

La pauvreté à Laval

Au-delà des apparences



Plus que jamais le développement des communautés

Agence de la santé
et des services sociaux
de Laval

Québec



Direction de santé publique

Mémoire présenté au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, dans le cadre de la consultation régionale *Les Rendez-vous de la solidarité 2009*, le 10 décembre 2009.

**Une publication de la Direction de santé publique
de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval**

800, boul. Chomedey, tour A
Laval (Québec) H7V 3Y4
Téléphone : 450 978-2000
Télécopieur : 450 978-2100
Internet : www.santepubliquelaval.qc.ca

Direction

D^{re} Nicole Damestoy, directrice de santé publique
Alain Carrier, directeur adjoint au programme de santé publique

Coordination des travaux et rédaction

Catherine Robichaud

Comité de rédaction

Marie-Andrée Authier
Alexandre St-Denis

Collaboration

Catherine Giroux
François Godin
France Martin
D^r Claude Prévost
Joy Schinazi
Jean-Guy Vallée

Édition et concept

Stéphanie Daigneault

Secrétariat

Suzanne Francoeur

Révision linguistique

Point Virgule

Graphisme

Evelyn Butt

On peut acheter ce document au centre de documentation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval au coût de 5,00 \$, en composant le 450 978-2000. Il peut également être disponible gratuitement sur le site Web www.santepubliquelaval.qc.ca, dans la section « Avis et publications ».

Pour l'obtention des documents en médias substitut, contacter le centre de documentation.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

La forme masculine employée dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009

Dépôt légal – 2009

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN-978-2-923699-46-2 (version imprimée)

ISBN-978-2-923699-47-9 (version PDF)

Table des matières

Liste des tableaux.....	i
Liste des figures.....	i
Liste des acronymes	ii
Introduction	1
PARTIE 1 : Inégalités matérielles et sociales : regard sur la répartition du revenu à Laval	3
▶ Répartition du revenu par quintiles.....	3
▶ Portrait de la défavorisation à Laval.....	5
PARTIE 2 : Vivre la pauvreté à Laval : état des lieux	13
▶ Des besoins et services de base.....	14
a) <i>Se nourrir</i>	14
b) <i>Se loger</i>	15
c) <i>Le transport</i>	17
▶ Des facteurs fragilisant les personnes	18
a) <i>Les familles monoparentales et les personnes vivant seules</i>	18
b) <i>Le vieillissement et les personnes âgées</i>	19
c) <i>La santé mentale</i>	20
d) <i>La sous-scolarisation et le décrochage scolaire</i>	21
e) <i>L'itinérance</i>	22
f) <i>Les personnes immigrantes</i>	23
PARTIE 3 : Réduire les inégalités sociales ou ses effets : les contributions du réseau de la santé et des services sociaux à Laval	27
▶ Éclairage sur les inégalités de la santé des Lavallois.....	27
▶ Prévention et soutien au développement des enfants.....	27
▶ Intervention auprès des personnes fragilisées par leur condition socioéconomique ou leur condition de santé	28
▶ Soutien à l'action communautaire	29
PARTIE 4 : Enjeux et recommandations	33
▶ Sur le plan régional : Cinq enjeux et recommandations prioritaires	33
1. <i>Soutenir le développement des communautés de façon concrète</i>	33
2. <i>Miser sur des services sociaux et de santé de proximité et les adapter aux besoins des populations vulnérables</i>	34
3. <i>Consolider l'action intersectorielle en matière de sécurité alimentaire et de promotion de saines habitudes de vie</i>	34
4. <i>Assurer l'accès aux logements de qualité et abordables</i>	35
5. <i>Améliorer la cohésion et la gouvernance des initiatives de développement des communautés et de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale</i>	35
▶ Sur le plan national : Des politiques de protection sociale universelles complétées par la contribution des régions et des communautés.....	36
Bibliographie.....	37

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Répartition des revenus totaux des familles de recensement par quintile, Laval, 1996 et 2006	4
Tableau 2 :	Revenu moyen des familles de recensement par quintile, Laval, 1996 et 2006.....	5
Tableau 3 :	Fréquence du faible revenu (avant impôt) selon divers types de familles économiques et chez les personnes hors famille économique, Laval, 1996, 2001, et 2006.....	6
Tableau 4 :	Faible revenu (avant impôt) selon le niveau, Laval, 2006	7
Tableau 5 :	Fréquence du faible revenu (après impôt) selon l'âge et le sexe, personnes dans les ménages privés, Laval, 2006	7
Tableau 6 :	Indicateurs utilisés dans l'indice de défavorisation.....	8
Tableau 7 :	Coût du panier à provisions nutritif, Montréal, 1996, 2006 et 2009.....	14
Tableau 8 :	Loyer moyen brut des ménages locataires et fréquence de logements non abordables, Laval, 1996, 2001 et 2006.....	16
Tableau 9 :	Coût médian mensuel des loyers, 2006.....	16
Tableau 10 :	Composition des familles avec enfants, Laval, 2006	18
Tableau 11 :	Plus haut niveau de scolarité atteint chez la population âgée de 25 à 64 ans, Laval, 2006	21
Tableau 12 :	Proportion d'immigrants dans la population, Laval, 1996, 2001 et 2006.....	23

Liste des figures

Figure 1 :	Variation régionale de l'indice de défavorisation, Laval, 2006.....	9
Figure 2 :	Déterminants sociaux de la santé.....	13
Figure 3 :	Liens entre pauvreté et santé mentale par l'OMS.....	20

Liste des acronymes

ASSS de Laval	Agence de la santé et des services sociaux de Laval
CASAL	Comité d'action en sécurité alimentaire de Laval
CDC de Laval	Corporation de développement communautaire de Laval
CSSS de Laval	Centre de santé et de services sociaux de Laval
DSP	Direction de santé publique
ÉLDEQ	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec
HLM	Habitations à loyers modiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSBL	Organismes sans but lucratif
PACE	Programme d'action communautaire pour les enfants
Programme OLO	Cœuf-Lait-Orange
RI	Ressources intermédiaires
ROIIL	Réseau des organismes et intervenants en itinérance de Laval
RTF	Ressources de type familial
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SFR	Seuil de faible revenu
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité
SPLI	Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance
STL	Société de transport de Laval
TPS	Taxe sur les produits et services
T.R.I.L.	Travail de rue de l'île de Laval



Introduction

Il est désormais connu que les personnes défavorisées sont généralement en moins bonne santé que les personnes mieux nanties. En effet, les ressources socioéconomiques auxquelles ont accès les personnes, ainsi que leurs conditions sociales, ont une influence sur leur santé et leur qualité de vie. Ces facteurs sociaux explicatifs de la santé et du bien-être sont appelés « déterminants sociaux de la santé ». Plus précisément, les personnes pauvres risquent davantage d'être exposées aux maladies, d'en être atteintes plus jeunes et de mourir plus tôt. Voilà pourquoi les inégalités sociales sont une préoccupation en santé publique. Les recherches sur les effets des inégalités sociales sur la santé et le bien-être ont démontré que ce sont les sociétés présentant le moins d'inégalités sociales qui enregistrent les indicateurs de santé les plus favorables¹.

La réduction de la pauvreté et des inégalités socioéconomiques dans la région de Laval constitue donc un objectif essentiel pour accroître la santé et le bien-être de l'ensemble des Lavallois. Plusieurs acteurs de la région sont déjà engagés dans cette lutte aux inégalités sociales. À cet égard, le Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2008-2012 de Laval vise cet objectif, en concentrant ses actions sur la mise en place de programmes rejoignant les clientèles plus vulnérables, en misant sur la création d'environnements favorables et en favorisant les partenariats et la concertation.

La Direction de santé publique (DSP) a souhaité saisir l'occasion des Rendez-vous de la solidarité 2009 pour approfondir sa réflexion autour des enjeux reliés aux inégalités sociales. Rappelons que la Loi sur la santé publique confie aux directions régionales de santé publique non seulement le mandat de rendre compte de l'état de la santé et du bien-être de sa population, mais également de proposer des pistes de solutions pour réduire les inégalités de santé et ses effets les plus néfastes. Ce mémoire vise à rendre compte de l'analyse de la DSP sur les inégalités à Laval qui souhaite apporter sa contribution à la recherche de solutions durables. Le réseau de la santé et des services sociaux n'est assurément pas le principal expert-conseil en matière de lutte à la pauvreté. Ce dernier est cependant un partenaire de choix qui doit contribuer de façon importante.

Pour mieux saisir les enjeux liés à cette réalité, ce mémoire aborde d'abord quelques caractéristiques de la pauvreté et de l'exclusion sociale à Laval, ainsi que leurs conséquences sur la santé de la population. Ensuite, il présentera quelques-unes des principales actions du réseau de la santé et des services sociaux destinées à diminuer les inégalités ou ses conséquences négatives. Finalement, des enjeux et recommandations seront énoncés afin de contrer les inégalités sociales et de réduire les iniquités en matière de santé.

¹ Wilkinson et Pickett (2006).

Partie 1



Inégalités matérielles et sociales

Regard sur la répartition du revenu à Laval



Bien que Laval soit considérée comme une région riche, la pauvreté et l'exclusion sociale sont présentes de multiples façons. Différentes approches et mesures permettent d'appréhender et de rendre compte de la question de la pauvreté, question qui sous-tend une multitude de situations, passant de la précarité temporaire à la pauvreté persistante. À cet effet, la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale de 2002 définit la pauvreté comme « la condition dans laquelle se trouve un être humain qui est privé des ressources, des moyens, des choix et du pouvoir nécessaires pour acquérir et maintenir son autonomie économique et pour favoriser son intégration et son inclusion active dans la société québécoise² ».

