



MÉMOIRE DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE

Présenté au Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale du
Gouvernement du Québec



Auteurs :

Dre Catherine Dea, Dr David-Martin Milot, Dr Mark-Andrew Stefan,
Dre Marie-Ève Beauregard, Dre Sidonie Pénicaud, Dr Mathieu Lanthier-Veilleux
et Dr Andrew Gray

JEUNES MÉDECINS POUR LA SANTÉ PUBLIQUE
29 JANVIER 2016

Table des matières

ABRÉVIATIONS	I
SYNTHÈSE	II
1. INTRODUCTION	1
1.1 LE GROUPE JMPSP ET SA MISSION	1
1.2 QU'EST-CE QUE LA SANTÉ PUBLIQUE ?	1
1.3 POURQUOI JMPSP S'EXPRIME SUR LA QUESTION ?	2
2. LA PAUVRETÉ, LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ: POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER ?	3
2.1 QU'EST-CE QUE LA PAUVRETÉ ?	3
2.2 QUE SONT LES INÉGALITÉS SOCIALES DE LA SANTÉ ET LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ?	3
2.3 QUEL EST L'IMPACT DE LA PAUVRETÉ ET L'INÉGALITÉ SOCIALE SUR LA SANTÉ ?	4
2.4 LA PAUVRETÉ, LES ISS ET LA SANTÉ AU QUÉBEC	5
2.5 PRIORISER CERTAINS DÉTERMINANTS CLÉS DE LA SANTÉ POUR PRÉVENIR LA PAUVRETÉ ET AMÉLIORER LA SANTÉ	7
3. QUOI FAIRE MAINTENANT ? LES RECOMMANDATIONS DE JMPSP	8
3.1 DES PRINCIPES À RESPECTER AU CŒUR DU PLAN D'ACTION	8
S'APPUYER SUR LA SCIENCE	8
ADAPTER NOS INTERVENTIONS AUX BESOINS SELON LE PRINCIPE D'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ	9
FAVORISER LA PARTICIPATION DES POPULATIONS CONCERNÉES	9
INTÉGRER LA SANTÉ ET L'ÉQUITÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES	9
CORRIGER LES INCOHÉRENCES ACTUELLES DU GOUVERNEMENT	10
3.2 SURVOL DES GRANDES STRATÉGIES POUR BRISER LE LIEN ENTRE PAUVRETÉ ET SANTÉ	12
3.3 LA STRATÉGIE À PRIVILÉGIER : ÉLIMINER LA PAUVRETÉ DIRECTEMENT	14
3.4 ACTIONS CONCRÈTES SUR LES 3 ENJEUX LES PLUS PRIORITAIRES : LOGEMENT, DÉVELOPPEMENT ET ÉDUCATION DES ENFANTS, REVENU	16
✓ ENJEU 1 : SOUTENIR L'ACCÈS À DES LOGEMENTS ABORDABLES ET SALUBRES	16
✓ ENJEU 2 : GARANTIR LE MEILLEUR DÉPART POSSIBLE PAR UNE ÉDUCATION DE QUALITÉ DÈS LE PRÉSCOLAIRE	17
✓ ENJEU 3 : IMPLANter UN REVENU DE BASE GARANTI : SIMPLE ET EFFICACE	19
4. CONCLUSION	22
TRAVAUX CITES	23
ANNEXES	29
ANNEXE I : CADRE CONCEPTUEL DES DSS	29

Abréviations

AMC : Association médicale canadienne

CPE : Centre de la petite enfance

DSS : Déterminants sociaux de la santé

ISS : Inégalités sociales de santé

JMPSP : Jeunes médecins pour la santé publique

MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux

MTESS : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

OMS : Organisation mondiale de la santé

RBG : Revenu de base garanti

SFR : Seuil de faible revenu

SGÉ : Services de garde éducatifs

Synthèse

Jeunes médecins pour la santé publique (JMPSP) est un regroupement de médecins en début de carrière dont le but est de promouvoir et défendre la santé publique au Québec. JMPSP se veut une organisation faisant de la prévention sa priorité pour améliorer la santé de la population. Notre groupe encourage la prise de décision basée sur des données probantes ainsi que la participation citoyenne dans tout débat d'intérêt public.

JMPSP souhaite participer à cette consultation comme voix indépendante dans le débat de santé publique que représente la pauvreté. Nous soulignons ainsi l'importance de considérer le lien entre le revenu et la santé lors de toute prise de décisions quant à la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale. Par l'entremise de ce mémoire, nous partageons les principes, stratégies et actions concrètes que nous préconisons à cet effet.

