

Améliorer les interventions en faveur de la solidarité, l'inclusion et la santé

MÉMOIRE DÉPOSÉ DANS LE CADRE DE L'ÉLABORATION
DU TROISIÈME PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL POUR
LA SOLIDARITÉ ET L'INCLUSION SOCIALE AU QUÉBEC

Améliorer les interventions en faveur de la solidarité, l'inclusion et la santé

**MÉMOIRE DÉPOSÉ DANS LE CADRE DE L'ÉLABORATION
DU TROISIÈME PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL POUR
LA SOLIDARITÉ ET L'INCLUSION SOCIALE AU QUÉBEC**

Direction du développement des individus et des communautés et
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

28 janvier 2016

AUTEURS

Pierre Bergeron, expert associé
Maude Chapados, conseillère scientifique
Geneviève Lapointe, experte en politiques publiques favorables à la santé
Lucie Lemieux, médecin-conseil
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

Julie Poissant, experte en périnatalité et petite enfance
Marie-Claude Roberge, experte en promotion de la santé mentale
Caroline Tessier, conseillère scientifique
André Tourigny, médecin spécialiste
Jean Tremblay, expert en développement des communautés
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Jean-François Labadie, chef d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

Alain Poirier, vice-président
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

MISE EN PAGE

Sophie Michel, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

COLLABORATION

Olivier Bellefleur, conseiller scientifique
François Gagnon, conseiller scientifique
Val Morrison, conseillère scientifique
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

Chantale Blouin, chercheuse d'établissement
Paule Simard, chercheuse
Direction du développement des individus et des communautés

Carolyne Alix, démographe
Jérôme Martinez, chef d'unité scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Michel Vézina, médecin spécialiste
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2016
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-74972-1 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2016)

Avant-propos

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est un centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités, en rendant disponibles son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage. L'une des missions de l'Institut est d'informer le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec de l'impact de politiques publiques sur l'état de santé de la population québécoise en s'appuyant sur les meilleures données disponibles.

Le présent mémoire, déposé dans le cadre de la consultation en vue de l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale, poursuit cet objectif. Il apporte un éclairage scientifique sur certains enjeux soulevés par le document de consultation ainsi que sur d'autres enjeux à considérer dans l'élaboration du prochain plan d'action.

L'expertise de l'INSPQ dans ce dossier s'appuie sur différents travaux ou avis scientifiques qu'il a réalisés par exemple sur les inégalités sociales de santé (ISS), la petite enfance, la conciliation travail-famille, le développement des communautés, ou encore la santé et la sécurité des travailleurs. Le présent mémoire reprend d'ailleurs certains contenus intégraux de documents déjà publiés par l'INSPQ.

Bien que s'intéressant de près à la santé des autochtones, l'INSPQ n'aborde pas cette question dans le présent mémoire, sachant qu'une consultation adaptée à leurs réalités sera menée plus tard.

Table des matières

Faits saillants.....	1
Introduction	3
1 Pauvreté et santé sont étroitement liées	5
1.1 Trois perspectives pour l'action	6
1.1.1 Réduire les ISS par des interventions à la fois universelles et ciblées.....	6
1.1.2 Agir tôt et tout au long du parcours de vie.....	6
1.1.3 Adopter une vision positive du développement des individus et des communautés	7
2 Orientation 1 : Prévenir la pauvreté et l'exclusion sociale en favorisant le développement du potentiel des personnes	9
2.1 Enjeux sur lesquels l'INSPQ souhaite attirer l'attention.....	9
2.1.1 Consolidation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les familles défavorisées.....	9
2.1.2 Amélioration de l'accès à des services éducatifs de qualité dès la petite enfance pour les familles à faible revenu	10
2.1.3 Améliorer la persévérance scolaire pour les jeunes issus des milieux défavorisés	12
2.1.4 Réduction des obstacles à la participation sociale des adultes	13
3 Orientation 2 : Renforcer le filet de sécurité sociale et économique	17
3.1 Enjeux sur lesquels l'INSPQ souhaite attirer l'attention.....	17
3.1.1 Amélioration de l'accès à un logement de qualité à un coût raisonnable pour les ménages à faible revenu.....	17
3.1.2 Amélioration de la sécurité alimentaire des personnes.....	18
3.1.3 Amélioration de la mobilité des personnes à faible revenu	19
3.1.4 Amélioration de l'accès aux soins et services en santé pour les personnes à faibles revenus.....	21
4 Orientation 3 : Favoriser l'accès à l'emploi et valoriser le travail	25
4.1 Enjeux sur lesquels l'INSPQ souhaite attirer l'attention pour les personnes qui ne sont pas en emploi	25
4.1.1 Amélioration des politiques d'activation.....	25
4.2 Enjeux sur lesquels l'INSPQ souhaite attirer l'attention pour les personnes qui sont en emploi.....	26
4.2.1 Amélioration de la qualité des emplois et des conditions d'emploi et de travail, particulièrement dans les secteurs d'emploi occupés par les personnes à faible revenu	26
4.2.2 Amélioration dans tous les secteurs d'emploi des conditions de santé et sécurité, afin de réduire les altérations à la santé attribuables au travail.....	27
4.2.3 Amélioration de la conciliation travail famille (CTF)	28
5 Orientation 4 : Favoriser l'engagement de l'ensemble de la société.....	31
5.1 Enjeux sur lesquels l'INSPQ souhaite attirer l'attention.....	31
5.1.1 Soutien aux communautés devant relever un défi de revitalisation.....	31
5.1.2 Maintien de l'engagement des organisations et des citoyens dans le contexte de transformation récente de l'organisation locale et supralocale.....	33
5.1.3 Amélioration de la participation des personnes en situation de pauvreté à leurs milieux de vie	34

6	Orientation 5 : Assurer à tous les niveaux la constance et la cohérence des actions.....	37
6.1	Enjeux sur lesquels l'INSPQ souhaite attirer l'attention	37
6.1.1	Amélioration de la cohérence des actions à tous les niveaux et dans différents domaines d'intervention en matière de lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale et les ISS	37
6.1.2	Développement et partage des connaissances sur la pauvreté et les ISS ainsi que sur l'efficacité des interventions à l'égard des ces enjeux	39
6.1.3	Reddition de comptes adéquate de la performance collective des actions conjointe	40
	Conclusion	43
	Références.....	45
	Annexe 1 Tableau des enjeux sur lesquels l'INSPQ souhaite attirer l'attention.....	59

Faits saillants

Pauvreté et santé sont étroitement liées

L'INSPQ salue l'initiative du gouvernement du Québec de mobiliser l'ensemble des parties prenantes dans la réflexion entourant l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale. La pauvreté et la santé sont étroitement liées et leurs liens sont bien documentés. D'un côté, la mauvaise santé est en elle-même un déterminant de la pauvreté, un individu malade ayant plus de risque de devenir pauvre qu'une personne en bonne santé. De l'autre, la pauvreté a un impact sur la santé et est identifiée d'ailleurs comme la principale cause de morbidité au Canada. Plus concrètement, les conditions socioéconomiques engendreraient des écarts considérables dans la santé des personnes qui expliqueraient des variations d'espérance de vie de plus de 10 ans entre les quartiers les plus pauvres et les plus aisés de Montréal.

Savoir miser sur les programmes et outils déjà existants

L'INSPQ adhère à la philosophie générale qui se dégage du document de consultation et qui mise sur l'idée du « mieux faire ensemble ». La lutte à la pauvreté et aux inégalités sociales de santé passe nécessairement par la mobilisation de l'ensemble de la société et par l'engagement de tous les secteurs d'activités et paliers de gouvernement. Différents programmes, services, mécanismes et outils de concertation de l'action gouvernementale existent, mais un effort supplémentaire devrait être effectué pour en assurer la pleine implantation et la pérennité en y affectant notamment les ressources nécessaires.

Trois perspectives pour l'action

La réflexion autour de l'identification et la priorisation des enjeux à laquelle l'INSPQ s'est prêté dans le cadre de ce mémoire a reposé sur trois perspectives, soit l'universalisme proportionné, le parcours de vie et l'approche positive du développement.

Agir auprès de tous en visant les plus démunis

Par définition, un plan de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale vise particulièrement les populations vulnérables. Or, il a été maintes fois démontré qu'une amélioration globale et à long terme des conditions de vie des groupes fragilisés passait par la mise en place ou le maintien de programmes qui visaient l'ensemble de la population, les programmes universels étant généralement plus financés, donc pérennes, et profitant davantage de l'engagement et de l'appui de la multitude d'acteurs concernés. Afin que ces mesures universelles n'alimentent toutefois pas davantage les inégalités constatées entre les groupes plus aisés et les groupes plus défavorisés, ces derniers étant souvent confrontés à certaines barrières d'accès de ces services, il importe de s'assurer que ces mesures sont modulées de façon à mieux atteindre les populations vulnérables.

Agir tôt et tout au long du parcours de vie

Selon l'approche des parcours de vie, la santé et le bien-être seraient non seulement le résultat des conditions de vie actuelles, mais aussi celui des conditions de vie passées. Les influences exercées durant l'enfance, l'adolescence et les premières années de l'âge adulte constituent ainsi des facteurs de risque ou de protection pour l'acquisition de compétences et l'adoption de comportements sains qui façonnent la santé et le développement. Pour éviter la retransmission intergénérationnelle de la pauvreté et des inégalités sociales de santé (ISS), il importe d'intervenir précocement auprès des enfants afin de les protéger autant que possible des effets de l'adversité socioéconomique.

Favoriser l'empowerment par une approche positive du développement

Agir en amont implique en outre d'adopter une approche positive du développement des individus plutôt qu'une approche visant uniquement à « contrer les problèmes ». Cette vision part de la prémisse que chaque individu détient un potentiel de développement sur lequel il est possible de miser afin que celui-ci s'accomplisse et vive en santé. Pareille vision suppose la valorisation des compétences personnelles et sociales des individus ainsi que la mise en place de conditions favorables à leur mobilisation et au pouvoir d'agir des communautés locales.

Enjeux et bonnes pratiques devant faire l'objet d'une attention particulière

Dans son mémoire, l'INSPQ attire l'attention des décideurs sur onze des enjeux déjà identifiés par le document de consultation. Il propose également sept nouveaux enjeux qui devraient aussi être considérés dans l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental. Des pistes ou pratiques inspirantes sont présentées pour chacun de ces enjeux afin de guider le gouvernement québécois dans l'amélioration de ses interventions de réduction de la pauvreté, de l'exclusion sociale, mais aussi des inégalités sociales de santé (ISS). L'ensemble de cette analyse est synthétisé dans un tableau présenté à l'annexe 1.

Sur les 18 enjeux retenus et discutés, l'INSPQ souhaite en mettre trois de l'avant, soit :

- **L'amélioration de la cohérence des actions à tous les niveaux et dans différents domaines d'intervention : un enjeu transversal crucial.**

La multitude des programmes et services ainsi que les nombreux acteurs impliqués constituent un défi pour la cohérence de l'action gouvernementale. Pour l'INSPQ, la cohérence des actions et des politiques est essentielle pour bénéficier de synergies, mais aussi éviter les chevauchements et les effets contradictoires. Différents outils favorisant une action intersectorielle et concertée, comme l'évaluation d'impact sur la santé ou l'approche territoriale intégrée, devraient être saisis pour que ce défi de cohérence entre les différentes sphères et les différents niveaux d'activité gouvernementale devienne autant d'opportunités d'agir ensemble.

- **L'amélioration de l'accès à des services éducatifs de qualité dès la petite enfance pour les familles à faible revenu : l'enjeu prioritaire du document de consultation.**

Parce qu'il repose sur l'universalisme proportionné, le parcours de vie et l'approche positive du développement, cet enjeu est identifié par l'INSPQ comme la piste d'action à privilégier dans le prochain plan pour la solidarité et l'inclusion sociale. Cet enjeu participe activement à une approche préventive de la pauvreté, non seulement en misant sur le développement de l'enfant évoluant dans un milieu défavorisé, mais également en facilitant la possibilité d'intégration des parents, et particulièrement des mères, au marché du travail.

- **L'amélioration de la qualité des emplois et des conditions d'emploi et de travail, particulièrement dans les secteurs d'emploi occupés par les personnes à faible revenu : un enjeu supplémentaire à prioriser.**

Selon l'INSPQ, la qualité du travail constitue un enjeu majeur pour prévenir et réduire la pauvreté. L'emploi est un levier crucial pour prévenir ou sortir de la pauvreté et de l'exclusion, à condition qu'il soit correctement rémunéré et non précaire, et que les conditions d'emploi (horaires, pauses, congés, contrats) ou de travail (sécurité physique et psychosociale), même pour l'emploi atypique, préservent la dignité des personnes et permettent de concilier les autres demandes de la vie. Ceci est vrai pour l'ensemble des travailleurs et travailleuses à différentes étapes de la vie, que l'on pense par exemple au congé parental, mais s'applique particulièrement aux personnes en situation de vulnérabilité ou qui tentent d'intégrer ou de réintégrer le marché du travail. La Loi québécoise sur les normes du travail pourrait être améliorée à cet égard.

Introduction

Le Québec s'est fréquemment positionné comme à l'avant-garde en matière de lutte contre la pauvreté au Canada et en Amérique du Nord (Roy et collab., 2008). Depuis l'adoption en 2002 de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, différents acteurs, niveaux de gouvernement et secteurs d'activités se sont activement mobilisés pour la mise en place d'actions concrètes visant à améliorer le sort des moins nantis. Toutefois, des efforts supplémentaires sont toujours nécessaires pour assurer la pleine implantation et la pérennité de ces actions et mesures.

Par le présent mémoire, l'INSPQ répond à l'appel lancé par le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, dans le cadre de la réflexion entourant l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale. L'INSPQ attire l'attention des décideurs sur des enjeux et mesures visant non seulement la réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale, mais aussi des ISS.

Le mémoire présente, dans un premier temps, les liens existants entre la pauvreté et la santé ainsi que les trois perspectives sur lesquelles repose la réflexion de l'INSPQ. Ensuite, pour chacune des cinq orientations devant guider le contenu du plan d'action, l'INSPQ tente d'identifier, à partir de son expertise disponible, les enjeux les plus pertinents parmi ceux soumis dans le document de consultation ainsi que d'autres enjeux qui devraient être considérés. Des propositions de pistes d'amélioration, de conditions de succès ou de pratiques inspirantes sont également avancées pour chacun des 18 enjeux retenus. L'ensemble de cette analyse est synthétisé dans un tableau présenté à l'annexe 1.

L'INSPQ ne s'est pas prêté à un exercice systématique de priorisation pour chacune des orientations. En se reposant sur les trois perspectives pour l'action privilégiées dans le présent document, il dégage néanmoins trois enjeux qu'il souhaite mettre particulièrement de l'avant.

1 Pauvreté et santé sont étroitement liées

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que l'association entre la pauvreté et la santé « révèle un lien de causalité à double sens : la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté¹ ». En effet, la pauvreté et la santé sont étroitement liées et leurs liens sont bien documentés. D'un côté, la mauvaise santé est en elle-même un déterminant de la pauvreté, un individu malade ou handicapé ayant plus de risque de devenir pauvre qu'une personne en bonne santé. De l'autre côté, la pauvreté a un impact sur la santé et est identifiée d'ailleurs comme la principale cause de morbidité au Canada (Association médicale canadienne, 2013). Il est largement démontré que les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, étudient, travaillent et vivent influencent la santé autant sinon davantage que l'hérédité ou le système de santé. Ces différentes conditions, appelées déterminants de la santé, interagissent les uns avec les autres et se combinent différemment tout au long de la vie. Elles peuvent ainsi engendrer des écarts considérables dans la santé des personnes : l'espérance de vie étant de 74,2 ans dans les quartiers les plus pauvres de Montréal et de 85 ans dans les quartiers les plus aisés.

Bien que la pauvreté affecte d'abord ceux qui la vivent, la pauvreté et une mauvaise santé engendrent des coûts sociaux et économiques pour l'ensemble de la société et doivent en ce sens être considérées comme un enjeu social qui nous concerne tous. À titre indicatif, le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé a estimé en 2004 que plus de 20 % des dépenses en soins de santé au Canada étaient attribuables aux iniquités de revenu (Agence de la santé publique du Canada, 2004).

Les écarts ou la distribution inégale de l'état de santé en fonction de ces déterminants au sein de la population se nomment les inégalités sociales de santé. Plus particulièrement, les dynamiques inégalitaires de pouvoir et d'exclusion, certaines normes, politiques, pratiques sociales de même que la situation socioéconomique des individus engendrent ces disparités sociales et de santé. Il importe de souligner que les écarts sociaux de santé ne s'observent pas uniquement entre les personnes les plus riches et les moins fortunées. Pour la plupart des indicateurs de santé (par exemple, le taux de morbidité ou l'espérance de vie à la naissance), les ISS apparaissent selon un continuum en fonction des revenus et du niveau d'éducation. En d'autres mots, les personnes qui présentent un statut socioéconomique moins élevé sont en moins bonne santé que celles qui se situent juste au-dessus dans l'échelle. Cette gradation ascendante de l'état de santé en fonction de la situation socioéconomique est appelée le gradient social de santé.

Selon la littérature en santé publique, l'action sur les déterminants sociaux de la santé est considérée comme la meilleure pratique pour améliorer la santé de la population. La santé, tout comme la pauvreté d'ailleurs, a un effet systémique qui persiste, peu importe les choix et comportements individuels. Certes, les interventions visant les décisions personnelles des individus s'avèrent primordiales pour apaiser les effets néfastes et immédiats de la pauvreté, mais ils permettent moins de la prévenir (Briggs et collab., 2012). À ce titre, et pour éviter la retransmission intergénérationnelle des ISS, l'OMS souligne l'importance d'intervenir à la fois sur ce qu'elle appelle les déterminants intermédiaires de la santé (soit les ressources matérielles et les facteurs de nature comportementale, biologique et psychosociale) et les déterminants dits structuraux de la santé (incluant la position socioéconomique, l'éducation, l'emploi et le revenu, tout comme le contexte sociopolitique des politiques sociales et macroéconomiques, incluant les modes de gouvernance et les valeurs socioculturelles) (Solar et Irwin, 2010).

¹ Adam Wagstaff, Poverty and health *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(2) : 97–105.

1.1 Trois perspectives pour l'action

Considérant ces liens entre santé et pauvreté, l'INSPQ ne peut qu'appuyer le plan pour la solidarité et l'inclusion sociale du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS). L'INSPQ invite le MTESS à déployer sa stratégie en intégrant trois perspectives pertinentes pour son action, soit l'universalisme proportionné, les parcours de vie et l'approche positive du développement.

1.1.1 RÉDUIRE LES ISS PAR DES INTERVENTIONS À LA FOIS UNIVERSELLES ET CIBLÉES

Il est démontré que l'offre d'interventions ciblant uniquement les personnes à risque s'avère insuffisante pour modifier l'effet du gradient social de santé. Les interventions ciblées doivent s'inscrire dans un système plus large, robuste, financé adéquatement et universel (Cowley et collab., 2015). À l'opposé, une intervention universelle pour tous est rarement efficace et équitable, dans la mesure où les groupes les plus aisés sont souvent plus à même de tirer profit des mesures existantes (Mackenbach, 2012). C'est pourquoi l'OMS recommande de privilégier une approche basée sur l'universalisme proportionné, soit une action gouvernementale composée de mesures universelles qui visent la population générale tout en prévoyant des mesures de soutien supplémentaires non stigmatisantes pour ceux qui éprouvent des problèmes particuliers (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008).

Cette approche implique par conséquent la réduction ou le retrait des barrières qui limitent l'accès aux interventions universelles (Human Early Learning Partnership, 2011). Il est reconnu que les personnes dont les besoins sont plus importants utilisent moins les services offerts principalement en raison de barrières d'accès (National Research Council and Institute of Medicine, 2000). Ces dernières réfèrent aux obstacles supplémentaires (ex. : distance géographique, situation familiale, coûts associés, langue, littératie, normes culturelles, etc.) que doivent franchir certaines populations pour accéder aux services. Offrir des interventions universelles sans travailler par ailleurs à lever ces barrières d'accès risque d'amplifier l'effet du gradient social et d'engendrer des écarts plus importants sur le plan de la santé des personnes issues de groupes socioéconomiques désavantagés (Boivin et collab., 2012; McCain et collab., 2007).

Concrètement, il s'agit de permettre une flexibilité dans la nature et le format des interventions, des politiques et des programmes pour s'ajuster réellement aux besoins, aux valeurs, aux normes, aux capacités et aux aspirations diversifiées des individus provenant de différents groupes sociaux (Carey et collab., 2015).

