



UNIVERSITÉ  
**LAV**AL

Faculté de médecine  
Département de médecine sociale et préventive

**Mémoire de professeurs du  
Département de médecine sociale et préventive  
de la Faculté de médecine de l'Université Laval**

Mémoire déposé dans le cadre de la consultation publique  
préalable à l'élaboration du troisième plan d'action  
gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et  
l'exclusion sociale au Québec

29 janvier 2016

Le présent mémoire soumis au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale dans le cadre de la consultation publique préalable à l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale a été réalisé par des professeurs du Département de médecine sociale et préventive (DMSP) de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

### **Recherche et rédaction**

- Shelley-Rose Hyppolite  
Professeure adjointe au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval  
Médecin conseil à la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

### **Révision linguistique et mise en page**

- Francine Thivierge  
Secrétaire de gestion au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval

### **Contribution et cosignataires**

- Michel Alary, MD, PhD  
Professeur titulaire au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval  
Directeur, Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé,  
Centre de recherche du CHU de Québec - Université Laval
- Yv Bonnier-Viger  
Professeur agrégé au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval
- Chantal Brisson, PhD  
Professeure titulaire au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval
- Alexandre Bureau  
Professeur agrégé au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval
- Gaston De Serres, MD, PhD.  
Professeur titulaire au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval
- Caroline Diorio  
Professeure agrégée au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval
- Pierre J. Durand MD, MSc, FRCP, CSPQ, CMFC  
Directeur par intérim au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval  
Directeur de la Direction de l'imputabilité sociale et du professionnalisme  
Directeur scientifique du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec - CHU de Québec

- Christopher Fletcher, PhD  
Professeur agrégé au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval
  
- Jacques E. Girard  
Directeur de la Direction en santé mondiale de la Faculté de médecine de l'Université Laval  
Professeur retraité
  
- Slim Haddad  
Professeur titulaire au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval
  
- Denis Laliberté  
Professeur agrégé au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval  
Médecin conseil en santé au travail à la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
  
- Patrick Levallois  
Professeur titulaire au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval
  
- Michel Lucas  
Professeur adjoint au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval  
Chercheur, CRCHU de Québec-Université Laval
  
- Denis Talbot  
Professeur adjoint au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval
  
- André Tourigny  
Professeur agrégé au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval
  
- Michel Vézina  
Professeur titulaire au DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval  
Conseiller médical à l'INSPQ

# Table des matières

Résumé.....	4
Sommaire des recommandations.....	5
1. Mission et expertise du Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval.....	7
2. Contexte de la consultation publique.....	7
3. Évolution du taux de faible revenu depuis l'adoption de la <i>Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale</i> et tendance des inégalités de revenu au Québec.....	8
4. Liens entre pauvreté, statut socioéconomique et santé .....	10
5. Conséquences de la pauvreté et du faible statut socioéconomique sur la santé.....	11
6. Plaidoyer pour des actions en amont de la pauvreté .....	12
7. Recommandations en lien avec les orientations du prochain plan d'action gouvernemental .....	13
Conclusion.....	21
Références .....	22

## Résumé

Force est de constater que malgré l'adoption de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, la *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, les deux premiers plans d'action gouvernementaux en la matière et certaines évolutions favorables chez certains groupes de la population, le taux de faible revenu pour l'ensemble de la population est demeuré presque identique entre 2002 et 2011. En effet, il est passé de 10,8% à 10,7% durant cette période, même s'il avait connu une baisse plus marquée en 2007. Par ailleurs, on constate des taux de pauvreté alarmants pour les familles monoparentales et une hausse importante chez les personnes seules.

Dans l'ensemble du Canada, l'augmentation des inégalités de revenus reflète à la fois la hausse des inégalités de revenus liées au travail et l'affaiblissement des mesures redistributives de la richesse collective. Au Québec, même si l'effet de redistribution de l'impôt s'est amélioré dans les années 1990, cet effet n'a pas suffi à compenser l'augmentation des inégalités de revenus.

Au sein de la population, on observe des écarts d'état de santé importants entre les groupes socioéconomiques au Québec et même dans les régions les plus favorisées sur le plan économique. Ces écarts d'état de santé ne résultent pas de facteurs héréditaires ou biologiques. Les habitudes de vie délétères n'expliquent quant à elles que partiellement les écarts observés. Ces écarts d'état de santé ou inégalités sociales de santé résultent des inégalités sociales présentes dans nos sociétés.

Les conséquences de la pauvreté et des inégalités sociales sur l'état de santé de la population ne sont pas banales. Au contraire, la pauvreté et les inégalités sociales entraînent des maladies physiques, des maladies mentales, des incapacités et des morts prématurés. L'une des conséquences majeures de la pauvreté et du faible statut socioéconomique est l'exclusion sociale que vivent les personnes touchées limitant leur accès aux richesses, aux ressources, aux réseaux sociaux et à la reconnaissance. Elle touche particulièrement les personnes en situation de pauvreté, les personnes en situation d'itinérance, les personnes en dynamique prostitutionnelle, les utilisateurs de drogues, les immigrants, les personnes réfugiées, les Autochtones, les personnes ayant une limitation fonctionnelle physique, les personnes ayant une limitation fonctionnelle intellectuelle, les personnes ayant un problème de santé mentale, les personnes faisant partie de la diversité sexuelle.

Parmi les mesures judicieuses pour améliorer la santé des personnes en situation de pauvreté ou qui vivent de l'exclusion sociale, il est reconnu qu'il faut agir en amont de la pauvreté et mettre l'accent sur les causes plutôt que sur les conséquences. Il est nécessaire d'agir sur la répartition de la richesse, faire en sorte de réduire les inégalités sociales et améliorer les conditions de vie de tous les citoyens en visant une société plus juste et solidaire.

Les professeurs du Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval contribuent par leurs diverses fonctions à l'amélioration de la santé de la population. Les inégalités sociales et la pauvreté ayant une influence majeure sur l'état de santé de la population, des membres du département répondent à l'appel lancé par le gouvernement à participer à la consultation publique préalable à l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et souhaitent ainsi partager leurs recommandations en lien avec les cinq orientations de la *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*.

# Sommaire des recommandations

## **ORIENTATION 1 : Prévenir la pauvreté et l'exclusion sociale en favorisant le développement du potentiel des personnes**

---

- **Recommandation 1.1** : Accroître et faciliter l'accès physique et économique à des services éducatifs de qualité au sein des Centres de la petite enfance pour toutes les familles et notamment pour celles à faible revenu
- **Recommandation 1.2** : Favoriser la réussite et la persévérance scolaire des services éducatifs de la petite enfance à l'université

## **ORIENTATION 2 : Renforcer le filet de sécurité sociale et économique**

---

- **Recommandation 2.1** : Adopter une fiscalité plus progressive
- **Recommandation 2.2** : Garantir un soutien financier minimal assurant un revenu disponible nécessaire pour couvrir les besoins de base établis par la Mesure du panier de consommation et indexé annuellement
- **Recommandation 2.3** : Mettre sur pied un groupe d'étude chargé d'examiner et de documenter les expériences menées sur l'allocation universelle de base
- **Recommandation 2.4** : Poursuivre l'augmentation du salaire minimum afin d'éviter le travail qui maintient les travailleurs dans la pauvreté et renforcer les normes minimales de travail
- **Recommandation 2.5** : Assurer l'accès à un logement abordable, salubre et de qualité pour tous, notamment en développant le logement social et coopératif
- **Recommandation 2.6** : Améliorer l'accès économique et physique aux transports collectifs, notamment aux personnes à faible revenu et aux personnes ayant une limitation fonctionnelle physique
- **Recommandation 2.7** : Assurer l'universalité et la gratuité des programmes sociaux et des services de santé et réduire les obstacles d'accès qu'ils soient économiques, physiques ou culturels pour les personnes à faible revenu et marginalisées