La pauvreté et les différentes conditions socio-économiques dans lesquelles évoluent les individus d'une société sont associées à des écarts de santé systématiques entre les individus selon leur classe sociale. On nomme ces écarts des inégalités sociales de santé (ISS). Les ISS découlent de différences dans la distribution de certains déterminants sociaux de la santé (DSS) (MSSS, 2015b). Les DSS se définissent comme les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent et vieillissent (OMS, 2009). **JMPSP retient ici trois déterminants prioritaires pour améliorer l'équité en santé : le logement, l'éducation et le développement de la petite enfance, ainsi que le revenu.**

JMPSP recommande que toute intervention visant à réduire la pauvreté et les ISS respecte **cinq principes** : (1) s'appuyer sur la science, (2) adapter les interventions aux besoins en se basant sur le principe d'universalisme proportionné, (3) favoriser la participation des populations concernées, (4) intégrer la santé et l'équité dans toutes les politiques et (5) corriger les incohérences actuelles du Gouvernement.

JMPSP propose que la **stratégie à privilégier** pour réduire les ISS au Québec soit de réduire la pauvreté directement en améliorant la capacité financière des personnes à faible revenu à satisfaire leurs besoins essentiels, tel que suggéré par le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) dans ses pistes d'enjeux pour guider l'élaboration de son troisième plan d'action (MTESS, 2015a, p.18).

JMPSP suggère des **actions concrètes** pour chacun des trois déterminants prioritaires – plus précisément, soutenir l'accès à des logements abordables et salubres, garantir le meilleur départ possible par une éducation de qualité dès le préscolaire et implanter un revenu de base garanti (RBG). Le RBG permettrait au Québec de non seulement renforcer son filet de sécurité économique, mais également de favoriser le développement du potentiel des personnes.

JMPSP a la ferme conviction qu'intervenir en amont des problèmes constitue un investissement judicieux pour un gouvernement, car un dollar en prévention vaut souvent bien plus qu'un dollar investi pour amenuiser les conséquences néfastes d'un problème complexe comme la pauvreté.

1. Introduction

1.1 Le groupe JMPSP et sa mission

Jeunes médecins pour la santé publique (JMPSP) est un regroupement de médecins en début de carrière dont le but est de promouvoir et défendre la santé publique au Québec. Le groupe a été créé à l'automne 2014 en réaction aux rapides bouleversements du réseau de la santé et aux importantes coupures budgétaires en santé publique. Nous sommes inquiets de la rapidité de ces changements qui se font parfois avec un manque de considération de la population et des professionnels de la santé qui y travaillent. Nous sommes d'avis que l'importance de ces changements exige de prendre le temps qu'il faut pour consulter les parties prenantes et les données probantes. JMPSP encourage d'ailleurs la participation citoyenne dans tout débat public et croit fermement à l'utilité et à la richesse d'opinions indépendantes. JMPSP se veut une organisation qui fait de la prévention sa priorité, avec des opinions basées sur la science. Nous saluons l'effort du Gouvernement de consulter la population et les organismes sur le prochain plan d'action traitant de la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale et nous souhaitons partager avec lui les principes, les stratégies et les actions concrètes que JMPSP préconise pour contrer la pauvreté et pour lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé (ISS).

1.2 Qu'est-ce que la santé publique ?

Pour mieux comprendre le rôle de la santé publique dans ce débat de société sur la pauvreté, nous croyons opportun de rappeler brièvement ce qui la définit :

Encadré 1 : La santé publique, c'est :

- miser sur la prévention pour une population en meilleure santé ;
- des opinions d'experts de différentes disciplines pour éclairer des choix de société qui influencent la santé, en se basant sur la science ;
- des investissements judicieux pour bâtir une santé durable pour les générations futures ;
- intervenir à faible coût et même mieux, avec des économies en soins de santé d'environ 6 \$ par dollar investi (Association canadienne de santé publique, 2013) ;
- seulement 2% du budget de santé, alors que des experts canadiens recommandent plutôt d'investir 5% de ce budget (Naylor et al., 2003).

La santé publique vise plus spécifiquement (Butler-Jones, 2008 ; Association canadienne de santé publique, 1986) :

- la prévention des maladies et des traumatismes ;
- la promotion de saines habitudes de vie ;
- la création d'environnements sains et de communautés engagées et solidaires ;
- la préparation et le contrôle contre des menaces environnementales ;
- la protection de la santé au travail ;
- le contrôle des infections.

La santé publique réalise l'ensemble de ces actions avec une perspective et une responsabilité populationnelle. Ainsi, la santé publique cible l'intérêt de tous, des plus riches aux plus démunis, en faisant de la lutte aux ISS une de ses priorités. D'ailleurs, la santé publique peut se définir comme l'ensemble des efforts organisés d'une société qui sont dédiés à l'amélioration de la santé et du bien-être ainsi qu'à la réduction des inégalités en santé (Butler-Jones, 2008). Nous croyons donc que le rôle de la santé publique est intimement lié à la problématique de pauvreté et d'exclusion sociale dont il est ici question.

1.3 Pourquoi JMPSP s'exprime sur la question ?

Nous croyons fermement à l'importance de consultations publiques dans l'élaboration de politiques publiques. En effet, prendre le pouls de l'ensemble de la société et en tenir compte dans la prise de décisions est, selon nous, un gage de succès dans leur mise en œuvre.