Quand il est question de rendre compte de la pauvreté dans une communauté, deux approches sont communément employées. Il y a les mesures de pauvreté absolue, qui conçoivent la pauvreté comme l'incapacité de se procurer, avec les revenus dont on dispose, divers biens et services jugés essentiels. Ceux-ci sont établis et calculés dans un « panier » de biens et services (la mesure du panier de consommation en est un exemple)³. Puis il y a la mesure relative de la pauvreté, qui ne considère pas la pauvreté comme une privation des biens essentiels, mais qui tient compte du niveau de vie de l'ensemble de la population de référence et voit la pauvreté comme l'exclusion du mode de vie de la majorité. C'est ce type d'approche qui sera principalement employé dans les pages qui suivent. En outre, une vision d'ensemble de la répartition de la richesse matérielle sera exposée en regardant la distribution du revenu selon différents quintiles et du ratio entre eux. Suivra un portrait de la défavorisation, en ayant recours au seuil de faible revenu (SFR)⁴ et à l'indice de défavorisation. Cet indice permettra de voir où se situent géographiquement les groupes de personnes défavorisées ou particulièrement vulnérables à Laval.

► Répartition du revenu par quintiles

Au-delà des effets dommageables sur la santé qu'engendre la pauvreté, la distribution des revenus dans une population aurait aussi des effets sur la santé. De ce point de vue, l'inégalité en soi est perçue comme un déterminant social de la santé. L'analyse des résultats de plusieurs études démontre que la santé est moins bonne dans les sociétés où les différences de revenus sont les plus grandes⁵.

Dans le discours populaire, nous entendons souvent dire que les pauvres sont de plus en plus pauvres, et les riches, de plus en plus riches. Les écarts de revenu à Laval sont-ils en croissance? Et à combien se chiffrent ces écarts?

Observer la répartition des revenus à Laval, ainsi que son évolution, permet de tirer certaines conclusions relativement à ces questions. Les revenus sont ici présentés par quintile de population, illustrant dans quelles parts se distribuent les revenus entre les

² Institut de la statistique du Québec et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2005).

³ Ibid.

⁴ Le seuil de faible revenu est une mesure hybride, donc absolue et relative à la fois. (Ibid.)

⁵ Wilkinson et Pickett (2006).



personnes économiquement plus pauvres et les autres. Cela permet de donner un aperçu sur la situation relative des gens se retrouvant au bas, au milieu ou au haut de l'échelle sociale. Pour ce faire, le revenu total des 106 974 familles de recensement⁶ de Laval a été compilé. Les familles ont ensuite été divisées en quintiles selon leur revenu. Chacun des quintiles représente 20 % des familles de recensement, le quintile 1 (Q1) étant constitué des 20 % des familles les plus pauvres, et le quintile 5 (Q5), des 20 % des familles avec les revenus les plus élevés. Il y a donc environ 21 395 familles de recensement dans chacun des quintiles.

Le Tableau 1 représente la part de tous les revenus des familles de recensement (qui se chiffre à plus de 8,2 milliards de dollars en 2006) par quintile.

Tableau 1 : Répartition des revenus totaux des familles de recensement par quintile, Laval, 1996 et 2006

Quintile	1996 (%)	2006 (%)	Variation 1996 à 2006
Q1 (plus faibles)	5,6	5,9	+ 0,3
Q2	11,8	11,5	- 0,3
Q3	17,5	16,8	- 0,7
Q4	24,5	23,4	- 1,1
Q5 (plus élevés)	40,9	42,4	+ 1,5
Total	100,0	100,0	-

Source : Statistique Canada. Division des données régionales et administratives. Déclaration de revenus et de prestations, 1996 et 2006.

On constate très peu de changements entre 1996 et 2006. Le cinquième des familles de recensement avec les revenus les plus élevés (Q5) détient 42,4 % de tous les revenus en 2006, comparativement à 5,9 % pour le cinquième le plus défavorisé. En 1996, la distribution était semblable, bien que les quintiles 1 et 5 aient légèrement augmenté leur part entre 1996 et 2006, au détriment des quintiles intermédiaires 2, 3 et 4.

À la lumière du Tableau 1, nous ne pouvons affirmer que les écarts de revenu sont en croissance à Laval. Toutefois, l'inégalité de la répartition des revenus entre les différents quintiles est frappante, sans compter qu'elle n'a pas été réduite durant une période de dix ans de croissance économique. La part de revenu partagée par les trois premiers quintiles (34,2 %), soit 60 % de toutes les familles de recensement, reste très inférieure à la part de revenu que possède le quintile le plus favorisé (42,4 %).

Le Tableau 2 illustre bien la forte croissance économique survenue de 1996 à 2006. Le revenu moyen des familles de recensement de chaque quintile s'est accru considérablement, notamment pour les quintiles 1 et 5 (hausse respectives de 49,4 % et 46,7 %). Les quintiles intermédiaires semblent être ceux pour lesquels la croissance a été le moins profitable.

⁶ Une famille de recensement est constituée d'un couple marié ou en union libre, avec ou sans enfant des deux conjoints ou de l'un d'eux, ou d'un parent seul demeurant avec au moins un enfant dans le même logement. Un couple peut être de sexe opposé ou de même sexe. Les enfants d'une famille de recensement incluent les petits-enfants vivant dans le ménage d'au moins un de leurs grands-parents, en l'absence des parents.



Bien que le ratio entre les quintiles 5 et 1 soit resté semblable de 1996 à 2006 (de 7,3 à 7,2 %), l'écart absolu entre les revenus moyens de ces mêmes quintiles s'est accru en passant de 95 885 \$ à 140 221 \$.

Tableau 2 : Revenu moyen des familles de recensement par quintile, Laval, 1996 et 2006

Quintile	1996 (\$)	2006 (\$)	Variation 1996 à 2006	
			(\$)	(%)
Q1 (plus faibles)	15 224	22 749	7 525	49,4
Q2	32 076	44 290	12 214	38,1
Q3	47 468	64 532	17 064	35,9
Q4	65 778	89 903	24 125	36,7
Q5 (plus élevés)	111 109	162 970	51 861	46,7
Q5-Q1	95 885	140 221	-	-
Q5/Q1	7,3	7,2	-	-

Source : Statistique Canada, Division des données régionales et administratives. Déclaration de revenus et de prestations, 1996 et 2006.

Ce qu'il faut retenir de ces comparaisons, c'est l'ampleur de l'écart entre ceux qui ont les revenus plus élevés et ceux qui ont les revenus plus faibles. Le fait que cet écart ait gardé les mêmes proportions en dix ans n'est pas pour autant rassurant, d'autant plus que la forte période de croissance économique n'a pas suffi à améliorer la situation.

Rappelons que l'inégalité sur le plan du revenu au sein d'une même communauté, même si l'ensemble des individus possède un revenu suffisant pour assurer des conditions de vie propices à la santé⁷, provoque des inégalités sociales de la santé. La prospérité économique d'une région ne garantit pas à elle seule un meilleur état de santé de sa population⁸. Dans un contexte régional comme celui de Laval où l'on observe de fortes disparités dans les revenus des citoyens, de telles situations sont susceptibles d'entraver le maintien d'une solide cohésion sociale, réduisant la participation sociale et le soutien communautaire⁹. Or, il est connu que la qualité du tissu social favorise la santé des individus de la communauté¹⁰.

► Portrait de la défavorisation à Laval

La force du lien qui existe entre le revenu et la santé est bien connue : les personnes ayant un revenu plus élevé affichent généralement un meilleur état de santé. Le faible revenu est fréquemment associé à des conditions de vie et des comportements reliés à la santé qui concourent fortement à l'apparition des maladies, notamment au regard des maladies chroniques. Les personnes de milieu défavorisé souffrent davantage de cancers, de diabète, de maladies cardiovasculaires et d'obésité, ce qui explique une proportion importante des écarts d'espérance de vie entre les personnes les plus favorisées et celles qui sont les moins favorisées sur les plans social et économique¹¹.

⁷ Evans (1996) et Raphael (2006).

⁸ Institut national de santé publique du Québec avec la collaboration de l'Institut de la statistique du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux (2006).

⁹ Sauvé (2008).

¹⁰ Ibid et Wilkinson et Pickett (2006).

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008).



Statistique Canada appelle SFR les niveaux de revenu brut à partir desquels les dépenses de nourriture, de logement et de vêtement représentent une part démesurée des dépenses des ménages. Au fil des ans, Statistique Canada a décidé, assez arbitrairement, qu'il était raisonnable de fixer cette part supplémentaire à 20 %¹². Au-delà de cette limite, il est considéré que les personnes n'ont pas un revenu suffisant leur permettant de répondre à leurs besoins fondamentaux. Les SFR varient selon la taille de l'unité familiale et selon la population de la région. Les seuils sont mis à jour annuellement en fonction de l'indice des prix à la consommation.

Les SFR prennent en considération le revenu après le versement des paiements de transfert du gouvernement, notamment la Prestation fiscale canadienne pour enfants, la pension de la Sécurité de la vieillesse, le crédit pour la taxe sur les produits et services (TPS), les prestations d'assurance-emploi et les prestations d'aide sociale des provinces et des territoires. L'impôt sur le revenu versé aux gouvernements n'est pas considéré. Toutefois, des seuils après impôts peuvent aussi être établis.

D'après le Tableau 3, on remarque une diminution de la population vivant sous le SFR de 1996 à 2001. Il ne semble cependant pas y avoir eu d'amélioration entre 2001 et 2006. À Laval, en 2006, plus de 58 000 personnes vivant en ménage privé se trouvaient sous le SFR (16 %). La situation est particulièrement préoccupante chez le groupe des personnes hors famille économique¹³, constitué à 83 % de personnes vivant seules. La situation des mères monoparentales semble également inquiétante pour 26 % d'entre elles.

Tableau 3 : Fréquence du faible revenu (avant impôt) selon divers types de familles économiques et chez les personnes hors famille économique, Laval, 1996, 2001, et 2006

	1996 (%)	2001 (%)	2006 (%)
Famille économique	18	13	12
Famille économique couple	-	-	10
Famille économique monoparentale mère	-	-	26
Famille économique monoparentale père	-	-	17
Personnes hors famille économique (15 ans et plus)	47	40	40
Hommes hors famille économique	-	-	32
Femmes hors famille économique	-	-	45
Total des personnes dans les ménages privés	21	16	16

Source : Statistique Canada, Recensements 1996, 2001 et 2006.

Le Tableau 4 permet d'apprécier l'écart variable entre le revenu et le SFR. Parmi les personnes sous le seuil, près de la moitié d'entre elles (46,6 %) vivent avec des revenus largement insuffisants, de 75 à 99 % en deçà du seuil.