## **ORIENTATION 3 : Favoriser l'accès à l'emploi et valoriser le travail**

---

- **Recommandation 3.1** : Favoriser l'accès à des emplois de qualité pour tous

## **ORIENTATION 4 : Favoriser l'engagement de l'ensemble de la société**

---

- **Recommandation 4.1** : Mener des actions visant la lutte aux préjugés envers les personnes en situation de pauvreté et qui vivent de l'exclusion sociale

- **Recommandation 4.2** : Soutenir les initiatives de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale aux niveaux régional et local

### **ORIENTATION 5 : Assurer la constance et la cohérence des actions à tous les niveaux**

---

- **Recommandation 5.1** : Assurer la mise en place d'un mécanisme de suivi de la clause d'impact inscrite dans la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*
- **Recommandation 5.2** : Investir les ressources et les moyens nécessaires pour réduire la pauvreté

# 1. Mission et expertise du Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval

Le Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval possède une vaste expertise multidisciplinaire dans le domaine de la santé des populations. Créé en 1971, ce département a joué un rôle majeur dans l'essor de la santé publique au Québec et au Canada.

La mission du Département de médecine sociale et préventive est de contribuer à l'amélioration de la santé des populations par la formation de professionnels, de chercheurs, de gestionnaires et de décideurs et par le développement de connaissances sur la santé, ses déterminants, les interventions et les politiques efficaces. L'accent est mis sur la connaissance de l'état de santé des populations et de ses déterminants, la promotion de la santé, la prévention des maladies, des traumatismes et de la mortalité prématurée et, la recherche d'une plus grande équité sociale en matière de santé.

C'est au regard de son expertise en santé des populations que des membres du Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval partagent leurs recommandations sur le prochain plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

## 2. Contexte de la consultation publique

Le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale lance une consultation publique en vue d'élaborer son prochain plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale. Il s'agit du troisième plan gouvernemental en la matière depuis la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* adoptée en 2002 à l'unanimité par l'Assemblée nationale. Cette loi vise à combattre la pauvreté, en prévenir les causes, en atténuer les effets sur les individus et les familles, à contrer l'exclusion sociale et à tendre vers un Québec sans pauvreté. La pauvreté y est définie comme « *la condition dans laquelle se trouve un être humain qui est privé des ressources, des moyens, des choix et du pouvoir nécessaires pour acquérir et maintenir son autonomie économique ou pour favoriser son intégration et sa participation à la société* » (Gouvernement du Québec, 2002).

La loi institue une *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* qui s'articule autour des cinq orientations suivantes :

- Prévenir la pauvreté et l'exclusion sociale en favorisant le développement du potentiel des personnes;
- Renforcer le filet de sécurité sociale et économique;



- Favoriser l'accès à l'emploi et valoriser le travail;
- Favoriser l'engagement de l'ensemble de la société;
- Assurer à tous les niveaux la constance et la cohérence des actions.

### **3. Évolution du taux de faible revenu depuis l'adoption de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* et tendance des inégalités de revenu au Québec**

#### ***Au regard du taux de faible revenu***

L'état de situation 2013 du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE) rassemble les données les plus à jour sur la pauvreté et les inégalités au Québec. Depuis l'adoption de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* en 2002, l'implantation du premier plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en 2004 dont les mesures financières sont entrées en vigueur en janvier 2005 (CEPE, 2014), les changements les plus favorables pour l'ensemble du Québec sont :

- Le taux de faible revenu selon la mesure du panier de consommation (MPC) a baissé chez les personnes dans les familles monoparentales. Entre 2002 et 2011, il est passé de 32,4% à 28,9%.
- Le taux de faible revenu des personnes vivant dans des familles biparentales avec enfants a diminué entre 2002 et 2011, passant de 6,1% à 5,3%.
- Le taux de faible revenu des enfants a baissé de 11,6% à 10,7% entre 2002 et 2011.

Malgré ces évolutions favorables chez certains groupes de la population, le taux de faible revenu pour l'ensemble de la population est demeuré presque identique entre 2002 et 2011. En effet, il est passé de 10,8% à 10,7% durant cette période, même s'il avait connu une baisse plus marquée en 2007 atteignant 8,3%. Par ailleurs, on constate des taux de pauvreté alarmants pour les familles monoparentales et une hausse chez les personnes seules et les personnes âgées :

- Entre 2002 et 2011, même si le taux de faible revenu chez les personnes dans les familles monoparentales a diminué de 32,4% à 28,9%, il demeure très élevé.
- Loin de s'améliorer entre 2002 et 2011, le taux de faible revenu chez les personnes seules a grimpé de 23,2% à 27,1%.
- Bien qu'il soit faible, le taux de faible revenu chez les personnes âgées est à la hausse depuis 2002. Il est passé de 1,5% à 5,6% entre 2002 et 2011.

### ***Au regard des inégalités de revenu***

On note une augmentation des inégalités de revenu au cours des trente dernières années dans la plupart des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), tout comme à l'échelle planétaire (OCDE, 2015). En 2015, il a été établi que 1% de la population détenait désormais 50% des richesses mondiales (Crédit Suisse, 2015; OXFAM, 2015). Depuis les années 1970, on assiste à une hausse importante des inégalités de revenus du travail et une hausse encore plus marquée des inégalités de revenus du capital (Piketty, 2013). Le Canada et le Québec n'échappent pas à cette tendance d'accroissement des inégalités (CEPE, 2014; OCDE, 2015). Les inégalités de revenus y ont augmenté de manière importante et significative dans les années 1990 et ont plutôt stagné dans les années 2000 (Crespo et Rheault, 2014). Dans l'ensemble du Canada, l'augmentation des inégalités de revenus reflètent à la fois la hausse des inégalités de revenu marchand (avant impôts et prestations) et l'affaiblissement des mesures redistributives de la richesse collective par les impôts et les prestations sociales (CEPE, 2014; OCDE, 2015b). Au Québec, même si l'effet de redistribution de l'impôt s'est amélioré dans les années 1990, cet effet n'a pas suffi à compenser l'augmentation des inégalités de revenus (Crespo et Rheault, 2014). Au Québec, le revenu moyen du quintile le plus riche avant transferts et impôts en 1990 était 11,6 fois plus élevé que celui du quintile le plus pauvre et, en 2011, il était 13,7 fois plus élevé (Crespo et Rheault, 2014). Après transferts et impôts, le revenu moyen du quintile le plus riche était 4,2 fois plus élevé que le quintile le plus pauvre en 1990 et 4,6 fois plus élevé en 2011 (Crespo et Rheault, 2014).

### ***Analyse d'ensemble***

Force est de constater que malgré l'adoption de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, la *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* et les deux premiers plans d'action gouvernementaux en la matière, le taux de faible revenu n'a pas reculé au Québec entre 2002 et 2011. Une baisse avait été amorcée entre 2002 et 2007, mais depuis la crise économique, le taux a augmenté à nouveau (CEPE, 2014). Ainsi, en 2011 au Québec, 842 000 personnes vivaient dans une situation de faible revenu (selon la MPC), soit 362 000 personnes seules, 142 000 familles biparentales avec enfants, 143 000 familles monoparentales et 195 000 couples sans enfants (CEPE, 2014). Autrement dit, en 2011 au Québec, une personne sur dix vivait avec un faible revenu, dans un contexte où les inégalités sociales en termes de revenu progressent.