L'importance du sujet a interpellé JMPSP pour différentes raisons. Premièrement, une société qui se veut solidaire a une responsabilité envers toute sa population. La santé publique défend une perspective solidaire dans ses actions qui visent à améliorer la santé de la population (Naylor et al., 2003) et à lutter contre les inégalités de santé (Butler-Jones, 2008). Deuxièmement, l'importance du revenu et de l'inclusion sociale comme déterminants cruciaux de la santé n'est plus à démontrer. Il est ainsi souhaitable de prendre en compte les relations entre revenu et santé lors de toute prise de décisions sur la lutte à la pauvreté. Troisièmement, la richesse d'un débat repose sur la diversité des opinions proposées, mais aussi sur la profondeur des arguments avancés. JMPSP tient donc à s'exprimer de manière indépendante sur la question en s'assurant que le MTESS est au fait de données scientifiques incontournables dans ce débat.

En résumé, tant par la responsabilité populationnelle qui guide la santé publique, par l'importance démontrée des ISS et par le fait que JMPSP constitue une voix indépendante dans cet enjeu de santé publique, nous sommes heureux de participer à ce débat par le dépôt du présent mémoire. Celui-ci propose des principes, des stratégies et des actions concrètes que JMPSP juge prioritaires dans le double objectif de lutter contre la pauvreté et de réduire les ISS au Québec. Nous serions également motivés à venir présenter nos arguments au Ministre en commission parlementaire et à lui fournir des données pour l'aider à prendre les meilleures décisions dans l'intérêt à long terme de la santé des Québécoises et des Québécois.

2. La pauvreté, les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux de la santé : pourquoi s'en préoccuper ?

2.1 Qu'est-ce que la pauvreté ?

Il existe plusieurs façons de définir la pauvreté, mais nous avons retenu les définitions du Parlement du Canada repérées dans le document intitulé « Mesurer la pauvreté : un défi pour le Canada » (Collin, 2008). D'une part :

« Une personne est aux prises avec la pauvreté si elle a un revenu insuffisant pour subvenir à ses besoins vitaux. »

Ces besoins vitaux sont définis par le Fraser Institute (Sarlo, 2013) comme étant: manger, avoir accès à un logement salubre, se vêtir, avoir accès à des soins de santé de base, avoir des ressources pour ses soins personnels, avoir accès à des services de lessive, avoir un mobilier de base, avoir accès à des moyens de transport et avoir accès à des moyens de communication.

D'autre part, la pauvreté peut aussi se définir en termes relatifs, par exemple lorsqu'on compare un seuil de revenu à la moyenne de la population. Enfin, la pauvreté peut également se traduire selon des mesures d'inégalité de la distribution des ressources dans une société.

2.2 Que sont les inégalités sociales de la santé et les déterminants sociaux de la santé ?

Les différences dans les conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les individus d'une société sont associées à des écarts de santé systématiques entre les individus selon leur classe sociale. On nomme ces écarts les **inégalités sociales de santé** (ISS).

Les ISS se traduisent de plusieurs façons, à toutes les étapes de la vie. Par exemple, on observe des écarts de santé significatifs dans les poids des bébés à la naissance, la fréquence des maladies chroniques et de traumatismes ainsi que dans les risques de mortalité qui leur sont associés. Les ISS ont donc des conséquences à la fois sur la qualité de vie et l'espérance de vie des individus, mais ont aussi des impacts sur la santé de toute la population.

La mesure des ISS se fait via des indicateurs d'inégalités sociales (ex. proportion de la population sans diplôme ou vivant sous le SFR) et des indicateurs d'inégalités de santé (ex. espérance de vie, taux d'allaitement, de mortalité infantile ou de retard de développement).

On ne peut aborder les ISS sans introduire le concept des **déterminants sociaux de la santé (DSS)**. Les conditions socio-économiques dans lesquelles on vit déterminent notre risque d'être en bonne santé ou d'être malade. Elles constituent ce qu'on appelle les DSS dans le domaine de la santé publique (Annexe 1).

Les DSS sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent et vieillissent (OMS, 2009).

Ces circonstances comprennent, entre autres, le niveau d'éducation, d'emploi et de revenu, la qualité de l'environnement physique, incluant le logement, et l'accès aux soins. Les DSS ont des impacts reconnus sur la santé. Ils sont créés en amont par les contextes politique, social et économique ainsi que par les systèmes de l'État (MSSS, 2015b).

Le lien entre ISS et DSS est simple : les premières découlent d'écarts dans l'exposition ou la distribution des seconds (MSSS, 2015b). Notamment, la pauvreté et l'exclusion sociale constituent un des DSS les plus importants. Selon l'OMS (2009), l'exclusion sociale est le résultat d'inégalités au niveau de relations de pouvoir dans les domaines économique, politique, social et culturel. Cette exclusion résulte en un accès inégal aux ressources menant à des ISS, et ce, à toutes les étapes de la vie (Popay et al., 2008).