1.1.2 AGIR TÔT ET TOUT AU LONG DU PARCOURS DE VIE

Il est important de tenir compte des transitions et du cumul d'expériences individuelles et collectives depuis l'enfance dans la mesure où elles auront des conséquences sur la santé, le bien-être et la réussite à l'âge adulte (Hertzman et Power, 2003; World Health Organization et International Longevity Centre-Uk, 2014). Selon l'approche des parcours de vie, la santé et le bien-être seraient non seulement le résultat des conditions de vie actuelles, mais aussi celui des conditions de vie passées. Les influences exercées durant l'enfance, l'adolescence et les premières années de l'âge adulte constituent ainsi des facteurs de risque ou de protection pour l'acquisition de compétences et l'adoption de comportements sains qui façonnent la santé et le développement. Chaque étape du parcours de vie offre une occasion de cerner les déterminants sur lesquels agir ainsi que le moment idéal pour intervenir (McDaniel et Bernard, 2011; World Health Organization et London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010).

Il importe par ailleurs de souligner que le gradient social observé tout au long de la vie pourrait s'expliquer partiellement par le gradient présent lors de la petite enfance (Pillas et collab., 2014). Par exemple, des travaux révèlent que les enfants qui ont grandi dans les familles ayant un faible niveau socioéconomique ont une moins bonne santé à 26 ans. Les conditions de vie durant la petite enfance ont une influence négative à long terme sur la santé de l'adulte, et ce, indépendamment de la santé au début de la vie ou du niveau socioéconomique atteint à l'âge adulte. Il faut donc protéger les enfants des effets de l'adversité socioéconomique puisque la mobilité vers le haut au sein des classes sociales ne permet pas à l'âge adulte de récupérer les effets précoces (Poulton, 2002).

1.1.3 ADOPTER UNE VISION POSITIVE DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS

Agir en amont des problèmes implique en outre d'adopter une perspective positive du développement des individus en se concentrant sur le renforcement de leurs capacités et celles de leurs milieux de vie afin de réduire les inégalités sociales. Par conséquent, les actions ne doivent pas reposer uniquement sur des objectifs visant à « contrer les problèmes ». Chaque individu a un potentiel de développement sur lequel on peut miser afin qu'il s'accomplisse. Une vision positive implique donc d'accorder une importance accrue aux facteurs de protection, c'est-à-dire aux compétences personnelles et sociales ainsi qu'aux conditions qui favorisent le pouvoir d'agir (*empowerment*) des individus et des communautés dans lesquelles ils évoluent (Barry, 2009; Friedli, 2009; Organisation mondiale de la Santé, 2014; Patterson, 2009; WHO, 2015). Le cumul et l'interaction complexe de ces facteurs entre eux contribuent à la santé, au bien-être et à la réussite des individus (Barry et Jenkins, 2007).

Reconnaître que chaque personne a le potentiel pour réussir sa vie personnelle, vivre en santé et devenir un membre essentiel de la collectivité, c'est aussi reconnaître l'importance de se préoccuper des possibilités variables qu'offrent les divers contextes sociaux dans lesquels les personnes se développent (Bynner, 2005). Les caractéristiques des milieux de vie ont des répercussions sur la santé, le bien-être et la réussite personnelle. Les ressources sociales et économiques dont les individus disposent influencent leur capacité à faire face aux situations de vie qu'ils rencontrent. De façon réciproque, les individus modulent les environnements physique, socioculturel, politique et économique dans lesquels ils évoluent.

Des actions structurantes qui façonnent les environnements de telle sorte qu'ils soient favorables à la santé, au bien-être et à la réussite personnelle des individus doivent donc être adoptées. Ces actions doivent également permettre la mise en place et l'utilisation effective de ressources nécessaires au renforcement de leurs capacités (Anctil, 2012; Institute of Medicine and National Research Council, 2014; Keleher et Armstrong, 2005; Organisation mondiale de la Santé, 2009; Organisation mondiale de la Santé, 2013; Van Nieuwenhuysse et Dumas, 2012; World Health Organization et Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

Ainsi, les actions qui utilisent plusieurs stratégies à différents niveaux et tout au long du parcours de vie des individus sont jugées les plus prometteuses, car elles permettent d'apporter des changements durables en renforçant le potentiel des personnes tout en créant des conditions de vie et des environnements favorables à la santé et au bien-être (Barry, 2009; Pollett, 2007; World Health Organization et Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

2 Orientation 1 : Prévenir la pauvreté et l'exclusion sociale en favorisant le développement du potentiel des personnes

Le développement de l'enfant est lié aux expériences vécues durant la grossesse et qui se poursuivent après la naissance avec les parents et la famille élargie, ainsi qu'aux expériences vécues dans sa communauté. Les établissements comme les services de garde ou les établissements d'enseignement du préscolaire au postsecondaire structurent très certainement la trajectoire de l'enfance jusqu'à l'âge adulte. La réussite scolaire, et ultimement éducative, constitue un important rempart contre la pauvreté (Gaudet, 2007). Elle permet de participer pleinement à la vie en société, de favoriser une sécurité économique et d'obtenir un emploi satisfaisant, lequel offre de meilleures conditions de vie et des occasions d'améliorer la santé physique et mentale à l'âge adulte (Dahlgren et Whitehead, 2007). En plus de leur mission d'instruction, les établissements éducatifs offrent de nombreuses occasions d'apprentissage dont les enfants et les jeunes auront besoin pour développer et maintenir leurs capacités cognitives, physiques, émotionnelles et sociales. Ces institutions représentent donc un environnement clé pour que les enfants et les jeunes de tous les milieux puissent se développer de façon optimale et réaliser leurs aspirations.

2.1 Enjeux sur lesquels l'INSPQ souhaite attirer l'attention

2.1.1 CONSOLIDATION DES SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE POUR LES FAMILLES DÉFAVORISÉES

Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) comprennent une gamme de services préventifs qui visent les familles qui attendent un enfant ou ont un enfant âgé de 0 à 5 ans, et dont le revenu familial est en dessous du seuil de la pauvreté et la mère n'a pas de diplôme d'études secondaires ou professionnelles. Les SIPPE ont deux volets principaux. Le premier mise sur l'accompagnement des familles qui s'actualise notamment par des visites à domicile régulières de la part de professionnelles de la santé publique, des mesures favorisant l'intégration de l'enfant en milieu de garde et par de l'accompagnement vers les organismes du milieu. Le second volet mise quant à lui sur le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être par des projets concertés.

Les conditions nécessaires à la mise en œuvre optimale des programmes de type SIPPE sont bien documentées dans les écrits scientifiques (ex. : financement adéquat, intervention de façon intensive et sur une période de plusieurs années, formation des intervenants et des partenaires communautaires, développement de curriculum d'intervention, alliances entre les collaborateurs du programme) (Institut national de santé publique du Québec, 2010).

Malgré la mise en œuvre des SIPPE dans l'ensemble des territoires des centres de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS²) du Québec, des enjeux demeurent en ce qui a trait à l'accès, à l'intensité et à la durée de ces services. Lors de consultations menées en 2008 par le MSSS dans le cadre de chantiers d'optimisation des SIPPE, des lacunes ont été constatées dans les régions en ce qui concerne l'intensité et la durée réelle de l'intervention. Il appert aussi que les SIPPE ne rejoignent pas toutes les familles admissibles (Comité-conseil postchantiers SIPPE, 2011). En 2009-2010, 69 % des femmes admissibles ont bénéficié de ces services, alors que la cible pour cette période était de 80 % (Comité-conseil postchantiers SIPPE, 2011).

² Centre intégré de santé et de services sociaux/Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux.

Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration

Les SIPPE sont inspirés d'un programme américain reconnu internationalement : le *Nurse-Family Partnership*. Le concept de visites à domicile prédomine depuis 30 ans aux États-Unis en tant qu'intervention préventive précoce à privilégier auprès des enfants et des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Les effets du *Nurse-Family Partnership* ont fait l'objet d'essais comparatifs randomisés et ceux-ci démontrent des effets positifs sur entre autres l'employabilité des mères et le fonctionnement intellectuel, la maturité scolaire et le comportement des enfants à l'adolescence (Olds, 2003; Olds et collab., 2004). Des effets bénéfiques de ce type d'interventions implantées ailleurs dans le monde sont également rapportés notamment en ce qui concerne l'amélioration des pratiques parentales, la diminution des blessures non intentionnelles et des dimensions du développement de l'enfant. Pour les interventions destinées aux jeunes mères s'ajoutent à ces effets une autonomie financière accrue, une meilleure santé physique durant la grossesse et une utilisation accrue des services de santé et de la communauté pendant la grossesse (Institut national de santé publique du Québec, 2010).

Ces résultats démontrent le rôle important que peuvent jouer les SIPPE, en intervenant de façon précoce auprès des jeunes enfants et de leur famille, pour favoriser la réussite scolaire et l'insertion sociale, réduire les inégalités sociales de santé et améliorer l'état de santé et de bien-être des familles vivant en contexte de vulnérabilité.

Il importe donc de poursuivre les démarches entreprises pour consolider les SIPPE afin d'en assurer l'accès, l'intensité et la durée requis. Des pistes concrètes ont été identifiées par le comité-conseil postchantiers sur les SIPPE qui recommande entre autres de miser sur l'intégration de l'enfant en service de garde éducatif de qualité pour retenir les clientèles plus longtemps et de manière plus intensive (Comité-conseil postchantiers SIPPE, 2011). Une évaluation du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des SIPPE (Gendron et collab., 2014) a aussi avancé des pistes de réflexion pour l'action.

2.1.2 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS À DES SERVICES ÉDUCATIFS DE QUALITÉ DÈS LA PETITE ENFANCE POUR LES FAMILLES À FAIBLE REVENU

La réussite scolaire et éducative est fortement influencée par le degré de préparation à l'entrée scolaire. Actuellement, environ un enfant sur quatre au Québec commence l'école en étant moins bien outillé que les autres pour profiter pleinement de ce que l'école peut lui offrir selon l'enquête sur le développement des jeunes enfants à la maternelle menée en 2012 (Simard et collab., 2013). Dans les voisinages dont les familles sont moins bien nanties matériellement, la proportion d'enfants vulnérables s'élève à près d'un sur trois (31 %). La proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine tend à augmenter avec le degré de défavorisation, c'est l'effet du gradient social de santé (Simard et collab., 2013). Ces données sont préoccupantes puisque même si tous les enfants qui présentent certaines lacunes dans leur développement global n'auront pas nécessairement des difficultés plus tard dans leur parcours scolaire, il est clair qu'un bon départ en maternelle contribue à l'obtention d'un diplôme d'études secondaires, avec des notes qui facilitent l'accès aux études postsecondaires (Kershaw et collab., 2010).

La fréquentation d'un service de garde de type centre de la petite enfance (CPE), particulièrement par les enfants issus de familles à faible niveau socioéconomique, constitue un facteur de protection pour leur développement (Mitchell et collab., 2008). En effet, l'enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire (Guay et collab., 2014) montre que les enfants qui fréquentent exclusivement un CPE parmi les familles à faible revenu sont 3,3 fois moins susceptibles d'être vulnérables dans un

domaine ou plus de leur développement que leurs pairs n'ayant pas fréquenté de service éducatif en période préscolaire. Pour les familles mieux nanties, aucun effet sur la vulnérabilité n'est constaté.

Cette enquête montre également que les enfants de familles à faible revenu fréquentent moins les services éducatifs au cours de la petite enfance (80 % versus 90 %), fréquentent moins exclusivement un CPE (21 % versus 37 %), commencent leur fréquentation plus tardivement (53 % versus 25 % commencent après 3 ans) et les fréquentent à une intensité hebdomadaire plus faible (45 % versus 35 % fréquentent 30 heures et moins). La principale raison invoquée par les parents défavorisés est le manque de places (Guay et collab., 2014).

Depuis 2002, la collaboration entre les services de garde éducatifs (SGE) et les CISSS/CIUSSS s'est concrétisée par la signature d'une entente-cadre qui définit l'offre de services de santé et de services sociaux de base aux enfants qui fréquentent les centres de la petite enfance et assure l'accessibilité aux enfants vivant en contexte de vulnérabilité. Des protocoles régionaux ou locaux ont fait suite à cette démarche. Ces protocoles garantissent aux CISSS/CIUSSS un certain nombre de places réservées pour des enfants jugés vulnérables en raison de leur situation familiale ou personnelle (5 % des places). Un rapport d'évaluation des protocoles d'entente CLSC-CPE en fait un bilan positif dans l'ensemble et indique qu'ils représentent un outil précieux pour le suivi des enfants vivant en contexte de vulnérabilité. Par contre, en 2008, année de la réalisation de cette enquête, seulement la moitié des CPE avait adhéré au protocole et deux tiers d'entre eux affirmaient ne pouvoir accepter tous les enfants faisant l'objet d'une recommandation. De plus, 60 % des CLSC disent que parfois ils ne peuvent obtenir la place réservée par manque de places selon l'âge de l'enfant ou à distance raisonnable du lieu de résidence de l'enfant. Aussi, 43 % des CLSC sondés affirment que le nombre de places réservées est inférieur à leurs besoins. Finalement, les protocoles ne peuvent répondre aux besoins urgents (Saint-Pierre et Moisan, 2008).

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Les services de garde éducatifs peuvent apporter des effets bénéfiques aux enfants, aux parents et à la société, mais l'ampleur de ces effets est tributaire de la qualité des milieux (OCDE, 2012). Le personnel éducatif ayant une formation spécialisée est davantage en mesure d'offrir un environnement adapté et stimulant aux enfants (Saracho et Spodek, 2007). En effet, la recherche note une forte association entre le niveau de qualification du personnel et les bénéfices constatés chez les enfants (Belsky, 2006). Le personnel formé est plus en mesure de créer des environnements pédagogiques stimulants grâce entre autres à l'interaction de qualité avec les enfants et à celle encouragée entre eux (OCDE, 2012); (Conseil supérieur de l'éducation, 2012).

Actuellement, au Québec, les exigences de formation initiale et de formation continue varient selon le type de services de garde (Conseil supérieur de l'éducation, 2012; Ministère de la Famille et des Aînés, 2008). Elles sont minimales pour les responsables de services de garde (milieu familial), comparées à celles du personnel des CPE et des garderies où 2/3 des éducateurs doivent posséder un diplôme d'études collégiales en techniques d'éducation à l'enfance.

De nombreux pays de l'OCDE travaillent actuellement à améliorer le niveau de qualification du personnel œuvrant en petite enfance, principalement en raison des connaissances nouvelles de l'impact des environnements stimulants sur le développement du cerveau. Par exemple, l'Australie a établi des normes de formation professionnelle uniformes et cohérentes à l'échelle nationale. En Finlande, le nombre de jours de formation continue requis par an varie de trois à dix jours selon le niveau de formation initiale. D'autres pays tentent de réglementer les services offerts (privés, familiaux) avec autant de rigueur que ceux du secteur public, dont l'Angleterre, la communauté française de Belgique, la Finlande et la Flandre (OCDE, 2012).

Il importe donc que le Québec poursuive et renforce la mise en place de services de garde de type CPE en s'assurant de la qualité des milieux, en améliorant le niveau de qualification du personnel et en assurant l'accès aux enfants issus de familles à faible niveau socioéconomique.

2.1.3 AMÉLIORER LA PERSÉVÉRANCE SCOLAIRE POUR LES JEUNES ISSUS DES MILIEUX DÉFAVORISÉS

De l'entrée à la maternelle jusqu'à l'âge adulte, les jeunes connaîtront des changements importants sur les plans physique, cognitif et socioémotionnel qui surviennent souvent de façon simultanée ou qui s'enchaînent rapidement. Ainsi, leur capacité de raisonnement et de gestion de leurs émotions arrive graduellement à maturité. C'est à travers cette évolution que leur identité se construit et qu'ils en arrivent à prendre des décisions déterminantes pour leur parcours de vie. Alors qu'ils vivent ces transformations, les enfants et les jeunes doivent également faire face à un certain nombre de transitions qui peuvent poser des défis tels que l'entrée à l'école (adaptation à un nouveau milieu, développement de relations sociales en dehors de la famille), le passage du primaire au secondaire (l'appartenance à un nouveau milieu, usage du tabac), l'entrée dans le système d'éducation postsecondaire (s'intégrer dans un nouveau cadre scolaire moins structuré, faire des choix vocationnels) ou sur le marché du travail (conditions de travail précaires en début de carrière), l'autonomie par rapport à la famille d'origine (prendre soin de sa santé, alimentation activité physique, sommeil, consommation d'alcool, gérer ses finances, établir des relations d'intimité et la parentalité) (Franke, 2010).

Les enfants et les adolescents outillés pour faire face à ces situations seront davantage en mesure de se réaliser, de travailler avec succès, de se maintenir en santé et de s'engager dans leur communauté. Le soutien à leur apporter à cet égard devrait tenir compte des conditions matérielles et sociales dans lesquelles les enfants et les jeunes évoluent afin d'adapter les pratiques à leurs besoins, en particulier dans les établissements scolaires en raison de leur importance comme milieu de vie à cet âge.

Divers facteurs qui sont communs à la réussite scolaire, à la santé et au bien-être des jeunes peuvent intervenir sur leur parcours de vie. L'importance des conditions de vie adéquates (ex. : revenu familial suffisant, logement salubre, quartier de résidence sécuritaire) et des rapports familiaux de qualité est largement reconnue. Il existe également bon nombre d'études qui montrent des liens significatifs entre la réussite et la persévérance scolaire des enfants et des adolescents et, notamment, leur répertoire de stratégies d'adaptation, les relations sociales de qualité et les saines habitudes de vie.

De plus, un corpus d'études suggère que certaines actions dans le milieu scolaire, que ce soit à travers les pratiques pédagogiques ou l'aménagement physique des lieux, sont liées autant à la réduction des comportements à risque ou au développement de saines habitudes de vie qu'à la réussite scolaire des jeunes du secondaire (Banerjee et collab., 2014; Clarke et collab., 2015; Durlak et collab., 2011; Poulin et collab., 2015; Thapa et collab., 2013). De même, au niveau postsecondaire, des résultats d'études montrent que les politiques qui concernent notamment le harcèlement et la violence, l'intégration scolaire et l'éducation interculturelle, les stages et autres dimensions académiques et d'apprentissage peuvent faciliter la persévérance et la réussite, la préparation au marché du travail, la création de liens, l'identité citoyenne et l'épanouissement (Flanagan et Bundick, 2011; Flanagan et Levine, 2010; Olding et Yip, 2014).

Afin de favoriser la réussite, la santé et le bien-être des jeunes, les conclusions de plusieurs travaux convergent vers la nécessité d'agir sur le développement des compétences des enfants et des jeunes, afin qu'ils soient capables de composer avec les situations rencontrées tout au long de la vie, et d'aménager des environnements favorables dans les milieux de vie (Samdal et Rowling, 2011; St.Leger et collab., 2010; Stewart-Brown, 2006). Cela contribue également à prévenir un ensemble

de problématiques représentant des facteurs de risque pour leur santé et leur bien-être : détresse psychologique, décrochage scolaire, dépendances, grossesses à l'adolescence, maladies chroniques (ex. : maladies cardiaques, diabète, cancers), suicide, traumatismes non intentionnels et certaines maladies infectieuses dont les ITSS (Arnett, 2006; Bronte-Tinkew et collab., 2005; Lemieux, 2007; Schulenberg et collab., 2004).

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Depuis 2004, le réseau de la santé publique du Québec et celui de l'éducation ont joint leurs efforts pour soutenir le déploiement d'actions concertées en promotion de la santé et en prévention, enchâssées dans une entente de complémentarité des services. Ces actions misent à la fois sur le développement des compétences de tous les jeunes et sur la création et le maintien d'environnements sains, bienveillants et sécuritaires dans la famille, à l'école et dans la communauté. Les actions suggérées favorisent l'adoption de saines habitudes de vie, l'établissement de relations positives, la capacité de s'adapter aux changements et au stress et contribuent à soutenir les apprentissages scolaires et à favoriser la persévérance scolaire.

De plus, dans une optique d'égalité des chances pour tous, selon cette entente, il importe non seulement de mettre en place des mesures visant à renforcer les facteurs de protection qui sont bénéfiques à toute la population des jeunes, mais aussi de réduire les facteurs de risque qui peuvent affecter la trajectoire de certains d'entre eux et les placer dans une situation de vulnérabilité. Particulièrement pour ces jeunes, mais également pour tous les jeunes, un continuum de services intégrés doit être mis en place au palier local, de manière concertée, par l'ensemble des organisations offrant des services d'aide au cheminement scolaire ainsi que de santé et des services sociaux (Gauthier et Villeneuve, 2010; Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013).

Les établissements postsecondaires (cégeps, formations professionnelles et formations aux adultes) sont des lieux privilégiés pour soutenir le passage vers l'âge adulte. L'implantation d'approches globales et intégrées, telles que les *Healthy Campus* ou les *Healthy Universities*, dans la continuité de l'approche École en santé déjà implantée dans certaines écoles primaires et secondaires du Québec est une avenue prometteuse. Elle mise sur la planification coordonnée d'un campus sain visant l'ensemble des individus et explicitant clairement l'importance d'agir sur les conditions organisationnelles et environnementales (climat social, inclusion, sécurité) pour favoriser la réussite, la santé et le bien-être de tous (American College Health Association, 2012; Canadian Association of College and University Student Services et Canadian Mental Health Association, 2013; University's Wellbeing Advisory Group, 2010).