Entre 2002 et 2011, on note une diminution des taux de faible revenu principalement dans les familles biparentales et monoparentales avec enfants reflétant les avancées en matière de politiques familiales et les moyens plus importants pour lutter contre la pauvreté des familles avec enfants, laissant toutefois derrière les personnes seules et les couples sans enfants (CEPE, 2014). Malgré ces améliorations, les familles monoparentales demeurent les personnes les plus touchées par le faible revenu, affectant près d'une personne sur trois. Et loin de s'améliorer, le taux de faible revenu chez les personnes seules a augmenté et elles constituent le second groupe le plus touché. Près d'une personne seule sur trois au Québec vit aussi avec un faible revenu.

## 4. Liens entre pauvreté, statut socioéconomique et santé

L'état de santé d'un individu est lié à de multiples facteurs. Il y a l'âge, le sexe et les facteurs héréditaires. On note ensuite les comportements et les habitudes de vie. Puis on retrouve les conditions de vie matérielles et sociales comme le milieu familial, l'éducation, les conditions de logement, le milieu de travail, l'environnement physique et social du milieu local, l'accès aux services essentiels. Ces conditions de vie ont une forte influence sur les comportements et les habitudes de vie des personnes. Enfin, il y a le contexte social, économique, politique et culturel présent dans l'ensemble de la société aux niveaux local, régional, provincial, national et mondial qui influence les conditions de vie matérielles et sociales des individus. L'état de santé d'une personne est bien la résultante des interactions et des influences multiples de ces déterminants dès le plus jeune âge et tout au cours de la vie.

Parmi l'ensemble de ces déterminants, la pauvreté est reconnue comme un déterminant majeur de l'état de santé. Le revenu est d'ailleurs un excellent prédicteur de l'incidence de plusieurs maladies et de la mortalité prématurée (Raphael, 2009). Au Québec, le troisième rapport du Directeur national de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur l'état de santé de la population montrait clairement les liens qui existent entre la pauvreté chez les jeunes et ses effets sur la santé tout au cours de la vie (MSSS, 2007).

Par ailleurs, on observe des écarts d'état de santé importants au sein de la population entre les groupes socioéconomiques. Plusieurs travaux menés par le MSSS, l'Institut national de santé publique du Québec et par des directions régionales de santé publique, notamment celles de Montréal et de la Capitale-Nationale ont documenté ces écarts (Direction de santé publique-Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1997; MSSS, 2007; Pampalon, et al., 2008; INSPQ, 2008; Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011; Hyppolite, 2012). À titre d'exemple, il existe un écart d'espérance de vie de plus de sept ans entre les hommes qui habitent les territoires les plus favorisés et les moins favorisés de la Capitale-Nationale (Hyppolite, 2012). Ces écarts d'état de santé ne résultent pas de facteurs héréditaires ou biologiques. Les habitudes de vie délétères n'expliquent quant à eux que partiellement les écarts observés. Ces écarts d'état de santé ou inégalités sociales de santé résultent des inégalités sociales présentes dans les sociétés (Wilkinson, 1996; Marmot et Wilkinson, 1999 et 2006; Fassin et al., 2000; De Koninck et Fassin, 2004; Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008). En effet, le statut socioéconomique influence grandement les conditions de vie qui vont à leur tour avoir une influence sur l'état de santé.

## **5. Conséquences de la pauvreté et du faible statut socioéconomique sur la santé**

Depuis plusieurs décennies, les impacts des inégalités sociales sur la santé sont largement décrits dans la littérature scientifique. Les inégalités sociales entraînent des maladies physiques, des maladies mentales, des incapacités et des morts prématurés. Comme le concluait la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé en 2008, les inégalités sociales rendent malades et tuent (CDSS, 2008). Au Québec, le cinquième rapport du Directeur national de santé publique réaffirme que les conditions socioéconomiques constituent un déterminant important de la santé (MSSS, 2011). Le statut socioéconomique est lié à la santé non seulement à travers les effets directs sur la santé physique que peuvent entraîner des conditions matérielles difficiles, mais aussi par les effets liés aux expériences que vivent les personnes ayant un statut socioéconomique inférieur qui sont associées à des processus d'exclusion et de stigmatisation sociales (Wilkinson, 2006).

Le statut socioéconomique des personnes est souvent déterminé sur la base de leur revenu, de leur emploi et de leur scolarité. Il ne faut toutefois pas oublier d'autres critères qui peuvent aussi influencer la position sociale des personnes et leur statut socioéconomique comme le sexe, l'origine ethnique, la présence de limitations fonctionnelles physiques, la présence de limitations fonctionnelles intellectuelle ou encore l'orientation sexuelle.

Selon leur statut socioéconomique, les personnes n'auront pas la même capacité d'accéder au pouvoir et aux ressources en raison notamment de différents processus d'exclusion sociale qui s'exercent principalement sur les groupes les moins privilégiés. Des études montrent que les personnes en situation de pauvreté ou ayant un faible statut socioéconomique subissent de l'exclusion sociale dans différents milieux sociaux comme la famille, le milieu scolaire, le milieu de travail, les commerces, les services publics, etc. (Hyppolite, 2012). Ces processus d'exclusion sociale limitent les possibilités de participer à la vie publique, d'exprimer ses besoins et de voir ses intérêts pris en compte (exclusion sur le plan politique), limitent l'accès aux diverses ressources économiques nécessaires pour vivre (exclusion sur le plan économique), limitent les opportunités de bénéficier de relations de soutien et de solidarité (exclusion sur le plan social) et limitent aussi la possibilité de vivre selon des valeurs ou des normes différentes de celles qui prévalent dans la société où elles vivent (exclusion sur le plan culturel) (Popay et al., 2008). En somme, une des conséquences majeures de la pauvreté ou du faible statut socioéconomique est l'exclusion sociale que vivent les personnes touchées limitant leur accès aux richesses, aux ressources, aux réseaux sociaux et à la reconnaissance (Popay et al., 2008). L'exclusion sociale ne se restreint pas à une mise à l'écart. L'exclusion est souvent liée à des situations d'abus de pouvoir et de violence par différentes personnes dans différents milieux sociaux à l'égard des personnes en situation de pauvreté ou marginalisées (Hyppolite, 2012).

Les inégalités sociales de santé sont le reflet des inégalités sociales, de la pauvreté et des processus d'exclusion sociale qui sont à l'œuvre dans une société (Koninck et Fassin, 2004, Hyppolite, 2012). Les inégalités sociales de santé affectent la société dans son ensemble, mais de manière plus marquée les citoyens que l'on situe au bas

de l'échelle sociale. Elles touchent particulièrement les personnes en situation de pauvreté, les personnes en situation d'itinérance, les personnes en dynamique prostitutionnelle, les utilisateurs de drogues, les immigrants, les personnes réfugiées, les Autochtones, les personnes ayant une limitation fonctionnelle physique, les personnes ayant une limitation fonctionnelle intellectuelle, les personnes ayant un problème de santé mentale, les personnes faisant partie de la diversité sexuelle (Hyppolite, 2012a et 2012b). Les conséquences de la pauvreté et des inégalités sociales sont larges et profondes. Dans le domaine de la santé, elles se répercutent dans pratiquement tous les indicateurs socio-sanitaires disponibles en termes de maladies physiques, de maladies mentales, d'incapacités et de morts prématurées.