Les ISS sont évitables puisqu'elles résultent en grande partie de la répartition de la richesse et du pouvoir. Le cumul d'inégalités sociales au niveau des déterminants de la santé rend certains groupes plus vulnérables à la pauvreté et à une mauvaise santé, notamment les familles monoparentales, les familles qui comptent trois enfants ou plus, les personnes vivant seules, les itinérants, les immigrants et les Autochtones (MSSS, 2007 ; DSP de l'ASSSM, 2011).

2.3 Quel est l'impact de la pauvreté et de l'inégalité sociale sur la santé ?

Le lien entre la pauvreté, les inégalités sociales et la santé fait actuellement consensus dans la communauté scientifique internationale (OMS, 2009). En plus de vivre moins longtemps, les gens vivant en situation de pauvreté sont en moins bonne santé, et ce, tout au long de leur parcours de vie, de la naissance jusqu'à leur décès. On estime que 20% des 200 milliards de dollars dépensés en soins de santé de manière annuelle au Canada sont attribuables aux ISS (Ball et Kettner, 2004).

La pauvreté est liée à plusieurs maladies chroniques comme le diabète, l'obésité et les maladies cardiovasculaires. Selon l'OMS (2005), la pauvreté entretient un niveau élevé de stress (physiologique et psychologique) dans le corps, ce qui favoriserait le développement de maladies. De plus, la précarité économique est associée à plusieurs obstacles d'ordres financier, géographique ou socio-culturel qui limitent l'adoption de saines habitudes de vie. On retrouve

donc plus de comportements à risque chez les populations plus défavorisées, ce qui augmente grandement leur risque de maladie. Enfin, une fois malades, les plus démunis ont souvent un accès diminué aux soins et ont moins d'opportunités de prévenir les complications de leur maladie que les mieux nantis (OMS, 2005).

La pauvreté est également associée à la maladie mentale. Le fait de vivre en situation économique précaire augmente l'anxiété des individus et les situations stressantes de leur environnement. Tout comme pour la santé physique, 84% des personnes ayant un revenu élevé considèrent avoir une bonne santé mentale, comparativement à seulement 66% des personnes à faible revenu (DSP de l'ASSSM, 2011).

2.4 La pauvreté, les ISS et la santé au Québec

Au Canada, au cours des dernières années, les taux de pauvreté et d'inégalité ont augmenté plus que la moyenne des pays de l'OCDE. Durant ces années, l'OCDE a noté une augmentation de la pauvreté de 3% pour atteindre un taux de 12% (DSP de l'ASSSM, 2011). La pauvreté est encore trop présente chez nous : le taux de personnes âgées vivant sous le SFR se situe autour de 6% tandis qu'il grimpe à 15% chez les enfants (DSP de l'ASSSM, 2011).

**Une différence
d'espérance de vie de dix
ans existait en 1998 entre
les quartiers favorisés et
les quartiers défavorisés de
Montréal.**

(DSP de l'ASSSM, 2011).

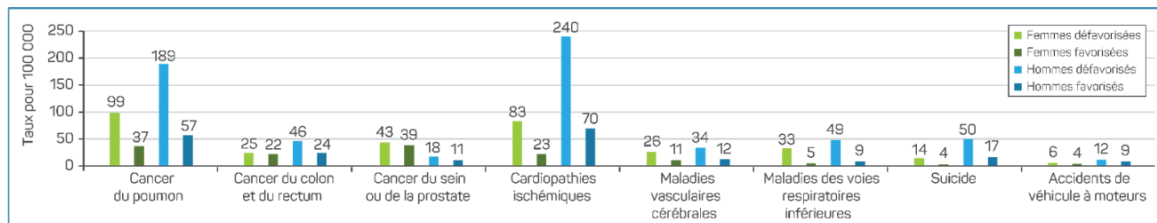
De façon générale, le Québec se compare favorablement au reste du Canada en ce qui concerne la pauvreté, mais il reste encore du chemin à faire pour réduire à zéro la proportion d'individus vivant sous le SFR. Les revenus après impôts démontrent des inégalités sociales qui sont réduites par rapport aux autres provinces (DSP de l'ASSSM, 2011). Toutefois, Montréal présente un taux de pauvreté beaucoup plus élevé que l'ensemble du Québec. Entre les différents quartiers montréalais, on note encore aujourd'hui des différences importantes au plan de la santé et de la mortalité (DSP de l'ASSSM, 2011).

Au Québec, la pauvreté affecte la santé de plusieurs manières différentes (MSSS, 2007) :

- mortalité précoce (figure 1) ;
- diminution du nombre d'années vécues en bonne santé ;
- budget insuffisant pour avoir une saine alimentation ;
- budget insuffisant pour avoir un logement salubre ;
- accès diminué aux soins de santé public ;
- accès diminué aux soins de santé privés ;
- accès diminué à la psychothérapie et aux soins dentaires.

La mortalité chez les moins de 18 ans est près de trois fois plus élevée chez les garçons et deux fois plus élevées chez les filles dans les familles défavorisées que chez les plus favorisées (MSSS, 2007).

Figure 1 : Taux¹ de mortalité prématurée chez les personnes les plus défavorisées et les plus favorisées sur les plans matériel et social, selon le sexe, Québec, 1999-2003.