¹² Conseil national du bien-être social (2003).

¹³ Une famille économique est constituée d'un groupe de deux personnes ou plus vivant dans le même logement, et qui sont apparentées par le sang, par alliance, par union libre ou par adoption.



De plus, parmi les personnes au-dessus du seuil, 10,6 % d'entre elles ont des revenus qui se situent tout près du seuil. Nous pouvons donc penser que ces personnes vivent aussi avec des ressources limitées.

Tableau 4 : Faible revenu (avant impôt) selon le niveau, Laval, 2006

	N ^{bre} de personnes	%
Personnes sous le seuil de faible revenu	58 375	100,0
Moins de 50 % du seuil	14 355	24,6
De 50 % à 74 % du seuil	16 790	28,8
De 75 % à 99 % du seuil	27 230	46,6
Personnes au-dessus du seuil de faible revenu	305 330	100,0
De 100 à 124 % du seuil	32 310	10,6
Plus de 124 % du seuil	273 020	89,4

Source : Statistique Canada, Recensement 2006.

Le revenu peut varier considérablement selon l'âge. Le Tableau 5 permet de comparer la fréquence du faible revenu après impôt selon l'âge et le sexe (données avant impôt non disponibles par groupes d'âge). Ainsi, les femmes sont plus nombreuses à vivre sous le SFR. Chez les hommes, ce sont chez les jeunes pour qui le faible revenu est le plus fréquent. Chez les jeunes femmes, le faible revenu est également important, mais il l'est encore davantage chez les femmes âgées de 65 ans et plus. De façon générale, on constate que les jeunes de 24 ans et moins sont les plus nombreux à vivre sous le SFR.

Tableau 5 : Fréquence du faible revenu (après impôt) selon l'âge et le sexe, personnes dans les ménages privés, Laval, 2006

	Hommes (%)	Femmes (%)	Total (%)
Moins de 18 ans	12,2	13,1	12,5
18 à 24 ans	11,0	13,9	12,4
25 à 44 ans	10,3	11,0	10,6
45 à 64 ans	9,3	10,4	9,8
65 ans et plus	5,9	15,9	11,6
Total	9,9	12,3	11,1

Source : Statistique Canada, Recensement 2006.

L'analyse de la fréquence du SFR selon diverses caractéristiques des individus et des familles permet de mieux connaître les groupes les plus vulnérables. Néanmoins, le SFR ne peut à lui seul rendre compte de la pauvreté. Tel qu'il en a été question précédemment, les conditions sociales sont aussi des déterminants importants. À cet effet, l'indice de défavorisation développé par Pampalon¹⁴ et ses collaborateurs met en évidence les disparités matérielles et sociales sur un territoire donné.

Le concept de défavorisation, mis de l'avant par Peter Townsend, fait référence à un « état observable et démontrable de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe¹⁵ ». Ainsi, l'indice de défavorisation permet de représenter géographiquement

¹⁴ Pampalon et Raymond (2000).

¹⁵ Ibid.



la défavorisation sur le territoire de Laval. Cet indice est une mesure territoriale relative aux aires de diffusion (AD)¹⁶, soit la plus petite unité géographique pour laquelle des données de recensement sont produites. Ceci a pour avantage d'avoir une certaine précision dans le découpage du territoire. L'indice illustre à la fois deux dimensions de la défavorisation, l'une matérielle, l'autre sociale, chacune combinant trois indicateurs. (Tableau 6)

Tableau 6 : Indicateurs utilisés dans l'indice de défavorisation

Défavorisation matérielle	Défavorisation sociale
Scolarité : proportion de gens sans diplôme d'études secondaires	Proportion de gens séparés, divorcés ou veufs
Revenu personnel moyen	Proportion de familles monoparentales
Emploi : le rapport emploi/population	Proportion de personnes vivant seules

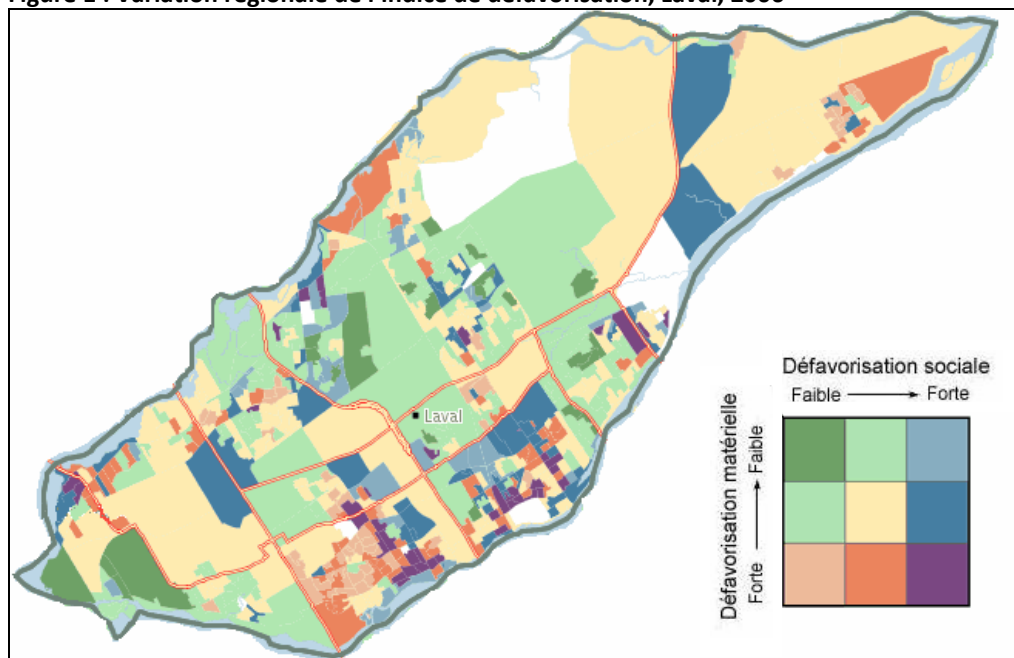
La figure suivante illustre la variation de cet indice. Les régions en mauve indiquent les endroits où la défavorisation matérielle et la défavorisation sociale sont à la fois les plus importantes. Nous pouvons identifier avec plus de précision certains secteurs, tels Chomedey, Laval-des-Rapides et Pont-Viau. En plus du mauve, on retrouve à Chomedey une présence importante de secteurs rouge et rose, correspondant tous à un fort taux de défavorisation matérielle.

En regardant de plus près certains indicateurs du recensement de 2006, il est possible de constater que Chomedey se démarque des autres secteurs, avec le revenu moyen par individu le plus bas; la plus importante proportion de population immigrante; et la proportion la plus importante de personnes âgées de 25 à 64 ans sous-scolarisées. Seul le pourcentage de familles monoparentales demeure dans la moyenne. En comparaison, on distingue à Laval-des-Rapides une mosaïque de mauve, de rouge et de bleu, traduisant une mixité entre la défavorisation sociale et la défavorisation matérielle. C'est le même constat pour Pont-Viau, qui chevauche en plus des secteurs verts, marquant la présence de groupes de personnes mieux nanties, donc une hétérogénéité encore plus grande. L'inverse est aussi vrai, avec des secteurs majoritairement verts, soit à Laval-Ouest et Sainte-Rose, mais où l'on retrouve des secteurs rouges, mauves et bleus enclavés.

¹⁶ Une AD compte habituellement de 400 à 700 habitants. Le territoire de Laval est divisé en 586 AD.



Figure 1 : Variation régionale de l'indice de défavorisation, Laval, 2006



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Atlas de la santé et des services sociaux du Québec.
Consulté en ligne le 17 novembre 2009 : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=654

Force est de constater que la pauvreté se retrouve un peu partout à Laval, dans des proportions différentes, mais qu'elle se concentre principalement dans le centre-sud du territoire. Il est aussi frappant de voir comment les secteurs favorisés côtoient les secteurs qui le sont moins. Les inégalités entre les quartiers et au sein des quartiers sont donc une réalité.

Comme il l'a été démontré avec différents indicateurs, la prospérité de Laval ne réussit pas à assurer des conditions socioéconomiques favorables à l'ensemble de ses citoyens. Il a été possible de décrire statistiquement la pauvreté à Laval, à l'aide d'indicateurs comme la répartition du revenu par quintile et le SFR, et de situer où se retrouvent les secteurs les plus vulnérables. Laval est une ville hétérogène où l'on observe d'importantes inégalités. Considérant les effets dommageables que peuvent avoir les écarts sur la santé, cette situation mérite toute notre attention.

Si autant d'attention a été apportée au revenu, c'est qu'il est un déterminant ayant un impact majeur sur l'état de santé et de bien-être, et qu'il est fortement lié aux autres déterminants. Qui plus est, nous disposons de plusieurs données concernant cet aspect.

Outre les données sur le revenu, il faut aussi considérer les autres déterminants qui sont liés à la santé et à la qualité de vie. La partie suivante s'y attarde.

Partie 2



Vivre la pauvreté à Laval
État des lieux

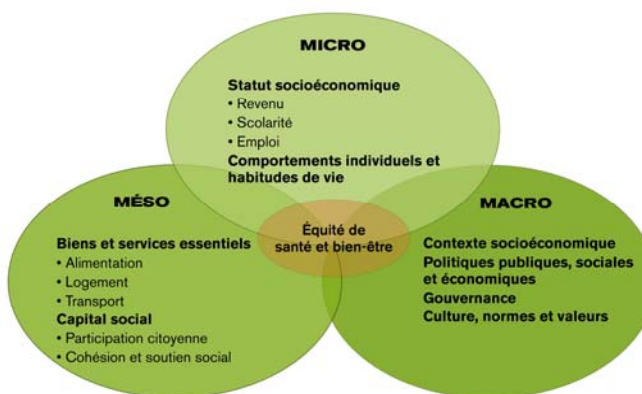


Les inégalités sociales de santé font référence aux disparités observées quant à l'état général de santé entre des groupes sociaux¹⁷; elles ont donc un lien direct avec la pauvreté. Elles sont le résultat d'une distribution inéquitable des déterminants sociaux de la santé et elles ne sont ni naturelles, ni inévitables¹⁸. L'apparition des inégalités trouve différentes explications, tels le contexte politique et socioéconomique, les comportements individuels, la position sociale, etc. Il n'est pas rare que les difficultés influençant défavorablement les conditions de vie des individus s'accumulent, se renforcent les unes les autres, augmentant ainsi leur niveau de vulnérabilité. Afin de contrer la perpétuation des inégalités sociales de santé, il faut s'attaquer aux mécanismes qui détériorent systématiquement les conditions de vie de certains groupes sociaux, ce qui nécessite des rapports sociaux plus justes et solidaires¹⁹.