## **6. Plaidoyer pour des actions en amont de la pauvreté**

Les conséquences de la pauvreté et des inégalités sociales sur l'état de santé sont jugées injustes, car elles touchent les personnes les moins nanties de notre société entraînant pour elles un double fardeau (Kawachi et al., 2002; Braveman et Gruskin, 2003; Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008). Pourtant, ces conséquences sont évitables par des mesures judicieuses (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008), car les inégalités sociales résultent largement des choix politiques et économiques que nous faisons et qui déterminent la façon dont nous répartissons notre richesse collective ainsi que les conditions de vie des personnes les plus aisées et les moins nanties de notre société.

Il n'est pas rare de voir certains groupes de la population adopter une perspective très individualisée des problèmes de santé qui touchent les personnes en situation de pauvreté ou marginalisées. Dans cette perspective, les problèmes de santé de ces personnes résulteraient largement de mauvaises décisions de leur part, de mauvaises habitudes de vie ou d'un manque de volonté d'adopter des comportements sains. Ce positionnement est très réducteur et tend à responsabiliser les personnes au regard de leurs problèmes de santé sans tenir compte de leurs conditions de vie et de l'organisation sociétale qui influence la distribution des richesses et des ressources (Travers, 1997; Hofrichter, 2003; Raphael, 2009). Cette perspective tend à transformer des enjeux sociétaux en des problèmes personnalisés oubliant que les individus ne vivent pas à l'extérieur de la société mais bien au sein d'elle.

Pourtant, il est reconnu que notre état de santé est fortement influencé par les conditions de vie matérielles et sociales dans lesquelles nous naissons, grandissons, travaillons et vieillissons (CDSS, 2008). Les données scientifiques montrent que les habitudes de vie sont de moins bons prédicteurs comparativement au statut socio-économique dans la prédiction de l'espérance de vie et de l'incidence de plusieurs maladies (Diez-Roux et al., 2000; Shields et Tremblay, 2002; Raphael, 2009). De plus, il y a peu d'évidences scientifiques pour supporter des interventions visant l'amélioration de l'état de santé des personnes en situation de pauvreté sans modifier leurs conditions de vie (Raphael, 2009).

Ainsi, parmi les mesures judicieuses pour améliorer la santé des personnes en situation de pauvreté ou marginalisées, il est reconnu qu'il faut agir en amont de la pauvreté et mettre l'accent sur les causes plutôt que sur les conséquences. Il est nécessaire d'agir sur la répartition de la richesse, faire en sorte de réduire les inégalités sociales et améliorer les conditions de vie de tous les citoyens en visant une société plus juste et solidaire. Autrement dit, il nous faut agir sur les causes des causes (Link et Phelan, 1995; Marmot et Wilkinson, 2006).

## **7. Recommandations en lien avec les orientations du prochain plan d'action gouvernemental**

La *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* adoptée en 2002 au Québec représente sans contredit un gain majeur pour notre société dans une visée de plus grande justice sociale. Depuis le déploiement de la loi, des gains ont été faits pour certains groupes de la population, mais les efforts doivent être beaucoup plus grands et soutenus pour ceux qui vivent toujours en situation de pauvreté et qui vivent de l'exclusion sociale. Toutefois, la solution pour combattre la pauvreté et l'accaparement des richesses par une minorité n'est pas uniquement économique, elle est avant tout politique comme le souligne, Angus Deaton, lauréat du prix Nobel d'économie en 2015.

Les données de l'OCDE montrent que les inégalités de revenus ont augmenté au Canada au cours des trente dernières années malgré une période de croissance économique. Les politiques néolibérales qui dominent au Canada ont eu pour effet de réduire les actions de l'État au regard des déterminants sociaux de la santé (Raphael et Bryant, 2006; Raphael, 2009). Au Québec, différentes mesures de compressions budgétaires notamment dans le réseau de la santé et des services sociaux et de l'éducation vont dans le même sens.

Pourtant, l'analyse comparative avec des pays de taille et de richesse comparables montre que le Canada et le Québec peuvent faire mieux pour combattre la pauvreté (CEPE, 2013).

Au regard de cette situation, nous jugeons essentielles les recommandations suivantes en lien avec les orientations du prochain plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale au Québec.

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

**Recommandation 1.1 :** Accroître et faciliter l'accès physique et économique à des services éducatifs de qualité au sein des Centres de la petite enfance pour toutes les familles et notamment pour celles à faible revenu.

La pauvreté chez les jeunes enfants a des conséquences multiples et plus la période durant laquelle l'enfant vit dans la pauvreté est longue, plus son développement sera compromis (Wilkinson et Marmot, 2004). L'accès à des services de garde de qualité pour les enfants qui vivent en situation de pauvreté est une mesure essentielle pour atténuer les effets néfastes sur leur santé.

Il est reconnu dans la littérature que les milieux préscolaires de qualité dotés de programmes éducatifs contribuent au développement global de l'enfant et jouent un rôle capital dans le développement de ses capacités et sur sa santé (Hamel, 1992; Zigler, 1994; Gomby et al. 1995; Zigler et Styfco, 2001). Au Québec, une étude réalisée en 2014 par l'Institut de la Statistique du Québec montre que les Centres de la petite enfance offrent une qualité de services nettement supérieure (au regard de la structuration des lieux, de la structuration et de la variation des types d'activités, des interactions entre l'éducatrice et les enfants et des interactions entre l'éducatrice et les parents) comparativement aux garderies privées non subventionnées (Lavoie et al., 2014).

**Recommandation 1.2 :** Favoriser la réussite et la persévérance scolaire des services éducatifs de la petite enfance à l'université.

S'il est crucial d'investir dans le développement global des jeunes enfants, cet investissement doit se poursuivre tout au cours de la vie si l'on souhaite réduire la pauvreté et les inégalités de revenu (OCDE, 2011; Piketty, 2013). Comme le soulignait un rapport de l'OCDE, la lutte à la pauvreté implique de déployer des mesures visant à inciter les jeunes, les adolescents et les adultes à développer leurs compétences tout au long de leur parcours scolaire et de leur vie professionnelle (OCDE, 2011). Par ailleurs, des mesures visant à favoriser l'accès aux programmes d'alphabétisation et de francisation ainsi qu'aux formations de base et aux formations professionnelles sont aussi essentielles à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

## **Orientation 2 :** Renforcer le filet de sécurité sociale et économique

**Recommandation 2.1 :** Adopter une fiscalité plus progressive.

Bien que la réduction des écarts de revenu ne soit pas inscrite dans la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, cette cible apparaît toutefois incontournable si on souhaite respecter l'esprit de la loi qui vise à combattre la pauvreté. Une redistribution de la richesse et du revenu demeure sans contredit la mesure qui aura la plus grande influence pour améliorer les conditions de vie et la santé des personnes moins favorisées (Marmot et Wilkinson, 2006). Différentes études montrent que les sociétés qui sont plus égalitaires sur le plan de la distribution des richesses et socialement cohésives ont des taux de mortalité moins élevés que les sociétés plus inégalitaires (Wilkinson, 1996; Wilkinson et Pickett, 2009).

La fiscalité progressive sur le revenu et les biens hérités apparaît comme une mesure judicieuse (Marmot et Wilkinson, 2006). Plusieurs économistes de renom comme Anthony Atkinson (professeur et chercheur à la London School of

Economics qui fut un des premiers à mener des études empiriques sur les inégalités), Joseph E. Stiglitz (lauréat du prix Nobel d'économie en 2001) et Thomas Piketty (économiste qui a publié le livre intitulé *Le Capital au XXI siècle*) suggèrent d'augmenter la progressivité de l'impôt pour réduire de manière importante les inégalités de revenus (Stiglitz, 2012; Piketty, 2013; Atkinson, 2015). L'OCDE propose exactement la même mesure pour réduire les inégalités de revenu (OCDE, 2011).