¹ Taux ajusté selon l'âge et le milieu géographique chez les femmes et les hommes les plus favorisés et défavorisés sur les plans matériel et social (quintiles 1 et 1, quintiles 5 et 5).

Source: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de la surveillance de l'état de santé, graphique fait à partir des données de Pampalon, R. et collab. (2008). Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec ? Québec, INSPQ, p. 18 et 19.

La situation des jeunes de moins de 18 ans quant à la pauvreté est meilleure au Québec que partout ailleurs au Canada. Au cours des années 1990 à 2000, le nombre de jeunes de moins de 18 ans vivant sous le SFR ou appartenant à des familles prestataires de l'aide de dernier recours a diminué. La proportion de familles avec enfants vivant en situation de faible revenu est plus faible que dans l'ensemble du Canada, soit 10% comparativement à 13% en 2000 (Bernard et Raïq, 2007). Les efforts de solidarité fiscale et l'aide gouvernementale accordée aux enfants et aux familles qui n'ont pas leur équivalent ailleurs au Canada y sont pour beaucoup.

En comparaison avec les pays de l'OCDE, le Québec se positionne relativement bien, mais n'est certainement pas en tête de liste. Ainsi, le Québec dépasse les États-Unis et d'autres pays latins et anglo-saxons. Cependant, il n'égale pas la performance de certains pays européens (MSSS, 2007). La proportion estimée de pauvreté infantile est de 13,6% au Canada comparativement à 2,4% au Danemark qui se classe en tête de rang, suivi de la Finlande, de la Norvège et de la Suède, tous en bas de 5%. Neuf pays au total, tous en Europe du Nord, ont réduit le taux de pauvreté à moins de 10%. Bref, malgré les progrès importants faits dans le cadre de la lutte à la pauvreté au Québec au cours des dernières décennies, des écarts de santé importants en fonction de la classe socioéconomique persistent (MSSS, 2007).

2.5 Prioriser trois déterminants pour prévenir la pauvreté et améliorer l'équité en santé

Plusieurs DSS sont liés à la pauvreté et ont un impact direct sur la santé de la population. En agissant sur trois déterminants clés (logement, développement et éducation des enfants et revenu), nous croyons qu'il est possible et réaliste de prévenir efficacement la pauvreté et de réduire les ISS. Voici comment ces trois déterminants sociaux sont liés à la pauvreté et à la santé.

Déterminant prioritaire 1 : le logement

Avoir un faible revenu limite le montant d'argent que l'on peut consacrer à son loyer. Les logements abordables sont rares et sont souvent insalubres. Un logement insalubre peut entraîner plusieurs conséquences néfastes sur la santé physique et mentale, notamment celles qui sont liées aux problèmes de moisissures (DSP de l'ASSSM, 2011). En plus de ces effets néfastes, le coût du logement constitue une dépense incompressible qui peut grandement diminuer les ressources financières disponibles pour d'autres besoins vitaux tels que la nourriture et le transport (Hyppolite, 2012).

Déterminant prioritaire 2 : l'éducation et le développement de la petite enfance

La relation entre la pauvreté et l'éducation est bidirectionnelle : la pauvreté peut avoir un effet néfaste sur la performance scolaire et la faible performance scolaire peut diminuer les possibilités d'emploi et ainsi mener à un faible revenu. Ainsi, la pauvreté est souvent perpétuée d'une génération à l'autre. Les enfants issus de familles pauvres n'ont pas les mêmes chances de réussite scolaire que les enfants plus favorisés. Ces enfants défavorisés arrivent à l'école avec un risque plus élevé de retard de développement qui entrave les premiers apprentissages. Pour assurer la réussite scolaire de tous les enfants, les études démontrent que plus les investissements sont précoces, plus l'impact positif est important (Heckman et al., 2006).

Déterminant prioritaire 3 : le revenu

Le statut socioéconomique est le plus fort prédicteur de maladie et de vie de piètre qualité (MSSS, 2007). En effet, les ISS suivent un gradient social continu pour quasiment toutes les maladies ; il n'existe donc pas de seuil minimal où une bonne santé est garantie. Le lien entre pauvreté et santé est clair : plus on est pauvre, plus on risque d'être malade et de mourir jeune. Et plus on est pauvre, moins on profite des gains en santé de la société. Non seulement le faible revenu affecte d'une manière négative la majorité des autres DSS, tels que le logement et l'éducation, mais il peut aussi compromettre l'accès à des soins médicaux de qualité.

3. Quoi faire maintenant ? Les recommandations de JMPSP

JMPSP présente ce mémoire dans le but d'exposer au Ministre des recommandations concernant les meilleurs moyens pour lutter contre la pauvreté, l'exclusion sociale et les ISS. Ces recommandations sont organisées en trois sous-sections : (1) les principes à respecter au cœur du plan d'action, (2) les stratégies gagnantes pour cibler la pauvreté à la source et (3) les actions concrètes que nous recommandons. Nous présentons les actions concrètes en fonction des cinq orientations proposées dans le document de consultation, mais sans nous prononcer sur l'ensemble des enjeux soulevés par le Ministre. Nous avons plutôt choisi de nous exprimer seulement sur les enjeux qui nous semblent les plus prioritaires pour lutter contre la pauvreté, l'exclusion sociale et les ISS.

