

# MÉMOIRE DES DIRECTRICES ET DIRECTEURS RÉGIONAUX DE SANTÉ PUBLIQUE

*Plan d'action gouvernemental en matière de  
lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*



**Sous la coordination de la  
Direction de santé publique de la Montérégie**

**Présenté au ministère de  
l'Emploi et de la Solidarité sociale**

Juin 2023

Le mémoire des directeur·rices régionaux·ales de santé publique est soumis au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale le 30 juin 2023 dans le cadre de la consultation sur le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il est une production de la Direction de santé publique du CISSS de la Montérégie-Centre.

### Coordination

Marie-Michèle Dumas, DRSP de la Montérégie

Julie Loslier, DRSP de la Montérégie

### Comité stratégique

André Dontigny, DRSP de la Capitale-Nationale

Richard Fachehoun, DRSP de la Côte-Nord

Isabelle Samson, DRSP de l'Estrie

Stéphane Trépanier, DRSP de l'Abitibi-Témiscamingue

Mylène Drouin, DRSP de Montréal

Julie Loslier, DRSP de la Montérégie

Jean-Pierre Trépanier, DRSP de Laval

Yv Bonnier Viger, DRSP de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

### Rédaction

Jade Bégin-Desplantie, DRSP de Laval

Zoé Brabant, DRSP de Montréal

Richard Fachehoun, DRSP de la Côte-Nord

Caroline Freulon, DRSP de la Montérégie

Shelley-Rose Hyppolite, DRSP de la Capitale-Nationale

Sylvie Labrecque, DRSP de Laval

Béatrice Lattoni, DRSP de Montréal

Maryse Lefebvre, DRSP de Laval

Élise Nault Horvath, DRSP de l'Estrie

Annabelle Savard, DRSP du Bas-St-Laurent

Yv Bonnier Viger, DRSP de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Viviane Bosse-Beal, DRSP de Montréal

Geneviève Chénier, DRSP de la Montérégie

Anaïs Féret, DRSP de l'Estrie

Mélissa Généreux, DRSP de l'Estrie

Danielle Kouhio Depri, DRSP de Montréal

Myriam Lalancette, DRSP de la Montérégie

Isabelle Laurin, DRSP de Montréal

Marie-Pierre Markon, DRSP de Montréal

Geneviève Rey-Lescure, DRSP de Montréal

Stéphane Trépanier, DRSP de l'Abitibi-Témiscamingue

### Collaboration

Joanne Aubé-Maurice, DRSP du Bas-Saint-Laurent

Catherine Beaulieu, DRSP de la Capitale-Nationale

Lyne Chayer, DRSP de la Montérégie

Amélie Debonville, DRSP de la Montérégie

AK'ingabe Guyon, DRSP de Montréal

David-Martin Milot, DRSP de la Montérégie

Sofia Scuralli, DRSP de Montréal

Ann Beaulé, DRSP de l'Estrie

Anne-Sara Briand, DRSP du Bas-Saint-Laurent

Marianne Corneau, DRSP de la Capitale-Nationale

Anne-Frédérique Gosselin, DRSP de la Capitale-Nationale

Gabrielle Manseau, DRSP de la Montérégie

Sylvie Morency, DRSP de la Capitale-Nationale

Marie-Ève Simoneau, DRSP de la Montérégie

### Contribution

La Direction de santé publique du CISSS de la Montérégie-Centre remercie chaleureusement toutes les directions régionales de santé publique du Québec qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

### Graphisme, mise en page et révision linguistique

Manon Lévesque, agente administrative

Ce document est disponible en version électronique sur l'extranet de la Direction de santé publique de la Montérégie.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

Bibliothèque et Archives Canada, 2023

ISBN 978-2-550-95103-2 (version PDF)



Reproduction ou téléchargement autorisé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales avec mention de la source : Direction de santé publique de la Montérégie. (2023). *Mémoire des directrices et directeurs régionaux de santé publique – Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 67 p.

© Gouvernement du Québec, 2023

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 2023

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3

Téléphone : 450 928-6777 • Télécopieur : 450 679-6443

## Mot des directrices et des directeurs

Ce mémoire est déposé au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale dans le cadre de la consultation publique pour l'élaboration du quatrième Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Celui-ci résulte de la mise en commun des expertises de nombreux·ses professionnel·les et médecins de différentes régions, un atout essentiel pour répondre à la complexité des enjeux de pauvreté et d'exclusion sociale. Les solutions proposées à ces enjeux sont elles aussi complexes et teintées des réalités régionales du Québec, mais leur application présente un réel potentiel d'efficacité populationnelle. En effet, les déterminants de la pauvreté et de l'exclusion sociale ne se situent pas dans le champ d'action d'un seul ministère ou organisme gouvernemental. Ils sont plutôt répartis sous la responsabilité d'une multitude d'acteur·rices, aux différents paliers décisionnels, qui s'approprient de plus en plus l'aspect non négligeable de leur contribution au mieux-être collectif et inclusif. Afin d'éviter qu'une telle répartition des responsabilités entraîne une inertie dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, un leadership central des élu·es du Québec à cet effet est primordial. Nous espérons que ce mémoire favorisera l'endossement d'un tel leadership par les acteur·rices de changement formant le gouvernement.

Ce mémoire présente les enjeux prioritaires, des bonnes pratiques et des recommandations d'action pour l'ensemble des thématiques retenues dans le cadre de ces consultations. Les directeur·rices régionaux·ales de santé publique s'engagent à jouer un rôle proactif dans la mise en œuvre et l'actualisation de ces recommandations dans le contexte évolutif et diversifié du Québec, que ce soit par le déploiement d'interventions qui leur incombent, en partenariat avec les acteur·rices stratégiques sur le terrain, ou encore dans la concertation avec les représentant·es régionaux·ales d'autres directions et ministères concernés. Cette mobilisation intersectorielle devra s'inscrire en cohérence avec celle réalisée au palier provincial, afin d'optimiser la portée des retombées qui en découleront. À tous les niveaux, il importera de se soucier des inégalités sociales de santé, ces écarts dans l'état de santé de groupes socialement définis et affligeant de façon disproportionnée les plus démunis. En effet, toute politique, programme ou intervention à portée universelle est susceptible de creuser ces écarts s'il y a absence de considération des facteurs influençant la capacité à y accéder, particulièrement celle des personnes en situation de vulnérabilité. La cohérence au plan de la mobilisation intersectorielle à différents niveaux, de même que l'approche inclusive auprès des porteur·euses des savoirs du terrain, permettront d'éviter le piège de ces inégalités sociales de santé et de lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale de façon plus efficace et durable.

Au plaisir de collaborer avec vous.

## Les directrices et directeurs régionaux de santé publique



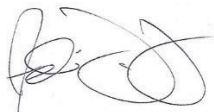
---

Dr Sylvain Leduc, M.D.  
Directeur de santé publique  
Centre intégré de santé et de services sociaux  
du Bas-Saint-Laurent (01)



---

Dr Donald Aubin, M.D.  
Directeur de santé publique  
Centre intégré universitaire de santé et de services  
sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)



---

Dr André Dontigny, M.D., M. Sc., FRCPC  
Directeur de santé publique  
Centre intégré universitaire de santé et de  
services sociaux de la Capitale-Nationale (03)



---

Dre Marie Josée Godi, M.D., M.Sc. FRCPC  
Directrice de santé publique  
Centre intégré universitaire de santé et de services  
sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)



---

Dre Isabelle Samson, MD, MSc, FRCPC  
Directrice de santé publique  
Centre intégré universitaire de santé et de  
services sociaux de l'Estrie (05)



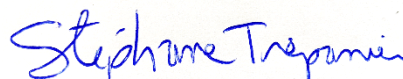
---

Dre Mylène Drouin, M.D., FRCPC  
Directrice régionale de santé publique  
Centre intégré universitaire de santé et de services  
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06)



---

Dre Brigitte Pinard, BSc MSc MD FRCPC  
Directrice de santé publique  
Centre intégré de santé et de services sociaux  
de l'Outaouais (07)



---

Dr Stéphane Trépanier, MD, MSc, FRCPC  
Directeur de santé publique par intérim  
Centre intégré de santé et de services sociaux  
de l'Abitibi-Témiscamingue (08)



---

Dr Richard Fachehoun, M.D.  
Directeur de santé publique  
Centre intégré de santé et de services sociaux  
de la Côte-Nord (09)



---

Dr Éric Goyer, M.D., FRCPC  
Directeur de santé publique  
Centre régional de santé et de services sociaux  
de la Baie-James (10)



---

Dr Yv/Bonnier Viger, M.D.  
Directeur de santé publique  
Centre intégré de santé et de services sociaux  
de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11)



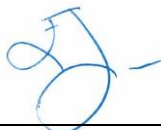
---

Dre Liliana Romero, M.D.  
Directrice de santé publique  
Centre intégré de santé et de services sociaux  
de Chaudière-Appalaches (12)



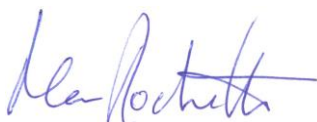
---

Dr Jean-Pierre Trépanier, M.D.  
Directeur de santé publique  
Centre intégré de santé et de services sociaux  
de Laval (13)



---

Dr Éric Goyer, M.D., FRCPC  
Directeur de santé publique  
Centre intégré de santé et de services sociaux  
des Laurentides (15)



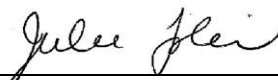
---

Dre Marie Rochette, M.D.  
Directrice de santé publique  
Régie régionale de la santé et des  
services sociaux du Nunavik (17)



---

Dre Lynda Thibeault, M.D.  
Directrice de santé publique  
Centre intégré de santé et de services sociaux  
de Lanaudière (14)



---

Dre Julie Loslier, M. D., M. Sc., FRCPC  
Directrice de santé publique  
Centre intégré de santé et de services sociaux  
de la Montérégie (16)

---

Le gouvernement de la nation Crie ne participe pas à ce plan et n'est pas signataire de ce mémoire.

# Table des matières

Liste des acronymes .....	7
<b>1 Introduction.....</b>	<b>8</b>
<b>2 Pauvreté et état de santé des populations défavorisées : quelques indicateurs clés.....</b>	<b>10</b>
<b>3 Synthèse des recommandations .....</b>	<b>16</b>
3.1 <i>Recommandations prioritaires</i> .....	16
3.2 <i>Autres recommandations</i> .....	17
<b>4 Revenus et emploi .....</b>	<b>21</b>
4.1 <i>Revenus et dépenses</i> .....	21
4.2 <i>Emploi et accès au marché du travail</i> .....	22
<b>5 Éducation, famille et personnes âgées .....</b>	<b>23</b>
5.1 <i>Éducation et formation</i> .....	23
5.2 <i>Personnes âgées</i> .....	26
5.3 <i>Accès aux services de garde éducatifs à l'enfance</i> .....	27
<b>6 Besoins essentiels .....</b>	<b>29</b>
6.1 <i>Sécurité alimentaire</i> .....	29
6.2 <i>Transport</i> .....	31
6.3 <i>Logement</i> .....	33
6.4 <i>Santé et services sociaux</i> .....	36
<b>7 Inclusion sociale, participation citoyenne et communautaire .....</b>	<b>38</b>
7.1 <i>Exclusion sociale, préjugés, stigmatisation et discrimination</i> .....	38
7.2 <i>Participation citoyenne et actions communautaires</i> .....	39
7.3 <i>Approche territoriale</i> .....	40
7.4 <i>Changements climatiques et pauvreté</i> .....	41
<b>8 Premières Nations et Inuit.....</b>	<b>43</b>
<b>9 Mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental .....</b>	<b>44</b>
<b>10 Conclusion .....</b>	<b>45</b>
<b>11 Annexes.....</b>	<b>46</b>
<i>Annexe 1 – Sécurité alimentaire : pour accroître l'impact populationnel des actions</i> .....	46
<i>Annexe 2 – Logement : relations entre les conditions de logement et la défavorisation</i> .....	47
<i>Annexe 3 – Changements climatiques : synergie dans les actions de lutte aux changements climatiques et à la pauvreté</i> .....	48
<b>12 Liste des références.....</b>	<b>49</b>

## Liste des acronymes

CC	Changements climatiques
CCLPES	Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CEPE	Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CPE	Centre de la petite enfance
DRSP	Direction(s) régionale(s) de santé publique du Québec
EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle
FQIS	Fonds québécois d'initiatives sociales
GES	Gaz à effet de serre
IA	Insécurité alimentaire
IÉS	Initiatives d'économie sociale
IMSE	Indice de milieu socioéconomique
IRIS	Institut de recherche et d'informations socioéconomiques
ISS	Inégalités sociales de santé
LSC	Logement social et communautaire
MEIE	Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MFR	Mesure de faible revenu
MPC	Mesure du panier de consommation
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PAGIEPS	Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale
PAGLPES-4	Quatrième Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
PARC	Plans d'adaptation régionaux au climat
PASU	Programmes d'alimentation scolaire universels
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SGÉE	Services de garde éducatifs à l'enfance
SHQ	Société d'habitation du Québec
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
VRAC	Vulnérabilité régionale aux changements climatiques

# 1 Introduction

La pauvreté et l'injustice sociale rendent malade et tuent[1]. Il est démontré que plus le statut socioéconomique d'une personne s'améliore, plus la probabilité d'être en bonne santé augmente. Inversement, plus le statut socioéconomique se détériore, plus le risque de maladie et de mort prématurée augmente[2]. À titre d'illustration, on ne peut passer sous silence la pandémie de la COVID-19, lors de laquelle les personnes à faible revenu, les personnes occupant des emplois précaires et les personnes vivant dans des secteurs défavorisés ont été représentées dans une plus grande proportion parmi les cas et les décès liés à cette infection[3].

Adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale du Québec en 2002, la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, vise à : « guider le gouvernement et l'ensemble de la société québécoise vers la planification et la réalisation d'actions pour combattre la pauvreté, en prévenir les causes, en atténuer les effets sur les individus et les familles, contrer l'exclusion sociale et tendre vers un Québec sans pauvreté »[4] (article 1). Les stratégies, plans d'action et mesures qui ont suivi cette loi ont permis de faire des avancées importantes pour la lutte à la pauvreté qu'il importe de souligner. Toutefois, ces initiatives se révèlent à ce jour insuffisantes et il reste beaucoup de travail à faire pour aspirer à un Québec sans pauvreté.

En raison des rôles et responsabilités qui incombent aux directeur·rices régionaux·ales de santé publique du Québec, ceux-ci se sentent particulièrement interpellés par la consultation pour le quatrième Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (PAGLPES-4). En effet, en vertu de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux*, un·e directeur·rice de santé publique se doit « d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces »[5] (article 373, alinéa 1). De plus, la *Loi sur la santé publique* détermine qu'ils peuvent intervenir pour « prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population »[6] (article 53). À cette fin, ils peuvent notamment « promouvoir l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population auprès des divers intervenants dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population »[6] (article 53, alinéa 5).

En vertu de la *Loi sur la santé publique*, chaque DRSP élabore, met en œuvre, évalue et met à jour un plan d'action régional de santé publique (PAR) sur la base des orientations nationales établies dans le Programme national de santé publique[7], dont la finalité est de contribuer à maintenir et à améliorer la santé de la population ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé (ISS). Les ISS représentent des différences dans l'état de santé liées à un désavantage structurel et social qui est modifiable, injuste, évitable et systémique[8]. Ces dernières sont évitables car, elles résultent d'une distribution inégale des ressources sur laquelle il est possible d'agir ou dont on peut atténuer les effets; elles sont également injustes, car chaque personne devrait avoir une chance égale d'atteindre son plein potentiel et ce, peu importe son statut social[9]. Ces différences dans la distribution des états de santé peuvent être créées, exacerbées ou atténuées par les politiques publiques[10].



C'est dans ce contexte que les DRSP déposent ce mémoire pour faire état des différents visages de la pauvreté au Québec et des enjeux pour la santé qui en découlent. Les DRSP y proposent une série de recommandations agissant en priorité sur les déterminants structureaux de la pauvreté (revenu suffisant, emplois de qualité dans les milieux défavorisés, réduction du travail précaire, accès aux services éducatifs à l'enfance et à une éducation de qualité pour tous) et sur les mesures qui les atténuent : coût des biens et services essentiels (logement social et communautaire, accès à coût abordable aux aliments sains, accès au transport collectif, accès aux soins pour les personnes sans assurance maladie), ainsi que sur la création d'environnements favorables à la santé (actions de proximité pour freiner l'isolement des personnes âgées, lutte contre les préjugés et la stigmatisation, soutien à la participation citoyenne et aux organismes communautaires, prise en compte des besoins des populations vulnérables face aux changements climatiques [CC]). Les DRSP préconisent de plus le maintien et le renforcement d'une approche territoriale en matière de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, des financements qui soient spécifiques pour les Premières Nations et Inuit et enfin, de revoir certaines modalités de mise en œuvre du PAGLPES-4 afin de maximiser son impact. Bien entendu, il appartient aux décideur-euses de voir à la séquence de réalisation de ces recommandations dans le contexte québécois et certaines mesures plus structurantes pourraient faire appel à une implantation graduelle.

Ces recommandations seront exposées sous six sections : revenus et emploi, éducation, famille et personnes âgées, besoins essentiels, inclusion sociale, participation citoyenne et communautaire, Premières Nations et Inuit et mise en œuvre du plan d'action gouvernemental.

### Rôle clé des DRSP dans la lutte contre la pauvreté

La pertinence de la mobilisation des directions régionales de santé publique (DRSP) dans la lutte contre la pauvreté n'est plus à démontrer. Étant en contact direct avec les partenaires terrain tels que les organismes communautaires et les municipalités, celles-ci sont bien au fait du contexte évolutif et des enjeux sociosanitaires perçus par la population, dont ceux liés à la pauvreté. Riches de l'expérience et de l'expertise de professionnel-les et médecins de différents secteurs (surveillance, promotion et prévention, maladies infectieuses, santé environnementale, etc.), elles peuvent offrir une réponse adaptée aux besoins de leur région, mais également analyser les multiples problématiques de santé publique en tenant compte de leur complexité et en identifiant des solutions innovantes. Bien impliquées dans le réseau de santé et des services sociaux, elles font preuve d'un leadership essentiel dans la mobilisation des autres directions des CISSS/CIUSSS, en plus d'être des alliées incontournables pour les instances provinciales (MSSS et autres ministères) tant dans la planification que dans la mise en œuvre d'interventions de santé publique. Ainsi, la mobilisation des DRSP a grandement porté fruit dans le déploiement du 3<sup>e</sup> plan de lutte à la pauvreté, par exemple en ce qui a trait à la mesure 13.1 (Augmenter le soutien aux activités en matière de sécurité alimentaire visant les personnes à faible revenu) ou à la mesure 11 (poursuivre les Alliances pour la solidarité). Leur rôle de leader au sein des Conférences administratives régionales, incluant dans ses comités régionaux en développement social, constitue un atout de taille pour le plan de lutte contre la pauvreté actuellement en élaboration. Bref, la participation active et aussi en amont que possible des DRSP s'avère essentielle au succès du quatrième Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

## 2 Pauvreté et état de santé des populations défavorisées : quelques indicateurs clés

En préambule aux six sections ci-haut décrites, les infographies qui suivent présentent une sélection de données au regard d'indicateurs clés illustrant la précarité et les conditions de vie difficiles auxquelles sont confrontées les personnes en situation de vulnérabilité au Québec :

- Revenu;
- Sécurité alimentaire;
- Conditions de logement;
- Développement des tout-petits et des jeunes;
- Conditions de vie des personnes âgées;
- Impacts sur la santé.

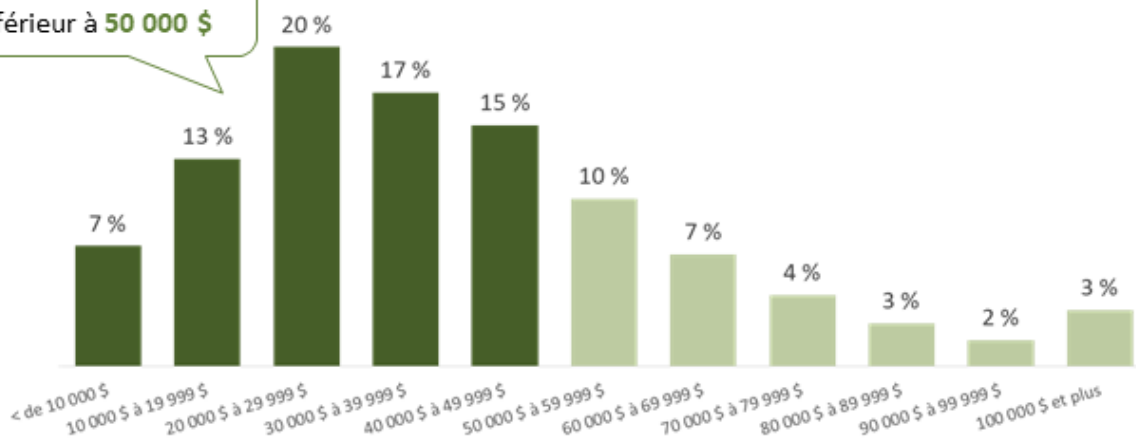
À noter qu'il ne s'agit pas d'un portrait exhaustif de la pauvreté au Québec.

Pour un état de situation complet, voir le rapport produit par le Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion en 2020[11].

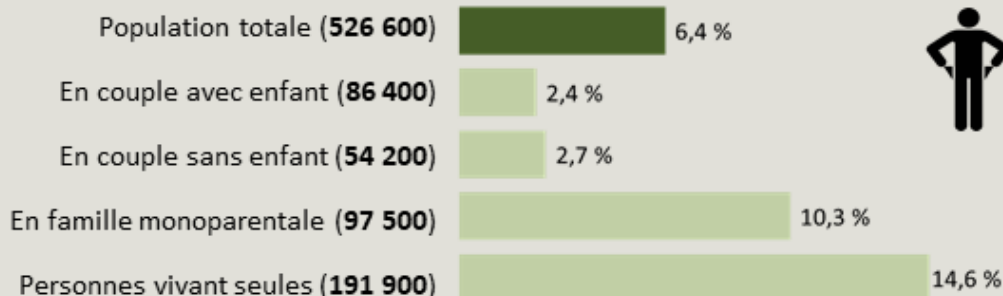
## Revenu

**72 %** ont un revenu inférieur à **50 000 \$**

### Revenu individuel après impôt, 2021 [I]

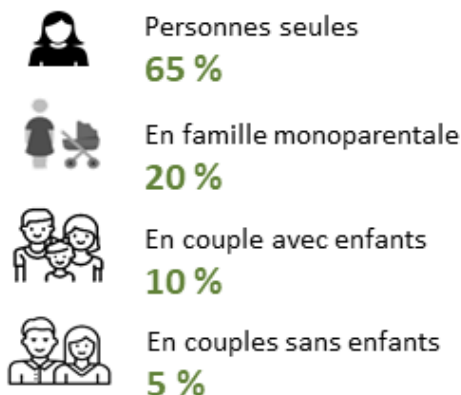


### Population en situation de **pauvreté** selon la MPC, 2021<sup>a</sup> [I]



**252 230**

### prestataires d'assistance sociale, 2022 [II]



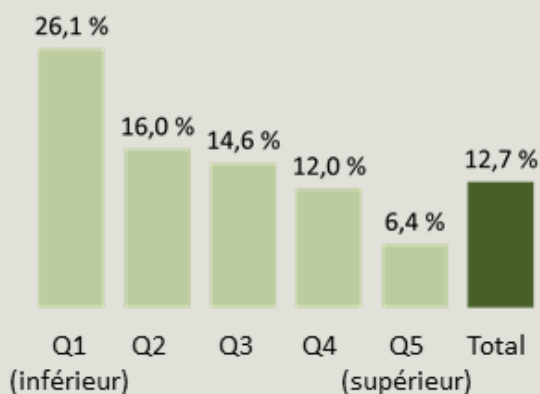
<sup>a</sup> Population en situation de pauvreté selon la mesure du panier de consommation (MPC).

## Sécurité alimentaire

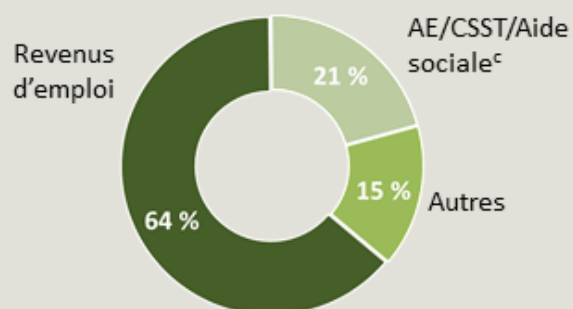


En 2021, **1,2 millions** de Québécois sont en situation d'**insécurité alimentaire** [III]<sup>b</sup>

**Population en situation d'insécurité alimentaire selon le quintile de revenu du ménage, 2020 [III]**

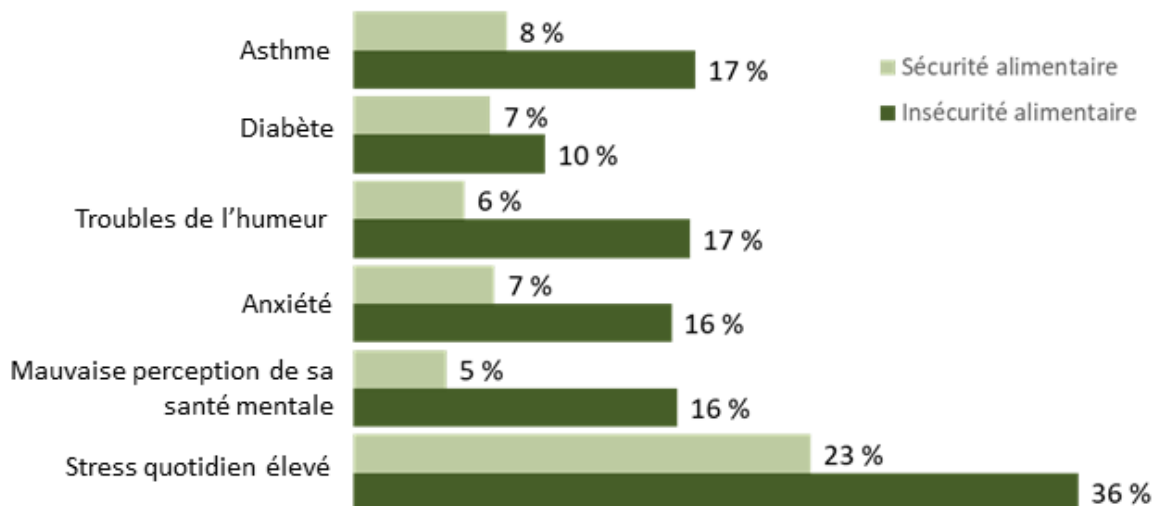


**Répartition de la population en situation d'insécurité alimentaire selon la principale source de revenu, 2017-2018 [IV]**



Les **dépenses alimentaires annuelles** des ménages ont augmenté de **1 648 \$** de 2017 à 2019 [V]

**Prévalence de maladies chroniques et de l'état de santé mentale selon l'état de sécurité alimentaire, 2017-2018 [IV]**



<sup>b</sup> Population vivant dans un ménage ayant connu une situation d'insécurité alimentaire (marginale, modérée ou sévère).

