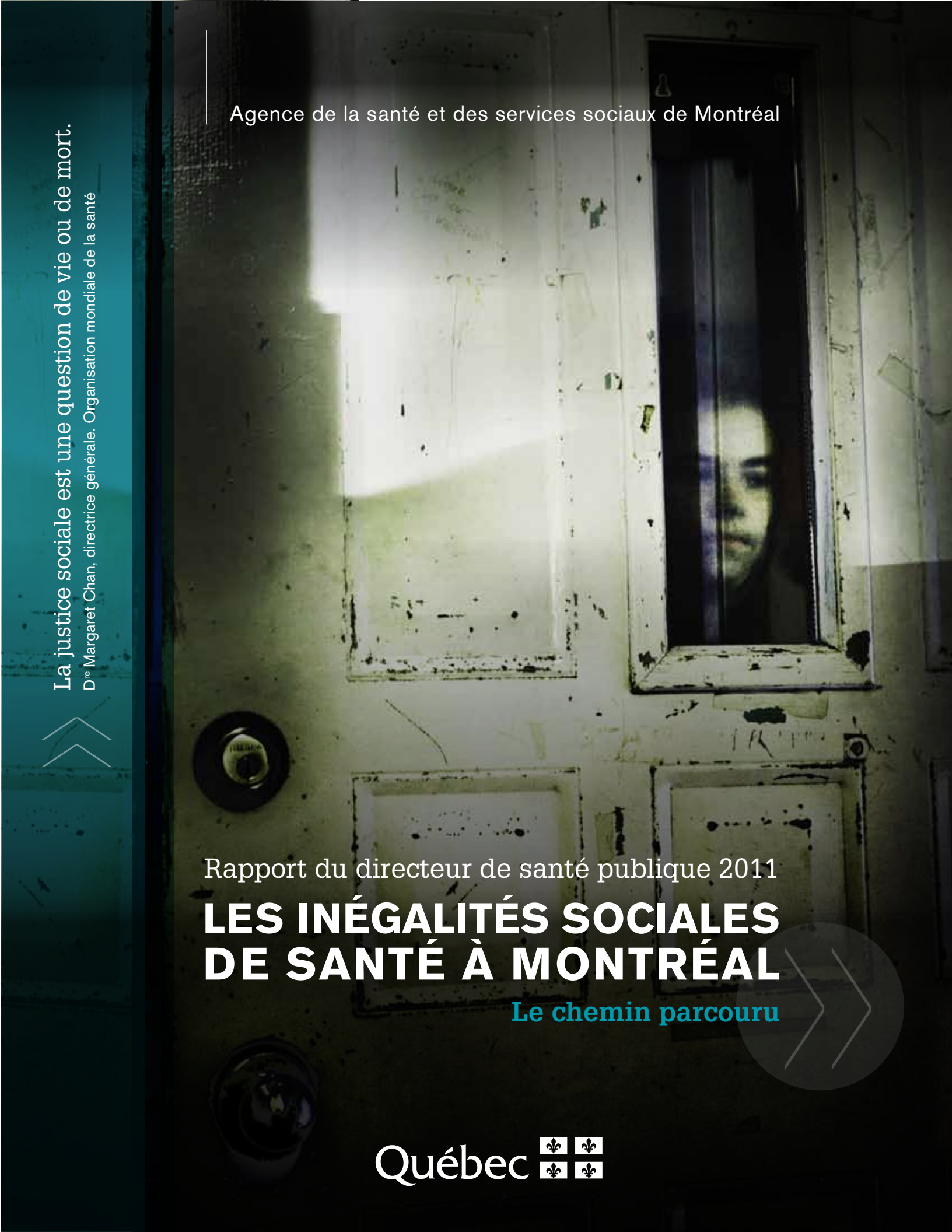


Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

La justice sociale est une question de vie ou de mort.

Dre Margaret Chan, directrice générale, Organisation mondiale de la santé

Rapport du directeur de santé publique 2011

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ À MONTRÉAL

Le chemin parcouru

Québec

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Rapport du directeur de santé publique 2011

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ À MONTRÉAL

Le chemin parcouru

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Québec

Une publication de la
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514-528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Direction scientifique et coordination
Marie-France Raynault, Centre Léa-Roback

Recherche et rédaction
Marie-France Le Blanc, Marie-France Raynault

Planification, recherche, traitement et analyse de données
Secteur Surveillance de l'état de santé à Montréal (SÉSAM)

Analyse et rédaction
Carl Drouin, Christiane Montpetit, Valérie Jarry, Martine Comeau

Révision
Emmanuelle St-Arnaud, Sylvie Lavoie

Production de données et validation
Edith Bergeron, James Massie, Jean Gratton, Sadoune Ait Kaci Azzou, Maryam Bazargani, Maude Couture, Mahamane Ibrahima

Le SÉSAM tient à souligner la contribution de l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), pour les données d'hospitalisation des villes canadiennes :

- Sadiq Raji
- Mélanie-Josée Davidson

Contribution au contenu
Robert Bastien, Élizabeth Bergeron, Lise Bertrand, Angèle Bilodeau, Danielle Blanchard, Irma Clapperton, Alain Devost, Mylène Drouin, Michèle A. Dupont, Jacques Durocher, Louis Jacques, Suzanne Laferrière, Linda Langlais, Isabelle Laurin, Viviane Leaune, Marie-Josée Legault, Jean-Frédéric Lévesque, Lydia Martin, Patrick Morency, Nathalie Paquette, Sophie Paquin, Stéphane Perron, François Tessier, François Thérien.

Dans cette publication, l'emploi du masculin pour désigner les personnes n'a d'autre fin que d'alléger le texte.

Comité de coordination
Richard Lessard, directeur
Carl Drouin
Marie-France Le Blanc
Michel Mongeon
Christiane Montpetit
Marie-France Raynault
Jo Anne Simard
Terry-Nan Tannenbaum
Isabelle Thérien

Nous tenons à remercier nos relecteurs pour leur inestimable contribution à la révision de ce rapport :

Daniel Corbeil, CSSS de Bordeaux-Cartierville--Saint-Laurent

France Émond, Regroupement des comités logement et associations de locataires du Québec

Lisa-Marie Gervais, Le Devoir

Pierre J. Hamel, INRS-Urbanisation, Culture et Société

Nicole Jetté, Front commun des personnes assistées sociales du Québec

Richard Massé, École de santé publique de l'Université de Montréal

Alain Noël, Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale et Université de Montréal

Gilles Rioux, Direction de la diversité sociale, Ville de Montréal

Éditeur
Jo Anne Simard

Communications
Lise Chabot, Manon Hudson, Isabelle Thérien

Graphisme
Le Zeste Graphique

Conseils à la rédaction
Colette Pilon-Bergman

Photographie
Fanie St-Michel, Conscience urbaine

Soutien administratif
Isabelle Thérien, France Magnan

Dans le cadre de la production de ce rapport, un forum réunissant les regroupements d'organismes communautaires montréalais a été organisé le 31 mai 2011. Nous tenons à remercier tous les participants pour leur contribution à la réflexion entourant les enjeux prioritaires en matière d'inégalités sociales de la santé à Montréal.

Ce document n'est disponible qu'en version électronique sur notre site web : www.dsp.santemontreal.qc.ca

English version is available upon request.

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-122-0 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2011

Table des matières

Liste des sigles et abréviations I
Liste des figures III
Mot du directeur 1
Résumé 3
Introduction 7

Première partie : le chemin parcouru 13

» **L'espérance de vie et mortalité : des écarts qui persistent depuis 20 ans** 14
/ L'espérance de vie encore marquée par les inégalités 14
/ Des écarts de mortalité persistants. 17
/ Inégaux devant la mort dès la naissance 19
» **Aujourd'hui encore, la santé semble être une question d'argent**. . . . 21
/ Des inégalités sociales de santé qui prennent racine dès l'enfance . . . 22

Deuxième partie : Montréal en perspective 25

» **Le contexte canadien** 26
» **La situation dans les grandes villes**. 29
» **Montréal et le Québec** 31
» **L'évolution récente** 33
» **La situation est-elle plus défavorable à Montréal qu'ailleurs ?**. 35
/ Des caractéristiques démographiques et socioéconomiques distinctes pour Montréal. 35
/ Portrait nuancé de la santé à Montréal 38
/ État de santé globale 38
/ Santé infantile 40
/ Maladies chroniques et facteurs de risque. 42
» **Constat global au sujet des inégalités sociales de santé selon le revenu** 47

Troisième partie : une société plus juste 51

» **Des revenus suffisants pour vivre en santé** 55

» **Un bon départ dans la vie** 58

/ Les soins prénataux 58

/ L'allaitement 60

» **Des opportunités pour tous de se développer** 63

» **La santé et l'équité au travail** 71

/ Gagner sa vie sans ruiner sa santé 71

/ Les inégalités de santé au travail 72

/ Des lois et règlements de prévention et de protection… de portée restreinte 72

/ Des seuils à revoir 73

/ Quand le travail rend malade 74

/ Les effets de la précarité de l'emploi 75

/ La parité salariale et la valeur du travail 76

» **L'accès aux services** 77

/ Les services de première ligne 77

• La vulnérabilité des migrants à statut précaire 77

• La vulnérabilité des autochtones 78

• Les infections transmissibles sexuellement et par le sang 79

• Un indicateur révélateur : le taux de mortalité évitable 79

/ L'exemple du cancer du sein 80

/ La prévention et les tout-petits 83

/ Les soins dentaires et la psychothérapie : des services peu assurés . . 84

Quatrième partie : une ville pour tous 95

» **Le logement** 97

» **L'alimentation et les personnes à faible revenu** 103

/ Une consommation saine 103

/ Une question de connaissance ? 103

/ L'accessibilité géographique 104

/ L'importance du revenu 105

/ L'insécurité alimentaire 107

» **La circulation des véhicules motorisés et les inégalités sociales de santé** 109

/ Les accidents : des impacts percutants sur la santé 110

/ Une question de volume et de design urbain 114

/ Les choix locaux 115

/ Le transport collectif : une stratégie gagnante pour réduire les inégalités sociales de santé 117

» **L'aménagement des quartiers** 119

/ L'accessibilité aux parcs et aux installations sportives publiques 119

/ Les ilots de chaleur 121

Conclusion et recommandations 129

» **Un portrait en demi-teintes** 129

» **Les interventions de la Direction de santé publique** 130

» **Des recommandations pour diminuer les écarts de santé** 133

Annexes

» **Annexe 1 : Quelques mots sur le revenu** 141

» **Annexe 2 : Comment mesure-t-on les inégalités dans le rapport** . . 142

» **Annexe 3 : Indicateurs sociodémographiques et socioéconomiques, Montréal, 1991 à 2006** 144

Liste des sigles et abréviations

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMT	Agence métropolitaine de transport
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CARDIA	Coronary Artery Risk Development in Young Adults
CCLP	Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CCNDS	Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
CDSS	Commission des déterminants sociaux de la santé
CEPE	Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion
CLSC	Centre local de services communautaires
CNBES	Conseil national du bien-être social
CPE	Centre de la petite enfance
CRÉ-MONTRÉAL	Conférence régionale des élus de Montréal
CRPA	Commission royale sur les peuples autochtones
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DDM	Dispensaire diététique de Montréal
DSP	Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
EACEA	Educational, Audiovisual and Culture Executive Agency
EIS	Évaluation d'impact sur la santé
ELDEQ	Enquête longitudinale sur le développement des enfants du Québec
EQCOTESST	Étude québécoise des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité au travail
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FQRSC	Fonds québécois de recherche sur la société et la culture
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
HLM	Habitations à loyer modique
IAEA	International Atomic Energy Agency
ICU	Îlot de chaleur urbain

INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRIS	Institut de recherche et d'informations socio-économiques
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ISS	Inégalités sociales de la santé
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MFR	Mesure de faible revenu
MPC	Mesure du panier de consommation
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NPD	Nouveau parti démocratique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OMHM	Office municipal d'habitation de Montréal
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PPN	Panier de provision nutritif
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RCIU	Retard de croissance intra-utérine
REACH[3]	Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing, and Health
RMR	Région métropolitaine de recensement
RSPSAT	Réseau de santé publique en santé au travail
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SFR	Seuil de faible revenu
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TMS	Troubles musculosquelettiques
TPS	Taxe sur les produits et services
UDI	Utilisateur de drogues injectables
UN HUMAN RIGHTS	United Nations: Human Rights
UNICEF	United Nations of International Children's Emergency Fund
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des figures

Figure 1 Cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé

Figure 1.1 Espérance de vie selon le revenu et le sexe, Montréal, 1989-1991 et 2006-2008

Figure 1.2 Espérance de vie de la population, CSLC de Montréal

Figure 1.3 Taux de mortalité prématurée (avant 75 ans) selon le revenu, Montréal, 1989-1991 à 2006-2008

Figure 1.4 Taux de mortalité évitable selon le revenu, Montréal, 1989-1991 à 2006-2008

Figure 1.5 Taux de mortalité infantile selon le revenu, Montréal, 1989-1991 à 2006-2008

Figure 1.6 Taux de mortalité chez les jeunes (0-19 ans) selon le revenu, Montréal, 1989-1991 à 2006-2008

Figure 1.7 Perception de l'état de santé et maladies chroniques selon le revenu, Montréal, 2007-2008

Figure 1.8 Facteurs de risque en santé périnatale selon le revenu, Montréal, 2006-2008

Figure 2.1 Pourcentage de personnes sous le seuil de faible revenu selon la mesure du panier de consommation - provinces canadiennes

Figure 2.2 Les personnes ayant des revenus familiaux inférieurs à 40 000 $ sont les moins susceptibles de quitter la municipalité centrale en direction d'une municipalité avoisinante

Figure 2.3 Pourcentage de personnes sous le seuil de faible revenu selon la mesure du panier de consommation - régions métropolitaines de recensement

Figure 2.4 Taux de faible revenu, MFR, seuils après impôt, particuliers, ensemble du Québec et régions administratives, 2007

Figure 2.5 Caractéristiques démographiques dans six grandes villes canadiennes, 2006

Figure 2.6 Revenu moyen des ménages dans six grandes villes canadiennes, 2005

Figure 2.7 Proportion des ménages locataires et coût moyen du logement dans six grandes villes canadiennes, 2006

Figure 2.8 État de santé globale dans six grandes villes canadiennes

Figure 2.9 Ratio (catégorie inférieure de revenu / catégorie supérieure de revenu) des indicateurs de santé globale dans six grandes villes canadiennes, 2007-2008

Figure 2.10 Indicateurs de santé infantile dans six grandes villes canadiennes, 2005-2007

Figure 2.11 Ratio (catégorie inférieure de revenu / catégorie supérieure de revenu) des naissances de faible poids dans six grandes villes canadiennes, 2006-2008

Figure 2.12 Diabète et facteurs associés dans six grandes villes canadiennes, 2007-2008

Figure 2.13 Ratio (catégorie inférieure de revenu / catégorie supérieure de revenu) des indicateurs de maladies chroniques dans six grandes villes canadiennes, 2006-2008

Figure 2.14 Ratio (catégorie inférieure de revenu / catégorie supérieure de revenu) des indicateurs d'habitudes de vie dans six grandes villes canadiennes, 2007-2008

Figure 2.15 Ratio (catégorie inférieure de revenu / catégorie supérieure de revenu) des indicateurs de facteurs de risque dans six grandes villes canadiennes, 2007-2008

Figure 3.1 Les coefficients de Gini (après impôts) de divers pays (tous les ménages)

Figure 3.2 Revenu total d'aide sociale et seuils de faible revenu (MFR et MPC), Québec, 2008-2009

Figure 3.3 Lien entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant selon le mode d'alimentation, Québec, 1998-2002

Figure 3.4 Lien entre la position sociale de la famille et l'hyperactivité / inattention selon le mode d'alimentation, Québec, 1998-2002

Figure 3.5 Taux de rendement sur l'investissement dans le capital humain

Figure 3.6 Proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de maturité scolaire selon le revenu, Montréal, 2006

Figure 3.7 Places disponibles et répartition des places par type de service de garde à la petite enfance, CSSS de Montréal, 2011

Figure 3.8 Évolution des places disponibles en services de garde selon le type de services, Montréal, 1998 à 2011

Figure 3.9 Classement des enfants à un test d'aptitude selon le revenu et l'âge

Figure 3.10. Taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au PQDCS par unité de voisinage

Figure 3.11 Nombre annuel moyen de consultations auprès de pédiatres chez les enfants de moins de 5 ans, selon l'indice de défavorisation matérielle, Montréal, 2005-2006

Figure 4.1 Le loyer moyen en 2010 sur l'Île de Montréal (appartements privés)

Figure 4.2 Pourcentage des cas attribuables aux facteurs de risque pour deux principaux types d'infections respiratoires, île de Montréal, 2006

Figure 4.3 Répartition de la population montréalaise de 15 ans et plus selon le revenu familial et la fréquence journalière de consommation de fruits et légumes, 2010

Figure 4.4 Estimation des dépenses alimentaires par personne par jour vs coût du PPN, 2007

Figure 4.5 Distribution des piétons blessés, Arrondissement Ville-Marie, 1999-2008

Figure 4.6 Distribution des piétons blessés, Arrondissement Outremont, 1999-2008

Figure 4.7 Distribution des piétons blessés, Arrondissement Plateau Mont-Royal, 1999-2008

Figure 4.8 Nombre de blessés de la route selon le volume de circulation automobile dans l'arrondissement, île de Montréal

Figure 4.9 Nombre d'enfants blessés à 100 intersections selon le revenu moyen des familles des arrondissements ou des villes, île de Montréal

Mot du directeur

En 1998, notre premier rapport annuel décrivait les inégalités sociales de santé (ISS) sur l'île de Montréal. Le thème était alors redevenu une source de préoccupation en santé publique à la suite de la publication de quelques rapports qui ont fait date à l'échelle internationale, notamment le ***Rapport Black*** publié en 1980 en Grande-Bretagne. On y relevait, entre autres constats, une statistique maintes fois reprise depuis : l'espérance de vie des hommes des quartiers défavorisés de Montréal est de dix années inférieure à celle des hommes des quartiers riches.

Treize ans plus tard, les ISS figurent de nouveau au cœur de notre rapport annuel. Notre intention est manifeste : mesurer le chemin parcouru et déterminer les meilleures avenues pour réduire ces inégalités. Le contexte s'y prête d'autant plus que la lutte contre les inégalités sociales de santé et la prévention des maladies chroniques, deux thèmes étroitement liés de plusieurs points de vue, constituent les deux priorités retenues dans le plan régional de santé publique pour les cinq prochaines années.

« Garder notre monde en santé », c'est en quelque sorte la devise qui anime toutes nos activités et nos interventions. À ce chapitre, la Direction de santé publique fait déjà beaucoup. Qu'il s'agisse de vaccination, de prévention, d'information et de sensibilisation, de surveillance ou de dépistage, tous les secteurs sont à pied d'œuvre. Leur objectif : améliorer la santé de la population sur l'ensemble du territoire en collaboration avec les centres de santé et de services sociaux.

Cependant, en matière de santé, tout n'est pas qu'une question de soins ou de prévention. C'est d'autant plus vrai lorsqu'on s'attaque aux ISS, qui résultent d'écarts socioéconomiques entre les personnes et de disparités entre les quartiers du point de vue de leur environnement. C'est bien pourquoi la réduction des inégalités exige de nombreux secteurs de la société qu'ils mettent l'épaule à la roue. Elle nécessite qu'ils entreprennent des actions concrètes, à commencer par celles qui sont susceptibles de réduire – voire d'éliminer – la pauvreté et de favoriser le développement de tous les enfants dès leur plus jeune âge.

Le présent rapport s'adresse à tous les acteurs concernés, qu'ils soient du secteur communautaire ou des secteurs public et privé. Il invite tout particulièrement les décideurs locaux à se joindre à nous pour solliciter les gouvernements fédéral et provincial en ayant deux objectifs en tête : premièrement, les encourager à poursuivre leurs efforts pour réduire les inégalités de revenu au moment où de nouvelles statistiques confirment la pertinence des politiques québécoises de lutte à la pauvreté ; deuxièmement, les convaincre de réinvestir pour améliorer les conditions de vie des personnes à faible revenu.

Par ailleurs, il importe de poursuivre à une plus grande échelle les efforts entrepris à ce jour pour joindre les plus démunis, et ce, malgré les progrès des dernières années. Investir pour que s'améliorent « les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent et vieillissent » (selon les mots de Michael Marmot) est une question de santé autant que de justice sociale.

Richard Lessard, directeur de la santé publique,
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Résumé

Tout d'abord, une constatation réjouissante : les Montréalais ont une espérance de vie plus longue qu'avant et le taux global de mortalité a connu une baisse significative au cours des vingt dernières années. Malheureusement, à quelques exceptions près, les écarts de santé entre les riches et les pauvres persistent encore et l'on observe des différences toujours importantes au plan de la santé et de la mortalité entre les territoires de l'île de Montréal. Les familles monoparentales, les personnes qui vivent seules et les immigrants font généralement partie des groupes vulnérables de la société. Ces personnes sont plus susceptibles que les autres de vivre avec un faible revenu et de devoir composer avec les divers problèmes qui découlent des inégalités sociales de santé. Pour cette raison, les interventions qui ont pour objectif de combattre les inégalités sociales doivent tenir compte de leur situation particulière.

En comparaison des autres grandes villes canadiennes, Montréal s'en tire relativement bien pour une métropole. Les mesures et les programmes implantés par le gouvernement du Québec pour relever le revenu des familles avec enfants ont porté fruit. Les données les plus récentes concernant la mesure du panier de consommation indiquent que les progrès réalisés au cours des dernières années se sont maintenus au Québec. Depuis 2008, cette situation tranche avec celle qui prévaut dans les autres provinces, où le pourcentage de personnes sous le seuil de faible revenu n'a cessé de croître depuis 2007. Sur le plan des inégalités sociales de santé, le portrait montréalais est nuancé : l'espérance de vie des hommes et des femmes y est tout à fait comparable à celle des Canadiens des autres villes, tout comme le taux de faible poids à la naissance. Mieux encore, la mortalité infantile et les naissances prématurées y sont moins importantes. Enfin, la comparaison des données d'enquête et d'hospitalisation tend à démontrer que les inégalités de santé entre les riches et les pauvres sont généralement moindres à Montréal qu'ailleurs au Canada.

Toutefois, Montréal connaît une évolution distincte par rapport aux autres villes québécoises et des écarts importants se creusent, surtout en ce qui concerne les groupes vulnérables. Aussi, les ménages qui vivent avec un revenu inférieur au seuil de la mesure du panier de consommation courent des risques importants pour leur santé : ils sont plus susceptibles que les autres de rencontrer des obstacles quant à l'accès aux soins, d'être mal logés et de ne pouvoir consacrer une part

adéquate de leur budget à une saine alimentation. Le manque de connaissances en alimentation n'est pas en cause (on pourrait y remédier par un programme d'éducation sanitaire); ce qui est en cause, c'est le manque d'argent, ce dont témoigne la hausse dramatique du recours aux banques alimentaires à Montréal.

Tous les paliers de gouvernement sont concernés au premier chef par la réduction des inégalités sociales. Ils ont le pouvoir d'énoncer et de faire appliquer des politiques qui favorisent l'augmentation du revenu, la démocratisation de l'éducation, la construction et la rénovation des logements sociaux, ainsi que la prestation de services sociaux et de santé aussi bien préventifs que curatifs. La part grandissante du secteur privé dans le domaine de la santé est un objet de préoccupation constante, et pour cause. On note que si les plus démunis ont généralement une moins bonne expérience de soins dans le réseau public de santé, la situation devient dramatique dès qu'il leur faut pénétrer un réseau largement privé, comme c'est le cas des services de psychothérapie et des soins dentaires.

Le logement est un autre déterminant de la qualité de la vie quotidienne et de la santé des personnes. Si la construction, la rénovation ou l'entretien des logements sociaux relèvent en grande partie des gouvernements provincial et fédéral, leur répartition et leur salubrité dépendent davantage des décisions locales. À Montréal, où les besoins sont nombreux, toutes les villes liées de l'île de Montréal ne participent pas aux programmes de logements sociaux, ce qui reporte le fardeau sur les villes qui offrent du logement social. Dans le cas de la ville-centre, la forte demande pour ce type de logement est en soi un appel aux autorités locales afin d'augmenter le nombre de logements locatifs abordables.

Quant au problème de l'insalubrité de certains logements offerts sur le marché privé, la solution passe par le resserrement de la réglementation et des interventions prioritaires auprès des propriétaires négligents. La Direction de santé publique souhaiterait des interventions d'autant plus musclées que la santé des enfants et des groupes vulnérables est tributaire de la qualité des habitations, comme l'a démontré une enquête sur la santé respiratoire des enfants montréalais.

Enfin, les instances municipales sont les premières responsables de l'amélioration des conditions de vie quotidiennes des citadins, qu'il s'agisse de l'organisation des sports et des loisirs et de tout ce qui relève de l'aménagement, y compris les parcs et les espaces verts. Les populations démunies sont davantage captives de leur quartier et possèdent moins d'automobiles. Elles sont également plus touchées que les autres par la circulation (mauvaise qualité de l'air et accidents

plus nombreux). C'est pourquoi les choix entourant les plans de circulation doit accroître la sécurité des déplacements effectués par les piétons et les cyclistes dans tous les milieux de vie. Le développement et l'amélioration du réseau de transport collectif est d'autant plus important pour les personnes au bas de l'échelle qu'elles en dépendent pour se déplacer vers les lieux d'emploi et ainsi participer pleinement à l'activité sociale.

L'injustice sociale rend malade et tue. Toutefois, les inégalités sociales de santé sont tout à fait évitables. C'est pourquoi il faut que tous les paliers de gouvernements (fédéral, provincial, municipal) aussi bien que les autorités locales comme régionales mettent en œuvre des politiques conséquentes et effectuent les changements de pratiques nécessaires. L'OMS considère qu'il est possible de combler le fossé creusé par les inégalités sociales de santé en une génération. Le présent rapport du directeur de santé publique est une invitation urgente à passer à l'action.

Introduction

« la justice sociale est une question de vie ou de mort. »
Dre Margaret Chan, directrice générale. Organisation mondiale de la santé

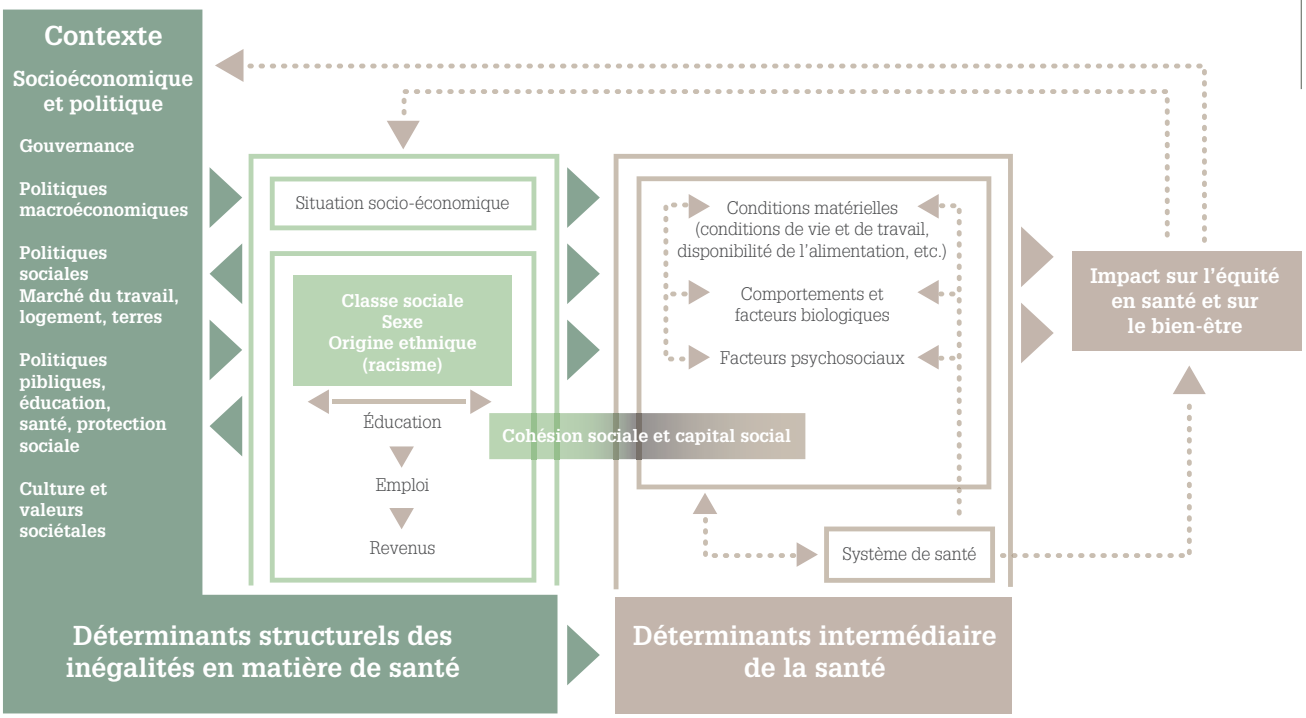
En août 2008, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rendait public le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS). On y définissait ces déterminants comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (CDSS, 2009). Leur impact sur la santé n'est plus matière à débat, comme en font foi de nombreuses publications d'ici et d'ailleurs. Il suffit pour s'en convaincre de consulter notamment les rapports du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS, 2011) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2007). Le niveau d'éducation, d'emploi et de revenu, la qualité de l'environnement physique et l'accès aux soins influencent profondément la santé des personnes. Les inégalités sociales se traduisent par des écarts dans le poids des bébés à la naissance, dans les taux d'incidence et de prévalence des maladies et les risques de mortalité qui leur sont associés. Elles peuvent faire varier l'espérance de vie de plusieurs années. Les inégalités sociales de santé se définissent par des « différences dans l'état de santé qui existent de façon systématique entre les groupes socioéconomiques ». En d'autres mots, outre les facteurs qui influencent la santé comme l'âge, le genre, la génétique ou l'exposition à un risque infectieux, il existe des déterminants de santé qui sont systématiques, produits socialement et évitables (Whitehead et Dahlgren, 2006). L'expression « inégalité sociale de santé » (ISS) réfère à ces écarts de santé systématiques et socialement construits.

Les inégalités sociales de santé se définissent par des « différences dans l'état de santé qui existent de façon systématique entre les groupes socioéconomiques ».

Le rapport final de la CDSS de l'OMS a inspiré la rédaction du présent rapport. Il invite à améliorer les conditions de vie quotidienne et à réduire les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources afin de combler le fossé des ISS en une génération. Autant le contexte socioéconomique et politique que la gouvernance ou les normes et valeurs culturelles sont mis en cause dans la réduction des ISS (figure 1).

Le rapport final de la CDSS de l'OMS a inspiré la rédaction du présent rapport. Il invite à améliorer les conditions de vie quotidienne et à réduire les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources afin de combler le fossé des ISS en une génération.

Figure 1.
Cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé
Adaptation de OMS, 2011 : 7, d'après O. Solar et A. Irwin 2010.



Déjà en 1998, le premier rapport annuel de la Direction de santé publique de Montréal (DSP, 1998) faisait état d'une différence de dix ans entre l'espérance de vie moyenne des hommes des quartiers montréalais défavorisés par rapport à leurs concitoyens des quartiers riches, et d'une différence correspondante de quatre ans pour les femmes. Plus de dix années se sont écoulées depuis ce portrait des inégalités sociales de santé à Montréal; le temps est maintenant venu de mesurer le chemin parcouru.

Le présent rapport se divise en quatre parties. La première trace le portrait statistique de la santé des Montréalais qui permet d'évaluer si les progrès accomplis ont été accompagnés d'une réduction des écarts entre les riches et les pauvres en matière de santé. On constate, par exemple, que l'espérance de vie s'est somme toute allongée de quelques années depuis le début des années 1980, autant pour les femmes (de 79 à 84 ans) que pour les hommes (de 72 à 79 ans). Pour ces derniers, l'écart se situe maintenant autour de six ans selon le niveau de revenu, ce qui constitue une nette amélioration par rapport à la période précédente. Mais pour de nombreux autres indicateurs, les gains sont plus élevés pour les groupes privilégiés. Par conséquent, les écarts persistent en fonction des revenus tant pour les hommes que pour les femmes.

Divers indicateurs comme l'espérance de vie, le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité des jeunes, le nombre d'années à vivre en bonne santé, les habitudes de vie ou l'état de santé perçu sont analysés dans la première partie en fonction des catégories de revenu afin de mesurer les variations ou les écarts de santé. Les ISS ne départagent pas seulement l'état de santé des personnes pauvres de celui des personnes très riches : il existe un gradient social, c'est-à-dire que les gens qui sont un peu moins pauvres sont moins susceptibles d'être malades ou hospitalisés que les personnes très défavorisées, et ainsi de suite pour toutes les catégories de revenu.

La deuxième partie situe Montréal dans le contexte canadien et québécois et brosse un portrait socioéconomique de la région qui permet de faire ressortir les particularités de la population de la métropole québécoise. Montréal y est comparée à d'autres grandes villes canadiennes et positionnée par rapport à des entités comparables tant du point de vue des principaux déterminants sociaux, de son profil de santé que des inégalités de santé qui la caractérisent.

Inspirée par les écrits de Sir Michael Marmot, l'épidémiologiste ayant présidé la CDSS, et comme la lutte à la pauvreté demeure d'actualité pour de très nombreux ménages, notamment les personnes seules et les personnes arrivées récemment au pays, la troisième partie porte d'abord sur les politiques relatives au revenu. Il y est aussi question des politiques et des mesures pouvant assurer un bon départ dans la vie à tous les enfants compte tenu de l'importance de cette période pour leur développement physique et social, mais aussi pour la construction d'un capital santé pour la vie. Enfin, on explore la question du travail et de l'équité salariale, ainsi que la contribution du système de soins sous l'angle de la prévention et de l'accès aux services de première ligne.

La quatrième partie s'intéresse aux politiques qui pourraient émaner du niveau municipal même si pour bien des enjeux, tel le logement, les interventions de plus d'un niveau ou d'un ordre de gouvernement sont nécessaires. Par le passé, les instances municipales et les médecins hygiénistes à l'origine des bureaux de santé publique ont travaillé main dans la main pour améliorer les conditions sanitaires urbaines. La Direction de santé publique (DSP) s'inscrit dans cette tradition de collaboration, qu'il s'agisse d'assurer des logements abordables et salubres, de faciliter l'accès aux aliments santé ou d'agir sur l'environnement physique.

Ce rapport s'adresse particulièrement aux autorités locales. Il s'inscrit dans la poursuite des actions communes telles que le programme Quartiers 21 ou la revitalisation urbaine intégrée. Il réitère la volonté de mettre en place, toujours en partenariat, d'autres expériences significatives permettant de faciliter le transport actif et d'améliorer les conditions de vie et de logement, en particulier dans les quartiers où les indicateurs de santé témoignent d'inégalités importantes. Comme les ISS coûtent cher non seulement du point de vue de la justice et du développement social, mais également du point de vue économique, le directeur de santé publique invite tous les acteurs locaux privés, publics et communautaires à former une solide coalition de partenaires pour la santé. En guise de conclusion, il lance un appel à la solidarité, car la DSP ne peut réaliser seule tout ce qu'elle peut accomplir avec l'ensemble de ses partenaires.

Références

CCNDS (Centre de collaboration nationale des déterminants sociaux). 2011. *Intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'égalité face à la santé dans les pratiques de santé publique au Canada : analyse du contexte en 2010.* Antigonish (NÉ) : CCNDS, Université St-Francis-Xavier.

CDSS (Commission des déterminants sociaux de la santé). 2009. *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la CDSS.* Genève : OMS.

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

MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux). 2007. *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.* Gouvernement du Québec.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2011. *Combler le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé.* Document de travail en préparation de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, Rio de Janeiro, 19-21 octobre 2011, Brésil.

Whitehead M, Dahlgren G. 2006. *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up. Part 1.* Copenhague : OMS-Europe.

première partie :
Le chemin parcouru

Il y a un peu plus de dix ans, le Rapport annuel du directeur sur les inégalités sociales de santé à Montréal mettait en lumière plusieurs facteurs de risque et conditions défavorables à la santé qui touchent davantage les personnes à faible revenu[1]. Aujourd'hui, force est d'admettre que les inégalités sociales de santé existent encore malgré des signes d'amélioration globale de la santé des Montréalais. L'état de situation qui suit rend compte de l'évolution des écarts de santé et de leurs déterminants, des améliorations relatives à l'état de santé et des sphères où des progrès s'imposent. L'évaluation du chemin parcouru permet notamment de cibler les actions prioritaires à mettre en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé.

1. Se reporter à l'Annexe 1 pour plus de détails concernant les effets du revenu et des inégalités économiques sur la santé, et à l'Annexe 2 pour en savoir davantage sur la mesure des inégalités sociales de santé.

Retombées potentielles de la réduction des ISS

Si l'ensemble de la population présentait les mêmes taux de mortalité que ceux observés dans la catégorie de revenu supérieure, nous pourrions éviter chaque année :

» 58 décès chez les jeunes de moins de 20 ans, dont 37 chez les bébés de moins d'un an;

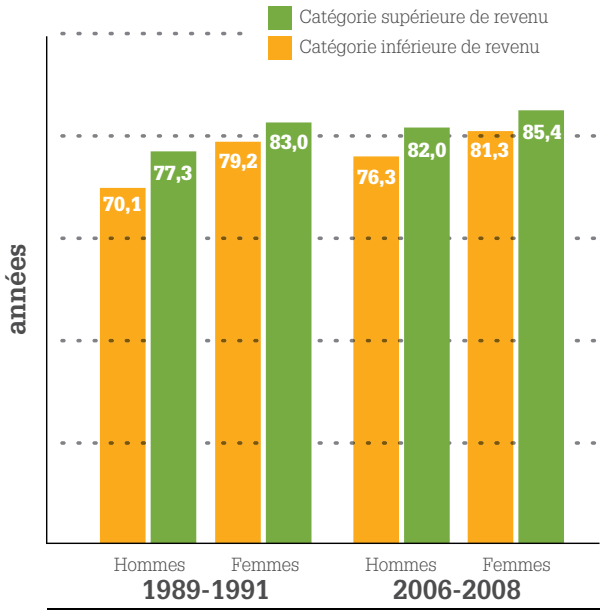
» environ 1 400 décès prématurés (i.e. avant l'âge de 75 ans).

L'espérance de vie et mortalité : des écarts qui persistent depuis 20 ans

L'espérance de vie encore marquée par les inégalités

L'espérance de vie des Montréalais a augmenté constamment au cours des dernières décennies. Depuis 1989-1991, les hommes ont gagné cinq années et peuvent espérer vivre jusqu'à 78,7 ans, tandis que les femmes en ont gagné trois pour une espérance de vie de 83,6 ans en 2006-2008. L'espérance de vie des plus riches était – et demeure – nettement supérieure à celle des plus pauvres. Ainsi, près de six années séparent toujours l'espérance de vie des hommes pauvres de celle des hommes riches. Chez les femmes, cet écart est de quatre ans (figure 1.1).

Figure 1.1. Espérance de vie selon le revenu et le sexe, Montréal, 1989-1991 et 2006-2008

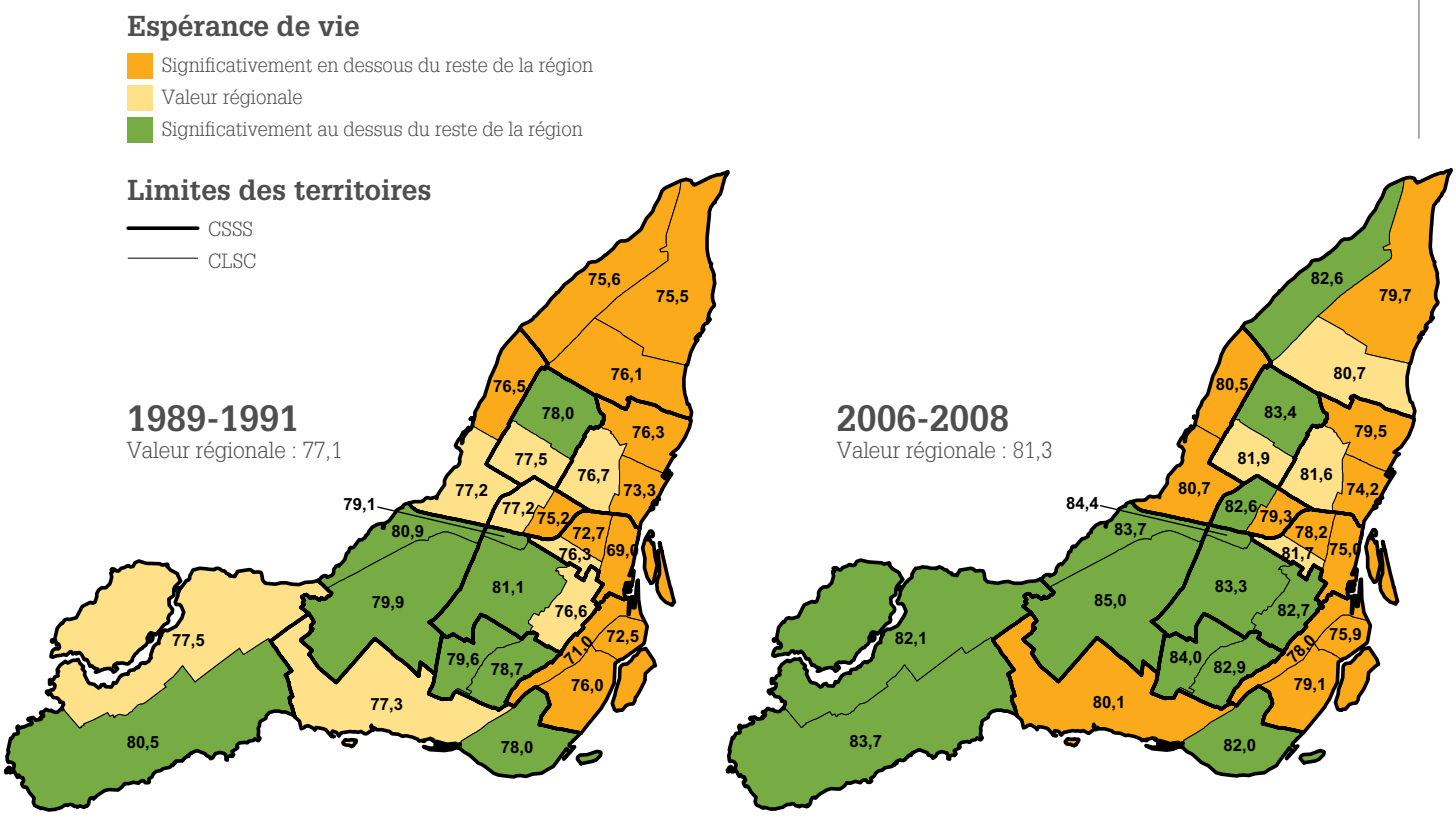


Sources de données : Recensements 1991 et 2006, Statistique Canada; Fichiers des décès, MSSS; Fichier des projections démographiques, janvier 2010, ISQ.