3.1 Des principes à respecter au cœur du plan d'action

Plusieurs pistes de solutions existent pour prévenir la pauvreté et l'exclusion sociale et en amenuiser les effets sur la santé, tel que détaillées plus loin. Certaines conditions doivent cependant être respectées afin d'en optimiser l'impact. L'**encadré 2** résume les principes que JMPSP voudrait voir au cœur du prochain plan d'action.

Encadré 2 : Principes à respecter

- S'appuyer sur la science
- Adapter les interventions aux besoins selon le principe d'universalisme proportionné
- Favoriser la participation des populations concernées
- Intégrer la santé et l'équité dans toutes les politiques
- Corriger les incohérences actuelles du gouvernement

S'appuyer sur la science

Tout d'abord, il serait fondamental de se fier aux données probantes pour guider le choix et la mise en place de toute intervention. Une telle rigueur permet de diminuer les risques d'implanter des mesures qui sont peu ou pas efficaces, qui sont plus coûteuses que d'autres ou pire, qui entraînent des effets contraires à l'objectif visé. Les données scientifiques s'appuient sur une méthodologie fiable et reproductible et font l'objet d'un partage des meilleures pratiques au sein de la communauté internationale. Les résultats d'études peuvent ensuite être adaptés au contexte d'intérêt. L'ensemble des pistes de solutions proposées ultérieurement par JMPSP sont issues de données probantes.

Adapter nos interventions aux besoins selon le principe d'universalisme proportionné

Une personne vivant dans la pauvreté ou exclue est plus à risque de devenir malade qu'une personne mieux nantie.

Les interventions visant à réduire la pauvreté et l'exclusion sociale doivent être adaptées au contexte des populations vivant en situation de vulnérabilité, telles que les mères monoparentales, les Autochtones ainsi que les personnes migrantes ou les itinérants. Sans un tel souci d'adaptation, l'effet d'une mesure

Selon l'universalisme proportionné, c'est en adaptant l'intensité des interventions aux besoins des populations tout au long du gradient social, avec plus d'intensité pour les vulnérables, que l'on peut efficacement réduire les ISS (Marmot, 2010).

universelle sera sous-optimal chez les personnes vivant en contexte de vulnérabilité, menaçant ainsi son efficacité globale et excluant ceux en ayant le plus besoin. Il est essentiel d'adapter l'intensité et le contenu de nos interventions pour mieux répondre aux besoins des différents groupes de la population. Sir Michael Marmot, président actuel de l'Association médicale mondiale et anciennement Président de la Commission des Déterminants sociaux de la santé de l'OMS, a décrit son principe d'universalisme proportionné qui est maintenant largement cité à travers le monde et qui devrait à notre avis se retrouver au cœur de la stratégie de lutte à la pauvreté et l'exclusion sociale (voir encadré).

Favoriser la participation des populations concernées

Afin de pouvoir adapter les interventions de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale aux populations vulnérables, leur participation aux processus de conception, d'implantation et de suivi desdites interventions est primordiale. D'ailleurs, tel que stipulé par la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, « les personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale sont les premières à agir pour transformer leur situation ». La participation citoyenne et le pouvoir d'agir des individus et communautés constituent, avec la concertation d'une diversité d'acteurs, un des principes clés pour agir en faveur de l'équité en santé (Hyppolite, 2012).

Intégrer la santé et l'équité dans toutes les politiques

Bien que la consultation publique en matière de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale soit menée par le MTESS, la santé est intrinsèquement liée aux objectifs de cette stratégie nationale. Puisque la majorité des déterminants de la santé se situent hors des établissements de santé (OMS, 2010a), la communauté internationale s'est positionnée en faveur d'un leadership politique partagé pour agir sur les DSS en impliquant tous les secteurs et niveaux gouvernementaux (OMS, 2010a). À ce propos, le principe directeur de la Déclaration d'Adélaïde,

adoptée par l'OMS en 2010 (**encadré 3**), est une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être.

Encadré 3 : Déclaration d'Adélaïde

Cette déclaration sur l'intégration de la « santé dans toutes les politiques » (*Health in All Policies*) a pour but d'engager l'ensemble des dirigeants et des décideurs à tous les niveaux gouvernementaux – local, régional, national et international. Elle souligne qu'il est plus facile d'atteindre les objectifs gouvernementaux lorsque tous les secteurs tiennent compte de la santé et du bien-être comme élément clé de l'élaboration des politiques (OMS, 2010a).

À notre avis, le principe de la « santé dans toutes les politiques » est crucial pour lutter efficacement à la fois contre la pauvreté et les ISS. À ce sujet, nous saluons la volonté de la Ministre déléguée à la Santé Publique de vouloir aller de l'avant avec une nouvelle Politique gouvernementale de prévention en santé qui intégrera cette vision en traitant de tous les déterminants de la santé. Afin de mieux appliquer le principe de gouvernance partagée pour la santé, tel que stipulé dans la Déclaration d'Adélaïde, il est essentiel que « le secteur de la santé se tourne vers l'extérieur, s'ouvre aux autres et se dote des connaissances, des compétences et du mandat politique nécessaires » (OMS, 2010a).