À cet effet, le Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale du Québec proposait, dans son avis pour améliorer le revenu des personnes et des familles publié en 2009, de revoir la fiscalité pour assurer une plus grande équité (CCLPES, 2009). Dans son mémoire déposé à la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise présenté en novembre 2014, le Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale indiquait que l'amélioration du niveau de vie des personnes les plus pauvres est liée de près à la fiscalité (CCLPES, 2014). Le comité précisait « *qu'une fiscalité plus progressive contribuera à une meilleure cohésion sociale ainsi qu'à la création d'une société plus égalitaire et plus juste. Elle permettra également d'améliorer la distribution de la richesse et de maintenir nos programmes sociaux et nos services publics.* ». La révision de la fiscalité doit permettre une redistribution équitable de la richesse collective et générer les ressources suffisantes pour maintenir l'accessibilité et l'universalité des services publics.

**Recommandation 2.2 :** Garantir un soutien financier minimal pour les personnes moins nanties assurant un revenu disponible nécessaire pour couvrir les besoins de base établis par la Mesure du panier de consommation et indexé annuellement.

Les seuils de la Mesure du panier de consommation sont basés sur le coût d'un panier de biens et de services correspondant à un niveau de vie de base pour différentes villes et tailles d'agglomération. Il comprend la nourriture, l'habillement, le logement avec les coûts d'électricité, de chauffage, d'eau et des électroménagers, les frais de transports en commun et autres biens et services de base (ISQ et MESS, 2005). En somme, le taux de faible revenu selon cette mesure est établi d'après le coût minimum des biens et des services de base dont chaque personne a besoin pour vivre. Il est l'indicateur de faible revenu recommandé par le CEPE pour le suivi des situations de pauvreté (CEPE, 2013).

Pourtant, des milliers de personnes au Québec disposent d'un revenu disponible bien en deçà des seuils de faible revenu selon la MPC, notamment les personnes qui reçoivent l'aide financière de dernier recours à travers le Programme d'aide sociale et le Programme de solidarité sociale du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Parmi les personnes qui reçoivent l'aide financière de dernier recours, on retrouve des personnes qui ont un bon niveau de scolarité mais qui ne trouvent pas d'emploi. D'autres sont des travailleurs qui ont perdu leur emploi et qui n'ont pas accès aux prestations d'assurance-emploi ou qui n'y ont plus accès.



Certaines personnes ne peuvent pas occuper un emploi en raison d'une maladie, d'une limitation fonctionnelle physique, d'une limitation fonctionnelle intellectuelle, d'un problème de santé mentale. D'autres personnes ne peuvent trouver un emploi adapté à leur condition physique ou mentale. Pour toutes ces personnes et leur famille, l'aide financière de dernier recours est leur seul recours.

L'aide financière de derniers recours se situe à environ 50% des seuils selon la MPC. Autrement dit, l'aide financière de dernier recours au Québec place toutes ces personnes en situation de pauvreté sévère et leur enlève par conséquent leur droit à la dignité. En 2015, au Québec, on estime que 432 047 personnes, soit 6,3% de la population, vivaient dans cette situation (MTESS, 2015).

**Recommandation 2.3** Mettre sur pied un groupe d'étude chargé d'examiner et de documenter les résultats des expériences menées sur l'allocation universelle de base.

Il est intéressant de souligner que différents groupes et économistes demandent d'instaurer l'allocation universelle de base ou le revenu de base (Revenu, 2011). Le revenu de base se définit comme « ... *un droit inaliénable, inconditionnel, cumulable avec d'autres revenus, distribué par une communauté politique à tous ses membres, de la naissance à la mort, sur base individuelle, sans contrôle des ressources ni exigence de contrepartie, dont le montant et le financement sont ajustés démocratiquement.* » (Mouvement français pour un revenu de base, 2015). Autrement dit, il s'agit d'un revenu qu'un gouvernement donne à tous ses citoyens sans exception, peu importe s'ils travaillent ou non, peu importe leurs ressources financières.

Différentes expériences ont eu lieu à plusieurs endroits, notamment au Manitoba, aux États-Unis, en Namibie (Couturier, 2013) et en Inde (Standing, 2014). La Finlande envisage de mettre en place le revenu de base pour un équivalent de 800 euros à tous ses citoyens en remplacement de l'ensemble des allocations versées par le gouvernement (Godin, 2015). La proposition finale sera étudiée par le gouvernement en novembre 2016. Si elle est acceptée, la Finlande sera le premier pays à expérimenter le revenu de base au niveau national. Il serait pertinent que soit mis sur pied un groupe de travail responsable d'évaluer les expériences qui ont eu lieu et de suivre les nouvelles expérimentations à venir.

**Recommandation 2.4 :** Poursuivre l'augmentation du salaire minimum afin d'éviter le travail qui maintient les travailleurs dans la pauvreté et renforcer les normes minimales de travail.

La pauvreté ne touche pas que les personnes sans emploi. En effet, s'il est reconnu que le travail réduit la pauvreté, il ne suffit pas pour éviter la pauvreté. Un rapport de l'OCDE publié en 2008 indique que plus de la moitié des personnes pauvres dans les pays de l'OCDE vivent dans un ménage où au

moins une personne travaille (OCDE, 2008). Les travailleurs qui occupent des emplois précaires, les travailleurs contractuels, les travailleurs à temps partiel, les travailleurs temporaires, les travailleurs sous appel, les travailleurs saisonniers, les travailleurs autonomes sans protection sociale peuvent être à risque de vivre en situation de pauvreté. Par ailleurs, une personne qui travaille à temps plein au salaire minimum dispose d'un revenu qui se situe à la limite du seuil de faible revenu selon la MPC (Hyppolite, 2012).

Il est nécessaire de mettre en place des mesures qui font en sorte que le travail permette réellement de sortir de la pauvreté. Cette recommandation a d'ailleurs été proposée par le Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en 2009.

**Recommandation 2.5 :** Assurer l'accès à un logement abordable, salubre et de qualité pour tous, notamment en développant le logement social et coopératif.

Il est reconnu dans la littérature que le logement peut avoir des répercussions très importantes sur la santé physique et psychologique des personnes. La qualité du logement peut avoir des effets sur le sentiment de sécurité, de contrôle, d'appartenance et d'identité ainsi que sur les relations sociales. Il peut entraîner des expositions néfastes à des facteurs biologiques, chimiques et physiques qui peuvent affecter la santé (Dunn, 2002; Moloughney, 2004; Shaw, 2004; Dunn et al., 2006; CSDH, 2007; De Koninck et al., 2009; Mikkonen et Raphael, 2010). De plus, le coût du logement peut réduire les ressources financières disponibles pour l'achat d'autres biens et services essentiels comme la nourriture, le transport et les vêtements.

Les données montrent que l'accès au logement abordable et salubre est problématique, notamment dans les grandes villes comme Montréal et Québec (Société canadienne d'hypothèques et de logements, 2011; Conférence régionale des élus, 2011; Bélanger, 2012; Raynault et al., 2015). La hausse des coûts des logements avec la diminution marquée de la construction de logements locatifs entraîne des difficultés importantes d'accès à des logements abordables et salubres.