L'usage de l'indice de défavorisation a permis de constater que les milieux de vie de Laval offrent des contextes sociaux inégaux entre eux. Les attributs des quartiers ou des communautés agissent sur les conditions de vie individuelles. La Figure 2 présente un schéma des principaux déterminants sociaux.

Dans les pages suivantes, nous présenterons une description et une appréciation des déterminants en lien avec l'accès aux biens et services de base. S'ajoute à ce portrait la description de certains aspects liés à la pauvreté et à l'exclusion sociale présents à Laval, qui sont les conséquences de l'accès inégal aux ressources. Il sera peu question des éléments relevant du capital social, puisque le nombre de données disponible est insuffisant pour nous permettre de décrire les dynamiques locales à Laval.

Figure 2 : Déterminants sociaux de la santé



Inspiré de : Organisation mondiale de la santé (2005). Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Commission on social determinants of health.

Sauvé, J.(2008). *Pour des communautés en santé : des environnements sociaux solidaires. Rapport de la directrice de santé publique 2007*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 56 p.

¹⁷ De Koninck et coll. (2008).

¹⁸ Réseau de recherche en santé des populations du Québec (2009).

¹⁹ Ibid.



► Des besoins et services de base

a) Se nourrir...

L'alimentation est un facteur déterminant pour le maintien d'un état de santé optimal et la prévention des maladies chroniques. Certains travaux de recherche font état d'une association entre l'insécurité alimentaire et le surpoids et l'obésité, en particulier chez les femmes²⁰. Chez les jeunes enfants, les repas équilibrés sont essentiels pour assurer leur croissance et leur plein développement, tant sur les plans physique que cognitif²¹. Le manque d'aliments est aussi associé à un niveau élevé de détresse psychologique et à un faible niveau de soutien social.

Une saine alimentation est tributaire de plusieurs facteurs, dont le pouvoir d'achat des individus ainsi que la disponibilité et l'accessibilité d'aliments sains²². La difficulté d'accès à des aliments nutritifs en quantité suffisante constitue une barrière importante à une alimentation équilibrée²³. Le manque d'argent amène à se nourrir en quantité insuffisante, mais également à se priver de certains aliments plus coûteux, comme les fruits et les légumes frais, pourtant essentiels à une alimentation de qualité²⁴. Les personnes vivant dans un ménage dont la capacité de revenu est la plus basse consomment significativement moins de légumes et de fruits que ceux vivant dans un ménage dont le revenu est le plus élevé²⁵. Ainsi, la pauvreté est largement associée à une diminution de la qualité de l'alimentation.

Le Dispensaire diététique de Montréal a développé l'indice du panier à provisions nutritif, qui indique le coût minimum par personne pour un régime nutritif basé sur la liste d'achats hebdomadaires. Il est calculé en fonction d'une famille de deux parents et deux enfants.

Tableau 7 : Coût du panier à provisions nutritif, Montréal, 1996, 2006 et 2009

	Coût moyen par personne par jour (famille de 4)	Pour une personne seule (augmentation du coût de 20 %)
1996	3,96 \$	4,75 \$
2006	5,95 \$	7,14 \$
2009	6,95 \$	8,34 \$

Source : Dispensaire diététique de Montréal.

D'après les données du Tableau 7, les coûts liés à l'alimentation ont grimpé de 50 % entre 1996 et 2006 et de 17 % depuis trois ans. Il est à souligner que cette dernière augmentation survient au même moment où sévit la crise économique. Malheureusement, l'alimentation est souvent la seule dépense « compressible » où il est possible de couper pour les ménages à faible revenu, ce qui les amènent à se retrouver en situation d'insécurité alimentaire.

²⁰ Institut canadien d'information sur la santé (2006).

²¹ Pageau (2008).

²² Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006).

²³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, (2008).

²⁴ Allen et coll. (2005).

²⁵ Blanchet et coll. (2009).



L'État de situation en sécurité alimentaire de Laval²⁶, réalisé par le Comité d'action en sécurité alimentaire de Laval (CASAL), démontre qu'en 2006, plus de 14 000 prestations par mois sont offertes par des organismes offrant de l'aide alimentaire. Malgré leurs efforts, les organismes communautaires et les organismes caritatifs ne réussissent pas à répondre à l'entièreté des besoins alimentaires de leur clientèle. En 2006, les statistiques démontraient que 36 000 Lavallois s'inquiétaient de manquer de nourriture et que chaque mois, 23 000 personnes n'avaient pas assez de nourriture en raison de difficultés financières. Ces données ne tiennent pas compte de l'augmentation du coût de l'alimentation de 17 % au cours des trois dernières années, accentuée par la récente crise économique.

À Laval, une attention est portée sur les environnements favorisant l'accessibilité aux aliments et sur l'autonomie des individus. Mobiliser les acteurs lavallois sur la question de la sécurité alimentaire est une clé menant à l'atteinte d'objectifs communs. Cette mobilisation permet de partager les forces des partenaires régionaux qui, individuellement, ont peu de pouvoir de changement sur la situation. Le CASAL qui agit dans ce sens, est le fruit d'une concertation intersectorielle régionale qui regroupe des représentants de divers milieux, souhaitant favoriser et promouvoir la sécurité alimentaire à Laval. Son action a réussi à sensibiliser et à faire connaître les enjeux relatifs à la sécurité alimentaire à plusieurs partenaires. À la suite de ces constats, diverses pistes de solutions ont été proposées et mises sur pied. L'autonomie, l'« empowerment » individuel et collectif ainsi que la dignité sont des valeurs déterminantes qui sont très présentes dans les initiatives mises de l'avant. Par exemple, le projet pilote de jardins collectifs permet aux participants d'avoir une meilleure accessibilité aux fruits et légumes frais, tout en favorisant l'acquisition d'habiletés et de connaissances sur l'alimentation et en renforçant les liens de solidarité entre certaines personnes du quartier, brisant leur isolement social. D'autres exemples sont le projet d'Équipe volante pour les cuisines collectives, axé sur l'acquisition de compétences et le programme « Bonne Boîte, Bonne Bouffe », dont l'objectif est d'encourager l'autonomie alimentaire, par son réseau de distribution alternatif de fruits et légumes frais, locaux et abordables.

b) Se loger...

Se loger est un besoin essentiel ayant un impact direct sur la santé et le bien-être. Un logement inadéquat est susceptible d'avoir un impact, de façon directe ou indirecte, sur la transmission de maladies infectieuses, sur le risque de traumatismes, sur les symptômes d'asthme, sur la santé mentale des occupants et sur d'autres problèmes de santé en fonction de certaines conditions spécifiques.

Parmi les éléments dont l'impact sur la santé est le mieux documenté, soulignons la densité d'occupation, le confort thermique, le bruit, les infestations de rongeurs et d'insectes nuisibles, la présence d'acariens, les problèmes liés à la sécurité (incendies, traumatismes) et la présence de substances toxiques en trop grande quantité (plomb, amiante, radon, monoxyde de carbone). Les problèmes de ventilation, d'humidité et de croissance de moisissures sont également de plus en plus l'objet d'attention.

²⁶ Chartrand et coll. (2007).



La variabilité des symptômes, la complexité des relations causales, l'imprécision des indicateurs et le manque d'études fiables rendent difficile l'évaluation globale de la situation. Toutefois, selon les données du recensement de 2006, 5,7 % des logements de Laval auraient besoin de réparations majeures. Cela représente plus de 8 000 logements incluant tous les types de logement (propriété ou location) et sans tenir compte du risque d'impact sur la santé des occupants.

La pauvreté est étroitement associée aux problèmes de qualité du logement. Elle limite la capacité des individus à obtenir un logement de qualité ainsi que le pouvoir d'intervenir pour corriger des situations nuisibles et souvent à faire valoir leurs droits.

Le logement et les dépenses qui s'y rattachent sont souvent le poste budgétaire le plus important des ménages. La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) définit le logement acceptable comme celui dont l'état est adéquat, la taille appropriée et le prix abordable. Un logement est considéré non abordable lorsque le ménage consacre 30 % ou plus du revenu au loyer brut (ménage locataire) ou aux principales dépenses de propriété (ménage propriétaire). La notion de loyer brut inclut l'ensemble des composantes des coûts d'habitation (loyer, services municipaux, électricité, énergie).

L'abordabilité du logement fournit des renseignements sur les ménages potentiellement dans le besoin. Le Tableau 8 indique que, malgré une augmentation du loyer moyen brut depuis 1996, les ménages locataires demeurant dans un logement qui leur est non abordable est en diminution. Toutefois, pour plus du tiers des ménages locataires, le loyer n'est toujours pas abordable.

Tableau 8 : Loyer moyen brut des ménages locataires et fréquence de logements non abordables, Laval, 1996, 2001 et 2006

	1996	2001	2006
Loyer mensuel moyen brut (\$)	560	582	666
Ménages locataires (%)	42,6	34,8	36,5
Ménages propriétaires (%)	19,7	15,4	16,9

Source : Statistique Canada, Recensements 1996, 2001 et 2006.

Plusieurs croient que le logement locatif à l'extérieur de l'île de Montréal est plus abordable que dans la métropole, mais ce n'est pas le cas pour Laval. Comme le démontre le Tableau 9, le coût médian du loyer des logements à Laval est élevé. Les Lavallois à faible revenu doivent donc consacrer une plus grande partie de leur budget pour se loger que dans l'ensemble du Québec.

Tableau 9 : Coût médian mensuel des loyers, 2006

Ensemble du Québec	566 \$
Montréal	606 \$
Laval	630 \$

Source : Loyer (2009). *Le Renouveau du logement à Laval*.

Fédération lavalloise des organismes sans but lucratif d'habitation (FLOH).