2.1.4 RÉDUCTION DES OBSTACLES À LA PARTICIPATION SOCIALE DES ADULTES

Alors que l'enfance et l'adolescence sont des périodes fortement structurées par des établissements qui fournissent des ressources et des informations aux enfants, aux jeunes et aux parents, il n'existe rien de comparable pour les jeunes adultes (Cronce et Corbin, 2010). Les structures externes les entourant vont en s'amenuisant, et de fait, très peu d'organisations ont comme mission de soutenir et de guider les 15-29 ans vers l'âge adulte (Arnett, 2004; Cleary et collab., 2011; Gaudet, 2007). De plus, des chercheurs ont mis en exergue le fait que l'étendue des besoins et des réalités des jeunes adultes sont peu considérées à travers les politiques et programmes qui leur sont destinés, ceux-ci étant plutôt dominés par une perspective de gestion du risque et de problèmes (Franke, 2010; Gaudet, 2007; Molgat, 2009). Le début de l'âge adulte est une période où les inégalités sociales se cristallisent voire se creusent pour la vie à venir.

Les jeunes adultes qui ne terminent pas leur parcours scolaire et quittent l'école sans diplôme réduisent leurs chances d'obtenir un emploi de qualité ou encore à temps plein, ce qui allonge la période où ils sont économiquement instables et les propulse systématiquement dans des situations de vulnérabilité caractérisées par le chômage et la pauvreté (Bronte-Tinkew et collab., 2005); (Franke, 2010; Institute of Medicine and National Research Council, 2014). L'interruption de la scolarité sans diplôme et le chômage chronique sont associés à un plus haut risque d'exclusion sociale et à une moins bonne santé mentale (Franke, 2010; Rowling, 2006).

Les personnes plus âgées quant à elles vivent des transitions (travail/retraite, conciliation travail/être proche aidant, changement de milieu de vie, etc.) ou des événements (éloignement des enfants pour le travail, perte du conjoint, maladie, etc.) dans leur parcours de vie pouvant faire obstacle à la participation sociale. Elles peuvent être ainsi plus à risque d'isolement social et de ses conséquences.

Par ailleurs, les personnes analphabètes font face à de nombreux obstacles à la participation et à l'insertion sociale. Les programmes d'alphabétisation sont un apport crucial pour renforcer la capacité de ces personnes à se sentir en contrôle de leur parcours de vie et à s'insérer dans les divers lieux signifiants de la vie sociale, que ce soit au travail ou dans d'autres contextes de participation.

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Il importe de soutenir des politiques sociales et des institutions (politiques familiales, système scolaire, marché du travail, politiques publiques pour un mode de vie sain, Municipalités amies des aînés, Politique Vieillir et vivre ensemble) pouvant avoir un impact sur les opportunités qui permettent tant aux jeunes qu'aux personnes plus âgées de choisir leur propre voie et de faire face aux situations de vie changeantes (Marmot et collab., 2013; World Health Organization et Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

Plusieurs des politiques publiques visant les jeunes s'actualisent au niveau local, que l'on pense par exemple aux écoles, aux institutions de santé, au centre local d'emploi. Même chose pour les plus âgés avec l'approche Municipalités amies des aînés qui représente à un levier majeur pour l'adoption d'une perspective de vieillissement actif et en santé (Cardinal et collab., 2008). Cette approche renforce l'importance de combattre l'âgisme, les préjugés et la stigmatisation des personnes vivant des situations de handicap ou socialement défavorisées, d'accroître l'offre d'activités de participation sociale des aînés, de maintenir au travail les travailleurs vieillissants, de former les personnes aînées aux technologies d'information et de communication, de mieux les informer sur les programmes disponibles qui apportent une aide financière.

Les municipalités jouent donc ici un rôle central. Par exemple, elles facilitent l'accès à une variété d'activités et services de qualité : sécurité alimentaire, développement des compétences en littératie et en numératie, réseaux d'entraide, lieux de participation sociale, activités intergénérationnelles, activités de loisirs et de sports diversifiées, aménagement bâti favorisant la sécurité dans les déplacements et le transport actif (Ministère de la Santé et des Services sociaux et collab., 2012). Les programmes et activités des réseaux communautaires sont aussi particulièrement importants pour rejoindre les jeunes qui ne sont pas en contact avec un milieu d'éducation ni avec un milieu de travail (Heinz, 2009; Rowling, 2006) et les personnes plus âgées (<http://www.aqcca.org>).

La littérature démontre que le gouvernement est en mesure de stimuler l'engagement d'une multitude d'acteurs d'une communauté locale dans sa capacité à soutenir les transitions auxquelles les jeunes adultes doivent faire face (Austen, 2003; Centers for Disease Control and Prevention/Division of

Adolescent and School Health et collab., 2004; Institute of Medicine, 2012; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008). Des mesures encourageant l'engagement des municipalités et des réseaux communautaires permettraient de favoriser la participation sociale des jeunes adultes, mais aussi des personnes plus âgées.

Orientation 1 : Quelques pistes d'amélioration à considérer

- Poursuivre les démarches entreprises pour consolider les SIPPE afin d'en assurer l'accès, l'intensité et la durée requis en s'appuyant sur les pistes d'amélioration déjà identifiées par les experts;
- Poursuivre et renforcer la mise en place de services de garde de type CPE afin d'en assurer l'accès aux enfants issus de familles à faible niveau socioéconomique et de garantir la qualité des milieux en améliorant le niveau de qualification du personnel;
- Mettre en place au palier local un continuum de services intégrés par l'ensemble des organisations offrant des services d'aide au cheminement scolaire, de santé et des services sociaux;
- Dans la continuité de l'approche École en santé, implanter des approches globales et intégrées, telles que les Healthy Campus ou les Healthy Universities dans les établissements postsecondaires (cégeps, formations professionnelles et formations aux adultes);
- Soutenir des politiques sociales et des institutions pouvant avoir un impact sur les opportunités qui permettent tant aux jeunes adultes qu'aux personnes plus âgées de choisir leur propre voie et de faire face aux situations de vie changeantes;
- Stimuler l'engagement des acteurs des communautés locales dans le déploiement de programmes et d'actions favorisant la participation sociale des adultes.

3 Orientation 2 : Renforcer le filet de sécurité sociale et économique

Si l'emploi est un déterminant majeur de l'inclusion sociale, comme expliqué plus tard dans le présent mémoire, il n'est pas en soi garant de conditions de vie décentes et de meilleure santé. La hausse du travail atypique, précaire et mal rémunéré observée au Québec, comme ailleurs dans les sociétés occidentales, appelle au renforcement des programmes d'aide financière de dernier recours et des mesures de soutien au revenu de ce type de travailleurs pour lutter efficacement contre la pauvreté.

Une étude récente du Caledon Institute (Tweddle et collab., 2015) démontre que les différentes mesures de soutien au revenu offertes par le programme québécois d'aide sociale en 2014 ne permettaient pas d'atteindre les minimaux fixés par les mesures du seuil de faible revenu ou du panier de consommation, et ce, peu importe le type de ménage étudié. L'enjeu de l'amélioration de la capacité financière des personnes à faible revenu à satisfaire leurs besoins essentiels demeure dès lors prioritaire.

Néanmoins, la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale n'est pas simple ni univoque, et passe par un ensemble d'interventions qui dépasse la question du revenu. Pour l'INSPQ, les enjeux relatifs au logement, à la sécurité alimentaire, aux transports ainsi qu'à l'accès aux soins et services de santé méritent une attention particulière.

3.1 Enjeux sur lesquels l'INSPQ souhaite attirer l'attention

3.1.1 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS À UN LOGEMENT DE QUALITÉ À UN COÛT RAISONNABLE POUR LES MÉNAGES À FAIBLE REVENU

Un logement adéquat et abordable permet à une personne de tout âge de s'inscrire dans un milieu local, un village ou un quartier avec ses services, ses écoles, et les possibilités qu'il offre d'accéder au travail et à divers réseaux sociaux (Baillargeau et Morin, 2008). Dès lors, un tel logement peut constituer un facteur de stabilité dans le milieu favorisant ainsi l'emprise que peuvent avoir les individus sur les ressources et les institutions locales. Le logement représente un potentiel protecteur pour la santé de populations fragilisées. Il doit être conçu comme un lieu de rapports humains capable de redonner aux personnes confrontées à la pauvreté et à l'exclusion, un sentiment de contrôle sur leur vie et leur santé.

Les personnes en situation de vulnérabilité sont souvent appelées à attribuer une trop large part de leurs revenus au logement. Selon l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011, près de 800 000 ménages québécois consacrent 30 % et plus de leur revenu aux coûts d'habitation. Le coût du logement est identifié le plus souvent comme une source de stress chronique entre autres pour les limites budgétaires qu'il impose sur les autres dépenses essentielles. À ce titre, l'*Enquête sur la salubrité et l'abordabilité du logement à Montréal* (SALAM) révélait que le quart des locataires montréalais qui consacraient en juin 2014 plus de 30 % de leur revenu au loyer, soit quelque 50 000 ménages, rapportaient avoir manqué de nourriture au cours de la même année (Raynault et collab., 2015). Le coût du logement explique également une partie des déménagements et par là de l'instabilité dans les parcours des familles vivant au bas de l'échelle sociale. L'accès à un logement subventionné peut donc faire la différence (Blais, 2008; De Koninck et Paquet, 2009; Évelyne Baillargeau et Morin, 2014; McAll, 2008). La qualité du logement est aussi importante. Toujours selon l'ENM de 2011 près de 250 000 logements québécois nécessitent des réparations majeures.

Des facteurs de protection existent dans les milieux de vie et dans les trajectoires des individus et des familles fragilisés. S'il y a une dimension du parcours de vie des familles vulnérables sur laquelle il est possible d'agir rapidement, c'est le parcours résidentiel (Bernard, 2006; De Koninck et collab., 2008). Or, certains hommes et femmes responsables de familles monoparentales ont des parcours qui témoignent de leur capacité à faire face aux difficultés. Plusieurs travaux ont repéré des composantes dans les trajectoires de vie qui permettent d'affirmer que des interventions à certains moments et sur certaines conditions ou sur certains facteurs pourraient contribuer à la résilience d'individus et de groupes défavorisés et ainsi réduire les inégalités de santé et casser le cycle de pauvreté.

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Accroître l'accès à un logement subventionné, le temps de reprendre le contrôle de sa vie, constitue une mesure déterminante permettant par la suite une plus grande disponibilité, tant budgétaire que psychologique, pour modifier des comportements néfastes pour la santé (De Koninck et Paquet, 2009; Évelyn Baillergeau et Morin, 2014; Lang et collab., 2009).

La création de milieux de vie dans lesquels les familles trouvent leur espace, leur reconnaissance et des ressources se dégage comme une piste à considérer. Milieux sécuritaires d'abord, mais aussi ouverts et soutenant, les coopératives d'habitation représentent une solution intéressante pour les familles défavorisées. Vivre en coopérative fournit un ancrage social et soutient l'estime de soi alors que l'habitation précaire contribue à fragiliser les personnes, étant caractérisée par de l'instabilité résidentielle, c'est-à-dire une dépendance aux événements incontrôlés dans sa vie qui les forcent à se déplacer (De Koninck et Paquet, 2009; Ellaway et collab., 2001).

La stratégie nationale de logement du Pays de Galles *Homes in Wales* (Minister of Housing and Regeneration, 2008; Minister of Housing and Regeneration, 2010) a eu d'importantes retombées. Cette stratégie vise à offrir plus de logements adéquats et plus de choix, à améliorer les logements en augmentant l'efficacité énergétique des anciennes et des nouvelles résidences. Elle vise aussi à améliorer les services et le soutien lié au logement, particulièrement pour les personnes vulnérables ou les groupes minoritaires. Cette stratégie est accompagnée par la mise en place par le gouvernement d'une norme de qualité sur la santé, la *Welsh Housing Quality Standard*, à laquelle tous les propriétaires de logements sociaux doivent se conformer. Des données probantes démontrent les effets positifs de cette stratégie sur la santé des locataires notamment sur la santé mentale, la réduction du nombre de plaintes respiratoires et le nombre de visites médicales. Les investissements sont également associés à une meilleure sécurité et une plus grande salubrité des logements, ainsi que des améliorations aux terrains qui contribuent à réduire la criminalité et les comportements antisociaux.

3.1.2 AMÉLIORATION DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE DES PERSONNES

Les ménages vivent en situation d'insécurité alimentaire « lorsqu'une personne ou un ensemble de personnes n'a pas accès physiquement ou économiquement à une nourriture saine et nutritive en quantité suffisante, pour assurer sa croissance et son bon développement et lui donner la possibilité de mener une vie saine et active » (Maisonneuve et collab., 2015). Au Québec en 2011-2012, 13 % des ménages ont fait face à une situation d'insécurité alimentaire marginale, modérée ou grave (Maisonneuve et collab., 2014). Le niveau d'insécurité alimentaire augmente sensiblement pour les ménages composés d'une seule personne, les familles monoparentales, les ménages où aucun membre n'a terminé ses études secondaires ou encore les ménages ayant un très faible revenu (Maisonneuve et collab., 2014). Plus d'un ménage sur deux (57,5 %) vivant des prestations d'aide sociale est confronté à l'insécurité alimentaire (Maisonneuve et collab., 2014). Cette insécurité

alimentaire compromet le développement optimal des personnes et limite leur capacité à mener une vie saine et active.

La disponibilité physique et le coût des aliments sains représentent des facteurs de vulnérabilité pour les ménages vivant en situation de pauvreté. Plusieurs études montrent que les zones habitées par les ménages à faibles revenus comptent moins de supermarchés offrant une variété d'aliments de bonne qualité nutritionnelle, ce qui amène souvent ces ménages à acheter davantage leurs aliments auprès des dépanneurs (Finney Rutten et collab., 2012; Maisonneuve et collab., 2015; Papan et Blow, 2012; Robitaille et Bergeron, 2013; Santé Canada, 2012). Ces zones sont qualifiées de « déserts alimentaires » dans la mesure où l'accès aux aliments sains et abordables est restreint. Certaines études montrent que l'accessibilité physique aux produits d'un supermarché a un lien direct avec une alimentation plus saine (Larson et collab., 2009; Maisonneuve et collab., 2015).

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Des mesures visant à améliorer l'offre dans les commerces de proximité sont actuellement en expérimentation au Québec et aux États-Unis. Ces initiatives sont inspirées du programme *Healthy Corner Store* développé par une organisation américaine (The Food Trust) et cherchent à encourager et à soutenir les commerçants locaux qui souhaitent améliorer la qualité de l'offre alimentaire dans leur commerce, et faciliter ainsi les choix sains pour les consommateurs. Le déploiement de ce genre d'approche implique un ensemble de conditions favorables dont, entre autres, l'identification des acteurs locaux pouvant être mobilisés dans ce genre de partenariat (Robitaille et Bergeron, 2013).

L'INSPQ souligne de plus que le MSSS produit actuellement une série de fiches d'intervention visant à améliorer l'accès aux aliments nutritifs pour les ménages vivant en situation de pauvreté. Ces fiches proposeront tout autant des interventions qui visent à faciliter l'accès physique à des aliments sains à l'intérieur des commerces (en augmentant l'offre dans les dépanneurs, en implantant des supermarchés, en offrant du transport aux consommateurs), à favoriser l'accès aux produits ou surplus des producteurs locaux ou encore à augmenter l'offre des services alimentaires collectifs (cuisines collectives, coopératives alimentaires, etc.) pour minimiser les coûts et assurer une offre alimentaire saine.

3.1.3 AMÉLIORATION DE LA MOBILITÉ DES PERSONNES À FAIBLE REVENU

La mobilité quotidienne, au Québec, est encore principalement conçue en fonction du transport individuel en voiture. Cette façon d'organiser la mobilité a des impacts sur les personnes en situation de pauvreté de deux façons principales : d'une part, par leur exclusion de lieux, services, biens ou réseaux sociaux accessibles seulement en voiture ou trop difficilement sans voiture (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006) et d'autre part, parce que les personnes en situation de pauvreté subissent les impacts de la circulation motorisée individuelle (traumatismes, bruit, pollution de l'air, etc.) de manière disproportionnée.

Les coûts d'achat, d'opération et d'entretien d'une voiture représentent une dépense que ne peuvent tout simplement pas se permettre la plupart des personnes en situation de pauvreté. Lorsqu'elles décident tout de même d'acheter un véhicule pour accéder à ses bénéfices (accès au travail, aux épiceries, aux soins de santé, etc.), les personnes en situation de pauvreté et d'exclusion doivent consacrer une proportion importante de leur revenu à ce poste budgétaire et faire des compromis sur leur budget pour le logement, le repas et d'autres ressources bénéfiques à la santé.

De surcroît, les conséquences négatives du transport individuel motorisé (pollutions atmosphériques et sonores, traumatismes) sont portées plus largement par les personnes défavorisées qui vivent

dans les secteurs où sont implantées les infrastructures permettant de grands volumes de circulation à haute vitesse (artères, autoroutes). L'implantation de ces infrastructures, qui sont situées majoritairement dans les secteurs à faible statut socioéconomique, a historiquement eu pour effet de provoquer le départ des personnes à revenu suffisant et a provoqué, par l'abaissement des valeurs foncières, leur remplacement par des segments de la population à faible revenu (Sénécal et collab., 2000).

Les grandes alternatives à la voiture sont le transport collectif et le transport actif. Le transport collectif a un potentiel très intéressant pour améliorer la mobilité des personnes à faible revenu. Toutefois, le coût d'utilisation du transport collectif est de plus en plus important par rapport au revenu des personnes vivant près ou sous le seuil de faible revenu, en lien avec un recours accru à la contribution des usagers dans le financement de nombreux services au Québec (à quelques exceptions près). Ceci en réduit l'accès pour ces personnes quand il ne le leur bloque tout simplement pas et les force à certains compromis au plan budgétaire en ce qui a trait à d'autres ressources favorables à leur santé. De plus, les développements planifiés visent plutôt des modes de transport collectif plus lourds (comme les trains de banlieue) qui coûtent très cher (à la fois en termes absolus et en termes de coût par passager). Ceux-ci se font parfois au détriment de technologies plus légères, comme les autobus, qui desservent plus souvent les personnes pauvres ou exclues vivant dans les quartiers défavorisés et les communautés rurales. Le transport actif (particulièrement la marche, mais aussi le vélo) est actuellement le seul moyen réellement abordable pour les populations pauvres et exclues, mais il ne permet pas de couvrir de longues distances et n'est pas adapté à la réalité de chacun (personnes âgées ou handicapées, parents avec jeunes enfants, etc.). Enfin, les infrastructures nécessaires pour se déplacer rapidement, en sécurité et de manière confortable (par exemple, pistes cyclables bien entretenues, trottoirs adéquats, rues apaisées) ont tendance à être moins présentes dans les quartiers et municipalités où elles habitent.

Exemples de bonne pratique/pistes d'amélioration

Il est important de tenir compte des impacts possibles sur les populations défavorisées des développements dans les transports tant collectifs qu'individuels ou actifs. En ce sens, la Charte sur les transports, l'environnement et la santé adoptée par l'OMS-Europe³ énonce des principes et des stratégies pour élaborer des politiques de transport conciliables avec la santé et la préservation de l'environnement. Elle recommande d'intégrer l'évaluation d'impacts sur la santé (ÉIS) dans les procédures d'approbation des grands travaux d'infrastructures routières et d'adopter des plans de transports favorables au transport en commun et au transport actif.

Une modification des structures de gouvernance et de financement du transport en commun pour prendre davantage en compte les besoins de mobilité des personnes à faible revenu dans la planification de la desserte en transport en commun pourrait également permettre une plus grande équité en ce domaine.

Il pourrait être opportun, à l'instar de certaines villes, comme Strasbourg⁴ et Calgary⁵ de mettre en place une tarification sociale des titres de transport en commun ou de permettre aux personnes à faible revenu d'acheter des abonnements mensuels à l'aide de versements hebdomadaires.

Une autre mesure possible serait l'adoption de politiques d'apaisement de la circulation qui donnent la priorité aux projets dans les quartiers plus défavorisés, notamment pour y sécuriser les déplacements à pied et à vélo (Bellefleur et APMCC, 2013). Une autre voie serait de rétablir le

³ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/95005/E73498.pdf

⁴ <http://www.strasbourg.eu/environnement-qualite-de-vie/deplacements/transports-publics/tarification-solidaire>

⁵ http://bv.cdeacf.ca/CF_PDF/160460.pdf

Programme d'aide gouvernementale aux modes de transport alternatifs à l'automobile (PAGMTAA) du ministère des Transports du Québec qui octroyait une partie du financement nécessaire aux municipalités désirant effectuer des analyses de sécurité, planifier des stratégies d'apaisement et en implanter les mesures.