<sup>c</sup> Prestations d'assurance-emploi, indemnités accident de travail et aide sociale.

## Conditions de logement

### Taux d'inoccupation des logements locatifs privés selon la fourchette de loyer, 2017 et 2022 [VI]



### Ménages consacrant 50 % ou plus de leur revenu aux frais de logement, 2021<sup>d</sup> [I]



**128 795** locataires  
(8,7 %)



**70 695** propriétaires  
(3,2 %)

### Ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement, 2021<sup>e</sup> [I]



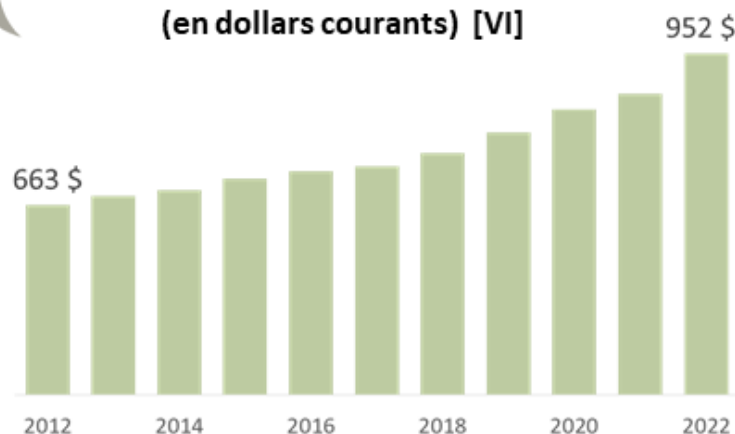
**173 000** locataires  
(11,9 %)



**45 270** propriétaires  
(2,1 %)



### Évolution du loyer moyen de 2012 à 2022 (en dollars courants) [VI]



<sup>d</sup> Ménages consacrant 50 % ou plus de leur revenu total aux frais de logement, ou, autrement dit, dont le taux d'effort au logement est supérieur à 50 %. Pour les ménages propriétaires, les frais de logement englobent, s'il y a lieu, les paiements hypothécaires, l'impôt foncier et les charges de copropriétés ainsi que les frais d'électricité, de chauffage, d'eau et des autres services municipaux. Pour les ménages locataires, les frais de logement englobent, s'il y a lieu, le loyer et les frais d'électricité, de chauffage, d'eau et des autres services municipaux.

<sup>e</sup> On dit d'un ménage qu'il a des besoins impérieux en matière de logement si son habitation n'est pas conforme à au moins une des normes d'acceptabilité (qualité, taille et abordabilité) et si 30 % de son revenu total avant impôt est insuffisant pour payer le loyer médian des logements acceptables situés dans sa localité.

## Développement des tout-petits et des jeunes

### Enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement, 2017<sup>f</sup> [VII]



27,7 % des enfants en 2017

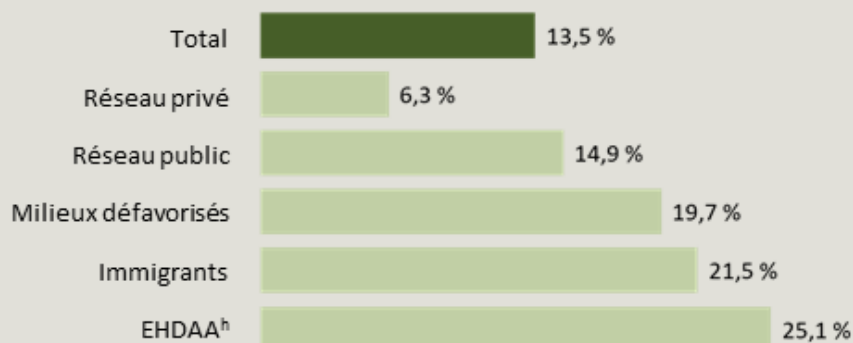


**Hausse** depuis 2012 (25,6 %)



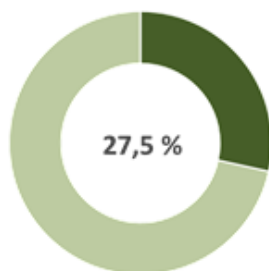
35,4 % des enfants des milieux défavorisés

### Taux de décrochage scolaire, 2019-2020<sup>g</sup> [VIII]



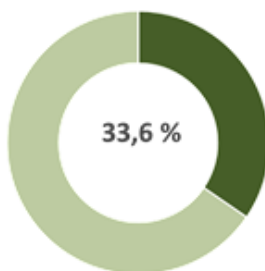
## Conditions de vie des personnes âgées, 2021 [I]

65 à 74 ans vivant seules



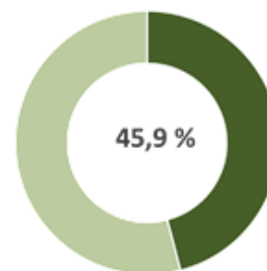
N = 268 740

75 à 84 ans vivant seules



N = 164 340

85 ans et plus vivant seules



N = 61 465

<sup>f</sup> Enfants qui se situent parmi les 10% des enfants québécois ayant les plus faibles résultats pour au moins un domaine de développement : santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier et habiletés de communication et connaissances générales.

<sup>g</sup> Le taux de décrochage représente la part des élèves du secondaire en formation générale des jeunes qui ont quitté le secondaire, alors qu'ils n'avaient aucun diplôme ni qualification.

<sup>h</sup> Élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage.

## Impacts sur la santé

### Espérance de vie en bonne santé, 2011-2012<sup>i</sup> [IX]

Écart de  
**9,7 ans**



Milieu favorisé **78,3 ans** > Milieu défavorisé **68,6 ans**

Écart de  
**8,5 ans**



Milieu favorisé **80,4 ans** > Milieu défavorisé **71,9 ans**

### Taux de mortalité prématurée, 2009-2013<sup>j</sup> [X]

(pour 10 000 décès)

Favorisé **18,7**

**2,0 X**  
plus élevé

Défavorisé **36,5**

### Taux de mortalité par suicide, 2009-2013 [XI]

(pour 10 000 décès)

Favorisé **8,1**

**2,1 X**  
plus élevé

Défavorisé **16,7**

<sup>i</sup> L'espérance de vie en bonne santé correspond au nombre moyen d'années qu'une personne devrait vivre en bonne santé si les profils actuels de mortalité et d'incapacité continuent de s'appliquer.

<sup>j</sup> La mortalité prématurée inclut tous les décès survenant avant 75 ans.

## 3 Synthèse des recommandations

### 3.1 Recommandations prioritaires



Que le gouvernement, notamment le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) avec le ministère des Finances, **bonifie l'allocation de base de l'aide sociale** pour atteindre au moins la **Mesure du panier de consommation**. (Recommandation 3)



Que le gouvernement, afin d'assurer une meilleure équité dans la réussite éducative des jeunes, conduise **des travaux sur les impacts liés aux parcours de formation différenciés**, notamment au regard des inégalités sociales de santé, et identifie les  **pistes de solutions probantes** pour les amoindrir. (Recommandation 7)



Que le gouvernement **développe de nouvelles places en CPE**, en ciblant prioritairement les régions et quartiers les plus défavorisés matériellement et ceux qui affichent les proportions les plus élevées d'enfants vulnérables dans l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM). (Recommandation 12)



Que le gouvernement **finance davantage les initiatives de transports collectifs et alternatifs** (covoiturage, autopartage, vélo en libre-service, etc.) y compris dans les régions périurbaines et rurales afin de permettre aux personnes sans voiture de rejoindre les lieux et les services indispensables pour répondre à leurs besoins. (Recommandation 19)



Que le gouvernement, notamment la Société d'habitation du Québec (SHQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), s'assure que le **logement social et communautaire fasse l'objet d'un réinvestissement substantiel annuel** jusqu'à l'atteinte d'une proportion de 20 % du parc de logements locatifs. (Recommandation 22)



Que soit accru, et ce dans une perspective d'équité interrégionale, le **financement à la mission globale des organismes** soutenus par le Secrétariat à l'action communautaire autonome et par les autres ministères québécois et que soit accru le financement aux initiatives sociales pour renforcer leur capacité d'agir dans leur propre mission d'aide, d'accompagnement, de défense des droits et de participation citoyenne afin qu'ils puissent répondre aux besoins identifiés et jugés prioritaires (mesure 19 du PAGIEPS 2017-2023). (Recommandation 31)



Que le gouvernement **développe**, en concertation et en soutien aux partenaires autochtones et dans une **perspective d'autodétermination, des mesures** – incluses ou non dans le futur Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale – **qui prennent en compte les besoins spécifiques, les priorités et les moyens privilégiés** des populations autochtones en communauté et en milieu urbain, ainsi que les **besoins financiers** associés à ces mesures (notamment par le biais d'un financement pérenne, spécifique et intégré à l'intention des organisations autochtones). (Recommandation 37)



### 3.2 Autres recommandations

1. Que le gouvernement, notamment le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) avec le ministère des Finances, poursuive une **réflexion structurée sur la possibilité de mettre en place un revenu de base** qui permette à toute personne de sortir de la pauvreté et soutienne les initiatives de recherche en lien avec cette mesure.
2. Que le gouvernement, notamment le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) avec le ministère des Finances, **bonifie le programme actuel de revenu de base pour les personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi** en ajustant annuellement le revenu disponible au niveau du **revenu viable**.
3. Voir recommandations prioritaires (section 3.1).
4. Que toutes les **mesures gouvernementales agissant sur le revenu** des personnes fassent l'objet de travaux étudiant la possibilité d'être **ajustées en fonction du coût de la vie selon le lieu de résidence**.
5. Que le gouvernement, notamment le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS), accorde la **priorité au développement d'emplois de qualité dans les milieux davantage défavorisés sur le plan socioéconomique et soutienne la formation et la qualification**, en :
  - 1) Favorisant les MRC dont l'indice de vitalité économique est négatif;
  - 2) Portant une attention particulière aux groupes de travailleurs plus susceptibles de vivre dans la pauvreté en fonction des réalités territoriales (ex. : groupes d'âge plus touchés, statut d'immigration, etc.).
6. Que le gouvernement, notamment le ministère du Travail, prévoie un **ajustement annuel du salaire minimum** pour qu'une personne qui travaille à temps plein touche l'équivalent du niveau du **revenu viable**.
7. Voir recommandations prioritaires (section 3.1).
8. Que le gouvernement soutienne financièrement un **programme d'alimentation scolaire universel**, réfléchi et mis en place avec tous les acteurs concernés, notamment ceux des milieux scolaires, de la santé et communautaires, pour toutes les écoles du Québec.
9. Que les **mesures favorisant la création de liens entre l'école, les familles et la communauté soient soutenues de manière récurrente** afin de mieux répondre aux besoins des élèves défavorisés et de leur famille, des enseignants et des organismes communautaires qui les accompagnent.
10. Que le gouvernement prévoie **le financement à long terme des actions de proximité afin de freiner l'isolement des personnes âgées**, reconnu comme facteur de risque entre autres de la maltraitance, de la comorbidité, de la perte d'autonomie, des chutes et du déconditionnement chez les âgé-es.

11. Que **l'ensemble des mesures de réponse aux besoins essentiels** (revenu, logement, transport, information, services de proximité) soient **adaptées et accessibles à la réalité des aînés vulnérables**.
12. Voir recommandations prioritaires (section 3.1).
13. Que le gouvernement inscrive l'obligation **d'accueillir en priorité les enfants socioéconomiquement désavantagés dans les processus de sélection des services de garde éducatifs à l'enfance (SGÉE)** (en lien avec les travaux en cours sur le guichet d'accès Place 0-5 par le ministère de la Famille), et qu'elle inclue l'ensemble des familles vivant sous le seuil de la mesure de faible revenu (MFR).
14. Que les **CPE soient rendus accessibles aux enfants demandeurs d'asile et à statut précaire**.
15. Que l'offre de places réservées en SGÉE (**places protocoles**) soit améliorée, notamment par la mise en œuvre d'un **fichier national** conjoint ministère de la Famille-MSSS de **données de surveillance** afin de suivre en continu de l'actualisation de ces places (en lien avec les travaux en cours sur l'entente-cadre entre le ministère de la Famille et le MSSS).
16. Que le **programme Interventions éducatives précoces, ou un programme structurant similaire, soit déployé dans l'ensemble des régions du Québec** et adapté aux réalités et besoins des différentes régions.
17. Que le gouvernement, notamment le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en collaboration avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS), le ministère des Finances (MF) et le ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie (MEIE), **renforce l'action sur les déterminants intermédiaires et structurels de l'insécurité alimentaire** en :
  - 1) Bonifiant et rendant récurrente la mesure 13.1 du PAGIEPS;
  - 2) Orientant celle-ci afin de soutenir prioritairement des initiatives d'économie sociale visant à rendre accessible à coût abordable des aliments sains pour les personnes en situation de précarité économique;
  - 3) Modulant cette mesure de façon à ce que des modes de financement adaptés aux étapes d'émergence (financement par projet) et d'opérations (ententes pluriannuelles) soient combinés.
18. Que soit évaluée et généralisée si résultats probants une **mesure de soutien économique à l'achat d'aliments sains**.
19. Voir recommandations prioritaires (section 3.1).
20. Que le gouvernement rehausse les subventions octroyées pour l'offre de service du transport collectif existante afin d'offrir des **circuits de desserte en dehors des heures de pointe** favorisant l'équité d'accès aux ressources et services à l'ensemble de la population.
21. Que le gouvernement crée un **programme d'aide financière dédié à l'implantation de mesures de tarification sociale basée sur le revenu** pour les transports collectifs.

22. Voir recommandations prioritaires (section 3.1).
23. Que le gouvernement, notamment la Société d'habitation du Québec (SHQ), **déploie un programme d'aide à la pierre**, dédié spécifiquement au développement de **nouveaux logements sociaux et communautaires**, considérant une **diversité des besoins** en matière de vulnérabilité tant économique que sociale, **arrimé automatiquement à des aides à la personne** et **mieux adapté au contexte de développement** des promoteurs de logement social.
24. Que le gouvernement, notamment la Société d'habitation du Québec (SHQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), s'assure que le *Cadre de référence sur le soutien communautaire au logement social et communautaire* soit accompagné d'un **réinvestissement substantiel en réponse** aux besoins actuels et que tous les nouveaux projets de logements sociaux et communautaires soient accompagnés d'une mesure de financement pérenne et adapté selon les besoins de la clientèle visée pour ces logements.
25. Que le gouvernement mandate un organisme public **pour analyser l'impact de la réforme annoncée du réseau de la santé et des services sociaux** dans une perspective d'équité d'accès et de diminution des inégalités sociales de santé.
26. Que le gouvernement permette aux **personnes non couvertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec qui résident au Québec** d'être admissibles au Guichet d'Accès à la Première ligne, mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de **bénéficier des services sociaux et de santé de première ligne** (incluant les services de prévention, de promotion et de protection) **du réseau public québécois**.
27. Que le gouvernement mette en place **les mesures et les conditions nécessaires afin que tou·tes les professionnel·les de santé** exerçant au Québec offrent les soins de santé tel que prévu dans le cadre du programme fédéral de santé intérimaire, **à toutes les personnes demandeuses d'asile couvertes par ce programme**.
28. Que soit diffusée **une campagne sociétale** afin de lutter contre les préjugés et la stigmatisation à l'endroit des personnes en situation de pauvreté, en plus de faire reconnaître et valoriser leur implication dans la société.
29. Que soient mises en place, avec la participation de personnes en situation de pauvreté, différentes **mesures et formations pour transformer** les perceptions, visions, valeurs, pratiques, comportements et modes de fonctionnement des **institutions et des acteur·rices qui offrent des services publics, dans le but d'éliminer les préjugés, la stigmatisation et la discrimination** à l'endroit des personnes en situation de pauvreté.
30. Que les réseaux publics et parapublics soient incités à recourir davantage à la **participation de personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale dans les lieux et processus décisionnels** lors de modifications ou de nouvelles mesures législatives ou réglementaires, de programmes, de politiques ou d'activités susceptibles de les affecter, et ce, par la mise en place de mécanismes adaptés (diversité de modalités et de lieux).

31. Voir recommandations prioritaires (section 3.1).
32. Que le gouvernement accorde à **chaque région une flexibilité d'adaptation des mesures et des interventions** pour tenir compte des réalités socioéconomiques de chacune des régions.
33. Que le gouvernement s'assure que le **financement accordé à chaque région** dans le cadre du prochain Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale **s'appuie sur des indices validés pour une répartition équitable des financements** tenant compte de différentes variables ayant un impact sur les inégalités sociales de santé et la pauvreté.
34. Que le gouvernement s'assure que les **Alliances pour la solidarité** deviennent une **mesure récurrente et régionalisée** qui prévoit :
  - 1) Le financement indexé récurrent, adéquat pour maintenir les concertations liées aux déploiements des Alliances régionales;
  - 2) Le maintien des mécanismes régionalisés de sélection des projets;
  - 3) La reconduction indexée annuelle de l'enveloppe totale des Alliances pour la solidarité.
35. Que les **besoins des populations vulnérables soient considérés dans l'élaboration de projets ou de politiques publiques**, et ce, en prenant en compte les évaluations de la Vulnérabilité régionale aux changements climatiques (VRAC) et les Plans d'adaptation régionaux au climat de santé publique (PARC).
36. Que l'État investisse dans les stratégies favorisant la **résilience communautaire et la cohésion sociale**, afin de renforcer le filet social, les facteurs de protection et la capacité de faire face aux changements climatiques.
37. Voir recommandations prioritaires (section 3.1).
38. Que soit assurée la **continuité des plans d'action en évitant une période de latence** entre les plans de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale en prévoyant, au plus tard dans les 12 mois précédant la fin du 4<sup>e</sup> plan et de ses mesures, l'obligation de :
  - 1) Amorcer le processus d'évaluation du 4<sup>e</sup> plan d'action;
  - 2) Mettre en place les instances et les démarches de consultation et de collaborations interministérielles en vue du 5<sup>e</sup> plan d'action.
39. Que soit mis en place un **mécanisme indépendant de suivi de la clause d'impact** inscrite à l'article 20 de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*[4].
40. Que des mécanismes soient prévus et communiqués afin d'identifier les **mesures au 4<sup>e</sup> plan d'action qui sont récurrentes** et qui, nonobstant la fin dudit plan, seront **maintenues ou prolongées**, et ce, jusqu'à l'entrée en vigueur du prochain plan.
41. Que soit **facilité le financement par plus d'une mesure** dans le cadre du Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en accordant une souplesse à l'intégration d'outils administratifs pour la reddition de compte des projets dans les mesures régionalisées (p. ex. : mesure 11 et 13.1 du PAGIEPS 2017-2023).

## 4 Revenus et emploi

### 4.1 Revenus et dépenses

La *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* nous invite à adopter des mesures susceptibles de permettre aux personnes de sortir de la pauvreté[4]. La multiplication des mesures et des programmes établis depuis l'application de la Loi n'a pas permis de réduire de façon significative la proportion de personnes qui vivent dans la pauvreté[12]. Les conditions d'accès à ces mesures produisent trop souvent de la stigmatisation[13]. Il existe des formules innovantes basées sur plusieurs expériences qui ont donné des résultats positifs. Elles simplifient l'administration des programmes tout en atteignant les objectifs de la lutte contre la pauvreté, énoncés dans la Loi. Le gouvernement pourrait s'inspirer, par exemple, de la proposition de revenu minimum garanti de l'Île-du-Prince-Édouard ou de la proposition d'une assurance-revenu de base proposée par des organismes communautaires du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine[14].

Recommandation 1 : Que le gouvernement, notamment le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) avec le ministère des Finances, poursuive une **réflexion structurée sur la possibilité de mettre en place un revenu de base** qui permette à toute personne de sortir de la pauvreté et soutienne les initiatives de recherche en lien avec cette mesure.

Le gouvernement a déjà avancé un premier pas dans cette direction avec le Programme de revenu de base pour les personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi[15]. Puisque ces personnes devront vivre le reste de leur vie avec ce revenu, il faudrait qu'il soit ajusté à un seuil qui ne les laisse pas perpétuellement dans la pauvreté. Actuellement, une personne qui vit seule avec ces limitations reçoit 20 024 \$ par année. Cela ne lui permet même pas de couvrir ses besoins de base mesurés selon la Mesure du panier de consommation (MPC), qui s'élèvent à 23 025 \$[16]. Or, selon l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), pour vivre décemment, au niveau du revenu viable[17], cette personne devrait toucher 32 552 \$ si elle vivait à Montréal, près des services.

Recommandation 2 : Que le gouvernement, notamment le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) avec le ministère des Finances, **bonifie le programme actuel de revenu de base pour les personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi** en ajustant annuellement le revenu disponible au niveau du **revenu viable**.

Une personne seule qui vivait à Montréal en 2022 était pauvre si elle avait un revenu inférieur à 20 080 \$[18] selon la MPC. Or cette même personne ne pouvait recevoir une prestation d'aide sociale que de 887 \$ par mois (10 664 \$/an). L'indexation portera cette somme à 944 \$[19] en 2023. Ce programme maintient ces personnes dans une grande pauvreté.



Recommandation 3 : Que le gouvernement, notamment le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) avec le ministère des Finances, **bonifie l'allocation de base de l'aide sociale** pour atteindre au moins la **Mesure du panier de consommation**.

Enfin, il est notoire que le coût de la vie diffère significativement entre les différentes régions du Québec (voir par exemple l'étude comparative du coût de la vie en Estrie par rapport à d'autres régions du Québec, 2007[20]). Lorsqu'on établit un seuil de pauvreté, de revenu de base ou de revenu viable, on introduit d'importantes distorsions si on ne considère pas ces différences.

**Recommandation 4 : Que toutes les mesures gouvernementales agissant sur le revenu des personnes fassent l'objet de travaux étudiant la possibilité d'être ajustées en fonction du coût de la vie selon le lieu de résidence.**

## 4.2 Emploi et accès au marché du travail

L'article 7 de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale nous invite à « favoriser l'accès à l'emploi et valoriser le travail »[4] (article 7, alinéa 3). Parmi les actions mises en place pour répondre à cet objectif, miser sur la régionalisation d'employeurs de moyenne et grande taille permettrait de cibler des milieux défavorisés et des MRC dont l'indice de vitalité économique est négatif. La création d'emplois stables et de qualité (mieux rémunérés, offrant des avantages sociaux intéressants et présentant peu de risques à la santé des travailleurs) au sein de ces territoires permettrait de hausser leur niveau de vitalité économique.

Parmi toutes les avenues possibles pour y parvenir, l'une d'entre elles serait de prioriser le développement des ministères et organismes gouvernementaux dans les régions davantage défavorisées du Québec. La création d'emploi de qualité sous-jacente à cette avenue aurait un effet d'entraînement dans l'environnement territorial de ces lieux de travail. L'installation des familles de ces travailleur·euses soutiendrait l'entretien d'un réseau de services de base pouvant répondre aux demandes de ces personnes. Cela entraînerait également d'autres emplois qui ne sont pas directement liés aux ministères et organismes et qui bénéficieraient à l'ensemble du territoire[21]. La même logique peut s'appliquer aux entreprises privées dans la mesure où elles pourvoient également des emplois stables et de qualité. Le développement des technologies de l'information, des communications et de la collaboration virtuelle des dernières années rendent cette mesure encore plus accessible et efficace[22].

Les emplois offerts par ces employeurs peuvent avoir des exigences de scolarité variable. Conséquemment, il faudrait qu'il y ait des programmes de formation adaptés à la réalité des populations locales au sein même de ces communautés afin de pourvoir les postes accessibles à la population locale par la population locale. Ces programmes de formation pourraient prioriser des groupes de travailleurs plus susceptibles de vivre dans la pauvreté en fonction des réalités territoriales.

**Recommandation 5 : Que le gouvernement, notamment le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS), accorde la priorité au développement d'emplois de qualité dans les milieux davantage défavorisés sur le plan socioéconomique et soutienne la formation et la qualification, en :**

- 1) Favorisant les MRC dont l'indice de vitalité économique est négatif;
- 2) Portant une attention particulière aux groupes de travailleurs plus susceptibles de vivre dans la pauvreté en fonction des réalités territoriales (ex. : groupes d'âge plus touchés, statut d'immigration, etc.).