Actuellement à Laval, il y a approximativement 4 500 unités de logements sociaux ou communautaires, incluant les habitations à loyers modiques (HLM), les programmes de subvention au logement, les organismes sans but lucratif (OSBL) ou coopératives d'habitations. Bien qu'il constitue une solution parfois complexe à concrétiser, le développement de logements sociaux et communautaires est toujours une avenue intéressante et durable pour répondre au besoin du tiers (36,5 %) des ménages locatifs n'ayant toujours pas un loyer abordable.

c) Le transport...

Le transport est une ressource essentielle permettant la participation sociale. La mobilité dans la vie quotidienne a un impact sur l'accès à l'emploi, aux services (commerces, services de garde pour les enfants, etc.) et à la vie sociale. L'incapacité à se déplacer constitue sans contredit un frein à l'intégration sociale.

L'urbanisation de Laval est semblable à d'autres banlieues nord-américaines des années 1950 et 1960, basée sur le développement de quartiers résidentiels reliés par des grands axes routiers. Par conséquent, les commerces de proximité y sont peu présents. Certains de ces quartiers sont séparés entre eux par de grandes distances (que l'on pense à Laval-Ouest ou encore Saint-François). Depuis 10 ans, on remarque une diminution de la proportion de gens travaillant à l'extérieur de la région, bien que ce soit toujours la réalité d'un peu plus de la moitié des Lavallois à l'emploi²⁷. Il va sans dire que ces éléments font du transport une préoccupation majeure pour la région.

Lors du Forum social lavallois organisé par la Corporation de développement communautaire de Laval (CDC de Laval) en avril 2009, un chantier régional était consacré au thème du transport en commun à Laval. Les participants à ce chantier ont soulevé des enjeux en lien avec l'accessibilité au transport en commun pour les personnes à mobilité réduite et pour les familles avec de jeunes enfants (ex. : poussettes). Ils ont également évoqué les difficultés relatives à la fréquence du service, à la distance entre les arrêts et au coût des titres de transport.

Les conséquences d'un déficit d'accessibilité au transport ne sont pas négligeables.

« Le déficit d'accessibilité représente des problèmes à divers égards. Pour les individus, les inégalités d'accès peuvent contribuer à reproduire les inégalités sociales en réduisant les chances pour plusieurs de développer leur potentiel. Pour les communautés, la déliquescence des services de proximité conjuguée à l'inadéquation du transport en commun contribue à la création de zones précarisées, isolées, un facteur de fort mauvais augure pour une ville²⁸ ».

²⁷ Statistique Canada, Recensement (2006).

²⁸ Drouin et coll. (2006).



En ce sens, les efforts des dernières années consacrées à l'amélioration du transport en commun s'avèrent essentiels dans une perspective de lutte à la pauvreté. L'ouverture du métro, la préoccupation accrue de la Société de transport de Laval (STL) pour les besoins particuliers de ses clients et les réflexions embryonnaires autour du transport actif font preuve d'une ouverture.

► Des facteurs fragilisant les personnes

Certains groupes de personnes sont plus susceptibles que d'autres de connaître, à un moment donné, un certain niveau de défavorisation. Ces individus peuvent se retrouver dans des situations où leurs ressources sont limitées, que ce soit pour des raisons liées au marché de l'emploi, à la précarité économique ou à l'exclusion sociale. À Laval, les groupes de personnes qui semblent les plus vulnérables sont les familles monoparentales et les personnes vivant seules, les personnes âgées, les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale, les personnes sous-scolarisées, les personnes itinérantes et les personnes immigrantes.

Dans les lignes qui suivent, un éclairage sera apporté sur la réalité de chacun de ces groupes. Bien entendu, nous ne prétendons pas que tous les individus de chacun de ces groupes sont défavorisés. De plus, certains individus, appartenant ou non à ces groupes, vivent des moments de défavorisation, de durée et d'intensité variables, et nous reconnaissons notre incapacité actuelle à documenter ces dynamiques.

a) Les familles monoparentales et les personnes vivant seules

La composition des ménages a inévitablement un impact sur le statut socioéconomique. Les parents de familles nombreuses peuvent avoir des dépenses plus élevées pour subvenir aux besoins des leurs. Les familles monoparentales, quant à elles, peuvent avoir des ressources limitées pour combler leurs besoins.

Parmi toutes les familles lavalloises avec enfants, le quart d'entre elles (25,6 %) étaient monoparentales en 2006 (Tableau 10). En tout, cela représente 17 330 familles monoparentales, parmi lesquelles le parent principal est la mère dans 13 860 cas. La proportion de familles monoparentales est en légère augmentation depuis 1996. Selon l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ), 30 % des enfants vivent au moins un épisode de monoparentalité avant l'âge de 8 ans²⁹.

Tableau 10 : Composition des familles avec enfants, Laval, 2006

	N ^{bre} de personnes	%
Couple avec 1 enfant	19 095	28,2
2 enfants	22 450	33,2
3 enfants ou plus	8 760	12,9
Famille monoparentale avec 1 enfant	10 655	15,8
2 enfants	5 225	7,7
3 enfants ou plus	1 450	2,1
Total familles avec enfants	67 645	100,0

Source : Statistique Canada, Recensement 2006.

²⁹ Ducharme et Desrosiers (2008).



L'augmentation des familles monoparentales exige que nous portions une attention particulière aux services de soutien à la famille, tels les services de garde et les services de répit facilement accessibles.

Depuis 1996, le fait de vivre seul est de plus en plus fréquent. Les ménages comptant une seule personne constituent un groupe plus vulnérable à la défavorisation. En 2006, 10 % des personnes en ménage privé vivaient seules, soit 36 525 Lavallois. Vivre seul peut devenir un défi important sur le plan financier, car les dépenses ne peuvent être partagées entre deux revenus. Cela peut aussi se répercuter sur le plan social, en contribuant à l'isolement social de certaines personnes.

b) Le vieillissement et les personnes âgées

Le vieillissement engendre fréquemment des changements pouvant fragiliser les individus, que ce soit sur le plan économique social, ou de la santé. Bon nombre de personnes âgées se retrouvent en situation de précarité financière. Malgré les progrès importants dans les programmes de pension provinciale et fédérale, près de 44 % des Lavallois de 65 ans et plus ont un revenu annuel se situant entre 10 000 \$ et 19 999 \$, avant impôts. Presque la moitié de la population âgée de Laval se trouve en situation de précarité financière, dont 21,8 % vivent sous le SFR (12 000 personnes)³⁰.

Le vieillissement est aussi associé à une augmentation du nombre de personnes vivant seules et à une diminution de la taille et des contacts avec le réseau social. Selon des données de 2006, 74 % des personnes de 65 à 74 ans vivent avec leurs partenaires ou avec leur enfant. Cette proportion diminue à 53 % de 80 à 84 ans, puis à 38 % chez les 85 ans et plus. Parmi les personnes vivant seules (26 % chez les 65 ans et plus), les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes, l'espérance de vie étant plus élevée chez elles. Comme démontré précédemment, vivre seul peut devenir un défi important sur le plan financier, sans compter l'isolement social.

Les difficultés sont accentuées par l'apparition des problèmes de santé. En effet, 37 % des Lavallois de 65 ans et plus ont une maladie chronique et 27 % en ont deux ou plus³¹. Parmi les 31 600 personnes âgées lavalloises souffrant d'une maladie chronique, 30 % présentent également une incapacité³². À Laval, en 2005, 7 450 personnes de 65 ans et plus déclaraient avoir besoin d'aide pour se rendre à un rendez-vous, 5 800 pour accomplir des tâches ménagères quotidiennes et 3 300 pour préparer les repas³³.

L'addition du déclin de l'état de santé et de l'autonomie aux changements socioéconomiques et démographiques liés au vieillissement rend la population âgée plus vulnérable. Le vieillissement de la population est donc un enjeu important dans la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale. La population âgée de Laval a augmenté de 45 % au cours des 12 dernières années, et cette tendance se poursuivra³⁴.

³⁰ Statistique Canada, Recensement (2006).

³¹ Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2005).

³² Ibid.

³³ Ibid.

³⁴ Bélanger (2009).



Le réseau de la santé et des services sociaux de Laval offre des services aux personnes âgées en perte d'autonomie (le service de soutien à domicile et les services pour les personnes atteintes d'une perte d'autonomie liée au vieillissement). Ces services devront être plus nombreux pour combler les besoins de la population vieillissante.

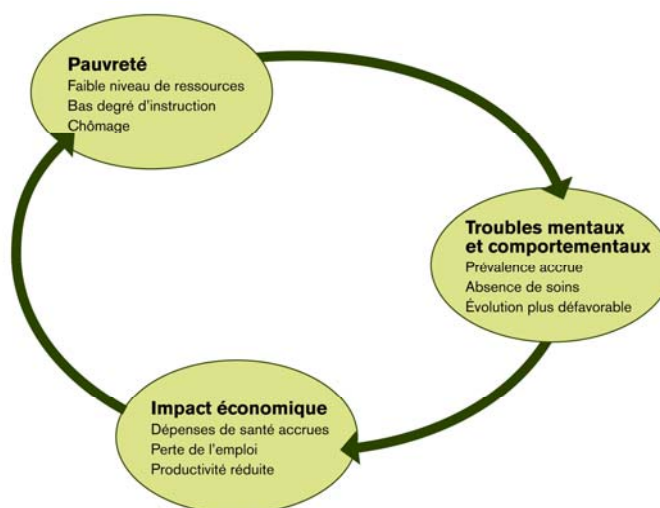
Plusieurs initiatives d'action communautaire sont également déployées pour soutenir les personnes âgées. La Table régionale de concertation des aînés de Laval regroupe environ 50 organismes œuvrant dans les secteurs des loisirs, de la santé et du logement. Certains organismes ciblent les personnes âgées les plus vulnérables, victimes d'abus ou vivant en contexte de pauvreté. D'autres organismes ont un caractère universel et visent des enjeux liés à l'ensemble de la population âgée.

c) La santé mentale

Bien que les problèmes de santé mentale n'apparaissent pas exclusivement chez les personnes les plus défavorisées, la relation entre santé mentale et pauvreté est bien réelle, quoique complexe. Le réseau social restreint, les difficultés liées à la scolarisation et à l'emploi, ainsi que la précarité financière sont autant de facteurs qui peuvent engendrer des stress importants, de la colère et du désespoir. Ces aspects augmentent le risque d'être en situation de stress chronique ou traumatique et accroissent ainsi la probabilité d'éprouver des problèmes de santé mentale. On estime que les personnes défavorisées ont 2,5 fois plus de risque que les personnes favorisées de souffrir de troubles mentaux³⁵.