Plus considérables encore sont les différences entre les territoires (figure 1.2). En 2006-2008, l'espérance de vie varie de 74,2 ans (sur le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve) à 85 ans (sur le territoire du CLSC Saint-Laurent), ce qui représente un écart de près de 11 ans. Bien que les territoires ayant une espérance de vie plus faible ne soient pas toujours les mêmes selon les périodes, la situation a à peine changé puisqu'au début des années 1990, cet écart entre les territoires « extrêmes » était de 12 ans.

» L'espérance de vie des plus riches était – et demeure – nettement supérieure à celle des plus pauvres.

Figure 1.2
Espérance de vie de la population, CLSC de Montréal

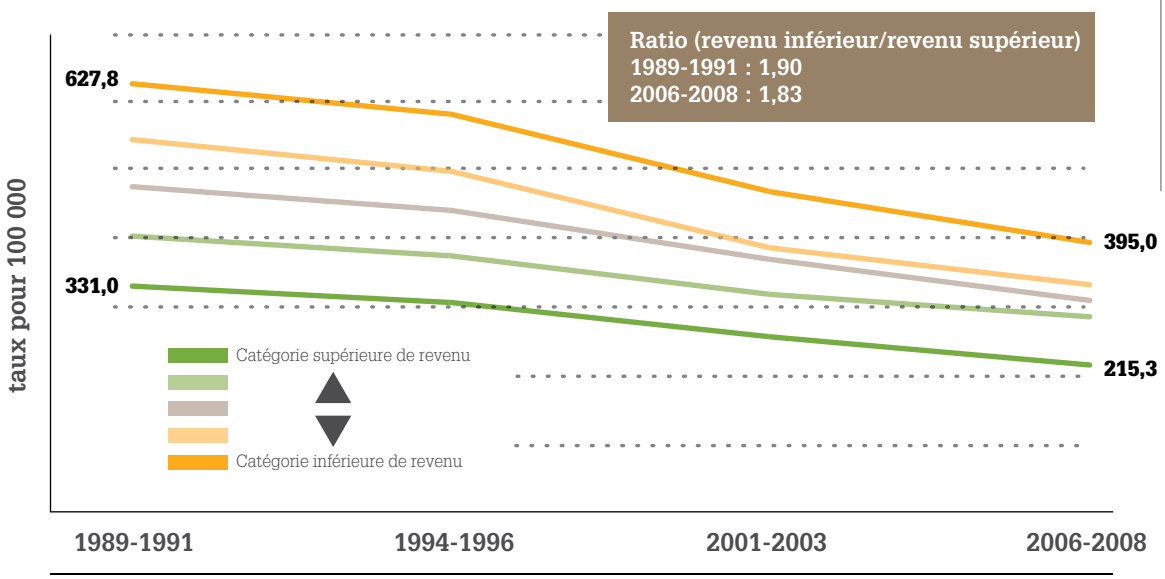


Sources de données : 1989-1991 Infocentre, INSPQ. 2006-2008 : Fichiers des décès, MSSS; Fichier des projections démographiques, janvier 2010, ISQ.

Des écarts de mortalité persistants

En près de vingt ans, les taux de mortalité ont diminué de 23 % pour l'ensemble des causes, passant de 895 à 690 pour 100 000 personnes. On observe toutefois une augmentation graduelle des taux de décès au fur et à mesure que le revenu baisse La mortalité prématurée (décès avant l'âge de 75 ans) en est un bel exemple : bien que le taux soit à la baisse depuis la période 1989-1991 (figure 1.3), quelle que soit la catégorie de revenu, il demeure plus d'une fois et demie plus élevé dans la catégorie inférieure. On note cependant, au cours de cette période, une diminution de l'écart entre les taux de décès des plus riches et des plus pauvres qui mérite d'être soulignée bien que le ratio reste plus ou moins le même.

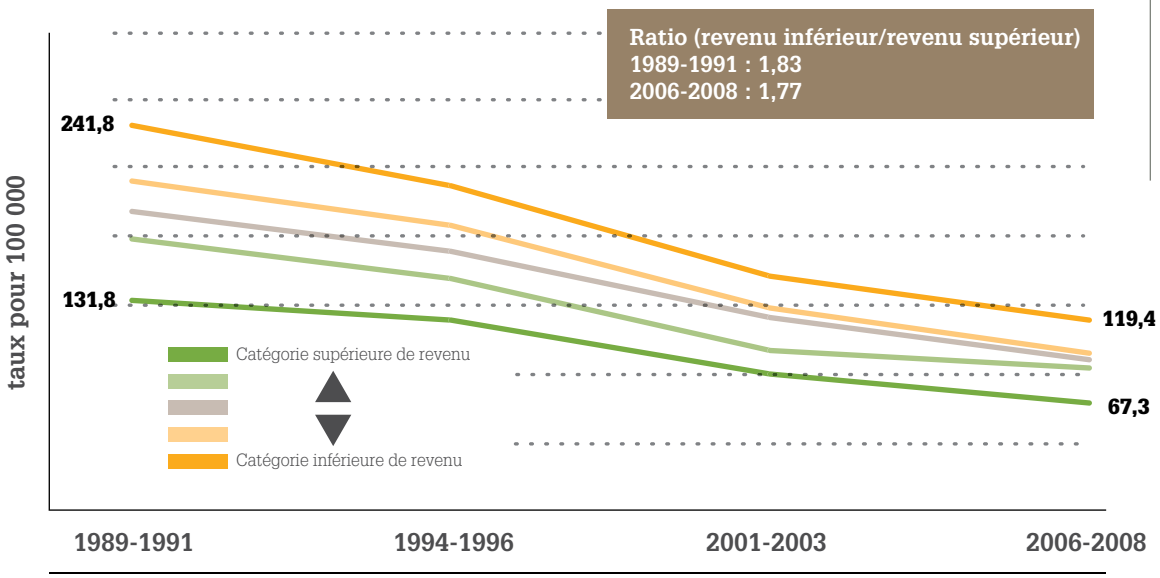
Figure 1.3. Taux de mortalité prématurée (avant 75 ans) selon le revenu, Montréal, 1989-1991 à 2006-2008



Sources de données : Recensements 1991, 1996, 2001 et 2006, Statistique Canada; fichiers des décès, MSSS; Fichier des projections démographiques, janvier 2010, ISQ.

Plusieurs décès peuvent être évités si des interventions médicales appropriées sont pratiquées en temps opportun. Cette mortalité « évitable », s'accroît aussi lorsque le niveau de revenu diminue (figure 1.4). Comme dans le cas de la mortalité prématurée, les écarts persistent. Ainsi, malgré une baisse du taux global de décès évitables depuis une vingtaine d'années, on observe chez les plus pauvres un taux supérieur de 77 % par rapport à celui des plus riches.

Figure 1.4
Taux de mortalité évitable selon le revenu, Montréal, 1989-1991 à 2006-2008



Sources de données : Recensements 1991, 1996, 2001 et 2006, Statistique Canada; Fichiers des décès, MSSS; Fichier des projections démographiques, janvier 2010, ISQ.

Depuis 1989-1991, les écarts selon le revenu persistent. Dans le meilleur des cas, ils ont un peu diminué pour la plupart des causes, mais le taux de mortalité demeure près de deux fois plus élevé dans la catégorie de revenu la plus faible.

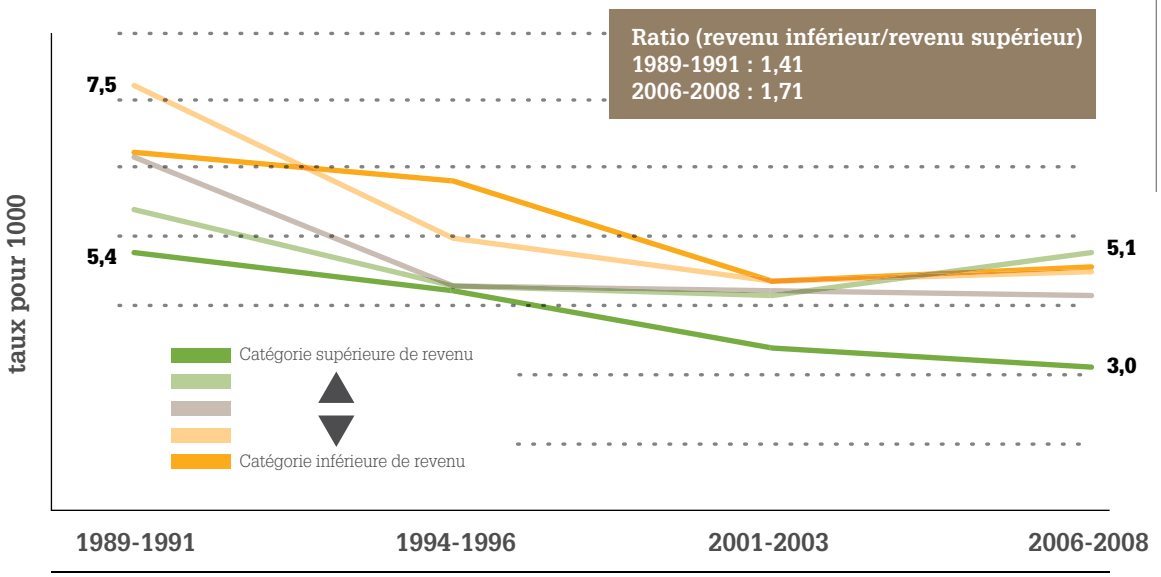
Parallèlement, pour toutes les causes prises en considération, la mortalité observée dans la catégorie de revenu inférieure est plus importante que dans la catégorie supérieure. Les écarts entre les riches et les pauvres à l'égard de la mortalité sont particulièrement prononcés pour le cancer du poumon, le suicide, les problèmes associés à l'alcool et les maladies de l'appareil respiratoire.

Depuis 1989-1991, les écarts selon le revenu persistent. Dans le meilleur des cas, ils ont un peu diminué pour la plupart des causes, mais le taux de mortalité demeure près de deux fois plus élevé dans la catégorie de revenu la plus faible.

Inégaux devant la mort dès la naissance

La diminution de la mortalité infantile constitue l'un des grands progrès survenus en santé dans la plupart des pays industrialisés depuis le début du 20e siècle. À Montréal, cette diminution de la mortalité chez les enfants de moins d'un an se poursuit, le taux ayant baissé de façon notable depuis 1989-1991. Bien qu'il ait diminué tant chez les plus riches que les plus pauvres (figure 1.5), le taux de mortalité infantile est toujours plus élevé dans la catégorie de revenu inférieure que dans la catégorie de revenu supérieure.

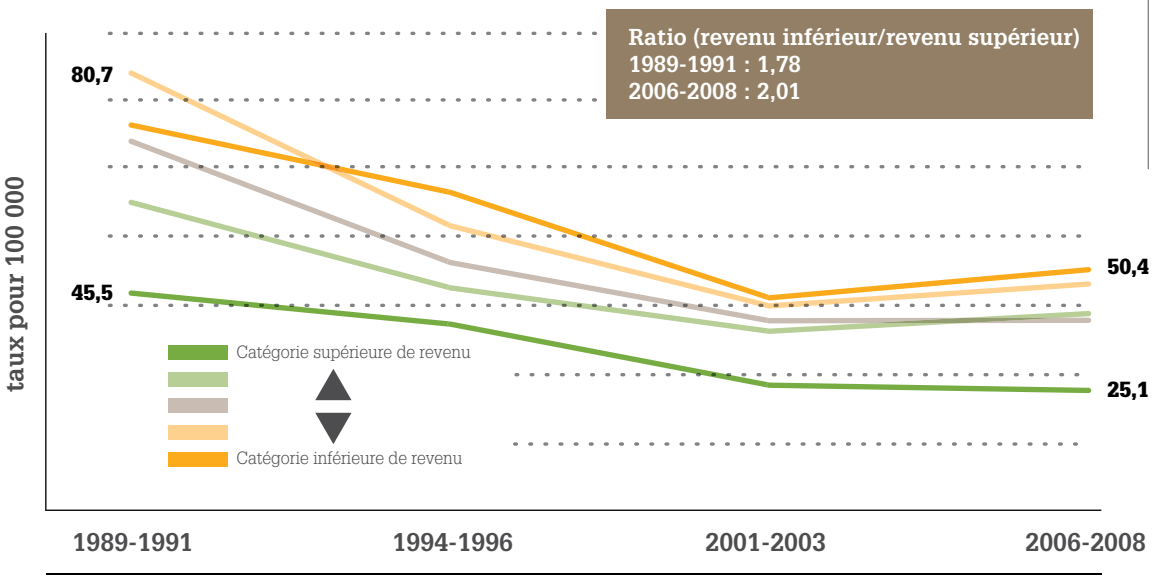
Figure 1.5
Taux de mortalité infantile selon le revenu, Montréal, 1989-1991 à 2008-2008



Sources de données : Recensements 1991 et 2006, Statistique Canada; Fichiers des décès, MSSS; Fichier des projections démographiques, janvier 2010, ISQ.

Au Québec comme à Montréal, des efforts considérables sont déployés pour prévenir les décès précoces chez les enfants et les adolescents. Globalement, les efforts ont porté fruit. Dans la région montréalaise, le taux de mortalité chez les jeunes de moins de 20 ans a diminué de 42 % de 1989-1991 à 2006-2008. Toutefois, la mortalité est deux fois plus élevée chez les plus pauvres que chez les plus riches (figure 1.6).

Figure 1.6. Taux de mortalité chez les jeunes (0-19 ans) selon le revenu, Montréal, 1989-1991 à 2006-2008



Sources de données : Recensements 1991, 1996, 2001 et 2006, Statistique Canada; Fichiers des décès, MSSS; Fichier des projections démographiques, janvier 2010, ISQ.

Chez les jeunes âgés de 10 à 19 ans, une grande part (36 %) des décès est attribuable à des causes dites évitables, comme les accidents de transport, le suicide ou les incendies et les brûlures.

Dans la région montréalaise, le taux de mortalité chez les jeunes de moins de 20 ans a diminué de 42 % de 1989-1991 à 2006-2008.

Aujourd'hui encore, la santé est aussi une question d'argent

Quels que soient les indicateurs retenus, non seulement une position socioéconomique désavantageuse est liée à une mortalité précoce, mais elle est aussi associée à moins d'années vécues en bonne santé. On définit une bonne santé par l'absence de limitations d'activités et l'absence d'incapacités. Or, les limitations d'activités (difficultés à effectuer certaines activités de la vie quotidienne comme entendre, voir, communiquer, marcher, monter un escalier, se pencher, apprendre ou d'autres activités semblables) sont significativement plus fréquentes chez les personnes qui disposent d'un revenu insuffisant (24 % contre 13 % dans la catégorie de revenu la plus élevée). Bien que la proportion de personnes ayant des limitations ait diminué dans toutes les catégories de revenu depuis 2003, l'écart entre les catégories les plus riches et les plus pauvres n'a cessé de s'accentuer.

Les incapacités, qui pointent ou s'intensifient avec l'âge, surviennent généralement plus tôt dans la vie des personnes à faible revenu. Ainsi, en 2005-2007, dans les secteurs de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles et des CLSC des Faubourgs et de Hochelaga-Maisonneuve, l'espérance de vie en bonne santé des hommes n'atteint pas 60 ans et celle des femmes se situe sous la barre des 65 ans. Cette situation contraste avec celle du territoire du CLSC Lac-Saint-Louis, l'un des plus favorisés à Montréal : les résidants y vivent en moyenne 11 années de plus en santé que dans Pointe-Saint-Charles (58,3 ans)

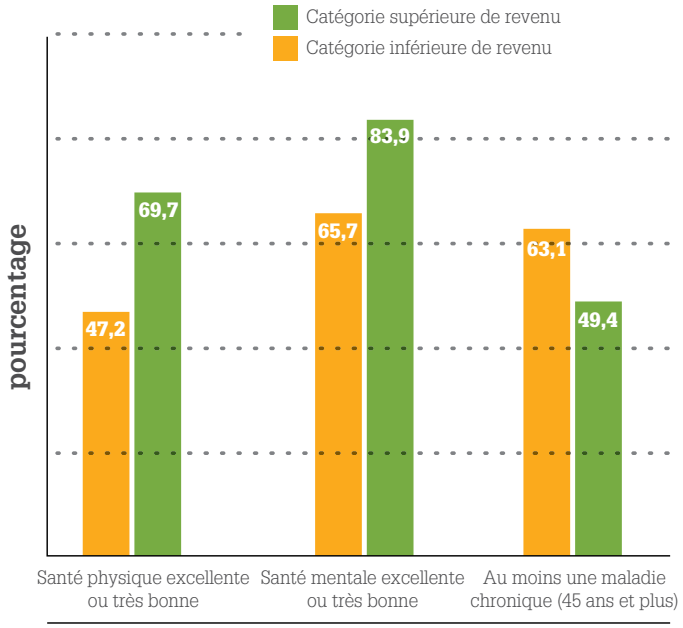
L'état de santé perçu ou auto-évalué (en comparaison de celui des gens du même âge) est révélateur de l'état de santé de la population. Les enquêtes de santé réalisées depuis 1987 indiquent clairement que le faible revenu est lié à une évaluation plus négative de sa santé. Selon ces estimations, le contraste entre les catégories extrêmes de revenu est considérable : en 2007-2008, comparativement aux plus riches, une proportion quatre fois plus élevée de personnes disposant d'un faible revenu percevaient leur santé comme mauvaise ou passable (19 % contre 5 %).

» En 2007-2008, comparativement aux plus riches, une proportion quatre fois plus élevée de personnes disposant d'un faible revenu percevaient leur santé comme mauvaise ou passable (19 % contre 5 %).

Des écarts existent aussi sur le plan de la santé mentale. Si huit personnes sur dix (84 %) de la catégorie de revenu la plus élevée se perçoivent en très bonne ou en excellente santé mentale, ce n'est le cas que de 66 % des personnes de la catégorie inférieure, un écart que l'on constatait déjà en 2003 (figure 1.7).

Des données sur la santé physique corroborent la perception des plus démunis au sujet de leur santé. Selon les dernières données disponibles, la prévalence d'au moins une maladie chronique (bronchite chronique, emphysème, broncho-pneumopathie chronique obstructive, hypertension, cancer, diabète ou maladie cardiaque) chez les personnes de 45 ans et plus tend à être plus élevée (63 %) dans la catégorie de revenu inférieure comparativement à celle de revenu supérieure (49 %) (figure 1.7). Les maladies chroniques sont responsables de près des trois-quarts des décès à Montréal.

Figure 1.7. Perception de l'état de santé et maladies chroniques selon le revenu, Montréal, 2007-2008



Sources de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008, Fichier de partage - Québec, Statistique Canada.

Des inégalités sociales de santé qui prennent racine dès l'enfance

Les inégalités de santé se façonnent dès la naissance et même durant la période fœtale. Le faible poids à la naissance (poids inférieur à 2 500 g), la prématurité (naissance avant 37 semaines de gestation) ainsi que le retard de croissance intra-utérine (RCIU[2]), trois phénomènes étroitement liés, peuvent avoir un impact important sur la santé des nouveau-nés et même à plus long terme. Les nouveau-nés de faible poids sont plus à risque de développer des problèmes de santé.

2. Retard de croissance intra-utérine ou RCIU : On parle de RCIU lorsque le poids du nouveau-né est insuffisant compte tenu de son âge gestationnel (poids inférieur au 10e percentile). Cette notion s'appuie sur des courbes de croissance *in utero* qui diffèrent selon le sexe du nouveau-né. À partir de ces courbes, on établit une frontière qui délimite une croissance normale d'une croissance retardée.

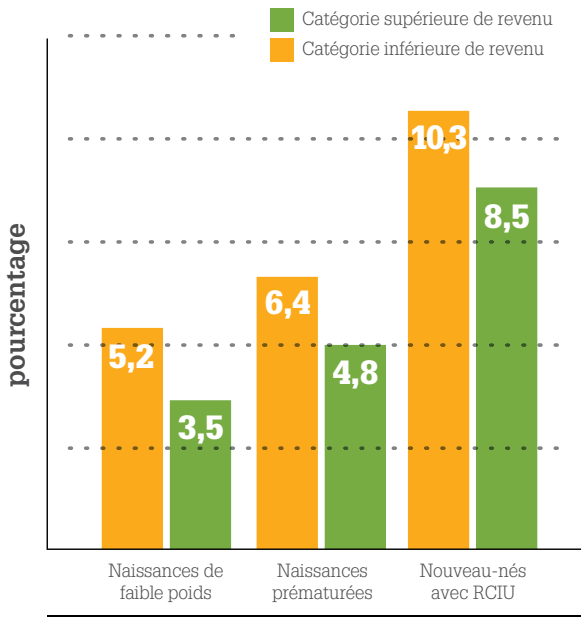
Même légère ou modérée, la prématurité est aussi associée à un risque accru de décès durant la première année de vie. Enfin, le RCIU est souvent associé à des problèmes de comportement et de déficit de l'attention, ainsi qu'à un taux accru de morbidité et de mortalité fœto-infantile.

Les inégalités de santé se façonnent dès la naissance et même durant la période fœtale.

Ces trois facteurs de risque en santé périnatale touchent davantage les nouveau-nés des secteurs les plus pauvres. La proportion de bébés de faible poids parmi les naissances simples a diminué de près d'un point de pourcentage entre 1989-1991 et 2006-2008 (soit de 5,4 % à 4,5 %), dans toutes les catégories de revenu. Par ailleurs, bien que l'écart entre les catégories extrêmes ait diminué depuis 1989-1991, il persiste toujours en 2006-2008 (figure 1.8)

La proportion de naissances prématurées, plus stable dans le temps, est également plus forte dans la catégorie de revenu le plus faible (6,4 %) que dans celle du revenu le plus élevé (4,8 %). Quant à la proportion de naissances présentant un RCIU, une forte diminution a été enregistrée depuis 1989-1991 dans toutes les catégories de revenu. Toutefois, même s'il tend à s'amoindrir, l'écart entre les riches et les pauvres demeure bien présent (figure 1.8).

Figure 1.8.
Facteurs de risque en santé périnatale selon le revenu, Montréal, 2006-2008



Sources de données : Recensement 2006, Statistique Canada; Fichier des naissances vivantes, MSSS.

Plus de naissances à Montréal dans des conditions de revenu défavorisées

Le nombre de naissances à Montréal dans les catégories à plus bas revenu a augmenté de 4 %, de 1989-1991 à 2006-2008, alors qu'il a diminué de 14,5 % dans la catégorie de revenu élevé pour la même période.

La présence plus grande de facteurs de risque chez les nouveau-nés des mères des catégories les plus pauvres, ainsi que les conditions socioéconomiques plus difficiles de ces femmes sont préoccupantes. Elles le sont d'autant plus que les données les plus récentes démontrent qu'à Montréal une proportion plus importante de bébés vient au monde dans des conditions économiques défavorables. La réduction des écarts de santé à la naissance passe forcément par l'amélioration des conditions socioéconomiques des mères.

Parmi les conditions sociales qui expliquent en partie les problèmes de santé à la naissance, il faut signaler le jeune âge des mères qui est associé à plus de complications obstétricales, à un taux plus élevé de bébés de faible poids ou présentant un RCIU, ainsi qu'à des taux de mortalité et de morbidité néonatales et postnatales plus importants. La grossesse à l'adolescence peut amener les jeunes mères à vivre dans la pauvreté puisque la grossesse les empêche bien souvent de terminer leurs études.

Les inégalités sociales de santé sont inacceptables à tout âge. Mais pour les tout-petits et les jeunes, les inégalités présentes dès le début de leur vie pèsent d'autant plus lourd que les conséquences se font sentir au-delà de l'enfance. La pauvreté des enfants est souvent synonyme de décrochage et se traduit fréquemment par une espérance de vie plus courte et un plus grand nombre d'années à vivre avec des incapacités. Sans interventions adéquates, les inégalités de départ hypothèquent la vie des individus nés dans la pauvreté et se répercutent sur l'ensemble de la société.

Il y a plus de dix ans, le Québec s'est doté de diverses politiques pour réduire l'accroissement des inégalités et a adopté une loi contre la pauvreté. La partie suivante le situe par rapport à l'ensemble des autres provinces et brosse un tableau de la situation à Montréal en regard de plusieurs grandes villes canadiennes et du reste du Québec.

deuxième partie :

Montréal en perspective

Montréal est la terre d'accueil de sept immigrants sur dix qui s'établissent au Québec et choisissent d'y vivre. De plus, nombreux sont les Québécois qui quittent leur région pour la grande ville, par nécessité économique ou autre. Les quartiers de Montréal regroupent une population diversifiée au plan économique et culturel. Les contrastes y sont frappants : les résidants les plus modestes vivent parfois à un coin de rue des plus fortunés. Traditionnellement, ils vivaient parfois dans le même immeuble. Ce qui se révèle excellent sur le plan de la mixité sociale, vu la possibilité d'une offre plus uniforme des services de proximité (écoles, parcs et commerces), est maintenant menacé par la polarisation des conditions de vie dans les quartiers, un phénomène qui prend plus d'acuité dans les métropoles.

Montréal ne fait pas exception. Parce que les inégalités sociales de santé sont étroitement associées aux inégalités de revenu, un portrait socioéconomique de Montréal s'impose. Dans un premier temps, ce portrait situe l'évolution des revenus et de la polarisation dans le contexte canadien (et même international) pour ensuite le replacer, dans un deuxième temps, dans le contexte québécois. Enfin, le portrait est complété par une comparaison des grandes villes canadiennes sur le plan des inégalités sociales de santé.

Le contexte canadien

Le revenu moyen des Canadiens pour chaque catégorie socioéconomique demeure supérieur à celui des catégories correspondantes de la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Mais l'accroissement des écarts de revenu entre les riches et les moins riches à l'intérieur du pays retient l'attention de l'OCDE. L'Organisation remarque que les taux de pauvreté et d'inégalités ont plus augmenté au Canada que dans la moyenne des pays membres au cours des dernières années. Le nombre de personnes à faible revenu[3] a augmenté de près de 3 points de pourcentage depuis le milieu des années 1990 pour atteindre un taux de 12 % au Canada au milieu des années 2000. La note de recherche de l'OCDE consacrée au Canada indique également que si les travailleurs pauvres sont moins nombreux au Canada que dans la moyenne des autres pays membres, il appert cependant que lorsqu'un Canadien glisse sous le seuil de faible revenu, il risque de rester pauvre plus longtemps qu'un individu dans la même situation dans un pays comparable. Au Canada, tous les groupes d'âge ne sont pas également touchés par le taux de faible revenu : en effet, celui des personnes âgées se situe autour de 6 %, alors que celui des enfants gravite autour de 15 % (OCDE, 2008).

Selon le sociologue John Myles, les mécanismes de redistribution au Canada ne suffisent plus depuis la fin des années 1990 à corriger l'augmentation des inégalités de revenu entre les ménages. Cette situation est imputable aux changements survenus sur le marché du travail (déclin des taux de syndicalisation, par exemple) et à l'évolution de la structure des ménages (Myles, 2010).

3. Divers seuils de revenu sont utilisés pour tenter de mesurer la pauvreté. La mesure de faible revenu (MFR), qui correspond généralement à la moitié du revenu médian (mais parfois aussi à 40 % ou à 60 % selon les études ou les pays), est largement utilisée en Europe car elle facilite les comparaisons internationales. Elle peut s'avérer moins efficace pour les études longitudinales puisqu'elle risque de sous-estimer la prévalence du faible revenu quand le revenu médian est plus faible, durant les récessions, par exemple. L'OCDE utilise la MFR.

Le Québec réussit toutefois un peu mieux à réduire les inégalités lorsqu'on considère les revenus après impôt (OCDE, 2008 ; Myles, 2010). À cet égard, les données les plus récentes de Statistique Canada sont révélatrices. Le tableau suivant (figure 2.1) illustre à la fois les progrès réalisés au Québec ces dernières années, selon la mesure du panier de consommation (MPC)[4], et le fait que le Québec a mieux résisté, en comparaison des autres provinces, à la récession de 2008.

» Selon le sociologue John Myles, les mécanismes de redistribution au Canada ne suffisent plus depuis la fin des années 1990 à corriger l'augmentation des inégalités de revenu entre les ménages.

Figure 2.1. Pourcentage de personnes sous le seuil de faible revenu selon la mesure du panier de consommation*

* Base de 2008

	Atlantique	Québec	Ontario	Provinces Prairies	Colombie-Britannique
2000	15,5	11,6	9,9	11,4	16,8
2001	14,5	11,5	9,2	10,3	14,7
2002	14,8	10,3	9,7	9,3	15,7
2003	14,1	9,2	9,5	10,5	14,8
3004	13,5	8,4	10,5	10,4	13,8
2005	12,7	8,9	10,1	9,3	12,8
2006	12,8	9,0	10,0	8,3	12,3
2007	11,7	8,2	8,7	7,6	10,4
2008	12,1	9,5	9,4	6,9	11,5
2009	12,3	9,5	10,5	9,8	13,0

Sources de données : Tableau CANSIM 202-0802, Statistique Canada. 15 juin 2011. « Personnes dans des familles à faible revenu, annuel », d'après l'Enquête sur les finances des consommateurs et l'enquête sur la dynamique du travail et du revenu.

» Les taux de pauvreté et d'inégalités ont plus augmenté au Canada que dans la moyenne des pays membres de l'OCDE au cours des dernières années.

4. La mesure du panier de consommation (MPC) est basée sur les coûts de subsistance et d'intégration sociale, adaptés à la taille du ménage et variable selon la collectivité, le coût de la vie n'étant pas le même dans toutes les régions. Outre le coût du logement, de la nourriture et des vêtements, la MPC inclut le transport, les soins personnels, le service téléphonique et certains loisirs. Selon cette mesure, une famille est considérée à faible revenu si ses revenus disponibles à la consommation sont inférieurs à ce qu'il en coûte pour payer l'ensemble des biens et services prévus au panier de consommation. Contrairement aux approches définissant la pauvreté de façon strictement relative, la MPC est une mesure absolue qui permet d'établir le niveau de revenu minimum pour se procurer les biens et services considérés comme nécessaires.

Une autre étude récente de l'OCDE s'est attardée aux politiques publiques destinées aux parents, notamment celles qui facilitent la conciliation travail-famille. Par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE, le Canada fait bonne figure pour plusieurs indicateurs clés relatifs aux familles et ses résultats sont encore meilleurs en ce qui concerne le taux d'activité des femmes et les résultats scolaires des jeunes. En revanche, il obtient de moins bons résultats pour ce qui est des services de garde reconnus pour les enfants de moins de 6 ans, dont le taux de couverture est de 40 % seulement. Au Canada, plus d'un million de jeunes de moins de 17 ans vivent dans des familles pauvres. De surcroît, dans les familles avec enfant(s) où les deux parents ne travaillent pas, le taux de faible revenu au Canada (85 %) est supérieur à la moyenne des pays membres (53 %). Pour les familles monoparentales, les taux de faible revenu sont de 42 % contre 31 % en moyenne dans les pays de l'OCDE, et ce, en dépit du fait que le taux d'emploi des parents seuls atteint 80 % au Canada (OCDE, 2011).

» Bien que le Canada fasse bonne figure pour plusieurs indicateurs clés relatifs aux familles, il obtient de moins bons résultats pour ce qui est des services de garde reconnus pour les enfants de moins de 6 ans, dont le taux de couverture est de 40 % seulement.

Les auteurs du rapport de l'OCDE notent les efforts du Québec et soulignent ses politiques favorables aux familles : aide en matière de garde préscolaire et périscolaire, prestations pour les parents en emploi et les familles monoparentales, et congé de paternité (OCDE, 2011). Compte tenu du degré d'intégration économique en Amérique du Nord et du système fédéral qui tend à uniformiser les politiques sociales, le « modèle québécois » s'avère relativement performant puisque « le Québec a réussi, mieux que les autres, à contrôler ses inégalités sociales entre 1981 et 2007 » (Bernard et Raïq, 2011 : 54). Certes, par comparaison avec d'autres pays aux régimes sociaux-démocrates comme la Suède, la performance du Québec est moins impressionnante. Néanmoins, le Québec se distingue par ses efforts visant à contrer la pauvreté des plus pauvres (Bernard et Raïq, 2011 : 67).

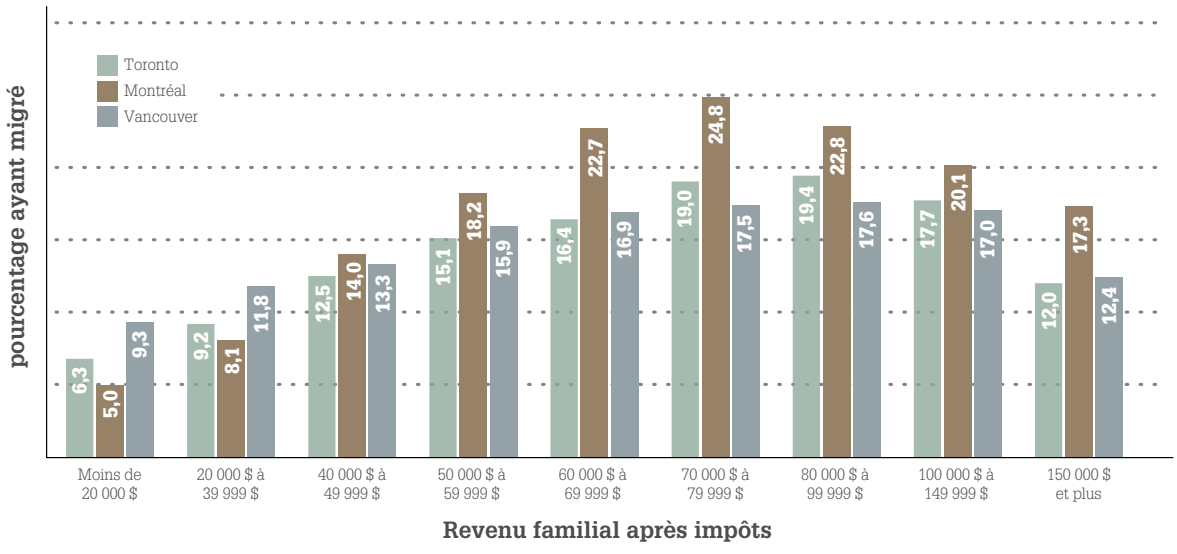
L'accroissement des écarts de revenu favorise la différenciation des quartiers (Chen, Myles et Picot, 2011), ce qui contribue à concentrer certains problèmes dits urbains, tels la pauvreté, la criminalité, la consommation de drogues ou la dégradation des quartiers résidentiels. Ce phénomène a pour effet de complexifier les interventions publiques, notamment en matière de santé. Fréquent dans les villes des États-Unis, il alimente l'étalement urbain, avec les conséquences que l'on sait sur l'environnement, l'organisation des transports et les revenus de

taxation des agglomérations et, par conséquent, sur les conditions de vie et de santé dans la ville-centre. En raison de son filet de protection sociale, le Canada a longtemps échappé aux conséquences néfastes de ce type d'urbanisation, d'autant plus que les élites ont continué à valoriser la vie au centre des grandes villes (Goldberg et Mercer, 1986). Mais la situation pourrait changer si la polarisation socioéconomique des populations urbaines se poursuit.

La situation dans les grandes villes

À l'heure actuelle, bien que la situation ne soit pas aussi alarmante qu'à Toronto (Hulchanski *et al.,* 2010), on trouve à Montréal des signes de polarisation. La métropole québécoise, à l'instar des autres grandes villes canadiennes, peine à conserver les familles avec de jeunes enfants, davantage susceptibles de quitter la ville-centre pour l'une des banlieues de la grande région de Montréal. Comme le montre le graphique suivant (figure 2.2), les familles dont les revenus se situent entre 60 000 $ et 100 000 $ sont plus susceptibles de quitter le centre pour s'établir en périphérie que les personnes qui ont peu de revenus, ou encore celles qui ont des revenus plus élevés. Il s'agit d'une tendance plus marquée à Montréal qu'à Toronto et Vancouver.

Figure 2.2. Les personnes ayant des revenus familiaux inférieurs à 40 000 $ sont les moins susceptibles de quitter la municipalité centrale en direction d'une municipalité avoisinante Adaptation de Turcotte M, Vezina M, 2010 : 10.



Sources de données : Recensement 2006, Statistique Canada.

L'évolution de quelques déterminants sociaux à l'origine des inégalités sociales de santé témoigne de plusieurs améliorations globales à Montréal en ce qui a trait au revenu et à l'éducation, notamment. Toutefois, plusieurs des gains réalisés semblent être annulés par autant de pertes (voir le tableau sur les indicateurs de l'Annexe 3).

La mesure du panier de consommation (MPC) permet de tracer un portrait nuancé, car elle prend notamment en compte la différence des coûts du logement entre les villes. Comme l'indique le tableau ci-dessous (figure 2.3), la situation varie dans les grandes villes du pays. À Montréal, à partir de 2009, le taux de personnes sous le seuil de la MPC a recommencé à baisser graduellement, un mouvement qui s'était amorcé une décennie plus tôt mais qui a été contrecarré par la récession de 2008. À l'opposé, les villes de Toronto et surtout de Vancouver affichent maintenant des taux supérieurs à ceux de 2000. Quant à la ville de Québec, ses progrès sont particulièrement remarquables : le taux de faible revenu (selon la MPC), qui était de 9,2 % en 2000, a chuté à 3,6 % en 2009. Cette situation s'expliquerait par des programmes sociaux plus généreux qu'ailleurs au Canada, mais aussi par une dynamique économique propre à la région de la Capitale-Nationale (Noël, 2011).

Figure 2.3. Pourcentage de personnes sous le seuil de faible revenu selon la mesure du panier de consommation*

* Base de 2008

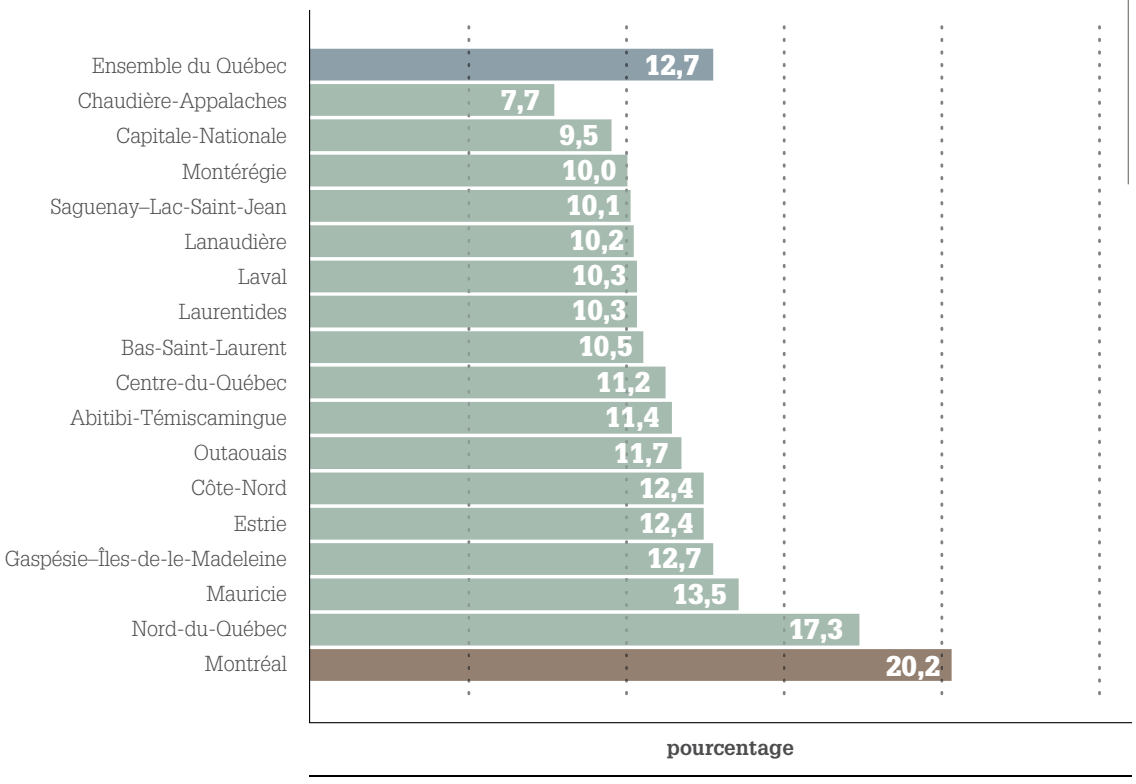
	Québec (Qc)	Montréal	Toronto	Vancouver
2000	9,2	13,4	10,4	14,8
2001	10,0	12,2	9,9	13,6
2002	7,8	11,5	11,1	16,7
2003	7,7	10,0	9,7	13,8
3004	6,4	8,3	11,2	14,2
2005	6,5	9,1	11,9	12,9
2006	6,4	9,1	11,8	12,1
2007	7,8	8,5	10,4	9,8
2008	4,6	12,0	10,4	13,5
2009	3,6	11,6	12,3	16,5

Sources de données : Tableau CANSIM 202-0802, Statistique Canada. 16 juin 2011. «Personnes dans des familles à faible revenu, annuel», d'après l'Enquête sur les finances des consommateurs et l'enquête sur la dynamique du travail et du revenu.

Montréal et le Québec

Malgré les progrès de la lutte contre la pauvreté, d'importantes variations subsistent au Québec. Par exemple, alors que le taux de personnes sous le seuil de la mesure de faible revenu (MFR) dans la région de Chaudière-Appalaches est seulement de 7,7 %, le taux qui prévaut à Montréal est le plus élevé, soit plus de 20 % de la population[5]. La moyenne du Québec se situe à 12,7 %, un taux qui serait forcément moins élevé si l'on retranchait la métropole du total. Le graphique ci-dessous (figure 2.4) indique les variations dans les taux de faible revenu selon les régions du Québec pour l'année 2007.