Le travail précaire ou mal rémunéré peut maintenir les personnes dans la pauvreté[23]. La MPC peut servir de repère à un revenu de base parce qu'on s'adresse à une situation temporaire. Si on veut sérieusement encourager la participation au monde du travail, il faut s'assurer que tou·tes les travailleur·euses soient assez rémunérés pour ne pas rester prisonniers de la trappe de la pauvreté[17]. La logique d'entraînement de cet investissement social est du même ordre que celui des recommandations précédentes. Plus les personnes dans un territoire donné auront des disponibilités financières, plus la vitalité du milieu dans son ensemble s'enrichira et se développera.

Recommandation 6 : Que le gouvernement, notamment le ministère du Travail, prévoie un **ajustement annuel du salaire minimum** pour qu'une personne qui travaille à temps plein touche l'équivalent du niveau du **revenu viable**.

## 5 Éducation, famille et personnes âgées

### 5.1 Éducation et formation

La réussite éducative ainsi que ses déterminants ont un impact majeur sur la santé, et ce, tout au long de la vie, par leur influence sur les conditions de vie (emploi, revenu, logement, etc.) et l'adoption d'un mode de vie sain[24-27]. La *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* nous invite donc à rendre accessibles des services d'éducation qui sont adaptés aux besoins spécifiques des personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale ainsi qu'à favoriser la réussite scolaire des jeunes, particulièrement ceux vivant en milieux défavorisés[28].

En dépit des avancées considérables des cinquante dernières années en matière de démocratisation scolaire au Québec, certains défis subsistent relativement à la capacité de son système d'éducation de contrer l'exclusion sociale[29]. L'organisation actuelle des services scolaires au Québec induit certains effets délétères, ce que reflètent diverses données qui tendent à démontrer que son modèle, qui repose sur la segmentation des élèves entre trois composantes distinctes – privé, public régulier et public enrichi – contribuerait, dans les faits, à exacerber les inégalités. Il ressort de nombreuses études que des facteurs liés à l'origine sociale (capital culturel, social et économique) détermineraient la répartition des élèves entre l'une ou l'autre des trois filières, influant significativement les suites de leur parcours scolaire[30]. En effet, les taux de diplomation et de qualification sont nettement supérieurs dans le réseau d'enseignement privé que dans le réseau public (2021 : 94 % contre 70 %)[31]. De plus, en ce qui a trait à l'accès aux études supérieures, en comparaison avec les classes publiques régulières, les écoles privées du Québec enregistrent un taux beaucoup plus élevé d'admission aux études collégiales, soit (37 % contre 77 %)[31]. Des écarts liés à la stratification des établissements sont aussi notables en lien avec l'accès à l'université au Québec, selon la filière scolaire d'origine (privé, public régulier ou public enrichi)[32, 33]<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Selon l'étude de Maroy et Kamanzi (2017), 34 % des jeunes Québécois interrogés avaient poursuivi un programme d'études universitaires [33]. Cette proportion variait toutefois selon l'établissement fréquenté au secondaire. Elle était de 60 % chez les étudiants ayant fréquenté des écoles privées, alors qu'elle était de 29 % pour ceux du public. Parmi ces derniers, la proportion était nettement moins élevée chez ceux qui avaient suivi uniquement des cours réguliers (15 %) en comparaison à ceux ayant suivi des cours « enrichis » dans une école publique (51 %).

Alors que l'éducation devrait permettre de briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté, ces données semblent plutôt indiquer que le système éducatif québécois, par la fragmentation qu'il entraîne, favoriserait la persistance, voire la reproduction, des inégalités sociales[32, 33]. De fait, le taux de diplomation au secondaire des élèves issus des milieux les plus défavorisés se situe autour de 60 %, alors que celui des élèves en provenance des milieux les plus favorisés avoisine 85 %[34]<sup>3</sup>. Comme le rapporte le Conseil supérieur de l'Éducation, dans son rapport sur l'état et les besoins de l'éducation 2014-2016, la séparation des élèves en fonction de leur profil socioéconomique ou de leur performance scolaire nourrit une tendance à l'homogénéisation des classes, particulièrement préjudiciable aux élèves les plus défavorisés. En retour, une plus grande mixité sociale à l'école peut avoir des effets positifs sur le bien-être personnel et social, pour tous les élèves, et en particulier ceux issus des milieux défavorisés[35, 36].



**Recommandation 7 :** Que le gouvernement, afin d'assurer une meilleure équité dans la réussite éducative des jeunes, conduise des **travaux sur les impacts liés aux parcours de formation différenciés**, notamment au regard des inégalités sociales de santé, et identifie les **pistes de solutions probantes** pour les amoindrir.

Au Québec, 16 % des enfants vivent dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire[37]. De nombreux domaines de leur développement – physique, cognitif, psychologique, comportemental et social – subissent l'impact négatif de cette situation[38-43]. De plus, la littérature démontre que l'insécurité alimentaire contribue à créer des conditions d'apprentissage inégales affectant négativement le rendement scolaire et la réussite éducative des jeunes[44-46].

Dans le but d'atténuer l'impact de la faim sur le développement et le parcours scolaire des jeunes, diverses initiatives de soutien alimentaire ont été mises en place au Québec. Bien que plusieurs de ces initiatives aient généré des retombées intéressantes, certains aspects peuvent créer de la stigmatisation et des iniquités, notamment parce qu'elles permettent souvent d'identifier les élèves qui en bénéficient et qu'elles utilisent parfois des indices globaux de sélection des écoles, ce qui peut freiner l'accès à des jeunes vivant dans un ménage défavorisé fréquentant une école favorisée[47, 48]. De leur côté, les programmes d'alimentation scolaire universels (PASU)<sup>4</sup> veillent à ce que tous aient accès à des collations et repas sains lors des jours d'école, sans critères de sélection, ce qui a pour effet d'augmenter les taux de participation et de diminuer le risque de stigmatisation[49-51]. De plus, les PASU ont démontré des effets positifs sur la quantité de fruits et légumes consommés chez les jeunes défavorisés[52-54], sur la sécurité alimentaire des ménages[55-59], sur la présence à l'école et la réussite scolaire des jeunes[60, 61]. Enfin, l'implantation de ce type de programme a le pouvoir de répondre à plusieurs objectifs prioritaires du gouvernement (saine alimentation, réussite éducative et objectif éducatif, développement durable, réduction des ISS et de la stigmatisation).

Actuellement, le Canada est le seul pays du G7 qui n'offre pas ce type de programme[62]. L'établissement d'un PASU est une recommandation mise de l'avant par plusieurs organisations, dont le Collectif québécois pour une saine alimentation scolaire qui regroupe plus de 60 organismes,

<sup>3</sup> On compare les taux de diplomation des élèves sept ans après leur entrée au secondaire, entre ceux du décile supérieur et ceux du décile inférieur de l'Indice de milieu socioéconomique (IMSE) du Québec.

<sup>4</sup> Un programme d'alimentation scolaire universel est ici défini comme un programme non obligatoire, gratuit ou avec coûts partagés, qui offre une ou plusieurs initiatives de soutien alimentaire, dont un repas, à tous les élèves qui fréquentent une école.



institutions et individus et l'Observatoire québécois des inégalités[63, 64]. Afin que ces programmes atteignent leur plein potentiel et soient implantés de manière optimale, ils doivent tenir compte des préférences, des attentes et de la réalité des jeunes, de leurs parents et de toute l'équipe-école. Ils doivent également refléter le contexte local de l'école (ex. : infrastructures, ressources humaines et matérielles) et de la région (ex. : système alimentaire, communautés représentées) dans lesquels ils sont menés.

**Recommandation 8 :** Que le gouvernement soutienne financièrement un **programme d'alimentation scolaire universel**, réfléchi et mis en place avec tous les acteur·rices concerné·es, notamment ceux des milieux scolaires, de la santé et communautaires, pour toutes les écoles du Québec.

L'encadrement parental et la valorisation de l'éducation par les parents font partie des grands déterminants de la réussite éducative[65]. L'implication du parent dans le parcours scolaire de l'enfant est primordiale, car elle contribue à la motivation et à la réussite éducative. Dans la littérature, on note que la participation des familles issues de milieux défavorisés aux activités scolaires est plus faible et que cela peut s'expliquer par différentes barrières, par exemple, la faible confiance envers l'école, des enjeux d'analphabétisme et une incompréhension du système scolaire et des modes de communication associés[66]. Trop souvent, les liens entre l'école et les familles vulnérables sont fragiles, ce qui entretient une certaine méfiance ou peut mener à des confrontations, nuisant à l'implication des parents dans le suivi scolaire[67, 68].

Certaines pratiques permettraient de rehausser la participation des parents issus de milieux défavorisés aux activités scolaires : renforcer le sentiment des parents d'être bienvenus à l'école, leur offrir des occasions d'échanges avec d'autres parents et mettre à contribution des membres de la communauté, tels que les organismes communautaires[66, 69-71]. Ces derniers, ayant généralement la confiance des parents, peuvent contribuer à rétablir les liens entre les parents et l'école en jouant un rôle de liaison et en sensibilisant les milieux scolaires aux enjeux et réalités de la défavorisation matérielle et sociale. Du financement récurrent aiderait les organismes à assumer ces rôles sur une base régulière[72]. Enfin, il semblerait que les parents seraient plus portés à s'impliquer au sein de l'école s'ils croient que la relation entre leur enfant et l'enseignant·e est positive et que le climat scolaire est inclusif[73]. Toutefois, selon une analyse des données de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, les enseignant·es estiment généralement avoir une moins bonne relation avec les enfants issus de milieux défavorisés et avec ceux ayant des problèmes de comportement[74]. Cette même étude révélait que « les élèves de milieux défavorisés qui font l'objet de relations bienveillantes et aidantes avec leurs enseignant·es, tôt dans leur parcours scolaire, perçoivent de façon plus positive leur environnement scolaire ». En ce sens, certains auteur·rices avancent qu'il serait bénéfique pour les enseignant·es de mieux saisir les besoins particuliers des enfants vivant en milieu défavorisé pouvant contribuer à faciliter la création de liens affectifs avec eux[75]. Une piste de solution proposée serait d'intégrer des contenus spécifiques à cet égard dans la formation initiale en enseignement.

Le leadership des directions des établissements scolaires est crucial dans le succès des partenariats entre l'école, les familles et la communauté [76], d'où l'importance de mesures structurantes visant à accroître la place faite à l'équité, l'inclusion et la justice sociale dans la formation, l'accompagnement, la supervision et l'évaluation de la pratique des directions d'établissement[77].

Il est démontré que les agents de milieu ou de liaison implantés dès le début des années 1980, et ensuite connus sous l'appellation intervenant interculturel, intervenant communautaire scolaire (ICS), intervenant communautaire et interculturel (ICSI), dont la pratique se situe à l'intersection du communautaire et du scolaire, peut faciliter l'intégration et la réussite éducative des élèves issus de milieux défavorisés et accompagner les familles issues de l'immigration [78]. En ce sens, les mesures gouvernementales visant à favoriser leur embauche, avec un mandat de créer et renforcer les liens entre l'école, la famille et les divers organismes de la communauté, devraient être rehaussées et récurrentes (telles par exemple, pour les familles réfugiées et immigrantes, les allocations prévues par les mesures 15054 et 15055 du Programme de soutien au milieu scolaire 2022-2023)[79].

**Recommandation 9 : Que les mesures favorisant la création de liens entre l'école, les familles et la communauté soient soutenues de manière récurrente** afin de mieux répondre aux besoins des élèves défavorisés et de leur famille, des enseignant-es et des organismes communautaires qui les accompagnent.

## 5.2 Personnes âgées

La société québécoise doit s'adapter à une population vieillissante en pleine croissance. Les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront près du quart de la population en 2030[80]. À l'image de la société, les personnes âgées représentent un vaste groupe hétérogène. La pandémie a mis en lumière les inégalités sociales de santé (ISS) vécues par ce groupe ainsi que les effets de l'isolement chez les personnes âgées.

### **Personnes âgées, la pauvreté comme facteur de risque de l'isolement**

L'isolement et l'exclusion sociale sont associés à : un plus grand nombre de dépressions, la démence, plus d'incapacité liée à des maladies chroniques, une santé mentale fragile, une utilisation accrue des services de santé et de soutien, une qualité de vie réduite, un fardeau pour les proches aidant-es[81]. Pour lutter contre l'isolement social, miser sur une forte dimension économique est une stratégie gagnante[82]. Qui plus est, le travail de proximité et le repérage rapide sont nécessaires[83] pour rejoindre les aîné-es vulnérables, notamment les aîné-es immigrant-es et les femmes allophones. Ces actions de proximité sont structurées et réalisées entre les partenaires du réseau de la santé et de la communauté. Elles permettent de rejoindre les personnes là où elles se trouvent; au sein de leur milieu de vie. Ces actions s'inscrivent en réponse aux besoins de cette population et agissent sur les ISS.

**Recommandation 10 : Que le gouvernement prévoie le financement à long terme des actions de proximité afin de freiner l'isolement des personnes âgées,** reconnu comme facteur de risque entre autres de la maltraitance, de la comorbidité, de la perte d'autonomie, des chutes et du déconditionnement chez les aîné-es.

### **Caractéristiques liées à la pauvreté**

L'isolement social est accentué pour les immigrant-es âgé-es, et c'est davantage le cas pour ceux qui viennent d'un pays où la langue et la culture sont différentes de celles du Canada[84]. Qui plus est, les femmes et les minorités visibles sont les personnes âgées les plus susceptibles de vivre avec un faible revenu au moment de la retraite[85]. Le revenu médian des femmes âgées, en 2017, correspondait à 66 % de celui des hommes âgés. Le fait d'être une personne âgée vivant seule représente un poids

aggravant à la situation de faible revenu[86]. L'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS) a démontré que plus de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus ne parviennent pas à obtenir un revenu viable, entre autres, en raison de leur profil de consommation qui diffère de celui de la population générale[87]. Elles ont plusieurs dépenses non considérées dans la MPC, comme l'achat de médication ou d'équipements en soutien au maintien de leur autonomie. Il apparaît que les mesures utilisées pour calculer la pauvreté desserviraient mal les personnes âgées, ces mesures ne prenant pas en considération plusieurs facteurs propres au vieillissement[87].

Tel que nous le verrons dans les sections suivantes, les difficultés d'accès au logement abordable et au transport sont des facteurs importants dans la lutte à la pauvreté[86]. Les aîné-es représentent la plus forte proportion d'occupation d'un logement non abordable, particulièrement pour les femmes âgées où ce taux s'élève à 19 % comparativement à 13 % pour les hommes âgés[80]. Les besoins en logement sont une préoccupation importante pour les personnes plus démunies, les dépenses liées au logement accaparant une partie importante du revenu[86]. De plus, les défis d'accès aux services appropriés, à l'information et aux programmes sont désignés comme autant d'obstacles à l'inclusion et à la satisfaction des besoins sociaux de base pour les aîné-es[88]. L'accès inégal au transport peut engendrer ou maintenir l'exclusion sociale et économique. La mobilité des aîné-es peut être considérée comme un enjeu de santé publique considérant qu'elle est un facteur clé à la prévention de l'isolement[89]. L'accès aux ressources et aux services de proximité sera considérablement réduit si l'accès à des transports collectifs adéquats est inadéquat, inexistant ou inabordable[90].

**Recommandation 11 : Que l'ensemble des mesures de réponse aux besoins essentiels (revenu, logement, transport, information, services de proximité) soient adaptées et accessibles à la réalité des aîné-es vulnérables.**

### 5.3 Accès aux services de garde éducatifs à l'enfance

La fréquentation d'un service de garde éducatif à l'enfance (SGÉE) et les expériences vécues par les enfants dans des milieux éducatifs de qualité influencent positivement leur trajectoire de développement, leur réussite éducative, et plus largement leur trajectoire de vie[91, 92]. La *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, instituée par la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, engage d'ailleurs le gouvernement à accélérer le développement de places en services de garde éducatifs[28]. À cet égard, les directeur·rices régionaux·ales de santé publique du Québec (DRSP) se sont prononcés lors de plusieurs consultations publiques, notamment la Commission Laurent, en faveur d'une meilleure accessibilité aux SGÉE de qualité pour les enfants vivant en milieux défavorisés[92, 93].

On constate une iniquité d'accès aux SGÉE de qualité, notamment pour les enfants issus de milieux défavorisés ou présentant des difficultés développementales[93]. Il a été observé que ces enfants sont moins susceptibles de fréquenter les SGÉE, et lorsqu'ils en fréquentent, ils ont plus de chance de se retrouver dans des services de moins bonne qualité[92]. De plus, on rapporte une répartition géographique des SGÉE de qualité inéquitable, notamment pour les centres de la petite enfance (CPE), le type de SGÉE qui combine le plus de conditions d'implantation favorables à la qualité.

Aussi, les DRSP ont observé que certains groupes de la population ont tendance à moins fréquenter les SGÉE entre autres pour des raisons monétaires, culturelles ou d'accessibilité, notamment les enfants immigrants. Quant aux enfants demandeurs d'asile et ceux ayant un statut migratoire précaire, ils sont

exclus des SGÉE subventionnés, et donc des CPE[93]. Cette situation n'est pas négligeable, considérant que les SGÉE favorisent le développement de ces enfants, notamment le développement du langage, et contribuent à l'intégration des parents sur le marché du travail.

Par ailleurs, les résultats de l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* (EQDEM) ont montré une augmentation de la proportion d'enfants présentant une vulnérabilité dans au moins un domaine de développement, passant de 25,6 % à 27,7 % entre 2012 et 2017[94]. Aussi, une plus grande proportion de ces enfants vulnérables au plan du développement se retrouve dans les milieux défavorisés[25].

Pourtant, il est important de rappeler que les effets bénéfiques de la fréquentation d'un SGÉE sont plus marquants quant au développement des enfants issus de milieux socioéconomiques défavorisés[93]. Le ministère de la Famille partage d'ailleurs cette vision avec le *Grand chantier pour les familles* et le *Plan d'action pour compléter le réseau des SGÉE*[95]. En permettant aux parents de travailler, en particulier les mères, les SGÉE contribuent de plus à réduire la pauvreté des familles. En ce sens, les SGÉE de qualité sont considérés comme un outil important dans la lutte contre la pauvreté. D'ailleurs, les interventions précoces, incluant la fréquentation d'un SGÉE de qualité, sont fondamentales pour réduire les écarts de santé associés à la pauvreté et aux inégalités sociales[25]. De plus, dans une perspective de santé publique et d'équité, le modèle des CPE demeure celui qui réunit le plus de conditions de succès pour réduire ces écarts de développement entre les enfants mieux nantis et les enfants de milieux défavorisés[93].



Recommandation 12 : Que le gouvernement **développe de nouvelles places en CPE**, en ciblant prioritairement les régions et quartiers les plus défavorisés matériellement et ceux qui affichent les proportions les plus élevées d'enfants vulnérables dans l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* (EQDEM).

Recommandation 13 : Que le gouvernement inscrive l'obligation **d'accueillir en priorité les enfants socioéconomiquement désavantagés dans les processus de sélection des services de garde éducatifs à l'enfance (SGÉE)** (en lien avec les travaux en cours sur le guichet d'accès Place 0-5 par le ministère de la Famille), et qu'elle inclue l'ensemble des familles vivant sous le seuil de la mesure de faible revenu (MFR).

Recommandation 14 : Que les **CPE soient rendus accessibles aux enfants demandeurs d'asile et à statut précaire**.

Le programme de santé publique *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) déployé dans tout le Québec, tout comme le travail de proximité avec les organismes communautaires et d'autres partenaires, visent entre autres l'intégration des enfants issus de milieux défavorisés dans les SGÉE[92]. De plus, il existe des initiatives spécifiques développées par certaines régions pour soutenir le réseau des SGÉE dans leurs interventions auprès des enfants vivant en contexte défavorisé[96]. Les places réservées en SGÉE offrent une opportunité de choix pour intégrer ces enfants. Cependant, le récent rapport du vérificateur général révèle d'importantes lacunes en ce qui a trait à l'application des ententes entre SGÉE et CISSS/CIUSSS pour les places protocoles : faible taux d'occupation, absence de contrôle du ministère de la Famille sur les ententes, etc. [97]. Suite à cela, des

institutions de santé publique du Québec ont fait des demandes afin d'améliorer le programme de réservation de places[92]. La mise en place d'un fichier national conjoint de données de surveillance entre le ministère de la famille et le MSSS permettrait, de plus, de suivre en continu l'occupation des places protocoles[93]. Le programme montréalais *Interventions éducatives précoces*[96] ou le programme du Bas St-Laurent *Stimulation précoce pour les enfants de 2 à 5 ans*, sont d'autres exemples d'avenues prometteuses pour diminuer les écarts d'accès et favoriser la qualité des SGÉE. Cependant, ces programmes méritent d'être déployés à plus grande échelle et consolidés afin d'atteindre leurs objectifs.

Recommandation 15 : Que l'offre de places réservées en SGÉE (**places protocoles**) soit améliorée, notamment par la mise en œuvre d'un **fichier national** conjoint ministère de la Famille-MSSS de **données de surveillance** afin de suivre en continu l'actualisation de ces places (en lien avec les travaux en cours sur l'entente-cadre entre le ministère de la Famille et le MSSS).

Recommandation 16 : Que le **programme *Interventions éducatives précoces*, ou un programme structurant similaire, soit déployé dans l'ensemble des régions du Québec** et adapté aux réalités et besoins des différentes régions.

## 6 Besoins essentiels

### 6.1 Sécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire (IA) est un enjeu de santé publique grave et persistant, désignant la difficulté des personnes à s'alimenter adéquatement faute de revenus suffisants<sup>5</sup> [98, 99]. Sa prévalence augmente à mesure que le revenu baisse[100, 101] (voir infographie section 2). Les individus touchés par l'IA sont plus vulnérables aux maladies chroniques (voir infographie section 2) et infections[102-105], aux troubles de santé mentale[106, 107] et connaissent des hospitalisations plus nombreuses et plus longues[108-110]. Le Québec compte plus de 1,2 million de personnes vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire[111], menant à des coûts de santé importants[112-114] et surtout, évitables.

L'IA étant associée à l'insuffisance de revenu, on pourrait penser que l'emploi est une piste de solution capable d'enrayer la faim. Bien que les ménages les plus à risque d'insécurité alimentaire sont ceux dont le revenu provient de programmes d'assistance sociale[101], une forte majorité des ménages souffrant d'IA ont un revenu d'emploi (voir infographie section 2). Les travailleur·ses au bas de l'échelle socioéconomique, ayant des emplois atypiques ou précaires, sont particulièrement à risque d'IA[101, 115, 116]. Les mesures abordées précédemment visant à assurer un revenu stable et suffisant aux personnes sont les plus efficaces afin de réduire durablement l'IA[64, 117, 118].

---

<sup>5</sup> L'insécurité alimentaire se définit comme un accès inadéquat ou incertain aux aliments en raison d'un manque de ressources financières et est évaluée selon trois niveaux (marginale, modérée ou grave). La prévalence de l'IA des ménages est d'ailleurs un indicateur qui sera utilisé par le Gouvernement du Canada pour assurer le suivi des effets de la première Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté (2018) [99].

L'INSPQ estime qu'il serait possible « de diminuer la prévalence de l'insécurité alimentaire de l'ensemble des ménages de moitié »[100] (p.9). Pour viser la réduction durable de l'IA au Québec, le prochain Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (PAGLPES-4) devrait agir avec plus d'intensité sur les déterminants collectifs de la sécurité alimentaire[119] (voir annexe 1). Cela permettra d'agir sur l'accès à un revenu décent et de modifier l'environnement socioéconomique dans lequel les plus vulnérables vivent[120, 121] en limitant autant que possible l'augmentation du coût de la vie (logement, transport, aliments)[64]. Les initiatives agissant sur les facteurs individuels (connaissances, habiletés culinaires[122, 123]) et celles visant à atténuer les conséquences de l'IA (aide alimentaire [124-132]) sont peu susceptibles de faire reculer la prévalence de l'IA et devraient conséquemment occuper un espace limité au sein du PAGLPES-4, voire marginal. Le contraire aurait pour effet d'encourager la persistance ou l'aggravation des inégalités sociales en alimentation et de l'insécurité alimentaire.

En matière d'accès à des aliments sains à coût abordable, le Québec s'est doté, lors du dernier plan d'action, d'une mesure audacieuse (mesure 13.1 du PAGIEPS) qui a permis d'offrir aux milieux des leviers supplémentaires pour « agir sur les déterminants sociaux, économiques et physiques de la sécurité alimentaire »[133]. Cette mesure a permis de soutenir l'émergence de diverses initiatives d'économie sociale (IÉS) (épiceries communautaires[134], marchés ambulants[135], initiatives de mise en marché de produits conditionnés issus du réemploi alimentaire[136]) ancrées dans des communautés souvent défavorisées et mal pourvues sur le plan de l'offre alimentaire. Ces IÉS sont complémentaires aux services offerts traditionnellement par les organismes communautaires et comblent l'espace, sur le continuum de l'accès aux aliments sains à coût abordable, entre l'aide alimentaire (gratuité) et le supermarché traditionnel (privé)[137]. Par l'entrepreneuriat collectif à but non lucratif (économie sociale), ces innovations sociales ont développé une réponse structurante aux enjeux de faible pouvoir d'achat des ménages vulnérables[138] en s'inscrivant bien souvent dans une approche d'universalisme proportionné (ex. : tarification modulée selon le revenu).