Le fait de vivre avec un problème de santé mentale peut avoir un impact sur la disposition d'une personne à apprendre, sur sa capacité à poursuivre sa scolarisation ou encore, à obtenir ou conserver un emploi régulier, augmentant les risques de précarité financière. La Figure 3 présente un schéma, proposé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du cercle vicieux de la pauvreté et des troubles mentaux.

Figure 3 : Liens entre pauvreté et santé mentale par l'OMS



Source : Organisation mondiale de la santé (2001), p. 14.

³⁵ Agence de la santé et des services sociaux de Laval (2009).



On estime que plus de 40 000 adultes lavallois vivent avec un problème de santé mentale. Les plus courants sont les troubles anxieux, la dépression et les troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool. Une plus faible proportion de Lavallois (de 3 000 à 8 000 adultes), présente des troubles mentaux qualifiés de graves, c'est-à-dire ceux associés à un haut niveau d'incapacité qui interfèrent de façon considérable dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail.

À Laval, en 2008, on comptait 411 places d'hébergement en santé mentale incluant les places en ressources intermédiaires (RI), de type familial (RTF), de logements avec soutien ou appartements supervisés. En matière de réintégration au travail, 311 places étaient mises à la disposition des personnes présentant des troubles mentaux.

d) La sous-scolarisation et le décrochage scolaire

La santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes sont étroitement reliés. Nous savons que la scolarisation constitue un facteur de protection de la santé et du bien-être, et la santé préserve les conditions nécessaires à l'apprentissage. En effet, les conséquences du décrochage scolaire sont nombreuses. Sur le plan socioéconomique, les non-diplômés touchent des revenus annuels moyens inférieurs à ceux des diplômés³⁶. En plus d'occuper des postes moins bien rémunérés, les personnes sous-scolarisées peuvent avoir des conditions d'emploi plus précaires. Davantage touchés par le chômage, les non-diplômés composent la majorité des prestataires de la sécurité du revenu³⁷. En ce qui a trait à leur santé, les non-diplômés ont une espérance de vie plus courte de sept ans par rapport aux autres Québécois.

À Laval, en 2006, 14,1 % de la population âgée de 25 à 64 ans n'avait aucun diplôme ou grade, ce qui représente un total de 28 525 individus sous-scolarisés (Tableau 11). Parmi ceux-ci, on compte près de 11 000 personnes âgées de 25 à 44 ans.

Tableau 11 : Plus haut niveau de scolarité atteint chez la population âgée de 25 à 64 ans, Laval, 2006

	%
Aucun certificat, diplôme ou grade	14,1
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	22,7
Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers	16,8
Certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep	18,7
Certificat, diplôme ou grade universitaire	27,7
Total	100,0

Source : Statistique Canada, Recensement 2006.

Près de 30 % des jeunes Lavallois arrivent à l'âge de 20 ans sans diplôme. Le taux de diplomation des garçons est particulièrement préoccupant. À Laval, les données les plus récentes indiquent que 37,6 % des garçons fréquentant une école publique n'ont toujours pas obtenu un diplôme sept ans après avoir entrepris leurs études secondaires.

³⁶ Rapport du Groupe d'action sur la persévérance scolaire et la réussite scolaire au Québec [200?].

³⁷ Ibid.



Parmi les actions proposées et les voies de réussites^{38,39} qui interpellent le réseau de la santé et des services sociaux, concernant la persévérance scolaire, certaines mesures comme le programme de Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) et l'approche École en santé sont déjà déployées et demandent à être renforcées. Le soutien aux parents, la préparation à l'école et l'intégration socioprofessionnelle des jeunes font aussi l'objet d'efforts, mais nécessitent plus d'investissement. Concernant ce dernier aspect, le réseau collabore à l'Engagement jeunesse de Laval, une entente intersectorielle visant à offrir des services mieux adaptés aux besoins des jeunes.

e) L'itinérance

L'itinérance est un problème complexe aux visages multiples qui a une incidence directe sur la capacité des individus à satisfaire leurs besoins de base. L'itinérance est souvent associée à d'autres problématiques, tels les dépendances, la santé mentale, l'abus, etc. Des personnes ayant un toit peuvent aussi être considérées comme itinérantes ou en grande instabilité quand elles vivent dans des conditions précaires, instables ou insalubres.

Parmi les Lavallois qui se retrouvent en situation de grande urgence sociale, sinon d'itinérance, on retrouve par exemple les individus qui déménagent fréquemment faute de trouver un logement adéquat et abordable; les femmes et les familles monoparentales à faible revenu, isolées et ayant un faible réseau social; les jeunes qui vivent chez des amis, des voisins, des grands-parents, ou qui partagent à plusieurs un petit logement; les familles vivant dans des motels ou dans un studio en attendant de trouver un logement; les immigrants en attente de statut; les personnes qui sortent ou qui vont sortir d'institutions (centres jeunesse, centres de détention, centres de thérapie, etc.) sans endroit connu pour se loger, devant de surcroît composer avec le coût élevé du logement dans la région.

Peu de données sur le phénomène de l'itinérance à Laval sont disponibles. Toutefois, les organismes et intervenants œuvrant auprès de ces personnes constatent une diversification des profils et des trajectoires qui mènent les personnes à se retrouver dans cette situation. Depuis 2008, les membres du Réseau des organismes et intervenants en itinérance de Laval (ROIIL) parlent d'une augmentation des femmes itinérantes et des familles à risque élevé d'itinérance.

Afin d'agir sur la situation, depuis 2002, l'Équipe itinérante du Centre de santé et de services sociaux de Laval (CSSS de Laval) a développé une approche milieu « out reach » afin d'intervenir directement dans la population. En 2007-2008, cette équipe a effectué 1 038 interventions ponctuelles et a assuré le suivi de 79 usagers itinérants ou à risque d'itinérance. Le réseau des organismes communautaires travaille aussi à soutenir les personnes itinérantes de Laval, que ce soit en matière d'alimentation, d'hébergement d'urgence, de milieux de vie, etc. Le ROIIL, coordonné

³⁸ Rapport du Groupe d'action sur la persévérance et la réussite scolaire au Québec [200?].

³⁹ Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2009).



par le CSSS de Laval, regroupe 15 organismes communautaires œuvrant avec ces personnes. Depuis ses débuts en 2007, le ROIL a permis d'établir les priorités d'actions du Plan communautaire inspiré du cadre de référence provincial. Il est à l'origine de différentes réalisations, dont la création d'un nouvel organisme, l'Aviron, qui vise à apporter une réponse aux besoins d'hébergement d'urgence à Laval et qui ouvrira ses portes en 2010.

f) Les personnes immigrantes

Les personnes immigrantes, et tout particulièrement les nouveaux arrivants, sont susceptibles de vivre de la défavorisation à travers leur parcours migratoire. Ceci s'explique en partie par des conditions d'emploi souvent précaires, un réseau social peu établi et un risque plus grand de souffrir d'exclusion sociale. La méconnaissance de la langue est un facteur accroissant ces difficultés. Le Tableau 12 indique qu'entre 1996 et 2006, la population immigrante à Laval s'est considérablement accrue. En 2006, un Lavallois sur cinq était immigrant. Parmi ceux-ci, on comptait 8 930 immigrants récents, établis au pays depuis cinq ans ou moins. Au titre des villes recevant le plus d'immigrants, Laval se situe au troisième rang, derrière Montréal et Longueuil.

Tableau 12 : Proportion d'immigrants dans la population, Laval, 1996, 2001 et 2006

	N ^{bre} de personnes	%
1996	47 825	14,6
2001	52 495	15,5
2006	73 565	20,2

Source : Statistique Canada, Recensements 1996, 2001, et 2006.

Parmi les personnes immigrantes que compte Laval, certaines sont des réfugiées étatiques. La plupart du temps, ces personnes proviennent de zones de guerre, de camps de réfugiés ou encore de régions avec de graves problèmes sociosanitaires. Une trajectoire de vie ponctuée de ruptures, de deuils et de grande détresse est rarement sans conséquence sur la santé et le bien-être. Des services adaptés sont nécessaires.

Laval compte sur un nombre de services spécifiques disponibles dans les collectivités, apportant soutien aux personnes immigrantes à différents égards : intégration sociale et activités socioculturelles, soutien aux démarches d'immigration, francisation, employabilité, défense des droits, cuisines collectives, halte-garderie, etc. Immigration-Québec, le Carrefour d'interculturalité de Laval et l'Entraide (Pont-Viau/Laval-des-Rapides) sont des organismes qui ont un mandat spécifique d'accueil et de soutien aux personnes immigrantes. Perspectives Carrières a aussi un mandat précis, relié à l'aide à la recherche d'emploi pour les personnes immigrantes. Afin d'appuyer les employeurs et les différents milieux offrant des services à la clientèle multiculturelle, des services-conseils, formations et conférences sont organisés par la Direction régionale du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles. Enfin, soulignons l'existence de la concertation régionale constituée des partenaires en immigration ainsi que celle du Réseau Passerelles de Laval, qui vise l'échange et la discussion autour d'obstacles rencontrés par les intervenants œuvrant à assister l'intégration des immigrants.



Lors du Forum social lavallois de la CDC de Laval, un chantier régional était consacré au thème de l'accueil et de l'intégration des Néo-Québécois à Laval. Les participants à ce chantier ont soulevé des enjeux régionaux reliés à la francisation des nouveaux arrivants et le manque d'accessibilité à des services d'interprète; la méconnaissance de la société d'accueil et des ressources existantes; l'isolement, les besoins d'accompagnement et les problèmes de discrimination (emploi et logement). Peu de données sur leurs conditions de vie, leurs besoins et les réponses qu'ils trouvent à leurs besoins sont disponibles.