Figure 2.4. Taux de faible revenu, MFR, seuils après impôt, particuliers, ensemble du Québec et régions administratives, 2007



Sources de données : ISQ d'après Statistique Canada, fichiers sur les familles T1 (FFT1).

5. La MPC n'étant pas disponible pour toutes les régions, la mesure de faible revenu (MFR) est utilisée ici.

L'évolution favorable des taux de faible revenu se vérifie davantage chez les ménages avec enfants, ce qui tend à confirmer l'impact positif des politiques familiales et des mesures de soutien au revenu implantées depuis quelques années au Québec et qui misent prioritairement sur l'amélioration des conditions de vie des familles. De fait, parmi les familles économiques qui semblent les plus vulnérables ces dernières années, le Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE) relève que le taux de faible revenu demeure plus élevé pour les personnes seules, en particulier les femmes seules et les familles monoparentales (CEPE, 2008).

Les taux de faible revenu rendent compte du nombre important de personnes n'ayant toujours pas suffisamment de revenu pour se procurer l'ensemble des biens et services nécessaires. Comme dans le reste du Québec, les personnes seules et les familles monoparentales montréalaises sont les plus susceptibles d'être pauvres. Par ailleurs, on trouve parmi les groupes vulnérables de Montréal les immigrants récents qui éprouvent plus de difficulté à s'intégrer que leurs prédécesseurs. Ils comptent 21 % de chômeurs contre 8,8 % pour l'ensemble de la population, et ce, en dépit du fait que les immigrants ont un taux de diplomation universitaire supérieur à la moyenne (DSP, 2010).

Par comparaison avec le reste du Québec, le territoire montréalais semble marqué par les disparités socioéconomiques sur plusieurs plans. À l'échelle de la MRC de Montréal, le taux de faible revenu (MFR après impôt) pour les enfants de moins de 17 ans atteignait 26 % en 2008 (ISQ, 2011), alors que la moyenne québécoise était de 15,2 %. La pauvreté des enfants reflète évidemment celle de leurs parents. Par ailleurs, ce taux ne distingue pas les familles qui vivent une période difficile, mais temporaire, de celles pour qui la pauvreté est un état persistant. Toutefois, même lorsque la pauvreté est transitoire, elle nuit à la santé des enfants non seulement alors qu'ils sont encore jeunes, mais tout au long de leur vie, et ce, quel que soit le niveau socioéconomique atteint ultérieurement (Shonkoff *et al.,* 2009).

Enfin, il faut souligner que le nombre de personnes vivant avec un faible revenu à Montréal est supérieur à la population totale de plusieurs régions du Québec.

Comme dans le reste du Québec, les personnes seules et les familles monoparentales montréalaises sont les plus susceptibles d'être pauvres. Par ailleurs, on trouve parmi les groupes vulnérables de Montréal les immigrants récents qui éprouvent plus de difficulté à s'intégrer que leurs prédécesseurs. Ils comptent 21 % de chômeurs contre 8,8 % pour l'ensemble de la population, et ce, en dépit du fait que les immigrants ont un taux de diplomation universitaire supérieur à la moyenne.

La pauvreté est très répandue dans les familles autochtones vivant en milieu urbain (..).

Des inégalités inquiétantes persistent entre les autochtones et les allochtones canadiens. Les principales conclusions du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) de 1996 soutiennent que : " Les peuples autochtones se situent au bas de l'échelle de presque tous les indices disponibles relatifs au bien-être socioéconomique, incluant le niveau de scolarité, les perspectives d'emploi, les conditions de logement, le revenu par habitant et d'autres conditions qui permettent à la population canadienne non autochtone de bénéficier de l'un des plus hauts niveaux de vie au monde".

Malgré les progrès réalisés depuis le dépôt des recommandations de la CRPA, l'UNICEF constate que des inégalités inquiétantes perdurent entre les enfants autochtones et les enfants allochtones vivant en milieu urbain, de même qu'entre leurs familles respectives.

Cloutier, 2011 : 7

L'évolution récente

L'annexe 3 présente l'évolution de différents indicateurs sociodémographiques et socioéconomiques pour la période allant de 1990 à 2006. Quelques constats en découlent.

Le faible revenu est moins présent chez certains groupes sociaux qu'il ne l'était en 1990, notamment chez les familles monoparentales et les personnes âgées de 65 ans et plus. Cela témoigne de l'effet positif des politiques publiques.

Même après plus de dix ans au pays, le fait d'être immigrant est toujours associé à une situation de faible revenu. Il est possible que cela soit lié en grande partie aux difficultés d'insertion professionnelle persistantes des nouveaux arrivants.

En 2006, on note toutefois deux changements importants dans le portrait de la pauvreté à Montréal. Premièrement, par rapport à 1991, le statut d'immigrant (peu importe la date d'arrivée au pays) rime avec faible revenu. Même après plus de dix ans au pays, le fait d'être immigrant est toujours associé à une situation de faible revenu. Il est possible que cela soit lié en grande partie aux difficultés d'insertion professionnelle persistantes des nouveaux arrivants. Deuxièmement, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus à faible revenu a diminué. On observe également une hausse du taux d'emploi et une baisse du taux de chômage. Depuis 1991, la part de la population active de 15 ans et plus ayant travaillé à plein temps toute l'année a diminué de 55 % à 52 %, tandis que celle qui a travaillé une partie de l'année ou à temps partiel a augmenté de 45 % à 48 %. Plusieurs indicateurs clés du marché du travail montrent que l'impact de la dernière récession s'est fait particulièrement sentir à Montréal et que les années de ralentissement économique ont surtout touché les travailleurs plus vulnérables en raison de leur statut d'emploi ou de leur situation sociale : les plus jeunes et les plus âgés, les immigrants arrivés au cours des cinq dernières années, les travailleurs moins qualifiés et les ouvriers masculins du secteur manufacturier.

En ce qui concerne l'éducation, il y a une bonne nouvelle : la proportion des « sans-diplôme » a diminué tandis que la proportion des diplômés universitaires a augmenté. Le taux de décrochage reste toutefois fort élevé comparativement au reste du Québec. Sur l'île de Montréal, on note en effet des écarts considérables au plan de la réussite scolaire selon le statut de défavorisation des écoles et selon les territoires de CLSC. Le taux de sortie sans diplôme ni qualification à Montréal, pour les élèves fréquentant le réseau public en 2008-2009, est ainsi près de deux fois et demie plus élevé dans les écoles défavorisées que dans les autres écoles. L'écart est encore plus marqué entre certains territoires de CLSC. Par exemple, le taux de décrochage est cinq fois plus élevé dans Pointe-Saint-Charles que dans Lac-Saint-Louis.

Sur l'île de Montréal, on note en effet des écarts considérables au plan de la réussite scolaire selon le statut de défavorisation des écoles et selon les territoires de CLSC. Le taux de sortie sans diplôme ni qualification à Montréal, pour les élèves fréquentant le réseau public en 2008-2009, est ainsi près de deux fois et demie plus élevé dans les écoles défavorisées que dans les autres écoles.

La situation est-elle plus défavorable à Montréal qu'ailleurs ?

Le portrait des inégalités sociales de santé à Montréal révèle la persistance des écarts de santé selon le statut socioéconomique. Cela dit, à partir des quelques indicateurs disponibles, il semble pertinent d'analyser la situation montréalaise avec une perspective élargie, c'est-à-dire en comparant Montréal à cinq autres grandes villes canadiennes : Toronto, Vancouver, Edmonton, Winnipeg et Halifax[6]. Ce regard comparatif permet à la fois de faire la synthèse des conditions socioéconomiques qui caractérisent Montréal, de positionner de façon sommaire et relative l'état de santé des Montréalais et, enfin, de mesurer les écarts de santé entre les riches et les pauvres de Montréal par rapport aux autres contextes urbains du reste du Canada.

Des caractéristiques démographiques et socioéconomiques distinctes pour Montréal

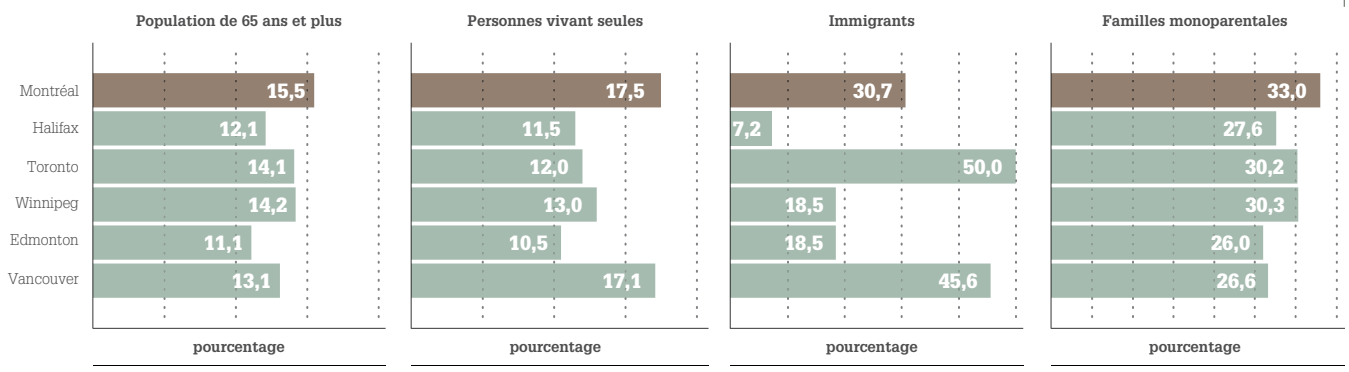
D'entrée de jeu, il convient de signaler que les grandes villes canadiennes présentent toutes un caractère distinct sur le plan de leur composition démographique et de leurs conditions sociales et économiques. Examiner plus précisément ce qui distingue Montréal des autres grands centres permet de nuancer le portrait des écarts de santé entre les villes.

Sous l'angle des déterminants sociaux et des groupes vulnérables, Montréal semble plus désavantagée que les autres grandes villes canadiennes, selon le dernier recensement canadien disponible de 2006. D'abord, Montréal compte une population relativement plus âgée et une part considérable de personnes vivant seules et de familles monoparentales (figure 2.5). De plus, même si d'autres grandes régions urbaines du Canada présentent une proportion d'immigrants supérieure à celle de Montréal, les immigrants constituent tout de même près du tiers de la population de l'île. Si les immigrants arrivent au pays en bonne santé, les difficultés d'intégration qu'ils rencontrent s'accompagnent souvent de conditions économiques difficiles qui peuvent avoir des effets négatifs sur la santé à plus long terme. Parmi les six villes étudiées, Montréal comprend la proportion la plus élevée de familles monoparentales, soit 33 %. Cette situation familiale est fortement

6. Ces régions sociosanitaires ont été choisies afin de comparer Montréal à d'autres grandes villes de différentes régions du Canada.

associée à la pauvreté puisque 29 % des familles monoparentales vivent sous le seuil de faible revenu (après impôt), comparativement à 16 % des familles avec conjoints.

Figure 2.5. Caractéristiques démographiques dans six grandes villes canadiennes, 2006



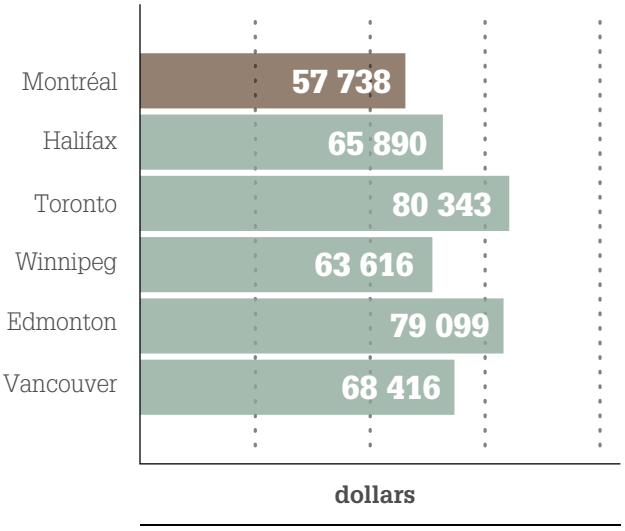
Sources de données : Recensement 2006, Statistique Canada.

Sous l'angle des déterminants sociaux et des groupes vulnérables, Montréal semble plus désavantagée que les autres grandes villes canadiennes, selon le dernier recensement canadien disponible de 2006. D'abord, Montréal compte une population relativement plus âgée et une part considérable de personnes vivant seules et de familles monoparentales.

Comparativement aux résidants des autres villes, les Montréalais doivent composer avec des conditions économiques moins avantageuses. Le revenu moyen des ménages de l'île de Montréal, notamment, est le plus bas parmi les six villes étudiées (figure 2.6). Ces ménages disposent en moyenne d'un revenu brut (avant impôt) de 22 600 $ inférieur à celui des ménages torontois, par exemple. Toutefois, après impôt et en tenant compte des mesures gouvernementales de redistribution des revenus, cet écart est moins prononcé par rapport à celui qu'on observe entre les revenus bruts; ce n'est sans doute pas étranger aux différences

qui existent entre les provinces relativement aux mesures de redistribution des revenus ainsi qu'à l'augmentation graduelle, à Toronto, de ménages à faible revenu[7]. Sur une note plus positive, il faut signaler que les Montréalais affichent un niveau de scolarité relativement élevé bien qu'inférieur à celui de Toronto et Vancouver. En effet, plus du quart de la population de 15 ans et plus détient un diplôme universitaire.

Figure 2.6
Revenu moyen des ménages dans six grandes villes canadiennes, 2005

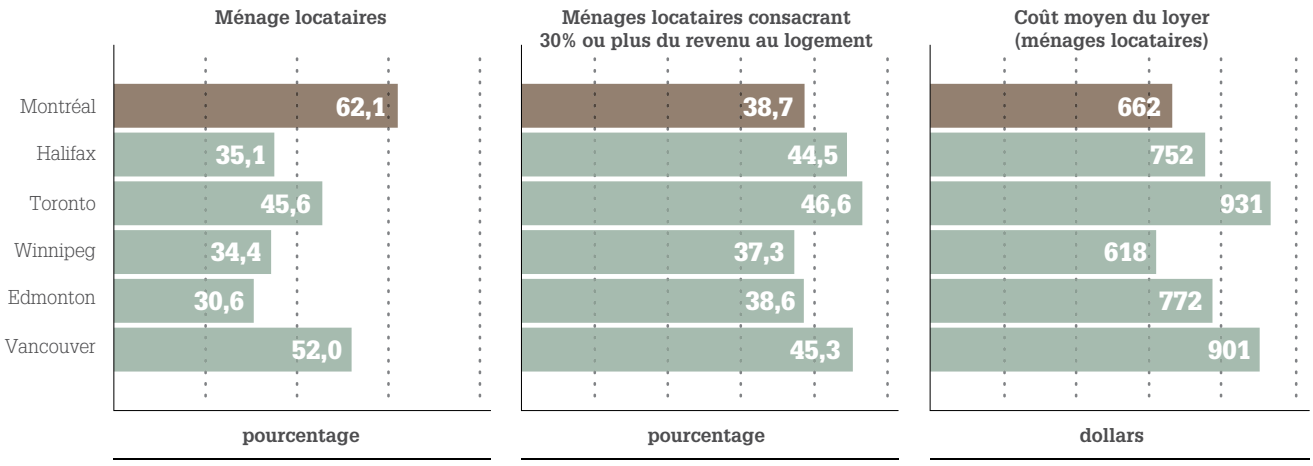


Sources de données :
Recensement 2006, Statistique Canada.

En parallèle avec les statistiques économiques, la situation du logement met en lumière plusieurs particularités du contexte montréalais : le marché immobilier se caractérise par une forte proportion de ménages locataires par comparaison avec les autres villes canadiennes (figure 2.7). Cette situation qui ne date pas d'hier s'inscrit dans un contexte historique de protection des prix des loyers aussi bien que des droits des locataires. Encore aujourd'hui, le coût moyen du logement locatif à Montréal se classe parmi les plus bas des grandes villes canadiennes (figure 2.7).

7. Pour une analyse de la distribution des revenus à Toronto, voir Hulchanski *et al.* (2010).

Figure 2.7. Proportion des ménages locataires et coût moyen du logement dans six grandes villes canadiennes, 2006



Sources de données : Recensement 2006, Statistique Canada.

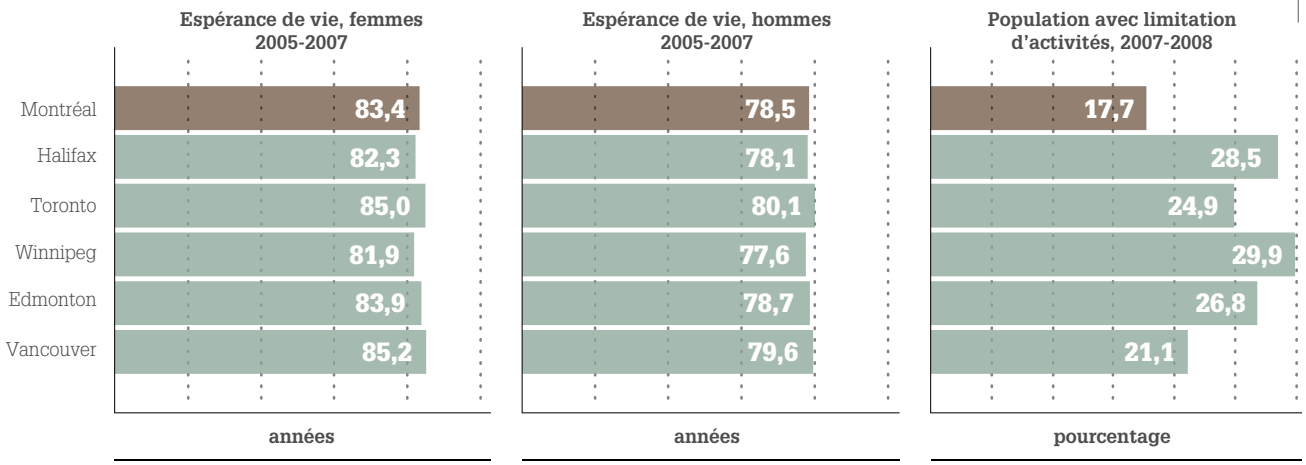
Portrait nuancé de la santé à Montréal

Montréal présente donc plusieurs caractéristiques désavantageuses tant sur le plan démographique que social et économique. Considérant le lien connu entre un contexte défavorable et les conditions de santé de la population, le portrait global de santé de Montréal est-il plus négatif que celui des cinq autres villes canadiennes ? Comment les écarts de santé notés à Montréal entre les différentes catégories de revenu se comparent-ils à ceux des autres grandes villes ?

État de santé globale

Le portrait de l'état de santé globale des Montréalais doit être nuancé lorsqu'on le compare à celui des autres villes. Premièrement, ils vivent plus longtemps que les habitants de Halifax et de Winnipeg, mais moins longtemps que ceux de Toronto et de Vancouver, où l'espérance de vie dépasse celle de Montréal de deux ans (figure 2.8). La part très importante d'immigrants à Toronto et à Vancouver (50 % et 46 % respectivement) pourrait contribuer à expliquer cet écart. Deuxièmement, selon les données sur les limitations d'activités, les Montréalais vivent en meilleure santé que les résidants des cinq autres villes étudiées.

Figure 2.8. État de santé globale dans six grandes villes canadiennes



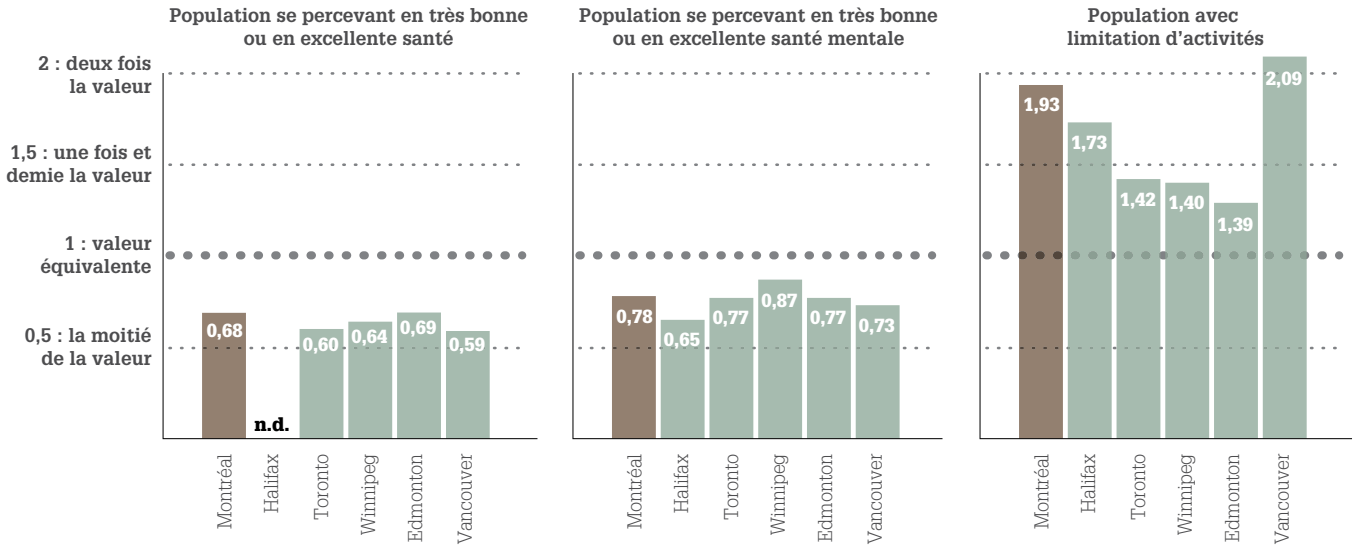
Sources de données : *ESPÉRANCE DE VIE :* « La santé au Canada », Statistique Canada. 28 juin 2011. *LIMITATION D'ACTIVITÉS :* Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008, fichier maître, Statistique Canada.

L'analyse des écarts de santé globale selon le revenu indique clairement que chacune des villes est aux prises avec d'importantes inégalités sociales de santé (figure 2.9). Dans le cas de Montréal, on note néanmoins une tendance à présenter des écarts légèrement moins importants en ce qui concerne l'autoévaluation de la santé (physique et mentale). En d'autres termes, un peu plus qu'ailleurs, les Montréalais les plus pauvres font une évaluation positive de leur santé qui se rapproche de celle des plus riches. À l'inverse, l'avantage des riches sur les pauvres quant aux limitations d'activités est plus marqué à Montréal que dans les autres villes, sauf à Vancouver.

Comment interpréter les écarts entre les riches et les pauvres ?

Les écarts de santé entre les riches et les pauvres sont illustrés par l'écart relatif entre les valeurs d'un indicateur pour les catégories inférieure et supérieure de revenu. C'est ce que nous appelons le ratio. Par exemple, le ratio de 1,5 pour les hospitalisations pour asthme que l'on retrouve à la figure 2.13 signifie que les hospitalisations pour asthme parmi les personnes de la catégorie inférieure de revenu seraient une fois et demie plus fréquentes que parmi les personnes de la catégorie supérieure de revenu. La comparaison des inégalités sociales de santé dans les six villes canadiennes s'appuie sur des données relatives aux hospitalisations et des données d'enquêtes. Les écarts mesurés à partir des données d'hospitalisations ne peuvent cependant pas être comparés à ceux qui sont mesurés à partir des données en raison de méthodes légèrement différentes dans l'attribution des catégories de revenu. (voir annexe 2)

Figure 2.9. Ratio (catégorie inférieure de revenu / catégorie supérieure de revenu) des indicateurs de santé globale dans six grandes villes canadiennes, 2007-2008

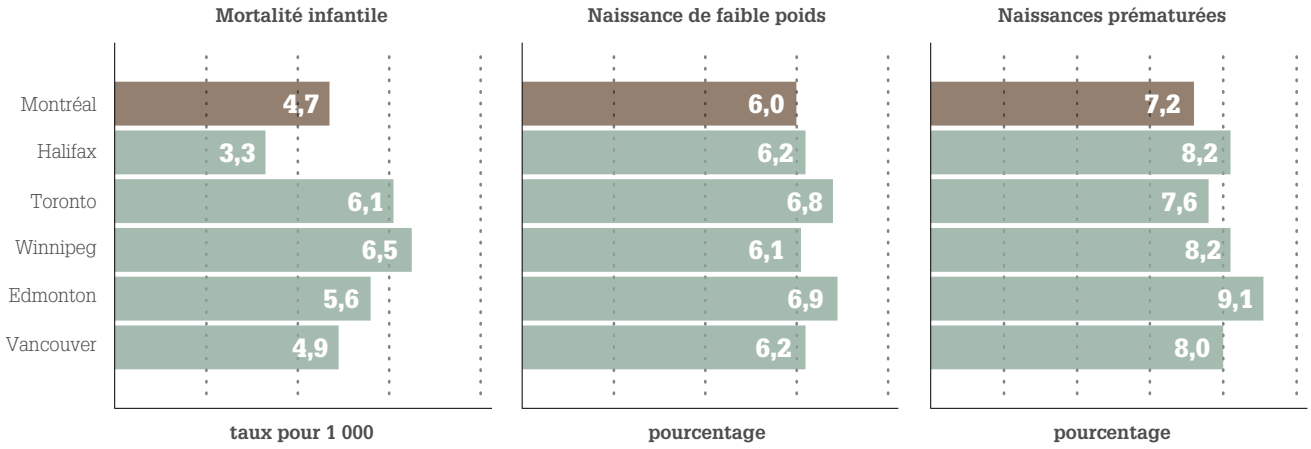


Sources de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008, Fichier de partage - Québec, Statistique Canada

Santé infantile

Montréal fait particulièrement bonne figure dans le domaine de la santé infantile. En comparaison des cinq autres villes canadiennes, Montréal affiche plusieurs statistiques enviables qui tendent à démontrer le bien-fondé des politiques de périnatalité et de soutien aux familles. Seule Halifax présente un taux de mortalité infantile plus faible que celui de Montréal. Les proportions de bébés nés avec un faible poids sont significativement plus élevées à Toronto et à Edmonton, alors que les naissances prématurées sont significativement moins fréquentes ici que dans les cinq autres villes (figure 2.10).

Figure 2.10.
Indicateurs de santé infantile dans six grandes villes canadiennes, 2005-2007

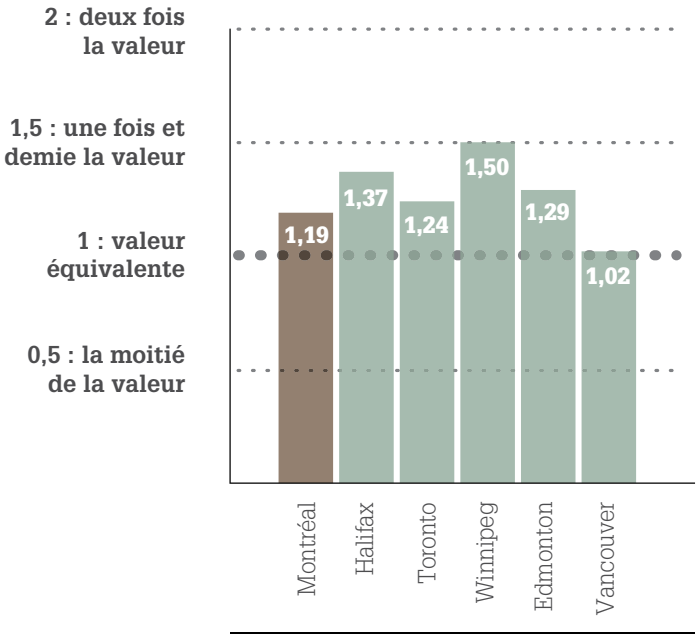


Sources de données : *FAIBLE POIDS ET MORTALITÉ INFANTILE :* « La santé au Canada », Statistique Canada. 28 juin 2011. *NAISSANCE PRÉMATURÉE :* Tableau CANSIM 102-4303, Statistique Canada. 26 mai 2011.

Il existe peu de données disponibles servant à comparer les villes entre elles relativement aux inégalités en matière de santé infantile. Néanmoins, la comparaison des naissances de bébés de faible poids positionne à nouveau Montréal de manière avantageuse. De fait, l'écart relatif entre les catégories extrêmes de revenu est moins grand à Montréal que dans les autres villes, exception faite de Vancouver, où l'inégalité est pratiquement inexistante (figure 2.11). Pour Montréal, la proportion de naissances de bébés de faible poids dans la catégorie inférieure de revenu correspond tout de même à environ 1,2 fois celle observée au sein de la catégorie supérieure de revenu.

» Montréal affiche plusieurs statistiques enviables qui tendent à démontrer le bien-fondé des politiques de périnatalité et de soutien aux familles.

Figure 2.11. Ratio (catégorie inférieure de revenu/catégorie supérieure de revenu) des naissances de faible poids dans six grande villes canadiennes, 2006-2008



Sources de données : *MONTRÉAL :* Recensement 2006, Statistique Canada; Fichier des naissances vivantes, MSSS. *AUTRES VILLES CANADIENNES :* Recensement 2006, Statistique Canada; Compilation spéciale de l'ICIS.

Maladies chroniques et facteurs de risque

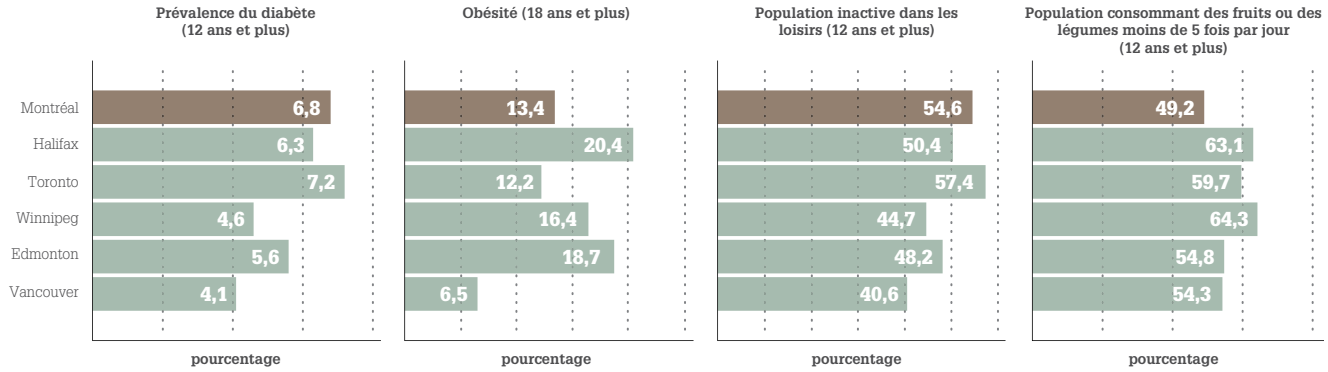
L'examen des quelques données comparables sur l'état de santé et les habitudes de vie permet de brosser un portrait nuancé de la situation de Montréal par rapport aux autres grands centres urbains canadiens. Si Vancouver arrive généralement en tête du classement, la tendance est inversée pour les villes de Halifax et de Winnipeg qui arrivent les dernières plus souvent qu'autrement.

À Montréal, la prévalence du diabète est inquiétante : le pourcentage affiché de 6,8 %[8] dépasse celui de quatre des cinq autres villes à l'étude (figure 2.12), de même que les moyennes québécoise et canadienne. Montréal est également la ville où le taux d'hospitalisation liée au diabète est le plus élevé. Ce constat est peut-être attribuable, en partie, au fait que les Montréalais figurent parmi les Canadiens les moins actifs physiquement durant leurs loisirs, se classant au cinquième rang parmi les résidants des six villes. Montréal affiche aussi un pourcentage d'adultes obèses élevé (13 %), notamment par comparaison avec Vancouver (6 %), et ce, même si elle se classe au troisième rang parmi les six villes et qu'elle fait meilleure figure que le Québec et le Canada. Par contre, les personnes qui suivent les recommandations relatives à la consommation quotidienne

8. En raison du besoin de comparaison avec d'autres villes, la mesure de la prévalence du diabète à Montréal provient de l'ESCC 2007-2008. Cette mesure autodéclarée diffère de la donnée de prévalence couramment utilisée au Québec, laquelle est obtenue à partir des fichiers médico-administratifs (8,1 % à Montréal en 2008-2009).

de fruits et légumes sont proportionnellement plus nombreuses à Montréal. Parmi les six villes, Montréal est, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada, la seule ville où environ une personne sur deux déclare consommer des fruits ou des légumes au moins cinq fois par jour.

Figure 2.12.
Diabète et facteurs associés dans six grandes villes canadiennes, 2007-2008

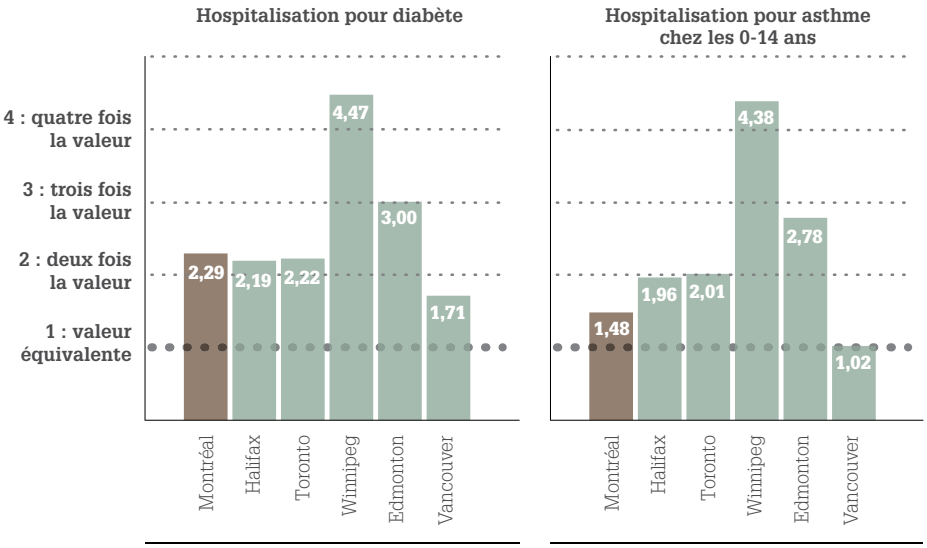


Sources de données : *DIABÈTE ET OBÉSITÉ :* Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008, Fichier de microdonnées à grande diffusion, Statistique Canada.
NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CONSOMMATION DE FRUITS ET LÉGUMES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008, fichier maître, Statistique Canada.

Montréal est, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada, la seule ville où environ une personne sur deux déclare consommer des fruits ou des légumes au moins cinq fois par jour.

Les inégalités sociales en lien avec les maladies chroniques touchent les Montréalais de manière assez comparable aux autres villes (figure 2.13). Dans les villes analysées, les écarts relatifs aux hospitalisations liées au diabète sont particulièrement élevés : les personnes de la catégorie inférieure de revenu affichent des taux d'hospitalisation de 1,7 fois (à Vancouver) à près de 4,5 fois (à Winnipeg) plus élevés que celles de la catégorie supérieure de revenu. À Montréal, les plus pauvres ont un taux d'hospitalisation liée au diabète d'environ 2,3 fois supérieur à celui de la catégorie la plus riche. Quant aux hospitalisations pour cause d'asthme chez les enfants montréalais, l'écart selon les catégories extrêmes de revenu se classe parmi les moins prononcés des villes canadiennes. Malgré tout, le risque qu'un enfant montréalais soit hospitalisé pour cause d'asthme est près d'une fois et demie plus élevé chez les plus pauvres qu'il ne l'est chez les plus riches.

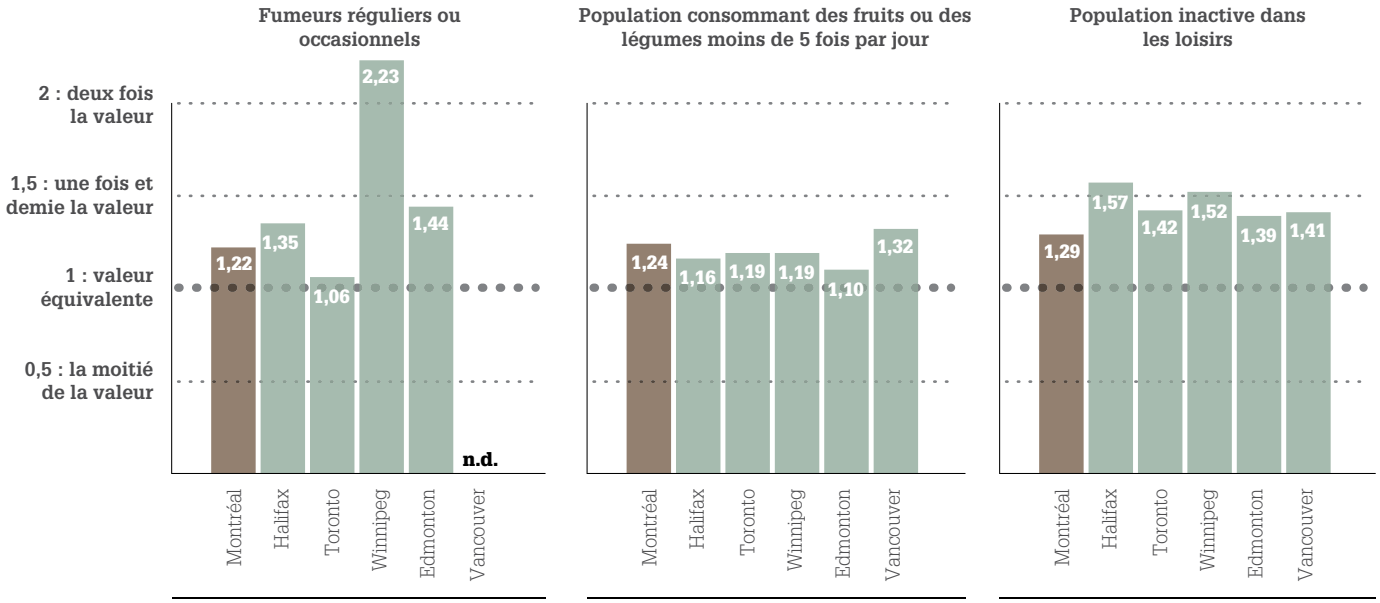
Figure 2.13. Ratio (catégorie inférieure de revenu / catégorie supérieure de revenu) des indicateurs de maladies chroniques dans six grandes villes canadiennes, 2006-2008



Sources de données : *MONTRÉAL :* Recensement 2006, Statistique Canada; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Fichier des projections démographiques, janvier 2010, ISQ. *AUTRES VILLES CANADIENNES :* Recensement 2006, Statistique Canada; Compilation spéciale de l'ICIS.

Les inégalités sociales relatives aux habitudes de vie et aux facteurs de risque métaboliques sont souvent moins notables à Montréal que dans la majorité des autres villes comparées. Bien que les Montréalais fument davantage et qu'ils soient moins actifs dans leurs loisirs que les autres citadins du Canada, les écarts entre les riches et les pauvres sont en général plus faibles à Montréal dans les deux cas (figure 2.14). Quant aux habitudes alimentaires, les moins fortunés sont 1,2 fois plus susceptibles de ne pas consommer la portion quotidienne de fruits et légumes recommandée que les plus riches, un constat comparable à celui des autres villes.

Figure 2.14. Ratio (catégorie inférieure de revenu / catégorie supérieure de revenu) des indicateurs d'habitudes de vie dans six grandes villes canadiennes, 2007-2008

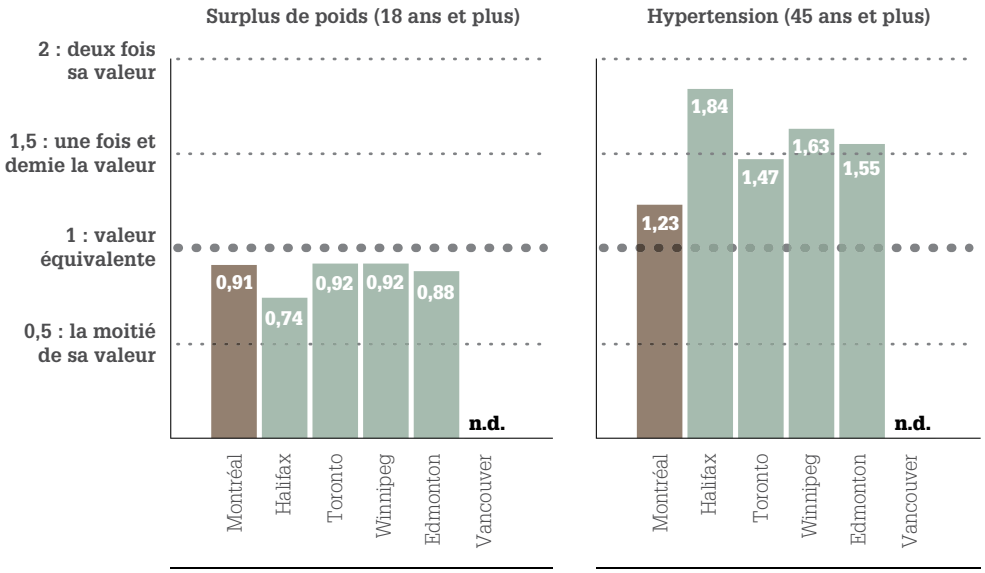


Sources de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008, fichier maître, Statistique Canada.

L'examen des données sur le surplus de poids et l'hypertension, deux facteurs de risque métaboliques associés à plusieurs maladies chroniques, dont le diabète, ne révèle pas de situation plus inquiétante à Montréal que dans les autres villes, du moins sous l'angle des inégalités (figure 2.15). On constate notamment que le surplus de poids est légèrement plus présent dans la catégorie supérieure de revenu et que ces inégalités sont relativement peu prononcées dans toutes les villes à l'étude. Quant à l'hypertension, la situation semble encore une fois moins préoccupante à Montréal où l'écart relatif entre les plus riches et les plus pauvres, bien que réel, est plus petit qu'ailleurs.

» Bien que l'ampleur des écarts demeure inquiétante et injustifiable, la comparaison avec d'autres villes canadiennes tend à démontrer que, la plupart du temps, les inégalités de santé entre les riches et les pauvres sont moindres à Montréal.

Figure 2.15. Ratio (catégorie inférieure de revenu / catégorie supérieure de revenu) des indicateurs de facteurs de risque dans six grandes villes canadiennes, 2007-2008



Sources de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008, fichier maître, Statistique Canada.