3.1.4 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES EN SANTÉ POUR LES PERSONNES À FAIBLES REVENUS

Un système public de santé assurant l'universalité, la mutualisation, l'équité et la qualité des soins et des services est une composante fondamentale d'un filet de sécurité sociale et économique visant à limiter les inégalités sociales. « L'accès aux soins et services de santé, c'est-à-dire l'obtention d'un service de santé qui répond à un besoin ressenti et un désir de soins, est particulièrement important puisque des études européennes démontrent que les groupes socioéconomiquement désavantagés ont moins fréquemment recours aux services de soins de santé, qu'ils soient préventifs ou curatifs, ce qui mène à une aggravation des problèmes de santé de ces populations » (Institut national de santé publique du Québec, 2014). Le système québécois de santé et de services sociaux vise à offrir un tel accès. Cependant, malgré la présence de services universels, il est reconnu que les personnes dont les besoins sont plus importants utilisent moins les services offerts que celles qui sont à faible risque, principalement en raison de barrières d'accès comme expliqué dans la première section de ce mémoire (National Research Council and Institute of Medicine, 2000). Ces personnes peuvent être celles vivant sous le seuil de faible revenu, les jeunes parents, les familles monoparentales, certaines personnes d'immigration récente, les personnes qui ont un problème de santé ou un handicap ou celles aux prises avec des problématiques multiples (violence, toxicomanie, santé mentale, etc.) (Centre for Community Child Health, 2010). Conséquemment, offrir des interventions universelles sans lever les barrières d'accès risque d'amplifier l'effet du gradient social et d'engendrer des écarts plus importants sur le plan de la santé entre les différents groupes socioéconomiques (Boivin et collab., 2012; McCain et collab., 2007)

De plus, les transformations en cours dans le réseau de la santé ouvrent une zone d'incertitude quant aux répercussions de ces transformations sur l'accès aux services et sur l'adaptation des services aux besoins. Les transformations du système québécois tiennent en premier lieu à sa vaste réorganisation faisant suite à la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. À cet égard, le Protecteur du citoyen rapporte des inquiétudes soulevées par différents groupes d'acteurs quant aux impacts appréhendés de l'implantation de très larges fusions d'établissements, comme les Centres intégrés de santé et de services sociaux et les Centres intégrés universitaires de santé et des services sociaux, sur la réponse aux problèmes de santé pour les clientèles vulnérables ainsi que sur la place accordée aux services sociaux pour les jeunes en difficulté, le soutien à l'autonomie des personnes âgées, la santé mentale, les dépendances, les déficiences physique et intellectuelle et les troubles du spectre de l'autisme (Le Protecteur du citoyen, 2015b).

Ces transformations sont aussi liées à l'évolution du panier des services assurés, laquelle introduit également de l'incertitude quant aux répercussions sur l'accès aux services de santé et aux services sociaux et sur leur adaptation aux besoins des clientèles défavorisées. Le Protecteur du citoyen indique à cet effet que, face aux limites budgétaires du gouvernement, une tendance à la réduction du panier de services émerge un peu par défaut, avec les frais accessoires facturés par les médecins ou avec le transfert de certains services gratuits dans les établissements vers des cliniques privées qui peuvent les facturer (Le Protecteur du citoyen, 2015a). Le Commissaire à la santé et au bien-être travaille actuellement à une appréciation du régime d'assurance-médicaments et de la couverture des services offerts par le réseau public de la santé et des services (Commissaire à la santé et au bien-être, 2015a; Commissaire à la santé et au bien-être, 2015b). Tant l'adoption de nouvelles

politiques que l'absence de politiques publiques relatives à la réduction du panier de services induite par le contexte budgétaire pourraient avoir des répercussions sur l'équité de l'accès aux services. En effet, les personnes qui n'ont pas d'assurance privée, qui sont sans emploi ou à faible revenu, qui sont atteintes de maladies chroniques, qui sont en perte d'autonomie, qui ont un problème de santé mentale, qui sont atteintes d'un handicap ou qui sont itinérantes n'ont pas les mêmes besoins de services que les personnes plus favorisées. Ainsi, les personnes moins favorisées seront affectées différemment selon les critères utilisés pour revoir le panier des services assurés et elles seront nécessairement affectées en l'absence de critères visant à protéger leur accès aux services dont elles ont besoin.

Par ailleurs, la complexité du système de santé québécois présente un défi majeur de compréhension et donc d'accès pour les personnes qui ne sont pas familières avec ce système ou qui n'en maîtrisent pas les codes, et plus encore pour les personnes peu alphabétisées.

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Il n'y a évidemment pas une solution simple pour maintenir ou accroître l'équité dans l'accès aux services à travers toutes les transformations en cours et à venir dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. La prise en compte systématique de l'impact des politiques publiques sur l'accès aux services pour les personnes vulnérables est certainement une voie incontournable pour la formulation des nouvelles politiques. Il en est de même pour le suivi systématique des indicateurs d'équité d'accès dans le monitoring de la performance du système de santé et de services sociaux.

La valorisation et le renforcement des compétences de littératie en santé semblent constituer une voie prometteuse pour favoriser une meilleure équité dans l'accès aux services. Ces compétences font référence, par exemple, à la capacité d'obtenir de l'information sur la santé, de comprendre et d'utiliser des renseignements médicaux, d'interagir avec les professionnels de la santé et de s'orienter dans le système de santé. Ces compétences constituent autant de facteurs qui influent sur la prévention de la maladie et l'amélioration de la santé des individus (Bernèche, 2015; Tau Masinda, 2007). Les personnes présentant les niveaux les plus faibles de littératie en santé sont les aînés, les personnes peu scolarisées et les immigrants.

Concernant spécifiquement les immigrants, le programme allemand MiMi (With Migrants for Migrants) est un exemple intéressant. Ce programme vise à rendre le système de santé plus accessible pour les personnes immigrantes en augmentant leur littératie en santé et en renforçant les capacités plus générales des communautés face au système de santé. Par la participation citoyenne et en misant sur la promotion de la responsabilité individuelle face à la santé, les personnes migrantes sont encouragées à s'investir dans un processus d'apprentissage qui leur permettra d'obtenir des soins et services qui répondent à leurs besoins⁶.

En plus d'agir auprès des individus par le renforcement de leurs compétences, il faut aussi que les environnements de soins et de services deviennent plus compréhensibles. Ils doivent s'employer à réduire l'asymétrie entre les exigences qu'ils imposent en matière de compétences et celles réellement possédées par les différents groupes de la population. En ce sens, le concept d'organisation de soins de santé favorable à la littératie en santé a été mis de l'avant par l'Institute of Medicine (IOM) américain en 2012 et repris par l'OMS-Europe en 2013. Dix attributs propres à une telle organisation ont ainsi été identifiés (Brach et collab., 2012). Une organisation prolittératie en santé correspond à une organisation qui facilite la navigation des personnes, la compréhension, l'utilisation des informations et des services pour prendre soin de leur santé. C'est aussi une

⁶ <http://data.euro.who.int/Equity/hidb/Resources/Details.aspx?id=2>

organisation qui reconnaît qu'il existe au sein de la population différents niveaux de littératie en santé, et qu'elle doit s'adapter pour répondre à leurs besoins respectifs. L'OMS (2013) propose même d'étendre la présence des attributs d'organisations de santé prolittératie à d'autres types d'organisations que celles de la santé, notamment le milieu de travail.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) constituent un ajout dans la complexité de ces environnements. Elles peuvent à la fois être une opportunité pour favoriser la littératie en santé ou une menace pour créer ou accroître les inégalités sociales de santé (Hoffman-Goetz et collab., 2014). En même temps, les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes des environnements technologiques sont un enjeu qui déborde largement l'accès aux services de santé et de services sociaux (Desrosiers et collab., 2015) de sorte que les interventions touchant une amélioration de la littératie en santé pourront s'inscrire dans des interventions générales auprès des clientèles dont les compétences sont limitées.

Orientation 2 : Quelques pistes d'amélioration à considérer

- Accroître l'accès au logement subventionné et aux coopératives d'habitation qui offrent des milieux sécuritaires, mais aussi ouverts et sécurisants;
- Encourager et soutenir les commerçants locaux qui souhaitent améliorer la qualité de l'offre alimentaire dans leur commerce;
- Favoriser l'accès aux produits ou surplus des producteurs locaux;
- Augmenter l'offre des services alimentaires collectifs (cuisines collectives, coopératives alimentaires);
- Tenir compte des impacts possibles sur les populations défavorisées des développements dans les transports tant collectifs qu'individuels ou actifs notamment en ayant recours à l'EIS;
- Mettre en place une tarification sociale des titres de transport en commun ou permettre aux personnes à faible revenu d'acheter des abonnements mensuels à l'aide de versements hebdomadaires;
- Adopter des politiques d'apaisement de la circulation qui donnent la priorité aux projets dans les quartiers plus défavorisés;
- Prendre en compte systématiquement l'impact des politiques publiques sur l'accès aux services pour les personnes vulnérables;
- Assurer un suivi systématique des indicateurs d'équité d'accès dans le monitoring de la performance du système de santé et de services sociaux;
- Faciliter, pour les personnes de différents niveaux de littératie en santé, la navigation dans le système de soins, la compréhension, l'utilisation des informations et des services pour prendre soin de leur santé;
- Intégrer, dans des interventions générales auprès des clientèles dont les compétences en littératie et numératie sont limitées, des interventions touchant une amélioration de la littératie en santé.

4 Orientation 3 : Favoriser l'accès à l'emploi et valoriser le travail

C'est principalement par l'emploi qu'il est possible de prévenir ou de sortir de la pauvreté et de l'exclusion et des conditions de vulnérabilité qui leur sont associées. Non seulement l'emploi constitue l'un des principaux moyens d'obtenir un revenu permettant de rencontrer des besoins essentiels comme le logement et l'alimentation, mais il remplit des besoins sociaux importants dans notre société, par exemple l'insertion sociale et le sentiment d'appartenance et d'utilité.

4.1 Enjeux sur lesquels l'INSPQ souhaite attirer l'attention pour les personnes qui ne sont pas en emploi

4.1.1 AMÉLIORATION DES POLITIQUES D'ACTIVATION

Plusieurs des pistes d'enjeux proposées dans le document de consultation constituent différents aspects des politiques d'activation visant à réduire le chômage et le non-emploi, particulièrement chez les personnes rencontrant des obstacles particuliers.

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Comme le Québec, plusieurs pays ont mis en place de telles politiques, c'est-à-dire un ensemble de programmes et de mesures intégrant une aide financière et une aide à la recherche d'emploi et à l'intégration en emploi pour les personnes sans travail. Les programmes d'activation ont le potentiel d'agir sur les déterminants matériels (ex. : alimentation, logement) et psychosociaux (ex. : sentiment d'appartenance et d'utilité), et ils peuvent être efficaces en termes de retour en emploi des participants (Rønsen et Skarðhamar, 2009), mais leur efficacité varie selon les groupes cibles et le contexte économique. Des préoccupations sont formulées en lien avec la piètre qualité des emplois (précarité, faible rémunération, horaire atypique) que les participants doivent parfois accepter (White, 2011).

Certains facteurs pourraient favoriser une influence positive des programmes d'activation, comme la qualité du suivi des personnes, une approche habilitante plutôt que contraignante et certaines conditions de mise en œuvre, par exemple avec des partenariats entre les secteurs public et communautaire, le caractère motivant de la relation d'aide (plutôt que punitif) que le programme d'activation met en place et la cohérence dans les prestations et les services (White, 2011).

Par souci de cohérence, justement, il faudrait s'assurer que l'appui financier consenti dans le cadre des programmes d'activation permet à ses bénéficiaires de faire face, dans la dignité, à leurs besoins matériels. Il faut également s'assurer que les personnes qui ne réussissent pas à répondre aux exigences de ces programmes reçoivent également un appui financier qui leur permet de faire face à leurs besoins matériels de base. À ce titre, les modifications à l'aide sociale annoncées par le projet de loi 70 ne sont pas sans soulever certaines inquiétudes, d'autant qu'elles concernent particulièrement les jeunes sans emploi. Or, ces derniers sont, rappelons-le, à une période charnière de leur vie et de leur insertion sociale, et le caractère motivant, plutôt que coercitif, de la relation d'aide prévue au programme d'activation s'avère dès lors primordial.

4.2 Enjeux sur lesquels l'INSPQ souhaite attirer l'attention pour les personnes qui sont en emploi

4.2.1 AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES EMPLOIS ET DES CONDITIONS D'EMPLOI ET DE TRAVAIL, PARTICULIÈREMENT DANS LES SECTEURS D'EMPLOI OCCUPÉS PAR LES PERSONNES À FAIBLE REVENU

L'emploi en soi n'est pas une garantie de sortie de la pauvreté et de l'exclusion. D'abord, pour permettre une véritable sortie de la pauvreté, l'emploi doit être correctement rémunéré et non précaire, et les conditions d'emploi (horaires, pauses, congés, contrats) doivent permettre de concilier les autres demandes de la vie, que ce soit pour les loisirs et activités culturelles, sociales ou sportives, pour la santé et les soins et autres besoins pour soi, sa famille et ses proches, ou pour la poursuite des études et autres types de perfectionnement.

Au Québec, la Loi sur les normes du travail s'applique à la plupart des salariés, mais exclut les travailleurs autonomes et certaines catégories d'employés. Elle touche divers aspects de l'emploi, comme le salaire minimum, la durée de la semaine de travail, les pauses, les congés pour raisons familiales ou de maladie, les vacances, l'embauche et le congédiement, les contrats et le harcèlement sexuel.

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Les lois implantées ailleurs dans le monde pourraient inspirer le Québec à cet égard. Par exemple, le *Swedish Working Hours Act* prescrit une semaine de 40 heures, un maximum de 200 heures de travail supplémentaires par an, une prohibition générale contre le travail de nuit avec certaines exceptions. Par ailleurs, cette loi procure aux travailleurs suédois une flexibilité dans l'aménagement de leur temps de travail leur permettant d'adapter leurs horaires aux différentes étapes de leur vie (Anxo, 2009). En Norvège, le *Working Environment Act* couvre tous les travailleurs à l'exception des employés du secteur de la pêche (qui sont couverts par d'autres lois). Elle assure des conditions de travail sécuritaires et un traitement égalitaire pour tous les travailleurs. Elle contient les obligations des employeurs et des employés à l'égard du maintien d'un environnement de travail convenable. Les dispositions touchent les conditions générales d'emploi (heures de travail, contrats, congés, embauche et congédiement), les risques et les contraintes physiques et mentales, l'adaptation de la situation de travail pour les personnes vulnérables, la coopération entre employeurs et employés ainsi que l'inclusion. La France s'est dotée de Plans de santé au travail dont le deuxième vise la période 2010-2014 (Ministère du Travail de la Solidarité et de la Fonction publique, 2016). Il fait référence à la prévention de la désinsertion professionnelle, au développement des risques psychosociaux, à la menace de risques chimiques émergents et à l'importance de prendre en compte l'impact des nouvelles formes d'organisation des processus productifs notamment pour les PME et pour les travailleurs fragilisés. Le Plan compte plusieurs axes, notamment améliorer la connaissance en santé au travail, poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels, encourager les démarches de prévention dans les entreprises. Le troisième plan 2016-2020 poursuit dans le même sens en insistant sur l'importance de la prévention primaire (élimination ou réduction des risques) et d'une culture de prévention en entreprise⁷.

La Loi québécoise sur les normes du travail pourrait être améliorée en s'inspirant de celles de certains pays afin de couvrir toutes les catégories d'emploi et d'améliorer les conditions d'emploi pour réduire la précarité et assurer une rémunération correcte. La loi devrait s'assurer de la conciliation du travail avec les autres demandes de la vie, par exemple en permettant une certaine flexibilité dans les horaires, en limitant le nombre d'heures de travail supplémentaires, en augmentant

⁷ <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>

le nombre de jours de congé ou en prévoyant une rémunération lors de congés pour responsabilité familiale.

4.2.2 AMÉLIORATION DANS TOUS LES SECTEURS D'EMPLOI DES CONDITIONS DE SANTÉ ET SÉCURITÉ, AFIN DE RÉDUIRE LES ALTÉRATIONS À LA SANTÉ ATTRIBUABLES AU TRAVAIL

Il est essentiel que le milieu de travail ne mette pas en danger la santé et la sécurité des travailleurs et travailleuses, les incapacités associées aux maladies et blessures professionnelles constituant en elles-mêmes un risque d'exclusion et de pauvreté. Or, l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail (EQCOTESST) indique que les contraintes physiques ou psychosociales liées à l'emploi ont une prévalence plus élevée dans les catégories qui se situent au bas de l'échelle hiérarchique et que la prévalence et la gravité des problèmes de santé varient en fonction du statut socioéconomique des travailleurs : les plus pauvres, les moins scolarisés et, de façon générale, les classes socioprofessionnelles plus défavorisées sont plus malades (Vézina et collab., 2011b). On comprend ainsi pourquoi l'OMS a fait de l'amélioration des conditions de travail une stratégie indispensable pour diminuer les ISS (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

Les facteurs potentiellement pathogènes sont, par exemple, les contraintes physiques du travail (charge, posture, mouvements répétitifs, bruit), les risques chimiques ou encore les contraintes organisationnelles et psychosociales telles que le faible contrôle sur les tâches, les exigences psychologiques élevées, l'insuffisance de soutien (aide et collaboration) ou pire des situations de harcèlement de la part des pairs ou des supérieurs, de même que la faible reconnaissance au travail (Benach et collab., 2007; Siegrist, 1996). On a d'ailleurs pu montrer que des personnes exposées à plusieurs de ces facteurs avaient un risque près de deux fois plus élevé de dépression que les personnes sans emploi (Broom et collab., 2006). Reconnaisant l'importance de prendre en compte la qualité des emplois dans l'analyse du marché du travail, l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) a développé un indice de qualité des emplois qui intègre plusieurs des contraintes organisationnelles et psychosociales précédemment mentionnées (Cloutier-Villeneuve et Saint-Frard, 2015).

Les jeunes adultes représentent un sous-groupe appelant à des considérations spécifiques de la part des milieux de travail en ce qui a trait à la sécurité, à la santé et au bien-être (Institute of Medicine and National Research Council, 2014; Lemieux, 2007). Au Québec, les jeunes représentent le groupe qui a le taux d'accident le plus élevé, et ce taux est plus élevé chez ceux occupant un emploi précaire (Vézina et collab., 2011a). Leur bagage moins développé en terme de compétences, expériences et formations pose un risque accru d'accidents et de détresse psychologique, en comparaison avec les travailleurs plus âgés (Institute of Medicine and National Research Council, 2014). La vulnérabilité des jeunes adultes aux accidents, aux maladies professionnelles et à un niveau de bien-être moindre peut également résulter d'une surestimation de leurs capacités, autant de leur part que de celle de l'employeur, basée sur la présomption que « les jeunes sont capables d'en prendre » (Institute of Medicine and National Research Council, 2014; Lemieux, 2007). On sait que les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus exposés (souvent ou tout le temps), à certaines contraintes physiques de travail reconnues pathogènes telles que poser des gestes répétitifs, travailler le dos penché ou avec les mains au-dessus des épaules, fournir des efforts avec des outils, déplacer des charges lourdes. Enfin, ils sont les plus nombreux à occuper des emplois précaires (Vézina et collab., 2011a). Souvent les derniers venus en milieu de travail, ils sont par ailleurs moins susceptibles d'exercer un contrôle sur leur environnement, ce qui est également associé à l'apparition de troubles mentaux (ex. : dépression) et de stress en contexte de travail (Auslander et Rosenthal, 2010).

Au Québec, la Loi sur la santé et sécurité du travail (LSST) vise la prévention des accidents et maladies dues au travail. Cette loi vise en principe tous les travailleurs, mais la Commission de la santé et sécurité du travail (CSST) détermine par règlement les secteurs où doivent être mis en œuvre des mesures préventives, telles qu'un programme de prévention, un programme de santé, un comité de santé et de sécurité et un représentant à la prévention. Or, même si ces mesures sont reconnues comme étant efficaces pour la prévention des accidents et des maladies professionnelles (Baril-Gingras et collab., 2013), les règlements actuels font en sorte que seulement 25 % des travailleurs québécois (35 % des travailleurs et 15 % des travailleuses) travaillent dans une entreprise où ces mesures doivent être implantées.

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Étant donné les conséquences néfastes d'une maladie ou d'un handicap résultant d'un travail dans l'insertion sociale et en emploi, particulièrement pour les personnes présentant d'autres facteurs de vulnérabilité, l'application de la LSST dans tous les secteurs d'emploi, possiblement en priorisant les secteurs qui regroupent les personnes à faible revenu, pourrait s'avérer bénéfique pour le maintien en emploi et la prévention de l'exclusion sociale et de la pauvreté.