Au sein de ces IÉS, l'objectif de l'abordabilité d'une offre alimentaire saine pour des populations disposant d'un faible pouvoir d'achat entre en tension avec celui de la viabilité[137, 139]. Dans un secteur où les marges bénéficiaires sont faibles et les produits périssables, « la production d'une offre en alimentation entraîne des coûts qui peuvent être supérieurs ou égaux aux revenus qu'elle rapporte à l'entreprise [d'économie sociale] »[139] (p.19) . Pour les IÉS visant prioritairement à renforcer l'accès à coût économique à des aliments sains pour des populations à faible revenu, un soutien financier de l'État complémentaire aux revenus de ventes autonomes est nécessaire. La mesure 13.1 du dernier plan de lutte s'est montrée adaptée pour soutenir l'émergence de ces innovations, mais un financement ponctuel par projet n'est pas un véhicule adéquat pour soutenir leur pérennisation. Actuellement, ce type de mission n'est soutenu par aucun programme dédié, stable et récurrent<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Les OBNL du secteur de l'économie sociale font partie des organismes non visés par la politique gouvernementale de soutien à l'action communautaire autonome (ACA). De cette politique découle le *Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)* soutenant les organismes communautaires en sécurité alimentaire (dits *organismes d'aide aux plus démunis*), lesquels sont porteurs ou initiateurs de bon nombre de ces IÉS en accès aux aliments sains à coût abordable. Or, le soutien à des activités marchandes (économie sociale) au sein d'organismes communautaires admis au PSOC est fortement contraint (doit demeurer une mineure), en dépit des preuves d'efficacité supérieure de ces interventions pour contrer l'IA, en comparaison avec les activités soutenues par le financement à la mission de ces organismes (aide alimentaire, interventions d'éducation à l'alimentation).

Recommandation 17 : Que le gouvernement, notamment le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en collaboration avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS), le ministère des Finances (MF) et le ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie (MEIE), **renforce l'action sur les déterminants intermédiaires et structurels de l'insécurité alimentaire** en :

- 1) Bonifiant et rendant récurrente la mesure 13.1 du PAGIEPS;
- 2) Orientant celle-ci afin de soutenir prioritairement des initiatives d'économie sociale visant à rendre accessible à coût abordable des aliments sains pour les personnes en situation de précarité économique;
- 3) Modulant cette mesure de façon à ce que des modes de financement adaptés aux étapes d'émergence (financement par projet) et d'opérations (ententes pluriannuelles) soient combinés.

En complément d'une telle mesure, le soutien économique à l'achat de fruits et légumes pour les populations au plus bas de l'échelle de revenu au Québec serait une mesure à considérer. Les mesures économiques (subvention à la personne de type coupons ou cartes) à l'achat de fruits et légumes semblent atteindre leurs résultats[140, 141]. Un projet-pilote à grand déploiement est en cours d'implantation en Montérégie. Les résultats de projets conduits à plus petite échelle ailleurs au Québec (Limoilou[142], Montréal[143]) indiquent qu'une telle mesure a le potentiel d'augmenter la consommation de fruits et légumes et de réduire les inégalités sociales en alimentation[142] en plus d'être faisable et acceptable par la population visée[144].

Recommandation 18 : Que soit évaluée et généralisée si résultats probants une **mesure de soutien économique à l'achat d'aliments sains**.

## 6.2 Transport

Le transport, parce qu'il favorise l'accessibilité aux lieux publics et aux services de toutes sortes, est considéré comme un déterminant important de la santé[145]. En effet, une offre de transport adéquate et abordable permet d'assurer que tous les individus puissent accéder à des soins de santé préventifs et curatifs, poursuivre leur scolarité jusqu'à l'obtention d'un diplôme, améliorer leur employabilité, participer plus activement à la vie communautaire, accéder aux services récréatifs et de loisirs, et visiter famille et amis (impact direct sur le réseau de soutien social)[90, 146]. En ce sens, l'accès au transport a des incidences sur les conditions socioéconomiques, le capital social des citoyen-nes, et la santé, contribuant ainsi à leur bien-être[147].

Il importe de rappeler que la capacité d'être mobile est fortement influencée par la capacité financière des personnes et que le transport est la deuxième dépense la plus importante des ménages, représentant 14 % de leurs dépenses totales, juste après le logement (20 % des dépenses totales), mais avant l'alimentation (11 % des dépenses totales)[148]. L'utilisation des transports collectifs permet de diminuer les coûts rattachés à l'utilisation d'une voiture en offrant une alternative à l'acquisition d'un véhicule, voire du second véhicule pour les ménages. Un usager du transport en commun économise entre 17 \$ et 20 \$ par jour par rapport à l'utilisation quotidienne de la voiture[149, 150]. Une offre de transport collectif abordable permet donc de diminuer de façon importante la part des dépenses des ménages consacrés aux déplacements, leur permettant ainsi de mieux satisfaire leurs autres besoins (ex. : avoir un logement de qualité, une alimentation suffisante, nutritive et de qualité, se vêtir adéquatement, etc.), ce qui a un impact direct sur leur santé. Outre cela, la contribution du transport

collectif dans la réduction de l'émission de gaz à effet de serre (GES) est bien connue, ayant un impact positif indirect sur la santé de la population actuelle et future[151].

Les personnes affectées par un accès limité aux différents modes de transport ne forment pas un groupe homogène. Certains groupes spécifiques sont plus à risque de voir leur qualité de vie diminuée à cause d'un déficit de mobilité. Ces groupes sont [90, 152, 153] :

- Les personnes qui n'ont pas de permis de conduire (ex. : les jeunes, les personnes qui perdent le privilège de conduire à cause de leur condition de santé, les personnes avec des limitations physiques ou intellectuelles);
- Les immigrant-es récent-es, susceptibles de faire face aux barrières linguistiques, à l'isolement social, à la pauvreté et au chômage;
- Les personnes à faible revenu (personnes au chômage, travailleur-ses précaires, les ménages monoparentaux, bénéficiaires des programmes de solidarité sociale, etc.).

En fait, il est clairement démontré qu'un faible revenu accroît la dépendance au transport en commun[150, 153-155]. Cependant, les secteurs où habitent les ménages à faible revenu sont souvent enclavés ou éloignés et souvent mal ou pas desservis par les transports publics. Sur le plan géographique, les municipalités périurbaines et rurales font face à des problématiques interdépendantes : délocalisation des services et des commerces qui sont regroupés dans les villes ou près des grands axes routiers et en contrepartie la délocalisation des emplois[154, 156, 157]. Les distances importantes à parcourir entre les destinations ont pour effet d'isoler d'autant plus les personnes sans voiture et amplifier leur situation de précarité. Dans ce contexte, il importe de mettre en place une offre de transport collectif et alternatif plus équitable et plus abordable, qui soit mieux adaptée aux besoins des personnes en situation de vulnérabilité, davantage planifiée dans une optique d'universalisme proportionné, et ce, sur l'ensemble du territoire québécois.



Recommandation 19 : Que le gouvernement **finance davantage les initiatives de transports collectifs et alternatifs** (covoiturage, autopartage, vélo en libre-service, etc.) y compris dans les régions périurbaines et rurales afin de permettre aux personnes sans voiture de rejoindre les lieux et les services indispensables pour répondre à leurs besoins.

Recommandation 20 : Que le gouvernement rehausse les subventions octroyées pour l'offre de service du transport collectif existante afin d'offrir des **circuits de desserte en dehors des heures de pointe** favorisant l'équité d'accès aux ressources et services à l'ensemble de la population.

De plus, pour pallier les difficultés financières de plusieurs, il importe de repenser le système de tarification sociale pour que celui-ci rende le transport collectif et alternatif plus abordable pour les personnes en situation de vulnérabilité. À cet égard, les évaluations de différents programmes de tarification sociale implantés ailleurs au Canada démontrent que lorsque le transport est abordable, les personnes à faible revenu sont davantage en mesure de répondre à leurs besoins et de s'impliquer activement dans leur communauté[158-160]. Ainsi, l'instauration d'une tarification sociale basée sur le revenu soutient une plus grande santé économique, autant pour l'individu que pour la collectivité.

Recommandation 21 : Que le gouvernement crée un **programme d'aide financière dédié à l'implantation de mesures de tarification sociale basée sur le revenu** pour les transports collectifs.



### 6.3 Logement

L'Organisation des Nations Unies (ONU) reconnaît le logement convenable comme un droit fondamental qui garantit aux individus les avantages suivants : la sécurité légale de l'occupation, l'existence de services, matériaux, équipements et infrastructures, la capacité de paiement du logement permettant de satisfaire les autres besoins fondamentaux, l'habitabilité, la facilité d'accès, l'emplacement ainsi que le respect du milieu culturel[161]. Le Canada et le Québec ont ratifié en 1976 le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIDESC)[162] de l'ONU (article 11.1). Le PIDESC reconnaît le droit au logement et précise que les États le ratifiant doivent poser des actions permettant de concrétiser ce droit. Le Canada reconnaît le droit au logement à titre de droit de la personne via la *Loi sur la stratégie nationale du logement*[163], mais c'est sans portée réelle, car l'engagement du gouvernement se limite essentiellement « à appuyer la réalisation progressive du droit à un logement suffisant ». Au niveau provincial, la *Loi*[4] et la *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*[28], quant à elles, nomment spécifiquement que de renforcer l'accès à un logement décent à un prix abordable, constitue, après l'aide financière, l'un des moyens les plus importants pour assurer la sécurité sociale et économique des Québécois-es et leur garantir un niveau de vie décent. Cependant, cette Loi n'a aucune portée obligatoire[4]. Pour l'instant, aucune province ni aucun territoire n'a inscrit à ce jour le logement en tant que droit en lui-même dans son code des droits de la personne[164].

Reconnu également comme un important déterminant de la santé notamment par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)[165], un logement non convenable a une incidence sur la santé et le bien-être des individus, tant sur le plan physique, mental que social[166]. Les enjeux sont multiples et s'inscrivent, tel qu'illustré à l'annexe 2, à l'intérieur de différentes dimensions propres au logement (physique, spatiale et humaine), elles-mêmes en interrelation. Si toutes les caractéristiques du logement ont des impacts reconnus sur la santé des individus, l'inabordabilité d'un logement a, quant à elle, le potentiel d'avoir une influence sur toutes les autres[167, 168]. En matière d'insalubrité, les effets possibles sur la santé de l'exposition à des facteurs physiques, chimiques et biologiques se caractérisent en problèmes d'allergies, d'asthme ou de maladies respiratoires[169]. Les logements surpeuplés sont associés à un plus grand risque de propagation de maladies infectieuses. Le coût du logement a, quant à lui, un impact direct sur la sécurité alimentaire des ménages, en particulier des familles à faible revenu, ainsi que sur leur capacité à combler les autres besoins de base (se vêtir, se déplacer). Les problèmes d'accès économique à l'habitation sont aussi associés à une moins bonne santé mentale en général et constituent notamment un enjeu crucial pour les femmes et les enfants victimes de violence familiale[169]. La précarité résidentielle peut être dommageable pour le développement physique, intellectuel et émotif des enfants et qui plus est sur leur réussite scolaire[170](voir annexe 2).

Ces liens établis entre les conditions de logement et la santé se traduisent par des inégalités sociales de santé (ISS)[9], car ce sont les populations défavorisées économiquement et socialement qui sont plus à risque d'être mal logées et d'accéder plus difficilement à un logement de qualité[9, 169, 171, 172].

Ces concessions défavorables à leur bien-être peuvent conduire certains ménages à de l'instabilité résidentielle (déménagements fréquents), voire même à l'itinérance[166, 169, 173]. Pourtant, *a contrario*, il est démontré, comme le nomme l'OMS, « que la fourniture de logements appropriés et abordables aux groupes vulnérables bénéficie mutuellement aux ministères du Logement comme de la Santé, car elle réduit considérablement les frais de traitement du secteur de la santé et le besoin d'abris pour les personnes qui n'en ont pas »[174, 175].

Dans le contexte actuel de crise de l'habitation, l'accès à un logement abordable et de qualité est devenu un réel enjeu de santé publique pour l'ensemble des régions du Québec et particulièrement pour les populations à faible revenu et celles présentant des besoins particuliers en matière de logement. En effet, le contexte inflationniste, la pénurie de logements, l'augmentation des coûts des loyers moyens ainsi que l'augmentation des évictions[176-180] contribuent à cette crise à la grandeur de la province, alors que les mesures actuellement déployées pour y pallier ne suffisent pas.

- Malgré des hausses de mises en chantier importantes, particulièrement en 2021 (+25 % au Québec), ces nouvelles constructions de logements locatifs privés ont principalement desservi les ménages à revenus élevés[181, 182];
- Entre 2017 et 2022, ce sont les fourchettes de prix de loyers les plus bas, en deçà de 1 000\$/mois, qui accusent la chute de taux d'occupation la plus vertigineuse, passant respectivement de 3,25 % à 0,95 %, loin du seuil d'équilibre de 3 % (voir infographie section 2);
- Le recensement de 2021, quant à lui, révèle que 173 000 ménages locataires au Québec ont des besoins impérieux en matière de logement<sup>7</sup>, parmi eux, près de 128 800 vivent dans des logements inabordables (taux d'effort de plus de 50 %) et environ 100 000 ménages vivent dans des logements inadéquats ou nécessitant des travaux majeurs (voir infographie section 2);
- Selon l'enquête canadienne sur les logements locatifs de la SCHL, en 2021, environ 47 000 ménages québécois étaient inscrits sur une liste d'attente pour obtenir du logement social et abordable[183].

Le logement social et communautaire (LSC) est un outil efficace de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale qui permet de réduire les inégalités sociales de santé :

- Il offre à des ménages à faible et modeste revenu, ainsi qu'à des personnes à besoins particuliers, des logements à loyer adaptés à leur capacité de payer, de qualité et de taille adéquate;
- Le milieu de vie inclusif et solidaire proposé dans le cadre du LSC contribue au développement des liens sociaux, ainsi qu'au pouvoir d'agir individuel et communautaire[184];
- Il favorise la mixité socioéconomique des résidents, contrant ainsi la ségrégation spatiale de la pauvreté tout en s'inscrivant dans une vision plus globale du développement[185];
- La mission sans but lucratif inhérente des promoteurs de logement social permet, en plus, une pérennité de l'abordabilité qui est un facteur structurant à la lutte à la pauvreté;
- Il représente une réponse au phénomène, de plus en plus présent, de financiarisation du logement qui a tendance à traiter ce dernier comme une marchandise, soit un véhicule de richesse et d'investissement[186-189].

Partout au Canada, incluant le Québec, il manque de logements locatifs abordables, surtout pour la tranche des 20 % des locataires ayant les revenus les plus faibles[190]. La situation est d'autant plus critique qu'une étude menée par Steve Pomeroy, chercheur et professeur sur le logement aux universités Carleton et McMaster, démontre une érosion importante du parc de logement abordable attribuable entre autres à la hausse des loyers, entre 2016 et 2021 au Canada. C'est au Québec que les pertes en nombres absolus sont les plus importantes pendant cette période, soit 115 765 logements locatifs privés dont le loyer mensuel est inférieur à 750 \$ (coût jugé abordable pour un ménage ayant un revenu annuel de 30 000\$) [191].

---

<sup>7</sup> Conformément à la SCHL et Statistique Canada : Un ménage ayant des besoins impérieux en matière de logement est un ménage dont le logement est considéré inadéquat, inabordable ou d'une taille non convenable, et dont le niveau de revenu est insuffisant pour permettre de payer les frais de logement d'un logement approprié et adéquat dans sa communauté.

Si on ajoute à ce constat les 9 % de croissance démographique annoncée d'ici 2041 (la projection est de 37 % pour la population âgée de 65 ans et plus) et particulièrement les 389 000 ménages anticipés[192, 193], des politiques publiques efficaces en matière de logement hors marché s'imposent via la création de nouveaux logements sociaux et communautaires et même par l'acquisition massive de logements pour les sortir du marché spéculatif. L'étude des principales politiques publiques en matière d'abordabilité démontre qu'en Europe, l'un des éléments de succès des politiques publiques en matière de logement social repose sur un investissement massif, récurrent et continu sur le long terme des différents paliers de gouvernement[194, 195]. C'est ainsi que le taux de logements sociaux locatifs par rapport au parc de logements oscille entre 13 % et 30 % dans certains pays d'Europe[196, 197]. Notons qu'en 2023, les logements communautaires et sociaux représenteraient 10,1 % du parc locatif québécois[182].

L'augmentation du nombre de logements hors marché dans le parc locatif peut contribuer à réduire, à moyen terme, la pression de la demande sur l'ensemble du marché et à augmenter le taux d'inoccupation[198, 199].



**Recommandation 22 :** Que le gouvernement, notamment la Société d'habitation du Québec (SHQ), s'assure que le **logement social et communautaire fasse l'objet d'un réinvestissement substantiel annuel** jusqu'à l'atteinte d'une proportion de 20 % du parc de logements locatifs.

Outre l'augmentation substantielle d'un financement public, l'atteinte rapide de cette cible, ambitieuse mais nécessaire, dépend également des modalités prévues aux programmes dits d'« aide à la pierre », finançant directement la construction ou la réhabilitation de logements sociaux et communautaires. Ces programmes doivent être adaptés aux besoins des promoteurs de logement social et des ménages à faibles revenus ainsi qu'à ceux vulnérables socialement. À l'heure actuelle, le Programme Habitation abordable Québec (PHAQ) répond difficilement à ces besoins, selon les acteur·rices du milieu[182, 200-204]. On note notamment :

- Aucune enveloppe récurrente et pluriannuelle ainsi que de soutien financier au prédémarrage;
- Un programme non autoportant dont la contribution provinciale est en dessous du 50 % des coûts réels de réalisation des projets;
- La non-indexation annuelle des balises relatives aux coûts admissibles;
- Un fonctionnement par appels de projets plutôt qu'un financement en continu offrant plus de flexibilité pour le dépôt de projets;
- Aucun arrimage automatique au Programme de supplément au loyer pour les personnes à faible revenu;
- La non-considération de la diversité des besoins particuliers en matière de logement incluant différentes catégories de personnes ayant des vulnérabilités sur le plan social (logements avec services).

Considérant le vieillissement de la population, il y a avantage également à favoriser le développement de logements adaptés et adaptables, et ce afin de répondre aux besoins évolutifs des résidents mais également pour réduire les coûts des aménagements.

Recommandation 23 : Que le gouvernement, notamment la Société d'habitation du Québec (SHQ), **déploie un programme d'aide à la pierre**, dédié spécifiquement au développement de **nouveaux logements sociaux et communautaires**, considérant une **diversité des besoins** en matière de vulnérabilité tant économique que sociale, **arrimé automatiquement à des aides à la personne** et **mieux adapté au contexte de développement** des promoteurs de logement social.

Avoir un logement n'est pas toujours suffisant pour sortir de l'isolement et de l'exclusion sociale et le soutien communautaire représente cette passerelle essentielle aux personnes vulnérables. Si le nouveau Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social et communautaire réitère l'importance de cet accompagnement qui se situe à l'intersection des besoins de logement et des besoins de santé et de services sociaux, il mentionne également le besoin accru de financement[203, 205].

Recommandation 24 : Que le gouvernement, notamment la Société d'habitation du Québec (SHQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), s'assure que le *Cadre de référence sur le soutien communautaire au logement social et communautaire* soit accompagné d'un **réinvestissement substantiel en réponse** aux besoins actuels et que tous les nouveaux projets de logements sociaux et communautaires soient accompagnés d'une mesure de financement pérenne et adapté selon les besoins de la clientèle visée pour ces logements.

#### 6.4 Santé et services sociaux

Dans une perspective d'équité et afin de favoriser le bien-être des populations, de nombreuses juridictions, dont le Québec, ont développé un modèle de couverture de santé universelle qui inclut des soins de santé primaires accessibles[24]. En effet, selon l'OMS, investir dans le développement et la consolidation des soins de santé primaire (prévention, promotion, traitement) ainsi que leur accès – particulièrement pour les personnes qui présentent les plus grands besoins – est un pivot incontournable pour le développement d'une couverture de santé universelle[206].

Au Québec, la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*[4] précise que l'une des actions prioritaires à mener pour renforcer le filet social et économique est de rendre accessibles les services de santé pour qu'ils soient adaptés aux besoins spécifiques des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale[206]. Bien que le modèle de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) permette à la majorité des personnes résidant au Québec d'avoir recours gratuitement aux soins de santé et services sociaux du réseau public, des inégalités persistent quant à l'accès à ces soins pour les personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale ou à risque de l'être. Étant donné l'étude en cours du projet de Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace[207], des organismes publics tels que le Commissaire à la santé et au bien-être ou l'Institut national de santé publique du Québec ont l'expertise pour analyser la performance actuelle et à venir du système de santé et services sociaux dans une perspective d'équité d'accès et de diminution des inégalités sociales de santé (ISS).

Recommandation 25 : Que le gouvernement mandate un organisme public **pour analyser l'impact de la réforme annoncée du réseau de la santé et des services sociaux** dans une perspective d'équité d'accès et de diminution des inégalités sociales de santé.

Par ailleurs, certaines personnes couvertes par la RAMQ n'ont pas accès à un·e médecin de famille, qui au Québec sont des professionnel·les pivots dans l'accès aux soins de première ligne. Selon une étude du Commissaire à la santé et au bien-être, au Québec en 2016, près de 25 % de la population n'a pas de médecin de famille, un des taux les plus élevés parmi les pays ayant adopté un modèle de couverture de santé universelle[208].

De plus, de nombreuses personnes demeurent non couvertes par la RAMQ. Cela peut être dû à des difficultés à s'y inscrire, entre autres pour les personnes en situation d'itinérance, présentant des troubles de santé mentale ou en grande situation de précarité et de marginalité[209]. Par ailleurs, certaines catégories de personnes (im)migrantes ne sont pas éligibles à la RAMQ ni au programme fédéral de santé intérimaire destiné aux personnes demandeuses d'asile. Selon une estimation récente, il y aurait près de 50 000 à 70 000 personnes (im)migrantes sans aucune couverture médicale (publique ou privée) au Québec[210]. Ces groupes sont aussi plus à risque de se retrouver en situation de pauvreté ou d'exclusion, entre autres en raison de leur parcours et leur statut migratoires, d'emplois et logements plus précaires ainsi que des politiques structurelles du pays d'accueil entravant le droit d'accès aux soins de santé[211-213].

Nous soulignons également le cas particulier des personnes demandeuses d'asile couvertes par le programme fédéral de santé intérimaire, géré par une compagnie d'assurance désignée. Au Québec, les professionnel·les de santé ont le choix de s'inscrire à titre de fournisseur·euses auprès de cette compagnie d'assurance désignée, et donc d'accepter de prendre en charge des personnes demandeuses d'asile couvertes par le programme fédéral de santé intérimaire. Cependant, beaucoup de professionnel·les ne s'inscrivent pas en raison de plusieurs facteurs : mécompréhension du programme fédéral et mythes associés (délais, complexité des processus, montant des remboursements, entre autres), politiques en place qui incitent davantage les professionnel·les à accueillir et prendre en charge des personnes couvertes par la RAMQ en raison des cibles fixées par le ministère de la Santé et des Services sociaux[214]. De plus, pour se prévaloir du programme fédéral de santé intérimaire, les personnes demandeuses d'asile doivent connaître les centres médicaux où les professionnel·les se sont inscrit·es auprès de la compagnie d'assurance désignée, ce qui peut être particulièrement ardu lorsqu'une personne vient d'arriver et qu'elle ne connaît pas encore le système de santé de son pays d'accueil. Si les personnes demandeuses d'asile ne connaissent pas ces centres médicaux, il leur faut alors prendre le risque de se voir refuser ou de se faire surcharger des soins, car les professionnel·les rencontrés ne sont pas fournisseur·euses inscrites auprès de la compagnie d'assurance désignée[214, 215].

**Recommandation 26 : Que le gouvernement permette aux personnes non couvertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec qui résident au Québec d'être admissibles au Guichet d'Accès à la Première ligne, mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de bénéficier des services sociaux et de santé de première ligne (incluant les services de prévention, de promotion et de protection) du réseau public québécois.**

**Recommandation 27 : Que le gouvernement mette en place les mesures et les conditions nécessaires afin que tou·tes les professionnel·les de santé exerçant au Québec offrent les soins de santé tel que prévu dans le cadre du programme fédéral de santé intérimaire, à toutes les personnes demandeuses d'asile couvertes par ce programme.**

## 7 Inclusion sociale, participation citoyenne et communautaire

### 7.1 Exclusion sociale, préjugés, stigmatisation et discrimination

L'exclusion sociale est au cœur de la construction des inégalités sociales de santé (ISS) et met en scène des rapports de force inégaux entre des groupes privilégiés et moins privilégiés qui entraînent un accès inégal au pouvoir, aux ressources, aux droits et à la reconnaissance et, conséquemment, de moins bonnes conditions de vie et une moins bonne santé pour les groupes moins privilégiés. C'est à partir de représentations négatives des personnes en situation de pauvreté que prend forme l'exclusion sociale dans un contexte de relations inégalitaires[216, 217]. Les préjugés ne relèvent pas de quelques individus. Ils prennent racine dans les valeurs et les normes sociales d'une population[217]. Au Québec, à l'instar de plusieurs pays dans le monde, l'occupation d'un emploi, l'autonomie financière et la responsabilité individuelle tracent un système de normes et de valeurs largement intériorisées et valorisées[217, 218]. En 2015, un sondage réalisé au Québec pour la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse montre que la condition sociale est le motif le plus susceptible de fonder une forme ou une autre de discrimination et le plus associé à une forme d'intolérance ou de méfiance sociale[219, 220]. Près de la moitié des Québécois entretiennent une opinion négative à l'égard des prestataires de l'aide sociale et acceptent que tous les citoyen·nes n'aient pas les mêmes chances dans la vie[219, 220].