Constat global au sujet des inégalités sociales de santé selon le revenu

En conclusion, on observe des écarts entre les catégories supérieure et inférieure de revenu dans différents domaines associés à la santé. Les données démontrent que l'iniquité persiste à Montréal tant pour les déterminants sociaux de la santé que pour la maladie elle-même, les habitudes de vie ou la mortalité.

Cependant, il convient de souligner ce qui suit : bien que l'ampleur des écarts demeure inquiétante et injustifiable, la comparaison avec d'autres villes canadiennes tend à démontrer que, la plupart du temps, les inégalités de santé entre les riches et les pauvres sont moindres à Montréal. De fait, Montréal n'est jamais la ville dont les écarts sont les plus accentués, quelles que soient les variables ayant servi à la comparaison. Au contraire, dans la majorité des cas, les écarts entre les deux catégories de revenu extrêmes sont les plus faibles ou les deuxièmes plus faibles. Mieux encore : ce résultat encourageant est confirmé par l'analyse des écarts relatifs aux hospitalisations aussi bien que des données sur l'état de santé et les habitudes de vie.

Beaucoup reste encore à accomplir mais le chemin parcouru depuis les années 1980 et la comparaison de l'état de santé des Montréalais avec celui des populations urbaines de plusieurs grandes villes du Canada démontrent qu'il est possible de réduire les inégalités sociales de santé. Les deux prochaines parties présentent les domaines où des interventions appropriées pourraient être particulièrement efficaces pour réduire le fossé qui sépare les personnes à faible revenu des personnes plus fortunées.

Références

Bernard P, Raïq H 2011. « Le Québec est-il une société égalitaire ? ». *L'état du Québec 2011* (sous la directio n de Miriam Fahmy, Institut du Nouveau Monde). Montréal : Boréal, p. 49-69.

CEPE (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion). 2008. *Le faible revenu au Québec, un état de situation.* Gouvernement du Québec.

Chen WH, Myles J, Picot G. 2011. « Why Have Poorer Neighbourhoods Stagnated Economically, While the Richer Have Flourished? Neighbourhood Income Inequality in Canadian Cities ». *Urban Studies;* published online before print June 6, doi: 10.1177/0042098011408142.

Cloutier E. 2011. « Un regard autochtone tourné vers l'avenir ». *Développement social;* 11(3) : 6-8.

DSP (Direction de santé publique de Montréal). 2010. *Le portrait de la population montréalaise 2010.* DSP-ASSS de Montréal.

Goldberg MA, Mercer J. 1986. *The Myth of the North American City: Continentalism Challenged.* Vancouver : University of British Columbia Press.

Hulchanski JD *et al.* 2010. *The Three Cities within Toronto. Income polarization among Toronto's Neighbourhoods, 1970-2005.* Toronto : Cities Centre, University of Toronto.

Myles J. 2010. « The inequality surge. Changes in the family life course are the main cause ». *Inroads;* 26 : 66-73.

Noël A. 2011. « Le nouvel arc industriel québécois ». *Options politiques;* 32(8) : 88.

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2008. *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries. Country Note : Canada.* [www.oecd.org/els/social/inequality]

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2011. *Assurer le bien-être des familles - Canada.*

Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. 2009. « Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association;* 301(21) : 2252-9.

Turcotte M, Vézina M. 2010. *Migration entre municipalité centrale et municipalités avoisinantes à Toronto, Montréal et Vancouver.* No 11-008-X au catalogue de Statistique Canada-tendances sociales canadiennes. Gouvernement du Canada.

troisième partie :

Une société plus juste

En février 2010, l'épidémiologiste Michael Marmot, président de la Commission des déterminants sociaux de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, remettait au ministre d'État à la santé de l'Angleterre un rapport commandé par ce dernier, qui présentait les meilleures stratégies de réduction des inégalités sociales de santé. Basé sur des données probantes, le rapport lançait un appel à la nécessaire collaboration des autorités centrales et locales, de la santé publique, du secteur privé et des groupes communautaires (Marmot, 2010). Les troisième et quatrième parties du présent rapport s'appuient sur les six orientations dégagées par M. Marmot.

La réduction des ISS nécessite des interventions de la part de l'État central. C'est pourquoi le type d'État-providence, qui influence le degré de protection sociale, peut jouer un rôle de premier plan dans la lutte aux inégalités. Selon les critères libéraux hérités du Siècle des lumières, il ne saurait y avoir de justice sans égalité des droits. Mais c'est aussi en appliquant le critère de l'égalité des chances et des conditions, peu importe le statut à la naissance, que se mesure le degré de justice d'une société.

À cet égard, les pays nordiques d'Europe, qui bon an mal an arrivent en tête des palmarès internationaux pour ce qui est du développement social, remportent la palme. Les régimes sociaux-démocrates des pays nordiques (la Suède, la Norvège, la Finlande et le Danemark) se distinguent par leur caractère plus égalitaire que les autres régimes. Ils devancent sur ce plan les régimes conservateurs-corporatistes de l'Europe continentale (l'Allemagne, la France, la Suisse et les pays méditerranéens), lesquels réussissent cependant mieux que les régimes dits libéraux des pays anglo-saxons, tels la Grande-Bretagne, le Canada et les États-Unis.

Classification des régimes d'État-providence

Une classification des régimes selon le type de protection sociale est proposée par le sociologue Esping-Andersen, qui distingue les régimes selon leurs objectifs politiques et sociaux et les moyens utilisés pour les atteindre. Les régimes sociaux-démocrates ont en commun de privilégier l'égalité des citoyens par des politiques universelles et des services sociaux gratuits. Les régimes corporatistes-conservateurs s'appuient sur un système de protection sociale lié au travail et au syndicalisme et repose davantage sur un système patriarcal au sein duquel le père est le pourvoyeur. Quant aux régimes libéraux, ils réservent la couverture sociale aux plus pauvres en s'appuyant sur des politiques sociales ciblées (Palier *in* Esping-Andersen, 2008).

Le succès des pays nordiques et de leurs politiques publiques repose sur quelques principes, tels l'équité et l'universalité. Bien que ces pays soient économiquement très compétitifs, les États interviennent généreusement pour assurer l'égalité des chances et des conditions favorables à toutes les étapes de la vie (Palme, 1999 ; Raynault, 2009).

Dans ces pays, la priorité donnée à l'accès à l'emploi pour tous serait garante de l'inclusion économique et sociale des hommes, des femmes et des personnes handicapées. Il faut noter que dans les pays nordiques, les salaires sont élevés et les avantages sociaux liés au travail procurent une protection sociale étendue. Les politiques axées sur l'équité des genres et celles adaptées aux parcours de vie, comme les politiques de conciliation travail-famille ou les programmes pour les aidants naturels, caractérisent également les politiques publiques des pays nordiques (Raynault et Côté, à paraître).

L'universalité des programmes assurerait l'adhésion au régime social-démocrate tout en évitant la stigmatisation des personnes à faible revenu. L'intervention de l'État se veut préventive : on investit dès le jeune âge et chez les adultes avant qu'ils ne deviennent pauvres (Raynault et Côté, à paraître).

Les façons de faire des pays du Nord de l'Europe se distingueraient aussi par le mode consensuel qu'établissent les autorités nationales non seulement avec les pouvoirs locaux, mais également avec la société civile et les syndicats. Enfin, les pays nordiques ont choisi de participer au modèle d'une économie de marché compatible avec les exigences du développement durable. Voilà qui contraste avec les façons de faire de bien des régimes libéraux.

Qu'en est-il au Canada et au Québec? Comme on l'a déjà mentionné, la hausse des taux d'inégalités au Canada est plus importante que dans la moyenne des pays membres de l'OCDE. Depuis le début des années 2000, le Canada affiche un coefficient de Gini[9] après impôt de 0,32 en moyenne pour tous les types de ménages (figure 3.1). Les coefficients de Gini de quelques pays et du Québec en 2004-2005 illustrent bien l'effet qu'exerce le type de régime providentiel sur la réduction des inégalités.

9. Développé par le statisticien italien Corrado Gini, cet indicateur mesure le degré d'inégalité dans la distribution des revenus d'un ensemble. Ce coefficient varie de 0 à 1. Le « 0 » signifie une égalité parfaite, c'est-à-dire que tout le monde aurait le même revenu; le « 1 » signifie une inégalité totale, c'est-à-dire qu'une personne aurait tous les revenus alors que les autres n'en auraient aucun.

Figure 3.1.
Les coefficients de Gini (après impôts) de divers pays (tous les ménages)

	Suède	Allemagne	France	Québec	Canada	États-Unis
Régime	Social-démocrate	Corporatiste	Corporatiste	Libéral	Libéral	Libéral
Gini *(année)*	0,24 *(2005)*	0,28 *(2004)*	0,28 *(2005)*	0,30 *(2004)*	0,32 *(2004)*	0,37 *(2004)*

Sources de données : *GINI DES PAYS :* Luxembourg Income Study. 15 juillet 2011.
GINI DU QUÉBEC : Tableau CANSIM 202-0702, Statistique Canada. 15 juillet 2011.

Ce tableau confirme que le Canada fait bonne figure seulement lorsqu'on le compare aux États-Unis. Il indique également que, depuis quelques années, le Québec se démarque sensiblement des autres provinces canadiennes vu que les inégalités y croissent moins rapidement (Bernard et Raïq, 2011 ; Raynault, 2009 ; Roy, Fréchet et Savard, 2008). Depuis la fin des années 1990, le gouvernement du Québec a adopté diverses mesures législatives comme la *Loi sur l'équité salariale* et la *Loi contre la pauvreté et l'exclusion sociale.* D'autres politiques pour réduire la pauvreté et accroître le taux d'activité des familles (par exemple, les congés parentaux, le développement des services de garde subventionnés avec les places en garderie à sept dollars) ainsi qu'un régime fiscal différent de celui des autres provinces ont permis de diminuer les taux de pauvreté des familles et de limiter la croissance des inégalités, et ce, en dépit des contraintes inhérentes au régime providentiel de type libéral prévalant au Canada. Cependant, la situation des personnes seules reste extrêmement préoccupante.

Les sections suivantes décrivent les impacts de la pauvreté sur la santé et cernent les meilleures interventions pour réduire les inégalités sociales de santé.

Des revenus suffisants pour vivre en santé

Le travailleur pauvre

Le travailleur pauvre « est un salarié avec un statut d'emploi sur le marché du travail qui ne lui permet pas d'échapper à la pauvreté et de satisfaire ses besoins fondamentaux » (Ulysse, 2006). Son existence peut sembler contradictoire avec la conviction que le travail enrichit. Mais lorsque le salaire est trop bas, que le nombre d'heures travaillées est insuffisant, ou encore que les avantages sociaux ne sont pas suffisamment étendus, gagner sa vie devient difficile. Parce que les personnes à petit salaire habitant chez leurs parents ou avec un conjoint mieux rémunéré ne sont pas nécessairement des travailleurs pauvres, il est difficile de connaître précisément leur nombre à Montréal. Ces salariés sont souvent peu scolarisés et comme les femmes sont surreprésentées dans la catégorie des emplois précaires, atypiques ou à temps partiel, il est probable qu'elles soient proportionnellement plus présentes parmi les travailleurs pauvres. Elles sont plus nombreuses à travailler au taux minimum et constituent la majorité des salariés du bas de l'échelle. Les jeunes et les personnes immigrantes sont également susceptibles de figurer dans ce groupe (Ulysse, 2006).

Les gens qui ont peu d'argent se privent bien souvent d'acheter les biens et les services qui leur permettraient de maintenir ou d'accroître leur santé, au profit de produits moins coûteux qui peuvent s'avérer nuisibles (Marmot, 2010). De plus, pauvreté rime souvent avec exclusion et faible soutien social.

Par comparaison avec d'autres grandes villes du monde et du Canada, vivre à Montréal coûte relativement peu cher. Mais pour les personnes à faible revenu, assistés sociaux et travailleurs pauvres, les revenus ne suffisent pas toujours à se nourrir convenablement, se déplacer et se vêtir une fois le loyer payé. Dans ces conditions, le moindre imprévu (le bris du réfrigérateur, par exemple) représente une source additionnelle de stress. Or, le stress que connaissent les personnes ayant peu de contrôle sur leur vie est extrêmement néfaste à leur santé (OMS, 2004).

À Montréal, de nombreuses personnes doivent composer avec des conditions de travail difficiles et ne bénéficient pas d'une protection suffisante pour affronter les coups durs. Selon le Recensement de 2001, les plus fortes concentrations de travailleurs qui se trouvent au bas de l'échelle, à Montréal, vivent dans Villeray–St-Michel–Parc Extension et Montréal-Nord (près du tiers de la population de ces arrondissements) ainsi que dans le Sud-Ouest, Mercier–Hochelaga-Maisonneuve et Saint-Léonard (près du quart de la population de ces arrondissements) (Ulysse, 2006). Les personnes qui reçoivent de l'aide sociale sont également très à risque d'éprouver des problèmes de santé. Parmi les prestataires d'aide de dernier recours, les personnes seules et les couples sans enfants sont particulièrement vulnérables. Le tableau ci-dessous (figure 3.2) met en lumière l'insuffisance des revenus d'aide sociale par rapport aux seuils de faible revenu.

Figure 3.2. Revenu d'aide sociale et seuils de faible revenu MFR et MPC, Québec, 2008-2009

	Couple avec 2 enfants	Parent seul 1 enfant	Personne seule apte au travail	Personne avec contrainte
Revenu aide sociale (2009)	22 614 $	17 583 $	7 312 $	10 881 $
MFR après impôt (2008)	29 468 $	20 628 $	14 734 $	14 734 $
MPC (RMR Mtl) (2009)	28 316 $	18 405 $	14 158 $	14 158 $

Sources de données : *MESURE DE FAIBLE REVENU EN 2008 :* «seuils de faible revenu, MFR, seuils après impôt, selon le nombre d'adultes et d'enfants par famille économique, Québec, 1973-2008», d'après l'Enquête sur les finances des consommateur (1973-1995) et l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (1996-2008) de Statistique Canada, ISQ. *REVENU AIDE SOCIALE ET MPC EN 2009 :* CNBES 2010 : A14.

Compte tenu du fait qu'une famille de quatre (deux parents et deux enfants) prestataire de l'aide sociale ne dispose au total que de 22 614 $ (ce qui comprend l'aide sociale, le crédit d'impôt pour la TPS, le programme québécois de soutien à l'enfance et la prestation fiscale canadienne pour enfant), et qu'un travailleur à temps plein au salaire minimum gagne environ 16 887 $ (soit 9,65 $/heure pour 35 heures/semaine et 50 semaines/année), il n'est pas étonnant de constater que l'accès aux ressources demeure inégalement réparti et que de nombreux Montréalais peinent à se procurer les biens essentiels, à commencer par le logement et la nourriture.

En 2009, le Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CCLP) – un organisme public chargé de conseiller le ministre responsable de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale – a proposé des seuils de soutien financier minimaux équivalant à 80 % du total des seuils de la MPC (indexée pour 2008), soit 10 524 $ pour une personne seule et 14 734 $ pour deux personnes (CCLP, 2009). Comme la mesure du panier de consommation établit les besoins de base en fonction du nombre de personnes comprises dans le ménage et du lieu de vie, une cible de 80 % de la MPC rend compte des difficultés à organiser la vie de tous les jours pour les ménages avec ou sans enfants. Accepter un tel seuil, c'est admettre implicitement que ces personnes n'ont pas le minimum requis pour répondre à leurs besoins essentiels et s'intégrer à la société. La cible est d'autant plus modeste que même à 100 %, la MPC demeure un seuil minimal qui ne permet pas véritablement à une personne d'être à l'abri de la pauvreté.

» Les gens qui ont peu d'argent se privent bien souvent d'acheter les biens et les services qui leur permettraient de maintenir ou d'accroître leur santé, au profit de produits moins coûteux qui peuvent s'avérer nuisibles.

Dans un rapport déposé à l'Assemblée nationale en juin 2011, la ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale reconnaissait que pour les personnes seules et les couples sans enfant n'ayant pas de contraintes au travail, les prestations d'aide sociale ne permettent pas d'atteindre la barre des 80 % de la MPC calculée pour des collectivités de moins de 30 000 personnes, où pourtant le coût de la vie est moindre qu'à Montréal (MESS, 2011).

Pour la majorité des prestataires de l'aide sociale, assurer leur subsistance et se maintenir en santé selon les barèmes actuels demeure donc une mission quasi impossible. La question se pose, à savoir : les programmes de soutien au revenu permettent-ils aux personnes de sortir de la pauvreté ou, au contraire, les enfoncent-ils dans la misère ? Compte tenu des effets négatifs de la pauvreté sur la santé et du fait que les problèmes de santé empêchent bien souvent les gens de trouver du travail et de s'en sortir, les programmes actuels de soutien du revenu font partie du problème.

Au pays, l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées a suivi la mise en place du régime de pension dans les années 1960. Voilà la preuve qu'il est possible de réduire l'indigence et, ce faisant, de lutter contre les inégalités sociales de santé. La pauvreté des personnes seules étant un problème de société, l'intervention de l'État s'impose comme une nécessité. Par ailleurs, s'il est une période de la vie pour laquelle les programmes et les politiques constituent un investissement social des plus efficaces et offrent le meilleur rendement, c'est la période prénatale et celle de la petite enfance.

Un bon départ dans la vie

Pendant la période prénatale, l'un des principaux objectifs de santé consiste à prévenir l'insuffisance de poids à la naissance. À cette fin, les soins prénataux qui débutent tôt et se poursuivent tout au long de la grossesse peuvent jouer un effet protecteur.

Les premières années de vie d'un enfant sont cruciales. Elles sont déterminantes pour sa santé immédiate, mais également pour son développement physique, langagier et intellectuel. Au cours de la petite enfance, non seulement de mauvaises conditions telles que les carences affectives, une alimentation insuffisante ou le manque de stimulation influencent-elles les chances de réussite, mais certains enfants voient leur « capital santé » hypothéqué avant même de naître (*Center on the Developing Child, Harvard University,* 2010).

Une étude effectuée d'après l'Enquête longitudinale des enfants du Québec (ELDEQ) a démontré notamment à quel point la pauvreté vécue avant la naissance et à un très jeune âge peut avoir des effets sur les enfants au-delà de la petite enfance (Séguin, 2007). D'autres études ont conclu que les effets néfastes de la pauvreté connue en bas âge peuvent même influencer l'état de santé et l'espérance de vie à l'âge adulte, et ce, même lorsque la pauvreté est temporaire.

En 2005, par comparaison avec le reste du Québec, les familles à faible revenu et ayant des enfants de 0 à 5 ans étaient proportionnellement trois fois plus nombreuses à Montréal. Comme on l'a vu précédemment, malgré certains progrès notés à Montréal, les bébés de petit poids et les prématurés sont toujours plus nombreux parmi les familles défavorisées, et les écarts entre les riches et les pauvres se maintiennent. Toutefois, de bons soins prénataux et l'allaitement constituent deux moyens de réduire en partie et de façon précoce les inégalités sociales de santé.

Les soins prénataux

Une grossesse qui se déroule dans de mauvaises conditions peut nuire au développement du fœtus. De nombreuses études attestent que les bébés de petit

poids à la naissance ont un taux de mortalité infantile plus élevé que les autres poupons. Outre les pathologies connues, un certain nombre de facteurs nuisent au bon déroulement d'une grossesse : le déséquilibre nutritionnel, le stress, le tabagisme, la toxicomanie et l'alcoolisme des femmes enceintes, par exemple (OMS, 2004). Pour la plupart, ces facteurs peuvent être directement ou indirectement liés à la pauvreté.

Pendant la période prénatale, l'un des principaux objectifs de santé consiste à prévenir l'insuffisance de poids à la naissance. À cette fin, les soins prénataux qui débutent tôt et se poursuivent tout au long de la grossesse peuvent jouer un effet protecteur. Le dépistage des risques potentiels, le traitement de troubles médicaux et le counseling auprès des mères visant à éliminer les habitudes de vie et les comportements contre-indiqués sont autant d'interventions prénatales qui contribuent à diminuer la morbidité et la mortalité périnatales (*Gender and Health,* 2011). La situation est peu documentée, mais chose certaine, la pauvreté constitue un obstacle à l'accès aux soins de santé, et vraisemblablement, les soins prénataux ne font pas exception. Déjà en 1997, le Conseil national du bien-être social (CNBES) signalait qu'en dépit d'un système de soins universels, les femmes démunies et peu scolarisées étaient moins suivies pendant leur grossesse, que ce soit en raison de problèmes de transport ou de réticences de leur part. Les lacunes du système, les services parfois dispersés et le manque de coordination de l'action des intervenants constituent des problèmes additionnels (CNBES, 1997).

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Depuis 2004, des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sont offerts à l'échelle du Québec aux familles vivant en contexte de vulnérabilité. Une intervenante (infirmière ou travailleuse sociale) visite ces familles à leur domicile, de la période prénatale jusqu'à ce que l'enfant ait cinq ans, afin de soutenir les familles. Les principaux objectifs visent à diminuer les taux de morbidité et de mortalité des enfants, favoriser la santé physique et mentale des parents, favoriser le développement optimal des enfants et améliorer les conditions de vie de ces familles. Les familles principalement concernées sont celles dont la mère a moins de 20 ans, celles vivant sous le seuil de faible revenu ou dont la mère n'a pas complété son secondaire 5 et les familles d'immigrants récents. Les résultats le démontrent : une étude effectuée auprès de ces diverses clientèles a conclu que plusieurs objectifs, notamment ceux relatifs au développement des enfants, avaient été atteints tant pour les mères de moins de 20 ans que pour les familles vulnérables (INSPQ, 2010).

Compte tenu des difficultés actuelles d'accès aux soins médicaux, le principal enjeu pour toutes les femmes enceintes consiste à obtenir un rendez-vous médical au cours du premier trimestre de la grossesse. À Montréal, 61 % des femmes voient un médecin dans le premier trimestre de leur grossesse, comparativement à 64 % au Québec (MSSS, 2011).

Des omnipraticiens, des gynécologues obstétriciens, des pédiatres, des infirmières, des sages-femmes et des gestionnaires en périnatalité ayant participé à des groupes de discussion tenus dans le cadre d'une recherche sur l'accès aux services médicaux des enfants ont mentionné que les femmes pauvres et immigrantes étaient davantage pénalisées par cette situation (Clapperton, Legault et Boucheron, à paraître). Le modèle d'organisation des soins, notamment en ce qui concerne des pratiques moins polyvalentes et une organisation en silo des ressources humaines, techniques et informationnelles, figure parmi les facteurs explicatifs relevés par les participants. Ces professionnels de la santé ont également souligné le fait que diverses mesures incitatives s'avéraient inappropriées pour cette clientèle, sans parler des difficultés relatives à l'accessibilité géographique et économique, en particulier en ce qui concerne les tests de dépistage.

L'allaitement

Parmi les facteurs protecteurs, l'allaitement est pratiquement une panacée qui compense les effets négatifs de la pauvreté. La littérature scientifique a établi que l'allaitement est associé à une diminution des risques d'avoir plusieurs maladies, à court et à long terme. Aussi, les enfants allaités courent moins de risque de souffrir d'otites moyennes aiguës, de gastroentérites, d'infections sévères des voies respiratoires inférieures, de dermatites atopiques, d'asthme, d'obésité, de diabète, de leucémie et d'entérite nécrosante, ou d'être victime du syndrome de la mort subite du nourrisson (AHRQ, 2007).

» L'allaitement maternel pendant six mois suffirait à ramener le risque d'hospitalisation (habituellement plus élevé) des enfants de familles à faible revenu au niveau de celui des enfants issus de milieux privilégiés, et ce, jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de six ans.

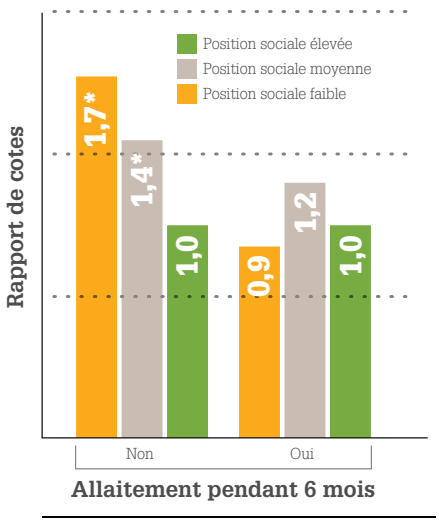
Sur le plan économique, une étude américaine publiée dans *Pediatrics* a évalué que l'allaitement permettrait des économies de 13 milliards de dollars annuellement si 90 % des familles américaines respectaient les recommandations de

l'OMS quant à l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie. En outre, et c'est le plus important, 911 décès de bébés seraient évités chaque année (Bartick et Reinhold, 2010).

Plus près de nous, une analyse des données de l'Enquête longitudinale sur le développement des enfants du Québec (ELDEQ) démontre que les effets protecteurs de l'allaitement pour les bébés allaités au moins pendant les quatre premiers mois de vie perdurent jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de six ans. De plus, cette étude des données de l'ELDEQ révèle des données très encourageantes quant aux bienfaits de l'allaitement en rapport avec la lutte aux inégalités sociales de santé. On y apprend que l'allaitement maternel pendant six mois suffirait à ramener le risque d'hospitalisation (habituellement plus élevé) des enfants de familles à faible revenu au niveau de celui des enfants issus de milieux privilégiés, et ce, jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de six ans (Paquet et Hamel, 2005) (figure 3.3).

Figure 3.3. Lien entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant selon le mode d'alimentation, Québec, 1998-2002

Adaptation de Paquette G, Hamel D, 2005 : 5.



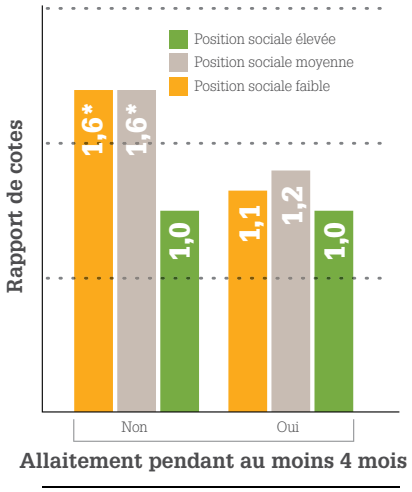
* Rapports de cotes significatifs au seuil de 5 %.

Sources de données : ÉLDEQ 1998-2002, ISQ.

De façon étonnante, deux autres bienfaits beaucoup moins connus sont associés à l'allaitement pendant au moins quatre mois, et ce sont les enfants de famille moins fortunés qui en profiteraient davantage. Ainsi, non seulement l'allaitement maternel réduirait la probabilité d'être perçu comme hyperactif ou inattentif, mais il jouerait également un rôle positif quant au développement langagier. Comme pour les hospitalisations, l'allaitement annule les effets négatifs de la situation économique de la famille (figure 3.4).

Figure 3.4. Lien entre la position sociale de la famille et l'hyperactivité/inattention selon le mode d'alimentation, Québec, 1998-2002

Adaptation de Paquette G, Hamel D, 2005 : 6.



* Rapports de cotes significatifs au seuil de 5 %.

Sources de données : ÉLDEQ 1998-2002, ISQ.

Ces données sont d'autant plus intéressantes que l'enquête régionale sur la maturité scolaire[10] de la DSP indique que le domaine dans lequel les enfants montréalais sont davantage vulnérables est celui du développement cognitif et langagier.

Malheureusement, les mères peu scolarisées sont moins enclines à allaiter et la prévalence de l'allaitement, tant à la naissance que quatre mois plus tard, diminue avec le niveau socioéconomique (Dubois, 2004). Une exception, toutefois : les femmes immigrantes qui, au Québec, seraient davantage portées à donner le sein à leur bébé, par tradition et par culture (ISQ, 2006). La présence importante de femmes issues des communautés culturelles ou d'immigration récente pourrait expliquer que les Montréalaises sont significativement plus nombreuses que l'ensemble des Québécoises à allaiter leur enfant à la naissance et jusqu'au sixième mois (ISQ, 2006).

Bien entendu, il ne s'agit pas de culpabiliser les femmes qui ne choisissent pas d'allaiter, peu importe leur niveau socioéconomique, et de leur faire vivre ainsi une autre forme d'exclusion. Cependant, force est de reconnaître que la tradition de l'allaitement au Québec s'est perdue vers le milieu du 20e siècle, alors que se répandaient les idées de modernisation et de progrès. Afin que les bienfaits de l'allaitement profitent à tous, il convient de revaloriser cette pratique et surtout de mettre en place les conditions favorables à ce mode d'alimentation du nourrisson.

10. La maturité scolaire est le degré de préparation des enfants à l'entrée à l'école tel qu'il est mesuré par les enseignants au début de la maternelle. Cent questions permettent de voir où en sont les enfants sur les plans suivants : 1. la santé physique et le bien-être; 2. les compétences sociales; 3. la maturité affective; 4. le développement cognitif et langagier; 5. les habiletés de communication et les connaissances générales. L'enquête effectuée en 2008 auprès de 10 000 enfants fréquentant le réseau public a rejoint 71 % des enfants de maternelle. Le score des enfants est évalué en référence à un échantillon canadien, ce qui facilite les comparaisons. Un enfant est considéré vulnérable lorsque son score se situe sous le 10e rang centile de cet échantillon (DSP, 2008).

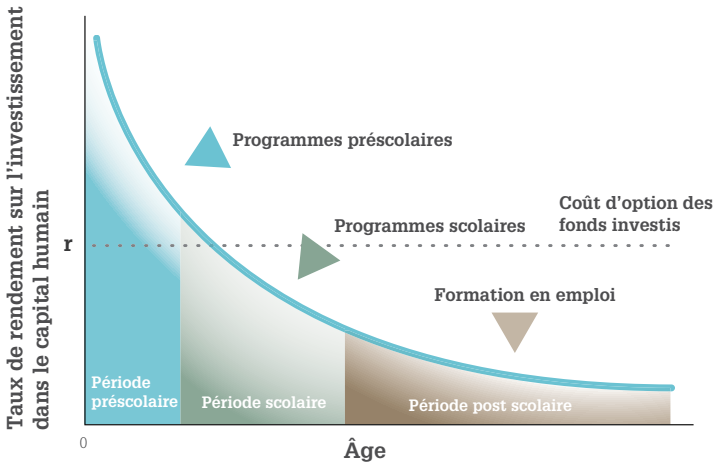
Non seulement l'allaitement maternel réduirait la probabilité d'être perçu comme hyperactif ou inattentif, mais il jouerait également un rôle positif quant au développement langagier. Comme pour les hospitalisations, l'allaitement annule les effets négatifs de la situation économique de la famille.

Des opportunités pour tous de se développer

Quand les jeunes n'ont pas eu la chance de connaître un bon départ, les différents programmes axés sur la prévention du décrochage ou la poursuite du parcours scolaire leur sont certainement utiles. Il en va de même des projets d'insertion à l'emploi et des mesures de développement de l'employabilité. À cet égard, il importe de souligner la pertinence des actions entreprises notamment par le ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports, les CSSS et leurs nombreux partenaires communautaires. Cependant, comme l'a démontré James Heckman, lauréat du prix Nobel d'économie en 2000, le rendement des investissements (sous forme de dépenses publiques) effectués pour favoriser le développement humain des enfants décline de manière importante après l'âge de six ans (figure 3.5).

Figure 3.5. Taux de rendement sur l'investissement dans le capital humain

Traduction de Heckman J, 2006 : 1901.



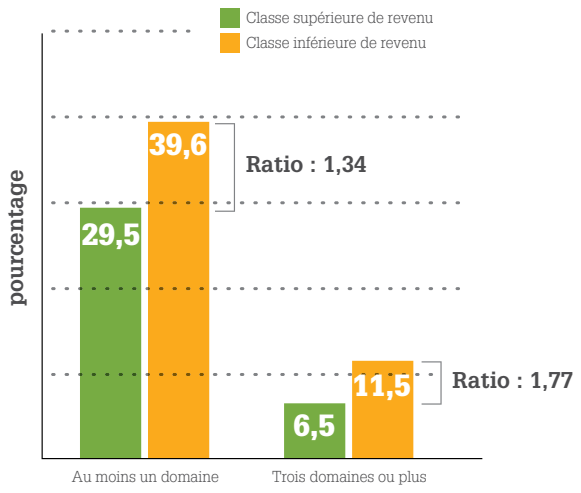
En résumé, plus l'investissement est précoce, meilleurs sont les résultats, surtout lorsqu'il s'agit d'égaliser les chances des enfants issus de familles pauvres. C'est la raison pour laquelle le présent rapport insiste sur les actions reconnues comme efficaces pour réduire les écarts sur les plans de la santé et du développement entre les jeunes enfants des familles pauvres et ceux des familles plus aisées.

Bien que la question soit délicate, ces écarts de développement se manifestent au plan de la maturité scolaire des enfants et on peut constater que les enfants arrivent à l'école avec une préparation très inégale. Pourtant, les premiers apprentissages sont déterminants pour la réussite scolaire, elle-même associée à l'insertion professionnelle et économique future, de même qu'à l'adaptation sociale des jeunes et à leur santé une fois adultes.

De nombreuses recherches révèlent que les enfants de milieux défavorisés sont moins susceptibles d'atteindre le niveau de développement attendu au moment de leur entrée à l'école.

À Montréal, l'Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais *En route pour l'école !* a évalué le niveau de développement des enfants de maternelle. Elle a démontré que les enfants de milieux plus défavorisés sont plus vulnérables au moment de leur entrée à l'école et, par conséquent, plus à risque d'éprouver des difficultés au cours de leur cheminement scolaire (DSP, 2008). En particulier, chez les enfants des milieux les plus pauvres, quatre sur dix sont considérés vulnérables dans au moins une sphère de développement, contre trois sur dix chez ceux des milieux les plus riches. En d'autres termes, les enfants les plus pauvres courent environ 34 % plus de risque que les plus riches d'être en situation de vulnérabilité dans au moins un domaine de développement. Lorsqu'on considère trois domaines de développement ou plus, ce risque est alors supérieur de 77 % chez les enfants les plus pauvres par rapport aux plus riches (figure 3.6).

Figure 3.6. Proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de maturité scolaire selon le revenu, Montréal, 2006



Sources de données : MATURITÉ SCOLAIRE : Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais En route pour l'école ! , DSP 2006. REVENU : Recensement 2006, Statistique Canada.

Outre ses conséquences sur le développement des enfants, la pauvreté peut exercer un effet négatif sur l'environnement familial et les comportements des enfants et des adolescents, notamment en ce qui a trait à leur exposition à la violence ou à des problèmes d'adaptation sociale. Ainsi, les cas de victimisation[11] chez les enfants âgés de moins de 12 ans et les cas d'externalisation[12] chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans sont en général plus fréquents lorsqu'ils résident dans les territoires de l'île de Montréal présentant les plus bas revenus. Toutefois, certains territoires font exception, ce qui dénote probablement l'influence d'autres facteurs qui touchent notamment le milieu familial ou la communauté locale.

Chez les enfants des milieux les plus pauvres, quatre sur dix sont considérés vulnérables dans au moins une sphère de développement, contre trois sur dix chez ceux des milieux les plus riches.

Au Canada, la possibilité que les enfants soient vulnérables varie beaucoup, particulièrement en fonction des quartiers. En moyenne, de 25 % à 30 % des enfants canadiens seraient vulnérables et, par conséquent, plus à risque de vivre des échecs scolaires et de connaître des problèmes de criminalité juvénile, de décrochage, de santé mentale, et d'éprouver plus tôt des maladies chroniques (Hertzman, 2010). L'enquête susmentionnée sur la maturité scolaire des enfants montréalais effectuée en 2006 a permis d'établir que 35 % des enfants de maternelle sont vulnérables dans au moins un des domaines évalués et que la plus grande proportion d'entre eux sont vulnérables sur les plans du développement cognitif et langagier (17 %) ainsi que de la maturité affective (15 %). Certains territoires montréalais présentent des proportions plus élevées d'enfants vulnérables. Ainsi, plus de 40 % des enfants de maternelle des territoires des CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, Sud-Ouest-Verdun, Ahuntsic et Montréal-Nord, et des CLSC Mercier-Est–Anjou, Parc-Extension et Hochelaga-Maisonneuve ont des difficultés sur au moins un plan (DSP, 2008). D'autres territoires, comme Pierrefonds, comptent un très grand nombre d'enfants vulnérables bien que la proportion y soit comparable à celle de Montréal.

Quelles approches et quelles interventions doit-on privilégier auprès des familles, des enseignants et de l'ensemble des intervenants qui se préoccupent du bien-être des enfants ? La littérature internationale fournit quelques pistes.

11. Le mot « victimisation » réfère à une intervention des Centres Jeunesse pour des raisons de mauvais traitements (abandon parental, négligence, abus sexuel ou abus physique) au cours d'une année. Une intervention implique qu'un signalement a été retenu pour évaluation, que ce signalement ait été jugé fondé ou non par la suite. Le taux de victimisation (2004-2006) réfère à la proportion de jeunes ayant fait l'objet d'une telle intervention.
12. Le mot « externalisation » réfère à une intervention des Centres Jeunesse en raison de troubles de comportement sérieux, d'une fugue ou d'une infraction au Code criminel au cours d'une année. Une intervention implique qu'un signalement a été retenu pour évaluation, que ce signalement ait été jugé fondé ou non par la suite. Le taux d'externalisation (2004-2006) réfère à la proportion de jeunes ayant fait l'objet d'une telle intervention.

Outre ses conséquences sur le développement des enfants, la pauvreté peut exercer un effet négatif sur l'environnement familial et les comportements des enfants et des adolescents, notamment en ce qui a trait à leur exposition à la violence ou à des problèmes d'adaptation sociale.

Comme le démontre Esping-Andersen, si les politiques pour démocratiser l'accès à l'enseignement n'ont pas donné tous les résultats escomptés quant à l'égalité des chances, en dépit des efforts consentis dans l'ensemble des pays développés, c'est qu' « en matière d'héritage social, les mécanismes qui comptent vraiment sont enfouis à l'âge préscolaire » (Esping-Andersen, 2008 : 72). En Europe comme aux États-Unis, « les programmes d'intervention précoce incluant un puissant stimulus comportemental et cognitif peuvent efficacement contribuer à l'égalité de résultat, en particulier au profit des enfants les plus exposés à l'échec » (Esping-Andersen, 2008 : 88). C'est pourquoi le sociologue danois préconise une prise en charge collective des jeunes enfants, en particulier en favorisant l'accès à des garderies et à des établissements préscolaires de grande qualité (Esping-Andersen, 2008).

Des résultats semblables ont été obtenus ici. Par exemple, une étude québécoise a établi ce qui suit : 1. les enfants de milieux défavorisés (définis ainsi selon le faible niveau de scolarité de la mère) réussissaient nettement mieux aux tests de maturité scolaire et de connaissances (mathématique, vocabulaire) s'ils avaient fréquenté un milieu de garde formel; 2. la fréquentation de la garderie profitait plus aux enfants défavorisés qu'aux enfants dont la mère était davantage instruite (Geoffroy *et al,* 2010).

Dans une étude effectuée pour le Conseil canadien sur l'apprentissage, des chercheures ont évalué pour qui et à quelles conditions la fréquentation des services de garde pouvait avoir un effet positif quant au développement cognitif des enfants. Plus précisément, cette étude visait à examiner les impacts des caractéristiques des services offerts dans le réseau universel de garderies du Québec sur les habiletés et la maturité scolaires des enfants. Premier constat : la recherche confirme que la qualité des services est déterminante et que les services de garde dont la qualité globale est élevée exercent un impact positif sur la connaissance des nombres et les habiletés préscolaires générales. Après l'examen des caractéristiques distinguant les services de garde de qualité en fonction de différents critères (installations matérielles et équipement, organisation des services, des routines et des activités, interactions sociales et contenu éducatif), il appert que ces caractéristiques ont des effets spécifiques sur les nombreux

aspects du développement des enfants. Le développement du vocabulaire, par exemple, serait davantage associé aux services de garde où les interactions sociales sont excellentes (Côté, Mongeau, et Xu, 2010).

Deuxième constat : si les enfants gagnent à fréquenter des garderies de qualité, cela ne suffit pas à corriger les inégalités socioéconomiques. L'explication pourrait venir de l'intensité de la fréquentation. En effet, les chercheurs ont remarqué ce qui suit : les familles qui ont un revenu moindre et celles dont la mère est peu scolarisée utilisent les services de garde avec moins de régularité, pour un nombre d'heures souvent limité, et leurs enfants commencent à fréquenter la garderie à un âge moins précoce que les enfants de milieux plus aisés (Côté, Mongeau et Xu, 2010).

Enfin, la formation des éducatrices en services de garde et les ratios enfants/éducatrice sont aussi des composantes importantes de la qualité des services offerts. D'ailleurs, une enquête d'importance sur les services de garde réalisée au Québec a noté une association entre la qualité éducative et le rapport enfants/éducatrice (Drouin *et al.*, 2004).

» Dans une étude effectuée pour le Conseil canadien sur l'apprentissage, des chercheures ont évalué pour qui et à quelles conditions la fréquentation des services de garde pouvait avoir un effet positif quant au développement cognitif des enfants.

La fréquentation des services de garde se révèle un atout également sur le plan de la santé des enfants. D'une part, la fréquentation des services de garde est particulièrement bénéfique pour la santé mentale des enfants de milieux défavorisés ou dont la mère souffre de dépression (Herba, 2010). Pour les enfants issus de milieux difficiles, ces services peuvent également contrer les risques élevés de problèmes liés à l'agression physique. L'effet protecteur est d'autant plus important que la fréquentation débute dès le plus jeune âge (Côté *et al.,* 2007). Les effets négatifs de l'augmentation du nombre d'otites moyennes à l'entrée en garderie seraient à mettre en perspective, vu la diminution des risques d'infections lors des premières années du primaire, ce qui permet de réduire le taux d'absentéisme des écoliers à une période cruciale de l'apprentissage (Côté, 2010). De surcroît, le développement d'un réseau de garderies accessibles et subventionnées est garant du succès des politiques visant à encourager le retour au travail des mères. Ce retour au travail demeure le meilleur moyen de réduire la pauvreté, d'améliorer le revenu des familles et, par conséquent, la santé des enfants (Raynault et *al,* 2010a).

Une évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) des différents modes de garde a conclu récemment que les centres de la petite enfance (CPE) à contribution réduite avaient le potentiel de réduire les inégalités sociales de développement chez les enfants.