4.2.3 AMÉLIORATION DE LA CONCILIATION TRAVAIL FAMILLE (CTF)

Afin de soutenir les familles, le Québec a adopté le Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) qui inclut les prestations pour les travailleurs qui prennent un congé de maternité, un congé de paternité, un congé parental ou un congé d'adoption. D'autre part, le Régime des rentes du Québec (RRQ) propose le Crédit d'impôt remboursable pour le soutien aux enfants qui remplace les allocations familiales et les prestations familiales et le Supplément pour enfant handicapé. Les parents disposent aussi d'un réseau de places en garderie. Enfin, la norme Conciliation travail-famille, par le Bureau de normalisation du Québec, peut permettre aux milieux de travail de mieux planifier, d'élaborer et d'implanter des pratiques et des mesures de CTF. Toutes ces mesures contribuent grandement à améliorer les conditions de vie des enfants et à faciliter la CTF pour les parents québécois.

Face au vieillissement démographique, un défi majeur est de trouver les moyens de mieux concilier les exigences travail-famille et les responsabilités de proche aidant. Ces derniers doivent souvent diminuer leurs heures travaillées ou même quitter leur emploi entraînant un appauvrissement et la perte de certains avantages sociaux (Régime des rentes du Québec, assurance maladie complémentaire).

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Le Québec a des acquis importants qu'il importe de maintenir et de renforcer. Le RQAP, par exemple, est une avancée majeure, tant pour assurer un niveau de vie décent malgré la pause professionnelle des parents que pour favoriser l'attachement et le développement optimal des enfants. Cependant, il pourrait encore être bonifié, notamment en le rendant plus flexible : un congé étalé sur une plus longue période, la possibilité de retourner au travail à temps partiel, un congé de paternité allongé, etc. La politique familiale de la Suède s'avère un bon modèle en ce sens, avec un généreux congé accordé aux nouveaux parents (16 mois, dont 13 mois avec salaire complet). Caractérisé par sa grande flexibilité, le congé parental suédois offre le choix entre plusieurs scénarios et propose même un Bonus pour l'égalité entre les sexes (*Gender equality bonus*). Ce bonus, sous forme de crédit d'impôt, vise à inciter les deux parents à partager le congé parental. Le montant du crédit d'impôt est établi en fonction du niveau de partage entre les conjoints : plus le partage est égalitaire, plus le montant est élevé. La politique familiale suédoise accorde également un congé aux nouveaux parents de 16 mois, dont 13 mois avec salaire complet.

L'accès à des services de garde de qualité pour tous est une autre nécessité pour améliorer la CTF et favoriser le retour ou le maintien en emploi, particulièrement pour les personnes à faible revenu. Des efforts devront toutefois être faits en termes d'équité notamment, afin d'offrir un accès à tous, particulièrement pour les familles à faible revenu. Le Québec pourrait s'inspirer du modèle de services de garde suédois. En plus de favoriser le développement optimal des enfants, il facilite la participation des femmes au marché du travail, contribuant à diminuer le taux de pauvreté des mères monoparentales pour lesquelles la CTF est plus difficile (St-Amour et Bourque, 2013). Comme cela est expliqué dans l'orientation 1 du présent document, des efforts devront toutefois être faits particulièrement pour offrir un accès aux enfants issus de familles à faible revenu.

Enfin, la norme Conciliation travail-famille est certes un pas de plus pour sensibiliser les milieux de travail aux enjeux de la CTF. L'abolition en mars 2015 du Programme de soutien financier aux milieux de travail en matière de conciliation travail-famille risque toutefois de miner son application. La réflexion sur la CTF devrait en outre aller de pair avec une réflexion plus large sur des aménagements possibles à la législation des normes du travail, comme évoqué plus tôt.

Orientation 3 : Quelques pistes d'amélioration à considérer

- Renforcer certains aspects des programmes d'activation, comme la qualité du suivi des personnes, une approche habilitante plutôt que contraignante et certaines conditions de mise en œuvre, par exemple avec des partenariats entre les secteurs public et communautaire, le caractère motivant de la relation d'aide (plutôt que punitif) que le programme d'activation met en place et la cohérence dans les prestations et les services;
- S'assurer que l'appui financier consenti dans le cadre des programmes d'activation permet aux bénéficiaires de faire face à leurs besoins matériels et que les personnes qui ne réussissent pas à répondre aux exigences de ces programmes reçoivent également un appui financier qui leur permet de faire face à leurs besoins matériels de base;
- Réinstaurer un programme d'activation visant particulièrement les jeunes, de type Alternatives Jeunesse;
- Améliorer la Loi québécoise sur les normes du travail afin de couvrir toutes les catégories d'emploi et d'améliorer les conditions d'emploi pour réduire la précarité, assurer une rémunération correcte et permettre la conciliation du travail avec les autres demandes de la vie;
- Appliquer la LSST dans tous les secteurs d'emploi, possiblement en priorisant les secteurs qui regroupent les personnes à faible revenu qui cumulent certains risques;
- Renforcer le RQAP en le rendant plus flexible notamment par un congé étalé sur une plus longue période, un congé de paternité allongé et la possibilité de retourner au travail à temps partiel;
- Assurer l'accès à des services de garde pour favoriser le retour des femmes sur le marché du travail ou leur maintien en emploi;
- Inclure des aménagements en lien avec la CTF à la législation des normes du travail.

5 Orientation 4 : Favoriser l'engagement de l'ensemble de la société

La réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale nécessite, à tous les paliers de gouvernement, la mise en relation d'une multitude d'expertises et d'acteurs autour de processus collectifs (Divay, 2009). Or, les derniers mois ont introduit d'importants changements en termes de structures, de politiques et de programmes qui influencent les capacités locales, supralocales et régionales de réduire la pauvreté et l'exclusion. Ces changements concernent l'existence de certains acteurs, les mandats et pouvoirs des organisations, les conditions de coopération et de mobilisation des partenaires de différents secteurs, la représentation de diverses communautés et populations, les ressources, les relations des acteurs locaux. Ce contexte constitue un défi au maintien de la mobilisation citoyenne et à l'engagement de l'ensemble de la société. Les considérations qui suivent font écho au bilan du MTESS (p. 24-26) et aux conclusions des évaluations portant sur des stratégies locales comme l'approche territoriale intégrée (ATI) (Divay et collab., 2013; Klein et collab., 2010; Lesemann et collab., 2014; St-Germain et collab., 2007; Ulysse et collab., 2009).

5.1 Enjeux sur lesquels l'INSPQ souhaite attirer l'attention

5.1.1 SOUTIEN AUX COMMUNAUTÉS DEVANT RELEVER UN DÉFI DE REVITALISATION

En matière de réduction de la pauvreté, la communauté locale est déterminante à plus d'un point de vue. Les communautés locales sont au centre des processus de résolution des problèmes sociaux et la proximité qu'elles procurent peut constituer un espace de sens et d'emprise sur l'action pour les différents acteurs (Lesemann et collab., 2014). Notamment, les formes de pauvreté et de mobilisation varient selon plusieurs caractéristiques territoriales en termes démographiques, de niveau d'accessibilité aux services publics et de disponibilité des ressources alternatives et de sous-territoires d'identités (Ulysse et collab., 2009).

Le territoire local n'est donc pas qu'un simple découpage administratif. La pauvreté de structures et de ressources (manque de services de proximité et d'équipements collectifs, absence de moyens de communication, prix élevé des produits de consommation de première nécessité, manque de moyens de transport public, insuffisance de logements abordables) affecte toute la communauté, tout en limitant les possibilités des personnes en situation de pauvreté de s'en sortir. Cet effet de quartier (ou de voisinage) agit sur la santé et le bien-être (Boisvert, 2012; De Koninck, 2008; Frohlich et collab., 2008; Montpetit, 2007). Ainsi, dans les zones plus pauvres, on note plus de détresse psychologique, plus de blessures aux intersections, de vulnérabilité aux accidents cardiovasculaires (Browne-Yung et collab., 2013; Caron, 2012; Wallerstein et collab., 2011). Cependant, les communautés locales (voire les quartiers de ces communautés) fournissent également du soutien et des occasions favorables à la réduction de la pauvreté et de l'exclusion. L'engagement communautaire (bénévolat, participation citoyenne), les initiatives et l'*empowerment* apportent de nombreux bénéfices (diminution de l'incidence des maladies chroniques, adoption de politiques favorables à la santé) (Duchesne et collab., 2008; Milton et collab., 2012; National institute for health and clinical excellence, 2008; O'Mara-Eves et collab., 2013). Ce capital social repose notamment sur les connaissances des acteurs, leurs comportements, leurs capacités à agir en réseaux, les relations de confiance, la coordination et la coopération pour un bénéfice mutuel, ce qui est fait pour les mobiliser et aussi la manière qu'ils ont d'agir ensemble (Jean et Bisson, 2008; Jean et Wa, 2004). Autrement dit, le capital social d'une communauté facilite l'amélioration de la qualité de vie des citoyens et le succès des projets locaux de développement (Emery et collab., 2006; Proulx et collab., 2009).

Par ailleurs, le portrait d'un territoire et de ses réalités constitue la base commune des planifications d'une variété d'organisations et de concertations. Les efforts locaux visant la réduction de la pauvreté et de l'exclusion ainsi que le développement durable des communautés ont plus de chance de succès s'ils reposent sur l'intelligence collective territoriale, c'est-à-dire sur la mise en commun des connaissances, tant qualitatives que quantitatives. Ces données (en provenance des secteurs de l'éducation, la santé, l'emploi) doivent être disponibles et utilisables à l'échelle locale et supralocale. Cela permettra aux acteurs de mieux comprendre la dynamique locale et d'adopter des mesures concrètes – politiques, initiatives, ressources (Maslen et collab., 2007; Simard et collab., 2014).

Une stratégie locale est une intervention complexe qui repose sur la volonté commune de divers acteurs (élus, citoyens, organisations publiques, communautaires et privées). La coopération entre les acteurs (aux logiques variées) s'installe progressivement à travers les échanges et surtout des réalisations communes, la construction et le partage d'un but commun ainsi que les modes de fonctionnement (prises de décisions, réunions, communications, participation des acteurs). De plus, la stratégie locale doit lier, sur un territoire local, des interventions étatiques à des actions de la société civile.

Des facteurs peuvent limiter l'élaboration d'une stratégie efficace et la portée des actions locales visant la réduction de la pauvreté et de l'exclusion. Entre autres, les initiatives locales ne peuvent à elles seules infléchir les processus créant les inégalités sociales de santé. Elles doivent être renforcées par le soutien que leur apporte l'État. Elles demandent une action concertée entre les différents acteurs aux différents échelons afin d'avoir une influence sur les facteurs qui déterminent et favorisent de bonnes conditions de vie (Lambert et collab., 2014; Marier et collab., 2007).

Une approche territoriale de réduction de la pauvreté et de l'exclusion remet souvent en question les normes, les règles et les interfaces des institutions (Lesemann et collab., 2014). Notamment, les logiques nationales de programmes sectoriels s'articulent différemment des logiques locales et intersectorielles de territorialité. De plus, le bassin de desserte d'une institution publique ne représente pas toujours une communauté territoriale porteuse de sens pour ses citoyens. Or, pour réussir, une stratégie locale a besoin d'une marge de manœuvre institutionnelle facilitant les opérations des institutions avec les acteurs des territoires (Divay et collab., 2013).

Exemples de bonne pratique/Pistes d'amélioration

Il importe de structurer une stratégie en fonction de territoires capables de générer des processus de participation citoyenne, de mobilisation des ressources et de partenariat. L'intégration des actions devrait donc se faire en fonction d'une communauté porteuse de sens commun pour les acteurs que l'on veut mobiliser et de l'espace géographique quotidien (de voisinage, de loisir, d'habitation, de parentalité, de travail, etc.) des principaux concernés.

Pour renforcer la concertation et la mobilisation des citoyens et des organisations, il importe de s'appuyer sur les connaissances issues de recherches et d'évaluations récentes portant sur l'efficacité des interventions visant la réduction de la pauvreté et l'exclusion sociale. Des preuves abondantes nous indiquent comment améliorer les conditions de vie, mais également comment renforcer le capital social, les interventions permettant l'engagement de la population, le développement des capacités (des individus, des organisations et des communautés) ainsi que la résilience des communautés et les liens sociaux entre ses habitants (Brennan Ramirez et collab., 2008; De Koninck, 2008; Freudenberg, 2004; Hancock, 2009; Laverack et Mohammadi, 2011; Marmot et collab., 2010; Ninacs, 2002).

Une stratégie locale mérite d'être bien comprise, gérée et instrumentée, car elle comporte des défis d'ordre stratégique, méthodologique et pédagogique (Mercier et Bourque, 2012). Plus qu'une simple question de concordance de plan de travail, une stratégie locale doit reposer sur la reconnaissance mutuelle des acteurs, la qualité de leurs interactions, leur capacité à agir ensemble. L'utilisation optimale des connaissances en plusieurs domaines (politiques publiques, santé publique, développement local, etc.) est essentielle.

Afin de soutenir le développement d'une compréhension partagée des réalités locales de pauvreté et d'exclusion et des dynamiques les générant, il faut notamment assurer la disponibilité des données à une échelle locale et supralocale ainsi que leur accès et fournir un soutien pour leur exploitation, dont les grands fichiers administratifs et un accompagnement pour une démarche partenariale d'intelligence territoriale (méthodes, outils) déployée sur la base d'une MRC.

Les conditions favorisant l'implantation, l'intégration et la pérennité d'une stratégie au sein des organisations incluent : son utilisation dans les processus formels de prise de décision; la mobilisation des ressources qui y sont consacrées, la capacité et la motivation des organisations participantes, la qualité du soutien offert et l'implantation de moyens de monitoring et d'évaluation des effets anticipés ou non des interventions (Landry et collab., 2007). L'arrimage des fonds et des politiques publiques, la concertation interministérielle, le soutien aux infrastructures sont également essentiels afin que les solutions soient globales, structurantes et durables (Lesemann et collab., 2014).

D'autres mesures utiles incluent :

- Introduire plus de souplesse dans la mise en œuvre des approches par programme et permettre une meilleure articulation de ces programmes avec les particularités de chaque territoire, en lien avec les structures où résident les pouvoirs de décisions politiques et les administrations locales (municipalités, MRC, commissions scolaires, CLE);
- Favoriser le développement des compétences des gestionnaires publics à utiliser les différents types de savoirs, pour l'accompagnement d'initiatives locales et pour le soutien aux interventions et services contribuant à la réduction de la pauvreté et de l'exclusion à travers une variété de situations professionnelles⁸ en s'appuyant par exemple sur des ressources existantes (entre autres des outils développés par le Collectif pour un Québec sans pauvreté (Collectif VAATAVEC, 2014) et la DSP de la Montérégie (Guichard et collab., 2015)).

5.1.2 MAINTIEN DE L'ENGAGEMENT DES ORGANISATIONS ET DES CITOYENS DANS LE CONTEXTE DE TRANSFORMATION RÉCENTE DE L'ORGANISATION LOCALE ET SUPRALocale

Dans le contexte actuel de redéfinition des différents niveaux de gouvernance, l'enjeu de mobilisation citoyenne se pose avec le changement d'échelle et les défis de cohérence découlant de l'élargissement des territoires administratifs et le renforcement des compétences municipales. La décentralisation annoncée placera plus que jamais les municipalités et les MRC au cœur de la gouvernance de proximité. Différentes mesures, dont l'Accord de partenariat avec les municipalités

⁸ On propose également la compétence suivante : mobiliser les capacités de son organisation afin de mettre en œuvre, tant à l'interne qu'à l'externe, des interventions contribuant au renforcement des actions locales visant la réduction de la pauvreté et de l'exclusion. La façon dont cette compétence sera déployée varie selon les situations de gestion déterminées notamment par le poste occupé dans la hiérarchie, la nature de l'unité administrative, la taille de l'organisation, les contextes (l'environnement interne et externe, les priorités, les événements ponctuels, les types de populations) et les enjeux propres à chaque organisation. De manière générale, cette compétence réfère à la gestion : de la mission de l'organisation et de la finalité des actions; des services; de la mobilisation du personnel; des collaborations avec les acteurs de la communauté (concertations, ententes, etc.); des initiatives portées par la communauté et des mesures publiques destinées aux communautés.

2016-2019, rapprochent les décisions de la population et octroient plus d'autonomie et d'outils aux municipalités et aux MRC⁹. Dans plusieurs domaines (intégration des personnes handicapées, aînés, familles, logement), les municipalités et les MRC sont plus que jamais des acteurs incontournables pour mettre en œuvre des interventions contribuant à l'équité ainsi qu'à l'amélioration des conditions de vie. Cela dit, elles ne peuvent porter seules la responsabilité du développement local et de la réduction de la pauvreté et de l'exclusion (Lesemann et collab., 2014).

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Les mesures visant les municipalités garantissent à toute la population québécoise les leviers permettant d'agir sur les facteurs qui déterminent la pauvreté et l'exclusion. Des balises appropriées pourraient permettre : d'assurer le partenariat avec la société civile; d'éviter que ne se creusent les inégalités (entre les petites MRC et les grandes villes); d'inciter les institutions publiques à définir un positionnement organisationnel facilitant le soutien équitable aux communautés de leur territoire de desserte.

Il serait également important de s'assurer que les politiques publiques intègrent à la fois des dimensions universelles et des dimensions particulières facilement adaptables aux réalités territoriales et d'articuler le financement par un programme avec des fonds réservés aux municipalités qui laisseraient une marge de manœuvre plus grande aux institutions locales et aux acteurs territoriaux.

La capacité des municipalités et des MRC pourrait se développer par la disponibilité (surtout dans les petites municipalités et les milieux les plus dévitalisés) d'instances ou d'intervenants polyvalents et présents dans les communautés à même :

- de soutenir les initiatives des communautés;
- de faciliter les apprentissages méthodiques (Divay et collab., 2013), la mobilisation et la participation active des partenaires et des citoyens ainsi que l'organisation des efforts de la communauté tout en régulant les rapports entre les acteurs pouvant susciter des tensions (Robitaille, 2007);
- d'assurer une expertise en développement local qui permet de dépasser les enjeux politiques à court terme (Simard et collab., 2015).

5.1.3 AMÉLIORATION DE LA PARTICIPATION DES PERSONNES EN SITUATION DE PAUVRETÉ À LEURS MILIEUX DE VIE

L'enjeu de mobilisation citoyenne est particulièrement important pour l'engagement de groupes de population vulnérable ou marginalisée. Cela demande aux élus, gestionnaires, citoyens et intervenants de développer une meilleure compréhension des réalités auxquelles sont confrontées les personnes en situation de pauvreté, des enjeux sur lesquels ils peuvent agir et des conditions de réussite pour ces actions, en particulier la création d'espaces de dialogue dans lesquels les personnes en situation de pauvreté peuvent participer en tant qu'experts de vécu et source d'innovation, dans un climat d'échange d'égal à égal.

⁹ Dans la foulée de l'Accord de partenariat avec les municipalités 2016-2019, des travaux se poursuivent entre les différents intervenants pour accroître l'autonomie des municipalités et alléger l'administration municipale. On veut, entre autres, redéfinir les relations Québec-municipalités par un code des municipalités pour les doter d'un cadre législatif axé sur la gouvernance de proximité et la responsabilité des élus municipaux. On veut réviser et simplifier les lois municipales et leur application (compétences municipales, l'aménagement et l'urbanisme, fiscalité municipale, etc.).

Le défi consiste donc à faire en sorte que les citoyens en situation de pauvreté et d'exclusion prennent eux aussi part aux décisions à travers leur participation active à la vie collective au sein de leur communauté et dans la société. Associer les citoyens à l'élaboration de démarches de développement demande des espaces organisés. En ce sens, les pouvoirs publics comme les citoyens devront consentir des efforts accrus pour lever les obstacles à une plus large participation citoyenne au processus décisionnel (Forest et St-Germain, 2010).

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Une stratégie locale de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale devrait inclure des mesures pour faciliter l'engagement des citoyens :

- dans les étapes de définition des activités mises de l'avant;
- dans la façon dont le pouvoir sera partagé et réparti lorsqu'il est question de prises de décision, de distribution des ressources et de définition des objectifs du projet et des résultats;
- à travers les mesures permettant à diverses communautés et populations d'être représentées, en particulier celles qui ont tendance à être sous-représentées ou plus susceptibles d'afficher un mauvais état de santé;
- dans les modes de coopération et de concertation entre citoyens, élus locaux et institutions dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques territoriales;
- par l'aide offerte aux citoyens en situation de pauvreté et d'exclusion à jouir de leurs droits et à assumer leurs devoirs vis-à-vis de la société;
- par des activités de sensibilisation et de formation de la population à la participation;
- par l'accompagnement des citoyens dans la mise en œuvre des projets et la gestion des enjeux qui y sont rattachés.

De plus, la stratégie devrait prévoir la mobilisation de la communauté en vue de la réduction de la stigmatisation des personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale et de l'élimination des préjugés à leur égard (De Koninck et collab., 2009; McAll et collab., 2011).