La souffrance dont témoignent les personnes en situation de pauvreté victimes de préjugés, de stigmatisation et de discrimination a des répercussions importantes sur les personnes, leur identité sociale et leur santé physique et mentale[155, 221-227]. Parmi les répercussions sur les personnes, on relève notamment le stress, l'anxiété, l'insomnie, un sentiment de honte et de culpabilité, la tristesse, les idées suicidaires, une faible estime de soi et un repli sur soi[225]. Des sentiments de méfiance et d'hostilité envers la société de même que d'isolement sont aussi rapportés par les personnes en situation de pauvreté[225]. Les préjugés ont non seulement des effets néfastes sur les personnes, mais aussi sur l'ensemble de la société en contribuant au maintien des inégalités sociales et à la diminution de la cohésion au sein de la société[13, 228, 229]. Des études montrent que la stigmatisation, qu'elle soit individuelle, interpersonnelle ou structurelle, est une cause fondamentale des ISS, au même titre que le statut socioéconomique[225, 230]. La stigmatisation entraîne une diminution de l'accès à l'éducation, au logement, à l'emploi et autres ressources, contribue à l'isolement social et constitue une source importante de morbidité et de mortalité à l'échelle populationnelle[225, 226, 230, 231].

Selon le Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE)[217], le combat contre la pauvreté est perdu d'avance si on ne lutte pas contre les préjugés. Or, s'attaquer aux préjugés permet de démanteler les murs qui entravent la pleine inclusion sociale des personnes en situation de pauvreté. Dans son PAGIEPS 2017-2023[133] et par la mesure 18, le gouvernement souhaitait mieux comprendre les caractéristiques et les mécanismes qui renforcent les préjugés à l'égard des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale afin de proposer des indicateurs permettant de suivre l'évolution des préjugés et de reconnaître les mécanismes d'exclusion. En 2021, le CEPE a déposé un avis posant les bases pour la construction d'indicateurs[217].

Dans son PAGLPES-4, nous recommandons au gouvernement de poser des actions concrètes de lutte aux préjugés. En plus de campagnes de sensibilisation, comme recommandé par le Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CCLPES)[232] en 2021, les actions doivent cibler le fonctionnement des institutions et des acteur·rices qui offrent notamment des services publics

(professionnel·les de la santé, policier·ères, avocat·es et juges, agent·es des centres locaux d'emploi, enseignant·es, etc.). Dans un avis publié en 2021, le CEPE signalait que les normes et les valeurs des grandes organisations et des systèmes publics peuvent être à la source de pratiques préjudiciables ou discriminatoires pour les personnes en situation de pauvreté.

Recommandation 28 : Que soit diffusée **une campagne sociétale** afin de lutter contre les préjugés et la stigmatisation à l'endroit des personnes en situation de pauvreté, en plus de faire reconnaître et valoriser leur implication dans la société.

Recommandation 29 : Que soient mises en place, avec la participation de personnes en situation de pauvreté, différentes **mesures et formations pour transformer** les perceptions, visions, valeurs, pratiques, comportements et modes de fonctionnement des **institutions et des acteur·rices qui offrent des services publics, dans le but d'éliminer les préjugés, la stigmatisation et la discrimination** à l'endroit des personnes en situation de pauvreté.

## 7.2 Participation citoyenne et actions communautaires

La participation citoyenne contribue à l'inclusion sociale de nombreuses personnes, notamment des personnes en situation de pauvreté[233]. En santé publique, la participation citoyenne et communautaire est reconnue comme un principe clé. Les conférences internationales en promotion de la santé ont affirmé l'importance de la participation et du développement du pouvoir d'agir des personnes et des communautés[165, 234-238]. En effet, la participation citoyenne revêt plusieurs avantages pour les personnes elles-mêmes, pour les décideur·euses et pour la société. Pour les personnes en situation de pauvreté, leur participation à diverses activités leur permet de briser l'isolement, de développer des liens sociaux et un sentiment d'appartenance à la communauté, d'être soutenues et d'améliorer leur bien-être et leur santé mentale et physique[233]. Pour les décideur·euses, la participation citoyenne favorise la planification et la mise en œuvre d'actions bénéficiant de sources d'informations variées et l'apport de nouvelles solutions[239]. Elle permet aussi de renforcer le sens civique et la confiance de la population envers les décideur·euses[239]. À ce sujet, l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) recommande une plus grande implication des citoyen·nes dans les structures décisionnelles administratives et politiques des décideur·euses pour la formulation des politiques publiques et indique que la participation citoyenne est un indicateur clé de bonne gouvernance[239]. Enfin, il est reconnu que les sociétés où les citoyen·nes peuvent jouer un rôle utile dans la vie sociale, culturelle et économique sont en meilleure santé que celles qui se caractérisent par l'insécurité, l'exclusion et la pauvreté[221]. À cet effet et en 2022, le CCLPES se disait convaincu de l'importance de la participation de chaque personne et de chaque groupe, notamment celle des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale, aux actions visant à faire du Québec une société sans pauvreté et plus inclusive[232]. La participation citoyenne et des groupes doit être axée sur le développement du pouvoir d'agir et viser à ce qu'ils soient pleinement impliqués dans les décisions qui les concernent[233].

Recommandation 30 : Que les réseaux publics et parapublics soient incités à recourir davantage à la **participation de personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale dans les lieux et processus décisionnels** lors de modifications ou de nouvelles mesures législatives ou règlementaires, de programmes, de politiques ou d'activités susceptibles de les affecter, et ce, par la mise en place de mécanismes adaptés (diversité de modalités et de lieux).

Depuis la première conférence internationale sur la promotion de la santé en 1986, l'action communautaire est reconnue comme une stratégie clé en promotion de la santé[240]. L'action communautaire désigne toute initiative issue de personnes, d'organismes communautaires, de communautés qu'elles soient territoriales, d'intérêt ou d'identité visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun[241]. La pauvreté étant un problème social, les actions communautaires doivent être prises en compte, car elles reflètent bien souvent les besoins et les priorités d'action locales des personnes vivant en situation de pauvreté et permettent d'améliorer leurs conditions de vie tout en favorisant leur inclusion sociale et leur pouvoir d'agir[227]. Issus de regroupements de personnes de la communauté et mobilisés autour d'objectifs communs, les groupes communautaires constituent des lieux d'ancrage et d'appartenance pour les personnes en situation de pauvreté. Ils les accompagnent dans diverses démarches et facilitent le recours et l'accès à de nombreux services (services du réseau de la santé et des services sociaux, logement, aide sociale, assistance juridique, etc.). Ils contribuent également à améliorer les conditions de vie de ces personnes, à la défense de leurs droits et à leur participation sociale.



Recommandation 31 : Que soit accru, et ce dans une perspective d'équité interrégionale, le **financement à la mission globale des organismes** soutenus par le Secrétariat à l'action communautaire autonome et par les autres ministères québécois et que soit accru le financement aux initiatives sociales pour renforcer leur capacité d'agir dans leur propre mission d'aide, d'accompagnement, de défense des droits et de participation citoyenne afin qu'ils puissent répondre aux besoins identifiés et jugés prioritaires (mesure 19 du PAGIEPS 2017-2023).

### 7.3 Approche territoriale

L'article 11 de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* nous invite à « soutenir les initiatives locales et régionales spécifiques pour l'atteinte des buts poursuivis par la stratégie nationale »[4] (article 11, alinéa 2). Considérant la grande diversité des régions administratives du Québec[242], il va de soi que les grandes villes et les immenses territoires ruraux ne peuvent appliquer les mêmes recettes sociales.

Recommandation 32 : Que le gouvernement accorde à **chaque région une flexibilité d'adaptation des mesures et des interventions** pour tenir compte des réalités socioéconomiques de chacune des régions.

Pour la même raison, le financement des mesures ne peut être distribué au prorata de la population. Il faut tenir compte de la géographie, du niveau d'éducation, de littératie et de numératie des personnes, du niveau de développement socioéconomique des régions, etc. Le financement des mesures de lutte contre la pauvreté doit être ajusté aux besoins et réalités des régions qui sont en rattrapage.

Recommandation 33 : Que le gouvernement s'assure que le **financement accordé à chaque région** dans le cadre du prochain Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale **s'appuie sur des indices validés pour une répartition équitable des financements** tenant compte de différentes variables ayant un impact sur les inégalités sociales de santé et la pauvreté.



L'article 12 (alinéa 2) de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* nous invite à « soutenir de manière durable, aux niveaux régional et local, l'innovation et l'adaptation des programmes et des services, développer la concertation et la collaboration et prévoir un processus de diffusion des expériences innovatrices réalisées. »[4]. « Les Alliances pour la solidarité sont des ententes en vertu desquelles les organismes signataires se voient confier la gestion d'une enveloppe provenant du Fonds québécois d'initiatives sociales (FQIS) pour le soutien à la mobilisation et aux projets en région. »[243]. Les Alliances pour la solidarité constituent la mesure 11 du PAGIEPS[133] 2017-2023. Cette mesure est l'une des plus structurantes[244] des Plans de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. On devrait en assurer la pérennité et la continuité.

Recommandation 34 : Que le gouvernement s'assure que les **Alliances pour la solidarité** deviennent une **mesure récurrente et régionalisée** qui prévoit :

- 1) Le financement indexé récurrent, adéquat pour maintenir les concertations liées aux déploiements des Alliances régionales;
- 2) Le maintien des mécanismes régionalisés de sélection des projets;
- 3) La reconduction indexée annuelle de l'enveloppe totale des Alliances pour la solidarité.

#### 7.4 Changements climatiques et pauvreté

Les changements climatiques (CC) ont des impacts importants sur la santé des populations, et tous ne sont pas égaux face à ceux-ci. Par exemple, les personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale affichent une plus grande vulnérabilité aux aléas climatiques appelés à devenir plus fréquents et plus intenses. Non seulement ces personnes sont en moyenne davantage confrontées à de tels aléas, mais, disposant de moins de ressources, elles sont aussi moins en mesure de se protéger et de s'y adapter[245, 246]. L'exposition à ces aléas peut en outre engendrer des difficultés financières importantes, particulièrement pour les ménages à la base moins favorisés, et ainsi mener à la pauvreté[247].

L'expérience de grandes crises récentes, telle que le dôme de chaleur meurtrier qu'a connu la Colombie-Britannique à l'été 2021[248] révèle que certaines populations cumulent des facteurs de vulnérabilité aux aléas climatiques, en y étant à la fois plus exposées, plus sensibles à leurs effets et moins aptes à s'y adapter. Par exemple :

Les communautés autochtones nordiques sont davantage exposées aux CC, car leur territoire se réchauffe plus vite[249]. Leur quotidien (déplacements, infrastructures, alimentation, repères culturels/identitaires) s'en voit affecté[250], sans qu'elles soient pour autant dotées de moyens suffisants pour s'y adapter.

Les personnes âgées et vivant seules sont elles aussi particulièrement vulnérables, par un possible cumul de divers facteurs de risque comme un faible revenu, un logement de piètre qualité, une mobilité réduite, une perte d'autonomie ou une mauvaise santé.

Les personnes itinérantes sont davantage exposées aux aléas climatiques (ex. : froid intense, chaleur extrême) et peuvent présenter des conditions les rendant plus à risque d'en subir les effets (ex. : hypothermie, coup de chaleur). Elles ont également moins de moyens pour s'y adapter.

Les populations présentant simultanément plusieurs facteurs de vulnérabilité sont **les populations prioritaires** en termes d'action. Ainsi, le principe de justice climatique sous-tend l'inversion de la tendance actuelle, de façon à ce que les personnes moins nanties, qui sont les moins responsables des GES et des CC, cessent d'en être les plus touchées[251-253].

Les changements climatiques sont liés à la pauvreté par de multiples voies. D'abord, tous n'ont pas la même vulnérabilité aux CC, en raison de différences au niveau de l'exposition, de la sensibilité et de la capacité d'adaptation aux aléas climatiques. Les personnes plus défavorisées cumulent ainsi davantage de facteurs de vulnérabilité. Deuxièmement, les aléas climatiques, tout comme les autres types de crises, renforcent les iniquités (basées sur le niveau socioéconomique, le statut de migrant ou d'autochtone, l'âge, les capacités, etc.) déjà trop présentes dans notre société. Troisièmement, d'une manière plus positive et tel que détaillé dans l'annexe 3, plusieurs actions favorables à la santé (ex. : verdissement, alimentation et mobilité durables, logement accessible et adéquat, services de proximité) ont le potentiel d'agir en synergie dans la lutte aux CC et à la pauvreté. On parle alors de cobénéfices. Enfin, sans que cela soit intentionnel, certaines mesures de lutte aux CC ont le potentiel d'aggraver les iniquités. C'est le cas notamment du verdissement de certains quartiers qui peut engendrer une hausse des loyers et l'exode des populations moins favorisées, ce qu'on appelle la gentrification verte.

Recommandation 35 : Que les **besoins des populations vulnérables soient considérés dans l'élaboration de projets ou de politiques publiques**, et ce, en prenant en compte les évaluations de la Vulnérabilité régionale aux changements climatiques (**VRAC**) et les Plans d'adaptation régionaux au climat de santé publique (**PARC**).

Recommandation 36 : Que l'État investisse dans les stratégies favorisant la **résilience communautaire et la cohésion sociale**, afin de renforcer le filet social, les facteurs de protection et la capacité de faire face aux changements climatiques.

## 8 Premières Nations et Inuit

La résolution sur la Santé des peuples autochtones adoptée à la soixante-seizième assemblée mondiale de la santé en mai dernier rappelle que « l'espérance de vie des peuples autochtones peut dans certains cas être considérablement plus courte, le manque d'accès aux services médicaux est plus marqué chez eux ..., ils sont exposés de manière disproportionnée à la pauvreté, à de mauvaises conditions de logement, à des obstacles culturels, à la violence, y compris la violence fondée sur le genre, au racisme, au handicap, à la pollution et au manque d'accès à l'éducation, aux perspectives économiques, à la protection sociale, à l'eau et à l'assainissement, ainsi qu'à une planification appropriée de la résilience face au changement climatique et aux situations d'urgence naturelles et autres »[254]. Bon nombre de ces constats s'appliquent malheureusement à plusieurs communautés autochtones du Québec. La résolution rappelle également l'importance de la préservation et du développement du patrimoine culturel, du savoir traditionnel et de l'expression culturelle traditionnelle des peuples autochtones[254].

Dans le respect du principe d'autodétermination, les peuples autochtones sont les mieux placés pour identifier les actions les plus porteuses de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Toutefois, en tant que témoins des conditions de vie et de l'état de santé des peuples autochtones, les directeur·rices de santé publique proposent de considérer, entre autres, les éléments suivants :

- La création de milieux de vie comprenant des logements abordables, sécuritaires et de qualité;
- Le renforcement des systèmes alimentaires en tenant compte de l'alimentation traditionnelle et en promouvant une meilleure littératie nutritionnelle;
- Un meilleur accès à l'éducation et le développement d'une main-d'œuvre qualifiée;
- La prise en compte des changements climatiques et l'importance de la protection du territoire.



Recommandation 37 : Que le gouvernement **développe**, en concertation et en soutien aux partenaires autochtones et dans une **perspective d'autodétermination, des mesures** – incluses ou non dans le futur Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale – **qui prennent en compte les besoins spécifiques, les priorités et les moyens privilégiés** des populations autochtones en communauté et en milieu urbain, ainsi que les **besoins financiers** associés à ces mesures (notamment par le biais d'un financement pérenne, spécifique et intégré à l'intention des organisations autochtones).

## 9 Mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental

Au-delà de ces constats et recommandations sur les thématiques proposées par le ministère dans le cadre de cette consultation, les DRSP souhaitent faire part de leurs préoccupations concernant la mise en œuvre du PAGLPES-4 et proposent des pistes d'action supplémentaires.

La discontinuité (p. ex. : mesure 13.1) ou l'annonce tardive de la prolongation (p. ex. : mesure 11) de certaines mesures s'appuyant sur la mobilisation de partenaires communautaires à l'échelle des territoires entre deux plans d'action gouvernementaux en lutte à la pauvreté entraîne des effets pervers négatifs évitables. Ces effets sont perceptibles tant au niveau des services offerts aux citoyen·nes les plus vulnérables (p. ex. : diminution ou arrêt de services, activités ou projets, effritement du lien de confiance entre l'utilisateur et l'organisation) qu'au niveau des organisations (p. ex. : instabilité des ressources humaines liées à l'incertitude de son financement, délaissement de projets prometteurs dont le financement est incertain pour se recentrer sur les services associés à sa mission) ou des concertations territoriales (p. ex. : démobilisation, déstructuration de mécanismes de gouvernance en place). Bien que créant des effets négatifs moindres, l'annonce tardive de la prolongation du financement génère un climat d'incertitude dans l'année précédant la fin du plan d'action gouvernemental. L'énergie consacrée à gérer l'incertitude quant à la capacité des territoires, sans soutien de l'État, de préserver les initiatives qu'ils ont pu mettre en place grâce aux mesures du plan précédent profiterait à être investie plutôt dans les actions qui ont le plus d'effet sur les communautés.

Ainsi, afin de maximiser l'impact du 4<sup>e</sup> plan de lutte à la pauvreté, d'éviter les démobilisations et pertes d'expertise et de soutenir la pérennisation des innovations et initiatives reconnues structurantes par les partenaires du milieu et les données probantes, nous recommandons, d'une part, pour la mise en œuvre du PAGLPES-4 :

Recommandation 38 : Que soit assurée la **continuité des plans d'action en évitant une période de latence** entre les plans de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale en prévoyant, au plus tard dans les 12 mois précédant la fin du 4<sup>e</sup> plan et de ses mesures, l'obligation de :

- 1) Amorcer le processus d'évaluation du 4<sup>e</sup> plan d'action;
- 2) Mettre en place les instances et les démarches de consultation et de collaborations interministérielles en vue du 5<sup>e</sup> plan d'action.

Recommandation 39 : Que soit mis en place un **mécanisme indépendant de suivi de la clause d'impact** inscrite à l'article 20 de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*[4].

Et d'autre part, concernant le financement prévu par les mesures PAGLPES-4 :

Recommandation 40 : Que des mécanismes soient prévus et communiqués afin d'identifier les **mesures au 4<sup>e</sup> plan d'action qui sont récurrentes** et qui, nonobstant la fin dudit plan, seront **maintenues ou prolongées**, et ce, jusqu'à l'entrée en vigueur du prochain plan.

Recommandation 41 : Que soit **facilité le financement par plus d'une mesure** dans le cadre du Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en accordant une souplesse à l'intégration d'outils administratifs pour la reddition de compte des projets dans les mesures régionalisées (p. ex. : mesure 11 et 13.1 du PAGIEPS 2017-2023).

## 10 Conclusion

Les liens entre la pauvreté et la santé sont connus et les inégalités sociales de santé (ISS) qui en découlent sont persistantes. La *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* adoptée en 2002 a conduit à des politiques publiques phares mobilisant les différents ministères sur ces enjeux d'ISS et le travail est à poursuivre.

Par l'entremise de ce mémoire, les DRSP répondent à l'appel du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale dans le cadre de la Consultation publique pour le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (PAGLPES-4) en rappelant qu'il est primordial d'agir en amont sur les causes structurelles des inégalités, de la pauvreté et de l'exclusion sociale et énoncent 41 recommandations dont plusieurs vont en ce sens.

Nous sommes conscients que résoudre les enjeux reliés aux ISS et à la pauvreté et l'exclusion sociale plus largement est complexe et que les mesures présentées dans ce mémoire pour y arriver représentent un coût pour l'État. Cependant, ne pas intervenir en amont avec suffisamment d'intensité entraîne aussi des coûts de santé importants et constitue une menace pour la pérennité du système de santé québécois.

En effet, d'importantes économies pourraient être réalisées en réduisant le nombre, la fréquence et la durée des hospitalisations, ainsi que les coûts de santé supplémentaires liés au traitement des maladies chroniques évitables qui sont plus répandues chez les personnes en situation de pauvreté[1]. Par exemple, en Ontario entre 2005 et 2010, les coûts liés aux soins ont été 76 % plus importants chez les ménages en situation d'insécurité alimentaire sévère comparativement aux ménages en situation de sécurité alimentaire[112]. Selon une étude du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, en 2009, l'amélioration du revenu des plus pauvres aurait permis de réduire les dépenses en santé du Québec de 1,7 milliard de dollars annuellement, soit une économie de 6,5 %[255].

Investir sur les déterminants économiques et sociaux qui structurent les inégalités sociales est un choix de politique publique qui permettrait de réorienter en amont l'action gouvernementale en s'attaquant aux racines de la pauvreté pour l'éliminer, plutôt que de soutenir en aval l'institutionnalisation de mesures de soutien permettant aux personnes pauvres de tirer le meilleur profit d'un contexte de vie délétère.

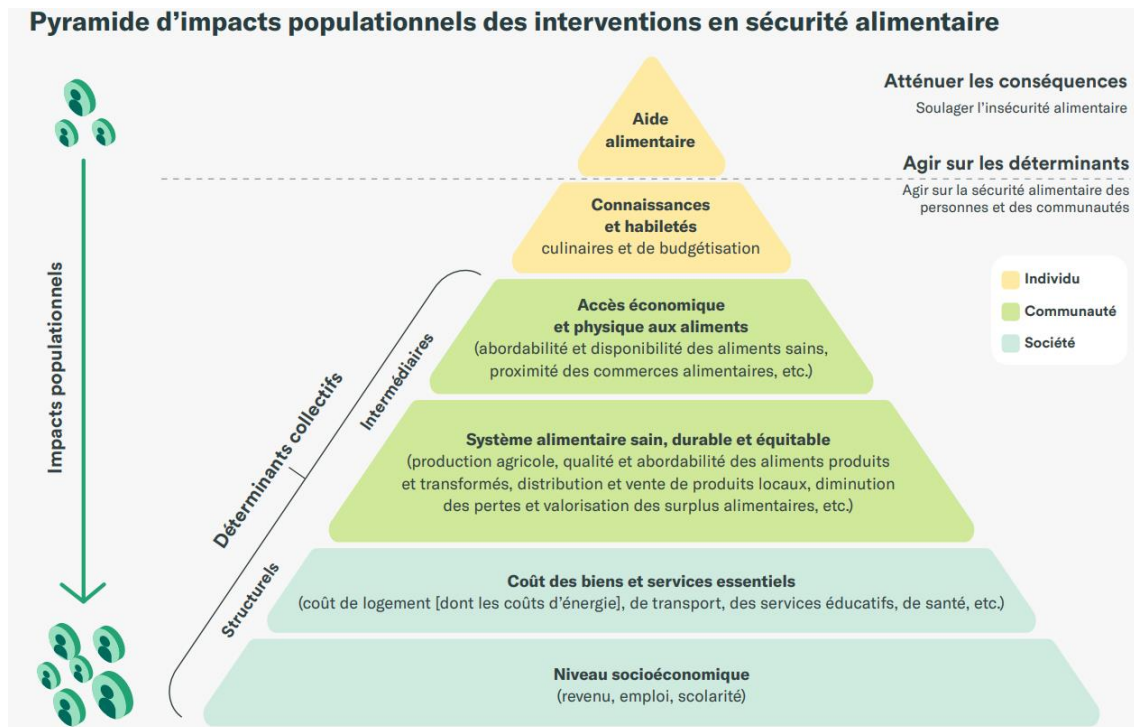
# 11 Annexes

## Annexe 1 – Sécurité alimentaire : pour accroître l'impact populationnel des actions

L'impact d'une intervention sur la santé de la population varie en fonction du niveau d'action visé par celle-ci (individu, communauté ou société.) Les interventions à plus fort impact sur la santé populationnelle sont celles qui s'appliquent à l'ensemble de la société et qui permettent de réduire les écarts socioéconomiques. Les leviers les plus structurants pour y parvenir se situent principalement au niveau des politiques publiques nationales qui ont le potentiel de générer des retombées positives sur la santé de l'ensemble de la population ou de vastes segments visés par celles-ci.

Les interventions situées au milieu de la pyramide ont un potentiel d'impact élargi sur la santé de la population vivant au sein d'une municipalité, d'un secteur ou quartier visé par l'intervention. Elles sont considérées comme des interventions « passives », car, en facilitant l'accès à des ressources et opportunités favorisant l'équité et la santé, elles favorisent la capacité de la population d'un quartier, d'une région ou d'un État de réaliser des choix sains.

Finalement, les interventions axées sur la modification des déterminants individuels ont un potentiel d'impact populationnel plus limité, car elles nécessitent de rejoindre les personnes sur une base individuelle, de susciter leur engagement dans l'acquisition de connaissances, de compétences ou dans la modification de pratiques ou de comportements. Ces caractéristiques individuelles sont difficilement modifiables de façon pérenne sans la contribution d'interventions visant à rendre le contexte favorable au maintien du changement souhaité.