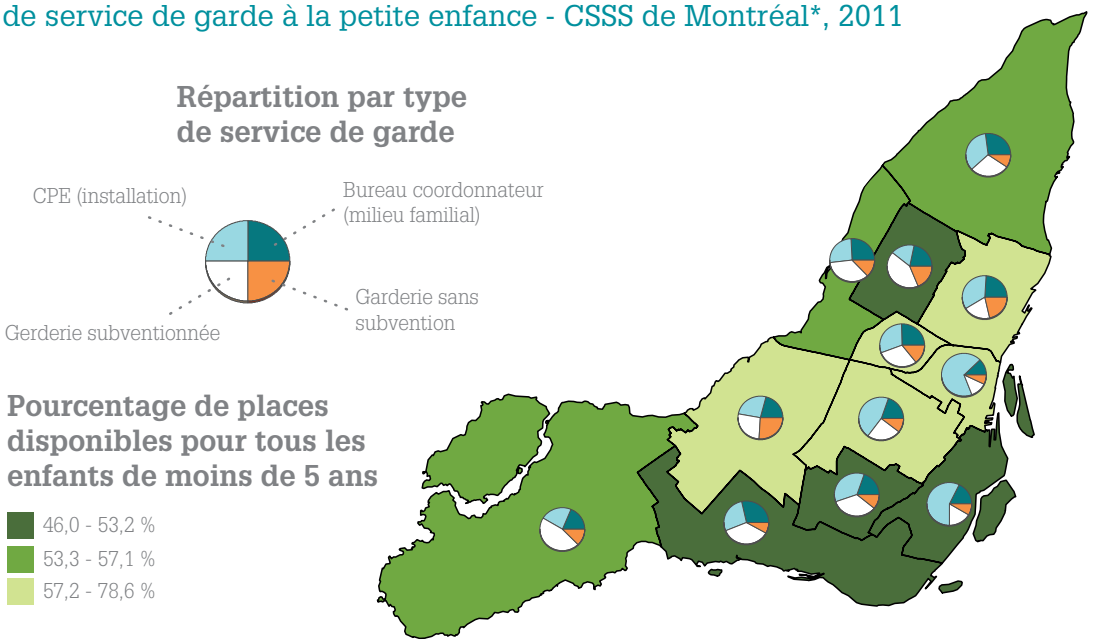
Une évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) des différents modes de garde a conclu récemment que les centres de la petite enfance (CPE) à contribution réduite avaient le potentiel de réduire les inégalités sociales de développement chez les enfants (Raynault *et al.,* 2010b). Malheureusement, ces services sont souvent boudés par les familles qui sont les plus susceptibles d'en bénéficier. Dans un rapport récent, le Réseau européen Eurydice fait mention des préférences des parents de milieux défavorisés ou appartenant à des minorités ethniques ou religieuses. Ces dernières privilégient l'éducation des jeunes enfants à la maison ou considèrent que les enfants d'âge préscolaire sont trop jeunes pour participer à un programme éducatif. Selon les auteurs du rapport, il est probable que ces parents ne perçoivent pas les liens entre la fréquentation d'établissements préscolaires, la maturité scolaire et les chances de réussite à l'école (Eurydice, 2009).

Le Québec s'enorgueillit d'un réseau étendu de garderies à sept dollars par jour. Toutefois cette politique sociale, qui favorise la participation des mères de jeunes enfants au marché du travail, attire moins les mères pauvres dont les enfants profiteraient davantage d'une stimulation précoce que les autres. À Montréal, des enquêtes sur le terrain ont mis en lumière des différences notables dans les préférences des parents de familles pauvres bien que d'origines différentes (Laurin *et al.,* 2008).

La petite enfance est une période cruciale au cours de laquelle les interventions des gouvernements s'avèrent les plus efficaces et les plus rentables.

Si, pour certains parents à faible revenu, il s'agit clairement d'un choix du mode de garde à privilégier, pour d'autres parents de milieux défavorisés, l'accessibilité et la disponibilité des CPE constituent un frein indéniable (Laurin *et al.,* 2008). Or, l'enquête sur la maturité scolaire démontre que l'offre de services de garde est inférieure à la moyenne dans les quartiers défavorisés. Comme l'indique la carte de la figure 3.7, le taux de places disponibles (mesuré pour 100 enfants) est généralement moins élevé dans les secteurs les moins favorisés de l'île de Montréal.

Figure 3.7. Places disponibles et répartition des places par type de service de garde à la petite enfance - CSSS de Montréal*, 2011

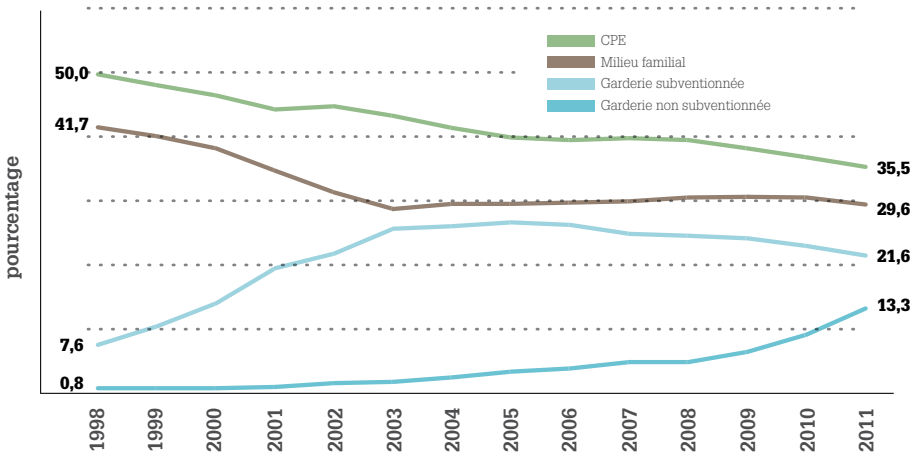


* selon la localisation des services de garde

Sources de données : MFA; Service de développement de l'information, MSSS 2011; Direction des statistiques sociodémographiques 2011, ISQ.

Par ailleurs, compte tenu de la qualité des services offerts généralement dans les CPE, l'évolution des places disponibles selon le type de service de garde à Montréal (figure 3.8) laisse présager une diminution des places dans les services de qualité, un facteur très important pour le développement cognitif et langagier des enfants, surtout ceux des milieux défavorisés.

Figure 3.8. Évolution des places disponibles en services de garde selon le type de services, Montréal, 1998 à 2011



Sources de données : MFA 2011.

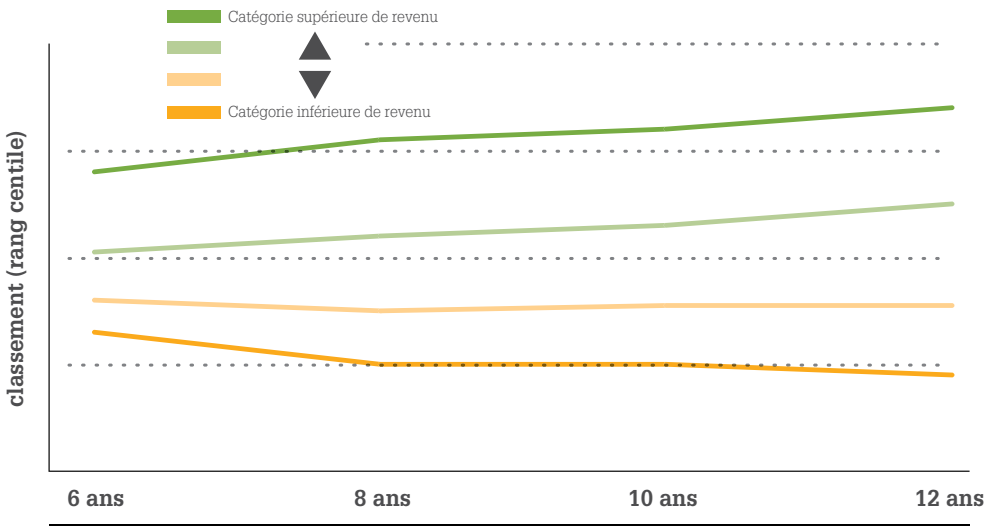
Pour soutenir le développement des enfants montréalais comme pour réduire les inégalités sociales de santé, les meilleures politiques en matière de garde d'enfants s'imposent. D'abord, il convient de revoir l'accessibilité géographique, mais aussi l'accessibilité économique. Ensuite, il importe que tous les parents se sentent bienvenus comme utilisateurs (Le Blanc et Raynault, 2010).

La petite enfance est une période cruciale au cours de laquelle les interventions des gouvernements s'avèrent les plus efficaces et les plus rentables. Plusieurs problèmes de santé mentale, d'obésité, de cardiopathie ou d'apprentissage trouvent leur origine dans la petite enfance.

En somme, qu'il s'agisse de la santé des tout-petits et des jeunes, de leur développement ou de leur adaptation sociale, les inégalités de santé sont encore trop présentes et toujours aussi inacceptables. Comme l'illustre la figure 3.9, les écarts dans les résultats scolaires se creusent avec le temps entre les enfants des milieux riches et ceux des milieux pauvres. Sans interventions adéquates, ces inégalités de départ peuvent continuer à peser lourd sur la société : plus de décrocheurs, plus de problèmes d'adaptation sociale, plus de maladies chroniques et de pression sur le système de santé, plus d'années à vivre avec des incapacités.

Figure 3.9. Classement des enfants à un test d'aptitude* selon le revenu et l'âge

Traduction de Heckman J, 2006 : 1900



* rang centile moyen du résultat au Peabody Individual Achievement Test-Math par âge et catégorie de revenu. Les catégories de revenu sont calculées à partir du revenu familial moyen entre l'âge de 6 ans et 10 ans.

Cette situation particulièrement inquiétante illustre bien la nécessité d'intervenir tôt pour réduire les inégalités sociales et prévenir leurs conséquences. Comme de nombreux économistes l'ont démontré, les politiques et les programmes concernant la petite enfance offrent le meilleur rendement sur investissements que peut faire un pays. Car leurs répercussions positives se font sentir tout au long de la vie des individus (Kershaw *et al.*, 2010; Irwin, Siddiqi et Hertzman, 2007; Heckman, 2000).

La santé et l'équité au travail

Le travail est un moyen reconnu d'éviter la pauvreté et un vecteur important de valorisation et d'intégration sociale pourvu que la rémunération permette de vivre décemment. Il permet d'échapper aux problèmes de santé engendrés par des conditions socioéconomiques difficiles si les conditions de travail sont propices à la santé.

Gagner sa vie sans ruiner sa santé

Une proportion importante de Québécois sans emploi s'estime en moins bonne santé que les personnes qui ont un emploi (26 % contre 7 %). Ils évaluent leur vie sociale comme étant moins satisfaisante (14 % contre 7 %) et présentent un état de détresse psychologique élevé (38 % contre 21 %) (ISQ, 2010). Si le travail comporte son lot de gratifications, il peut aussi rendre malade. Ainsi, le calcul de l'espérance de vie par catégorie de profession, en France, révèle que les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres. De plus, ils vivent plus longtemps avec des limitations fonctionnelles, à savoir dix années de plus que les cadres pour les hommes et huit années de plus pour les femmes (Cambois *et al.*, 2008). On note des écarts semblables non seulement entre des catégories d'emploi extrêmement différentes, mais aussi au sein de groupes plus homogènes, telle la fonction publique britannique. En effet, les probabilités de mourir précocement ou d'être malade varient selon la position des fonctionnaires dans la hiérarchie, comme l'ont démontré les études de Whitehall (Marmot *et al.*, 1991; Ferrie *et al.*, 2002).

Le travail est un moyen reconnu d'éviter la pauvreté et un vecteur important de valorisation et d'intégration sociale pourvu que la rémunération permette de vivre décemment.

Les inégalités de santé au travail

Les conditions liées à l'environnement dans lequel le travail s'exerce constituent un terreau fertile aux inégalités de santé au travail. L'exposition aux contaminants, aux agents biologiques et au bruit, ainsi que la lourdeur des charges physiques, les mouvements répétitifs, les contraintes organisationnelles, le manque de contrôle et de latitude décisionnelle et les risques d'agression sont tous des facteurs qui représentent des risques pour l'état de santé physique et mentale des travailleurs.

Des lois et règlements de prévention et de protection… de portée restreinte

En 1979, le Québec innovait en se dotant de la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Depuis, les entreprises ont les obligations suivantes : éliminer à la source les dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs (art.2) ; mettre à leur disposition des moyens et des équipements de protection individuels ou collectifs, lorsque cela s'avère nécessaire (art.3). L'application de cette loi relève de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), tandis que les équipes régionales et locales de santé au travail ont le mandat d'élaborer et d'implanter des programmes de santé dans les établissements.

Loin de toujours faire obstacle aux inégalités de santé, ces instruments de protection et de prévention peuvent créer des injustices (Berthelette et Bilodeau, 2008). En voici un exemple : la CSST finance des interventions de santé au travail dans seulement quinze secteurs d'activité économique (dits prioritaires) sur trente-deux. De plus, les dispositions de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* ne s'appliquent pas de la même façon aux entreprises comptant moins de 20 travailleurs. En d'autres mots, les mécanismes prévus par cette loi ayant trait à la prévention des maladies professionnelles ne profitent qu'à 20 % des entreprises et à 25 % des travailleurs (RSPSAT, 2010). Pourtant, les maladies et les accidents touchent l'ensemble des secteurs économiques.

La *Loi sur la santé publique* constitue un autre outil de protection des travailleurs. Elle oblige les ministères, les organismes gouvernementaux et les municipalités à signaler les menaces à la santé de la population aux autorités de santé publique (art. 92). Ainsi, l'exposition non contrôlée à des agents nuisibles à la santé des travailleurs peut conduire à la mise en place de mesures de protection. Quant à la santé psychologique au travail, une dimension souvent négligée, voire ignorée, la *Loi sur les normes du travail* y veille depuis 2004 et reconnaît aux personnes le droit de travailler dans un milieu exempt de harcèlement psychologique (art. 81.18 à 81.20).

Des seuils à revoir

Pour mener à bien leurs tâches, les équipes de santé au travail s'appuient entre autres sur le Règlement sur la santé et la sécurité au travail qui établit les normes relatives à la qualité du milieu de travail. Or, selon les connaissances scientifiques actuelles, plusieurs normes et valeurs d'exposition en vigueur ne protègent pas la santé des travailleurs.

Au Québec, on tolère une exposition à l'amiante chrysotile dix fois plus élevée qu'en Ontario, aux États-Unis et en France, et 100 fois supérieure à la norme des Pays-Bas et de la Suisse (Dubé-Linteau *et al.,* 2011). La norme en vigueur pour la silice quartz est quant à elle quatre fois plus élevée que ce que recommande l'*American Conference of Governmental Industrial Hygienists.* Quant au monoxyde de carbone, de toutes les provinces canadiennes, c'est au Québec que le seuil d'exposition est le plus élevé. Comparativement à la plupart des pays d'Europe, le Québec protège moins bien ses travailleurs pour ce facteur de risque (Dupont *et al.,* 2009). En effet, avec de telles normes, comment convaincre les employeurs de réduire l'exposition des travailleurs pour protéger vraiment leur santé?

Forte sous-estimation des maladies professionnelles

Les maladies professionnelles et les décès que reconnaît la CSST donnent un portrait tronqué de la réalité. Outre les refus de la CSST, les compensations étant de courte durée, plusieurs travailleurs ne réclament aucune indemnité de crainte de ne plus retrouver d'emploi ou par méconnaissance de leurs droits. Plusieurs ignorent même qu'ils souffrent d'une maladie professionnelle : d'une part, les symptômes peuvent être confondus avec d'autres maladies et, d'autre part, les médecins n'établissent pas toujours de lien entre les symptômes et une exposition professionnelle.

Quand le travail rend malade

Entre l'exposition aux risques et la survenue des atteintes à la santé, des années entières peuvent s'écouler. Souvent invisibles, les risques n'existent pas moins pour autant. Ainsi, les troubles musculosquelettiques (TMS), découlent bien souvent de l'exposition à des tâches répétitives. Les TMS sont la première cause de maladie professionnelle indemnisée au Québec.

Selon l'Enquête québécoise des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité au travail (EQCOTESST) menée entre 2007 et 2008, moins de 20 % des salariés s'étant absentés du travail en raison de douleurs musculosquelettiques liées à leur emploi principal ont fait une demande d'indemnisation à la CSST.

Les contraintes de l'organisation du travail peuvent générer de la violence, de la détresse psychologique ou des situations de tension auxquelles les femmes sont plus particulièrement exposées (ISQ, 2008).

Par ailleurs, les cancérigènes constituent un risque majeur puisque les maladies qu'ils peuvent causer sont souvent fatales. Celles-ci surviennent longtemps après que les travailleurs aient été en contact avec ces contaminants présents dans de nombreux secteurs, dont certains exposent les travailleurs parfois jusqu'à plus de 25 cancérigènes. Il s'agit notamment des secteurs de la construction, des services publics, des services professionnels, scientifiques et techniques, des secteurs de fabrication de produits minéraux non métalliques et de fabrication de matériel de transport (Labrèche *et al.,* 2011).

Souvent surreprésentée dans la catégorie des pires emplois, la catégorie des jeunes âgés de 15 à 24 ans serait exposée au diesel, aux hydrocarbures aromatiques polycycliques, au benzène et aux poussières de bois, pour ne nommer que quelques-uns des cancérigènes potentiels. Quant aux jeunes travailleuses exposées avant la mi-trentaine à des solvants organiques et à des produits chimiques, leur risque de développer un cancer du sein serait multiplié par trois une fois atteint l'âge de la ménopause (Labrèche *et al.,* 2010).

» Tant la précarité du travail que le chômage engendrent l'anxiété et la dépression et fragilisent la santé mentale.

Les effets de la précarité de l'emploi

En dépit des caractéristiques des individus, des études européennes ont établi un lien entre un faible niveau d'autonomie au travail et un risque élevé de douleurs lombaires, de congés de maladie et de maladies cardiovasculaires (OMS, 2004). D'autres études se sont attardées au risque inhérent à la charge de travail, à la valorisation inadéquate par rapport aux efforts fournis ou à l'environnement psychosocial comme déterminants des disparités de santé observées entre les catégories sociales.

Le stress, qu'il soit lié à un manque de contrôle au travail (relatif aux conditions, au climat de travail ou à la sécurité) ou au chômage, influence grandement l'état de santé des travailleurs. Le niveau d'exposition au stress fait varier le nombre de congés de maladie et le taux de mortalité prématurée observables dans les diverses catégories de travail. Dans les régions où le taux de chômage est élevé, on constate une incidence importante de maladies et de décès prématurés ; bien souvent, les effets négatifs du stress sur les travailleurs commencent à se faire sentir dès que les emplois sont menacés (OMS, 2004). La précarisation des emplois, qui découle de la transformation de l'économie et du marché du travail, est un phénomène généralisé depuis les années 1990 auquel est associé un état de stress chronique. Cet état favorise l'absentéisme et contribue à augmenter le recours aux services de santé. Tant la précarité du travail que le chômage engendrent l'anxiété et la dépression et fragilisent la santé mentale (OMS, 2004).

Au Québec, selon l'EQCOTESST, plus de 450 000 travailleurs répondent à l'un des critères de précarité contractuelle d'emploi[13], soit presque 13 % de l'ensemble des travailleurs visés par l'enquête (Vézina, Cloutier *et al.,* 2011). Cette enquête a établi que la précarité contractuelle et l'insécurité d'emploi sont associées à un accès moindre aux avantages sociaux (notamment aux congés de maladie), à un risque plus élevé de subir un accident de travail, ainsi qu'à une prévalence plus élevée de détresse psychologique. De façon générale, les personnes en situation d'insécurité d'emploi sont proportionnellement plus nombreuses que les autres à avoir une perception négative de leur état de santé (10,4 % contre 5,2 %).

Le taux de chômage est habituellement plus élevé chez les personnes peu qualifiées, affligées d'un handicap ou souffrant de problèmes de santé physique ou mentale. D'autres personnes sont également plus à risque de connaître des

13. Aux fins de l'EQCOTESST, l'indicateur de précarité contractuelle est positif lorsqu'une personne répond à l'un des critères suivants: 1) salariée à temps partiel (de 15 à 29 heures), elle voudrait faire plus d'heures; 2) elle est devenue travailleur autonome à la demande de son patron; 3) elle occupe un emploi assigné par une agence de placement; 4) elle a un emploi à durée déterminée. Dans cette enquête, on considère qu'il y a insécurité d'emploi dès qu'un travailleur évalue que sa sécurité d'emploi est faible ou dès qu'il a connu une période de chômage au cours des deux dernières années. On parle de précarité d'emploi lorsque la précarité contractuelle et l'insécurité d'emploi coexistent.

épisodes de chômage ou d'occuper des emplois précaires, en particulier : les parents seuls, les aidants naturels, les personnes de certaines minorités culturelles, les jeunes et les travailleurs plus âgés (Marmot, 2010). L'EQCOTESST a démontré que 1,3 million de personnes souffrent d'insécurité d'emploi au Québec et que plusieurs sous-groupes affichent des taux supérieurs à la moyenne, en particulier les travailleurs nés à l'extérieur du Canada et ceux qui n'ont pas complété leur cours secondaire. De plus, si les hommes et les femmes ont des taux d'insécurité d'emploi similaires, on remarque que les travailleuses sont proportionnellement plus nombreuses que les travailleurs à connaître la précarité contractuelle (15,5 % contre 10,6 %).

La parité salariale et la valeur du travail

Au Québec, la parité salariale entre les hommes et les femmes demeure un enjeu d'importance dans la lutte à la pauvreté compte tenu du fait que les familles monoparentales ont presque toujours une femme à leur tête. En dépit de la *Loi sur l'équité salariale,* il existe encore beaucoup de différences entre les salaires des travailleurs masculins et féminins. En effet, la parité salariale demeure un enjeu de reconnaissance de la valeur du travail des femmes. Selon une analyse de l'économiste Ruth Rose, le salaire hebdomadaire moyen des femmes titulaires d'une attestation de spécialisation professionnelle est de 575 $ par semaine comparativement à 765 $ pour les hommes. Quant aux détenteurs d'un diplôme d'études professionnelles, le salaire des femmes est de 542 $ et celui de leurs collègues masculins, de 706 $. Certes, ces écarts traduisent des choix de carrière encore assez marqués : on trouve surtout les femmes dans les emplois liés à la santé et au travail de bureau et les hommes, dans des secteurs davantage diversifiés et payants comme la mécanique, la soudure, la menuiserie ou l'électricité. Cependant, les différences de salaires entre hommes et femmes demeurent systématiques à chaque niveau d'études (Rose, 2011).

De plus, parmi les personnes peu scolarisées, les femmes sont désavantagées par rapport aux hommes et ont un taux d'activité beaucoup plus faible. Enfin, les femmes immigrantes récentes présentent des taux de chômage plus élevés que les hommes immigrants et que les femmes québécoises, même si elles sont plus diplômées que ces dernières (Rose, 2011).

L'accès aux services

Les services de première ligne

Dans le cadre d'une analyse de 30 projets d'organisation des services médicaux au Québec, le Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne s'est penché sur l'accessibilité des services, la continuité du suivi des patients et la globalité de l'offre à la suite de la réorganisation des services découlant de la Loi 25. Ce regroupement, qui réunit des chercheurs et des décideurs provenant de différents organismes, observe que l'accessibilité des services de première ligne s'est détériorée à Montréal depuis 1998, et ce, même si l'utilisation des services a augmenté globalement.

Cette situation paradoxale serait associée à l'offre relativement abondante de services sans rendez-vous, lesquels peuvent sembler à prime abord favoriser l'accessibilité. Toutefois, le manque de prise en charge par un médecin de famille est associé à une continuité moindre, susceptible de contribuer au recours accru aux services d'urgence des hôpitaux pour des problèmes ne nécessitant pas forcément une visite aux urgences (Collectif de recherche, 2005).

Le rapport du Collectif fait également état de barrières culturelles ou linguistiques rencontrées par les populations immigrantes, qui font en sorte qu'il est difficile pour ces populations de s'orienter dans le réseau de la santé. Cela n'est pas sans conséquences, au contraire, sur leur accès aux soins et sur leur santé. Or, même sans ces barrières, de nombreux facteurs limitent l'accès aux soins de santé.

La vulnérabilité des migrants à statut précaire

Les personnes nées à l'étranger et sans statut légal permanent sont couramment associées aux groupes vulnérables. En raison de leur statut, leur nombre est difficile à évaluer. Ces personnes risquent davantage de connaître des problèmes de santé et de se voir imposer des restrictions quant à l'accès aux soins. Le système d'immigration comprend divers statuts juridiques (nouveaux arrivants, demandeurs d'asile, travailleurs temporaires, aides familiales résidantes, victimes de traite ou de trafic), lesquels déterminent l'accès aux soins et aux services. Alors que le système de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) prend en charge les résidants et les citoyens, les autres migrants et les sans-papier n'ont droit qu'à des services très partiels (Brabant et Raynault, à paraître).

En plus de compliquer la situation des migrants et des soignants, cela entraîne des retards dans la consultation et le traitement, ce qui contribue à aggraver l'état des personnes malades. De plus, les immigrants arrivés depuis moins de dix ans semblent avoir des difficultés à accéder aux soins de première ligne : 66 % n'ont pas de médecin de famille et 28 % rapportent des besoins non comblés (DSP, 2010a : 6).

Bien que ces personnes forment un groupe hétérogène, il s'agit souvent de jeunes adultes ayant des enfants ici ou dans leur pays d'origine. La vulnérabilité des migrants, surtout au plan de la santé, s'explique tant par la précarité de leurs conditions de vie actuelles ou antérieures que par les circonstances ayant présidé à leur immigration. Outre les enfants, les femmes parrainées par leur mari et les travailleurs dont le visa temporaire est lié à un employeur sont particulièrement vulnérables. Compte tenu des maladies parfois en cause (tuberculose, ITSS, VIH), le manque de soins et de suivi complet constitue un risque pour la santé publique. De nombreuses difficultés concourent, dans le milieu d'accueil, à compromettre la santé de ces personnes, dont les suivantes : l'absence de suivi pré et postnatal, un faible taux de fréquentation des services de garde par les enfants, les barrières à l'éducation des enfants, l'insalubrité des logements, une promiscuité élevée et, enfin, des conditions de vie générale et de travail difficiles (revenus insuffisants pour assumer les dépenses courantes, tels des aliments sains et des soins de santé ou des médicaments, travail ingrat et mal payé, parfois dangereux, etc.). L'ensemble de ces difficultés contribuent à accroître des traumatismes antérieurs et sont propices aux problèmes de santé mentale. Ces migrants renoncent souvent à certaines protections auxquelles ils ont droit (CSST, retrait préventif, congé parental, assurance-emploi) par ignorance, mais aussi par crainte de nuire aux procédures d'immigration (Brabant et Raynault, à paraître). Les conditions défavorables auxquelles sont confrontés les migrants à statut précaire minent leur santé.

La vulnérabilité des autochtones

Les autochtones, de plus en plus présents dans le paysage montréalais depuis quelques années, vivent une situation comparable. En milieu urbain, les autochtones n'ont pas accès aux mêmes services que dans leur communauté d'origine. Sans le soutien de celle-ci, le choc de la transition accroît leur vulnérabilité. Paradoxalement, si certains quittent leur communauté pour poursuivre leurs études ou chercher un emploi, de nombreux autres y sont contraints soit à cause de la pénurie de logement, soit pour des raisons de santé lorsqu'ils ont besoin de soins spécialisés. Comme pour les immigrants, les différences culturelles combinées

aux difficultés de communication ne facilitent pas leur cheminement dans le réseau de la santé. Par conséquent, les autochtones venus s'installer en ville ont souvent un accès limité aux services de santé (Diotte et Thibault, 2011).

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang

Dans le domaine des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les inégalités sociales conduisent à une vulnérabilité accrue. En effet, les personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI), les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) et les jeunes de la rue sont plus susceptibles d'être exposés au VIH et à l'hépatite C. Différents facteurs psychosociaux tels que l'isolement, l'exclusion sociale, le manque d'estime de soi, les préjugés et la stigmatisation favorisent la prise de risque. Pour certains, des conditions de vie marginales, des problèmes de santé mentale, d'itinérance ou de dépendance aux drogues et à l'alcool nuisent à l'adoption de comportements sécuritaires et à l'accès à des services de santé adaptés à leurs besoins. De plus, un nombre important de personnes UDI et de HARSAH ignorent qu'ils sont infectés, ce qui retarde le suivi médical et contribue à la morbidité.

Le Rapport annuel 2010 du directeur de santé publique de Montréal sur les ITSS a mis en évidence les stratégies prioritaires d'accès au matériel, au dépistage et au traitement qui doivent être renforcées afin de joindre davantage les personnes UDI et les HARSAH. Parmi les stratégies présentées, l'étude de faisabilité de l'implantation de services d'injection supervisés est un exemple d'action concertée visant à réduire les inégalités sociales de santé (DSP, 2010b).

Un indicateur révélateur : le taux de mortalité évitable

L'accès difficile aux soins et aux services de santé ne concerne pas que les groupes susmentionnés, car les inégalités de revenu se traduisent également par un accès inégal au système de santé. Le taux de mortalité évitable, c'est-à-dire le nombre de décès survenus en dépit de l'existence de soins et de traitements considérés comme efficaces, est un indicateur reconnu pour mesurer l'accessibilité des soins. Les écarts constatés dans les taux de mortalité évitable en fonction des catégories de revenu peuvent vraisemblablement être attribués à une inégalité d'accès aux services pour les groupes les moins fortunés. La figure 1.4 de la première partie du rapport présente des résultats encourageants concernant les taux de mortalité évitable à Montréal, lesquels auraient diminué de moitié pour toutes les catégories de revenu depuis une vingtaine d'années. Toutefois, il illustre aussi le fait qu'entre les personnes de la première et de la cinquième catégorie de revenu, l'écart est

pratiquement le même qu'il y a vingt ans (soit un rapport de 1,77 en 2006-2008, contre 1,83 en 1989-1991).

Une étude réalisée en 2005 sur l'accessibilité et la continuité des services de première ligne à Montréal et en Montérégie permet de dégager plusieurs constats concernant l'expérience de soins primaires et la réduction des inégalités sociales de santé. L'étude démontre notamment les difficultés qu'éprouvent les nouveaux arrivants à avoir accès aux services; en témoignent le faible taux de relation avec un médecin de famille, de même que leurs nombreux besoins de soins et de services qui restent non comblés, qu'il s'agisse d'information ou d'acte thérapeutique. De plus, la proportion des personnes ayant ressenti le besoin de consulter un médecin sans en avoir vu un permet de constater un gradient décroissant, à savoir : les Montréalais de milieux défavorisés connaissent des expériences moins favorables au plan de l'accessibilité et de la continuité des soins que les personnes plus fortunées (Lévesque *et al.,* 2007). Vraisemblablement, les nouveaux modèles d'organisation des soins de première ligne, tels les groupes de médecine familiale et les cliniques-réseaux, n'ont pas encore infléchi cet aspect de la défavorisation. La situation devra être réévaluée quand ces nouveaux modèles auront été davantage implantés.

L'exemple du cancer du sein

Les taux de cancer illustrent bien les inégalités sociales de santé et confirment hors de tout doute que les ISS tuent. Le statut socioéconomique des individus détermine plusieurs facteurs physiques et sociaux qui peuvent causer la maladie, en déterminer la fréquence et conditionner l'accès aux soins (IAEA, 2011). L'impact des facteurs socioéconomiques peut faire varier l'accès aux soins de santé selon les groupes sociaux, surtout lorsque la notion d'accessibilité des soins dépasse le diagnostic et les traitements pour inclure l'information médicale, le dépistage précoce, les traitements adéquats en temps opportun, ainsi que la qualité des soins, bien entendu (IAEA, 2011). La littératie en santé (c'est-à-dire l'aptitude d'un individu à trouver de l'information sur la santé, à la comprendre et à la mettre en pratique), les croyances, le genre, l'autonomie d'une personne, la mobilité, les revenus et les assurances ne sont que quelques-uns des facteurs influençant sa capacité de bien percevoir son état de santé, de rechercher et d'obtenir les services et les soins appropriés, de payer pour tout ce qui n'est pas couvert par le système de santé ou pour la perte de revenu en cas de congé de maladie (Lévesque, 2011). Or, tous ces facteurs sont eux-mêmes influencés par le statut socioéconomique de la personne.

Le cancer du sein est un exemple particulièrement éloquent de cette problématique. En effet, les femmes de milieux défavorisés présentent un taux d'incidence du cancer inférieur à celui des femmes des quintiles supérieurs. Toutefois, leur taux de mortalité imputable au cancer du sein est égal et même supérieur à celui des femmes des quintiles de revenus plus élevés (Yost *et al.,* 2001 ; Woods *et al.,*2006).

L'étude de la mortalité par cancer du sein offre donc une occasion unique d'évaluer la contribution du système de santé aux inégalités sociales de santé. Évidemment, le système de santé ne vise pas la création d'ISS. Cependant, c'est souvent l'effet obtenu lorsque le seul objectif des initiatives de prévention et de promotion est d'améliorer la santé de la population générale sans tenir compte des iniquités entre les groupes économiques et sociaux. À cet égard, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est un exemple d'initiative qui pourrait être améliorée afin de mieux rejoindre les femmes pauvres en général, et les immigrantes en particulier.

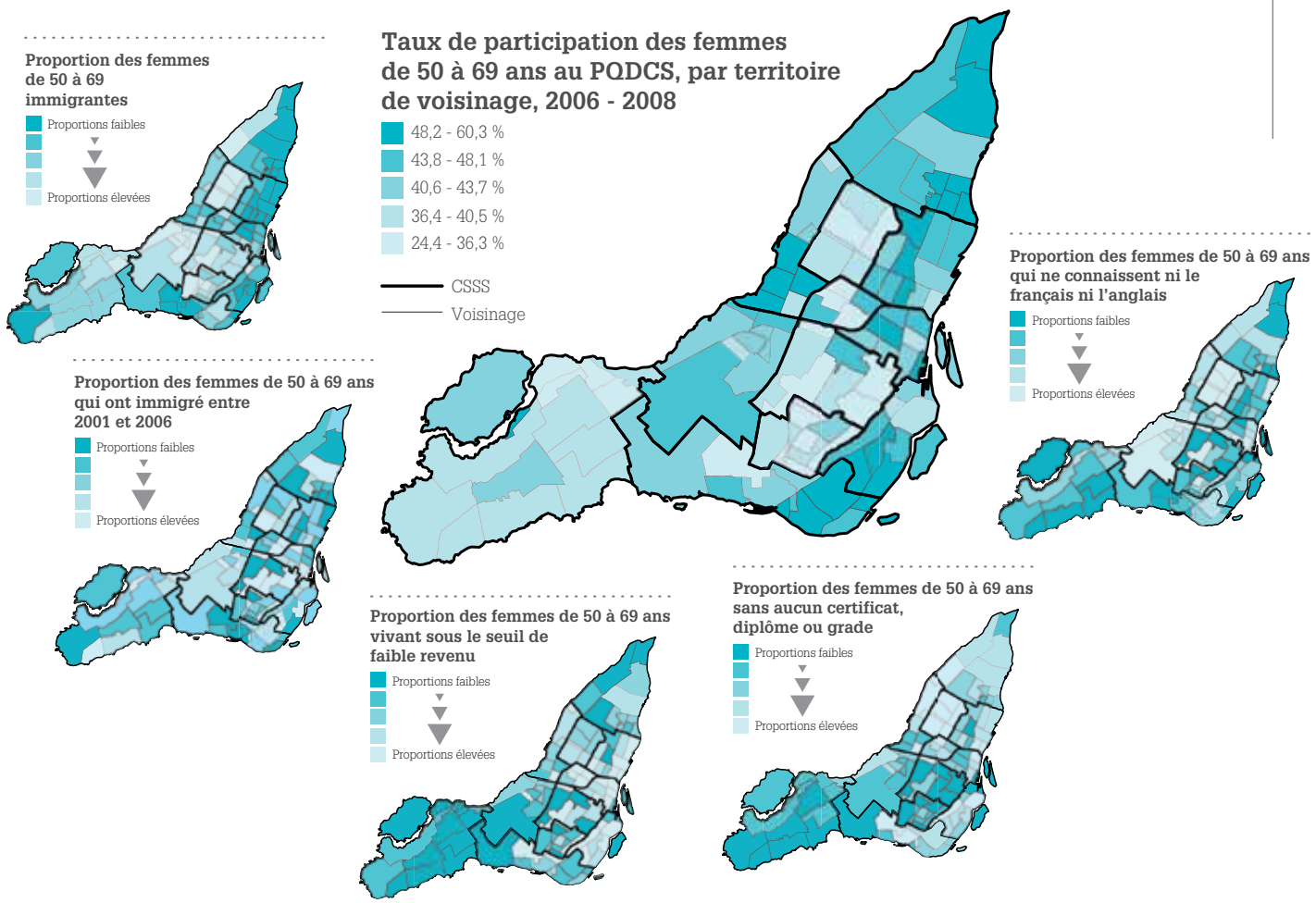
Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Offert à toutes les femmes de 50 à 69 ans n'ayant jamais eu de cancer du sein, ce programme invite les femmes de ce groupe d'âge à une mammographie de dépistage tous les deux ans dans un centre désigné afin de réduire la mortalité liée à ce type de cancer. Depuis 1998, plus de 160 000 femmes ont participé au programme. Toutefois, elles l'ont fait dans des proportions qui se situent en deçà de l'objectif fixé à 70 % de la population pour pouvoir réduire de 25 % la mortalité due au cancer du sein.

Une enquête menée par la DSP de Montréal a déterminé les territoires où les femmes participaient en moins grand nombre au Programme. Depuis le début des années 2000, ce dernier connaît une augmentation constante du nombre de participantes, bien que la participation diminue avec l'âge. Cependant, par comparaison avec le reste du Québec, la participation des femmes au PQDCS est nettement plus faible à Montréal qu'ailleurs (Leaune, 2009). L'analyse révèle également que les caractéristiques habituellement associées à une faible participation varient selon les territoires de CSSS et de CLSC.

Une analyse plus fine des voisinages reste à développer, mais l'examen de la carte de Montréal (figure 3.10) fait ressortir des différences entre les territoires où un faible taux de participation au PQDCS a été constaté. Ainsi, dans les CSSS de l'Ouest-de-l'île, la faible participation est surtout associée à l'immigration (récente ou ancienne), tandis que dans les CSSS du Centre et de l'Est, le faible revenu et un bas niveau de scolarisation sont les meilleurs prédicteurs.

Figure 3.10. Taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au PQDCS par unité de voisinage Adaptation de Leaune V, 2009.

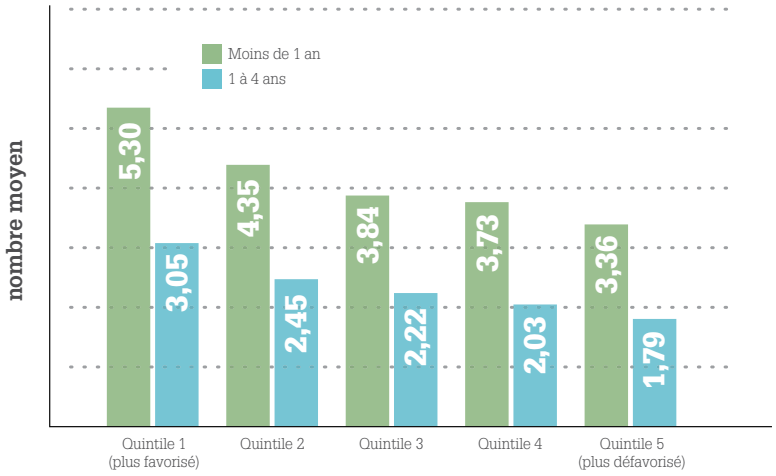


Sources de données : Recensement 2006, Statistique Canada.

La prévention et les tout-petits

Les soins de santé et de prévention destinés aux tout-petits constituent un autre exemple qui illustre la difficulté du système à joindre toute la population. D'ailleurs, le problème d'accès aux ressources de santé est de plus en plus ressenti par les familles et l'analyse de l'utilisation des services en confirme l'existence. Peu importe les indicateurs retenus – consultation auprès des omnipraticiens, des spécialistes, en cabinet ou lors de visites à l'urgence, hospitalisations – les territoires de CSSS se distinguent les uns des autres (Blanchard et Clapperton, 2011). L'étude révèle en effet que près de la moitié des enfants montréalais utilisateurs (46 %) vivent dans des milieux défavorisés, ce qui semble indiquer que les enfants pauvres sont plus souvent malades que les autres. De plus, alors que ces enfants consultent moins de pédiatres et d'autres spécialistes que les enfants de milieux favorisés (figure 3.11), ils fréquentent davantage les services d'urgence et sont plus souvent hospitalisés (Blanchard et Clapperton, 2011).

Figure 3.11. Nombre annuel moyen de consultations auprès de pédiatres chez les enfants de moins de 5 ans, selon l'indice de défavorisation matérielle, Montréal, 2005-2006 Adaptation de Clapperton I, Blanchard D, 2011 : 16.



Sources de données : Banque de données jumelées, 2005-2006.

Les soins dentaires et la psychothérapie : des services peu assurés

La médecine dentaire et la psychothérapie sont deux autres domaines où la fréquentation d'un professionnel de la santé est particulièrement conditionnée par le niveau socioéconomique.

Une bonne dentition exerce une influence considérable sur l'estime de soi et la vie sociale des personnes et peut même influer sur leur capacité d'accéder à un bon emploi. Quant à l'édentation (ou édentulisme, c'est-à-dire l'absence de dent), elle peut avoir des conséquences encore plus graves.

L'état dentaire peut également influencer la santé physique des personnes. Depuis une vingtaine d'années, diverses études se sont intéressées à l'impact de la santé dentaire sur les maladies cardiovasculaires. Une méta-analyse a conclu que les maladies parodontales pouvaient effectivement faire augmenter le risque de maladies cardiovasculaires dans une proportion de 20 % (Meurmann *et al.,* 2004). En outre, le diabète est directement associé à des maladies parodontales. Chez les personnes âgées qui vivent en établissement, une mauvaise hygiène favoriserait par ailleurs les pneumonies. Quant aux caries, il s'agit d'un autre problème important de santé publique. Source de douleurs, d'abcès, d'insomnie et d'absentéisme, elles entraînent la perte des dents lorsqu'elles ne sont pas traitées.