Orientation 4 : Quelques pistes d'amélioration à considérer

- Structurer les stratégies de lutte à la pauvreté et à l'exclusion en fonction de territoires locaux, mieux à même de générer des processus de participation citoyenne, de mobilisation des ressources et de partenariat;
- Introduire plus de souplesse dans la mise en œuvre des approches par programme et permettre une meilleure articulation de ces programmes avec les particularités de chaque territoire;
- Assurer la disponibilité et l'accès à des données à une échelle locale et supra-locale et fournir un soutien pour l'exploitation de celles-ci;
- Inclure, dans les stratégies locales de lutte à la pauvreté et à l'exclusion, des mesures pour faciliter l'engagement et la représentation des citoyens;
- Mener des activités de sensibilisation et de formation de la population à la participation et offrir de l'aide aux citoyens en situation de pauvreté et d'exclusion à jouir de leurs droits et assumer leurs devoirs vis-à-vis de la société;
- Accompagner les citoyens dans la mise en œuvre des projets et la gestion des enjeux qui y sont rattachés;
- Développer les capacités des municipalités et des MRC par la présence d'instances ou d'intervenants (polyvalents et présents dans les communautés, et ce, surtout dans les petites municipalités et les milieux les plus dévitalisés) à même :
 - de soutenir les initiatives des communautés;
 - de faciliter les apprentissages méthodiques, la mobilisation et la participation active des partenaires et des citoyens ainsi que l'organisation des efforts de la communauté;
 - d'assurer une expertise en développement local qui permet de dépasser les enjeux politiques à court terme.

6 Orientation 5 : Assurer à tous les niveaux la constance et la cohérence des actions

Plusieurs actions sont menées dans le cadre de la stratégie québécoise de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. D'autres interventions, sans viser spécifiquement la réduction de la pauvreté ou des ISS, peuvent aussi avoir un effet réel en ciblant un ou des déterminants de la santé. La cohérence et la coordination de toutes les actions et politiques sont essentielles pour bénéficier de synergies, mais aussi pour éviter les chevauchements et les effets contradictoires. Par exemple, au Québec, l'offre plus grande d'appareils de loterie vidéo dans les secteurs où résident les personnes en situation de faibles revenus ou ayant un faible niveau de scolarité, et donc davantage à risque d'être aux prises avec des problèmes de dépendance au jeu, illustre bien ce genre de contradiction.

La cinquième orientation représente en soi une condition de succès du troisième plan d'action élaboré par le gouvernement. Par son caractère transversal, cette orientation vient en quelque sorte soutenir les quatre autres.

6.1 Enjeux sur lesquels l'INSPQ souhaite attirer l'attention

6.1.1 AMÉLIORATION DE LA COHÉRENCE DES ACTIONS À TOUS LES NIVEAUX ET DANS DIFFÉRENTS DOMAINES D'INTERVENTION EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ, L'EXCLUSION SOCIALE ET LES ISS

Gouvernance intersectorielle

L'amélioration de la cohérence des actions en matière de lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale et les ISS passe notamment par le renforcement de l'action intersectorielle autour de ces enjeux. Le Québec dispose déjà de leviers d'action qui permettent une analyse intersectorielle et transversale en matière de lutte à la pauvreté, de santé et de bien-être. L'article 19 de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2002) oblige les ministères et organismes gouvernementaux (M/O) à soumettre leurs décisions à une grille d'évaluation visant à vérifier si celles-ci ne vont pas contribuer à appauvrir davantage certains segments de la population, à entraver leurs efforts pour sortir de la pauvreté ou à les exclure. L'article 54 de la Loi sur la santé publique (2001) a conduit au développement d'un mécanisme d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) à l'intérieur duquel les M/O ont la responsabilité d'analyser de manière prospective les impacts potentiels de leurs décisions sur la santé et le bien-être de la population. Un rapport du Conseil canadien de développement social a souligné l'importance des clauses d'impact intégrées dans ces deux lois qui :

« ... reflètent l'intérêt pour une action publique plus cohérente et cherchent à faire partager une vision intégrée des problèmes de pauvreté, d'exclusion et des inégalités de santé. Dans la mesure où les clauses d'impact exigent d'évaluer l'effet des lois, mesures et règlements gouvernementaux sur le quotidien des citoyens démunis, elles représentent une avancée réelle vers une approche intersectorielle et multidimensionnelle. Ces clauses plaident aussi en faveur de politiques transversales visant les plus vulnérables et tentent de relier les dimensions de la pauvreté, tant sur le plan social, économique, sanitaire, culturel qu'environnemental »(Ulysse et collab., 2009).

La Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013 peut aussi être utilisée comme un levier favorisant une action intersectorielle quant à la réduction de la pauvreté et des ISS. Ce cadre de référence définit une série d'orientations stratégiques et d'objectifs, dont celui explicite de « prévenir et réduire les inégalités sociales et économiques ».

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Les pays reconnus pour leur expertise dans la lutte à la pauvreté et aux ISS s'entendent sur l'importance d'une gouvernance intersectorielle mobilisant les différents secteurs et niveaux de gouvernement. Plusieurs d'entre eux ont mis sur pied des instances de coordination intersectorielle ou des mécanismes consultatifs pour assurer l'implantation et la complémentarité de leurs différentes interventions et politiques en cette matière. Par exemple, l'Irlande, pour assurer la mise en œuvre et le suivi de son *National Plan for Social Inclusion 2007-2016* (Government of Ireland, 2007), a travaillé au renforcement de ses mécanismes de coordination existants et à la mise en place de nouveaux mécanismes, tant horizontaux que verticaux, notamment un Bureau de l'inclusion sociale.

Plusieurs pays ont également recours à l'EIS. Ce mécanisme favorise une action intersectorielle et multidisciplinaire et facilite de ce fait la collaboration entre les acteurs des différents secteurs d'activité ainsi que le partage de leurs expertises respectives. L'EIS permet, en analysant la distribution des effets d'une décision sur la santé de la population entre les différents groupes de la population, de mettre en lumière les écarts entre ces groupes et ainsi de contribuer à réduire les inégalités. L'EIS s'applique aux politiques et aux projets à tous les niveaux de gouvernement.

Les trois leviers dont dispose le Québec devraient être valorisés davantage au sein de l'appareil intragouvernemental. Des efforts devraient continuer d'être investis notamment pour renforcer l'utilisation de l'EIS au Québec.

Gouvernance partagée au niveau local

L'amélioration de la cohérence des actions passe également par une plus grande concertation entre les différents acteurs locaux. Les autorités locales jouent un rôle clé dans la mise en œuvre des actions gouvernementales, plusieurs interventions se déployant au niveau des municipalités. Le déploiement d'une stratégie locale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale va cependant bien au-delà de l'application de programmes centralisés. La force d'une stratégie locale dépend de la construction collective de l'intervention et de sa capacité de mobiliser les acteurs d'une communauté autour de processus collectifs caractérisés par le changement, le partage des pouvoirs et l'accès aux ressources (Divay, 2009). Les mécanismes de décision et les modalités de gouvernance de cette stratégie locale devraient reposer sur la combinaison efficace de plusieurs articulations au sein des organisations et entre les organisations (Divay et collab., 2013; Mercier et Bourque, 2012).

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Pour assurer la gouvernance locale des activités en matière de solidarité et d'inclusion sociale, il importe de réunir certaines conditions :

- Dépasser la gestion hiérarchique et l'application normative de programmes. C'est une dynamique qui ne repose pas sur un fonctionnement unidirectionnel et mécanique;
- Dépasser le partenariat avec les autorités municipales, le développement demeurant l'affaire de la communauté « formée d'un ensemble d'acteurs issus de secteurs différents (développement social, éducation, développement de la main-d'œuvre, développement économique, environnement, habitat, patrimoine), qui doivent être reconnus comme des interlocuteurs incontournables » (Caron et Martel, 2005, p. 9);
- Reposer sur une communication régulière et ouverte entre les nombreux acteurs (pour l'établissement de relations de confiance, la définition des objectifs), ce qui permet la création d'une motivation commune (HanleyBrown et collab., 2012);

- Reposer sur des conditions permettant la participation des citoyens à la gouvernance (par des modes de coopération et de concertation entre citoyens, élus locaux et institutions dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques territoriales; par l'aide offerte aux citoyens en situation de pauvreté et d'exclusion à jouir de leurs droits et à assumer leurs devoirs vis-à-vis de la société; par des activités de sensibilisation et de formation de la population à la participation; par l'accompagnement des citoyens dans la mise en œuvre des projets et la gestion des enjeux qui y sont rattachés) (Divay et collab., 2013).

Faire attention à l'hyperconcertation

Le renforcement de la concertation entre et aux différents paliers de gouvernement doit se faire en évitant l'hyperconcertation. Cette problématique est de plus en plus documentée notamment au niveau local. Elle peut entraîner un épuisement et une démobilisation des acteurs locaux ainsi que limiter l'efficacité et la portée des actions locales visant la réduction de la pauvreté et de l'exclusion. Cette dynamique peut même engendrer une concurrence entre plusieurs acteurs et plusieurs démarches (Eme, 2007).

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Certaines pistes peuvent être envisagées pour éviter cette problématique :

- Dépasser le découpage par problème ou par groupe cible afin d'œuvrer à une plus grande cohésion entre les concertations;
- Réaliser l'inventaire des politiques et des programmes misant sur la mobilisation des communautés et harmoniser leurs exigences (pour la planification, la reddition de comptes ou l'évaluation);
- Miser sur l'élaboration des solutions à l'hyperconcertation par la participation des acteurs concernés (Bourque, 2008)¹⁰;
- Documenter et soutenir, par des activités de partage de connaissances, les processus des communautés permettant de dégager une plus grande efficacité collective des concertations associées à la réduction de la pauvreté et de l'exclusion.

6.1.2 DÉVELOPPEMENT ET PARTAGE DES CONNAISSANCES SUR LA PAUVRETÉ ET LES ISS AINSI QUE SUR L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS À L'ÉGARD DES CES ENJEUX

Dans la foulée de la Loi 112, le Québec a mis sur pied en 2005 le Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE) qui suit, avec l'aide de différents indicateurs, l'évolution de la pauvreté au Québec. Les ISS devraient, elles aussi, faire l'objet d'un tel suivi. À la suite des travaux menés par la Commission des déterminants sociaux de la santé, l'OMS recommande d'ailleurs aux pays qui veulent orienter leur développement sur l'avenue de l'équité en santé de minimalement mettre en place un système de suivi systématique des ISS (Organisation mondiale de la Santé, 2011).

Le Québec s'est engagé sur cette voie en menant une réflexion concertée entre les acteurs nationaux et régionaux de la santé publique sur les prémisses d'un système de suivi systématique des ISS (Pampalon et collab., 2013). Cette stratégie permettrait entre autres :

- d'évaluer les zones d'action prioritaires en détectant les problèmes de santé pour lesquels les écarts (entre les plus et les moins favorisés) sont les plus importants;

¹⁰ La méthode pour réduire ces effets repose entre autres sur l'identification des concertations, des acteurs prenant part à chaque concertation, des relations entre chaque concertation afin de voir comment elles sont arrimées entre elles ou non.

- de cibler les populations à risque dans le but de développer des politiques publiques adaptées à ces populations;
- d'évaluer les effets des politiques publiques sur les données de santé et sur les déterminants de la santé.

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

À la suite de l'adoption de la Déclaration de Rio sur les déterminants sociaux de la santé en mai 2012, le Canada s'est engagé dans cette voie en renforçant ses systèmes et méthodes de surveillance des ISS. Une des mesures mises de l'avant est l'initiative menée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) consacrée aux tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada. Ce travail porte sur 16 indicateurs par quintile de revenu et révèle que les inégalités en santé liées au revenu ont largement persisté et, dans certains cas, augmenté au cours de la dernière décennie dans l'ensemble du Canada. L'initiative décrit également des exemples d'interventions prometteuses pour réduire ces inégalités (Agence de santé publique du Canada, 2015). Le gouvernement canadien travaille également à la communication des données probantes pour éclairer les politiques et déterminer les priorités dans ce domaine. Il a notamment investi dans la recherche sur les inégalités en santé et l'équité en santé et mis en ligne un Portail des pratiques exemplaires – Interventions sensibles à l'équité (Agence de santé publique du Canada, 2015).

Pour assurer la pérennité de son système et faciliter le suivi des ISS, il serait nécessaire de réunir certaines conditions :

- Avoir une équipe permanente affectée au suivi des ISS et des déterminants sociaux de la santé;
- Avoir un meilleur accès aux banques de données (enquêtes de santé, données sur les revenus, données sur les habitations à loyer modique [HLM], jumelage de banques de données, etc.);
- Suivre de près les recommandations du CEPE.

6.1.3 REDDITION DE COMPTES ADÉQUATE DE LA PERFORMANCE COLLECTIVE DES ACTIONS CONJOINTE

Le plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale renvoie à des actions conjointes et à la mobilisation d'une variété d'acteurs et de communautés. La qualité des solutions, la vitesse de réalisation et l'ampleur des résultats dépendent des capacités des acteurs à agir ensemble. Apprécier les actions portées par un ensemble d'acteurs constitue un défi.

L'approche classique, axée sur la prise en compte de l'impact d'une seule organisation, n'est pas transposable pour mesurer l'impact de plusieurs organisations travaillant ensemble à moyen et à long terme à la résolution d'un problème commun (HanleyBrown et collab., 2012). Par exemple, les caractéristiques des interventions locales (*empowerment* des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion, réduction des préjugés), les jeux des acteurs ainsi que les enjeux organisationnels font qu'une stratégie locale est difficilement saisissable par des méthodes de reddition de comptes conventionnelles. Même s'il est nécessaire que chacune des organisations explicite sa contribution à la stratégie locale dans son rapport d'activités, ce type de reddition de comptes ne suffit pas à donner une image complète des initiatives conjointes (Fox et Lenihan, 2006). De plus, la culture axée sur « les affaires courantes » peut nuire à la collaboration interministérielle et intersectorielle.

Le Plan d'action pour la solidarité et l'inclusion sociale dépasse le cadre des pratiques de reddition de comptes conventionnelles. Plusieurs caractéristiques propres à ce plan justifient un traitement particulier des manières d'en rendre compte. Apprécier une intervention conjointe (avec les acteurs des communautés, entre ministères) demande d'aller plus loin que la simple relation causale entre

une intervention et son effet postulé. Cela demande aussi des indicateurs reflétant la complexité (Boutilier et collab., 2001) et la diversité des actions. Il faudra corriger les lacunes, les incohérences et les manques de rapidité dans la collecte de données. Les acteurs devraient aussi consacrer du temps pour la cueillette et le traitement des données avec des outils adaptés qui sont à concevoir.

Exemples de bonnes pratiques/Pistes d'amélioration

Il existe au sein d'autres organisations (au Québec, au Canada, aux États-Unis, en Écosse, en Irlande, etc.) des systèmes qui facilitent la reddition de comptes des actions conjointes (par exemple : l'outil de reddition de comptes prévu par le ministère des Affaires municipales dans le cadre des pactes ruraux; certains outils de gestion axée sur les résultats).

Afin d'apprécier la qualité des processus et leurs résultats, il serait intéressant :

- de développer avec les partenaires intéressés une méthode de reddition de comptes portant sur les interventions conjointes et les différentes mesures de coordination mises en place;
- de définir avec les partenaires et en fonction de la littérature, des indicateurs de processus et de résultats convenant mieux aux caractéristiques des interventions conjointes (interministérielles, initiatives des communautés, etc.);
- d'expérimenter ces indicateurs avec les partenaires et les communautés;
- de développer des outils pour faciliter l'homogénéité de compréhension, d'utilisation des indicateurs et de la collecte d'informations;
- de documenter de manière standardisée (contexte de réalisation, gouvernance, soutien offert, qualité des opérations et des processus, résultats) le déploiement des actions.

Orientation 5 : Quelques pistes d'amélioration à considérer

- Valoriser davantage au sein de l'appareil intragouvernemental les trois leviers de gouvernance intersectorielle dont dispose le Québec (l'article 19 de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, l'article 54 de la Loi sur la santé publique et la Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013);
- Renforcer l'utilisation de l'EIS;
- Pour une gouvernance partagée au niveau local : dépasser la gestion hiérarchique et l'application normative de programmes; assurer la participation d'un ensemble d'acteurs issus de secteurs différents et maintenir une communication régulière et ouverte entre ceux-ci, réunir des conditions permettant la participation des citoyens à la gouvernance;
- Pour éviter l'hyperconcertation : dépasser le découpage par problème ou par groupe cible afin d'œuvrer à une plus grande cohésion entre les concertations, réaliser l'inventaire des politiques et des programmes misant sur la mobilisation des communautés et harmoniser leurs exigences, documenter et soutenir les processus des communautés permettant de dégager une plus grande efficacité collective des concertations associées à la réduction de la pauvreté et de l'exclusion;
- Pour assurer la pérennité du système de suivi systématique des ISS qui sera mis en place et faciliter le suivi des ISS : avoir une équipe permanente affectée au suivi des ISS et des déterminants sociaux de la santé, avoir un meilleur accès aux banques de données (enquêtes de santé, données sur les revenus, données sur les habitations à loyer modique [HLM], jumelage de banques de données, etc.); suivre de près les recommandations du CEPE;
- Développer avec les partenaires intéressés une méthode de reddition de comptes portant sur les interventions conjointes et les différentes mesures de coordination mises en place ainsi que définir avec eux des indicateurs de processus et de résultats.

Conclusion

Première du genre en Amérique du Nord, la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale et la stratégie nationale qui en a découlé ont marqué un engagement du gouvernement du Québec à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. L'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental en cours est une occasion à saisir pour faire un pas de plus vers l'amélioration des conditions de vie des Québécois moins nantis.

Les trois grandes perspectives présentées dans ce mémoire, soit l'universalisme proportionné, le parcours de vie et l'approche positive du développement, peuvent être utiles pour éclairer la réflexion quant à l'amélioration des politiques sociales dans le but de s'attaquer plus activement à la pauvreté et aux inégalités.

Ces perspectives ont guidé l'INSPQ dans l'identification et la priorisation des enjeux à considérer dans le troisième plan d'action. En s'appuyant sur les connaissances scientifiques et son expertise disponible, l'INSPQ a retenu 18 enjeux et présente pour ceux-ci des pistes ou des exemples de bonnes pratiques synthétisés dans le tableau de l'annexe 1. Le gouvernement pourrait explorer les avenues proposées pour améliorer ses interventions en matière de lutte à la pauvreté, à l'exclusion sociale et aux ISS. Pour l'INSPQ, trois enjeux devraient faire l'objet d'un engagement particulier soit :

- l'amélioration de la cohérence des actions à tous les niveaux et dans différents domaines d'intervention;
- l'amélioration de l'accès à des services éducatifs de qualité dès la petite enfance pour les familles à faible revenu;
- l'amélioration de la qualité des emplois et des conditions d'emploi et de travail, particulièrement dans les secteurs d'emploi occupés par les personnes à faible revenu.

Pour l'INSPQ, les efforts devraient d'abord se concentrer sur le renforcement des mesures existantes et de leur cohérence. Le Québec offre déjà un ensemble de politiques et de programmes favorisant la solidarité, l'inclusion sociale et la santé. Il importe de les maintenir et de les consolider en s'assurant notamment de leur pleine implantation, de leur pérennité et de leur qualité en y affectant notamment les ressources nécessaires; et par ailleurs en s'assurant d'une meilleure coordination et d'une meilleure intégration des services offerts aux personnes vulnérables.

Références

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006). *Le transport urbain : une question de santé. Rapport annuel sur la santé de la population montréalaise*. Montréal : Direction de la santé publique de l'agence de santé et de services sociaux.
- Agence de la santé publique du Canada (2004). *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : Document de travail*. Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé.
- Agence de santé publique du Canada (2015). *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé : Aperçu des mesures canadiennes de 2015*.
- American College Health Association (2012). *Standards of Practice for Health Promotion in Higher Education*. American College Health Association.
- Anctil, H. (2012). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Anxo, D. (2009). Working time policy in Sweden. *Working time: In search of new research territories beyond flexibility debates*, p. 55-70.
- Arnett, J. J. (2004). A Longer Road to Adulthood. Dans J.J.Arnett (Éds), *Emerging Adulthood : the winding road from the late teens through the twenties* (Vol. 1), (p. 3-26). New York : Oxford University Press.
- Arnett, J. J. (2006). Emerging adulthood : understanding the new way of coming of age. Dans J.J.Arnett et J. L. Tanner (Éds), *Emerging adults in America: coming of age in the 21st century* (Vol. 1), (p. 3-19). Washington, DC : American Psychological Association.
- Association médicale canadienne (2013). *Les soins de santé au Canada : qu'est-ce qui nous rend malades? Rapport des assemblées publiques de l'Association médicale canadienne*. Association médicale canadienne.
- Auslander, B. A. et Rosenthal, S. L. (2010). Intimate romantic relationships in young adulthood : a biodevelopmental perspective. Dans J.E.Grant et M. N. Potenza (Éds), *Young adult mental health* (Vol. 10), (p. 158-168). New York : Oxford University Press.
- Austen, P. (2003). *Développement des capacités communautaires et mobilisation de la communauté pour promouvoir la santé mentale des jeunes*. Ottawa : Santé Canada.
- Baillargeau, É. et Morin, P. (2008). *L'habitation comme vecteur de lien social* (36^e éd.). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Banerjee, R., Weare, K., et Farr, W. (2014). Working with 'Social and Emotional Aspects of Learning' (SEAL): associations with school ethos, pupil social experiences, attendance, and attainment. *British Educational Research Journal*, 40(4), p. 718-742.
- Baril-Gingras, G., Vézina, M., et Lippel, K. (2013). Bilan relatif aux dispositions de la LSST: vers une application intégrale? *Relations industrielles/Industrial Relations*, 68(4), p. 682-708.
- Barry, M. M. (2009). Addressing the Determinants of Positive Mental Health : Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), p. 4-17.