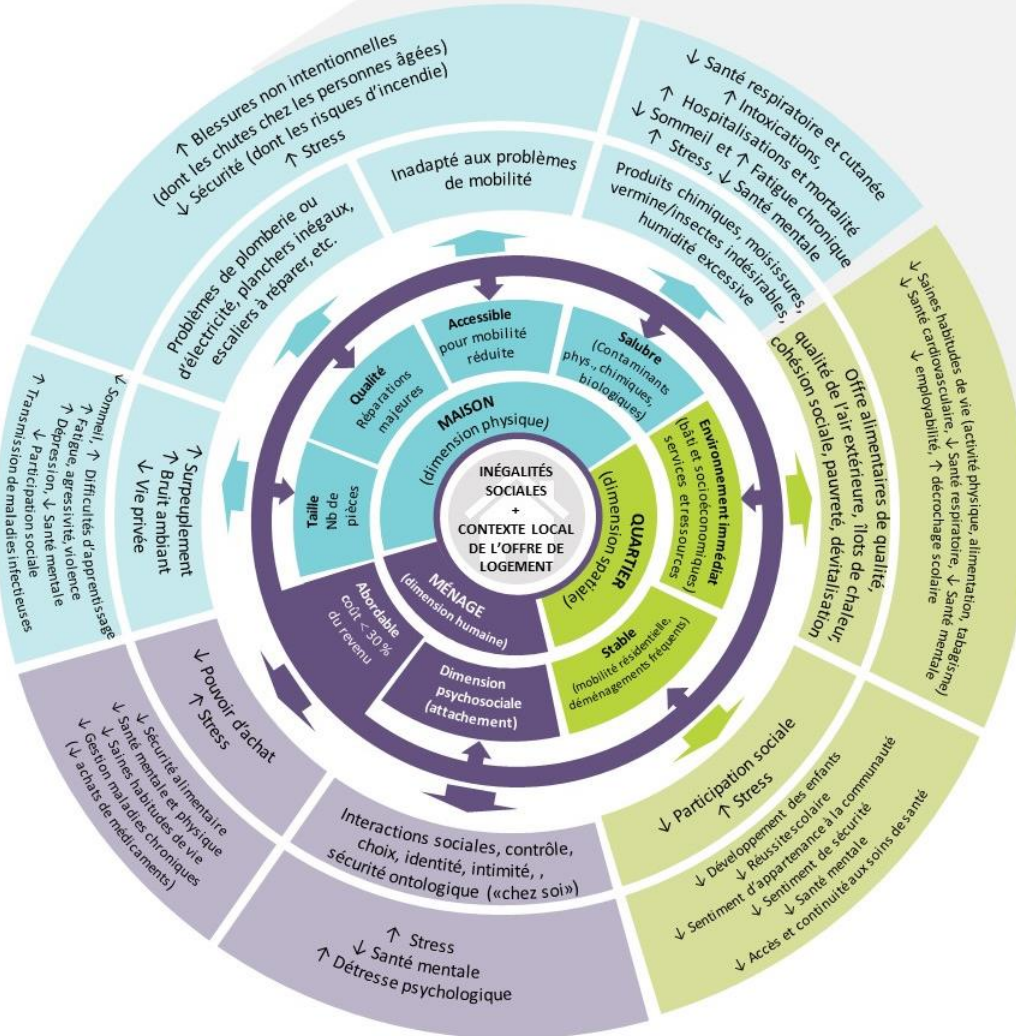


Extrait de : Chénier, G. (2019). *Accroître l'impact populationnel des actions en sécurité alimentaire : Agir là où ça compte! Chantier sur les déterminants sociaux de la santé*. Longueuil: Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique. [https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/Extranet/DSP/promotion\\_prevention/Pyramide-SA-et-types-pratiques.pdf](https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/Extranet/DSP/promotion_prevention/Pyramide-SA-et-types-pratiques.pdf)

## Annexe 2 – Logement : relations entre les conditions de logement et la défavorisation



## LES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT ET LEURS IMPACTS SUR LA SANTÉ DES INDIVIDUS



Réalisé par la Direction de santé publique de la Montérégie

Janvier 2020

### Annexe 3 – Changements climatiques : synergie dans les actions de lutte aux changements climatiques et à la pauvreté



#### Verdissement

Les actions de verdissements permettent de rafraîchir l'air ambiant grâce à l'ombrage et à l'évapotranspiration, rendant les milieux de vie beaucoup plus confortables. Les arbres matures absorbent le dioxyde de carbone et purifient l'air en captant la poussière ambiante. Ils permettent ainsi de réduire les symptômes liés aux maladies respiratoires. Les espaces verts sont bénéfiques pour la santé physique parce qu'ils fournissent des opportunités pour faire de l'activité physique, sans compter les bienfaits sur la santé mentale. Ils contribuent à briser l'isolement social en créant des milieux de rencontres.



#### Alimentation durable

Produite localement selon des pratiques agricoles durables, respectueuses de la planète et qui répondent aux besoins nutritionnels de toute la population, l'alimentation durable contribue à la santé de la population et de la planète. Des systèmes alimentaires évoluant vers des régimes riches en végétaux – avec davantage de protéines végétales – entraîneront une réduction significative des émissions de GES. Le jardinage communautaire apporte également un effet positif sur la santé mentale et les rapports sociaux : il permet de réduire le stress et l'anxiété, accroît le sentiment de développement personnel et la confiance en soi des jardiniers.



#### Mobilité durable

Les actions de mobilité durable contribuent à une vie active physiquement tout en réduisant les émissions de GES. La dimension sociale est d'autant plus importante que la mobilité constitue un des piliers essentiels à l'intégration sociale et à l'insertion professionnelle des individus. Les projets de mobilités durables ont un impact positif sur les populations prioritaires s'ils permettent une accessibilité financière (faible coût pour les personnes à faible revenu) et une accessibilité géographique (desserte de quartiers prioritaires ou enclavés).



#### Logements accessibles et adéquats

Répondent non seulement aux besoins de base, mais tiennent également compte des changements climatiques et de la nécessaire transition énergétique. Un logement sain devrait être à la fois salubre, sécuritaire, adapté aux capacités physiques des occupants, confortable, peu impacté par les phénomènes climatiques ou le bruit, et économe en eau et énergie[256]. Les effets des étés chauds et des hivers froids sont largement influencés par la capacité d'une personne à accéder à un logement convenable[257]. Les structures fragiles sont également plus vulnérables en contexte d'intempéries.



#### Accès à des services de proximité

En plus d'augmenter la résilience/adaptation aux CC et de réduire les coûts de déplacements, ces actions contribuent au développement et à l'attrait d'un quartier. Plus précisément, elles contribuent à sa qualité de vie, à son dynamisme, à la sécurité et au rapprochement des gens, tout en consolidant leur sentiment d'appartenance à une communauté. Un accès équitable à des biens et services de qualité permet de réduire les inégalités sociales de santé, de même que les émissions de GES.



## 12 Liste des références

### Section 2 (Infographies : Pauvreté et état de santé des populations défavorisées : quelques indicateurs clés)

- I. Statistique Canada, Recensement de la population 2021. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm>
- II. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec (MTESS), Statistiques mensuelles des trois programmes d'assistance sociale, mars 2022.
- III. Statistique Canada, Enquête canadienne sur le revenu 2020 et 2021. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.
- IV. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2017-2018 (ESCC), Fichier de microdonnées à grande diffusion.
- V. Statistique Canada, Enquête sur les dépenses des ménages, fichiers maîtres. Adapté de l'Institut de la statistique du Québec, 2017 et 2019.
- VI. Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), Enquête sur les logements locatifs, 2012 à 2022. <https://www03.cmhc-schl.gc.ca/hmip-pimh/fr#>
- VII. Institut de la statistique du Québec (ISQ), Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle, 2017. [Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017. Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives \(quebec.ca\)](https://www12.statcan.gc.ca/fr/infographie/98-625-x001-eng/index.html)
- VIII. Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ), Système Charlemagne, 2019-2020. [Taux de sorties sans diplôme ni qualification au secondaire - 2022 \(gouv.qc.ca\)](https://www12.statcan.gc.ca/fr/infographie/98-625-x001-eng/index.html)
- IX. Institut national de santé publique du Québec (2018). Les inégalités sociales de santé – L'espérance de vie en bonne santé, 2011-2012. Consulté le 7 juin 2023. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/santescope/syntheses/evbs-complet.pdf>
- X. Institut national de santé publique du Québec (2018). Les inégalités sociales de santé – La mortalité prématurée, 2009-2013. Consulté le 7 juin 2023. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/santescope/syntheses/mortalite-complet.pdf>
- XI. Institut national de santé publique du Québec (2018). Les inégalités sociales de santé – La mortalité par suicide, 2009-2013. Consulté le 7 juin 2023. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/santescope/syntheses/suicide-complet.pdf>

### Sections 2 à 10

1. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2011). *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru. Rapport du directeur de santé publique 2011*. Direction de santé publique. [https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/Directeur/Rapports/Rapport\\_ISS-2011.pdf](https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/Directeur/Rapports/Rapport_ISS-2011.pdf)
2. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. (s.d.). *Inégalités sociales de santé*. <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sante-publique/inegalites-sociales-sante>
3. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-Montréal. (2021). *Inégaux face à la pandémie : des écarts qui persistent. Le point sur la santé des Montréalais en période de pandémie, Version détaillée 13 octobre 2021*. <https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/Campagnes/coronavirus/situation-montreal/point-sante/inegalites-montreal/Inegaux-Pandemie-EcartsQuiPersistent-FR.pdf>

4. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, RLRQ, 2002, c. L-7, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/l-7#:~:text=La%20pr%C3%A9sente%20loi%20vise%20%C3%A0,vers%20un%20Qu%C3%A9bec%20sans%20pauvret%C3%A9>
5. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, 1991, c. s-4.2, art.373, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2>
6. *Loi sur la santé publique*, RLRQ, 2001, c. S-2.2, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-2.2>
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Programme national de santé publique – 2015-2025*. Québec: Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
8. Southern Jamaica Plain Health Center et Racial Reconciliation and Healing Project. (2017). *Living glossary for racial justice, equity & inclusion*. <https://docs.google.com/document/d/1acNluGSKAJLWYwzCaOTtKciftWE8iKb4vJZdcGW4zqw/edit#>
9. Aïach, P. (2000). De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques. Dans A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang (dir.), *Les ISS* (p. 81-91). Éditions La Découverte/INSERM.
10. Institut national de santé publique du Québec, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. (s.d.). *Inégalités de santé*. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/inegalites-de-sante/>
11. Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2020). *État de situation 2020*. Gouvernement du Québec. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/cepe/publications/RA\\_etat\\_situation\\_2020\\_CEPE.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/cepe/publications/RA_etat_situation_2020_CEPE.pdf)
12. Hübner, L. A., Bonnard, M. et Landry, N. (2020). *La pauvreté au Québec : portrait, bilan et perspectives*. Manuscrit non publié accessible sur R-Libre. Université TÉLUQ. [https://r-libre.telug.ca/2158/1/Hubner\\_Bonnard\\_Landry\\_Pauvreté\\_R-libre\\_VF.pdf](https://r-libre.telug.ca/2158/1/Hubner_Bonnard_Landry_Pauvreté_R-libre_VF.pdf)
13. Warin, P. (2010). Ciblage, stigmatisation et non-recours. *Revue du CREMIS*, 3(2), 16-22. <https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2023/03/RevueCREMISvol3no1art4-1.pdf-1.pdf>
14. ARBRE Alliance pour le revenu de base régions de l'est Bas-Saint-Laurent et Gaspésie-Les-Îles. (2018). *Proposition préliminaire d'un projet d'expérimentation d'une assurance-revenu de base inconditionnelle et universelle pour les personnes habitant la Gaspésie-Les-Îles et le Bas-Saint-Laurent*. [http://revenuebase.ca/publications/?id=proposition\\_evolutionne](http://revenuebase.ca/publications/?id=proposition_evolutionne)
15. Gouvernement du Québec. (2023). *Programme de revenu de base*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-sociale-et-solidarite-sociale/programme-revenu-base#:~:text=Composition%20du%20revenu%20de%20base,base%20est%20index%C3%A9%20chaque%20ann%C3%A9e>
16. Collectif pour un Québec sans pauvreté. (2023, 31 janvier). *Le gouvernement doit étendre le programme de revenu de base à l'ensemble des personnes assistées sociales*. <https://www.pauvrete.qc.ca/comm-rdb/#:~:text=Actuellement%2C%20la%20prestation%20mensuelle%20de,de%2020%20024%20%24%20par%20année>
17. Couturier, E.-L., Nguyen, M. et Labrie, V. (2023). *Le revenu viable 2023: dans la spirale de l'inflation et des baisses d'impôt*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2023/05/Revenu-viable-2023-WEB.pdf>
18. Collectif pour un Québec sans pauvreté. (s.d.). *La MPC révisée : un minimum*. <https://www.pauvrete.qc.ca/mpc-revisee-campagne/#:~:text=Pour%202021%2C%20le%20montant%20de,le%20site%20de%20Statistique%20Canada>

19. Gagnon, M.-A. (2022, 12-08). Mise à jour économique: indexation de 6,44 % des aides sociales et crédits d'impôt. Dans *Mise à jour économique*. TVA Nouvelles.  
<https://www.tvanouvelles.ca/2022/12/08/mise-a-jour-economique-indexation-de-644--des-aides-sociales-et-credits-dimpot-1#:~:text=Pour%20l%E2%80%99aide%20sociale%2C%20une%20personne%20seule%20re%C3%A7oit%20en,par%20mois%20plut%C3%B4t%20que%201573%20%24%20cette%20ann%C3%A9e>
20. Warit, N., Bureau, A. et Tremblay, R. (2007). *Étude comparative du coût de la vie en Estrie par rapport à d'autres régions du Québec*. Conférence régionale des élus de l'Estrie — Emploi-Québec Estrie. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2484677>
21. Le Goff, P. (2006). *Délocalisation des fonctionnaires fédéraux vers les régions*. Bibliothèque du Parlement. <https://publications.gc.ca/collections/Collection-R/LoPBdP/PRB-f/PRB05100-f.pdf>
22. Statistique Canada. (2022). *Technologie numérique et utilisation d'Internet, 2021*. Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/220913/dq220913b-fra.pdf?st=CbzodvDD>
23. Fleury, D. et Fortin, M. (2006). *Lorsque travailler ne suffit pas afin d'échapper à la pauvreté: une analyse de la pauvreté chez les travailleurs au Canada*. Groupe de recherche sur les politiques, Politique stratégique, Ressources Humaines et Développement Social Canada. [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2008/hrsc-rhsc/HS28-53-2006F.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2008/hrsc-rhsc/HS28-53-2006F.pdf)
24. Commission des déterminants sociaux de la santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>
25. Institut national de santé publique du Québec. (2016). *Mémoire déposé dans le cadre des audiences d'experts de la Commission sur l'éducation à la petite enfance*. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2181\\_memoire\\_commission\\_education.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2181_memoire_commission_education.pdf)
26. Uppal, S. (2017). *Regards sur la société canadienne : Les jeunes hommes et les jeunes femmes sans diplôme d'études secondaires*. Statistique Canada. [https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/75-006-x/2017001/article/14824-fra.pdf?st=pM9L\\_ZMa](https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/75-006-x/2017001/article/14824-fra.pdf?st=pM9L_ZMa)
27. Pica, L. A., Plante, N. et Traoré, I. (2014). *Décrochage scolaire chez les élèves du secondaire du Québec, santé physique et mentale et adaptation sociale : une analyse des principaux facteurs associés*. Institut de la statistique du Québec. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-46-décrochage-scolaire-chez-les-élèves-du-secondaire-du-québec-santé-physique-et-mentale-et-adaptation-sociale-une-analyse-des-principaux-facteurs-associés.pdf>
28. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2002). *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Gouvernement du Québec. [https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/GD\\_Enonce-de-politique.pdf](https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/GD_Enonce-de-politique.pdf)
29. Conseil supérieur de l'éducation. (2016). *Rapport sur l'état et les besoins de l'éducation 2014-2016 : Remettre le cap sur l'équité*. Gouvernement du Québec. <https://www.cse.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2016/10/50-0494-RF-cap-sur-lequite-REBE-2014-2016.pdf>
30. Doray, P., Lessard, C., Roy-Vallières, M. et Fournier, F. (2023). *Bulletin de l'égalité des chances en éducation. Édition 2023*. Observatoire québécois des inégalités. <https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYmZxfbWTbVKVvSt3IBECIc/asset/files/Bulletin%20de%20l%27%C3%A9galit%C3%A9%20des%20chances%20en%20%C3%A9ducation%20-%20rapport%20complet.pdf>
31. Ministère de l'Éducation. (2022). *Taux de diplomation et de qualification par cohorte de nouveaux inscrits au secondaire*. Québec: Gouvernement du Québec.

[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/PSG/statistiques\\_info\\_decisonnelle/Rapport-diplomation-qualif-sec-2022.pdf](http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisonnelle/Rapport-diplomation-qualif-sec-2022.pdf)

32. Kamanzi, P. C., Maroy, C. et Magnan, M. (2020). L'accès aux études supérieures au Québec : l'incidence du marché scolaire. *Revue française de pédagogie*, 3(208), 49-64.  
<https://doi.org/10.4000/rfp.9481>
33. Maroy, C. et Casinius Kamanzi, P. (2017). Marché scolaire, stratification des établissements et inégalités d'accès à l'université au Québec. *Recherches sociographiques*, 58(3).  
<https://doi.org/10.7202/1043466ar>
34. Institut de la statistique du Québec. (2022). *Écart de diplomation selon le milieu socioéconomique*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/indicateurs-progres-ecart-diplomation>
35. Rompré, G. (2015). *Conférence de comparaisons internationales : rapport CSE-CNESCO : la mixité sociale à l'école*. Québec: Conseil supérieur de l'éducation; Paris: Conseil national de l'évaluation du système scolaire. <https://www.cse.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2015/08/50-2102-RP-mixite-sociale-CSE-CNESCO.pdf>
36. Grenet, J., Huillery, E. et Souidi, Y. (2023). *Mixité sociale au collège : premiers résultats des expérimentations menées en France*. Notes du Conseil scientifique de l'éducation nationale (No 9). Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. [https://www.reseau-canope.fr/fileadmin/user\\_upload/Projets/conseil\\_scientifique\\_education\\_nationale/Note\\_CSEN\\_2023\\_09.pdf](https://www.reseau-canope.fr/fileadmin/user_upload/Projets/conseil_scientifique_education_nationale/Note_CSEN_2023_09.pdf)
37. Tarasuk, V. et Mitchell, A. (2020). *L'insécurité alimentaire des ménages au Canada, 2017-18*. Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF).  
<https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2020/03/Inse%CC%81curite%CC%81-Alimentaire-Des-Me%CC%81nages-Au-Canada-2017-18-Sommaire-Exe%CC%81cutif.pdf>
38. Cook, J. T. et Frank, D. A. (2008). Food security, poverty, and human development in the United States. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 193-209.  
<https://doi.org/10.1196/annals.1425.001>
39. Vozoris, N. T. et Tarasuk, V. S. (2003, Jan). Household food insufficiency is associated with poorer health. *Journal of Nutrition*, 133(1), 120-126. <https://doi.org/10.1093/jn/133.1.120>
40. Ke, J. et Ford-Jones, E. L. (2015, Mar). Food insecurity and hunger: A review of the effects on children's health and behaviour. *Paediatr Child Health*, 20(2), 89-91.  
<https://doi.org/10.1093/pch/20.2.89>
41. Ramsey, R., Giskes, K., Turrell, G. et Gallegos, D. (2011, Dec). Food insecurity among Australian children: potential determinants, health and developmental consequences. *Journal of Child Health Care*, 15(4), 401-416. <https://doi.org/10.1177/1367493511423854>
42. Ettinger de Cuba, S., Frank, D., Rose-Jacobs, R., Cook, J., Meyers, A., Cutts, D., Black, M. et Casey, P. (2008). *Nourishing development: a report on food insecurity and the precursors to school readiness among very young children*. Boston, Children's Sentinel Nutrition Assessment Program. Children's Sentinel Nutrition Assessment Program. <https://childrenshealthwatch.org/nourishing-development-a-report-on-food-insecurity-and-the-precursors-to-school-readiness-among-very-young-children/>
43. FRAC/Children's HealthWatch. (2015). The importance of early childhood Nutrition, WIC and CACFP. *Food Insecurity and Hunger in the US, New Research*, 7. <https://arhungeralliance.org/wp-content/uploads/2020/08/The-Importance-of-Early-Childhood-Nutrition-WIC-and-CACFP-august-2015.pdf>
44. Hickson, M., Ettinger de Cuba, S., Weiss, I., Donofrio, G. et Cook, J. (2013). *Too hungry to learn: food insecurity and school readiness, Part 1*. Children's HealthWatch.  
[https://childrenshealthwatch.org/wp-content/uploads/toohungrytolearn\\_report.pdf](https://childrenshealthwatch.org/wp-content/uploads/toohungrytolearn_report.pdf)
45. Holben, D. (2010). Position of the American Dietetic Association: food insecurity in the United States. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(-), 1368-1377.

46. MacLellan, D., Taylor, J. et Wood, J. (2008). Food intake and academic performance among adolescents. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 69(3), 141–144.  
[https://www.researchgate.net/publication/23249301\\_Food\\_Intake\\_and\\_Academic\\_Performance\\_Among\\_Adolescents](https://www.researchgate.net/publication/23249301_Food_Intake_and_Academic_Performance_Among_Adolescents)
47. Plamondon, L., Morin, P., Demers, K. et Paquette, M.-C. (2012). *Portrait de l'environnement alimentaire dans les écoles secondaires du Québec*. Institut national de santé publique Québec.  
[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1608\\_PortraitEnvironnementAlimentEcolesSecondairesQc.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1608_PortraitEnvironnementAlimentEcolesSecondairesQc.pdf)
48. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-L'Île-de-Montréal et Direction régionale de santé publique de Montréal. (2020). *Portrait des initiatives de soutien alimentaire dans les écoles primaires publiques montréalaises pour l'année scolaire 2016-2017*.  
[https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/sujets-a-z/Saine\\_alimentation/Feuillet\\_ISA\\_eushv\\_cjb.pdf](https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/sujets-a-z/Saine_alimentation/Feuillet_ISA_eushv_cjb.pdf)
49. Bergeron, P. et Paquette, M.-C. (2014). *Les mesures de repas scolaires subventionnés et leurs impacts sur l'alimentation et le poids corporel des jeunes- expériences étrangères et perspectives pour le Québec*. Institut national de santé publique Québec.  
[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1952\\_Repas\\_Scolaires\\_Subventionnees\\_Impact.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1952_Repas_Scolaires_Subventionnees_Impact.pdf)
50. Kitchen, S., Tanner, E., Brown, V., Payne, C., Crawford, C., Dearden, L., Greaves, E., Purdon, S. et Purdon, B. (2013). *Evaluation of the free school meals pilot- impact report*. Department for Education UK.  
[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/184047/DFE-RR227.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/184047/DFE-RR227.pdf)
51. Leos-Urbel, J., Schwartz, A. E., Weinstein, M. et Corcoran, S. (2013). Not just for poor kids: The impact of universal free school breakfast on meal participation and student outcomes. *Economics of Education Review*, 36, 88–107.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272775713000885>
52. Longacre, M. R., Drake, K. M., Titus, L. J., Peterson, K. E., Beach, M. L., Langeloh, G., Hendricks, K. et Dalton, M. A. (2014, Dec). School food reduces household income disparities in adolescents' frequency of fruit and vegetable intake. *Preventive Medicine*, 69, 202-207.  
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.10.008>
53. Yamaguchi, M., Kondo, N. et Hashimoto, H. (2018, Aug 1). Universal school lunch programme closes a socioeconomic gap in fruit and vegetable intakes among school children in Japan. *European Journal of Public Health*, 28(4), 636-641. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky041>
54. Robinson-O'Brien, R., Burgess-Champoux, T., Haines, J., Hannan, P. J. et Neumark-Sztainer, D. (2010, Oct). Associations between school meals offered through the National School Lunch Program and the School Breakfast Program and fruit and vegetable intake among ethnically diverse, low-income children. *Journal of School Health*, 80(10), 487-492.  
<https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2010.00532.x>
55. Nord, M. et Romig, K. (20016). Hunger in the summer. *Journal of Children and Poverty*, 12(2), 141-158. <https://doi.org/10.1080/10796120600879582>
56. Huang, J. et Barnidge, E. (2016, Feb). Low-income Children's participation in the National School Lunch Program and household food insufficiency. *Social Science & Medicine*, 150, 8-14.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.020>
57. Khan, S., Pinckney, R. G., Keeney, D., Frankowski, B. et Carney, J. K. (2011, Jan). Prevalence of food insecurity and utilization of food assistance program: an exploratory survey of a Vermont middle school. *Journal of School Health*, 81(1), 15-20. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2010.00552.x>
58. Fletcher, J. M. et Frisvold, D. E. (2017). The relationship between the school breakfast program and food insecurity. *Journal of Consumer Affairs*, 51(3), 481-500.  
<https://doi.org/10.1111/joca.12163>