De nombreux facteurs ont un impact sur la qualité de l'hygiène dentaire des personnes et leur accès aux soins. Une fois de plus, on note de grandes disparités chez les assistés sociaux et les travailleurs à faible revenu par rapport au reste de la population. On sait, par exemple, que la fréquence régulière du brossage croît avec le niveau d'éducation et les revenus (ISQ, 2008). Une étude récente révèle que le risque pour un enfant d'avoir des caries s'accroît de 112 % s'il vit depuis sa naissance au sein d'une famille située au bas de l'échelle sociale. De plus, une position sociale inférieure et le fait d'avoir une mère immigrante sont liés à une probabilité élevée de ne pas avoir consulté un dentiste avant l'âge d'environ quatre ans (Paquet et Hamel, 2005). Les personnes âgées ainsi que les autochtones ont des taux d'édentulisme très élevés. En Alberta, où pourtant le gouvernement finance les soins dentaires pour les personnes de plus de 65 ans, seulement 38 % utilisent le programme. Une sous-évaluation des besoins, des problèmes de mobilité et d'accès, mais aussi la peur du dentiste et la crainte de payer des frais en dépit du programme de subvention, comptent parmi les raisons invoquées pour justifier cette situation (Asadoorian, 2009).

Au Canada comme au Québec, en matière de santé dentaire, les personnes pauvres sont toujours désavantagées. **Le fait que les soins dentaires ne soient pas universellement assurés par le système public d'assurance santé au Québec en limite l'accès pour une partie non négligeable de la population.** Des données concernant la santé bucco-dentaire provenant de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009 indiquent que si 62 % des Canadiens sont inscrits à un régime privé d'assurance dentaire et 6 % à un régime public, 32 % n'ont aucune assurance dentaire. Presque les trois-quarts des Canadiens (74 %) ont consulté un professionnel de la santé bucco-dentaire au cours de la dernière année, mais 16 % d'entre eux ont refusé de recevoir la totalité des traitements recommandés pour des raisons financières. Par ailleurs, 17 % n'ont pas consulté du tout, pour des raisons identiques (Santé Canada, 2010a).

La fluoration de l'eau

La fluoration de l'eau est une mesure extrêmement efficace pour diminuer les inégalités sociales de santé dentaire. L'eau de Montréal n'est pas fluorée et la fluoration suscite autant l'appui que l'opposition. Des solutions alternatives, comme il en existe dans de nombreux pays, devraient être prises en considération. À ce titre, la fluoration des sels de table est une avenue intéressante à explorer.

Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas étonnant que, selon l'Enquête canadienne, les répondants issus d'une famille à faible revenu ou ne disposant d'aucune assurance soient trois fois plus nombreux à ne pas recevoir les soins nécessaires que les répondants issus de familles riches ou disposant d'une assurance privée (Santé Canada, 2010b). Le niveau socioéconomique serait tellement déterminant que les auteurs du rapport estiment que le nombre de visites chez le dentiste est inversement proportionnel aux besoins des patients (Santé Canada, 2010c).

Au Québec, le coût des soins bucco-dentaires et l'absence fréquente d'assurance privée contribuent à expliquer pourquoi les personnes de milieux défavorisés consultent rarement à titre préventif et ne prennent rendez-vous avec un dentiste que lorsqu'une douleur ou un problème se manifestent (ISQ, 2008). L'Enquête québécoise illustre le gradient de la scolarité et des revenus relativement à la santé dentaire perçue : seulement 8 % des diplômés universitaires estiment avoir une mauvaise santé buccodentaire, contre 17 % des personnes sans diplôme.

Les prestataires de la sécurité du revenu, en dépit de la couverture d'une bonne partie des soins dentaires, sont particulièrement réticents aux visites préventives chez le dentiste. Non seulement les visites sont associées à la douleur, mais des entrevues ont permis de dévoiler les sentiments de gêne, et même d'humiliation, vécus par ces personnes lorsqu'elles prennent rendez-vous ou se rendent chez le dentiste (Bedos, Levine et Brodeur, 2009).

L'accès à la psychothérapie se révèle aussi problématique. Si les maladies mentales graves comme la schizophrénie sont prises en charge globalement par le système public de soins, ce n'est pas le cas des troubles anxieux et des dépressions situationnelles pour lesquels peu de services sont offerts dans le réseau. Le recours aux psychothérapeutes privés coûte trop cher pour ceux qui, soit n'ont pas les revenus suffisants, soit n'ont pas d'assurance privée.

En conclusion, en dépit de son caractère universel, le système de santé laisse de côté de nombreuses personnes. Comme le démontrent les exemples des soins aux tout-petits et du dépistage du cancer du sein, la gratuité seule ne permet pas d'enrayer les inégalités sociales de santé. Plus encore : quand il s'agit des services peu assurés par le régime public, tels les soins dentaires et la psychothérapie, l'accessibilité de ces services se trouve réduite pour de nombreux travailleurs ou retraités à faible revenu. Si l'appel à la privatisation des services trouve de plus en plus d'écho dans la société, les décideurs du système devront garder en tête les enjeux majeurs que soulèvent les inégalités sociales de santé avant de compliquer l'accessibilité des services pour les plus démunis. La tarification des services risquerait fort de détourner le système de santé de sa mission première : soigner les gens malades et les protéger du risque financier que représenteraient des soins de santé non assurés par le régime universel.

Références

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). 2007. *Breastfeading and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries.* Evidence Report / Technology Assessment. No 153 Publication No 07-E007.

Asadoorian J. 2009. « Inequity and disparity in oral health-part II. Socio-economic status and deprivation: can dental hygiene diminish the impact? ». *Canadian Journal of Dental Hygiene;* 43(2) : 53-59.

Bartick M, Reinhold A. 2010. « The Burden of Suboptimal Brestfeeding in the United States : A Pediatric Cost Analysis ». *Pediatrics;* published online, 5 April:1048-1056.

Bedos C, Levine A, Brodeur JM. 2009. « How People on Social Assistance Perceive, Experience and Improve Oral Health ». *Journal of Dental Research;* 88(7) : 653-7.

Bernard P, Raïq H. 2011. « Le Québec est-il une société égalitaire? ». *L'état du Québec 2011* (sous la direction de Miriam Fahmy, Institut du Nouveau Monde). Montréal : Boréal, p. 49-69.

Berthelette D, Bilodeau H. 2008. « À l'abri des risques? Les inégalités et le régime de santé et de sécurité du travail ». dans *Les inégalités sociales de santé au Québec* (sous la direction de K Frohlich *et al.*), Presses de l'Université de Montréal. p. 327-354.

Blanchard D, Clapperton I. 2011. *L'utilisation des services médicaux chez les enfants montréalais de moins de 5 ans.* DSP-ASSS de Montréal.

Brabant Z, Raynault MF. À paraître. « Migrants with precarious status health ». *Social Work in Public Health.*

Cambois E, Laborde C, Robine, JM. 2008. « La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte ». *Population & Sociétés* (Institut national d'études démographiques); No 441.

Center on the Developing Child at Harvard University. 2010. *The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood.* 29 p. [www.developingchild.harvard.edu]

Clapperton I, Legault MJ, Boucheron L. À paraître. *Des enjeux et des pistes de solution pour améliorer l'accès aux services médicaux des enfants montréalais de 9 mois à 5 ans* (titre temporaire). En coll. avec N Kishchuk. DSP-ASSS de Montréal.

Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec. 2005. *Rapport de synthèse.* DSP-ASSS de Montréal.

CCLP (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale). 2009. *Les cibles d'amélioration du revenu des personnes et des familles, les meilleurs moyens de les atteindre ainsi que le soutien financier minimal.* Gouvernement du Québec.

CNBES (Conseil national du bien-être social). 1997. *Parents en santé, bébés en santé.* Gouvernement du Canada.

Côté S, Boivin M, Nagin D, Japel C, Xu Q, Zoccolillo M, Tremblay RE. 2007. « The role of maternal education and non-maternal care services in the prevention of children's physical aggression ». *Archives of General Psychiatry;* 64(11) : 1305-1312.

Côté S, Mongeau C, Xu Q. 2010. *For whom and under what conditions are preschool child care services leading to better cognitive development.* Executive Summary. Conseil canadien sur l'apprentissage.

Côté S. 2010. *Santé et développement social des enfants québécois. Quel est le rôle de la garderie?* Présentation au 3e forum des décideurs tenu dans le cadre de l'action concertée du FQRSC portant sur l'impact des politiques de services de garde sur la santé et le développement des enfants, 22 mars. Montréal : Centre Léa-Roback.

Diotte E, Thibault M. 2011. « Politiques publiques et santé des Autochtones résidant en milieu urbain ». *Développement social;* 11(3) : 15-17.

DSP (Direction de santé publique de Montréal). 2008. *Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais* En route pour l'école !, *Rapport régional – 2008* (sous la direction de N Goulet et S Lavoie). DSP-ASSS de Montréal.

DSP (Direction de santé publique de Montréal). 2010a. *Le portrait de la population montréalaise 2010.* DSP-ASSS de Montréal.

DSP (Direction de santé publique de Montréal). 2010b. Joindre plus, Dépister plus, Traiter plus. Rapport du directeur de santé publique 2010 (sous la direction de R Lessard et L Valiquette). DSP-ASSS de Montréal.

Drouin C, Bigras N, Fournier C, Desrosiers H, Bernard S. 2004. *Grandir en qualité 2003. Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs.* Montréal : ISQ.

Dubé-Lintau A, De Guire L, Adib G *et al.* 2011. *Amiante : connaissance acquises sur l'exposition et les maladies des travailleurs et de la population générale du Québec de 2003 à 2009.* Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ.

Dubois L. 2004. *L'influence des inégalités sociales sur l'alimentation et la santé des jeunes enfants canadiens.* Résultats de l'ELDEQ présentés au XVIIe congrès de l'Association internationale des sociologues de langue française. Tours.

Dupont MA, Handfield G *et al.* 2009. « Les grains de café, un risque pour la santé des travailleurs ». *Travail et santé;* 25(3) : 1-8.

Esping-Andersen G. 2008. *Trois leçons sur l'État-providence.* Avec B Palier. Paris : Le Seuil – La République des idées.

Ferrie J *et al.* 2002. « Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study ». *Journal of Epidemiology and Community Health;* 56(12) : 922-926.

Gender and Health Collaborative Curriculum Project

[genderandhealth.ca/en/modules/pauvrete/pauvrete-santedelareproduction-06.jsp] consulté le 29 juin 2011

Geoffroy MC, Côté SM, Giguère CÉ, Dionne G, Zelazo PD, Tremblay RE, *et al.* 2010. « Closing the gap in academic readiness and achievement: the role of early childcare ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry;* 51(12) : 1359-67.

Heckman J *et al.* 2006. « Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children ». *Science;* 312(5782) : 1900-1902.

Herba C. 2010. « ELDEQ : *La garderie et la dépression chez les mères.* Présentation au 3e forum des décideurs tenu dans le cadre de l'action concertée du FQRSC portant sur l'impact des politiques de services de garde sur la santé et le développement des enfants, 22 mars. Montréal : Centre Léa-Roback.

Hertzman C. 2010. « Peut-on parler « d'équité dès le départ » au Canada? ». *Pop Nouvelles.* Ottawa : Institut de la santé publique et des populations.

IAEA (International Atomic Energy Agency). 2011. *Inequity in Cancer Care: A Global Perspective.* Human Health Reports No. 3, Vienne.

INSPQ (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.* Rédaction. : D Beauregard, L Comeau, J Poissant. Coordination scientifique : J Laverdure. Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ.

ISQ (Institut de la statistique du Québec). 2006. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006.* Gouvernement du Québec.

ISQ (Institut de la statistique du Québec). 2008. *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 1.2). Gouvernement du Québec.

ISQ (Institut de la statistique du Québec). 2010. « Santé buccodentaire » par H Camirand et C Galarneau, dans *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois,* Gouvernement du Québec.

Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. 2007. *Early Child Development : A Powerful Equalizer.* Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Vancouver : Human Early Learning Partnership.

Kershaw P, Warburton B, Anderson L, Hertzman C, Irwin L, Forer B. 2010. « Les coûts économiques de la vulnérabilité précoce au Canada ». *Revue canadienne de santé publique;* 101(3) : S8-S13.

Labrèche F *et al.* 2011. *Vers la prévention des cancers d'origine professionnelle au Québec.* Présentation au congrès de l'Association québécoise de l'hygiène, la santé et la sécurité au travail (AQHSST). Direction de la recherche et de l'expertise, IRSST.

Labrèche F, Goldberg MS, Valois MF, Nadon L. 2010. « Postmenopausal breast cancer and occupational exposures ». *Occupational and Environmental Medicine;* 67 : 263-269.

Laurin I, René, JF, Dallaire N, Ouellet F. 2008. « Mères et pères en contexte de vulnérabilité. Une démarche de recherche participative visant à favoriser une prise de paroles en tant que parents et citoyens » dans *Problèmes sociaux tome III. Théories et méthodologies de la recherche* (sous la direction de H Dorvil). Presses de l'Université du Québec.

Le Blanc, MF, Raynault MF. 2010. *Les préférences des parents en matière de services de garde : davantage qu'un simple arbitrage économique.* Présentation au 3è forum des décideurs tenu dans le cadre de l'action concertée du FQRSC portant sur l'impact des politiques de services de garde sur la santé et le développement des enfants, 22 mars. Montréal : Centre Léa-Roback.

Leaune V. 2009. *État de situation du PQDCS. Portrait de la situation des femmes et la contribution des médecins au PQDCS.* Présentation faite lors de la journée d'étude du PQDCS pour la région de Montréal, 9 juin.

Lévesque JF *et al.* 2007. *Les besoins non-comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne?* DSP-ASSS de Montréal et INSPQ.

Lévesque JF. 2011. *Les indicateurs d'équité d'accès aux soins de santé. Propositions des indicateurs.* Présentation faite dans le cadre d'une rencontre de l'équipe de l'action concertée du FQRSC portant sur la mesure de la pauvreté, DSP, 18 avril.

Marmot M *et al.* 1991. « Health inequalities among British civil servants : the Whitehall II study ». *The Lancet;* 337(8754) : 1387-1393.

Marmot M. 2010. *Fair Society Healthy Lives. The Marmot Review Executive Summary..* Londres : Marmot Review, University College of London.

Meurmann JH, Sanz M, Janket S. 2004. « Oral Health, Atherosclerosis and Cardiovascular Disease ». *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine;* 15(6) : 403-413.

MESS (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale). 2011. *Améliorer la situation économique des personnes : un engagement continu.* Rapport de la ministre. Gouvernement du Québec.

MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux). 2011. *Un Québec riche de tous ses professionnels de la santé : pour une accessibilité accrue aux services de première ligne – Périnatalité et petite enfance.* Document de consultation du groupe de travail, Organisation des services de première ligne, Table sectorielle Mère-enfant des RUIS, avril.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2004. *Les déterminants sociaux de la santé : les faits.* 2e édition (sous la direction de R Wilkinson et M Marmo). Copenhague : OMS-Europe.

Palme J. 1999. *The nordic model and the modernization of social protection in Europe.* Copenhague : The Nordic Council of Ministers.

Paquet G, Hamel D. 2005. « Des alliés pour la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale ». *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 4 an;.* Vol. 3, fascicule 4. ISQ.

Raynault, MF *et al.* 2010a. *Monoparentalité et pauvreté.* Action concertée du FQRSC. Rapport scientifique intégral. Montréal : Centre Léa-Roback.

Raynault, MF *et al.* 2010b. *L'impact des politiques de soutien à la garde sur la santé et le développement des enfants d'âge préscolaire.* Action concertée du FQRSC. Rapport scientifique intégral. Montréal : Centre Léa-Roback.

Raynault, MF, Côté D. À paraître. Le bon sens à la scandinave. *Les politiques des pays nordiques contre les inégalités sociales de santé.* Presses de l'Université de Montréal.

Raynault, MF. 2009. « Les inégalités, un choix de société? ». *Développement social;* 10(2) : 7-9.

RSPSAT (Réseau de santé publique en santé au travail). 2010. *Mémoire portant sur le régime québécois de santé et de sécurité du travail.* Mémoire préparé par le RSPSAT à l'intention du Comité Viateur Camiré, mars.

Réseau Eurydice. 2009. *Réduire les inégalités sociales et culturelles par l'éducation et l'accueil des jeunes enfants en Europe.* Bruxelles : EACEA/ Commission européenne.

Rose R. 2011. « Rencontre nationale sur l'adéquation formation-emploi. Le potentiel occulté de la main d'œuvre féminine ». *Le Devoir,* 17 juin.

Roy MR, Fréchet G, Savard F. 2008. « Le Québec à l'avant-garde de la lutte contre la pauvreté au Canada ». *Options politiques/Policy Options;* septembre: 57-61.

Santé Canada. 2010a. Statistiques sur la santé bucco-dentaire 2007-2009.

[www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/oral-bucco/fact-fiche-oral-bucco-stat-fra.php]

Santé Canada. 2010b. Sommaire du rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009.

[www.fptdwg.ca/assets/PDF/CHMS/CHMS-F-summ.pdf]

Santé Canada. 2010c. Rapport du module sur la santé bucco-dentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé. [www.fptdwg.ca/assets/PDF/CHMS/CHMS-F-tech.pdf]

Séguin L, Nikiema B, Gauvin L, Zunzunegui MV. 2007. « Duration of poverty and child health in the Quebec Longitudinal Study of Child Development : longitudinal analysis of a birth cohort » *Pediatrics;* 119(5) : e1063-e1070.

Ulysse PJ *et al.* 2006. *Quand le travail n'empêche pas d'être pauvre. Rapport de recherche.* Rapport présenté au Forum de développement social de Montréal, mars. CRÉ-Montréal.

Vézina M, Cloutier E *et al.* 2011. *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail (EQCOTESST).* Québec : IRSST, INSPQ et ISQ.

Woods LM, Rachet B, Coleman MP. 2006. « Origins of socio-economic inequalities in cancer survival : a review ». *Annals of Oncology;* 17(1) : 5-19.

Yost K *et al.* 2001. « Socioeconomic status and breast cancer incidence in California for different race/ethnic groups ». *Cancer Causes and Control;* 12(8) : 703-11

quatrième partie :

Une ville pour tous

Intrinsèquement lié à la question de la santé des populations, le développement durable urbain[14] repose sur les efforts combinés des gouvernements et de la société civile pour assurer la qualité de vie et la cohésion sociale dans les grandes villes, en dépit de la diversité croissante de la population. La pérennité sociale des villes est influencée autant par les politiques des gouvernements des différents niveaux que par les choix faits au niveau local.

14. Cette notion s'inspire du concept de l' « *urban sustainability of cities* » développé par Mario Polèse et Richard Stren, et défini comme un développement urbain compatible avec l'évolution harmonieuse de la société civile et soutenant un environnement propice tant à la cohabitation de populations diversifiées (culturellement et économiquement) qu'à leur intégration sociale. Un tel développement est aussi garant de la qualité de vie de tous les citoyens. Pour ces auteurs, le développement durable urbain va de pair avec la réduction des inégalités et de l'exclusion des marginaux et des groupes défavorisés ainsi qu'avec la réduction de la polarisation spatiale (Polèse et Stren, 2000).

À cet égard, les lois sur l'immigration, les politiques fiscales et les programmes tels que l'assurance-emploi, l'aide sociale ou l'assurance maladie exercent une influence prépondérante, comme il en a été question précédemment. Il n'en demeure pas moins que de nombreux éléments susceptibles de soutenir la cohésion sociale prennent naissance au niveau local, des institutions culturelles et sociales aux infrastructures publiques, en passant par l'aménagement du territoire et les programmes relatifs au logement (Polèse et Stren, 2000).

Au tournant du 20e siècle, les écarts relatifs à la qualité de vie et à la santé entre les populations urbaines des grandes villes des pays industrialisés étaient flagrants. La ville de Montréal détenait alors le pire taux de mortalité infantile. La pasteurisation du lait, puis les avancées de la médecine en matière de vaccination ont contribué de façon concomitante à prolonger l'espérance de vie des citadins et surtout des plus jeunes. Les nombreux progrès réalisés dans les villes à cette époque résultent de l'action de médecins hygiénistes engagés et de politiciens réformistes. Les instances municipales ont également joué un rôle important et le développement de réseaux d'aqueduc et d'évacuation des eaux usées a grandement rehaussé les conditions de vie et la santé des populations urbaines (Ferriman, 2007).

Au tournant du 20e siècle, les écarts relatifs à la qualité de vie et à la santé entre les populations urbaines des grandes villes des pays industrialisés étaient flagrants. La ville de Montréal détenait alors le pire taux de mortalité infantile. Plus d'un enfant sur quatre décédait avant l'âge d'un an. L'historien Paul-André Linteau relève dans son ouvrage **Histoire de Montréal depuis la Confédération** les liens entre les taux de mortalité et de morbidité des Montréalais et les conditions sanitaires et de logement des travailleurs des quartiers ouvriers (Linteau, 2000).

Depuis quelques années, plusieurs études se sont de nouveau intéressées à l'environnement urbain et au cadre bâti comme facteurs susceptibles de favoriser la santé. Aborder ces questions fournit l'occasion à la DSP de lancer un appel à renouer avec la tradition des professionnels de santé publique qui œuvrent de concert avec les autorités locales pour que les Montréalais de tous les quartiers se logent adéquatement, aient accès à une alimentation santé et puissent se déplacer en sécurité dans un environnement sain.

De nombreux rapports récents (*UK Department of Health*, 2010; Frank *et al.,* 2008; Duhl et Sanchez, 1999) misent sur des actions et des initiatives locales pour améliorer les conditions de vie des citadins. À l'échelle internationale, des stratégies telles que Villes et villages en santé et Agenda 21 incitent particulièrement les collectivités territoriales à intervenir, dans une optique de développement durable, dans des domaines aussi variés que la lutte contre la pauvreté, la promotion de la santé, l'amélioration du logement et la qualité de l'air, ou encore la gestion des déchets.

Le logement

Au Canada, le logement est une responsabilité partagée entre les divers niveaux de gouvernement. Le désengagement du gouvernement fédéral amorcé au milieu des années 1980 quant au financement de la construction du logement social a grandement contribué à la hausse des loyers dans tout le pays (Séguin et Villeneuve, 1999). Du coup, l'accès à un logement décent et abordable pour les personnes à faible revenu est devenu plus difficile; payer le loyer implique souvent des privations. Dans un rapport publié en 2009 et portant sur le Canada, le rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies, Miloon Kothari, identifie les groupes les plus vulnérables au Canada : les sans-abri et les personnes à risque de le devenir, les femmes à faible revenu et les autochtones aux prises avec des problèmes de surpopulation et le manque d'infrastructures de base dans les réserves (*UN Human Rights Council,* 2009). Ce rapport souligne la hausse du prix des logements privés et leur mauvais état, et déplore la diminution des investissements dans le logement social (*UN Human Rights Council,* 2009).

» Présentement, à Montréal, 22 000 ménages sont sur les listes d'attente de l'Office municipal d'habitation de Montréal.

De très nombreuses organisations, par exemple celles vouées à la défense des droits des sidéens, des personnes avec des problèmes de santé mentale et des immigrants, les associations de locataires, les regroupements de chambres immobilières ou les groupes de lutte contre la pauvreté (Canada sans pauvreté, 2011), ainsi que certains partis politiques, notamment le NPD (*Open Parliament,* 2011) dénoncent régulièrement l'absence de stratégie nationale du logement au Canada, le seul pays du G8 à ne pas en avoir.

L'accès à un logement décent et abordable pour les personnes à faible revenu est devenu plus difficile; payer le loyer implique souvent des privations.

Présentement, à Montréal, 22 000 ménages sont sur les listes d'attente de l'Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM)[15]. Bon an mal an, environ 1 000 logements sont alloués alors que l'organisme reçoit environ 6 000 nouvelles demandes par année et que quelques arrondissements ne disposent d'aucun logement de type HLM pour les familles avec enfants ou pour les personnes seules de moins de 65 ans. Certaines villes liées ne disposent d'aucun logement social ou communautaire (Ville de Montréal, 2009).

Au Québec, le marché du logement locatif est passé d'un taux d'inoccupation d'environ 7 %, en 1990, à une situation de pénurie dont le taux oscille autour de 2 % depuis les années 2000 à Montréal. Cette situation influence le prix et l'offre de grands logements pouvant accueillir des familles avec enfants. Depuis quelques années, l'industrie de la construction est très active dans le marché du secteur résidentiel. Toutefois, la grande partie de son activité se concentre sur la copropriété (10 000 unités prévues en 2010 par la SCHL), plus rentable pour les entrepreneurs que la construction d'unités destinées au parc locatif. En 2011, le taux d'inoccupation sur l'île de Montréal était de 2,5 % en moyenne, mais seulement de 1 % pour les appartements de trois chambres pour lesquels la demande est la plus forte (SCHL, 2011) et vraisemblablement encore plus bas pour les logements à prix abordables.

Par comparaison avec les autres grandes métropoles du Canada, les loyers à Montréal demeurent « relativement abordables », selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL, 2010). Il n'en reste pas moins que 39 % des locataires montréalais consacrent au moins 30 % de leurs revenus au loyer et pour 19 % d'entre eux, c'est au moins 50 % des revenus qui y sont affectés. À Montréal, la pénurie du logement locatif, surtout des plus grands appartements, a entraîné une hausse soutenue du prix des loyers évaluée à près de 29 % depuis 2000 (IRIS, 2009). Le tableau suivant (figure 4.1) indique le prix mensuel moyen de divers types de logement et le coût annuel correspondant. En l'absence de logement social, lorsque la part des revenus consacrée au logement est trop élevée, de nombreux ménages pauvres doivent réduire la part de leur budget réservée aux autres biens essentiels.

15. Né en 2002 de la fusion des anciens offices municipaux d'habitation, l'OMHM gère un parc immobilier de près de 30 000 logements. La population des habitations à loyer modique (HLM) est constituée d'aînés à 40 % et les autres logements sont habités par des familles ou des personnes seules. En outre, 7 300 logements sont offerts dans le cadre du Programme de supplément au loyer (PSL) pour lequel l'Office s'est entendu avec près de 1 500 propriétaires pour combler la différence entre le prix du loyer médian sur le marché privé et la part assumée par les locataires. Comme pour les locataires de HLM, cette part équivaut à 25 % des revenus du ménage (OMHM, 2011).

Figure 4.1. Le loyer moyen en 2010 sur l'île de Montréal (appartements privés)

	studio	1 chambre	2 chambres	3 chambres	Loyer moyen
Loyer mensuel	531 $	636 $	715 $	909 $	688 $
Loyer annuel	6 372 $	7 632 $	8 580 $	10 908 $	8 256 $

Sources de données : SCHL, 2010.

Depuis quelques années, une multitude de facteurs concourent à accroître le coût du logement, en particulier dans les grandes villes, et Montréal ne fait pas exception. Bien que la situation y soit moins criante qu'à Toronto ou Vancouver, il n'en demeure pas moins qu'un loyer mensuel moyen de 715 $ pour un logement de deux chambres à Montréal représente une dépense annuelle de 8 580 $ (SCHL, 2010 : 14). Dans ces circonstances, de nombreux locataires montréalais n'ayant pas accès à un logement subventionné doivent consacrer une part importante de leurs revenus au loyer : 39 % des locataires montréalais y consacrent au moins 30 % de leurs revenus et pour 19 % d'entre eux, c'est au moins 50 % chaque mois. Le logement est une dépense fixe, incompressible ; une fois payé, il ne reste pas beaucoup d'argent aux personnes à faible revenu pour les autres besoins et les imprévus.

Dans le cas des personnes seules qui reçoivent des prestations de dernier recours, soit 7 312 $ annuellement (en 2009), une fois le loyer payé, même en choisissant la solution la plus économique, soit un studio à 531 $ par mois, il reste moins de 1 000 $ pour se nourrir et se vêtir durant toute l'année. Avec un tel revenu, non seulement il leur est impossible de subvenir à leurs autres besoins, mais l'impact de la pauvreté sur la santé physique et mentale des personnes seules compromet rapidement leur capacité de participer pleinement à la société et de réintégrer le marché du travail.

» En 2011, le taux d'inoccupation sur l'île de Montréal était de 2,5 % en moyenne, mais seulement de 1 % pour les appartements de trois chambres pour lesquels la demande est la plus forte.

Par ailleurs, le faible taux d'inoccupation favorise évidemment tous les propriétaires, mais particulièrement les investisseurs ne résidant pas dans les immeubles. Compte tenu de la pénurie de logements, les habitations même les plus insalubres trouvent preneur. Le manque d'entretien des logements constitue certainement un risque pour la santé des occupants. Un groupe de recherche interdisciplinaire canadien a conclu récemment au terme d'une étude longitudinale que les personnes habitant un logement insalubre étaient exposées aux mêmes dangers pour leur santé que les sans-abri, soit à des problèmes graves de santé physique et mentale, à un accès restreint aux soins, et qu'elles étaient davantage exposées aux hospitalisations, aux agressions et à la faim (REACH[3], 2010).

» Dans le cas des personnes seules qui reçoivent des prestations de dernier recours, soit 7 312 $ annuellement (en 2009), une fois le loyer payé, même en choisissant la solution la plus économique, soit un studio à 531 $ par mois, il reste moins de 1 000 $ pour se nourrir et se vêtir durant toute l'année.

Chaque année sur le territoire de Montréal, de nombreuses demandes d'inspection proviennent de médecins qui soupçonnent les conditions résidentielles d'être à la source de problèmes médicaux. Au cours des deux dernières années, la DSP a effectué quelque 200 enquêtes sur des bâtiments présentant des risques pour la santé des occupants. Les professionnels de la DSP ont constaté que les locataires les plus démunis n'ont pas toujours la capacité d'entreprendre les démarches nécessaires (l'envoi d'une lettre par courrier recommandé, par exemple) ni la connaissance suffisante de leurs droits et des marches à suivre. Ces personnes portent rarement plainte par crainte de représailles (se faire évincer, par exemple) ou de devoir payer pour les travaux.

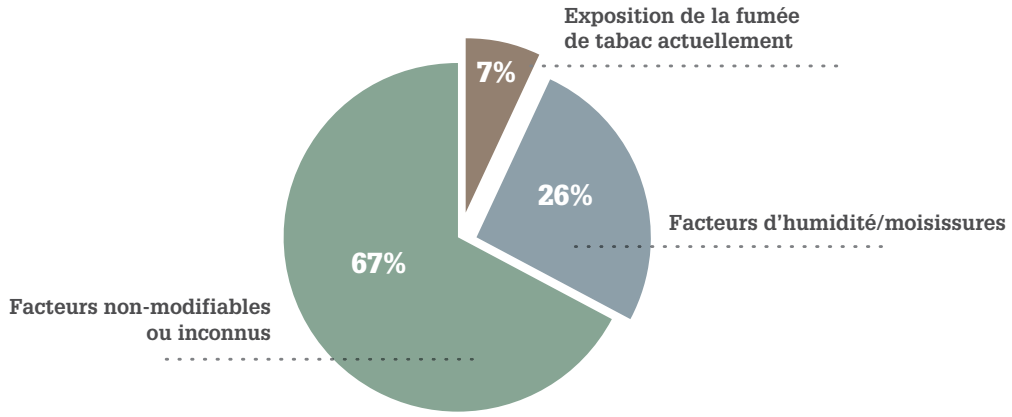
Une équipe de la DSP a récemment effectué une étude épidémiologique sur la santé respiratoire de près de 8 000 enfants montréalais âgés de 6 mois à 12 ans (Jacques *et al.,* 2011). Cette étude démontre que les taux de prévalence de l'asthme actif, des infections respiratoires et de la rhinite allergique hivernale – les maladies les plus prévalentes chez l'enfant – varient par un facteur de trois ou plus selon le territoire de résidence. L'étude démontre notamment l'importance de l'humidité excessive et des moisissures quant à ces trois types de maladies (voir l'exemple de deux principaux type d'infections respiratoires à la figure 4.2). Parmi les principaux facteurs de risque modifiables en cause, l'humidité et les moisissures expliqueraient 26 % des cas d'infections respiratoires, 17 % des cas d'asthme

actif et 14 % des cas de rhinite allergique hivernale. En comparaison, l'exposition des enfants à la fumée secondaire de tabac expliquerait respectivement 7 %, 19 % et 6 % des cas de ces infections. Les problèmes d'humidité excessive et de moisissures sont très répandus. Ainsi, selon la même étude, en moyenne 37 % des enfants montréalais habiteraient une résidence présentant un ou plusieurs indices d'humidité excessive ou de moisissures, une proportion qui atteindrait 52 % dans le territoire le plus touché.

Figure 4.2. Pourcentage des cas attribuables aux facteurs de risque pour deux principaux types d'infections respiratoires*, île de Montréal, 2006

Adaptation de Jacques L *et al.*, 2011 : 26.

* Otite ou sinusite et bronchite, bronchiolite ou pneumonie, durant les douze derniers mois



Sources de données : Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans, ASSS de Montréal 2011.

L'humidité et les moisissures ne sont pas les seules responsables des problèmes de santé associés aux conditions de logement. Divers troubles de santé mentale tels que le stress, la dépression ou l'anxiété sont associés à l'insalubrité et à la présence de vermine. Depuis une dizaine d'années, à Montréal comme dans la plupart des grandes agglomérations d'Amérique du Nord, les punaises sont en recrudescence. À ce sujet, une autre étude effectuée à Montréal démontre que, outre les problèmes cutanés, les punaises peuvent également être responsables d'anxiété, de troubles dépressifs et de problèmes de sommeil. Ainsi, dans cette étude, 70 % des locataires adultes exposés à ces insectes ont rapporté des troubles de sommeil (difficulté à s'endormir et interruption du sommeil) (Susser *et al.,* à paraître).

Les professionnels de la DSP ont constaté que les locataires les plus démunis n'ont pas toujours la capacité d'entreprendre les démarches nécessaires (l'envoi d'une lettre par courrier recommandé, par exemple) ni la connaissance suffisante de leurs droits et des marches à suivre. Ces personnes portent rarement plainte par crainte de représailles (se faire évincer, par exemple) ou de devoir payer pour les travaux.

Comme les locataires des immeubles d'habitation les plus susceptibles d'avoir des punaises sont souvent plus vulnérables (personnes à faible revenu, immigrants récents), les risques d'isolement menacent davantage leur capacité de résilience. Tout comme pour les autres parasites, telles les blattes, l'emploi inapproprié de pesticides peut également aggraver les risques pour la santé des occupants. Or, il s'agit vraisemblablement d'une pratique courante lorsque les interventions des propriétaires tardent trop, ou tout simplement lorsque les locataires décident d'agir eux-mêmes pour éviter une éventuelle stigmatisation.

En cas d'infestation, le succès des interventions repose sur la rapidité des propriétaires à faire appel à un exterminateur professionnel et, donc, sur l'étroite collaboration entre les locataires, les propriétaires, les exterminateurs et les autorités municipales. C'est dire l'importance que peuvent avoir les services municipaux lorsque les propriétaires tardent à intervenir. Notons par ailleurs qu'au Québec, il n'y a pas d'inspecteurs de santé publique comme il y en a dans la plupart des provinces canadiennes.

De 2006 à 2010, les cas d'infestations de punaises qui ont nécessité une intervention de l'OMHM ont augmenté de huit fois et demie. Selon un sondage Omnibus réalisé en mars 2010, 2,7 % des ménages montréalais auraient eu des punaises au cours de l'année précédente. « Équitables », les punaises ne distinguent pas les pauvres des riches ; si on les trouve davantage en milieux défavorisés, c'est que les ressources allouées au contrôle des infestations ne suffisent pas (DSP, 2011a).

L'alimentation et les personnes à faible revenu

Une consommation saine

L'alimentation est un déterminant important de la santé conditionné par de nombreux facteurs culturels, sociaux, économiques et environnementaux. Depuis plusieurs années, diverses campagnes de promotion ont visé la modification des habitudes alimentaires et incité la population à consommer des aliments qui, comme les fruits et légumes, les produits céréaliers entiers et les produits laitiers, permettraient de prévenir de nombreux problèmes de santé, tels le cancer, l'obésité, le diabète, l'ostéoporose et les maladies cardiovasculaires (voir Santé Canada, 2011).

Les habitudes alimentaires des Montréalais sont relativement bien documentées. Le nutri-sondage[16] qui, depuis 2002, permet d'explorer le sujet, confirme l'influence des revenus et de l'éducation sur la qualité de l'alimentation (DSP, 2008a).

Une question de connaissances ?

Si le niveau d'éducation exerce une influence sur l'alimentation, c'est sans doute en raison de son incidence sur les revenus plutôt qu'en raison d'un manque de connaissances nutritionnelles. Contrairement à la croyance populaire, plusieurs études ont démontré que si les ménages pauvres ne suivent pas les recommandations alimentaires, ce n'est pas à cause d'un manque de littératie en santé, mais plutôt à cause des obstacles à l'accessibilité (Kennedy, 2001). Une étude participative effectuée à Montréal qui visait à évaluer les connaissances et les pratiques en alimentation des parents de familles à faible revenu a dégagé la conclusion suivante : ces familles ne forment pas un groupe homogène et, particulièrement pour les moins riches d'entre elles (bénéficiaires d'aide sociale ou familles monoparentales), le manque de connaissances et les habiletés culinaires et budgétaires ne sont pas en cause (DDM, 2009).

16. Depuis 2002, un volet alimentation a été ajouté au sondage biannuel mené par la DSP sur les habitudes de vie et de santé des Montréalais. L'objectif de ce volet est de mieux connaître les habitudes alimentaires en documentant la consommation de fruits et légumes, de lait et fromage, des produits céréaliers entiers et de légumineuses en fonction de diverses caractéristiques de la population (DSP, 2009).

L'accessibilité géographique

L'offre aliFmentaire influence à coup sûr la consommation de produits santé, mais plusieurs facteurs doivent être pris en compte pour expliquer cette influence. Une étude cartographiée de la disponibilité des aliments santé a permis de constater que 40 % de la population des quartiers centraux et de l'Est de Montréal n'avait pas un approvisionnement adéquat en fruits et légumes à distance de marche du domicile. Toutefois, aucune relation n'a été établie hors de tout doute entre le revenu médian des unités de voisinage à l'étude (aires de diffusion) et l'offre alimentaire (Bertrand, Thérien et Cloutier, 2008). De plus, les « déserts alimentaires », selon l'expression empruntée aux études britanniques pour caractériser les quartiers défavorisés où l'approvisionnement est déficient, semblent absents de Montréal. On trouve, par exemple, de nombreux petits commerces dans les quartiers multiethniques qui complètent l'offre des supermarchés en produits frais et exotiques, souvent à des prix compétitifs.

» Une étude participative effectuée à Montréal qui visait à évaluer les connaissances et les pratiques en alimentation des parents de familles à faible revenu a dégagé la conclusion suivante : ces familles ne forment pas un groupe homogène et, particulièrement pour les moins riches d'entre elles (bénéficiaires d'aide sociale ou familles monoparentales), le manque de connaissances et les habiletés culinaires et budgétaires ne sont pas en cause (DDM, 2009).

Par ailleurs, l'accessibilité géographique n'explique pas tout : le prix des aliments est un facteur incontournable. Il faut viser l'accessibilité pour tous à des denrées de base qui soient abordables.

L'importance du revenu

En 2011, selon la liste établie pour le panier à provisions nutritif[17] (PPN), il en coûte 7,19 $ par personne, par jour, pour préparer trois repas (pour une famille de deux adultes et deux enfants). Cette somme représente plus de 860 $ par mois (mois de 30 jours), soit à peu près le même montant que le loyer, et près de 10 500 $ par an pour couvrir à faible coût les besoins nutritionnels d'une famille de quatre personnes.

Dans ces circonstances, comment s'étonner du nombre de personnes n'ayant pas de quoi se nourrir ? Selon le rapport annuel 2009-2010 de Moisson Montréal[18], le nombre de personnes qui fréquentent un comptoir alimentaire a augmenté de 22 % en un an (Moisson Montréal, 2011). Chaque mois, plus de 140 000 Montréalais doivent s'approvisionner de cette façon.

En ce qui concerne les personnes à faible revenu, le coût des aliments constitue incontestablement un déterminant essentiel de l'accessibilité aux aliments santé. Après le loyer et les autres dépenses incompressibles, les familles bénéficiaires de l'aide sociale n'ont plus, selon une étude du Dispensaire Diététique de Montréal (DDM), que 21 % de leur budget à consacrer à l'alimentation, alors que selon le coût du PPN, il leur faudrait 32 % de leur revenu pour se procurer les aliments nutritifs essentiels (DDM, 2006).

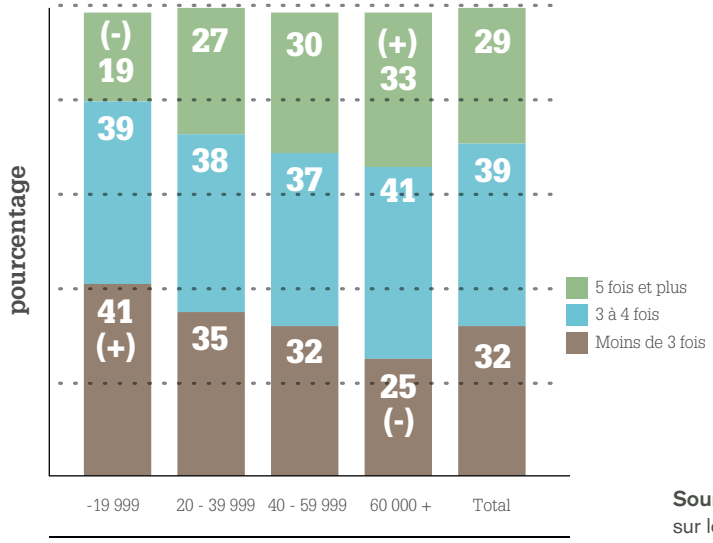
La mesure du panier de consommation, conçue par le gouvernement canadien, estime par exemple qu'une famille montréalaise de deux adultes et deux enfants devrait disposer d'un revenu d'au moins 27 319 $ par année (après impôt, charges sociales, retenues salariales et autres dépenses) pour couvrir ses besoins de base, incluant une consommation alimentaire saine et suffisante. Pour un bon nombre de Montréalais, le revenu disponible est loin d'atteindre cette somme. La saine alimentation n'est donc pas qu'une question de comportement.