Pour la ville de Québec, on note qu'il se construit de moins en moins de logements locatifs, cela au profit de la construction d'unités de condo (Bélanger, 2012). L'abandon du logement locatif privé semble être une tendance lourde dans la région. Les logements sociaux et communautaires qui offrent aux ménages plus démunis un loyer moins cher que le marché privé sont peu nombreux. Ils ne représentent que 8,6 % de l'ensemble du parc de logements locatifs dans l'agglomération de Québec (Société d'habitation du Québec, 2010).

En 2006, dans la ville de Québec, 35% des ménages locataires ont consacré 30 % ou plus de leur revenu au logement et 16% ont consacré 50% ou plus de leur revenu au logement. (Ville de Québec, 2011; Bélanger, 2012). Si on considère uniquement les ménages locataires à faible revenu, 74% d'entre eux ont consacré 30% ou plus de leur revenu au logement (Société d'habitation du Québec, 2011). Le dernier rapport du Directeur de santé publique de Montréal publié en 2015 indique que parmi les locataires qui avaient consacré plus de

30% de leur revenu pour se loger, plusieurs avaient manqué de nourriture ou avaient mangé de la nourriture dont la qualité était inadéquate (Raynault et al., 2015).

**Recommandation 2.6 :** Améliorer l'accès économique et physique aux transports collectifs, notamment aux personnes à faible revenu et aux personnes ayant une limitation fonctionnelle physique.

Les différents moyens de transport permettent d'accéder aux ressources nécessaires pour répondre aux besoins essentiels des citoyens. Le transport donne accès au milieu de travail, aux aliments sains, nutritifs et à prix abordable, aux écoles et aux garderies, aux commerces, aux services de santé et aux services sociaux, aux loisirs, à la famille et aux amis. L'accessibilité économique et physique aux moyens de transport et sans discrimination s'avère donc un élément incontournable dans un plan d'action visant à réduire la pauvreté et l'exclusion sociale.

**Recommandation 2.7 :** Assurer l'universalité et la gratuité des programmes sociaux et des services de santé et réduire les obstacles d'accès qu'ils soient économiques, physiques ou culturels pour les personnes à faible revenu et marginalisées.

Plusieurs recherches menées par Santé Canada sur l'accès aux services de santé montrent que les personnes en situation de pauvreté sont insuffisamment servies (Santé Canada, 2001). En effet, par rapport à la population en général, il y a de fortes chances que ces personnes éprouvent des difficultés à obtenir les soins nécessaires, qu'elles reçoivent moins de services, qu'elles reçoivent des services de qualité inférieure, qu'elles soient traitées différemment par les prestataires de soins, qu'elles reçoivent un traitement qui ne correspond pas à leurs besoins ou encore qu'elles soient moins satisfaites des services de santé (Santé Canada, 2001). D'autres recherches menées au Québec abondent dans le même sens (Stewart et al., 2005; Dupéré et al., 2012; Hyppolite, 2012; Dubé-Linteau et al., 2013; Michaud, 2013; Loignon et al., 2015).

Les obstacles peuvent être liés 1) à la non-disponibilité des services (le service n'est pas couvert par l'assurance-maladie, le service n'est pas disponible au moment nécessaire en raison de listes d'attente ou encore le service n'est pas accessible géographiquement), 2) aux obstacles financiers directs et indirects (le service est disponible, mais il n'est pas gratuit, par exemple la correction de la vue, les soins dentaires, les suivis en santé mentale, le coût de la garde des enfants, le coût du transport, etc.), 3) aux obstacles non financiers (un manque d'information, des difficultés linguistiques, des installations inaccessibles peuvent aussi empêcher les gens d'avoir recours aux services de santé) et 4) au traitement non équitable (être traité différemment des autres en raison de son statut socioéconomique) (Santé Canada, 2001).

L'accès à un système de santé public, universel, gratuit et sans discrimination apparaît une mesure essentielle complètement en cohérence avec les efforts de lutte à la pauvreté et l'exclusion sociale.

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

**Recommandation 3.1** : Favoriser l'accès à des emplois de qualité pour tous.

L'OCDE considère que la lutte la plus prometteuse contre les inégalités de revenu est de stimuler l'emploi (2011).

Toutefois, ces emplois doivent permettre de sortir réellement de la pauvreté et doivent offrir de bonnes conditions de travail. En effet, s'il est bon de travailler de manière générale, les conditions dans lesquelles se réalise le travail ont des effets majeurs sur la santé. Ces conditions renvoient aux tâches accomplies par les travailleurs, à l'organisation du travail, à la technologie utilisée et aux expositions à différents risques de nature chimique, biologique, physique ou ergonomique. Parmi les conditions de travail, les facteurs psychosociaux jouent un rôle fondamental. La mise à profit des compétences, l'autonomie décisionnelle, les relations sociales positives et la reconnaissance professionnelle sont autant de facteurs qui ont une influence importante sur la santé des travailleurs (Benach et al., 2007a et b; CSDH, 2008; ISQ, 2015). Or, il est reconnu que les facteurs de risque liés aux conditions de travail ne sont pas distribués équitablement au sein de la population ce qui contribue actuellement aux écarts de santé observés entre les catégories sociales de travailleurs (OMS, 2004).

### **Orientation 4** : Favoriser l'engagement de l'ensemble de la société

**Recommandation 4.1** : Mener des actions visant la lutte aux préjugés envers les personnes en situation de pauvreté et qui vivent de l'exclusion sociale.

La littérature montre que les personnes en situation de pauvreté vivent de l'exclusion sociale de manière marquée. Les processus d'exclusion surviennent dans tous les milieux sociaux et se vivent dans les interactions sociales du quotidien (Popay et al., 2008; Hyppolite, 2012). L'exclusion sociale ne se limite pas à une mise à l'écart. L'exclusion sociale met en scène des rapports de force inégaux entre des groupes privilégiés et moins privilégiés qui entraînent un accès inégal au pouvoir, aux ressources, aux droits et à la reconnaissance et, conséquemment, de moins bonnes conditions de vie et une moins bonne santé pour les groupes moins privilégiés.

L'exclusion sociale se nourrit de représentations négatives au sujet des personnes qui vivent en situation de pauvreté. C'est à partir de ces représentations envers elles et subséquentement de notre conduite à leur égard que prend forme l'exclusion sociale dans un contexte de relations inégalitaires. Nous agissons à l'égard des autres en fonction de l'image que nous en avons. De telles représentations négatives ont des effets ravageurs sur les personnes, sur leur identité sociale et sur leur santé (Goffman, 1975; Honneth, 1992; Braud,

2003; Hyppolite, 2012). Ce pourquoi la lutte aux préjugés est une mesure importante pour favoriser l'inclusion et la participation sociales de toutes les personnes, peu importe leur statut socioéconomique.

**Recommandation 4.2 :** Soutenir les initiatives de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale aux niveaux régional et local.

Afin de favoriser l'engagement de tous les membres de la société, des mesures qui viennent soutenir des initiatives locales et régionales inscrites dans la lutte à la pauvreté et l'exclusion sociale apparaissent importantes. Ces initiatives sont souvent porteuses d'innovations sociales axées sur la concertation de différents acteurs et la participation citoyenne. Ces initiatives sont essentielles pour mobiliser un ensemble d'acteurs et permettre de faire autrement.

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

**Recommandation 5.1 :** Assurer la mise en place d'un mécanisme de suivi de la clause d'impact inscrite dans la *Loi visant à lutter contre sur la pauvreté et l'exclusion sociale*.