59. Bartfeld, J. S. et Ahn, H. M. (2011, Mar). The School Breakfast Program strengthens household food security among low-income households with elementary school children. *The Journal of Nutrition*, 141(3), 470-475. <https://doi.org/10.3945/jn.110.130823>
60. Muthuswamy, E. (2012). *Feeding our future : first and second year evaluation*. Research & Information Services, Toronto District School Board (TDSB). <https://tfss.ca/wp-content/uploads/2017/10/EvaluationFOFProgram-min.pdf>
61. Crawford, C., Edwards, A., Farquharson, C., Greaves, E., Trevelyan, G., Wallace, E. et White, C. (2019). *Magic breakfast evaluation report and executive summary*. The Education Endowment Foundation website. [https://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/34837/1/Magic\\_Breakfast\\_report.pdf](https://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/34837/1/Magic_Breakfast_report.pdf)
62. La coalition pour une saine alimentation scolaire. (2019, 2 juin). *L'alimentation scolaire dans les pays du G7 : le Canada doit rattraper son retard*. <https://www.sainealimentationscolaire.ca/post/l-alimentation-scolaire-dans-les-pays-du-g7-le-canada-doit-rattraper-son-retard>
63. La coalition pour une saine alimentation scolaire. (s.d.). *Collectif Qc - À propos*. <https://www.sainealimentationscolaire.ca/action-qc>
64. Fournier, F. (2022). *La faim justifie des moyens : S'engager de manière décisive à réduire durablement et à prévenir l'insécurité alimentaire des ménages au Québec*. Observatoire québécois des inégalités. <https://www.observatoiredesinegalites.com/fr/detail-publication/la-faim-justifie-des-moyens>
65. Réunir Réussir (2013). *Pour agir efficacement sur les déterminants de la réussite éducative*. [http://reunirreussir.org/pdf/doc\\_reference\\_determinants.pdf](http://reunirreussir.org/pdf/doc_reference_determinants.pdf)
66. Ministère de l'Éducation. (2021). *Rôle des parents et de la communauté dans la réussite éducative et dans la valorisation de l'éducation : 2e édition*. Gouvernement du Québec. [http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/publications/Parents-communautaire-reussite-valorisation.pdf](http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/publications/Parents-communautaire-reussite-valorisation.pdf)
67. Humbeeck, B., Lahaye, W., Balsamo, A. et Pourtois, J.-P. (2006). Les relations école-famille : de la confrontation à la co-éducation. *Érudit*, 32(2), 649-664. <https://www.erudit.org/fr/revues/rse/2006-v32-n3-rse1733/016280ar.pdf>
68. Deslandes, R. et Bertrand, R. (2004). Motivation des parents à participer au suivi scolaire de leur enfant au primaire. *Revue des sciences de l'éducation*, 30(2), 411-433. <https://www.erudit.org/fr/revues/rse/2004-v30-n2-rse1025/012675ar/>
69. Park, S. et Holloway, S. (2018). Parental involvement in adolescents' education: an examination of the interplay among school factors, parental role construction, and family income. *School Community Journal*, 28(1), 9-36.
70. Lasky, B. et Dunnick Karge, B. (2011). Involvement of language minority parents of children with disabilities in their child's school achievement. *Multicultural Education*, 19(3), 29-34.
71. Larose, F., Terrisse, B. et Bédard, J. (2008). Les besoins parentaux au regard de la formation à l'implication scolaire au Québec. *Revue internationale de l'éducation familiale*, 23(1), 39-61.
72. Conseil supérieur de l'éducation. (2020). *Le bien-être des enfants à l'école : faisons nos devoirs*. <https://www.cse.gouv.qc.ca/publications/bien-etre-enfant-50-0524/>
73. Povey, J., Campbell, A., Willis, L.-D., Haynes, M., Western, M., Bennett, S., Antrobus, E. et Pedde, C. (2016). Engaging parents in schools and building parent-school partnership: the role of school and parent organisation leadership. *International Journal of Educational Research*, 79, 128-141.
74. Desrosiers, H., Japel, C., Singh, P. R. P. et Tétreault, K. (2012). La relation enseignante-élève positive : ses liens avec les caractéristiques des enfants et la réussite scolaire au primaire. Dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010) – De la naissance à 10 ans* (vol. 6). Institut de la statistique du Québec. [https://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/publications/ELDEQ\\_fasc6no2.pdf](https://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/publications/ELDEQ_fasc6no2.pdf)

75. Tremblay, N., Dumoulin, C., Gagnon, M. et Giroux, P. (2015). La collaboration entre l'école, la famille et la communauté en milieu à risque : quels défis pour la formation initiale des enseignants du primaire. *Revue canadienne de l'éducation*, 38(2), 1-28.
76. Sanders, M. (2016, 2016/04/02). Leadership, partnerships, and organizational development: exploring components of effectiveness in three full-service community schools. *School Effectiveness and School Improvement*, 27(2), 157-177. <https://doi.org/10.1080/09243453.2015.1030432>
77. Larochelle-Audet, J., Magnan, M.-O., Doré, E., Potvin, M., St-Vincent, L.-A., Gélinas-Proulx, A. et Amboulé-Abath, A. (2020). *Diriger et agir pour l'équité, l'inclusion et la justice sociale : boîte à outils pour les directions d'établissement d'enseignement*. Observatoire sur la formation à la diversité et l'équité. <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs4027379>
78. Audet, G., Potvin, M., Burham-Bella, M., Causaubon, M., Hassan, G., Papazian-Zohrabian, G. et Bélanger, J. (2013). *Les intervenants communautaires-scolaires dans des quartiers défavorisés et pluriethniques de Montréal. Synthèse comparée des initiatives et état de la situation*. Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville– Saint-Laurent-CAU. [https://centreinteractions.ca/wp-content/uploads/2020/04/rapport\\_recherche\\_ics\\_final.pdf](https://centreinteractions.ca/wp-content/uploads/2020/04/rapport_recherche_ics_final.pdf)
79. Ministère de l'Éducation. (2022). *Soutien au milieu scolaire 2022-2023. Intégration et réussite des élèves issus de l'immigration et éducation interculturelle. Éducation préscolaire, enseignement primaire et enseignement secondaire*. [http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/education/diversite/Guide-soutien-milieu-scolaire\\_2022-2023.pdf](http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/education/diversite/Guide-soutien-milieu-scolaire_2022-2023.pdf)
80. Institut de la statistique du Québec. (2023). *Portrait des personnes âgées au Québec*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-personnes-aines-quebec.pdf>
81. Gouvernement du Canada. (2022, 14 avril). *Isolement social des aînés – Volume 1 : Comprendre l'enjeu et trouver des solutions*. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/partenaires/forum-aines/trousse-isolation-sociale-vol1.html>
82. Conseil national des aînés. (2017). *Qui est à risque et que peut-on faire à cet égard? Une revue de la littérature sur l'isolement social de différents groupes d'aînés* Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/esdc-edsc/documents/programs/reports/nsc1.fre.pdf>
83. Lebel, P. (2023). *Une communauté bienveillante envers les personnes âgées — Modèle inspiré de la communauté bienveillante envers les personnes âgées du réseau local de services Jeanne-Mance*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal. [https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscssmtl/files/media/document/2023\\_04\\_24\\_RapportCommunautéBienveillantePersonnesAînees.pdf](https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscssmtl/files/media/document/2023_04_24_RapportCommunautéBienveillantePersonnesAînees.pdf)
84. Ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2021). *Vieillir en santé, [Dixième rapport du directeur national de santé publique]*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-228-01W.pdf>
85. Van der Vlugt, E. et Audet-Nadeau, V. (2020). *Bien vieillir au Québec: Portrait des inégalités entre générations et entre personnes âgées*. Observatoire québécois des inégalités. <https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt3IBECIc/asset/files/OQI%202020%20-%20Portrait%20du%20vieillessement%20au%20Que%CC%81bec-2dec-web.pdf>
86. Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2020). *La pauvreté des personnes de 55 ans et plus au Québec : du travail à la retraite*. [https://www.researchgate.net/publication/346360960\\_La\\_pauvrete\\_des\\_personnes\\_de\\_55\\_ans\\_et\\_plus\\_au\\_Quebec\\_du\\_travail\\_a\\_la\\_retraite](https://www.researchgate.net/publication/346360960_La_pauvrete_des_personnes_de_55_ans_et_plus_au_Quebec_du_travail_a_la_retraite)

87. Couturier, E.-L., Hébert, G. et Tircher, P. (2023). *Viellir au Québec : constats et solutions pour un meilleur système de retraite*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.gc.ca/publications/vieillir-au-quebec/#:~:text=Parmi%20les%20avantages%20de%20ces,dans%20les%20r%C3%A9gimes%20d'employeur>
88. Conseil national des aînés. (2014). *Rapport sur l'isolement social des aînés. 2013-2014*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2014/isolement-social-aines.html>
89. Dumas, C. (2012). Mobilité des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 35141(2), 63-76. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2012-2-page-63.htm>
90. Bickerstaff, J. et Lalancette, M. (2018). *Transport, santé et inégalités sociales de santé*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique.
91. Direction régionale de santé publique de Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (À paraître). *Plan d'action régional intégré - Déterminant Services de garde éducatifs à l'enfance*.
92. Drouin, M. et Leduc, S. (2019). *Mémoire des directrices et directeurs de santé publique du Québec, Commission spéciale sur les droits des enfants et de la protection de la jeunesse*. [https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/5\\_Memoires\\_DSP\\_CSDEPJ.pdf](https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/5_Memoires_DSP_CSDEPJ.pdf)
93. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-Montréal, Direction régionale de santé publique. (2021). *Mémoire de la directrice régionale de santé publique, Consultation sur les services de garde éducatifs à l'enfance*. [https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/B-6\\_SantePub-Mtl\\_N-21.pdf](https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/B-6_SantePub-Mtl_N-21.pdf)
94. Institut de la statistique du Québec. (2018). *Enquête québécoise sur le développement des enfants (EQDEM), 2012 et 2017*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/enquetes/realisees/enquete-quebecoise-sur-le-developpement-des-enfants-a-la-maternelle-egdem>
95. Ministère de la Famille du Québec. (2022). *Grand chantier pour les familles. Plan d'action pour compléter le réseau des services de garde éducatifs à l'enfance*. Gouvernement du Québec. <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/plan-action-grand-chantier.pdf>
96. lattoni, B. et Guay, D. (2019). *Cadre de référence du programme interventions éducatives précoces 2019*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, direction régionale de santé publique de Montréal. [https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user\\_upload/Uploads/tx\\_ asssspublications/pdf/publications/Cadre de reference du programme interventions educatives precoces 2019.pdf](https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_ asssspublications/pdf/publications/Cadre de reference du programme interventions educatives precoces 2019.pdf)
97. Vérificateur général du Québec. (2020). Chapitre 2 : Accessibilité aux services de garde éducatifs à l'enfance. Dans *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021*. [https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq\\_ch02\\_cpe\\_web.pdf](https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch02_cpe_web.pdf)
98. Santé Canada. (2020, 2 août). *Évaluation de la situation de sécurité alimentaire*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-escc/insecurite-alimentaire-menages-canada-survol/evaluation-situation-securite-alimentaire-surveillance-aliments-nutrition-sante-canada.html#a1>
99. Emploi et Développement social Canada. (2018). *Une chance pour tous – La première stratégie canadienne de réduction de la pauvreté*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/canada/employment-social-development/programs/poverty-reduction/reports/poverty-reduction-strategy-report-FR.pdf>
100. Institut national de santé publique du Québec. (2018, mise à jour 2019). *Les inégalités sociales de santé au Québec - L'insécurité alimentaire*. <https://www.inspq.qc.ca/santescope/suivre-les-inegalites-sociales-de-sante-au-quebec/insecurite-alimentaire>



101. Tarasuk, V., Fafard St-Germain, A. A. et Mitchell, A. (2019, Jan 3). Geographic and socio-demographic predictors of household food insecurity in Canada, 2011-12. *BMC Public Health*, 19(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6344-2>
102. Cai, J. (2023, Jun). Food Insecurity and COVID-19 Infection: Findings From the 2020-2021 National Health Interview Survey. *AJPM Focus*, 2(2), 100069. <https://doi.org/10.1016/j.focus.2023.100069>
103. Aibibula, W., Cox, J., Hamelin, A. M., Mamiya, H., Klein, M. B. et Brassard, P. (2016, Dec). Food insecurity and low CD4 count among HIV-infected people: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care*, 28(12), 1577-1585. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1191613>
104. Kirkpatrick, S. I., McIntyre, L. et Potestio, M. L. (2010, Aug). Child hunger and long-term adverse consequences for health. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164(8), 754-762. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.117>
105. Tait, C. A., L'Abbe, M. R., Smith, P. M. et Rosella, L. C. (2018). The association between food insecurity and incident type 2 diabetes in Canada: A population-based cohort study. *PLoS One*, 13(5), e0195962. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195962>
106. Men, F., Elgar, F. J. et Tarasuk, V. (2021, Aug). Food insecurity is associated with mental health problems among Canadian youth. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(8), 741-748. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-216149>
107. Jessiman-Perreault, G. et McIntyre, L. (2017, Dec). The household food insecurity gradient and potential reductions in adverse population mental health outcomes in Canadian adults. *SSM Popul Health*, 3, 464-472. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.013>
108. Tarasuk, V., Mitchell, A., McLaren, L. et McIntyre, L. (2013, Nov). Chronic physical and mental health conditions among adults may increase vulnerability to household food insecurity. *The Journal of Nutrition*, 143(11), 1785-1793. <https://doi.org/10.3945/jn.113.178483>
109. Men, F., Gundersen, C., Urquia, M. L. et Tarasuk, V. (2020, Jan 20). Association between household food insecurity and mortality in Canada: a population-based retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 192(3), E53-E60. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190385>
110. Gundersen, C. et Ziliak, J. P. (2015, Nov). Food Insecurity And Health Outcomes. *Health Affairs*, 34(11), 1830-1839. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0645>
111. Statistique Canada. (2022). *Insécurité alimentaire selon le groupe d'âge et le sexe*. Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310083501>
112. Tarasuk, V., Cheng, J., de Oliveira, C., Dachner, N., Gundersen, C. et Kurdyak, P. (2015, Oct 6). Association between household food insecurity and annual health care costs. *CMAJ*, 187(14), E429-E436. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150234>
113. Fitzpatrick, T., Rosella, L. C., Calzavara, A., Petch, J., Pinto, A. D., Manson, H., Goel, V. et Wodchis, W. P. (2015, Aug). Looking Beyond Income and Education: Socioeconomic Status Gradients Among Future High-Cost Users of Health Care. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(2), 161-171. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.018>
114. Tarasuk, V., Cheng, J., Gundersen, C., de Oliveira, C. et Kurdyak, P. (2018, Aug). The Relation between Food Insecurity and Mental Health Care Service Utilization in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(8), 557-569. <https://doi.org/10.1177/0706743717752879>
115. McIntyre, L., Bartoo, A. C. et Emery, J. C. (2014, Jan). When working is not enough: food insecurity in the Canadian labour force. *Public Health Nutrition*, 17(1), 49-57. <https://doi.org/10.1017/S1368980012004053>
116. Coleman-Jensen, A. J. (2011). Working for peanuts: nonstandard work and food insecurity across household structure. *Journal of Family and Economic Issues*, 32(1), 84-97.
117. Men, F., Urquia, M. L. et Tarasuk, V. (2021, Jul). The role of provincial social policies and economic environments in shaping food insecurity among Canadian families with children. *Preventive Medicine*, 148, 106558. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2021.106558>

118. Loopstra, R. (2018, Aug). Interventions to address household food insecurity in high-income countries. *Proceedings of the Nutrition Society*, 77(3), 270-281.  
<https://doi.org/10.1017/S002966511800006X>
119. Chénier, G. (2019). *Accroître l'impact populationnel des actions en sécurité alimentaire : Agir là où ça compte! Chantier sur les déterminants sociaux de la santé*. Longueuil: Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique.  
[https://www.santemonteregie.gc.ca/sites/default/files/Extranet/DSP/promotion\\_prevention/Pyramide-SA-et-types-pratiques.pdf](https://www.santemonteregie.gc.ca/sites/default/files/Extranet/DSP/promotion_prevention/Pyramide-SA-et-types-pratiques.pdf)
120. Friel, S., Hattersley, L., Ford, L. et O'Rourke, K. (2015, Sep). Addressing inequities in healthy eating. *Health Promotion International*, 30 Suppl 2, ii77-88. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav073>
121. Frieden, T. R. (2010, Apr). A framework for public health action: the health impact pyramid. *American Journal of Public Health*, 100(4), 590-595. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652>
122. Huiskens, A., Orr, S. K. et Tarasuk, V. (2017, Mar 1). Adults' food skills and use of gardens are not associated with household food insecurity in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 107(6), e526-e532. <https://doi.org/10.17269/cjph.107.5692>
123. Loopstra, R. et Tarasuk, V. (2013, Jan 8). Perspectives on community gardens, community kitchens and the Good Food Box program in a community-based sample of low-income families. *Canadian Journal of Public Health*, 104(1), e55-59. <https://doi.org/10.1007/BF03405655>
124. Holmes, E., Black, J. L., Heckelman, A., Lear, S. A., Seto, D., Fowokan, A. et Wittman, H. (2018, Mar). "Nothing is going to change three months from now": A mixed methods characterization of food bank use in Greater Vancouver. *Social Science & Medicine*, 200, 129-136.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.029>
125. Bazerghi, C., McKay, F. H. et Dunn, M. (2016, Aug). The Role of Food Banks in Addressing Food Insecurity: A Systematic Review. *Journal of Community Health*, 41(4), 732-740.  
<https://doi.org/10.1007/s10900-015-0147-5>
126. PROOF, Chaire de recherche sur les politiques publiques pour réduire l'insécurité alimentaire au Canada. (s.d.). *What can be done to reduce food insecurity in Canada?*  
<https://proof.utoronto.ca/food-insecurity/what-can-be-done-to-reduce-food-insecurity-in-canada/>
127. Roncarolo, F., Bisset, S. et Potvin, L. (2016). Short-Term Effects of Traditional and Alternative Community Interventions to Address Food Insecurity. *PLoS One*, 11(3), e0150250.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150250>
128. Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS). (2023). *Résultats préliminaires de l'étude longitudinale PARCOURS*. [https://chairecacis.org/fichiers/infographie\\_etude\\_parcours\\_vf\\_1.pdf](https://chairecacis.org/fichiers/infographie_etude_parcours_vf_1.pdf)
129. Tarasuk, V., Fafard St-Germain, A. A. et Loopstra, R. (2019). The relationship between food banks and food insecurity: insights from Canada. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 31, 841–852. 841–852
130. Loopstra, R. et Tarasuk, V. (2012). The relationship between food banks and household food insecurity among low-income Toronto families. *Canadian Public Policy*, 38(4), 497-514.  
<https://doi.org/10.3138/CP.38.4.497>
131. PROOF, Chaire de recherche sur les politiques publiques pour réduire l'insécurité alimentaire au Canada. (2019). *Relationship between food banks and food insecurity in Canada*.  
[https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2019/11/PROOF\\_FACTSHEET\\_Foodbanks-112019.pdf](https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2019/11/PROOF_FACTSHEET_Foodbanks-112019.pdf)
132. Les diététistes du Canada. (2016). *Aborder l'insécurité alimentaire des ménages au Canada : énoncé de position et recommandations*. <https://www.dietitians.ca/DietitiansOfCanada/media/Documents/Resources/HFI-Executive-Summary-DC-FRE.pdf?ext=.pdf>
133. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023*. Québec, Québec: Direction des

- communications, Ministère du travail, de l'emploi et de la solidarité sociale, Gouvernement du Québec. [https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/ADMIN\\_plan\\_action\\_2017-2023.pdf](https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/ADMIN_plan_action_2017-2023.pdf)
134. Chénier, G. (2016). *Épiceries solidaires, communautaires, économiques : acheter des aliments sains et frais à un prix abordable, Chantier sur les déterminants sociaux de la santé*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique. [https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/Extranet/DSP/promotion\\_prevention/Fiche-Epiceries-solidaires.pdf](https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/Extranet/DSP/promotion_prevention/Fiche-Epiceries-solidaires.pdf)
135. Chénier, G. (2016). *Marchés ambulants, citoyens et de quartier : s'approvisionner en fruits et légumes frais à prix abordable près de chez soi, Chantier sur les déterminants sociaux de la santé*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique. [https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/Extranet/DSP/promotion\\_prevention/Fiche-Marches.pdf](https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/Extranet/DSP/promotion_prevention/Fiche-Marches.pdf)
136. Atomei, C. (2022). *Les Complices Alimentaires – étude de cas*. Territoires innovants en économie sociale et solidaire. [https://tiess.ca/wp-content/uploads/2022/03/Les\\_Complices\\_A-Etude\\_de\\_cas.pdf](https://tiess.ca/wp-content/uploads/2022/03/Les_Complices_A-Etude_de_cas.pdf)
137. Territoires innovants en économie sociale et solidaire. (2022). *Les épiceries solidaires à Montréal : enjeux, viabilité et pérennité*. [https://tiess.ca/wp-content/uploads/2022/05/TIESS\\_epiceries-solidaires.pdf](https://tiess.ca/wp-content/uploads/2022/05/TIESS_epiceries-solidaires.pdf)
138. Sawyer, A. D. M., van Lenthe, F., Kamphuis, C. B. M., Terragni, L., Roos, G., Poelman, M. P., Nicolaou, M., Waterlander, W., Djojoseparto, S. K., Scheidmeir, M., Neumann-Podczaska, A., Stronks, K. et Consortium, P. E. N. (2021, Jul 13). Dynamics of the complex food environment underlying dietary intake in low-income groups: a systems map of associations extracted from a systematic umbrella literature review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01164-1>
139. Territoires innovants en économie sociale et solidaire. (2021). *Entreprendre collectivement en alimentation au Québec : Enjeux de pérennité, facteurs de succès et pistes pour réussir*. <https://tiess.ca/territoires-nourriciers-economie-sociale-et-alimentation/>
140. Afshin, A., Penalvo, J. L., Del Gobbo, L., Silva, J., Michaelson, M., O'Flaherty, M., Capewell, S., Spiegelman, D., Danaei, G. et Mozaffarian, D. (2017). The prospective impact of food pricing on improving dietary consumption: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12(3), e0172277. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172277>
141. Blouin, C. (2017). *Les instruments économiques pour favoriser la saine alimentation : synthèse des connaissances*. Institut national de santé publique du Québec. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2247\\_instruments\\_economiques\\_favoriser\\_saine\\_alimentation.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2247_instruments_economiques_favoriser_saine_alimentation.pdf)
142. Lefebvre, J., Chiari, C., Paquette, M.-C., Maltais-Guiguère, J. et Dubé, M. (2023). *Mise en œuvre et effets du projet pilote de coupons pour l'achat de fruits et légumes pour les populations à faible revenu du quartier Limoilou : résultats préliminaires [communication par affiche]*. 25<sup>e</sup> journées annuelles de santé publique, Montréal. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/comm\\_affichees/2023/18\\_mise-en-%c5%93uvre-et-effets-du-projet-pilote-de-coupons-pour-l-achat-de-fruits-et-legumes.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/comm_affichees/2023/18_mise-en-%c5%93uvre-et-effets-du-projet-pilote-de-coupons-pour-l-achat-de-fruits-et-legumes.pdf)
143. Harb, E., Hébert, M., Adam, C. et Mercille, G. (2023). *Incitatif économique pour l'achat de fruits et légumes locaux. Évaluation de l'intervention Carte Proximité – Fermière et solidaire*. Centre de recherche en santé publique. [https://drive.google.com/file/d/1RSue\\_qbD4Ut\\_MMmK8L-HckZT73CQTPf/view](https://drive.google.com/file/d/1RSue_qbD4Ut_MMmK8L-HckZT73CQTPf/view)
144. Blouin, C., Ouédraogo, S., Gélinau, M.-C., Lepage, C., Lo, E., Paquette, M.-C., Paradis, G. et Perron, S. (2019). *Intervention économique pour augmenter la consommation de fruits et légumes : étude sur la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention*. Institut national de santé publique du Québec. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2498\\_intervention\\_economique\\_consommation\\_fruits\\_legumes.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2498_intervention_economique_consommation_fruits_legumes.pdf)

145. Picheral, H. (2001). *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé GEOS, Atelier Géographie de la santé*. Université Montpellier 3 - Paul Valéry.
146. Dempster, B. et Tucs, E. (2012). *A jurisdictional review of Canadian initiatives to improve the affordability of public transit for people living on a low income*. Toronto Public Health.
147. Dubois, J.-L., Mahieu, F.-R. et Poussard, A. (2001). *La durabilité sociale comme composante du développement humain durable*. Centre d'Économie et d'Éthique pour l'Environnement et le Développement, Université de Versailles St. Quentin en Yvelines.  
[https://www.researchgate.net/publication/235923873\\_La\\_durabilite\\_sociale\\_composante\\_du\\_developpement\\_humain\\_durable](https://www.researchgate.net/publication/235923873_La_durabilite_sociale_composante_du_developpement_humain_durable)
148. Statistique Canada. (2023). *Données 2019, Tableau 11-10-0223-01 Dépenses des ménages selon le quintile de revenu du ménage, Canada, régions et provinces*. Gouvernement du Canada.  
<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1110022301>
149. Association québécoise du transport intermunicipal et municipal. (2011). *Rapport de mission sur le transport public en Suède*.
150. Association du transport urbain du Québec. (2013). *Impacts sociaux du transport en commun Étude réalisée dans le cadre du projet : La contribution du transport collectif au développement durable des villes du Québec*. <http://www.bv.transports.gouv.qc.ca/mono/1225470.pdf>
151. Association canadienne de santé publique. (2016). *Le transport en commun - fiche d'information*. <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/climateaction/hgjr-public-transit-factsheet-f.pdf>
152. Hanson, S. (2010). Gender and mobility: new approaches for informing sustainability. *Gender, Place & Culture*, 17(1), 5-23.  
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09663690903498225>
153. Litman, T. (2003). *Social inclusion as a transport planning issue in Canada: contribution to the FIA Foundation G7 comparaison*. Victoria Transport Policy Institute. [https://vtpi.org/soc\\_ex.pdf](https://vtpi.org/soc_ex.pdf)
154. Bostock, L. (2001, Jan). Pathways of disadvantage? Walking as a mode of transport among low-income mothers. *Health & Social Care in the Community*, 9(1), 11-18.  
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2001.00275.x>
155. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. (2012). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale : rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé*. Direction régionale de santé publique. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Quebec/9782896161621.pdf>
156. Páez, A., Mercado, R. G., Farber, S. et Morency, C., & Roorda, M. (2009). *Mobility and social exclusion in Canadian communities: an empirical investigation of opportunity access and deprivation from the perspective of vulnerable groups*. Policy Research Directorate.  
<https://crdcn.ca/publication/mobility-and-social-exclusion-in-canadian-communities-an-empirical-investigation-of-opportunity-access-and-deprivation-from-the-perspective-of-vulnerable-groups/?lang=fr>
157. Solidarité rurale du Québec. (2002). *Le transport en milieu rural : un impératif*. Mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des transports et des communications.
158. Beveridge, M. (2016). *Affordable Transit Pass Programs for Low Income Individuals: Options and Recommendations for the City of Winnipeg*. Social Planning Council of Winnipeg.  
<https://spcw.mb.ca/wp-content/uploads/2017/12/AffordableTransitReport-SPCW-2016.pdf>
159. Murray, S. (2007). *Fair fares: enhancing BC's transit use and affordability*. Canadian Centre for Policy Alternatives.  
[https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC\\_Office\\_Pubs/bc\\_2007/bc\\_transit\\_btn.pdf](https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC_Office_Pubs/bc_2007/bc_transit_btn.pdf)
160. City of Toronto. (2016). *Fair Pass: Transit Fare Equity Program for Low-Income Torontonians*.  
<https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2016/ex/bgrd/backgroundfile-98467.pdf>

161. Nations Unies. (1948). *La déclaration universelle des droits de l'homme, article 25*. <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
162. Nations Unies. (1976). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 11.1*. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
163. *Loi sur la stratégie nationale sur le logement*, 2019, L.C. 2019, ch. 29, art. 313, <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/n-11.2/TexteCompleet.html>
164. Van den Berg, R. (2016). *Quelques notions sur le droit au logement au Canada*. Ottawa, Canada: Bibliothèque du Parlement. <https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/BackgroundPapers/PDF/2019-16-f.pdf>
165. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
166. Labesse, M.-E., St-Louis, A., Ades, J., Robitaille, E. et Bergeron, P. (2021). *Logement et inégalités sociales de santé en temps de COVID-19 : des stratégies pour des logements abordables et de qualité*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3152-inegalites-sociales-covid-19-strategies-logements-abordables-qualite.pdf>
167. Dunn J.R. Université de Calgary. (2002). *L'approche de la santé de la population en fonction du logement : cadre de recherche*. : pour le Comité national de recherche sur le logement SCHL. [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2011/schl-cmhc/nh18-1-5/NH15-394-2002-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2011/schl-cmhc/nh18-1-5/NH15-394-2002-fra.pdf)
168. Dunn, J. R., Hayes, M. et coll. (2004). *Housing as a socioeconomic determinant of health : a Canadian research framework*. Steele Roberts.
169. Raynault M.-F., Thérien, F., Massé, R. et Tessier, S. (2015). *Pour des logements salubres et abordables : Rapport du directeur de santé publique de Montréal 2015*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Direction régionale de santé publique [https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/Directeur/Rapports/Rap\\_Logements\\_synthese\\_2015\\_FR.pdf](https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/Directeur/Rapports/Rap_Logements_synthese_2015_FR.pdf)
170. Mikkonen, J. et Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadienne*. École de gestion et de politique de la santé de l'Université York. [https://thecanadianfacts.org/Les\\_realites\\_canadiennes.pdf](https://thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf)
171. Wateron, S., Grueger, B. et Samson, L. (2015). Housing need in Canada : healthy lives start at home. *Canadian Pediatric Society*, 20(7), 403-407. <https://cps.ca/en/documents/position/housing-need>
172. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018). *WHO Housing and health guidelines*. [www.who.int/publications-detailredirect/9789241550376](http://www.who.int/publications-detailredirect/9789241550376)
173. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *L'itinérance au Québec - Premier portrait*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-738-01W.pdf>
174. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Santé 2020 : Protection sociale, logement et santé*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/363269/WHO-EURO-2016-6163-45928-66199-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
175. Desjardins, S. (2022). Dans *Un toit d'abord pour les sans-abris de Finlande*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1865952/itinérance-logement-abordable-subsvention-pauvrete>
176. Institut de la statistique du Québec. (2023). *Les indicateurs de l'occupation et de la vitalité des territoires, Taux d'inoccupation des logements locatifs*. Gouvernement du Québec.