17. Le Dispensaire diététique de Montréal (DDM) établit le coût des besoins de base selon le panier à provisions nutritif en fonction d'une liste de 69 aliments requis pour satisfaire les besoins nutritifs, à faible coût. Ce coût plancher ne permet aucune fantaisie; il peut même impliquer plus de fruits et légumes en conserve ou congelés que de produits frais.

18. Présent dans le paysage montréalais depuis 1994, Moisson Montréal approvisionne 211 organismes d'aide alimentaire sur l'île de Montréal. En 2009, l'organisme constatait une augmentation de presque 17 % des ménages ayant recours à un service d'aide alimentaire d'urgence, parmi lesquels de nombreux Montréalais ayant néanmoins des revenus d'emploi et, bien entendu, de très nombreux enfants, soit près de 40 000 (Moisson Montréal, 2010).

Le graphique ci-dessous montre à quel point la consommation de fruits et légumes varie selon les catégories de revenu. Parmi les personnes dont le revenu familial est inférieur à 20 000 $ par année, seulement 19 % mangent des fruits et légumes cinq fois par jour, soit un taux bien plus faible que pour toutes les autres catégories de revenu. De plus, 41 % des personnes vivant dans des familles à faible revenu mangent moins de trois portions de fruits et légumes, contre 25 % des personnes ayant des revenus de 60 000 $ et plus par année. Dans un cas comme dans l'autre, le gradient social ressort clairement dans l'alimentation (figure 4.3).

Figure 4.3. Répartition de la population montréalaise de 15 ans et plus selon le revenu familial et la fréquence journalière de consommation de fruits et légumes, 2010 Adaptation de Bertrand L, Thérien F, 2011.



Sources de données : Sondage biannuel sur les déterminants de la santé, DSP 2010.

Il appert que le prix minimum du PPN, tel qu'établi par le DDM, est supérieur à ce que les différentes familles à faible revenu dépensent pour se nourrir (figure 4.4). L'étude participative pour évaluer les connaissances des parents à faible revenu, mentionnée précédemment, a démontré que les dépenses encourues par les participants pour nourrir leur famille (factures d'épicerie à l'appui) étaient inférieures au montant quotidien estimé du PPN, soit parfois moins de 5 $ par jour, par personne, pour trois repas. Les différences observées dans les montants du tableau 4.4 s'expliquent de la façon suivante : alors que les participants de la première phase de l'étude, en majorité des femmes, étaient nombreux à cuisiner régulièrement avec des aliments de base, ceux de la phase 2 disposaient de moins de temps pour cuisiner et consommaient davantage de mets préparés. Fait à noter : avoir un revenu d'emploi n'est pas un gage d'opulence. En 2010, 13 % des ménages aidés par Moisson Montréal avaient un revenu d'emploi (Moisson Montréal, 2011).

Figure 4.4. Estimation des dépenses alimentaires par personne par jour vs coût du PPN, 2007

Adaptation de DDM, en collaboration avec la DSP, 2009 : 3.

	Caractéristiques des familles	Dépenses alimentaires	Coût du PPN
Phase 1 mai 2007	Familles monoparentales, aide sociale	4,50 $	6,32 $
	Familles biparentales, aide sociale	4,65 $	
	Familles à faible salaire (< 30 000 $/an)	5,54 $	
	Moyenne	4,88 $	
Phase 2 septembre 2007	Familles dont le revenu est < 30 000 $/an	6,49 $	6,67 $

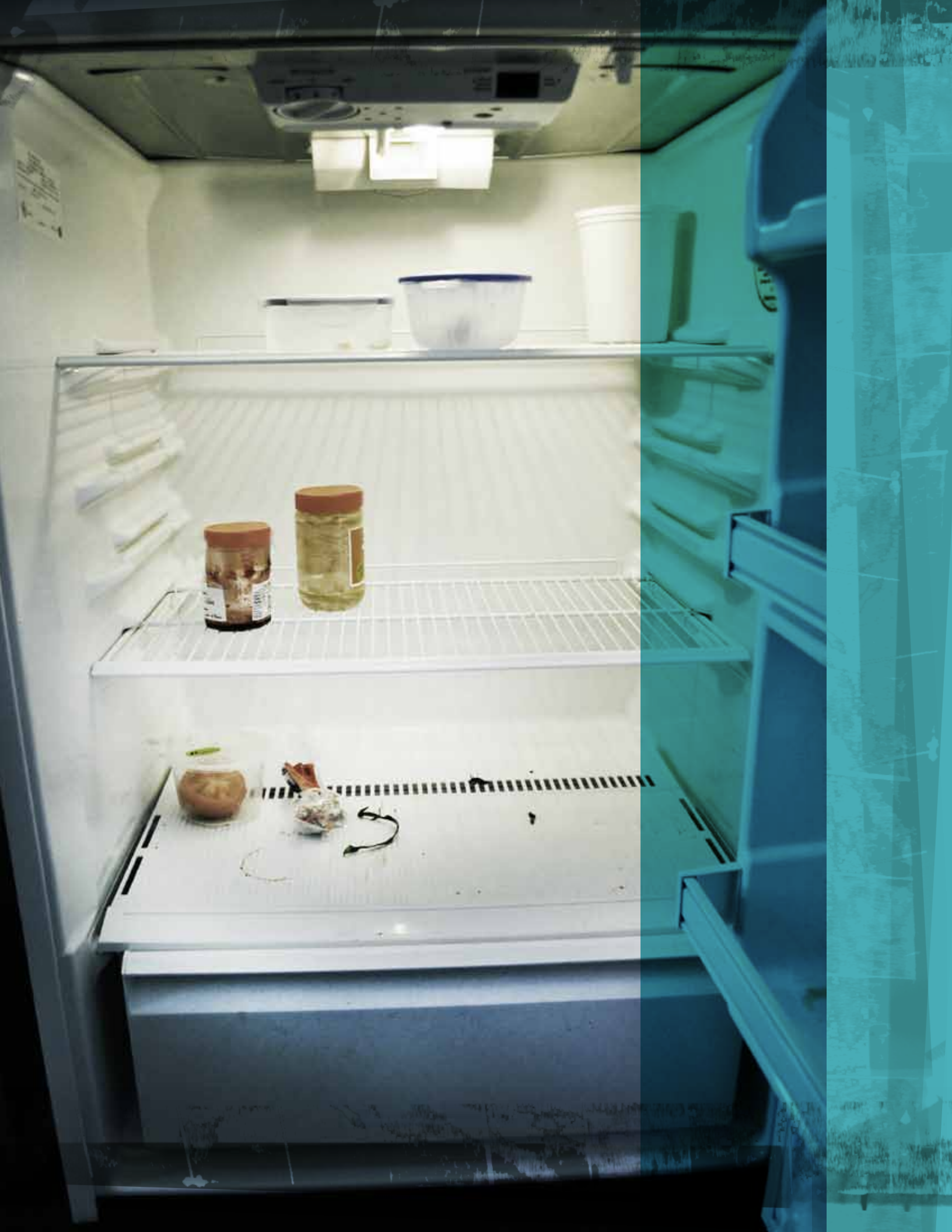
Sources de données : Étude sur le coût du panier à provisions nutritif dans divers quartiers de Montréal, DDM 2007.

» Le manque de ressources financières demeure indéniablement le principal obstacle à une saine alimentation.

L'insécurité alimentaire

Lorsqu'une part importante des revenus sert à payer le loyer, le budget réservé à la nourriture est plus limité. Dans ces conditions, il est fréquent que l'insécurité alimentaire survienne avec les risques de privation que cela peut entraîner pour les parents et leurs enfants. Et lorsque l'insécurité alimentaire implique la fréquentation de comptoirs d'aide alimentaire, cela contribue – comme bien d'autres éléments – à miner les sentiments de dignité et d'estime de soi des personnes vivant en situation de pauvreté.

Dans les familles à faible revenu, le manque de moyens fait que la priorité n'est pas tant la qualité nutritive des aliments, mais bien la quantité. Aussi, se demander si l'on pourra manger ou nourrir toute la famille représente une source additionnelle de stress. C'est ce qui explique que le concept d'insécurité alimentaire tel qu'il est utilisé au Québec ne se limite pas au manque de nourriture, mais prend également en compte la crainte d'en manquer ainsi que les contraintes qui poussent à choisir des aliments dont la qualité nutritionnelle est moindre.



À Montréal, 17 % de la population souffre d'insécurité alimentaire, selon un sondage de la DSP qui posait des questions sur l'insuffisance ou la crainte de manquer d'aliments à cause d'un manque d'argent (DSP, à paraître). Un autre sondage effectué par la DSP en 2007 indique que 8,7 % des ménages ont manqué de nourriture au cours de l'année, à plusieurs reprises pour certains d'entre eux, et que 11,2 % des ménages se sont inquiétés d'en manquer (DSP, 2008).

Depuis quelques années, le concept de sécurité alimentaire inspire les interventions de santé publique. Il mise notamment sur le renforcement de la capacité d'agir des communautés locales dans une perspective de développement durable. En associant, par exemple, l'amélioration de l'offre de produits alimentaires de qualité à la revitalisation des quartiers, ou en préconisant l'aménagement d'espaces publics propices aux petits marchés comme aux jardins collectifs, cette stratégie vise la création de conditions favorables à une meilleure alimentation pour tous (DSP, 2008). Ces initiatives, tout comme les ateliers de cuisine et les cuisines collectives, constituent des actions qui peuvent être entreprises localement et qui contribuent sans contredit à améliorer l'accessibilité géographique des produits santé. Toutefois, le manque de ressources financières demeure indéniablement le principal obstacle à une saine alimentation.

» Un autre sondage effectué par la DSP en 2007 indique que 8,7 % des ménages ont manqué de nourriture au cours de l'année, à plusieurs reprises pour certains d'entre eux, et que 11,2 % des ménages se sont inquiétés d'en manquer.

La circulation des véhicules motorisés et les inégalités sociales de santé

La vie à proximité des grandes artères de circulation est plus difficile si l'on considère la qualité de l'air et la sécurité des déplacements. En fait, ce sont deux déterminants de la santé liés à la circulation des véhicules motorisés sur lesquels on peut agir localement.

19. La population de l'île de Montréal compte environ 1,85 million de personnes et 3,6 millions d'habitants vivent dans la région métropolitaine de Montréal. Une étude réalisée en 2007 par le Centre Léa-Roback a permis d'évaluer à 1,3 million le nombre de véhicules qui entrent sur l'île de Montréal et qui en sortent par l'un des 19 points d'entrée et de sortie que comptait alors Montréal (Côté, 2007 : 3).

Déjà, en 2006, le Rapport annuel du directeur de santé publique de Montréal consacré au transport urbain attirait l'attention sur l'ampleur des problèmes de santé découlant de l'accroissement du parc automobile[19] et des déplacements effectués quotidiennement par des véhicules à carburant fossile sur l'île de Montréal. Outre les traumatismes routiers, ce rapport a traité en profondeur l'impact de la pollution atmosphérique sur la santé induite par le transport et ce, particulièrement en milieu urbain (DSP, 2006). En effet, la mauvaise qualité de l'air accroît le nombre d'hospitalisations et de décès imputables aux maladies chroniques, notamment les maladies respiratoires[20].

La dernière enquête Origine-Destination[21] menée en 2008 indique la part croissante des déplacements en transport collectif à Montréal et vers Montréal – une augmentation de 16% par rapport à 2003 en période de pointe du matin – alors que le nombre d'automobiles circulant à Montréal diminuait de 6 %. Dans la grande région de Montréal, le pourcentage de ménages possédant au moins une automobile a légèrement augmenté entre 2003 et 2008, passant 78,8 % à 79,6 %. Le taux de motorisation des ménages est évidemment beaucoup plus élevé dans les couronnes nord et sud (94 % en 2008) que sur l'île de Montréal (67 %). Il reste cependant beaucoup à faire et il est indéniable qu'il faudra des investissements accrus en transport collectif.

Les accidents : des impacts percutants sur la santé

De 1999 à 2008, 9411 piétons et 9266 cyclistes ont été blessés lors d'un accident de la route à Montréal et ont bénéficié d'une intervention ambulancière : parmi ceux-ci, 1799 piétons et 1972 cycliste âgés de 5 à 17 ans (Morency et Tessier, à paraître). Plus précisément, 1 799 piétons et 1 972 cyclistes âgés de 5 à 17 ans ont été impliqués dans une collision ayant nécessité l'intervention d'Urgences-santé pendant cette période. La carte du centre-ville (arrondissement Ville-Marie) présentée à la figure 4.5 confirme que le problème n'est pas circonscrit à quelques intersections.

20. Pour un portrait détaillé des impacts du transport urbain sur la santé des Montréalais, le rapport de 2006 demeure une référence pertinente. Dans cette section, le transport est considéré essentiellement du point de vue de l'impact des déplacements motorisés en rapport avec la question des inégalités sociales de santé. Le transport actif est traité dans la section suivante et s'articule autour des questions d'environnement urbain et d'aménagement.
21. Les enquêtes Origine-Destination sont une réalisation de l'Agence métropolitaine de transport en collaboration avec les sociétés de transport des villes de Montréal, de Laval et de Longueuil et le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire. Reprise à peu près à tous les cinq ans depuis 1970, cette enquête dresse un portrait général de la mobilité de la population de la région de Montréal lors de la période de pointe du matin pendant les jours de semaine.

Figure 4.5. Distribution des piétons blessés*, arrondissement Ville-Marie, 1999-2008** Adaptation de Morency P, Tessier F, à paraître.

* Victimes d'une collision routière ayant entraîné une intervention ambulancière d'Urgences-santé
** 01/01/1999 au 31/07/2008

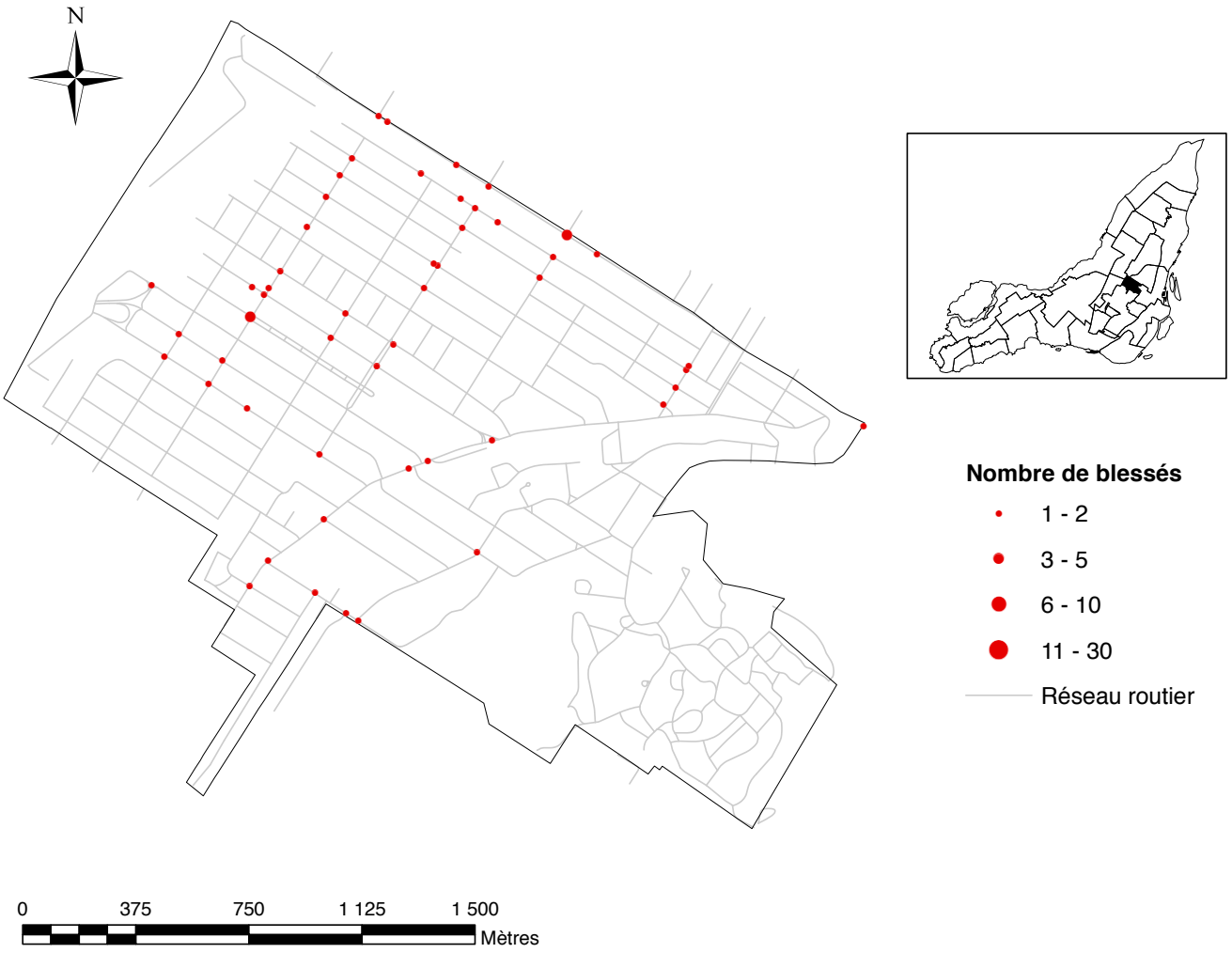
Sources de données : *BLESSÉS DE LA ROUTE :* Urgences-santé. *RÉSEAU ROUTIER :* Ville de Montréal.

Cependant, le contraste est étonnant entre, par exemple, les quartiers Rosemont–La Petite-Patrie, Hochelaga-Maisonneuve et Plateau-Mont-Royal, d'un côté, et l'arrondissement Outremont[22] et les villes de Westmount et de Ville Mont-Royal, de l'autre côté. Dans les quartiers défavorisés, les rues et les artères de circulation ont sans doute été aménagées de façon à assurer la quiétude et la sécurité des résidants plutôt que la fluidité de la circulation. Malheureusement, dans la plupart des quartiers montréalais, les véhicules motorisés ont préséance sur les piétons et

22. Outremont ne fait partie de Montréal que depuis 2002 tandis que Ville Mont-Royal, une municipalité aménagée selon les principes des cités-jardins, a retrouvé son autonomie en 2004.

les cyclistes. Dans les secteurs de recensement montréalais les moins riches, il y a davantage d'artères et plus de circulation automobile, deux facteurs associés à un risque plus élevé de collisions et de blessures. Par conséquent, l'écart relatif au nombre d'accidents est saisissant, comme l'attestent les relevés des accidents survenus dans les arrondissements Plateau-Mont-Royal et Outremont (figures 4.6 et 4.7).

Figure 4.6. Distribution des piétons blessés*, arrondissement Outremont, 1999-2008** Adaptation de Morency P, Tessier F, à paraître.



* Victimes d'une collision routière ayant entraîné une intervention ambulancière d'Urgences-santé
** 01/01/1999 au 31/07/2008

Sources de données : *BLESSÉS DE LA ROUTE :* Urgences-santé. *RÉSEAU ROUTIER :* Ville de Montréal.

Une étude montréalaise signale que le taux de blessures par collision est quatre fois plus élevé au total chez les enfants des quartiers les plus pauvres; pour les jeunes piétons seulement, il est six fois plus élevé.

Figure 4.7. Distribution des piétons blessés*, arrondissement Plateau Mont-Royal, 1999-2008** Adaptation de Morency P, Tessier F, à paraître.

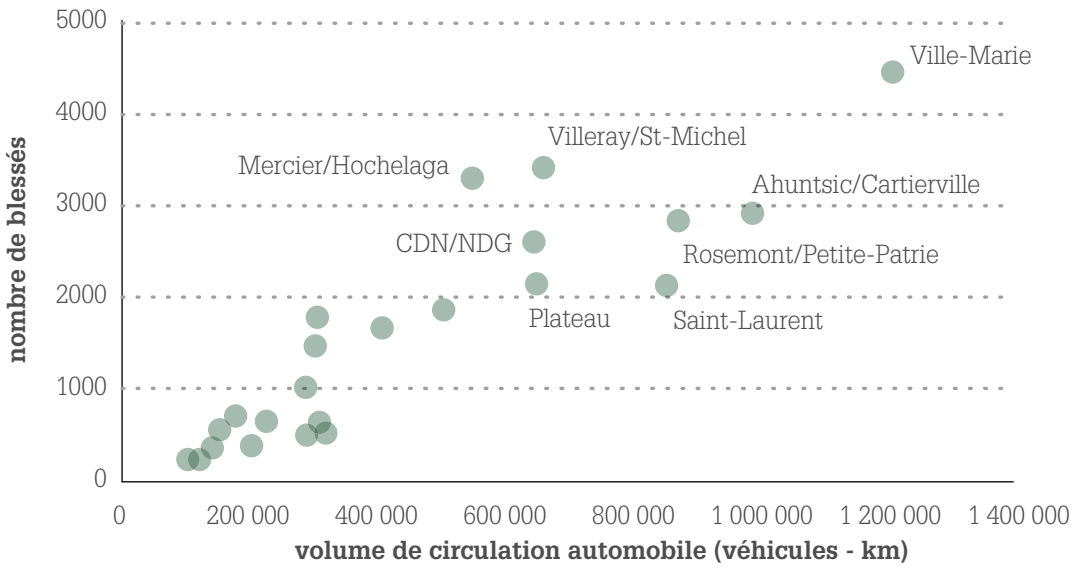
* Victimes d'une collision routière ayant entraîné une intervention ambulancière d'Urgences-santé
** 01/01/1999 au 31/07/2008

Sources de données : *BLESSÉS DE LA ROUTE :* Urgences-santé. *RÉSEAU ROUTIER :* Ville de Montréal.

Le volume de circulation semble être un facteur important qui peut expliquer le nombre d'accidents, comme l'indique le graphique suivant :

Figure 4.8. Nombre de blessés* de la route selon le volume ** de circulation automobile dans l'arrondissement, île de Montréal

Adaptation de Drouin L *et al.*, 2007 : 8.



* Inclut les piétons, cyclistes, motocyclistes et occupants de véhicules à moteur.

** Volume global estimé de circulation automobile, excluant les autoroutes.

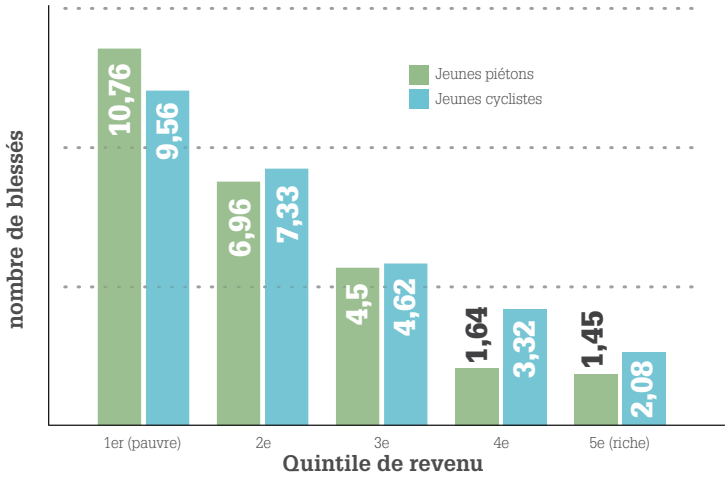
Sources de données : *BLESSÉS DE LA ROUTE :* Urgences-santé (1999-2003). *VOLUME DE CIRCULATION :* Enquête O-D 1998 (C Morency). *ARRONDISSEMENTS 2001 :* Ville de Montréal.

Une question de volume et de design urbain

Bien que le volume de circulation soit en cause, il n'explique pas tout. Les municipalités favorisées de l'île de Montréal, y compris Westmount, pourtant enclavée dans le centre-ville, présentent un excellent bilan quant au nombre de piétons, cyclistes et automobilistes blessés aux intersections. Les traumatismes routiers constituent indéniablement une autre source d'inégalité sociale de santé puisque le clivage socioéconomique ressort de façon évidente. Le graphique suivant (figure 4.9) l'illustre de façon non équivoque. S'il en est ainsi dans les quartiers plus favorisés, c'est sans doute que les principes d'aménagement retenus au niveau local sont plus favorables à la sécurité des piétons et des cyclistes.

Figure 4.9. Nombre d'enfants blessés à 100 intersections selon le revenu moyen des familles des arrondissements ou des villes, île de Montréal

Adaptation de Morency P, Tessier F, 2010.



Sources de données : *BLESSÉS DE LA ROUTE :* Urgences-santé (1er janvier 1999 au 31 juillet 2008). *REVENU :* Recensement 2006, Statistique Canada. *ARRONDISSEMENTS ET VILLES LIÉES 2010 :* Ville de Montréal.

Les choix locaux

Certes, les choix des gouvernements provincial et fédéral en matière d'infrastructures routières pèsent lourd sur les conditions de vie et de santé des populations (Lessard, 2009 ; DSP, 2008b). Néanmoins, diverses interventions locales peuvent faire une différence.

Au Québec comme à Montréal, les taux de mortalité et d'hospitalisations secondaires aux accidents de la route sont fortement associés à la défavorisation matérielle (Hamel et Pampalon, 2002). Une étude montréalaise signale que le taux de blessures par collision est quatre fois plus élevé au total chez les enfants des quartiers les plus pauvres; pour les jeunes piétons seulement, il est six fois plus élevé (Dougherty *et al,* 1990). La position occupée dans la société détermine en partie l'occurrence des blessures (Laflamme et Diderichsen, 2000). Selon le modèle de Laflamme, la position sociale peut influencer l'exposition au risque de collision et le risque de blessures associés à une exposition (Laflamme *et al.,* 2009). Les pauvres dépendent davantage de la marche et des transports en commun pour se déplacer (Chapleau, 2004). La non-possession d'une automobile est associée positivement à l'usage de la marche pour se rendre à l'école, au nombre de rues croisées et à la durée totale de marche quotidienne (Rao *et al.,*

1997 ; Roberts *et al.,* 1997). Selon une étude cas-témoin réalisée à Auckland (N.-Z.), le risque pour un enfant d'être frappé par une voiture est deux fois plus élevé pour les enfants de familles ne possédant pas de voiture (Roberts *et al.,* 1995). En Californie, les quartiers les plus pauvres ont une probabilité trois fois plus grande que les autres d'être exposés à des volumes de circulation importants (500 000 véhicules par mille carré) (Gunier *et al.,* 2003).

L'application des principes de mobilité durable ou d'apaisement de la circulation peut être une stratégie gagnante pour réduire les inégalités sociales de santé. Par exemple, au Royaume-Uni, une ville ayant implanté des mesures visant la circulation automobile sur la presque totalité de son territoire a réduit le ratio des taux de blessures entre les quartiers pauvres et les quartiers riches, qui est passé de 3,2 à 2 entre 1992 et 2000 (Jones *et al.,* 2005).

Les stratégies visant à réduire le volume global de circulation automobile comprennent l'amélioration de l'offre de transport collectif, une gestion cohérente de l'offre de stationnement, des mesures fiscales ou économiques (le péage urbain, par exemple). D'autres stratégies, plus locales, visent à réduire le volume de la circulation de transit et la vitesse des véhicules dans les quartiers. Elles comprennent un large éventail de mesures d'apaisement de la circulation, dont l'efficacité a été démontrée pour diminuer le nombre de blessés par un véhicule à moteur et pour améliorer la qualité de vie dans les quartiers (Elvik, 2001 ; Bunn *et al.,* 2003 ; Morrison *et al.,* 2004). Selon une méta-analyse, ces mesures peuvent entraîner une diminution significative du nombre de blessés sur les rues résidentielles (25 %) et sur les artères (10 %). L'effet bénéfique de l'apaisement de la circulation a été démontré dans plusieurs pays par des études publiées au cours des trois dernières décennies. La réduction du nombre de collisions semble proportionnelle à la réduction du volume de trafic, mais d'autres facteurs entrent certainement en ligne de compte (la réduction de la vitesse, par exemple).

Notons enfin que les enfants sont les premiers bénéficiaires d'une collectivité viable : ils sont plus vulnérables que les adultes à la mauvaise qualité de l'air et, vu qu'ils se déplacent très souvent à pied ou en vélo dans le cadre de leurs activités quotidiennes, ils sont également plus exposés aux traumatismes routiers.

» Considérant que les personnes à faible revenu se déplacent plus souvent que les autres sans voiture, l'accessibilité aux emplois qui correspondent à leurs compétences par transport collectif est un point réellement crucial.

Le transport collectif : une stratégie gagnante pour réduire les inégalités sociales de santé

L'accessibilité au système de transport en commun est un autre domaine dans lequel on relève d'importantes inégalités selon le niveau socioéconomique. Une analyse du *Brookings Institute* rendue publique en mai 2011 rappelle à quel point l'économie des grandes métropoles dépend de la capacité des systèmes de transport collectif de permettre à la main-d'œuvre d'accéder aux emplois. En outre, elle souligne les importantes variations de la desserte en transport collectif d'une ville à une autre aussi bien qu'à l'intérieur d'une même ville. Cette étude estime qu'en moyenne, aux États-Unis, 33 % des emplois qui exigent une main-d'œuvre hautement qualifiée sont bien desservis par le transport collectif – sans doute parce que ce type d'emploi se trouve généralement au centre de l'agglomération où converge normalement le transport collectif – comparativement à 25 % des emplois qui exigent des travailleurs peu ou moyennement qualifiés et qui sont situés généralement en retrait des quartiers centraux (Tomer *et al.,* 2011).

» Certaines villes canadiennes comme Saskatoon offrent un tarif réduit – la *Discount Bus Pass* est vendue 15 $ – aux personnes à faible revenu (assistés sociaux, personnes en insertion d'emploi ou travailleurs prestataires des suppléments de revenu) afin de réduire les frais de transport et de faciliter leur mobilité.

Le transport collectif constitue un enjeu pour les entreprises et les métropoles, mais également pour les individus. Considérant que les personnes à faible revenu se déplacent plus souvent que les autres sans voiture, l'accessibilité aux emplois qui correspondent à leurs compétences par transport collectif est un point réellement crucial. À Montréal, le pourcentage de ménages montréalais sans voiture varie du simple au double selon le niveau socioéconomique : seulement 21,7 % des gens du quintile le plus favorisé n'ont pas de voiture comparativement à 40,2 % des personnes du quintile le moins favorisé. Déjà en 2006, le Rapport annuel du directeur de santé publique relève que « chez nous aussi, l'organisation du transport peut générer des inégalités d'accès, susceptibles de se traduire en inégalités sociales de santé » (DSP, 2006).

Une étude de géolocalisation menée par le Centre Léa-Roback, qui croisait les données de l'enquête Origine-Destination, du recensement et de la Société de transport de Montréal avec les caractéristiques matérielles associées à l'indice de

défavorisation, révèle que la densité des arrêts d'autobus est plus élevée dans les quartiers favorisés que dans les secteurs les moins favorisés (Charafeddine *et al.,* 2008). L'insuffisance de la desserte dans les quartiers défavorisés tient tant à la fréquence du service qu'au parcours des autobus, influençant du coup la mobilité des personnes des milieux défavorisés, qui se trouvent limitées dans leurs déplacements, notamment pour vaquer aux activités de la vie de tous les jours à l'intérieur de leur quartier (faire les courses, se rendre à un rendez-vous médical, par exemple). Le coût du transport est un autre aspect contribuant à diminuer l'accessibilité du transport collectif. C'est pourquoi certaines villes canadiennes comme Saskatoon offrent un tarif réduit – la *Discount Bus Pass* est vendue 15 $ – aux personnes à faible revenu (assistés sociaux, personnes en insertion d'emploi ou travailleurs prestataires des suppléments de revenu) afin de réduire les frais de transport et de faciliter leur mobilité (Lemstra et Neudorf, 2008). En France, la tarification du transport collectif repose sur le droit à la mobilité. Par conséquent, des tarifs réduits sont accordés aux personnes âgées, aux étudiants et aux prestataires de l'aide sociale et de l'assurance-chômage.

À Montréal, la carte de transport mensuelle pour adulte coûte présentement 72,75 $; cela représente plus de 5 % du salaire mensuel d'un travailleur qui gagne le salaire minimum… à condition qu'il ait la chance de travailler 35 heures par semaine. Considérant qu'un passage au tarif courant est de 3 $ (ou deux billets pour 5,50 $), de nombreuses personnes à faible revenu doivent soupeser leur décision de prendre l'autobus ou le métro. Comme on l'a déjà mentionné, bien des parents à faible revenu ne disposent que de 5,50 $ par jour pour nourrir un des leurs.

Dans son avis au ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale concernant les impacts des hausses tarifaires, le Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale rappelle que l'accès au transport à prix raisonnable constitue un enjeu essentiel pour favoriser l'inclusion sociale et le développement durable (CCLP, 2008). Un meilleur financement public du transport collectif et une meilleure desserte dans les quartiers défavorisés contribuerait à accroître la mobilité des personnes à faible revenu y vivant, et donc à réduire les risques d'exclusion sociale. De plus, un système de transport plus efficace et abordable pourrait contribuer à réduire sensiblement la circulation automobile sur l'île de Montréal, source de pollution et à l'origine de nombreux accidents dont sont davantage victimes les personnes défavorisées.

L'aménagement des quartiers

Outre l'aménagement des voies de circulation de façon à réduire la circulation automobile et à accroître la sécurité des piétons, diverses mesures d'urbanisme peuvent aussi s'avérer efficaces pour réduire les inégalités de santé des Montréalais. Certes, le quartier n'est pas le seul facteur qui compte, mais les personnes qui en sont captives sont d'autant plus vulnérables que leur mobilité est réduite. C'est le cas des aînés, des enfants et des personnes handicapées. Dans les milieux défavorisés, le quartier demeure le bassin principal de ressources (Centre Léa-Roback, 2007).

À Montréal, le Plan d'urbanisme propose d'emblée un aménagement urbain favorable à la viabilité des collectivités et à la diversité des expériences urbaines. Il reconnaît que « la qualité de l'aménagement urbain a également des incidences sur la santé publique. Ainsi, le Plan soutient un ensemble de mesures liées à la qualité des logements, des équipements publics, des milieux naturels et de l'environnement pour améliorer les conditions de vie des citoyens » (Ville de Montréal, 2004). Parmi les sept orientations d'aménagement retenues, le soutien à des milieux de vie de qualité figure en première place. La Ville planifie notamment d'améliorer les milieux existants et de favoriser la construction de 60 000 à 75 000 logements d'ici 2014 pour attirer de nouveaux ménages à Montréal (Ville de Montréal, 2004). La section suivante attire l'attention sur les liens entre l'environnement bâti et les inégalités sociales de santé.

L'accessibilité aux parcs et aux installations sportives publiques

La persistance des inégalités sociales de santé liées à l'aménagement est également préoccupante lorsqu'on prend en considération l'accessibilité des parcs. La proximité d'un parc, d'un espace-nature ou d'une installation sportive influence grandement la pratique d'activités physiques et sportives. Cela est particulièrement vrai pour les familles avec des tout-petits, qui sont plus captives du quartier et qui ne peuvent s'offrir l'accès aux installations privées. Une étude a montré que les enfants des quartiers qui comptent plus de parcs signalent un niveau d'activité plus élevé que les autres enfants. De plus, la probabilité que ces enfants marchent pour se rendre à l'école, ou simplement comme loisir, augmenterait de plus de 50 % dans les environnements favorables à la marche (Barnett *et al.*, 2009).

Certes, le quartier n'est pas le seul facteur qui compte, mais les personnes qui en sont captives sont d'autant plus vulnérables que leur mobilité est réduite. C'est le cas des aînés, des enfants et des personnes handicapées. Dans les milieux défavorisés, le quartier demeure le bassin principal de ressources.

Une étude antérieure sur la fréquentation des parcs à Montréal en fonction de l'état de santé de la population (niveau de santé pauvre, moyen ou élevé) a relevé que les parcs où les installations étaient peu attrayantes, couvertes de graffitis ou mal éclairées, étaient associés à un territoire de CLSC caractérisé par un faible niveau de santé. De surcroît, l'emplacement de ces parcs à proximité d'édifices abandonnés, de parcs industriels ou de voies de circulation très passantes nuisait au sentiment de sécurité (Bédard et Jacques, 2010).

L'étude géomatique de l'accessibilité des parcs dans huit arrondissements de Montréal défavorisés sur le plan matériel a permis de constater que l'offre varie d'un arrondissement à un autre et au sein même des arrondissements. Alors que l'arrondissement du Sud-Ouest dispose de 36 parcs pour 10 000 familles, celui de Côte-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce ne dispose que de 9 parcs pour le même nombre de familles (Bédard et Jacques, 2010). Le secteur Mercier-Ouest de l'arrondissement Mercier–Hochelaga-Maisonneuve, est quant à lui bien pourvu en parcs de grande superficie mais les jeux d'eau y sont absents, alors qu'on en trouve dans les petits parcs de quartier disséminés dans le secteur Hochelaga-Maisonneuve (Bédard et Jacques, 2011).

Un deuxième volet de cette étude sur l'accessibilité des parcs s'est attardé à la sécurité des intersections attenantes aux parcs et à la connectivité du réseau cyclable. Selon le profil analytique effectué pour l'arrondissement Mercier–Hochelaga-Maisonneuve, seulement 6 parcs sur 21 sont directement reliés aux voies cyclables et conduisent à des secteurs résidentiels. Aucune piste cyclable ne permet d'accéder directement aux stations de métro de l'arrondissement. De plus, la majorité des voies cyclables sont orientées selon un axe est-ouest et 21 % d'entre elles ne sont pas en continu. Divers obstacles dont la voie ferrée de Mercier-Est contribuent à décourager les déplacements dans cet arrondissement, surtout dans la portion sud du territoire.

En résumé, des obstacles physiques, des passages difficiles d'accès, surtout pour les parents munis de poussettes, et une signalisation routière non adéquate sont autant de facteurs qui contribuent, selon les auteurs de l'étude, à limiter l'accès aux parcs, ce qui est particulièrement nuisible au taux d'activité physique des jeunes enfants (Bédard et Jacques, 2011). D'un point de vue de santé publique,

ces obstacles contribuent aussi à compliquer les déplacements des personnes qui ne disposent pas d'une voiture, entravant ainsi leur capacité d'accéder aux ressources nécessaires à leur vie quotidienne ou économique.

Les îlots de chaleur

Les îlots de chaleur urbains (ICU) constituent une nouvelle source de préoccupation pour les autorités de santé publique désireuses de prévenir des décès et des maladies associées aux épisodes de chaleur accablante. Étroitement liés au réchauffement climatique de la planète, les ICU sont une problématique indissociable de l'environnement et de l'aménagement urbain.

» Lors des périodes de chaleur accablante, certaines personnes sont plus à risque que d'autres : les personnes âgées ou obèses, les malades atteints d'affections chroniques, les personnes souffrant de maladies mentales ou d'un handicap, les personnes physiquement actives, les nourrissons et les jeunes enfants de moins de quatre ans, ainsi que les personnes qui vivent dans des logements insalubres.

L'expression « ilôt de chaleur urbain » désigne une zone urbaine où on enregistre des élévations maximales de température diurne et nocturne de cinq à dix degrés par rapport à l'environnement immédiat. Certains des ICU résultent de l'activité humaine qui implique, par exemple, des usines, des moteurs, et des systèmes de climatisation. D'autres sont intrinsèquement associés à l'occupation du sol et découlent davantage de modifications apportées à la surface de la ville et de la réduction des espaces verts (Guay et Baudoin, 2005).

La chaussée, les toits et les bâtiments sont construits avec des matériaux de couleur sombre qui absorbent la chaleur au cours de la journée et la dégagent pendant la nuit. Les voies de circulation, les grands stationnements à ciel ouvert de même que les toits plats goudronnés, dominants dans le paysage architectural de Montréal, seraient grandement responsables du problème. Pendant les périodes de canicule, les ICU contribuent à accroître la pollution de l'air et aggravent ainsi les effets de smog, accentuant l'effet délétère sur la santé. Ils favorisent la hausse des taux d'allergies et peuvent également causer des problèmes respiratoires et cardiovasculaires à la source d'une surmortalité significative.

En été, il fait plus chaud à Montréal qu'à la campagne ; c'est dire à quel point le couvert végétal peut influencer l'air environnant. En témoigne l'écart de température de plusieurs degrés entre les quartiers verdoyants de l'île et les quartiers plus densément peuplés du centre. Une étude a démontré que le taux de mortalité

commence à s'élever à partir de 26°C et qu'il augmente de façon importante à partir de 33°C (Litvak *et al.,* 2005). Lors des périodes de chaleur accablante, certaines personnes sont plus à risque que d'autres : les personnes âgées ou obèses, les malades atteints d'affections chroniques, les personnes souffrant de maladies mentales ou d'un handicap, les personnes physiquement actives, les nourrissons et les jeunes enfants de moins de quatre ans, ainsi que les personnes qui vivent dans des logements insalubres (Guay et Beaudoin, 2005).

Les habitations situées en bordure des autoroutes seraient particulièrement exposées. Par exemple, les résidants qui vivent à proximité de l'autoroute métropolitaine, l'un des ICU montréalais, non seulement subissent les inconvénients de cette proximité à l'année longue (bruit et air plus pollué qu'ailleurs dans la ville), mais voient ces inconvénients s'amplifier lors des périodes de canicule.

Comme le rappelle l'ancien commissaire au développement durable du Québec, Harvey Mead, les mauvais choix en matière de développement et d'aménagement amplifient les répercussions négatives sur les populations urbaines, et surtout sur les groupes défavorisés.

C'est pourquoi dans le cadre de son Programme de prévention des décès et des maladies associés aux périodes de chaleur accablante, la DSP se préoccupe désormais des ICU afin de joindre les personnes davantage exposées. Quant aux diverses mesures et interventions visant à réduire la présence et les effets des îlots de chaleur dans les quartiers montréalais, elles relèvent essentiellement de l'aménagement urbain et du cadre bâti (DSP, 2011b).

Afin d'améliorer le mieux-être des populations urbaines, en particulier des groupes les moins favorisés, il convient d'intervenir en visant un meilleur aménagement du territoire urbain. Comme le rappelle l'ancien commissaire au développement durable du Québec, Harvey Mead, les mauvais choix en matière de développement et d'aménagement amplifient les répercussions négatives sur les populations urbaines, et surtout sur les groupes défavorisés. En revanche, les bons choix, orientés vers le bien-être des personnes, sont plus rentables du point de vue des dépenses publiques et souvent plus propices au développement économique que les politiques et les programmes destinés à stimuler le progrès, le commerce ou l'industrie. En ce sens, les travaux de l'ex-commissaire dont l'objectif consiste à mesurer l'amélioration du bien-être des populations sont inspirants. Aussi, la combinaison d'une stratégie gouvernementale de développement durable, qui aurait des objectifs, des échéanciers et des indicateurs pertinents, et des actions entreprises localement pourrait permettre d'obtenir des résultats positifs. En effet, l'ensemble de la société civile peut faire beaucoup pour le développement social urbain durable. En témoigne l'engagement de plusieurs Montréalais dans le plan d'action de développement durable de la Ville (Mead 2009; Ville de Montréal, 2010).