L'article 20 de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* indique que « *Chaque ministre s'il estime que des propositions de nature législative ou réglementaire pourraient avoir des impacts directs et significatifs sur le revenu des personnes ou des familles qui, selon les indicateurs retenus en application de la présente loi, sont en situation de pauvreté, fait état des impacts qu'il prévoit lors de la présentation de ces propositions au gouvernement* ». Cette clause d'impact sur le revenu disponible des personnes moins nanties est pertinente. Toutefois, il serait souhaitable d'assurer un véritable mécanisme de suivi de l'application de cette clause d'impact. Par ailleurs, il serait judicieux qu'une instance indépendante des ministres eux-mêmes estime les effets probables de leurs propositions législatives ou réglementaires sur le revenu des personnes moins nanties.

**Recommandation 5.2 :** Investir les ressources et les moyens nécessaires pour réduire la pauvreté.

L'article 16 de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* stipule que « *Les conditions, les modalités et les échéanciers de réalisation des activités prévues au plan d'action, de même que ceux reliés à l'atteinte des cibles d'amélioration du revenu, sont déterminés par le gouvernement ou le cas échéant prévus par la loi, en tenant compte des autres priorités nationales, de l'enrichissement collectif et des situations particulières dans lesquelles se trouvent les personnes et les familles concernées* ». Cette disposition ouvre la porte à beaucoup de latitude au regard de l'ampleur des efforts à mener et de l'urgence ou non de les mener. Elle laisse place aussi à la priorisation possible d'autres cibles jugées davantage prioritaires par le gouvernement. Il apparaît pourtant essentiel que le gouvernement fasse de la réduction de pauvreté une priorité à court, moyen et long terme soutenue et non sujette aux aléas d'autres priorités.

## Conclusion

La pauvreté est une réalité au Québec. Une personne sur dix ne dispose pas des ressources nécessaires pour subvenir à ses besoins essentiels. Une personne sur dix se trouve en situation de survie et est privée de sa dignité. La pauvreté et le faible statut socioéconomique entraînent des maladies physiques, des maladies mentales, des incapacités et des morts prématurées.

Pourtant, la pauvreté n'est pas inéluctable. Des solutions existent. La littérature dans le domaine de la santé fait consensus sur les moyens à mettre en œuvre pour réduire les effets de la pauvreté et des inégalités de revenu sur la santé. Les économistes proposent des solutions concrètes pouvant réduire les inégalités de revenu et la pauvreté. Des pays comparables au Québec en termes de richesse et de démographie réussissent à faire mieux.

Avant d'être économique, la pauvreté est avant tout une question politique. La répartition de la richesse collective et les conditions de vie des plus nantis et des moins nantis au Québec relèvent de choix et de décisions politiques. En 2002, la société québécoise a affirmé que la réduction de la pauvreté était désormais une priorité pour laquelle il fallait agir. Depuis, des gains ont été faits. Toutefois, les efforts n'ont pas été suffisamment grands et soutenus.

La pauvreté qui sévira au Québec dans les années à venir sera le reflet de notre volonté politique à la combattre, à assurer à tous les citoyens les ressources nécessaires pour subvenir à leurs besoins essentiels, à redonner à tous les citoyens leur dignité, à inclure tous les citoyens qui ont été mis à la marge de la société.

Avons-nous collectivement la volonté de combattre la pauvreté? Si les citoyens les moins nantis au Québec détenaient le pouvoir politique, la réponse serait ferme. Mais, ils ne détiennent pas ce pouvoir. Ils en sont exclus. Il reste à voir à quel point le gouvernement fera de l'équité une valeur centrale de l'ensemble de ses politiques. Il reste à voir à quel point le gouvernement représente l'ensemble des citoyens du Québec, et notamment, ceux qui sont les moins nantis.

## Références

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. Rapport du directeur de santé publique 2011, 2011.

Atkinson, A. *Restaurons l'État Providence*. Courrier International, numéro 1305, 5 au 1 novembre 2015.

Bélangier, C. *Boîte à Outils. L'ABC du logement*, 2012.

Benach, J, Muntaner, J.C., Santata, V. (Chairs), *Employment Conditions and Health Inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network Final Report, Geneva, 2007.

Benach, J., Muntaner, J.C., Santana, V. *Conditions and Health Inequalities*. A Synthesis of the WHO Employment Conditions Knowledge Network Final Report, Geneva, 2007.

Braud, P. *Violence symbolique et mal-être identitaire*. Paris, Presses de Sciences Po, 2003, 1(9) : 33-47.

Braveman, P., Gruskin, S. « Defining equity in health », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57 : 254-258.

Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. *La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec : état de situation 2013*. Gouvernement du Québec, 2014.

Conférence régionale des élus de la Capitale-nationale. *Le Plan quinquennal de développement 2012-2017*. Région de la Capitale-Nationale. Diagnostic, Québec, 2011.

Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. *Améliorer le revenu des personnes et des familles. Le choix d'un meilleur avenir*. Gouvernement du Québec, 2009.

Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. *Mémoire à la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise. Collectivement plus riches de moins de pauvreté, nous serons mieux, 3 novembre 2014*.

Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblé le fossé en une génération. Instaure l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Organisation mondiale de la Santé, 2009.

Commission des déterminants sociaux de la santé. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2007.

Couturier, E-L. *Revenu minimum garanti : trois études de cas*, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, avril 2013, [http://iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/IRIS-brochure-Revenu-Minimum\\_WEB.pdf](http://iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/IRIS-brochure-Revenu-Minimum_WEB.pdf), consulté le 5 janvier 2016.

Crédit Suisse. *Global Wealth Report 2015*. Research Institute, 2015.

Crespo, S., Rheault, S. *L'inégalité de revenu disponible des ménages au Québec et dans le reste du Canada : bilan de 35 années*. Institut de la Statistique du Québec, 2014, 19 (1) : 1-15.

De Koninck, M., Fassin, D. Les inégalités sociales de santé, *Santé, Société & Solidarité*, n 2, 2004.

De Koninck, M., Pampalon, R., Paquet, G., Clément, M., Nolin, D., Hamel, A.M. in Trudel, H., Pollender, H., Turgeon, C. *La pauvreté et l'exclusion sociale, leur genèse et leur réduction : Le rôle déterminant des milieux de vie*, Québec, 2009.

Diez-Roux, A.V., Link, B.G., Northridge, M.E. A multi-level analysis of income inequality and cardiovascular disease risk factors. *Social Science and Medicine*, 2000, 50 (5): 673-687.

Direction de santé publique-Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. *Les inégalités sociales de santé*. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. 1997.

Dubé-Linteau, A., Pineault, R., Lévesque, J-F, Lecours, C., Tremblay, M-E. *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (vol. 2). Québec : Institut de la statistique du Québec. 2013.

Dunn, J. R. *The Population Health Approach to Housing : A Framework for Research*, Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2002.

Dunn, J.R. et al. « Le logement en tant que déterminant socio-économique de la santé : résultats d'une évaluation des besoins, des lacunes et des possibilités de recherche à l'échelle nationale », *Revue Canadienne de Santé Publique*, 2006, 97 (S3) : S12-S16.

Dupéré, S., O'Neill, M., De Koninck, M. Why men experiencing deep poverty in Montréal avoid using health and social services in times of crisis. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2012, 23(2): 781-796.

Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T., Leclerc, A. *Connaître les inégalités sociales de santé* dans Leclerc A, Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T. (sous la direction de), Les inégalités sociales de santé. Paris, La Découverte, 2000.



Godin, R. *La Finlande envisage le lancement d'un revenu universel de 800 euros mensuel*. La Tribune 8 décembre 2015.