- [https://statistique.quebec.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/habitation\\_01.pdf](https://statistique.quebec.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/habitation_01.pdf)
177. Communauté métropolitaine de Montréal (CMM). (2021). *Les Grands indicateurs du marché locatif pour les cinq secteurs de la CMM*. Observatoire du Grand Montréal. <https://observatoire.cmm.qc.ca/les-grands-indicateurs-du-marche-locatif-pour-les-cinq-secteurs-de-la-cmm/>
178. Communauté métropolitaine de Montréal (CMM). (2022). *Portrait de l'habitation dans le grand Montréal, mai 2022*. [https://observatoire.cmm.qc.ca/wp-content/uploads/2022/05/CMM\\_10e\\_Faits\\_Saillants.pdf](https://observatoire.cmm.qc.ca/wp-content/uploads/2022/05/CMM_10e_Faits_Saillants.pdf)
179. Fondation du Grand Montréal, Centraide du Grand Montréal et Institut du Québec. (2022). *Signes vitaux du Grand Montréal – Logement du grand Montréal*. <https://www.centraide-mtl.org/medias/signes-vitaux-du-grand-montreal/>
180. Regroupement des comités logement et association de locataires du Québec (RCLALQ). (2022). *Déloger pour s'enrichir, la hausse alarmante des évictions forcées au Québec*. <https://rclalq.qc.ca/wp-content/uploads/2022/12/Evictions-2022-RCLALQ.pdf>
181. Conseil québécois de l'habitation communautaire et sociale. (2023). *Mémoire pré-budgétaire 2023-2024 présenté au ministère des Finances*. [http://www.finances.gouv.qc.ca/ministere/outils\\_services/consultations\\_publics/consultations\\_prebudgetaires/2023-2024/memoires/Memoire\\_CQHCS.pdf](http://www.finances.gouv.qc.ca/ministere/outils_services/consultations_publics/consultations_prebudgetaires/2023-2024/memoires/Memoire_CQHCS.pdf)
182. Association de la construction du Québec, Association des professionnels de la construction du Québec, Corporation des propriétaires immobilier du Québec et Institut de développement urbain du Québec. (2023). *Mémoire pré-budgétaire 2023-2024*. [http://www.finances.gouv.qc.ca/ministere/outils\\_services/consultations\\_publics/consultations\\_prebudgetaires/2023-2024/memoires/Memoire\\_ACQ\\_APCHQ\\_CORPIQ\\_IDU.pdf](http://www.finances.gouv.qc.ca/ministere/outils_services/consultations_publics/consultations_prebudgetaires/2023-2024/memoires/Memoire_ACQ_APCHQ_CORPIQ_IDU.pdf)
183. Statistique Canada. (2022). *Tableau 46-10-0058-01, statut de liste d'attente ainsi que la durée, selon le mode d'occupation, y compris les logements sociaux et abordables*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=4610005801>
184. Forest, D., Milot, S., St-Germain, L. et Torres, S. (2016). *Le logement social et communautaire dans la dynamique territoriale : retombées socioéconomiques des projets d'habitation AccèsLogis au Québec*. Centre de recherche sociale appliquée et Sandy Torres avec la collaboration de l'Université du Québec en Outaouais. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2670504>
185. Bouchard, M. et Gaudreault, A. (2003). Une perspective communautaire. *Relations*, 684. <https://cjf.qc.ca/revue-relations/publication/article/une-perspective-communautaire/>
186. Bureau du défenseur fédéral du logement. (2022). *Le logement est un droit de la personne, Rapport annuel 2021-2022*. Commission canadienne des droits de la personne. [https://www.housingchrc.ca/sites/housing/files/2022-09/bureau\\_du\\_defenseur\\_federal\\_du\\_logement-rapport\\_annuel\\_2021.pdf](https://www.housingchrc.ca/sites/housing/files/2022-09/bureau_du_defenseur_federal_du_logement-rapport_annuel_2021.pdf)
187. August, M. (2022). *La financiarisation du logement au Canada : Un rapport de synthèse pour le Bureau du défenseur fédéral du logement*. Commission canadienne des droits de la personne. <https://www.rondpointdelitinerance.ca/sites/default/files/attachments-fr/august-financialization-summary-report-ofha-fr.pdf>
188. St-Hilaire, C., Brunila, M. et Wachsmuth, D. (2023). *High Rises and Housing Stress. A Spatial Big Data Analysis of Rental Housing Financialization*. <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/01944363.2022.2126382?needAccess=true&role=button>
189. Commission canadienne des droits de la personne. (2022, 06 octobre). *La financiarisation du logement*. <https://www.housingchrc.ca/fr/la-financiarisation-du-logement>

190. Société canadienne d'hypothèque et de logement. (2023). *Rapport sur le logement locatif*. <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/professionnels/marche-du-logement-donnees-et-recherche/marches-de-lhabitation/rapports-sur-le-marche-locatif>
191. Pomeroy, S. (2022). *Updating analysis on erosion of lower rent stock from 2021 census*. McMaster University. <https://chec-ccrl.ca/wp-content/uploads/2022/10/Updated-Analysis-on-Housing-Erosion-from-2021-Census-Steve-Pomeroy.pdf>
192. Statistique Canada. (2022). *Projections démographiques pour le Canada (2021 à 2068), les provinces et les territoires (2021 à 2043)*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/91-520-x2022001-fra.htm>
193. Institut de la statistique du Québec. *Projections de ménages - Le Québec*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/projections-de-menages-le-quebec>
194. Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal. (2021). *Le point sur les principales politiques publiques en matière d'abordabilité*. [http://www.centrelearoback.org/assets/PDF/04\\_activites/CLR-PUB\\_Pointsur\\_AbordLogementsQc\\_no2.pdf](http://www.centrelearoback.org/assets/PDF/04_activites/CLR-PUB_Pointsur_AbordLogementsQc_no2.pdf)
195. Organisation de coopération et de développement économiques. (2020). *Le logement social : un élément essentiel des politiques de logement d'hier et de demain. Synthèses sur l'emploi, le travail et les affaires sociales*. OCDE. <https://www.oecd.org/fr/social/base-de-donnees-logement-abordable/logement-social-synthese-2020.pdf>
196. Directions régionales de santé publique de Lanaudière, Laurentides, Laval, Montérégie et Montréal. (2022). *Mémoire sur le projet de la politique métropolitaine d'habitation*. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4587135>
197. Communauté métropolitaine de Montréal (CMM). (2022). *Politique métropolitaine d'habitation*. [https://cmm.qc.ca/wp-content/uploads/2022/11/Politique\\_habitation\\_2022-11-24.pdf](https://cmm.qc.ca/wp-content/uploads/2022/11/Politique_habitation_2022-11-24.pdf)
198. Daoud, M. et Hébert, G. (2009). *Pénurie de logements et hausse de loyers*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Note-logement-2009v2.pdf>
199. Vivre en Ville. (2022). *Portes ouvertes. Pour une sortie de crise durable en habitation*. [https://vivreenville.org/media/1308342/VenV\\_PORTES-OUVERTES\\_Publication\\_aou%CC%82t22\\_Web.pdf](https://vivreenville.org/media/1308342/VenV_PORTES-OUVERTES_Publication_aou%CC%82t22_Web.pdf)
200. Morin, N. (2017). *Vers une nouvelle approche en habitation - Bilan de la consultation publique*. Société d'habitation du Québec. <http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/documents/SHQ/consultation2016/consultation-habitation-2016-bilan.pdf>
201. Fédération des locataires d'habitation à loyer modique du Québec. (2022). *Des investissements durables dans le logement public, mémoire pré-budgétaire 2022-2023*. <https://filhlmq.com/sites/filhlmq.com/files/2022-03/M%C3%A9moire%20au%20ministre%20des%20finances%202022-2023.pdf>
202. Association des groupes de ressources techniques du Québec. (2023). *Consultations prébudgétaires 2023-2024, Investir dans l'habitation communautaire et sociale, la solution pour une sortie de crise durable*. <https://agrtq.qc.ca/wp-content/uploads/AGRTQ-Consultations-prebudgetaires.pdf>
203. Regroupement des offices d'habitation du Québec (ROHQ). (2022). *Consultations prébudgétaires 2022*. [https://rohq.qc.ca/wp-content/uploads/2022/09/Regroupement-des-offices-dhabitation-du-Quebec\\_Consultations-prebudgetaires-2022\\_11-fevrier-2022.pdf](https://rohq.qc.ca/wp-content/uploads/2022/09/Regroupement-des-offices-dhabitation-du-Quebec_Consultations-prebudgetaires-2022_11-fevrier-2022.pdf)
204. Front d'action populaire en réaménagement urbain (FRAPRU). (2023). *Mémoire prébudgétaire 2023-2024, Faire de la crise du logement vécue par les locataires une priorité budgétaire*. <https://www.frapru.qc.ca/wp-content/uploads/2023/02/MemoireFRAPRUBudgetQc2023.pdf>

205. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Société d'habitation du Québec. (2022). *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social et communautaire*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-704-02W.pdf>
206. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021, 1 avril). *Soins de santé primaires*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
207. *Projet de loi no 15. Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, Gouvernement du Québec, 2023, <https://m.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-15-43-1.html>
208. Benigeri, M. (2017). *Perceptions et expériences du système de santé : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016*. Commissaire à la santé et au bien-être. [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE\\_CWF\\_2016\\_Rapport\\_Resultats.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Resultats.pdf)
209. Alvarez, F., Bois, G., Brabant, Z., Briand, A., Leblanc, I., Blondin-Gravel, R., Pedneault, J., Shaheen-Hussain, S. et Thommeret-Carrière, A. (2018). *La santé pour tous et toutes, sans exception! Étude des barrières à l'accès au système de santé public Québécois : Mémoire du CA présenté à l'Assemblée générale des membres*. Médecins québécois pour le régime public. [https://mgrp.qc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Rapport\\_MGRP\\_2018\\_La-sante%CC%81-pour-tous-et-toutes-sans-exception-4.pdf](https://mgrp.qc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Rapport_MGRP_2018_La-sante%CC%81-pour-tous-et-toutes-sans-exception-4.pdf)
210. Institut universitaire SHERPA. (2020). *Population sans couverture d'assurance-santé au Québec - Estimé*. [https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2022/03/Population-sans-assurance-medicale\\_Quebec-2020.pdf](https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2022/03/Population-sans-assurance-medicale_Quebec-2020.pdf)
211. Springmann, V. et Adrien, A. (2019). *Demandeurs d'asile, réfugiés et migrants à statut précaire*. Direction régionale de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. [https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/sujets-a-z/Inegalite\\_sociale\\_de\\_sante\\_ISS/Rap-Portrait\\_demandeurs\\_asile\\_Mtl.pdf](https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/sujets-a-z/Inegalite_sociale_de_sante_ISS/Rap-Portrait_demandeurs_asile_Mtl.pdf)
212. Dufour, A., Beaujoin, C., Gagnon-Dufresne, M.-C. et Cloos, P. (2022). La position sociale : un déterminant révélateur de l'expérience des personnes migrantes sans assurance médicale à Montréal durant la pandémie de COVID-19. *Alterstice*, 11(2), 29-42. [https://www.journal.psy.ulaval.ca/ojs/index.php/ARIRI/article/view/Dufour\\_Alterstice11%282%29](https://www.journal.psy.ulaval.ca/ojs/index.php/ARIRI/article/view/Dufour_Alterstice11%282%29)
213. Ridde, V., Aho, J., Ndao, E. M., Benoit, M., Hanley, J., Lagrange, S., Fillol, A., Raynault, M. F. et Cloos, P. (2020, Nov). Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada. *Glob Public Health*, 15(11), 1603-1616. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1771396>
214. CERDA, PRAIDA et IU-SHERPA. (2023). *Fiche technique : Un accès aux soins encore limité pour les détenteurs du PFSI*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. [https://cerda.info/wp-content/uploads/2022/10/PFSI\\_infographie.pdf](https://cerda.info/wp-content/uploads/2022/10/PFSI_infographie.pdf)
215. Cleveland, J., Hanley, J., Salamanca Cardona, M., Turcotte-Plamondon, M., Wolofsky, T., Leloup, X., Merry, L. et Damaris, R. (2021). *Synthèse longue du rapport : Le parcours d'installation des demandeurs d'asile au Québec*. Institut universitaire SHERPA et Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. [https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2021/11/synthese\\_longue\\_dem\\_asile.pdf](https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2021/11/synthese_longue_dem_asile.pdf)
216. Corneau, M. (2017). *Les préjugés à l'égard des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale : rapport de documentation*. Direction de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2863517>
217. Samson, E. et Allaire, É. (2021). *Les préjugés : un obstacle majeur à la lutte contre la pauvreté - Avis pour en comprendre la nature, les sources, les effets et pour développer des indicateurs de mesure*. Québec: Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, Ministère



- du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/cepe/publications/RA\\_avis\\_prejuges\\_CEPE.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/cepe/publications/RA_avis_prejuges_CEPE.pdf)
218. Ducharme, O. (2018). *Travaux forcés : Chemins détournés de l'aide sociale*. Les Éditions Écosociété.
  219. Noreau, P., Bernheim, E., Cotnoir, P., Dufour, P., Guay, J. et Van Praagh, S. (2015). *Droits de la personne et diversité. Rapport de recherche remis à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*. [https://www.crdp.umontreal.ca/files/sites/101/2016/01/Rapport\\_Final\\_Diversite\\_Droits\\_Commission\\_2016.pdf](https://www.crdp.umontreal.ca/files/sites/101/2016/01/Rapport_Final_Diversite_Droits_Commission_2016.pdf)
  220. Commission des droits de la personne. (s.d.). *Sondages droits de la personne et diversité*. <https://www.cdpcj.qc.ca/fr/nos-positions/enjeux/sondage-droits-de-la-personne-et-diversite>
  221. Wilkinson, R., Marmot, M. et Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. (2004). *Les déterminants sociaux de la santé : Les faits* (2<sup>e</sup> éd.). Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107343>
  222. Goffman, E. (1975). *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*. Les Éditions de Minuit.
  223. Honneth, A. (2002). Reconnaissance et justice. *Le passant ordinaire*, 38(9). <http://www.passant-ordinaire.org/revue/38-349.asp>
  224. Braud, P. (2003). Violence symbolique et mal-être identitaire. *Raisons politiques*, 9(1), 33-47. <https://doi.org/10.3917/rai.009.0033>
  225. Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C. et Link, B. G. (2013, May). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*, 103(5), 813-821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
  226. Phelan, J. C., Lucas, J. W., Ridgeway, C. L. et Taylor, C. J. (2014, Feb). Stigma, status, and population health. *Soc Sci Med*, 103, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.004>
  227. Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale (CEPE). (2016). *Faire plus, Faire mieux: Un virage nécessaire. Mémoire du Comité de direction du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale dans le cadre des consultations publiques pour le troisième plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/cepe/publications/MR\\_plan\\_action\\_2016\\_cepe.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/cepe/publications/MR_plan_action_2016_cepe.pdf)
  228. Wilkinson, R. et Pickett, K. (2018). *The Inner Level: How More Equal Societies Reduce Stress, Restore sanity and Improve Everyone's Well-being*. Penguin Books.
  229. Carrefour de savoirs sur la lutte aux préjugés. (2014). *Comptes rendus 2012-2014*. Québec: Collectif pour un Québec sans pauvreté.
  230. Hatzenbuehler, M. L. (2016, Nov). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *Am Psychol*, 71(8), 742-751. <https://doi.org/10.1037/amp0000068>
  231. Dolezal, L. et Lyons, B. (2017, Dec). Health-related shame: an affective determinant of health? *Med Humanit*, 43(4), 257-263. <https://doi.org/10.1136/medhum-2017-011186>
  232. Villeneuve, J. (2022). *AVIS : La prévention : une voie essentielle pour réduire les inégalités, la pauvreté et l'exclusion sociale*. Québec: Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. [https://www.cclp.gouv.qc.ca/publications/pdf/AV\\_prevention\\_2023\\_CCLP.pdf](https://www.cclp.gouv.qc.ca/publications/pdf/AV_prevention_2023_CCLP.pdf)
  233. Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. (2015). *Synthèse : les défis à relever au-delà de l'emploi, reconnaître la participation citoyenne et le droit à la dignité*. Gouvernement du Québec.
  234. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1992). *Déclaration de Sundsvall sur les milieux favorables à la santé, 9-15 juin 1991*. Division of Health Education, International Conference on Health Promotion: Supportive Environments for Health & Conférence internationale sur la promotion de la santé: des milieux favorables à la santé, Sundsvall, Suède. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59965>

235. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1997). *Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI<sup>e</sup> siècle*. Organisation mondiale de la Santé. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63698?locale-attribute=fr&>
236. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2000). *Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé*. Organisation mondiale de la Santé.
237. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2005). *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. Organisation mondiale de la Santé (OMS). <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hpr%20The%20Bangkok%20Charter.pdf>
238. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2009). *Appel à l'action de Nairobi : promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre*. Organisation mondiale de la Santé.
239. Organisation de coopération et de développement, économiques. (2002). *Des citoyens partenaires : Information, consultation et participation à la formulation des politiques publiques*. OCDE. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264295568-fr>
240. Hyppolite, S., Parent, A. et Bourque, D. (2020). Stratégies d'action communautaire. Dans E. Breton, F. Jabot, J. Pommier et W. Sherlaw (dir.), *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone* (2<sup>e</sup> éd.).
241. Lamoureux, H. (2008). *La pratique de l'action communautaire* (2<sup>e</sup> éd.). Presses de l'Université du Québec.
242. Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie. (2022). *Portrait économique des régions du Québec, 2022*. [https://www.economie.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/documents\\_soutien/regions/portraits\\_regionaux/PERQ\\_2022.pdf](https://www.economie.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/documents_soutien/regions/portraits_regionaux/PERQ_2022.pdf)
243. Gouvernement du Québec. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2023, 24 janvier). *Fonds québécois d'initiatives sociales*. [https://www.mtess.gouv.qc.ca/sacais/soutien-financier/soutien\\_sacais/fonds-quebecois-initiatives-sociales/index.asp](https://www.mtess.gouv.qc.ca/sacais/soutien-financier/soutien_sacais/fonds-quebecois-initiatives-sociales/index.asp)
244. Table nationale des corporations de développement communautaire. (2021). *Les alliances pour la solidarité, Bilan du déploiement 2019-2020*. <https://www.tncdc.com/wp-content/uploads/2021/06/Les-alliances-pour-la-solidarite-juin-2021-finale.pdf>
245. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022, 30 octobre 2021). *Changement climatique et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
246. Groupe d'experts intergouvernementale sur l'évolution du climat. (2022). *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Working Group II Contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [H.-O. Pörtner, D.C. Roberts, M. Tignor, E.S. Poloczanska, K. Mintenbeck, A. Alegría, M. Craig, S. Langsdorf, S. Löschke, V. Möller, A. Okem, B. Rama (eds.)]*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009325844>
247. Hallegatte, S., Bangalore, M., Bonzanigo, L., Fay, M., Kane, T., Narloch, U., Rozenberg, J., Treguer, D. et Vogt-Schilb, A. (2016). *Shock Waves: Managing the Impacts of Climate Change on Poverty. Climate Change and Development*. <http://hdl.handle.net/10986/22787>
248. British Columbia Coroners Service. (2022). *Extreme Heat and Human Mortality: A Review of Heat-Related Deaths in B.C. in Summer 2021*. [https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/death-review-panel/extreme\\_heat\\_death\\_review\\_panel\\_report.pdf](https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/death-review-panel/extreme_heat_death_review_panel_report.pdf)
249. Warren, F. J. et Lulham, N. (2021). *Le Canada dans un climat en changement : Rapport sur les enjeux nationaux*. <https://doi.org/10.4095/328385>
250. Larrivée, C., Sinclair-Desgagné, N., Da Silva, L., Desjarlais, C. et Revéret, J. (2015). *Évaluation des impacts des changements climatiques et de leurs coûts pour le Québec et l'État québécois*. Ouranos. <https://www.environnement.gouv.qc.ca/changementsclimatiques/evaluation-impacts-cc-couts-qc-etat.pdf>
251. Birkmann, J., Liwenga, E., Pandey, R., Boyd, E., Djalante, R., Gemenne, F., Leal Filho, W., Pinho, P., Stringer, L. et Wrathall, D. (2022). *Poverty, Livelihoods and Sustainable Development*. Dans H.-O.

Pörtner, D. C. Roberts, M. Tignor, E. S. Poloczanska, K. Mintenbeck, A. Alegría, M. Craig, S. Langsdorf, S. Lössche, V. Möller, A. Okem et B. Rama (dir.), *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability*. Groupe d'experts intergouvernementale sur l'évolution du climat,, Cambridge University Press.

[https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/downloads/report/IPCC\\_AR6\\_WGII\\_Chapter08.pdf](https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/downloads/report/IPCC_AR6_WGII_Chapter08.pdf)

252. Schnitter, R., Moores, E., Berry, P., Verret, M., Buse, C., Macdonald, C., Perri, M. et Jubas-Malz, D. (2022). Changements climatiques et équité en santé. Dans P. Berry et R. Schnitter (dir.), *La santé des Canadiens et des Canadiennes dans un climat en changement : faire progresser nos connaissances pour agir*. Gouvernement du Canada. <https://doi.org/10.4095/329546>
253. Boucher, G. (s.d.). *L'empreinte carbone des ménages québécois selon le revenu, Analyse*. Observatoire québécois des inégalités. [https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt31BEClc/asset/files/Analyse\\_Empreinte%20carbone%20des%20menages.pdf](https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt31BEClc/asset/files/Analyse_Empreinte%20carbone%20des%20menages.pdf)
254. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2023). *La santé des peuples autochtones*. Soixante-seizième Assemblée Mondiale de la santé. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA76/A76\\_ACONF1-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_ACONF1-fr.pdf)
255. Barayandema, A. et Fréchet, G. (2011). *Les coûts de la pauvreté au Québec selon le modèle de Nathan Laurie*. Québec: Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/cepe/publications/RA\\_cout\\_pauvrete\\_quebec\\_cepe.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/cepe/publications/RA_cout_pauvrete_quebec_cepe.pdf)
256. Haut conseil de la santé publique. (2019). *Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé État des lieux des connaissances et recommandations pour asseoir des politiques publiques pour un habitat sain*. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=729>
257. Société canadienne d'hypothèques et de logements (SCHL). (2021, 24 novembre). *Bénéficiaires du premier cycle du Défi d'offre de logement, Résumé des bénéficiaires du financement pour le premier cycle du Défi d'offre de logement*. <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/professionnels/financement-de-projets-et-financement-hypothecaire/programmes-de-financement/toutes-les-opportunites-de-financement/defi-doffre-de-logement/premier-cycle-du-defi-doffre-de-logement/beneficiaires-du-premier-cycle-du-defi-doffre-de-logement>



**Centre intégré  
de santé et de  
services sociaux de  
la Montérégie-Centre**

**Québec** 