Partie 3



Réduire les inégalités sociales ou ses effets

Les contributions du réseau de la santé et
des services sociaux à Laval



À lui seul, le réseau de la santé ne peut réduire les inégalités sociales de santé. Il peut néanmoins jouer un rôle important, qui est toujours appelé à se développer. Le réseau est déjà engagé dans certaines interventions qui agissent dans cette perspective, soit en intervenant sur les conditions de vie quotidienne, soit en réduisant certaines conséquences néfastes de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Ces contributions sont présentées de façon regroupée selon quatre types d'actions.

► **Éclairage sur les inégalités de la santé des Lavallois**

La fonction de surveillance revêt un rôle essentiel dans la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale. En effet, la surveillance continue de l'état de santé de la population constitue un levier important pour dresser un portrait de l'état de santé, déterminer les besoins de la population, anticiper les tendances démographiques et sanitaires ainsi que les problèmes en émergence. En prenant la mesure de certains déterminants sociaux de la santé, tels le revenu et la scolarité, la surveillance permet de mieux connaître les communautés à desservir. Cette fonction permet également de cibler certaines populations particulièrement vulnérables, dans le but d'offrir des services appropriés.

L'information rigoureusement documentée permet d'élargir notre compréhension d'une situation et sert à alimenter le débat, plus particulièrement sur les stratégies à mettre en place pour réduire les écarts.

Au cours des dernières années, la DSP de Laval a rendu disponibles divers portraits de santé et états de situation, et a diffusé ces données par le biais de différentes présentations dans des occasions variées. Ces actions traduisent une volonté de faciliter la compréhension et l'utilisation de l'information sociosanitaire par ceux qui en ont besoin.

► **Prévention et soutien au développement des enfants**

Parmi les approches globales de promotion de la santé jugées prometteuses, on compte les interventions en amont, tels l'intervention précoce et intensive auprès des jeunes enfants, la qualité de l'éducation préscolaire et le soutien à la réussite scolaire⁴⁰.

⁴⁰ Paquet (2009).



Ces approches requièrent la concertation de plusieurs partenaires. Elles misent sur le développement des compétences personnelles et sociales des jeunes tout en agissant de façon à créer des environnements pédagogique, social et physique qui leur soient favorables. Elles combinent plusieurs actions suffisamment intenses et continues et tiennent compte des besoins différenciés des jeunes sur les plans social, culturel et économique.

À Laval, ce sont les interventions précoces auprès des enfants et de leurs familles (SIPPE, Programme OLO, Protocole CPE-CSSS, programme 3-5 ans interculturel, Brindami, projets PACE) et le déploiement de l'approche École en santé qui orientent les actions du réseau de la santé afin de soutenir le développement des enfants et leur scolarisation, notamment en milieu défavorisé.

En partenariat avec les commissions scolaires, les écoles et les organismes communautaires, le CSSS de Laval offre aux parents des programmes et des activités de soutien au développement des habiletés parentales (ex. : Parent d'ado... une traversée, Parent de tout-petit, quel défi!) et aux enfants des services et des programmes (ex. : FLUPPY, Système d) destinés à renforcer les facteurs de protection et prévenir les problèmes d'adaptation pouvant compromettre leur développement et leur réussite scolaire.

Parallèlement à ces interventions, le CSSS de Laval soutient l'application, par exemple, de la Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif à l'école, Pour un virage santé à l'école et, le Plan d'action pour prévenir et traiter la violence à l'école, La violence à l'école : ça vaut le coup d'agir ensemble, et les programmes qui favorisent l'estime de soi et le développement des compétences des jeunes, l'adoption de comportements sains et sécuritaires et l'aménagement sur les plans pédagogique, scolaire et social d'environnements favorisant leur santé, leur bien-être et leur réussite.

Créer des environnements et des conditions favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie est essentiel⁴¹. À Laval, les regroupements locaux de partenaires issus de l'initiative Québec en Forme mènent des actions en ce sens auprès des jeunes et leur famille.

► Intervention auprès des personnes fragilisées par leur condition socioéconomique ou leur condition de santé

Des programmes et services visent à offrir des services adaptés à la réalité des personnes vivant de l'exclusion sociale ou aux prises avec une condition de santé particulière. C'est le cas des services spécialisés pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et leur entourage; les ressources d'hébergement et le suivi communautaire pour les personnes avec des troubles de santé mentale; les familles en situation de grande vulnérabilité avec de jeunes enfants (SIPPE); les maisons d'hébergement pour les femmes violentées ou en situation d'urgence, les projets

⁴¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006).



financés par la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI). Le réseau des popotes roulantes, les services de protection de la jeunesse et les services de soutien à domicile sont des exemples d'interventions contribuant à réduire l'impact de l'isolement.

En raison de leurs conditions de vie ou de santé, certaines personnes sont réticentes à fréquenter les services ou organismes du réseau de la santé. Pour mieux les rejoindre et répondre à leurs besoins, des organismes communautaires et certains services d'établissement de santé proposent une approche « out reach ». En ce sens, l'équipe des Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEPS) du CSSS de Laval propose dans différents milieux où se trouvent des groupes à risque, des activités de vaccination et de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, et de réseautage avec d'autres ressources.

De plus, l'organisme Oasis, unité mobile d'intervention vient en aide aux jeunes plus vulnérables qui sont âgés de 12 à 29 ans. Les intervenants de cet organisme se déplacent avec la caravane à travers Laval pour accueillir ces jeunes, leur offrir un lieu d'écoute, d'aide et de référence. Le Travail de rue de l'Île de Laval (T.R.I.L.) vient aussi en aide aux jeunes lavallois âgés de 12 à 21 ans qui utilisent peu les ressources traditionnelles en visant le développement de leur autonomie.

► Soutien à l'action communautaire

Laval compte sur un vaste réseau d'organismes communautaires engagés dans l'amélioration des conditions de vie et la réduction des inégalités sociales. Ceux-ci contribuent à créer des environnements favorables en offrant des services de proximité. Plus de 700 OSBL sont reconnus par la Ville de Laval, dont 91 sont financés par l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval (ASSS de Laval). À lui seul, le financement des organismes de ce secteur totalisait 15 millions 500 mille dollars en 2008-2009. De plus, sept autres OSBL ont reçu 1 million 700 mille dollars pour leur implication communautaire. Ces organismes sont présents dans tous les quartiers, mais plus particulièrement dans ceux les plus densément peuplés et défavorisés : Laval-des-Rapides (14 organismes), Pont-Viau (12 organismes), et Chomedey (11 organismes). Ils agissent dans un grand nombre de secteurs (jeunes en difficulté, personnes âgées en perte d'autonomie, santé mentale, déficience physique, déficience intellectuelle, trouble envahissant du développement, santé publique, services généraux et autres) et offrent une multitude d'activités et de services afin de répondre aux besoins variés d'une population souvent défavorisée sur les plans social et matériel.



De plus, ces organismes offrent des espaces de participation citoyenne et d'engagement social à des personnes qui peuvent se retrouver isolées et sans voix. Par ailleurs, l'ASSS de Laval a publié en 2009 un portrait régional de la contribution des organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux à Laval⁴², démontrant l'étendue et la multiplicité des services qu'ils offrent en réponse aux besoins des communautés.

Outre le soutien financier, les organismes communautaires de la région peuvent aussi bénéficier d'autres types d'appui. Entre autres, la CDC de Laval offre un soutien aux organismes communautaires qui en sont membres, en plus d'assurer la promotion de l'action communautaire autonome. Les services d'organisation communautaire du CSSS de Laval apportent aussi un soutien dans le domaine communautaire, en assurant un lien entre les services de santé et les localités, ainsi qu'en assistant et appuyant les partenaires dans le déploiement d'actions.

⁴² Agence de la santé et des services sociaux de Laval (2009).

Partie 4



Enjeux et recommandations



À Laval, la collaboration avec les organismes communautaires a permis d'agir auprès des personnes démunies ou marginalisées. Une des forces de la région réside dans l'intervention conjointe d'établissements de santé et d'organismes communautaires autonomes auprès des groupes les plus fragiles de la population. D'ailleurs, l'ASSS de Laval reconnaît cette contribution en réservant 10 % des budgets de développement au mouvement communautaire. De plus, la présence d'un centre de santé et de services sociaux unique pour l'ensemble du territoire contribue à faciliter ce type d'intervention concertée.

Au cours des dernières années, cette concertation au sein du réseau de la santé s'est élargie et nous constatons une augmentation des initiatives intersectorielles. Dans un contexte de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, il est indispensable d'accroître les efforts en ce sens et d'en arriver à une approche de développement des communautés solide et cohérente.

► Sur le plan régional : Cinq enjeux et recommandations prioritaires

1. Soutenir le développement des communautés de façon concrète

Le développement des communautés vise l'amélioration des conditions de vie d'une collectivité, en agissant sur les déterminants sociaux de la santé et les enjeux de développement qui lui sont particuliers. L'approche a comme objectif la mobilisation et le partenariat des acteurs locaux d'un quartier afin de les associer au choix des actions capables de structurer l'environnement immédiat de celui-ci. La participation des citoyens est indispensable dans le cadre de cette approche, car elle permet d'augmenter la capacité d'action des individus et des collectivités. **Il faut donner les moyens aux communautés les plus vulnérables d'agir sur leur milieu.**

Pour progresser en ce sens, il faudra :

- Améliorer notre connaissance des différentes communautés de Laval : développement des indicateurs, documenter les problématiques, diffuser les résultats.
- Parfaire la formation des différents acteurs concernant l'approche territoriale intégrée.
- Mettre l'accent sur le partenariat local.
- Préciser le contour des communautés et harmoniser la division du territoire afin de faciliter la concertation intersectorielle.
- Optimiser le soutien en organisation communautaire auprès des différentes communautés, en particulier les plus vulnérables.
- Assurer la cohésion des interventions publiques, philanthropiques et communautaires au sein des communautés.