Goffman, E. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Les Éditions de Minuit, 1975.

Gomby, D.S., Lerner, M. B., Stevenson, C. S., Lewit, E. M., Behrman, R. E. Long-Term Outcomes of Early Childhood Programs: Analysis and Recommendations. *The Future of Children*, 1995, 5 (3): 6-24.

Gouvernement du Québec. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. L.R.Q. chap. L-7. 2002.

Hamel, M. *L'intervention précoce au Québec : éléments de la situation*. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en éducation (M.A.). Université du Québec à Rimouski. 1992.

Hofrichter, R. *Health and social justice : a reader on ideology, and inequity in the distribution of disease*. San Francisco : Jossey Bass, 2003.

Honneth, A. « Reconnaissance et justice », *Le Passant ordinaire*, 2002, 38 : 8 p.

Hyppolite, S-R. *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*. Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2012a.

Hyppolite, S-R. *Groupes de citoyens particulièrement touchés par les inégalités sociales de santé dans la région de la Capitale-Nationale. Expériences, données statistiques et études*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2012b.

Institut de la statistique du Québec. *Construction d'un indicateur synthétique de la qualité de l'emploi au Québec. Résultats méthodologiques et empiriques*. Gouvernement du Québec et Institut de la statistique du Québec. 2015.

Institut de la statistique du Québec et Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale. *Inventaire des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale*. Gouvernement du Québec, 2005.

Institut national de santé publique du Québec. *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, 2008.

Kawachi, I., Subramanian, S.V., Almeida-Filho, N. . « A glossary for health inequalities ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56: 647-652.

Lavoie, A., Gingras, L., Audet, L. *La qualité éducative dans les garderies non subventionnées. Faits saillants, Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs 2014*, Québec, Institut de la statistique du Québec. 2015.

Link, B.G., Phelan, J., Social conditions as fundamental causes of diseases. *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, 80-94.

Loignon, C., Hudon, C., Goulet, E., Boyer, S., De Laat, M., Fournier, N., Bush, P., Grabovschi, C. Perceived barriers to responsive care for persons living in poverty in Quebec, Canada: the EQUIhealthTY project. *International Journal for Equity and Health*, 2015, 14 (4).

Marmot, M., Wilkinson, R-G. *Social determinants of health*, Second Edition, Oxford, Oxford University Press, 2006.

Michaud, A-M. *Projet de clinique communautaire étudiante en santé, groupe de discussion auprès des personnes ciblées par le projet*, avril 2013.

Mikkonen, J., Raphael, D. *Social Determinants of Health. The Canadian Facts*, Toronto: York University School of Health Policy and Management, 2010.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*. Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Québec, gouvernement du Québec, 2007.

Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011.

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale*. Octobre 2015.

Moloughney, B. *Le logement et la santé de la population. L'état des connaissances scientifiques actuelles*. Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2004.

Mouvement français pour un revenu de base. Site <http://revenuebase.info/comprendre-le-revenu-de-base>, consulté le 25 janvier 2016.

Organisation de coopération et de développement économiques. *Croissance et inégalités : distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE*. 2008.

Organisation de coopération et de développement économiques. *Toujours plus d'inégalité : pourquoi les écarts de revenus se creusent*. 2011.

Organisation de coopération et de développement économiques. *Tous concernés : pourquoi moins d'inégalités profitent à tous*. 2015.

Organisation de coopération et de développement économiques. *Tous concernés : pourquoi moins d'inégalités profitent à tous... au Canada*. 2015b.

OXFAM, *Insatiable richesses. Toujours plus pour ceux qui ont déjà tout*. 2015.

Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P. *Les inégalités sociales augmentent-elles au Québec?* Institut national de santé publique du Québec, 2008.

Piketty, T. *Le Capital au XXI siècle*. Éditions du Seuil, 2013.

Popay, J.S., Escorel, M., Henandez, H., Johnston, J., Mathieson, J., Rispel, L. *Understanding and Tackling Social Exclusion*. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network, Lancaster, 2008.

Raphael, D. *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Second Edition. Canadian Scholars' Press Inc. 2009.

Raphael, D., Bryant, T. The state's role in promoting population health: public health concerns in Canada, USA, UK and Sweden. *Health Policy*, 2006, 78 : 39-55.

Raynault, M-F, Tessier, S., Thérien, F. *Pour des logements salubres et abordables*. Rapport du directeur de santé publique de Montréal, Montréal : Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. 2015.

Revenu de base, version française 2011, <https://www.youtube.com/watch?v=cwdVDcm-Z0>, consulté le 18 janvier 2016.

Santé Canada. *Certaines circonstances. Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*. Recueil de documents et de rapports préparé pour Santé Canada, Ottawa, 2001.

Shaw, M. « Housing and Public Health », *Annual Review of Public Health*, 2004, 25 : 397-418.

Shields, M., Tremblay, S. The health of Canada's communities. *Health Reports*, 2002, supplement 13 (july): 1-25.

Société canadienne d'hypothèques et de logement. [En ligne], [[www.cmhc.beyond2020.com/HiCODefinitions\\_FR.html](http://www.cmhc.beyond2020.com/HiCODefinitions_FR.html)], consulté le 20 mars 2011a.

Société canadienne d'hypothèques et de logement. [En ligne], [[www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/64429/64429\\_2010\\_A01.pdf](http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/64429/64429_2010_A01.pdf)], consulté le 20 mars 2011.

Société d'Habitation du Québec. *Statistiques pour l'agglomération de Québec*. Québec, 2010.

Société d'Habitation du Québec. *Ménages privés locataires selon le taux d'effort et le seuil de faible revenu 2006*, [En ligne], [www.habitation.gouv.qc.ca/bibliotheque/profils\_regionaux/03/03-52.htm], consulté le 13 mai 2011.

Standing, G. *Basic income paid to the poor can transform lives*, The Guardian, 2014/12/19, <http://www.theguardian.com/business/economics-blog/2014/dec/18/incomes-scheme-transforms-lives-poor>, consulté le 27 janvier 2016.

Stewart, M., Reutter, L., Makwarimba, E., et al. Determinants of health-service use by low income people. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2005, Sep; 37(3):104-31.

Stiglitz, J.E. *Le prix de l'inégalité*. Les liens qui libèrent, 2012.  
Travers, K.D. Reducing inequities through participatory research and community empowerment. *Health Education and Behaviour*, 1997, 24 (30): 344-356.

Ville de Québec. *Coût de la vie*, (en ligne), ([www.ville.quebec.qc.ca/immigrants/decouvrir/cout\\_vie.aspx](http://www.ville.quebec.qc.ca/immigrants/decouvrir/cout_vie.aspx)), consulté en 2011.

Wilkinson, R. *Unhealthy societies*. The afflictions of Inequalities, London, Routledge, 1996.

Wilkinson, R-G. *Ourselves and others: for better or worse: social vulnerability and inequality* in Marmot, M., Wilkinson, R-G. *Social determinants of health*, Second Edition, Oxford, Oxford University Press, 2006.

Wilkinson, R-G. Marmot, M. *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits*. Deuxième édition. Organisation mondiale de la santé, 2004.

Wilkinson, R-G, Pickett, K. *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. Allen Lane Publisher. 2009.

Zigler, E. Reshaping Early Childhood Intervention to Be a More Effective Weapon Against Poverty. *American Journal of Community Psychology*, 1994, 22 (1): 37-47.

Zigler, E., Styfco, S.J. Extended childhood intervention prepares children for school and beyond. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285 (18): 2378-2380.