- Barry, M. M. et Jenkins, R. (2007). *Implementing mental health promotion*. Edinburgh; New York : Churchill Livingstone/Elsevier.
- Bellefleur, O. et APMCC, O. (2013). Apaisement de la circulation urbaine et inégalités de santé : effets et implications pour la pratique. Montréal, Québec, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- Belsky, J. (2006). Early child care and early child development : major findings of the NICHD study of early child care. *European Journal of Developmental Psychology*, (3), p. 95-110.
- Benach, J., Muntaner, C., Santana, V., et Chairs, F. (2007). Employment conditions and health inequalities. *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET)*. Geneva: WHO.
- Bernard, P. (2006). Développement social, parcours de vie et régimes providentiels. Comprendre les inégalités sociales et de santé en vue de les réduire. Dans *Forum CACIS*.
- Bernèche, F. (2015). *Santé et compétences en traitement de l'information : des liens révélateurs. Résultats québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA). 91*. Montréal : Institut de la statistique du Québec.
- Blais, L. (2008). Souffrance sociale, parole publique, espace politique. Dans *Vivre à la marge. Réflexions autour de la souffrance sociale* (. Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Boisvert, R. (2012). *Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité: voyons-y! Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Boivin, M., Hertzman, C., Barr, R., Boyce, W. T., Fleming, A., MacMillan, H. et collab. (2012). *Early childhood development*. Ontario : The Royal Society of Canada & The Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel.
- Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat: entre levier et piège du développement des communautés*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Boutilier, M. A., Rajkumar, E., Poland, B. D., Tobin, S., et Badgley, R. F. (2001). Community action success in public health : Are we using a ruler to measure a sphere? *Canadian Journal of Public Health, Proquest Medical Library*.
- Brach, C., Dreyer, B., Schyve, P., Hernandez, L. M., Baur, C., Lemerise, A. J. et collab. (2012). Attributes of a health literate organization. *Inst Med*.
- Brennan Ramirez, L. K., Baker, E. A., et Metzler, M. (2008). *Promoting health equity : A resource to help communities address social determinants of health*. Atlanta, US : Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Briggs, A., Lee, C. R., et Calgary, V. C. (2012). *Poverty Costs: An Economic Case for a Preventative Poverty Reduction Strategy in Alberta* Vibrant Communities Calgary and Action to End Poverty in Alberta.
- Bronte-Tinkew, J., Brown, B., Carrano, J., et Shwalb, R. (2005). *Logic models and outcomes for youth in the transition to adulthood*. Washington, DC, USA : Child Trends.

- Broom, D. H., D'Souza, R. M., Strazdins, L., Butterworth, P., Parslow, R., et Rodgers, B. (2006). The lesser evil : bad jobs or unemployment? A survey of mid-aged Australians. *Social science & medicine*, 63(3), p. 575-586.
- Browne-Yung, K., Ziersch, A., et Baum, F. (2013). 'Faking til you make it': Social capital accumulation of individuals on low incomes living in contrasting socio-economic neighbourhoods and its implications for health and wellbeing. *Social Science & Medicine*, 85, p. 9-17.
- Bynner, J. (2005). Rethinking the Youth Phase of the Life-course : The Case for Emerging Adulthood? *Journal of Youth Studies*, 8(4), p. 367-384.
- Canadian Association of College and University Student Services et Canadian Mental Health Association (2013). *Post-secondary Student Mental Health : Guide to a Systemic Approach*. Vancouver, BC : Canadian Association of College and University Student Services and Canadian Mental Health Association.
- Cardinal, L., Langlois, M. C., Gagné, D., et Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : Proposition d'un modèle conceptuel* Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Carey, G., Crammond, B., et Leeuw, E. D. (2015). Toward health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), p. 81.
- Caron, A. et Martel, R. P. (2005). *Aménagement et développement du territoire, la vision stratégique du développement culturel, économique, environnemental et social*. Québec : Ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire.
- Caron, J. (2012). Predictors of quality of life in economically disadvantaged populations in Montreal. *Social Indicators Research*, 107(3), p. 411-427.
- Centers for Disease Control and Prevention/Division of Adolescent and School Health, Health Resources and Services Administration Office of Adolescent Health, et University of California National Adolescent Health Information Center (2004). *Improving the Health of Adolescents and Young Adults : A Guide for States and Communities*. Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Adolescent and School Health.
- Centre for Community Child Health. (2010). Engaging marginalised and vulnerable families.
- Clarke, A. M., Hussein, Y., Morreale, S., Field, C. A., et Barry, M. M. (2015). What works in enhancing social and emotional skills development during childhood and adolescence? A review of the evidence on the effectiveness of school-based and out-of-school programmes in the UK.
- Cleary, M., Walter, G., et Jackson, D. (2011). « Not always smooth sailing » : mental health issues associated with the transition from high school to college. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, p. 250-254.
- Cloutier-Villeneuve, L. et Saint-Frard, R. (2015). *Construction d'un indicateur synthétique de la qualité de l'emploi : résultats méthodologiques et empiriques*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Collectif VAATAVEC (2014). *L'AVEC, pour faire ensemble. Un guide de pratiques, de réflexions et d'outils*.

- Comité-conseil postchantiers SIPPE (2011). *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2015a). *Agir sur les coûts et l'usage au bénéfice du patient et de la pérennité du système : Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux*. Québec.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2015b). *Consultation publiques 2015 – panier de services*.
- Commission des déterminants sociaux de la santé (2008). *Comblar le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Suisse : Organisation mondiale de la santé.
- Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Conseil supérieur de l'éducation (2012). *Mieux accueillir et éduquer les enfants d'âge préscolaires, une triple question d'accès, de qualité et de continuité des services*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Cowley, S., Whittaker, M. M., Donetto, S., Grigulis, A., et Maben, J. (2015). Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: A narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(465), p. 480.
- Cronce, J. M. et Corbin, W. R. (2010). College and career. Dans J.E.Grant et M. N. Potenza (Éds), *Young adult mental health* (Vol. 5), (p. 80-95). New York : Oxford University Press.
- Dahlgren, G. et Whitehead, M. (2007). *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up, part 2*. Copenhagen : World Health Organization-Europe.
- De Koninck, M., Pampalon, P., Paquet, G., Clément, M., Hamelin, A. M., Disant, M. J. et collab. (2008). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- De Koninck, M. et Paquet, G. (2009). *La pauvreté et l'exclusion sociale, leur genèse et leur réduction : le rôle déterminant des milieux de vie. Rapport déposé au Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC)*. Québec : Université Laval, Département de médecine sociale et préventive.
- De Koninck, M., Fontaine, P., Fournier, J., Guénette, F., Ouellet, H., Pelletier, M. et collab. (2009). *Un préjugé, c'est coller une étiquette. La lutte contre la pauvreté s'arrête là où commencent nos préjugés. Quatrième document de réflexion*. Centraide Québec et Chaudière-Appalaches.
- De Koninck, M. (2008). *Santé: pourquoi ne sommes-nous pas égaux?: comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Desrosiers, H., Nanhon, V., Ducharme, A., Cloutier-Villeneuve, L., Gauthier, M.-A., et Labrie, M.-P. (2015). *Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques : des clés pour relever les défis du XXI^e siècle. Rapport québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

- Divay, G. (2009). *Exercer le partenariat pour générer du leadership. Un défi pour les gestionnaires publics*. Montréal : École nationale d'administration publique et Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public.
- Divay, G., Provost, J.-R., et Jean, M.-C. (2013). *Évaluation de l'entente spécifique 2010-2013 sur la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale de la Capitale-Nationale*. Montréal : Centre de recherche et d'expertise en évaluation (CREXE) et École nationale d'administration publique.
- Duchesne, M., Blais, M., et Morin, M. (2008). *Résultats à court et à moyen terme de l'approche de développement des communautés saines et durables. Fonds pour la santé de la population, 2002 à 2005, région du Québec*. Gouvernement du Canada : Agence de santé publique du Canada.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., et Schellinger, KB. (2011). The impact of enhancing student's social and emotional learning : a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), p. 405-432.
- Ellaway, A., Macintyre, S., et Kearns, A. (2001). Perceptions of place and health in socially contrasting neighbourhoods. *Urban studies*, 38(12), p. 2299-2316.
- Eme, B. (2007). *Gouvernance territoriale, puissance publique et société civile : l'innovation sociale, émergence et effets sur la transformation des sociétés*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Emery, M., Fey, S., et Flora, C. (2006). Using community capitals to develop assets for positive community change. *CD Practice*, 13, p. 1-13.
- Évelyne Baillergeau, E. et Morin, P. (2014). *L'habitation comme vecteur de lien social* (36^e éd.) PUQ.
- Finney Rutten, L., Yaroch, A. L., Patrick, H., et Story, M. (2012). *Obesity Prevention and National Food Security : A Food Systems Approach* (Rap. n° 2012). Hindawi Publishing Corporation.
- Flanagan, C. et Bundick, M. (2011). Civic Engagement and psychosocial well-being in College Students. *Liberal Education*, 97(2), p. 20-27.
- Flanagan, C. et Levine, P. (2010). Civic Engagement and the Transition to Adulthood. *Future of Children*, 20(1), p. 159-180.
- Forest, D. et St-Germain, L. (2010). *La participation citoyenne, Le point de vue des citoyennes et citoyens du Nord de Lanaudière sur leur participation dans les démarches d'animation territoriale en développement durable. Rapport de recherche*. Québec : Centre de santé et services sociaux du nord de Lanaudière.
- Fox, Graham et Lenihan, Donald G. (2006). À qui revient la responsabilité? L'obligation de rendre des comptes et les initiatives conjointes.
- Franke, S. (2010). *Réalités contemporaines et enjeux émergents auxquels font face les jeunes au Canada : cadre analytique pour la recherche, l'élaboration et l'évaluation des politiques publiques. Rapport de recherche*. Ottawa, Ontario : Ressources humaines et Développement des compétences Canada.
- Freudenberg, N. (2004). Community capacity for environmental health promotion: Determinants and implications for practice. *Health Education & Behavior*, 31(4), p. 472-490.

- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Frohlich, K., Corin, E. et Potvin, L. (2008). La relation entre contexte et maladie: une proposition théorique. Dans K.Frohlich, M. De Koninck, A. Demers, et P. Bernard (Éds), *Les inégalités sociales de santé au Québec* (p. 141-164) : Presses de l'Université de Montréal.
- Gaudet, S. (2007). *L'émergence de l'âge adulte, une nouvelle étape du parcours de vie. Implications pour le développement de politiques. Document de discussion*. Ottawa (Ontario) : Projet de recherche sur les politiques, gouvernement du Canada.
- Gauthier, J. et Villeneuve, C. (2010). *Cadre de référence pour soutenir la collaboration entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les collèges publics du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Gendron, S., Dupuis, G., Moreau, J., Clavier, C., Dupuis, F., et Lachance Fiola, J. (2014). *Évaluation du volet Soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Government of Ireland, O. (2007). *National action plan for social inclusion 2007-2016*. The Stationery Office Dublin.
- Guay, D., Laurin, I., Fournier, M., et Bigras, N. (2014). *Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants à la maternelle*. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Guichard, A., Rodde, V., Nour, K., et Lafontaine, G. (2015). *RÉFLEX-ISS : Outil de réflexion pour mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé*. Longueuil : CISSS de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique de la Montérégie.
- Hancock, T. (2009). *Agir localement : Promotion de la santé de la population*.
- HanleyBrown, F., Kania, J., et KraMer, M. (2012). Channeling change : Making collective impact work. *Stanford Social Innovation Review*, 20, p. 1-8.
- Heinz, W. R. (2009). Youth transitions in an age of uncertainty. Dans A.Furlong (Éds), *Handbook of youth and young adulthood : new perspectives and agendas* (Vol. 1), (p. 3-13). London; New York : Routledge.
- Hertzman, C. et Power, C. (2003). Health and human development : understandings from life-course research. *Developmental neuropsychology*, 24(2-3), p. 719-744.
- Hoffman-Goetz, L., Donelle, L., et Ahmed, R. (2014). *Health literacy in Canada : a primer for students*. Toronto : Canadian Scholars' Press.
- Human Early Learning Partnership (2011). *Universalisme proportionné, synthèse*.
- Institut national de santé publique du Québec (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*.
- Institut national de santé publique du Québec (2014). *Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé*.

- Institute of Medicine (2012). *An Integrated framework for assessing the value of community-based prevention*. Washington, D.C. The National Academies Press.
- Institute of Medicine and National Research Council (2014). *Investing in the health and well-being of young adults*. Washington, DC : The National Academies Press.
- Jean, B. et Bisson, L. (2008). La gouvernance partenariale: un facteur déterminant du développement des communautés rurales. *Revue canadienne des sciences régionales*, 31(3), p. 539-560.
- Jean, B. et Wa, A. É. M. (2004). Le capital social et le renforcement des « capacités de développement » des communautés rurales : les enseignements d'une étude canadienne. *Revue d'économie régionale & urbaine*,(5), p. 673-694.
- Keleher, H. et Armstrong, R. (2005). *Evidence-based mental health promotion resource*. Melbourne, Victorial, Australia : Publi Health Group, Victorian Government Department of Human Services.
- Kershaw, P., Warburton, B., Anderson, L., Hertzman, C., Irwin, L. G., et Forer, B. (2010). The Economic Costs of Early Vulnerability in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 101(suppl 3), p. S8-S12.
- Klein, J. L., Fontan, J. M., Saucier, C., Tremblay, D. G., Tremblay, P. A., et ET SIMARD, M. (2010). *Les conditions de réussite des initiatives locales de lutte contre la pauvreté et l'exclusion qui mobilisent des ressources de l'économie sociale* 93 CRISES.
- Lambert, R., St-Pierre, J., Lemieux, L., Chapados, M., Lapointe, G., Bergeron, P. et collab. (2014). *Avenues politiques: intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Landry, R., Becheikh, N., Amara, N., Halilem, N., Jbilou, J., Mosconi, E. et collab. (2007). *Innovation dans les services publics et parapublics à vocation sociale : Rapport de la revue systématique des écrits*. Québec : Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) en partenariat avec le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS), ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), Chaire FCRSS.
- Lang, T., Kelly-Irving, M., et Delpierre, C. (2009). Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 57(6), p. 429-435.
- Larson, N. I., Story, M. T., et Nelson, M. C. (2009). Neighborhood environments : disparities in access to healthy foods in the US. *American journal of preventive medicine*, 36(1), p. 74-81.
- Laverack, G. et Mohammadi, N. K. (2011). What remains for the future: strengthening community actions to become an integral part of health promotion practice. *Health promotion international*, 26(suppl 2), p. ii258-ii262.
- Le Protecteur du citoyen (2015a). *Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la Santé et des Services sociaux*. Québec : Assemblée nationale.
- Le Protecteur du citoyen (2015b). *Rapport annuel d'activités 2014-2015*. Québec : Assemblée nationale.

- Lemieux, G. (2007). *Jeunesse, stress et détresse : au travail! Recherche-avis*. Québec : Conseil permanent de la jeunesse, Gouvernement du Québec.
- Lesemann, F., St-Germain, L., Fortin, M., St-Louis, M.-P., et Gauthier, L. (2014). *Le rôle de la concertation intersectorielle, de la participation citoyenne et de l'action collective pour soutenir le développement des communautés contre la pauvreté et l'exclusion : une approche régionale et nationale comparative*. Institut national de la recherche scientifique.
- Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states : the explanation of a paradox. *Social science & medicine*, 75(4), p. 761-769.
- Maisonneuve, C., Blanchet, C., et Hamel, D. (2014). *L'insécurité alimentaire dans les ménages québécois : mise à jour et évolution de 2005 à 2012*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Maisonneuve, C., Lamontagne, P., Blanchet, C., et Hamel, D. (2015). *Poids corporel et insécurité alimentaire chez les adultes québécois en 2011-2012*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Marier, C., Lahaie, V., et Landriault, J.-P. (2007). *Pour des communautés en santé : des environnements sociaux solidaires*. Longueuil (Québec) : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M. et collab. (2010). *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post 2010*. London : The Marmot Review.
- Marmot, M., World Health Organization Regional Office for Europe, et UCL Institute of Health Equity (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region : final report*. Copenhagen, Denmark : World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Maslen, J., Barclay, C., et Stead, B. (2007). *Developing place-aware intelligence repositories for Scotland's local authorities and partnerships: Improving the process of policy formulation, resource planning, performance monitoring and data sharing*. Edinburgh : Scottish Government.
- McAll, C. (2008). Trajectoires de vie, rapports sociaux et production de la pauvreté. Dans S.e.C.V.Roy (Éds), *Penser la vulnérabilité - Visages de la fragilisation du social* (. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- McAll, C., Awad, J., Desgagnés, J.-Y., Gagné, J., Godrie, B., Keays, N. et collab. (2011). *Au-delà des étiquettes : trajectoires de vie, pauvreté et santé. Un rapport de recherche en quatre actes avec prologue et épilogue*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) en collaboration avec le Front commun des personnes assistées sociales du Québec (FCPASQ).
- McCain, M. N., Mustard, J. F., et Shanker, S. (2007). *Early years study 2. Putting science into action*. Toronto : Council for early child development.
- McDaniel, S. et Bernard, P. (2011). Life course as a policy lens: Challenges and opportunities. *Canadian Public Policy*, 37(Supplement 1), p. S1-S13.
- Mercier, C. et Bourque, D. (2012). *Approches et modèles de pratiques en développement des communautés : l'approche d'animation territoriale dans une perspective de développement durable (Lanaudière)*. Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire.

- Milton, B., Attree, P., French, B., Povall, S., Whitehead, M., et Popay, J. (2012). The impact of community engagement on health and social outcomes: a systematic review. *Community Development Journal*, 47(3), p. 316-334.
- Minister of Housing and Regeneration (2008). *The Welsh Housing Quality Standard : Quality Standard. Revised Guidance for Social Landlords on Interpretation and Achievement of the Welsh Housing Quality Standard*. Cardiff, United Kingdom : Welsh Assembly Government.
- Minister of Housing and Regeneration (2010). *Improving Lives and Communities : Homes in Wales*. Cardiff, United Kingdom : Welsh Assembly Government.
- Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Cadre de référence pour soutenir le développement et le renforcement d'un continuum de services intégrés pour les jeunes, aux paliers local et régional*. Québec : Ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Famille et des Aînés. (2008). Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance. Version administrative.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec en forme, et Institut national de santé publique du Québec (2012). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère du Travail de la Solidarité et de la Fonction publique (2016). *Plan Santé au travail 2010-2014*. Paris : République française.
- Mitchell, L., Wylie, C., et Carr, M. (2008). *Outcomes of early childhood education : literature review*. Nouvelle-Zélande : Ministry of Education.
- Molgat, M. (2009). The challenges of youth transitions for youth policy development : reflections from the Canadian context. *Forum 21-European Journal on Child and Youth Research*, (Research No 4), p. 124-131.
- Montpetit, C. (2007). *Le point sur... l'effet de quartier. Synthèse des travaux menés par Paul Bernard, Rana Charafeddine, Katherine L.Frohlich, Yan Kestens et Louise Potvin*. Montréal : Centre Léa-Roback (Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). *Community engagement to improve health*. London : National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National institute for health and clinical excellence (2008). *Community engagement to improve health*. NICE Public Health Guidance.
- National Research Council and Institute of Medicine (2000). *From neurons to neighborhoods : The science of early childhood development*. Washington, D.C. National Academy Press.
- Ninacs, W. A. (2002). *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec*. Québec : Université Laval.
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., McDaid, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F. et collab. (2013). Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Research*, 1(4).