À ce propos, nous demandons au MSSS de se doter d'une enveloppe budgétaire appropriée pour que des actions concrètes découlent de cette Politique, afin de mieux intégrer cette vision de « santé dans toutes les politiques ». Afin d'être cohérent avec le nouveau Plan d'action de lutte à la pauvreté et l'exclusion sociale, JMPSP recommande au Gouvernement d'aller encore plus loin en adoptant une pratique innovante, celle d'intégrer le principe de « **l'équité en santé** dans toutes les politiques » qui devient une pratique de plus en plus courante dans la communauté de santé publique à l'international (Shankardass et al., 2011).

Corriger les incohérences actuelles du gouvernement

Finalement, nous croyons important de souligner que le contexte politique québécois actuel est parsemé de multiples incohérences auxquelles il est nécessaire de remédier afin que la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale soit réellement efficace. Certains bons coups sont à souligner, par exemple l'importance octroyée aux populations vulnérables dans le plan stratégique 2015-2018 du MTESS (MTESS, 2015b) et l'importance accordée à la lutte aux ISS dans le plan stratégique 2015-2020 du MSSS (MSSS, 2015a). Il est espéré que ces éléments se concrétisent dans les actions futures mises de l'avant par ces deux ministères.

Toutefois, JMPSP ne peut passer sous silence les décisions contradictoires du Gouvernement actuel qui, d'une part, va de l'avant avec un nouveau plan d'action de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, et d'autre part, inflige ses nombreuses politiques d'austérité qui touchent de multiples déterminants de la santé et de la pauvreté. Les mesures d'austérité en vigueur auront certainement des conséquences désastreuses sur les populations les plus vulnérables et s'opposent directement aux objectifs du futur plan d'action du MTESS de même qu'à ceux de la future Politique gouvernementale de prévention en santé.

Encadré 4 : Domaines affectés particulièrement par les mesures d'austérité

- Centres de la petite enfance (CPE)
- Commissions scolaires et écoles
- Organismes communautaires
- Santé publique
- Aide sociale
- Réinsertion sociale

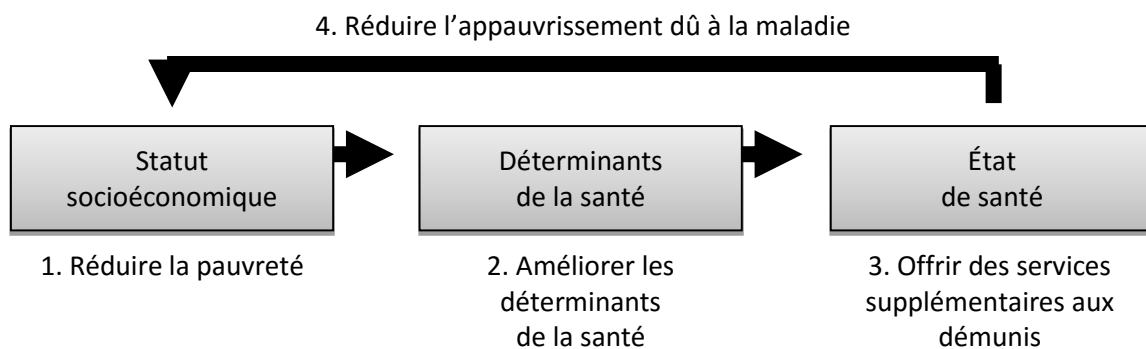
En effet, le sous-financement et les coupures budgétaires en vigueur dans de multiples domaines (**encadré 4**) viendront exacerber tant le problème de la pauvreté que celui des ISS, en fragilisant plusieurs DSS. Les politiques austères appliquées promptement ont amputé le réseau public (en petite enfance, éducation, santé et services sociaux) de nombreuses ressources visant à prévenir la pauvreté et l'exclusion sociale ou à en faire la mitigation. Le manque de reconnaissance et de financement au niveau des organismes communautaires est également incohérent avec le nouveau plan d'action, puisque ces instances jouent un rôle essentiel auprès des plus vulnérables.

De plus, l'absence de dialogue et de transparence des décideurs dans plusieurs processus législatifs d'envergure rend difficile toute participation des experts et de la communauté, de même que la concertation intersectorielle. Ainsi, ce contexte offre un terreau peu fertile à l'essor d'interventions prometteuses de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale et de lutte aux ISS.

3.2 Survol des grandes stratégies pour briser le lien entre pauvreté et santé

La figure 2 illustre les quatre grandes stratégies permettant de réduire les ISS au Québec. De manière générale, on peut viser une amélioration du statut socio-économique des personnes (1), cibler les déterminants de la santé (2), faciliter l'accès aux soins de santé pour les plus démunis (3) et limiter les conséquences des maladies sur la pauvreté (4). À noter que nous avons pris soin de spécifier ultérieurement, entre parenthèses, le lien entre ces stratégies et les actions et orientations mentionnées par le Ministre dans son document de consultations.