Références

AMT (Agence métropolitaine de transport) *et al.* 2008. *Enquête Origine-Destination 2008. La mobilité des personnes dans la région de Montréal. Faits saillants.* Montréal : AMT.

Barnett TA, Lambert M, Kestens Y, Gauvin L, Van Hulst A, Daniel M. 2009. *Neighborhood Parks and Walking Among Youth at Risk of Obesity.* Résumé d'une conference présentée à l'American Heart Association, Floride, 10-14 mars (Circulation. 2009; 119: e271-e366 doi: 10.1161). Article à paraître en 2012.

Bédard J, Jacques M. 2010. *L'accessibilité aux parcs et aux installations sportives pour les familles montréalaises. Volet I - Étude géomatique.* DSP-ASSS de Montréal.

Bédard J, Jacques M, 2011. Profil – *Arrondissement Mercier-Hochelaga-Maisonneuve. L'accessibilité aux parcs et aux installations sportives pour les familles montréalaises – étude géomatique. Complément du Volet I – Étude géomatique.* DSP-ASSS de Montréal.

Bertrand L, Thérien F, Cloutier, MS. 2008. « Measuring and Mapping Disparities in Access to Fresh Fruits and Vegetables in Montreal ». *Revue canadienne de santé publique;* 99(1) : 6-11.

Bertrand L, Thérien F. 2011. « Se nourrir… ». Présentation faite dans le cadre des dîners éclair de la DSP, 13 juin.

Boone-Heinonen, J *et al.* 2011. « Fast Food Restaurants and Food Stores. Longitudinal Associations With Diet in Young to Middle Aged Adults : the CARDIA Study ». *Archives of Internal Medicine;* 171(13) : 1162-1170.

Bunn F, Collier T, Frost C, Ker K, Roberts I, Wentz R. 2003. « Traffic calming for the prevention of road traffic injuries: systematic review and meta-analysis ». *Injury Prevention;* 9 : 200-4.

Canada sans Pauvreté. 2011. *Eliminating Poverty.*
[www.cwp-csp.ca/Blog/eliminating-poverty]
Consulté le 15 juillet.

Centre Léa-Roback, 2007. « Mieux comprendre le lien entre le quartier et la santé ». *Le Point sur… l'effet de quartier* No 1, Septembre. Montréal : Centre Léa-Roback.

Chapleau R. 2004. « Les pieds, les pauvres et le métro ». *Routes et transports :* 35-46.

Charafeddine R, Robitaille É, Herjean P. 2008. « Justice spatiale et accessibilité au système de transport en commun. Le cas de Montréal ». Présentation faite au colloque Justice et Injustices spatiales, Nanterre, mars.

CCLP (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale). 2008. *Les répercussions des hausses tarifaires sur les conditions de vie des personnes à faible revenu.* Avis du CCLP au ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Gouvernement du Québec.

Côté D. 2007. « La circulation automobile et la santé ». *Le point sur… les politiques publiques.* No 1. Montréal : Centre Léa-Roback.

DSP (Direction de santé publique de Montréal). 2006. *Le transport urbain, une question de santé. Rapport annuel 2006 sur la santé de la population montréalaise* (sous la direction scientifique de L Drouin, P Morency et N King). DSP-ASSS de Montréal.

DSP (Direction de santé publique de Montréal). 2008a. *Cadre de référence pour le soutien au développement de la sécurité alimentaire dans la région de Montréal 2008-2012.* Réalisé par le Secteur Tout-petits-familles et communauté. DSP-ASSS de Montréal.

DSP (Direction de santé publique de Montréal). 2008b. *Moderniser la mobilité. Mémoire de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.* Mémoire présenté lors des consultations publiques sur le projet de modernisation de la rue Notre-Dame : volet intégration urbaine (sous la coordination de L Drouin). DSP-ASSS de Montréal.

DSP (Direction de santé publique de Montréal). 2009. *La santé est-elle au menu des Montréalais ? Portrait de la consommation alimentaire des Montréalais pour la période 2002-2007.* Rédaction : N Pouliot et L Bertrand. DSP-ASSS de Montréal.

DSP (Direction de santé publique de Montréal). 2011a. « Punaises de lit ». Site internet du directeur de santé publique de l'ASSS de Montréal. [www.dsp.santemontreal.qc.ca] Consulté le 23 juin.

DSP (Direction de santé publique de Montréal). 2011b. « Chaleur accablante ». Site internet du directeur de santé publique de l'ASSS de Montréal. [www.dsp.santemontreal.qc.ca] Consulté le 20 juillet.

DSP (Direction de santé publique de Montréal). À paraître. *Sondage régional sur la santé 2010.* Données sur l'insécurité alimentaire dans la population montréalaise. DSP-ASSS de Montréal.

DDM (Dispensaire diététique de Montréal). 2006. *Étude sur le coût du panier à provisions nutritif dans divers quartiers de Montréal. Rapport synthèse.* En coll. avec la DSP-ASSS de Montréal.

DDM (Dispensaire diététique de Montréal). 2009. *Rapport synthèse. Pratiques et perceptions liées à l'alimentation. Ce que nous apprennent les personnes à faible revenu.* Vol. 12, no 2. En coll. avec la DSP-ASSS de Montréal.

Dougherty G, Pless B, Wilkins R. 1990. « Social Class and the Occurrence of Traffic Injuries and Deaths in Urban Children ». *Canadian Journal of Public Health;* 81 : 204-209.

Drouin L, Thérien F, Morency P, King N, Perron S, Paquin S. 2007. *Pour une approche globale de la sécurité routière – Mémoire sur les projets de loi no 42 et no 55.* Mémoire présenté à la Commission des transports et de l'environnement, Assemblée nationale du Québec, 5 décembre. DSP-ASSS de Montréal.

Duhl LJ, Sanchez AK. 1999. *Healthy Cities and the City Planning Process. A Background Document on Links between Health and Urban Planning.* Copenhague : OMS-Europe.

Elvik R. 2001. « Area-wide urban traffic calming schemes: a meta-analysis of safety effects ». *Accidents Analysis and Prevention;* 33 : 327-36.

Ferriman A. 2007. « MJ readers choose the "sanitary revolution" as greatest medical advance since 1840 ». *British Medical Journal;* 334 : 111.

Frank L *et al.* 2008. *An Evidence & Best Practices Based Review for the Development of a Health Assessment Tool. Applying Research Evidence to Land Development Decisions to Increase the Health-Promoting Ability of Built Environment.* Document préparé pour la municipalité régionale de Peel.

Guay F, Baudoin Y. 2005. « Portrait des îlots de chaleur urbains à Montréal ». *FrancVert;* 2(3).

Gunier RB, Hertz A, Von Behren J, Reynolds P. 2003. « Traffic density in California: socioeconomic and ethnic differences among potentially exposed children ». *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology;* 13 : 240-6.

Hamel D, Pampalon R. 2002. *Traumatismes et défavorisation au Québec.* INSPQ.

Hernandez D. 2011. « Access to Grocer's Doesn't Improve Diets, Study Finds. The Result Run Counter to the Idea That More Supermarkets can Curb Obesity in Low-Income Neighborhoods ». *Los Angeles Times,* 12 juillet.

IRIS (Institut de recherche et d'informations socio-économiques). 2009. *Pénurie de logements et hausse de loyers – note socio-économique.* Rédaction : M Daoud et G Hébert.

Jacques L *et al.* 2011. *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans. Rapport synthèse régional.* DSP-ASSS de Montréal.

Jacques L, Dehghani K. À paraître. *A pilot study comparing the policies and practices of three North American cities with respect to management of health-related hazards in residential housings.* DSP-ASSS de Montréal.

Jones SJ, Lyons RA, John A, Palmer SR. 2005. « Traffic calming policy can reduce inequalities in child pedestrian injuries: database study ». *Injury Prevention;* 11 : 152-6.

Kennedy LA. 2001. « Community Involvement at What Cost ? Local Appraisal of a Pan-european Nutrition Programme in Low-income Neighbourhoods ». *Health Promotion International;* 16 (1) : 35-45.

Laflamme L, Diderichsen F. 2000. « Social differences in traffic injury risks in childhood and youth a literature review and a research agenda ». *Injury Prevention;* 6 : 293-8.

Laflamme L, Burrows S, Hasselberg M. 2009. *Socioeconomic Differences in Injury Risk; a Review of Findings and a Discussion of Potential Countermeasures.* Copenhague : OMS-Europe et Karolinska Institutet.

Lemstra M, Neudorf C. 2008. *Health Disparity in Saskatoon. Analysis to Intervention.* Saskatoon : Saskatoon Health Region.

Lessard R *et al.* 2009. *Mémoire du directeur de santé publique sur le projet de reconstruction du complexe Turcot.* Montréal, DSP-ASSS de Montréal.

Linteau PA. 2000. *Histoire de Montréal depuis la Confédération.* Montréal : Boréal.

Litvak É, Fortier I, Gouillou M, Jehanno A, Kosatsky T. 2005. *Programme de vigie et de prévention des effets de chaleur accablante à Montréal. Définition épidémiologique des seuils d'alerte et de mobilisation pour Montréal.* Hôpital Maisonneuve-Rosemont et DSP-ASSS de Montréal.

Mead H. 2009. « Les crises et le développement ». *Économie autrement.* [www.economieautrement.org] Consulté le 20 juillet.

Moisson Montréal. 2010. *À table tout le monde - rapport annuel 2009-2010.* 17 p. [www.moissonmontreal.org] Consulté le 9 juin.

Moisson Montréal. 2011. Nourrir l'espoir, rapport annuel 2010-2011. Montréal, 16 p. [www.moissonmontreal.org] Consulté le 18 juillet.

Morency P, Tessier F. 2010. *Les enfants blessés sur les routes montréalaises : description sommaire des lieux de collision.* Journée de la recherche en santé publique, DSP, 7 décembre.

Morency P, Tessier F. À paraître. *Mise à jour de la distribution géographique des blessés de la route sur l'île de Montréal (1999-2008).* DSP-ASSS de Montréal.

Morrison DS, Thomson H, Petticrew M. 2004. « Evaluation of the health effects of a neighbourhood traffic calming scheme ». *Journal of Epidemiology and Community Health;* 58(10) : 837-840.

OMHM (Office municipal d'habitation de Montréal). [www.omhm.qc.ca] Consulté le 21 juin.

Open Parliament. 2011. [openparliament.ca/bills/40-3/C-304/] Consulté le 17 juin.

Polèse M, Stren R. 2000. *The Social Sustainability of Cities. Diversity and the Management of Change.* Toronto : University of Toronto Press.

Rao R, Hawkins M, Guyer B. 1997. « Children's exposure to traffic and risk of pedestrian injury in an urban setting ». *Bulletin of the New York Academy of Medicine;* 74 : 65-80.

REACH^{3} (Research Alliance for Canadian Homelessness, *Housing and Health). 2010. Housing, Vulnerability and Health : Canada's Hidden Emergency. Toronto : REACH*^{3}*;* November.

Roberts I, Carlin J, Bennett C, Bergstrom E, Guyer B, Nolan T *et al.* 1997. « An international study of the exposure of children to traffic ». *Injury Prevention;* 3 : 89-93.

Roberts I, Norton R, Jackson R. 1995. « Driveway-Related Child Pedestrian Injuries: A Case-Control Study ». *Pediatrics;* 95(3) : 405-8.

Santé Canada. 2011.
Guide alimentaire canadien – Renseignement de base sur le guide alimentaire.
[hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/basics-base/index-fra.php]
Consulté le 18 juillet.

Séguin, AM, Villeneuve P. 1999. « Intervention gouvernementale et habitation sociale : « Anne, ma sœur Anne, ne vois-tu rien venir? ». *Recherches féministes;* 12(1) : 25-42.

SCHL (Société canadienne d'hypothèques et de logement). 2010. *Rapport sur le marché locatif – les grands centres - RMR de Montréal.*

SCHL (Société canadienne d'hypothèques et de logement). 2011. *Rapport sur le marché locatif. Faits saillants - Québec.*

Susser S, Perron S, Fournier M, Jacques L, Denis G, Tessier F, Roberge P. À paraître. *Exploration of the Mental Health Fallout of the Bed Bug (Hemiptera: Cimicidae) Infestation in Montréal, Québec, Canada* DSP-ASSS de Montréal.

Tomer A *et al.* 2011. *Missed Opportunity : Transit and Jobs in Metropolitan America.* Washington (DC) : Brookings Institution.

UK Department of Health. 2010. *Healthy Lives, Healthy People. Our Strategy for Public Health. White Paper and Impact Assessment.* COI.

UN Human Rights Council. 2009. *Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context, Miloon Kothari. Addendum : Preliminary note on the mission to Canada (9 to 22 October 2007).* 17 February, A/HRC/10/7/Add.3.

Ville de Montréal. 2004. « Plan d'urbanisme ». [ville.montreal.qc.ca]

Ville de Montréal. 2009. « Répertoire 2009 des logements sociaux et communautaires sur l'île de Montréal ». Service de la mise en valeur du territoire et du patrimoine, Direction de l'habitation. Réalisé par S Charbonneau. [ville.montreal.qc.ca]

Ville de Montréal. 2010. *Le plan de développement durable de la collectivité montréalaise 2010-2015.* [ville.montreal.qc.ca]

Conclusion et recommandations

Un portrait en demi-teintes

En guise de conclusion, une constatation réjouissante : les Montréalais ont une espérance de vie plus longue qu'avant et le taux global de mortalité a connu une baisse significative au cours des vingt dernières années. Malheureusement, à quelques exceptions près, les écarts de santé entre les riches et les pauvres persistent encore, et on observe toujours des différences importantes au plan de la santé et de la mortalité entre les territoires de l'île de Montréal.

Ces inégalités, produites socialement, donc évitables et injustes, se manifestent tout au long de la vie : du petit poids à la naissance à la mortalité prématurée, en passant par les décès accidentels chez les jeunes et les nombreux problèmes de santé chroniques.

On trouve à Montréal, et dans une plus grande proportion qu'ailleurs au Québec, plusieurs groupes vulnérables, dont les personnes âgées, les ménages à faible revenu, les personnes seules, les immigrants et les autochtones. Les Montréalais ont un revenu moins élevé que la moyenne des résidants des autres villes canadiennes comparées. Par conséquent, on pourrait s'attendre à des inégalités de santé encore plus criantes que dans les autres villes. Or, le portrait est plus nuancé qu'on ne le croyait : l'espérance de vie des hommes et des femmes est tout à fait comparable à celle des résidants des autres villes, tout comme le taux de naissance de faible poids. Si les Montréalais souffrent davantage de diabète et pratiquent des loisirs plus sédentaires, en revanche, leurs activités sont moins limitées pour des raisons de santé et ils consomment plus de fruits et légumes. De plus, la mortalité infantile et les naissances prématurées sont moins fréquentes. Fait à noter : la comparaison avec d'autres villes canadiennes à partir de données d'enquêtes et d'hospitalisations tend à démontrer que les inégalités de santé entre les riches et les pauvres sont la plupart du temps moindres à Montréal.

Ces résultats en demi-teintes reflètent l'accroissement des inégalités de revenu au Canada, d'un côté, et l'effet positif des politiques sociales québécoises, en particulier des politiques familiales, de l'autre côté. Ces investissements sociaux commencent à porter fruit. Aussi, il est permis de croire que toute la société québécoise bénéficierait de l'intensification des actions qui visent à contrer l'exclusion et diminuer les souffrances des personnes pauvres, mais aussi à assurer leur pleine participation au développement durable du Québec.

Les interventions de la Direction de santé publique

La Direction de santé publique déploie sur le territoire de l'île de Montréal plusieurs programmes susceptibles de réduire les inégalités sociales de santé à tous les stades de la vie.

Elle intervient auprès des femmes enceintes vulnérables grâce aux programmes de soutien périnataux (SIPPE) et fait la promotion active de l'allaitement. Ses programmes de vaccination primaire s'adressent à tous les bambins, qu'elle cherche à joindre dans les différents lieux de soins répartis sur le territoire.

Son intérêt plus récent pour la préparation des enfants à l'école s'est concrétisé dans l'organisation de sommets sur la maturité scolaire. Ces derniers ont donné naissance à des chantiers intersectoriels et communautaires ainsi qu'à de nouvelles initiatives de recherche pour mieux adapter les interventions de santé publique.

La DSP se préoccupe des clientèles plus vulnérables en adaptant ses pratiques, qu'il s'agisse des patients tuberculeux, des personnes utilisatrices de drogues par injection ou des jeunes sans-abri. Plusieurs professionnels de la DSP s'intéressent aussi aux pratiques cliniques préventives et examinent d'un point de vue critique le caractère équitable des soins et des services offerts à la population.

Ses interventions en santé au travail sont propices à la prévention précoce des cancers chez les travailleurs les plus vulnérables. La DSP a aussi développé une expertise clinique en santé au travail qui favorise l'identification des expositions délétères et la juste compensation des travailleurs exposés.

Conjointement avec l'Institut national de santé publique, la DSP a mis en place une équipe de recherche sur l'équité d'accès aux ressources de première ligne. Les travaux de cette équipe ont inspiré le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec dont les recommandations visent une couverture plus équitable des soins de santé. Toujours dans le domaine de la recherche, la DSP héberge depuis maintenant près de dix ans le Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé, qui évalue les meilleures interventions de réduction des ISS.

Grâce à son secteur Environnement urbain et santé, la DSP poursuit plusieurs cibles d'amélioration des conditions de vie, dont les suivantes : l'offre d'aliments nutritifs et abordables, l'amélioration de la salubrité des logements, la lutte pour éliminer les îlots de chaleur, l'identification des risques de traumatismes pour les piétons et les cyclistes ainsi que l'évaluation santé des projets de réfection des infrastructures. De plus, la DSP finance avec la Ville de Montréal et Centraide des tables de concertation intersectorielles et communautaires dans différents quartiers de Montréal.

Concurremment à la sortie du présent rapport, la DSP publie son Plan régional de santé publique qui énonce les priorités qu'elle entend réaliser avec ses partenaires régionaux, dont les 12 centres de santé et de services sociaux (CSSS). La réduction des ISS y occupe la première place. Cependant, le directeur de santé publique est bien conscient des limites des actions qu'il peut entreprendre. En outre, il doit veiller à ce que ces programmes ne créent pas eux-mêmes d'inégalités, comme c'est parfois le cas des programmes de dépistage, car offrir des programmes de prévention ou de promotion de la santé sans se préoccuper de joindre les plus démunis risque de creuser les écarts. Le directeur **s'engage à rendre les services préventifs accessibles à tous et à faire en sorte qu'ils soient utilisés par toutes les couches de la population. Il souhaite assumer cette responsabilité avec les CSSS et ses autres partenaires. À cet égard, la mise en place des conditions favorables à l'allaitement constitue une mesure prioritaire parce qu'elle est très efficace, en plus d'être susceptible de réduire les inégalités sociales de santé et d'avoir un impact à très long terme.**

En outre, le directeur appelle à la nécessaire concertation de tous les acteurs afin de réduire les ISS. Par ses recommandations, il sollicite les paliers de gouvernement provincial et fédéral responsables des grandes politiques de protection sociale. Il invite aussi les villes de l'île de Montréal, particulièrement la Ville de Montréal, à mieux coordonner leurs actions avec celles de la DSP dans le but d'améliorer la santé de tous les citoyens. Autant pour des raisons éthiques et civiques que pour des raisons économiques (en cette ère d'économie du savoir), la DSP et ses partenaires municipaux ne peuvent tout simplement pas laisser de côté le tiers des citoyens montréalais. La santé est un bien inestimable auquel tous les citoyens ont droit. Elle favorise la participation pleine et entière à l'activité sociale et économique d'une région. Dans ce sens, c'est toute la collectivité aussi bien que chacune de ses composantes qui en bénéficient.

Des recommandations pour diminuer les écarts de santé

Comme l'écrivait Sir Michael Marmot dans son rapport pour la Commission des déterminants sociaux de la santé, on peut combler le fossé des inégalités sociales de santé en une génération en s'attaquant aux inégalités de pouvoir, d'argent et de ressources et en améliorant les conditions de la vie quotidienne des plus démunis. Tous les paliers de gouvernement sont concernés par la réduction des inégalités sociales. Ils ont le pouvoir d'énoncer et de faire appliquer des politiques qui favorisent l'augmentation du revenu, la démocratisation de l'éducation, la construction et la rénovation des logements sociaux, ainsi que la prestation de services sociaux et de santé aussi bien préventifs que curatifs. Dans cet esprit, le directeur adresse ses six premières recommandations au gouvernement du Québec et au gouvernement du Canada, à qui il revient de soutenir les gouvernements provinciaux par des transferts sociaux. Il souligne l'importance des grandes politiques dans le devenir des ménages montréalais, mais constate aussi que la Ville de Montréal et les villes liées sont les premières concernées par l'amélioration des conditions de vie des Montréalais, notamment au moyen des initiatives de revitalisation urbaine intégrée. Les quatre dernières recommandations les visent donc particulièrement.

Recommandation 1 : Améliorer les revenus des plus pauvres

Il y a 40 ans, le Canada s'est engagé dans la lutte à la pauvreté des personnes âgées avec un succès qui a été souligné par les grands organismes internationaux, tel l'OCDE. Cependant, au cours des dernières années, l'OCDE a mis en évidence l'accroissement des inégalités au Canada.

Les ménages qui ont un revenu inférieur au seuil de la mesure du panier de consommation encourent des risques importants pour leur santé. La démonstration a été faite : ces familles ne peuvent pas consacrer une part adéquate de leur budget à une saine alimentation. Dans la grande majorité des cas, ce qui est en cause n'est pas le manque de connaissances en alimentation (auquel on pourrait remédier par un programme d'éducation sanitaire), mais plutôt un manque d'argent, ce dont témoigne l'augmentation dramatique du recours aux banques alimentaires de Montréal. Le directeur de santé publique est favorable aux principes mis de

l'avant dans le Plan gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015 et salue les efforts récents du gouvernement québécois pour améliorer le sort des familles monoparentales. Les mesures mises de l'avant doivent être reconduites et amplifiées. Le directeur insiste **sur l'importance d'améliorer le revenu des prestataires d'aide sociale, particulièrement celui des personnes seules considérées aptes au travail.** Les barèmes de l'aide de dernier recours sont nettement insuffisants si on les compare aux seuils de la mesure du panier de consommation et les prestataires concernés voient leur santé mise en danger par manque de ressources pour la conserver.

Recommandation 2 :
Accroître l'accessibilité aux CPE en installation dans les quartiers démunis

L'OCDE a souligné les efforts du Québec dans la mise en place des mesures redistributives de la politique familiale québécoise, notamment les garderies à contribution réduite. Ces garderies sont en effet un domaine dans lequel le Québec se démarque du Canada, lequel accuse un retard important quant aux services à la petite enfance. Ces mesures universelles, qui visent aussi l'équité des genres, s'apparentent aux façons de faire des pays nordiques qui remportent année après année la palme de la lutte à la pauvreté. Les centres de la petite enfance (CPE) ont fait leurs preuves non seulement pour grossir la force de travail féminine au Québec, ce qui a pour effet d'augmenter les ressources des familles, mais aussi pour réduire les inégalités sociales dans le développement des enfants. Compte tenu de la diminution de la part des CPE en installation par rapport à l'offre globale des services de garde à Montréal, **la deuxième recommandation du directeur de santé publique aux différents paliers de gouvernement est la suivante : accroître l'accessibilité géographique et le nombre de places en CPE en installation dans les quartiers démunis et augmenter leur accessibilité économique pour les familles à faible revenu. De plus, il recommande qu'on cherche à mieux comprendre les principaux déterminants de la fréquentation des services de garde par les enfants défavorisés.**

Recommandation 3 :

Accroître le financement du logement social et communautaire et s'assurer de la rigueur et de l'efficacité des mécanismes de fixation des prix du logement

Depuis la publication du premier rapport annuel sur les ISS en 1998, Montréal a vu les coûts du logement augmenter sans cesse. Une majorité de ménages pauvres ne bénéficient pas de logements subventionnés et doivent faire face aux coûts du marché locatif privé. La part croissante du budget consacrée au loyer gruge sur les dépenses nécessaires pour combler les autres besoins essentiels, à commencer par l'alimentation. En conséquence, **le directeur recommande d'accroître le financement du logement social et communautaire et d'assurer la rigueur et l'efficacité des mécanismes de fixation des prix du logement.**

Recommandation 4 :

Maintenir et développer le système public de soins de santé

La part grandissante du secteur privé dans le domaine de la santé est un objet de préoccupation constante, et pour cause. On note que si les plus démunis et les immigrants ont généralement une moins bonne expérience de soins dans le réseau public de santé, la situation devient dramatique dès qu'il leur faut pénétrer un réseau largement privé, comme c'est le cas des services de psychothérapie et des soins dentaires. **Le directeur recommande donc de veiller à conserver le caractère universel et gratuit du système de santé et de prendre les mesures nécessaires pour le développer en tenant compte des problèmes de santé des plus démunis.**

Recommandation 5 :

Développer les services et les moyens adaptés pour mieux intégrer les immigrants

Depuis les années 1990, on a vu un changement démographique s'opérer à Montréal et beaucoup d'immigrants ont des parcours d'intégration à l'emploi difficiles. Les services et les moyens doivent s'adapter à ces nouveaux besoins, que ce soit par l'intensification de la reconnaissance des acquis, autant au plan de la formation qu'au plan de l'expérience de travail, ou que ce soit par la mise à niveau des services. L'intégration à l'emploi étant une condition essentielle à une immigration réussie et harmonieuse, **le directeur recommande donc de développer les services et les moyens adaptés pour mieux intégrer les immigrants et réduire leur pauvreté.**

Recommandation 6 :

Investir dans le transport collectif et en améliorer l'accessibilité économique

Les populations démunies sont plus captives de leur quartier et possèdent moins d'automobiles. Malgré cela, elles subissent davantage l'impact négatif du volume de la circulation à Montréal (accidents de la route et mauvaise qualité de l'air extérieur). Le développement du transport collectif est une nécessité incontournable pour l'ensemble de la population. Mais il l'est encore davantage pour les personnes qui se trouvent au bas de l'échelle et qui en dépendent pour se déplacer vers les lieux d'emploi et participer pleinement à la société. **Par conséquent, le directeur recommande d'augmenter les ressources pour améliorer l'efficacité du service de transport collectif afin de mieux desservir les quartiers. Il recommande également d'accroître l'accessibilité économique du transport collectif.**

Recommandation 7 :
Instaurer une procédure d'évaluation d'impact sur les inégalités sociales

Les villes disposent de différents leviers pour réduire les ISS: politique des sports et loisirs, administration des programmes de dernier recours, plans d'aménagement, etc. La Ville de Montréal s'est déjà engagée dans une politique de développement durable qui doit inclure le développement social dont l'équité est l'une des composantes. En ce sens, **le directeur recommande ce qui suit : à l'image de ce qui se fait au gouvernement provincial en santé depuis l'adoption de l'article 54 de la *Loi sur la santé publique en 2001,* instaurer une procédure d'évaluation d'impact sur les inégalités sociales pour les règlements ou les projets discutés aux Conseils d'arrondissements, au Conseil municipal de la Ville de Montréal, à celui de la Communauté métropolitaine de Montréal et au Conseil d'agglomération.**

Recommandation 8 :
Soutenir les tables de concertation intersectorielles et les organismes communautaires

La société est complexe et l'exercice du pouvoir citoyen se heurte souvent à un mur. Les mécanismes légaux et administratifs qui régissent la société et les difficultés de faire entendre une voix autre que celle des grandes corporations ou institutions constituent en effet des obstacles difficiles à franchir. Dans le but de favoriser une meilleure connaissance des besoins des citoyens et de faciliter la mise à niveau et la complémentarité avec les élus pour l'amélioration des quartiers, **la DSP s'allie à la Ville de Montréal et à Centraide depuis plusieurs années pour soutenir les tables de concertation dans les quartiers montréalais, principalement dans les quartiers plus démunis. Le directeur réitère son engagement dans cette initiative propre à favoriser la participation démocratique et invite ses partenaires à maintenir cette alliance et à mieux soutenir les organismes communautaires, qui travaillent à l'amélioration des conditions de vie des plus démunis et à la défense de leurs droits.**

Recommandation 9 :
Favoriser le transport actif et assurer la sécurité des utilisateurs

Les quartiers centraux défavorisés sont démesurément touchés par les accidents de la circulation impliquant des piétons. Aussi, **le directeur souhaite que la Ville de Montréal systématise les interventions et les aménagements axés sur l'apaisement de la circulation et la sécurisation du transport actif (marche, vélo).**

Recommandation 10 :
Assurer la salubrité et l'accessibilité des logements

La qualité de la vie quotidienne rime souvent avec la qualité du logement, c'est-à-dire la salubrité de l'endroit aussi bien que l'espace nécessaire à l'interaction saine, sans stress, des résidants. Toutes les villes de l'île de Montréal ne participent pas autant qu'elles le pourraient aux programmes de logements sociaux; certaines n'en ont aucun sur leur territoire. **Le directeur souhaite que soit accrue la construction de logements sains, abordables, accessibles et bien localisés, et que soient prévus des logements assez grands pour répondre aux besoins des familles.**

Les personnes défavorisées, notamment les immigrants récents et les demandeurs du statut de réfugié, sont à la fois les plus susceptibles d'occuper les logements insalubres de Montréal et souvent les moins outillées pour défendre leurs droits. Aussi, **le directeur recommande que soient revues et renforcées les procédures d'inspection et de traitement des plaintes lorsque la salubrité des logements risque d'être compromise.**

L'injustice sociale rend malade et tue. Pourtant, les inégalités sociales de santé sont évitables à la condition que tous les paliers de gouvernement se mobilisent. C'est d'ailleurs à eux que s'adressent principalement les recommandations du directeur de santé publique. Par ailleurs, l'application de nouvelles pratiques aussi bien que de politiques modifiées en faveur des plus démunis nécessite également la mobilisation de plusieurs secteurs de la société. Elle fait écho aux revendications du milieu communautaire et implique la collaboration des entreprises. Par-dessus tout, la lutte contre les inégalités sociales de santé suppose l'engagement de tous les Montréalais. Outre leur devoir de reconnaître les injustices, ils doivent soutenir les actions tant préventives que remédiatrices des différents paliers de gouvernement.

Recommandations

La directeur de santé publique s'engage et invite ses partenaires du réseau de la santé à :

- rendre les services préventifs accessibles à tous et faire en sorte qu'ils soient utilisés par toutes les couches de la population.

Il appelle le gouvernement du Québec et le gouvernement du Canada à :

- améliorer les revenus des plus pauvres;
- accroître l'accessibilité en CPE en installation dans les quartiers plus démunis;
- accroître le financement du logement social et communautaire et à s'assurer de la rigueur et de l'efficacité des mécanismes de fixation des prix du logement;
- maintenir et développer le système public de soins de santé;
- développer les services et les moyens adaptés pour mieux intégrer les immigrants;
- accroître l'efficacité et l'accessibilité économique du transport collectif.

Il sollicite les instances municipales pour conjointement :

- instaurer une procédure d'évaluation d'impact sur les inégalités sociales;
- soutenir les tables de concertation intersectorielles et les organismes communautaires;
- favoriser le transport actif et en assurer la sécurité;
- assurer la salubrité et l'accessibilité des logements.

Annexe 1
Quelques mots sur le revenu

Le rôle du revenu et de l'inégalité économique ne fait plus de doute dans l'explication des inégalités de santé.

Un revenu bas entraîne à plus ou moins long terme une moins bonne santé qu'un revenu élevé. Le phénomène s'explique par différents mécanismes qui agissent de façon indirecte : accès inégal à l'éducation et à l'emploi, facteurs de risque liés aux habitudes de vie et à l'exposition dans les milieux de travail et dans les milieux de vie, accès différent aux ressources et aux services, notamment.

Partout dans le monde, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socioéconomique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socioéconomique, de haut en bas. Les inégalités sociales en matière de santé touchent donc tout le monde.

Pour cette raison, nous avons choisi le revenu comme variable fondamentale de croisement avec l'état de santé pour dresser le portrait de l'évolution des inégalités sociales de santé à Montréal.

Plus particulièrement, c'est le revenu du ménage qui a été pris en considération puisque « les catégories de revenu traduisent la position sociale des individus à partir de celle du ménage auquel ils sont associés. Le rang social individuel est surtout fonction de l'unité de production et de reproduction qu'est le ménage plutôt que la situation socioéconomique de l'individu prise isolément » (Krieger *et al.,* 1999; Smith et Graham, 1995 dans Ferland, 2002).

Ferland M. 2002. *Variations des écarts de l'état de santé en fonction du revenu au Québec de 1987 à 1998.* ISQ.

Krieger N, Chen T, Selby JV. 1999. « Comparing individual-based and household-based measures of social class to assess class inequalities in women's health: a methodological study of 684 US women». *Journal of Epidemiology and Community Health;* 53 : 612-23.

Smith TE, Graham PB. 1995. «Socioeconomic Stratification in Family Research». *Journal of Marriage and the Family;* 57 : 930-40.

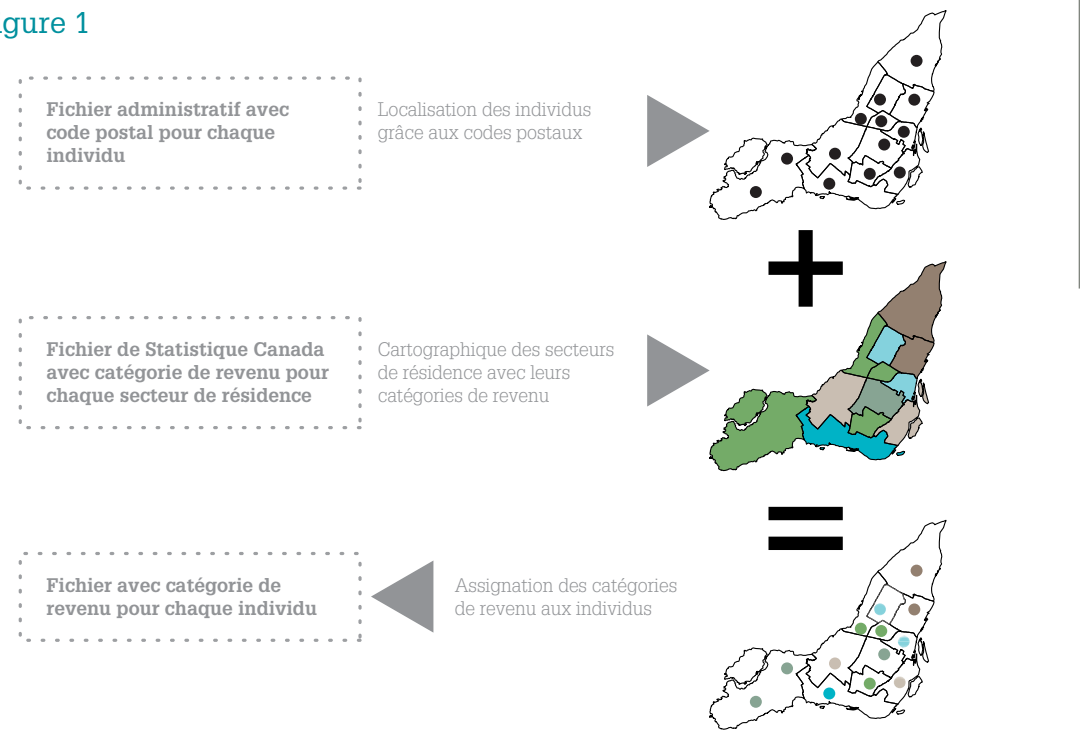
Annexe 2
Comment mesure-t-on les inégalités dans le rapport ?

Les analyses effectuées pour mesurer les écarts de santé selon le revenu se fondent sur le regroupement en cinq catégories (ou classes). En d'autres termes, les caractéristiques de santé (p. ex. : état de santé, utilisation des services, naissance, cause de décès) sont comparées entre cinq sous-ensembles de la population créés en fonction du revenu. Cependant, la façon dont ces ensembles sont créés diffère selon la source des données utilisées.

Attribution d'une catégorie de revenu pour les données provenant des bases médico-administratives

Les données médico-administratives (naissances, décès, utilisation des services) ne comportent généralement pas d'information sur le revenu des individus listés ou encore sur celui de leur ménage. Par contre, elles contiennent le code postal du lieu de résidence de ces individus. Or, il existe une forte association entre le revenu d'un ménage et le revenu moyen des ménages du secteur de résidence (connu de nous). Il est donc possible d'estimer le revenu des individus listés en leur attribuant la catégorie de revenu de leur secteur de résidence (figure 1).

Figure 1



Ces catégories représentent des quintiles : tous les secteurs de résidence de Montréal ont été répartis en cinq classes égales regroupant chacune environ 20 % des ménages, ordonnées du revenu le plus élevé au plus bas. Dans le rapport, on utilise les termes catégorie inférieure de revenu (20 % ayant le revenu le plus bas) et catégorie supérieure de revenu (20 % ayant le revenu le plus élevé).

Attribution d'une catégorie de revenu pour les données provenant d'enquêtes de santé

Les enquêtes de santé, qui fournissent l'information sur l'état de santé et les habitudes de vie, contiennent l'information sur le revenu des répondants. À des fins d'analyse, ces revenus individuels ont été classés en cinq catégories basées sur des multiples du seuil de faible revenu (SFR) proposé par Statistique Canada.

Puisque le SFR tient compte de la taille des ménages, les bornes des catégories varient selon la taille du ménage de chaque individu répondant. Le SFR étant recalculé chaque année, les bornes sont recalculées pour chaque année d'enquête, rendant les catégories comparables dans le temps. Par exemple, la figure 2 détaille les bornes des différentes catégories pour l'analyse du cycle 4.1 de l'Enquête (2007-2008).

Figure 2. Bornes des catégories de revenu pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 4.1 (2007-2008)

	1-2 personnes	3-4 personnes	5 personnes et +	Termes utilisés dans le rapport
Insuffisant (sous le SFR)	0-24 000	0-37 000	0-49 000	Catégorie inférieure de revenu
Suffisant inférieur (1 à 1,5 X le SFR)	24 000-36 000	37 000-55 5000	49 000-73 500	▲
Suffisant moyen (1,5 à 2 X le SFR)	36 000-48 0000	55 500-74 000	73 500-98 000	
Suffisant supérieur -1 (2 à 2,5 X le SFR)	48 000-60 000	74 000-92 500	98 000-122 500	▼
Suffisant supérieur -2 (2,5 X le SFR ou plus)	60 0000 et plus	92 500 et plus	122 500 et plus	Catégorie supérieure de revenu

Mise en garde : L'estimation des écarts de santé obtenue à partir de ces deux méthodes de catégorisation des revenus est juste et statistiquement valide. Par contre, étant donné la différence entre les méthodes, il n'est pas approprié de comparer les écarts de santé obtenus au moyen des indicateurs provenant de ces deux types de sources. Pour alléger le texte, une terminologie uniforme est employée pour nommer les différentes catégories, peu importe la méthode utilisée.

Annexe 3

Indicateurs sociodémographiques et socioéconomiques, Montréal, 1991 à 2006

	1991	1996	2001	2006
Population totale	1 775 875	1 775 845	1 812 725	1 854 445
Population vivant seule	14,7	16,1	17,1	17,5
65 ans et plus seuls	32,8	34,7	35,6	35,9
Ménages d'une seule personne	33,7	36,2	37,6	38,2
Familles monoparentales	29,4	31,7	33,0	33,0
Immigrants	23,5	26,5	27,6	30,7
Immigrants récents (5 dernières années)	-	6,7	5,7	7,5
Sans diplôme (15 ans +)	-	33,9	29,4	21,5
Avec grade universitaire (15 ans +)	15,6	18,5	21,6	25,8
Taux de chômage	13,2	13,2	9,2	8,8
Taux d'emploi	55,4	52,2	57,0	58,0
A travaillé toute l'année à temps plein [1]	55,0	51,3	53,7	52,0
A travaillé une partie de l'année ou à temps partiel [1]	45,0	48,7	46,3	48,0
Ménages avec revenu inférieur à 30 000 $	48,1	50,0	42,0	36,9
Ménages avec revenu supérieur à 70 000 $	13,9	15,2	21,1	25,0
Revenu moyen des ménages	40 118 $	40 847 $	49 429 $	57 738 $
Revenu moyen 15 ans et plus	23 116 $	23 568 $	28 258 $	32 946 $
Revenu moyen des ménages ($ constant 2006)	51 304 $	49 610 $	54 826 $	57 738 $
Revenu moyen 15 ans et plus ($ constant 2006)	29 561 $	28 624 $	31 343 $	32 946 $
Assistance-emploi	12,8	18,0	12,9	11,4
65 ans et plus SRG [2]	44,7	40,5	40,5	43,1
Population SFR	28,2	34,8	29,0	29,0
Population de 0-5 ans SFR	35,3	44,3	38,1	37,4
Population de 65 ans et plus SFR	36,2	35,5	31,3	28,2
Population vivant seule SFR	47,1	52,4	46,3	44,5
65 ans et plus seuls SFR	63,7	62,6	57,7	53,5
Familles monoparentales SFR	44,6	52,9	40,8	38,0
Familles monoparentales (enfants 0-17 ans) SFR	57,7	65,8	52,9	47,8
Familles en couple (avec enfants) SFR	-	24,3	19,6	20,9
Familles en couple (enfants 0-17 ans) SFR	20,7	28,1	23,2	24,7
Immigrants récents SFR	-	65,6	57,4	58,0
Ménages locataires	66,5	65,7	64,2	62,1
Loyer brut moyen	-	543 $	570 $	662 $
30% et plus consacré au logement (loyer)	-	44,7	37,2	38,7
Population ayant déménagé (5 dernières années)	49,6	48,0	47,6	43,3

1 Répartition de la population ayant travaillé
2 Les données sur le supplément de revenu garanti (SRG) concernent les années, 1990, 1995, 2000 et 2005
SFR Seuil de faible revenu (avant impôt)

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec