara. 2016. *Les travailleurs invisibles*. *Op. cit.*
- ²¹⁷ Institut de la statistique du Québec (ISQ). 2015. *Plus de 450000 Québécois et Québécoises sont rémunérés au salaire minimum... ou presque*. Québec : Direction des statistiques du travail et de la rémunération, p.2.
- ²¹⁸ Philippe Hurteau et Minh Nguyen. 2016. *Les conditions d'un salaire viable au Québec en 2016*. Montréal : IRIS.
- ²¹⁹ OMS. 2008. *Commission des déterminants sociaux de la santé*. *Op. cit.* « Partie 5- Connaissance, observation et compétences : cheville ouvrière de l'action », p.177-192.
- ²²⁰ Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale (CEPE). 2017. *La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec: État de situation*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ²²¹ Le CEPE recommande de mesurer toutes ces dimensions. Voir CEPE. 2009. *Prendre la mesure de la pauvreté. Proposition d'indicateurs de pauvreté, d'inégalités et d'exclusion sociale afin de mesurer les progrès réalisés au Québec*. Québec : MSSS.
- ²²² *Id.*

- ²²³ Harris-Roxas, B. et coll. 2011. « A rapid equity focused health impact assessment of a policy implementation plan: An Australian case study and impact evaluation », *International Journal for Equity in Health*, vol. 10, n° 6, doi: 10.1186/1475-9276-10-6.
- ²²⁴ Gouvernement du Canada. 2009. *Politique sur l'évaluation*. Ottawa : Secrétariat du conseil du Trésor.
- ²²⁵ Wilkinson, R. 1996. *Unhealthy societies. The afflictions of inequalities*. London: Routledge.
- ²²⁶ Diderichsen, F., Evans, T. et M. Whitehead. 2001. « The social basis of disparities in health » dans Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. et M. Wirth (dir.) *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford University Press, p. 13-23.
- ²²⁷ Marmot, M. 2004. *The statut syndrome. How social standing affects our health and longevity*. Times Books, Henry Holt and Compagny, New York.
- ²²⁸ Marmot, M. et R. Bell. 2006. « The socioeconomically disadvantaged » in Levy, B.S. et V. Sidel, *Social injustice and public health*. Oxford University Press, p. 25-45.
- ²²⁹ Wilkinson, R.G. et M. Marmot. 2004. *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits*. Deuxième édition. Organisation mondiale de la Santé.
- ²³⁰ Wilkinson, R.G. 2006. « Ourselves and others-for better or worse: social vulnerability and inequality » in Marmot, M. et R.G. Wilkinson, *Social determinants of health*, second edition. Oxford University Press, p. 341-357.
- ²³¹ Wilkinson, R. 1996. *Unhealthy societies. The afflictions of inequalities*. Op. cit.;
- ²³² Phipps, S. 2003. *Répercussions de la pauvreté sur la santé. Aperçu de la recherche*. Documents recueillis par l'ISPC sur la pauvreté et la santé. Institut canadien d'information sur la santé.
- ²³³ Brunner, E. et M. Marmot. 2006. Social organization, stress and health in Marmot, M. et R.G. Wilkinson, *Social determinants of health*, second edition. Oxford University Press.
- ²³⁴ Santé Canada. 2001. *Certaines circonstances. Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*. Recueil de documents et de rapports préparé pour Santé Canada, Ottawa.
- ²³⁵ CEPE. 2016. *Faire plus, Faire mieux: Un virage nécessaire*. Mémoire du Comité de direction du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale dans le cadre des consultations publiques pour le troisième plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Québec : MSSS.
- ²³⁶ Galabuzi, G-E. 2009. « Social exclusion » dans Raphael, D, *Social determinants of health*, second edition. Toronto: Canadian Scholars' Press inc, p. 252-268.
- ²³⁷ Santé Canada. 2001. *Certaines circonstances. Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*. Op. cit.
- ²³⁸ Popay, J.S., et coll. 2008. *Understanding and tackling social exclusion*. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network, Lancaster (É-U).
- ²³⁹ Lévitass, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E. et D. Patsios. 2007. *The multi dimensional analysis of social exclusion*, a research report for the Social Exclusion Task Force.
- ²⁴⁰ Popay, J.S., et coll. 2008. *Understanding and tackling social exclusion*. Op. cit.

- ²⁴¹ Pelchat, Y. et M. Clément. 2009. « Reconnaissance, redistribution et lutte à l'exclusion : une invitation à l'exploration » dans Gagnon, E., Pelchat, Y., Clément, M. et F. Saillant, *Exclusions et inégalités sociales. Enjeux et défis de l'intervention publique*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, p.183-204.
- ²⁴² Labonté, R. « Social inclusion/exclusion and health: dancing the dialectic » in Raphael, D. *Social determinants of health*, second edition. Toronto: Canadian Scholars' Press inc, p. 269-279.
- ²⁴³ Pelchat, Y. et M. Clément. 2009. « Reconnaissance, redistribution et lutte à l'exclusion : une invitation à l'exploration », *Op. cit.*
- ²⁴⁴ Popay, J.S., et coll. 2008. *Understanding and tackling social exclusion. Op. cit.* Labonté, 2009; Pelchat et Clément, 2009)
- ²⁴⁵ American Academy of Art and Science (AAAS). 1968. *Conference on Poverty and transportation*. US Department of Commerce, Clearinghouse for the Federal Scientific and Technical Information.
- ²⁴⁶ Antonio Paez. 2009. *Mobility and Social Exclusion. An Empirical Investigation of Canadian Communities*. Report to Policy Research Directorate, Strategic Policy and Research, Human Resources and Social Development Canada, p. 3-6
- ²⁴⁷ Katherine M. O'Regan et John M. Quigley. 1998. *Accessibility and Economic Opportunity*. Working Paper. UCTC, n° 362. Berkeley: University of California Transportation Center
- ²⁴⁸ Antonio Paez. 2009. *Mobility and Social Exclusion. An Empirical Investigation of Canadian Communities*. Report to Policy Research Directorate, Strategic Policy and Research, Human Resources and Social Development Canada, p. 3-6
- ²⁴⁹ Korsu E. et S. Wenglenski. 2010. « Job accessibility, residential segregation and risk of long-term unemployment in Paris region », *Urban Studies*, vol 47, n° 10, Octobre, p. 2279-2324.
- ²⁵⁰ Jean-Pierre Orfeuil. 2004. *Transports, pauvretés, exclusions : pouvoir bouger pour s'en sortir*. Paris : Éditions de l'Aube.
- ²⁵¹ OMS. 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Op. cit.*
- ²⁵² OMS1991. *Déclaration de Sundsvall sur les milieux favorables à la santé*. Genève : OMS.
- ²⁵³ Organisation mondiale de la Santé. 1997. *Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI siècle*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- ²⁵⁴ OMS. 2000. *Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé*. Genève : OMS.
- ²⁵⁵ OMS. 2005. *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. Genève, OMS.
- ²⁵⁶ OMS. 2009. *Appel à l'action de Nairobi : promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre*. Genève : OMS.
- ²⁵⁷ CEPE. 2015. *L'emploi pour lutter contre la pauvreté : les défis à relever. Au-delà de l'emploi, reconnaître la participation citoyenne et le droit à la dignité*. Synthèse. Québec : Gouvernement du Québec.
- ²⁵⁸ Statistique Canada. 2009. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.2 2008-2009*.
- ²⁵⁹ OCDE. 2002. *Des citoyens partenaires. Information, consultation et participation à la formulation de politiques publiques*. Paris : OCDE.
- ²⁶⁰ *Id.*
- ²⁶¹ *Id.*

- ²⁶² Wilkinson, R.G. et M. Marmot. 2004. *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits*. Deuxième édition. Genève : OMS
- ²⁶³ Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale (CEPE). 2016. *Faire plus, Faire mieux: Un virage nécessaire*. Mémoire du Comité de direction du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale dans le cadre des consultations publiques pour le troisième plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Québec : MSSS
- ²⁶⁴ OMS. 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Op. cit.
- ²⁶⁵ Lamoureux, H., Lavoie, J., Mayer, R. et J. Panet-Raymond. 2008. *La pratique de l'action communautaire*, seconde édition, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- ²⁶⁶ Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale (CEPE). 2016. *Faire plus, Faire mieux: Un virage nécessaire*. Op. cit.
- ²⁶⁷ Wilkinson, R.G. et M. Marmot. 2004. *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits*. Deuxième édition. Op. cit.
- ²⁶⁸ Goffman, E. 1975. *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- ²⁶⁹ Honneth, A. 2002. «Reconnaissance et justice», dans *Le passant ordinaire*, vol 38, n° 9.
- ²⁷⁰ Braud, P. 2003. « Violence symbolique et mal-être identitaire », *Presses de Sciences Po*, vol. 1, n° 9, p. 33-47.
- ²⁷¹ CEPE. 2016. *Faire plus, Faire mieux: Un virage nécessaire*. Mémoire du Comité de direction du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale dans le cadre des consultations publiques pour le troisième plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Québec : MSSS
- ²⁷² Whitley, B. et M. Kite. 2013. *Psychologie des préjugés et de la discrimination*. Bruxelles : Éditions de Boeck.
- ²⁷³ Noreau, P et coll. 2015. *Droits de la personne et diversité*. Rapport de recherche remis à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Québec.
- ²⁷⁴ Id.
- ²⁷⁵ Hyppolite, S-R. 2012. *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*. Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012. Québec : Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.
- ²⁷⁶ Id.
- ²⁷⁷ Id.
- ²⁷⁸ Hatzenbuehler, M.L. et coll. 2013. «Stigma as a fundamental cause of population health inequalities», *American Journal of Public Health*, vol. 103, no. 5, p. 813-821.
- ²⁷⁹ Hyppolite, S-R. 2012. *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*. Op. cit.
- ²⁸⁰ Hatzenbuehler, M.L. et coll. 2013. «Stigma as a fundamental cause of population health inequalities», Op. cit.
- ²⁸¹ Warin, P. 2010. Ciblage, stigmatisation et non-recours, *Revue du CRÉMIS*, vol. 3, no. 2, p.16-22
- ²⁸² Carrefour de savoirs sur la lutte aux préjugés. 2014. *Comptes rendus 2012-2014*. Québec : Collectif pour un Québec sans pauvreté.
- ²⁸³ Hatzenbuehler, M.L. et coll. 2013. «Stigma as a fundamental cause of population health inequalities», Op. cit.

²⁸⁴ Commission de Vérité et Réconciliation du Canada : Appels à l'action.
http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf consulté en ligne le 23 juin 2017.

²⁸⁵ OMS. 2009. *Comblé le fossé en une génération*, *Op. cit.*

²⁸⁶ Agence de la santé publique du Canada. 2008. *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada. S'attaquer aux inégalités en santé*. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada. Winnipeg : Gouvernement du Canada.

Québec 