2. Miser sur des services sociaux et de santé de proximité et les adapter aux besoins des populations vulnérables

L'action des intervenants au sein des communautés est un actif dans la lutte à la pauvreté et à l'exclusion. **Il faut continuer d'adapter nos façons de faire et nos pratiques pour rejoindre les personnes marginalisées en raison de leur condition sociale, économique, ethnoculturelle ou de santé.**

Pour progresser en ce sens, il faudra :

- Poursuivre le déploiement de programmes précis dédiés aux populations fragilisées, démunies économiquement ou exclues socialement : SIPPE, OLO, Équipe Itinérance, Protocole CPE-CSSS, SIDEPE.
- Porter attention au financement des organismes communautaires favorisant l'aménagement d'environnements favorables et l'action auprès des personnes et des collectivités appauvries et exclues socialement.
- Contribuer au développement des enfants et des jeunes les plus vulnérables en raison de leur condition socioéconomique ou de santé.
- Adapter l'offre de service pour rejoindre les personnes vulnérables atteintes de maladie chronique.
- Concevoir des interventions adaptées à la réalité propre aux communautés ethnoculturelles et aux nouveaux arrivants.

3. Consolider l'action intersectorielle en matière de sécurité alimentaire et de promotion de saines habitudes de vie

Des initiatives du CASAL ont contribué au dynamisme de ce secteur. La sécurité alimentaire demeure une préoccupation constante de bon nombre de familles de la région. Dans une perspective de réduction des inégalités de santé, il faut favoriser l'accessibilité économique et physique d'aliments sains ainsi que le développement d'habiletés et de connaissances qui encouragent l'adoption de saines habitudes alimentaires. **Il faut consolider nos actions de promotion de saines habitudes (réduction du tabagisme, amélioration de l'alimentation, pratique d'activité physique) auprès des communautés les plus vulnérables.**

Pour progresser en ce sens, il faudra :

- Soutenir financièrement ou par d'autres moyens, les actions issues de la concertation générée par le CASAL.
- Sur le plan local, développer une meilleure connaissance entourant la dynamique de la sécurité alimentaire dans les différentes communautés (ressources alternatives, acteurs, problématiques locales, etc.).
- Poursuivre la recherche des meilleures pratiques dans l'intégration de nos activités de promotion des saines habitudes de vie.



4. Assurer l'accès aux logements de qualité et abordables

Une action efficace en matière de réduction des inégalités socioéconomiques et de santé requiert un travail constant afin d'améliorer l'accès à des logements à prix raisonnables et de qualité. Au-delà de l'habitation, de nombreux citoyens exigent, de notre part, un soutien spécifique en raison de leur âge, de leur perte d'autonomie ou de leur santé mentale. **Il faut préciser le rôle et la juridiction du réseau de la santé et élargir la concertation avec les principaux acteurs du secteur du logement et de l'urbanisme.**

Pour progresser en ce sens, il faudra :

- Soutenir les approches territoriales intégrées et de développement des communautés.
- Accroître le nombre de logements sociaux et avec soutien communautaire.
- Améliorer la concertation intersectorielle en matière de salubrité des logements.
- Participer aux travaux nationaux visant l'amélioration des pratiques en matière de qualité de l'air dans les domiciles.

5. Améliorer la cohésion et la gouverne des initiatives de développement des communautés et de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale

Plusieurs lieux de concertation ont vu le jour et chacun d'entre eux travaille à l'amélioration des conditions de vie de la population. Dans certains cas, l'action est centrée sur des problématiques, une offre de programme ou de service, un réseau de références ou plus largement sur la collectivité elle-même. Plusieurs de ces initiatives regroupent des intervenants et des gestionnaires qui proviennent du réseau public, des organismes communautaires ou du milieu caritatif. Pour beaucoup, la concertation fait appel aux valeurs et aux principes propres au développement des communautés. **Il faut réfléchir à la cohésion et à l'efficience de nos pratiques.**

Pour progresser en ce sens, il faudra :

- Déterminer les structures de concertation et de gouverne qui agissent en fonction du développement des communautés, sur les plans régional et local.
- Identifier et mettre en œuvre les meilleures conditions structurelles permettant d'agir sur plusieurs fronts (développement des enfants, saines habitudes de vie, persévérance scolaire, aménagement urbain, écocitoyenneté, employabilité, lutte à la pauvreté, etc.).



► **Sur le plan national : Des politiques de protection sociale universelles complétées par la contribution des régions et des communautés**

Le prochain Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale doit permettre la contribution dynamique des instances reconnues en région. Conséquemment, les instances régionales doivent, à leur tour, prendre le pari de responsabiliser les communautés et d'encourager la participation citoyenne. L'action intersectorielle suppose le partage des ressources financières et la mise en commun des compétences. Une approche intersectorielle et préoccupée par le développement des communautés les plus vulnérables augmentera la portée de nos principales mesures de protection sociale.

La réduction des inégalités sociales et de santé se traduira par une action sur plusieurs fronts :

- Le développement et la scolarisation des enfants et des jeunes.
- L'intégration socioprofessionnelle des jeunes adultes (de 16 à 24 ans).
- L'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie.
- L'aménagement de communautés aux environnements durables.
- L'augmentation du revenu des personnes vivant sous le seuil de faible revenu.
- Le travail d'insertion auprès des personnes exclues.

Au-delà de ces grands chantiers et des mesures universelles de protection sociale, il y a la responsabilité gouvernementale de soutenir financièrement l'action des régions, en respectant les façons de faire de chacune d'entre elles. De plus, nous suggérons d'harmoniser les différents plans gouvernementaux et planifications stratégiques qui réfèrent à la concertation intersectorielle, au développement durable et au soutien des communautés afin d'en améliorer la cohérence.



Bibliographie

Agence de la santé et des services sociaux de Laval (2009). *Portrait régional – Contribution des organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux à Laval*, 40 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Laval (2009). *La santé mentale chez les adultes : Portrait de santé de la population*, Direction de santé publique, Présentation PowerPoint.

Allen, E. Junior, Debonne, C. M. , Gauthier, S., Lacombe, J. et coll. (2005). *Favoriser les saines habitudes de vie chez les jeunes Montréalais*. Montréal : Conseil jeunesse de Montréal, 46 p. http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/conseil_jeunesseMTL_fr/MEDIA/DOCUMENTS/villedemt_l.pdf (consulté le 20 novembre 2009).

Bélanger, P. (2009) (sous presse). *Profil thématique sur l'état du vieillissement à Laval*. Collection de profils régionaux. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 169 p.

Blanchet, C., Plante, C., Rochette, L. et coll. (2009). *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 119 p.

Chartrand, E. et coll. (2007). *État de situation en sécurité alimentaire à Laval 2006*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, Direction de santé publique.

Conseil national du bien-être social. Feuillelet d'information : définitions des seuils de pauvreté les plus utilisés au Canada, juin 2003 <http://www.ncwcnbes.net/documents/researchpublications/OtherFactSheets/PovertyLines/2003DefinitionsPovertyLinesFRE.htm> (consulté le 18 septembre 2009).

De Koninck, M., Demers, A., Frohlich, K. et Bernard, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 408 p.

Dispensaire diététique de Montréal (1996). *Coût du panier à provisions nutritif*, janvier, mai et septembre.

Dispensaire diététique de Montréal (2006). *Coût du panier à provisions nutritif*, janvier, mai et septembre.

Dispensaire diététique de Montréal (2009). *Coût du panier à provisions nutritif*, janvier, mai et septembre.

Drouin, L. et coll. (2006). *Rapport annuel 2006 sur la santé de la population. Le transport urbain, une question de santé*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 132 p.

Ducharme, A. et Desrosiers, H. (2008). *La monoparentalité dans la vie des jeunes enfants québécois : une réalité fréquente mais souvent transitoire*. Institut de la statistique du Québec.

Institut canadien d'information sur la santé (2006). *Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé*. 115 p.

Institut de la statistique du Québec et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2005). *Inventaire des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale*. Québec (Province). Institut de la statistique du Québec et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. 95 p.

Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec. (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 131 p.



Loyer, O. (2009). *Le Renouveau du logement à Laval*. Portrait de la situation du logement à Laval. Fédération lavalloise des organismes sans but lucratif d'habitation (FLOH). Présentation PowerPoint.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir*. Gouvernement du Québec, 50 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008*, Gouvernement du Québec, 103 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Variations régionales de l'indice de défavorisation, région de Laval*. Atlas de la santé et des services sociaux du Québec. Gouvernement du Québec. Consulté en ligne le 17 novembre 2009 : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=654

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2009). *L'école, j'y tiens! Tous ensemble pour la réussite scolaire*. Gouvernement du Québec, 40 p.

Organisation mondiale de la santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 182 p.

Organisation mondiale de la santé (2005). *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health*. Commission on social determinants of health.

Pageau, M. (2008). Cadre de référence national en sécurité alimentaire. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 37 p.

Pampalon, R. et Raymond, G. (2000). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec dans *Maladie chronique du Canada*, Santé Canada, vol. 21, no 3, 113-121 p.

Paquet, G. (2009). *Les inégalités sociales à la petite enfance : comment réduire leur répercussion à l'âge adulte? Éducation santé*, no 245, mai, 8-10 p. [en ligne] <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1113> (consulté le 29 novembre 2009).

Rapport du Groupe d'action sur la persévérance et la réussite scolaires au Québec [200?]. *Savoir pour pouvoir : Entreprendre un chantier national pour la persévérance scolaire*, 67 p.

Réseau de recherche en santé des populations du Québec (2009). *Les inégalités sociales de santé*. Présentation PowerPoint.

Sauvé, J. (2008). *Pour des communautés en santé : des environnements sociaux solidaires. Rapport de la directrice de santé publique 2007*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie 2008, 56 p.

Statistique Canada (2005). *Le revenu au Canada*. (N° 75-202-XIF au catalogue). Ottawa : Santé Canada.

Statistique Canada (1996). *Données du recensement*.

Statistique Canada (2001). *Données du recensement*.

Statistique Canada (2006). *Données du recensement*.

Statistique Canada (2005). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*.

Wilkinson, R.G. et Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social science & medicine*, 62, 7:1768-1764.



Agence de la santé
et des services sociaux
de Laval

Québec



Direction de santé publique

800, boulevard Chomedey, tour A
Laval (Québec) H7V 3Y4

Téléphone : 450 978-2000

Télécopieur : 450 978-2100

www.santepubliquelaval.gouv.qc.ca