- OCDE (2012). *Petite enfance, grands défis III: Boîte à outils pour une éducation et des structures d'accueil de qualité*. OCDE.
- Olding, M. et Yip, A. (2014). *Policy Approaches to Post-Secondary Student Mental Health*. Toronto, ON : OCAD University & Ryerson University Campus Mental Health Partnership Project.
- Olds, D. L. (2003). Reducing program attrition in home visiting : what do we need to know? Invited commentary. *Child Abuse and Neglect*, 27, p. 359-361.
- Olds, D., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. et collab. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development : age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114, p. 1550-1559.
- Organisation mondiale de la Santé (2009). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*.
- Organisation mondiale de la Santé (2011). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la Santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé (2014). *La santé mentale : renforcer notre action. Aide-mémoire n° 220*. Centre des médias de l'OMS.
- Pampalon, R., Hamel, D., Alix, C., et Landry, M. (2013). *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec : rapport de recherche*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Papan, A. S. et Blow, B. (2012). *The food insecurity Obesity paradox as a vicious cycle for women : A qualitative study*. Halifax : Atlantic Centre of Excellence for Women's Health.
- Patterson, A. (2009). *Building the foundation for mental health and wellbeing : review of Australian and international mental health promotion, prevention and early intervention policy*. Tasmanie, Australie : State wide and Mental Health Services for the Department of Health and Human Services.
- Pillas, D., Marmot, M., Naicker, K., Goldblatt, P., Morrison, J., et Pikhart, H. (2014). Social inequalities in early childhood health and development : a European-wide systematic review. *Pediatric Research*, 76, p. 418-424.
- Pollett, H. (2007). *Mental health promotion : a literature Review*. Ottawa : Canadian Mental Health Association.
- Poulin, R., Beaumont, C., Blaya, C., et Frenette, É. (2015). Le climat scolaire: un point central pour expliquer la victimisation et la réussite scolaire. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 38(1), p. 1-23.
- Poulton, R. (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health : a life-course study. *Lancet*, 23(360), p. 1640-1645.
- Proulx, M. U., Brassard, D., DubéGeneviève, Bélanger, C., et Tremblay, J. (2009). *La créativité dans le soutien territorial à l'innovation au Québec. Le rôle des catalyseurs et des cercles de créativité*. Centre de recherche sur le développement territorial (CRDT)-UQAC.

- Raynault, M.-F., Tessier, S., et Thérien, F. (2015). *Pour des logements salubres et abordables : rapport du directeur de santé publique de Montréal 2015*. Montréal : Direction régionale de santé publique CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Robitaille, É. et Bergeron, p. (2013). *Accessibilité géographique aux commerces alimentaires au Québec : analyse de situation et perspectives d'interventions*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Robitaille, M. (2007). *Les métiers du développement local et régional au Québec : l'émergence de nouvelles compétences* (Rap. n° 9). Chaire de recherche du Canada en développement des collectivités (CRDC) et du Centre de recherche sur le développement territorial de l'Université du Québec en Outaouais.
- Ronsen, M. et Skarðhamar, T. (2009). Do welfare-to-work initiatives work? Evidence from an activation programme targeted at social assistance recipients in Norway. *Journal of European Social Policy*, 19(1), p. 61-77.
- Rowling, L. (2006). Adolescence and emerging adulthood (12-17 years and 18-24 years). Dans M. Cattan et S. Tilford (Éds), *Mental health promotion : a lifespan approach* (Vol. 5), (p. 100-136). Maidenhead, England : McGraw Hill/Open University Press.
- Roy, M. R., Fréchet, G., et Savard, F. (2008). *Le Québec, à l'avant-garde de la lutte contre la pauvreté au Canada* (Rap. n° 57). Options politiques, septembre 2008.
- Saint-Pierre, M. H. et Moisan, M. (2008). *Rapport d'évaluation de l'entente-cadre et des protocoles CLSC-CPE*. Ministère de la Famille et des Aînés.
- Samdal, O. et Rowling, L. (2011). Theoretical and empirical base for implementation components of health-promoting schools. *Health Education*, 111(5), p. 367-390.
- Santé Canada (2012). *Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages (MESAM)*.
- Saracho, O. N. et Spodek, B. (2007). Early childhood teachers' preparation and the quality of program outcomes. *Early Child Development and Care*, 177, p. 71-91.
- Schulenberg, J. E., Bryant, A. L., et O'Malley, P. M. (2004). Taking hold of some kind of life : how developmental tasks relate to trajectories of well-being during the transition to adulthood. *Development and Psychopathology*, 16, p. 1119-1140.
- Sénécal, G., Archambault, J. et Hamel, P. J. (2000). L'autoroute urbaine à Montréal: la cicatrice et sa réparation. Dans G. Sénécal et D. Saint-Laurent (Éds), *Les espaces dégradés : contraintes et conquêtes* (Vol. 7), (p. 123-145). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), p. 27.
- Simard, M., Tremblay, M. E., Lavoie, A., et Audet, N. (2013). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012: portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Simard, P., Bemazera, C., et Charland, M. (2014). *Le Dispositif participatif de caractérisation des communautés locales : évaluation d'implantation dans trois régions du Québec*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

- Simard, P., Riva, M., Leblanc, P., Philibert, M., et Parent, A.-A. (2015). Évaluation des effets de la Politique nationale de la ruralité sur la santé des ruraux et de leur communauté. Rapport de recherche - programme d'actions concertées. À paraître.
- Solar, O. et Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva : World Health Organization.
- St-Amour, N. et Bourque, M. A. (2013). *Conciliation travail-famille et santé. Le Québec peut-il s'inspirer des politiques gouvernementales mises en place dans d'autres pays*. Québec : Institut national de santé publique.
- St-Germain, L., ULYSSE, P. J., et Lesemann, F. (2007). *Pratiques et initiatives de lutte contre la pauvreté par le développement social intégré au Québec*. Montréal : Réseau québécois de développement social/Université de Montréal/INRS Urbanisation, Culture et Société.
- St.Leger, L., Young, I., Blanchard, C., et Perry, M. (2010). *Promoting health in schools from evidence to action*. Paris, France : Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé.
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen : WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).
- Tau Masinda, M. (2007). Littératie de la santé et éducation pour la santé : Que signifient ces termes dans le milieu francophone? *Promotion & education*, (1).
- Thapa, A., Cohen, J., Guffey, S., et Higgins-D'Alessandro, A. (2013). A review of school climate research. *Journal of Educational Research*.
- Tweddle, Anne, Battle, K., et Torjman, S. (2015). *Welfare in Canada, 2014. Canadian Social Report*. Ottawa : Caledon Institute of Social Policy.
- Ulysse, P.-J., Lesemann, F., Mendell, M., St-Germain, L., Hamel, M., et Bamogo, A. (2009). *Lutter contre la pauvreté et l'exclusion par une approche territoriale intégrée : identification des facteurs et conditions favorisant la sortie de la pauvreté. Une étude comparative de trois communautés territoriales. Rapport de recherche- programme actions concertées*. CÉPE, MESS, MAMROT, MSSS, Fondation Lucie et André Chagnon, SHQ, FQRSC.
- University's Wellbeing Advisory Group (2010). *Guidance on promoting mental health and wellbeing*. The University of Birmingham.
- Van Nieuwenhuyse, H. et Dumas, M.-È. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de service sociaux 2012. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être.
- Vézina, M., CLOUTIER, E., STOCK, S., LIPPEL, K., Fortin, É., Delisle, A. et collab. (2011a). *Enquête québécoise sur des conditions de travail d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTSST)* (Rap. n° R-691). Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail; Institut national de santé publique du Québec; Institut de la statistique du Québec.

- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A. et collab. (2011b). *Enquête québécoise sur des conditions de travail d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTSST) : sommaire*. Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec.
- Wallerstein, N. B., Yen, I. H., et Syme, S. L. (2011). Integration of social epidemiology and community-engaged interventions to improve health equity. *American journal of public health*, 101(5), p. 822.
- White, D. (2011). *Vers une politique saine d'activation : L'impact sur la santé et bien-être des prestataires d'aide sociale de l'intégration des services de sécurité du revenu et d'employabilité*. Montréal : Université de Montréal.
- WHO (2013). *Health literacy. The solid facts*. World Health Organization Europe.
- WHO (2015). *World report on ageing and health*.
- World Health Organization et Calouste Gulbenkian Foundation (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva : World Health Organization.
- World Health Organization et International Longevity Centre-Uk (2014). *A Life Course Approach to Health*. Genève : World Health Organization.
- World Health Organization et London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010). *Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Annexe 1

**Tableau des enjeux sur lesquels
l'INSPQ souhaite attirer l'attention**

Tableau 1 Orientation 1 : Prévenir la pauvreté et l'exclusion sociale en favorisant le développement du potentiel des personnes

Enjeux identifiés dans le document de consultation	Enjeux ajoutés par l'INSPQ
Amélioration de l'accès à des services éducatifs de qualité dès la petite enfance pour des familles à faible revenu Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : ■ Poursuivre et renforcer la mise en place de services de garde de type CPE : ■ En assurer l'accès aux enfants issus de familles à faible niveau socioéconomique ■ S'assurer de la qualité des milieux en améliorant le niveau de qualification du personnel; ■ Plusieurs pays de l'OCDE vont dans ce sens : par exemple, l'Australie a établi des normes de formation professionnelle uniformes et cohérentes à l'échelle nationale. En Finlande, le nombre de jours de formation continue requis par an varie de 3 à 10 jours selon le niveau de formation initiale. D'autres pays tentent de réglementer les services offerts (privé, familiaux) avec autant de rigueur que ceux du secteur public, dont l'Angleterre, la communauté française de Belgique, la Finlande et la Flandre.	Consolidation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les familles défavorisées Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : ■ Par exemple le programme américain <i>Nurse-Family Partnership</i>, reconnu internationalement, démontre des effets bénéfiques; ■ Poursuivre les démarches entreprises pour consolider les SIPPE afin d'en assurer l'accès, l'intensité et la durée requis en s'appuyant sur les pistes d'amélioration déjà identifiées par les experts.
Amélioration de la persévérance scolaire pour les jeunes issus des milieux défavorisés Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : ■ Mettre en place au palier local un continuum de services intégrés par l'ensemble des organisations offrant des services de santé et des services sociaux, ainsi que de l'aide au cheminement scolaire; ■ Dans la continuité de l'approche École en santé, implanter des approches globales et intégrées, telles que les <i>Healthy Campus</i> ou les <i>Healthy Universities</i> dans les établissements postsecondaires (cégeps, formations professionnelles et aux adultes).	
Réduction des obstacles à la participation sociale Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : ■ Soutenir des politiques sociales et des institutions pouvant avoir un impact sur les opportunités qui permettent tant aux jeunes qu'aux personnes plus âgées de choisir leur propre voie et de faire face aux situations de vie changeantes; ■ Stimuler l'engagement des acteurs des communautés locales dans le déploiement de programmes et d'actions favorisant la participation sociale des adultes.	

Tableau 2 Orientation 2 : Renforcer le filet de sécurité sociale et économique

Enjeux identifiés dans le document de consultation	Enjeux ajoutés par l'INSPQ
Amélioration de l'accès à un logement de qualité à un coût raisonnable Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : ■ Accroître l'accès au logement subventionné et aux coopératives d'habitation; ■ Par exemple la Stratégie nationale de logement du Pays-de-Galles <i>Homes in Wales</i> qui, en plus d'offrir plus de logements adéquats et plus de choix, vise aussi à améliorer les services et le soutien lié au logement, particulièrement pour les personnes vulnérables ou les groupes minoritaires; ■ + une norme gouvernementale de qualité sur la santé, la <i>Welsh Housing Quality Standard</i>, à laquelle tous les propriétaires de logements sociaux doivent se conformer.	Amélioration de la mobilité des personnes à faible revenu Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : ■ Tenir compte des impacts possibles sur les populations défavorisées des développements dans les transports tant collectifs qu'individuels ou actifs, notamment en ayant recours à l'EIS; ■ Mettre en place une tarification sociale des titres de transport en commun ou permettre aux personnes à faible revenu d'acheter des abonnements mensuels à l'aide de versements hebdomadaires; ■ Adopter des politiques d'apaisement de la circulation qui donnent la priorité aux projets dans les quartiers plus défavorisés;
Amélioration de la sécurité alimentaire des personnes Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : ■ Encourager et soutenir les commerçants locaux qui souhaitent améliorer la qualité de l'offre alimentaire dans leur commerce; ■ Favoriser l'accès aux produits ou surplus des producteurs locaux; ■ Augmenter l'offre des services alimentaires collectifs (cuisines collectives, coopératives alimentaires).	
Amélioration de l'accès aux soins et services en santé Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : ■ Prendre en compte systématiquement l'impact des politiques publiques sur l'accès aux services pour les personnes vulnérables; ■ Assurer un suivi systématique des indicateurs d'équité d'accès dans le monitoring de la performance du système de santé et de services sociaux; ■ Faciliter, pour les personnes de différents niveaux de littératie en santé, la navigation dans le système de soins, la compréhension, l'utilisation des informations et des services pour prendre soin de leur santé; ■ Intégrer dans des interventions générales auprès des clientèles dont les compétences en littératie et numératie sont limitées des interventions touchant une amélioration de la littératie en santé.	

Tableau 3 Orientation 3 : Favoriser l'accès à l'emploi et valoriser le travail

	Enjeux identifiés dans le document de consultation	Enjeux ajoutés par l'INSPQ
Pour les personnes qui ne sont pas en emploi	Amélioration des politiques d'activation visant à réduire le chômage et le non-emploi Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : - Renforcer certains aspects des programmes d'activation, comme la qualité du suivi des personnes, une approche habilitante plutôt que contraignante et certaines conditions de mise en œuvre, par exemple avec des partenariats entre les secteurs public et communautaire, le caractère motivant de la relation d'aide (plutôt que punitif) que le programme d'activation met en place et la cohérence dans les prestations et les services; - S'assurer que l'appui financier consenti dans le cadre des programmes d'activation permet aux bénéficiaires de faire face à leurs besoins matériels et que les personnes qui ne réussissent pas à répondre aux exigences de ces programmes reçoivent également un appui financier qui leur permet de faire face à leurs besoins matériels de base; - Réinstaurer un programme d'activation visant particulièrement les jeunes, de type Alternatives Jeunesse.	
Pour les personnes qui sont en emploi	Amélioration de la conciliation travail-famille (CTF) Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : - Renforcer le RQAP en le rendant plus flexible, notamment par un congé étalé sur une plus longue période, un congé de paternité allongé et la possibilité de retourner au travail à temps partiel; - Assurer l'accès à des services de garde pour favoriser le retour des femmes sur le marché du travail ou leur maintien en emploi; - Inclure des aménagements en lien avec la CTF à la législation des normes du travail (voir ci-contre) : par exemple, augmenter le nombre de jours de vacances annuelles et de congés rémunérés pour responsabilités familiales et augmenter la flexibilité de l'aménagement du temps et du lieu de travail.	Amélioration de la qualité des emplois et des conditions d'emploi et de travail, particulièrement dans les secteurs d'emploi occupés par les personnes à faible revenu Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : - Améliorer la Loi québécoise sur les normes du travail afin de couvrir toutes les catégories d'emploi, et d'améliorer les conditions d'emploi pour réduire la précarité, assurer une rémunération correcte et permettre la conciliation du travail avec les autres demandes de la vie. Amélioration dans tous les secteurs d'emploi des conditions de santé et sécurité, afin de réduire les altérations à la santé attribuables au travail Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : - Appliquer la LSST dans tous les secteurs d'emploi, possiblement en priorisant les secteurs qui regroupent les personnes à faible revenu qui cumulent certains risques.

Tableau 4 Orientation 4 : Favoriser l'engagement de l'ensemble de la société

Enjeux identifiés dans le document de consultation	Enjeux ajoutés par l'INSPQ
Soutien aux communautés devant relever un défi de revitalisation Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : ■ Structurer les stratégies de lutte à la pauvreté et à l'exclusion en fonction de territoires locaux, mieux à même de générer des processus de participation citoyenne, de mobilisation des ressources et de partenariat. Assurer la disponibilité et l'accès à des données à une échelle locale et supra-locale et fournir un soutien pour leur exploitation, dont les grands fichiers administratifs : ■ Introduire plus de souplesse dans la mise en œuvre des approches par programme et permettre une meilleure articulation de ces programmes avec les particularités de chaque territoire, en lien avec les structures où résident les pouvoirs de décisions politiques et les administrations locales (municipalités, MRC, commissions scolaires, CLE, etc.); ■ Favoriser le développement des compétences des gestionnaires publics pour utiliser les différents types de savoirs pour l'accompagnement d'initiatives locales et pour le soutien aux interventions et services contribuant à la réduction de la pauvreté et de l'exclusion à travers une variété de situations professionnelle.	Maintien de l'engagement des organisations et des citoyens dans le contexte de transformation récente de l'organisation locale et supra-locale Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : ■ Préciser les mesures visant les municipalités garantissant à toute la population québécoise les leviers permettant d'agir sur les facteurs qui déterminent la pauvreté et l'exclusion; ■ Développer les capacités des municipalités et des MRC par la présence d'instances ou d'intervenants (polyvalents et présents dans les communautés, et ce, surtout dans les petites municipalités et les milieux les plus dévitalisés) à même : ■ de soutenir les initiatives des communautés; ■ de faciliter les apprentissages méthodiques, la mobilisation et la participation active des partenaires et des citoyens ainsi que l'organisation des efforts de la communauté; ■ d'assurer une expertise en développement local qui permet de dépasser les enjeux politiques à court terme.
Amélioration de la participation des personnes en situation de pauvreté à leurs milieux de vie Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : ■ Inclure dans les stratégies locales de lutte à la pauvreté et à l'exclusion des mesures pour faciliter l'engagement des citoyens dans les étapes de définition des activités, dans la façon dont le pouvoir est partagé (prise de décision, distribution des ressources, définition des objectifs et résultats); ■ Prévoir des mesures permettant à diverses communautés et populations d'être représentées; ■ Mener des activités de sensibilisation et de formation de la population à la participation et offrir de l'aide aux citoyens en situation de pauvreté et d'exclusion à jouir de leurs droits et assumer leurs devoirs vis-à-vis de la société; ■ Accompagner les citoyens dans la mise en œuvre des projets et la gestion des enjeux qui y sont rattachés; ■ Prévoir la mobilisation de la communauté en vue de la réduction de la stigmatisation des personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale et de l'élimination des préjugés à leur égard.	

Tableau 5 Orientation 5 : Assurer, à tous les niveaux, la constance et la cohérence des actions

Enjeux identifiés dans le document de consultation	Enjeux ajoutés par l'INSPQ
Amélioration de la cohérence des actions à tous les niveaux et dans différents domaines d'intervention en matière de lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale et les ISS Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration Pour la gouvernance intersectorielle : ■ Valoriser davantage au sein de l'appareil intragouvernemental les trois leviers de gouvernance intersectorielle dont dispose le Québec (l'article 19 de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale [2002], l'article 54 de la Loi sur la santé publique [2001], la Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013); ■ Renforcer l'utilisation de l'EIS au Québec. Pour une gouvernance partagée au niveau local : ■ Dépasser la gestion hiérarchique et l'application normative de programmes; ■ Assurer la participation d'un ensemble d'acteurs issus de secteurs différents; ■ Maintenir une communication régulière et ouverte entre les nombreux acteurs; ■ Reposer sur des conditions permettant la participation des citoyens à la gouvernance. Pour éviter l'hyperconcertation : ■ Dépasser le découpage par problème ou par groupe cible afin d'œuvrer à une plus grande cohésion entre les concertations; ■ Réaliser l'inventaire des politiques et des programmes misant sur la mobilisation des communautés et harmoniser leurs exigences (pour la planification, la reddition de comptes ou l'évaluation); ■ Élaborer des solutions à l'hyperconcertation avec la participation des acteurs concernés; ■ Documenter et soutenir, par des activités de partage de connaissances, les processus des communautés permettant de dégager une plus grande efficacité collective des concertations associées à la réduction de la pauvreté et de l'exclusion.	Développement et partage des connaissances sur la pauvreté et les ISS ainsi que sur l'efficacité des interventions à l'égard des ces enjeux Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : ■ Pour assurer la pérennité du système de suivi systématique des ISS qui sera mis en place et faciliter le suivi des ISS, le gouvernement du Québec devrait réunir certaines conditions de succès : ■ Avoir une équipe permanente affectée au suivi des ISS et des déterminants sociaux de la santé; ■ Avoir un meilleur accès aux banques de données (enquêtes de santé, données sur les revenus, données sur les habitations à loyer modique [HLM], jumelage de banques de données, etc.); ■ Suivre de près les recommandations du CEPE.

Enjeux identifiés dans le document de consultation	Enjeux ajoutés par l'INSPQ
	Reddition de compte adéquate de la performance collective des actions conjointes Exemples de bonnes pratiques/pistes d'amélioration : ■ Développer avec les partenaires intéressés une méthode de reddition de comptes portant sur les interventions conjointes et les différentes mesures de coordination mises en place; ■ Définir avec les partenaires et en fonction de la littérature, des indicateurs de processus et de résultats convenant mieux aux caractéristiques des interventions conjointes (interministérielles, initiatives des communautés, etc.); ■ Expérimenter ces indicateurs avec les partenaires et les communautés; ■ Développer des outils pour faciliter l'homogénéité de compréhension, d'utilisation des indicateurs et de la collecte d'informations. Documenter de manière standardisée (contexte de réalisation, gouvernance, soutien offert, qualité des opérations et des processus, résultats) le déploiement des actions.

www.inspq.qc.ca