Figure 2 : Stratégies pour réduire les effets de la pauvreté sur la santé.



Source : adapté de Smith (2001), *Countering child poverty*, BMJ, 322 : 1137-8. ; traduction par Raynault et Côté (2013).

D'abord on peut mettre en place des **stratégies visant à réduire la pauvreté (1)** comme telle. On peut ainsi considérer des stratégies qui augmentent le revenu, par exemple avec des emplois de qualité, des paiements et transferts (orientation 2, actions 1 et 2). Les systèmes d'éducation préscolaire, scolaire et post-secondaire jouent un rôle en ce sens, car la réussite scolaire et le niveau d'éducation améliorent le potentiel de revenu, et réduisent donc le risque de devenir un individu vivant en situation de pauvreté. Par conséquent, les conséquences à la santé engendrées par la pauvreté sont grandement amenuisées (orientation 1).

Encadré 5 : Exemples d'actions ciblant les déterminants sociaux de la santé

- Amélioration de l'environnement bâti des quartiers défavorisés
- Lutte contre le décrochage scolaire dans les écoles des quartiers défavorisés
- Amélioration de l'accès aux CPE dans les quartiers défavorisés
- Mobilisation et participation des citoyens vivant dans les quartiers défavorisés
- Réduction de l'insécurité alimentaire et de l'insécurité au logement
- Amélioration de l'accès au transport en commun
- Augmentation des interventions favorisant l'adoption de comportements sains chez les personnes en situation de pauvreté.

Ensuite on peut **améliorer les déterminants sociaux de la santé chez les personnes en situation de pauvreté (2)**, pour réduire le risque que celles-ci deviennent malades malgré leur situation de pauvreté. Cette façon de faire inclut une panoplie de stratégies visant à la fois les personnes vivant la pauvreté, et l'environnement dans lequel elles vivent (orientation 2, actions 3 à 5). L'**encadré 5** présente quelques exemples de telles mesures.

De plus, on peut agir pour **empêcher un mauvais état de santé de mener à la pauvreté (3)**. Cette stratégie comprend le système public d'assurance médicale et hospitalière, les programmes qui réduisent l'absentéisme scolaire, les programmes de réinsertion à l'emploi, les programmes d'assurance-invalidité, le remplacement de revenu de ceux qui souffrent d'une maladie ou d'un trauma causé par une maladie ou blessure d'origine professionnelle, ainsi que les politiques de congé parental, congé de maladie et congé pour aidants naturels (orientation 3).

Finalement on peut **agir sur les conséquences négatives de la pauvreté (4)**. Dans cette stratégie, on retrouve à nouveau l'assurance médicale et hospitalière, car les personnes vivant dans la pauvreté souffrent en plus grande proportion de maladies et de traumas que les personnes mieux nanties. On peut également ajouter les programmes de soins dentaires et d'assurance médicaments pour les personnes en situation de pauvreté, l'offre des services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) aux familles défavorisées, les programmes de démarchage en santé mentale, en toxicomanie et en santé sexuelle chez les populations vulnérables, ainsi que l'offre de banques alimentaires, de soupes populaires et de refuges (orientation 2, actions 3 à 5). Ces stratégies sont souvent les plus populaires auprès des gouvernements et de la population, car on peut observer les effets à court terme chez ceux qui ont des besoins de santé importants. Toutefois, ces stratégies que l'on pourrait qualifier de « palliatives » sont probablement les moins rentables et ont surtout un potentiel de stigmatisation pour les gens qui bénéficient de leurs services.

3.3 La stratégie à privilégier : éliminer la pauvreté directement

Pour répondre à la question 2.3 du document de consultation du Ministre, nous croyons que parmi toutes les stratégies visant à briser le lien entre la pauvreté et l'iniquité en santé, celles ayant le plus grand potentiel d'impact visent à **éliminer la pauvreté directement** (Raynault et Côté, 2013). Ainsi, cette action présentée dans le document d'appel de mémoires est la voie à privilégier :

« Amélioration de la capacité financière des personnes à faible revenu à satisfaire leurs besoins essentiels tels que logement, alimentation, transport, frais permettant de pallier un handicap, etc. » (MTESS, 2015a, p.18)

Malgré le fait qu'il existe déjà une panoplie de programmes pour bonifier le revenu de ceux qui en ont le plus besoin, ces programmes se retrouvent souvent sous l'égide d'une multitude de ministères. Par conséquent, il existe un manque flagrant de coordination intersectorielle, malgré l'existence d'un plan d'action qui, à notre avis, devrait être porté par le Gouvernement et l'ensemble de ses ministères. De plus, les critères d'éligibilité de ces programmes sont souvent restrictifs, complexes, et contre-productifs. Par exemple l'assurance emploi est une stratégie qui permet aux travailleurs de recevoir un certain pourcentage de leur revenu, le temps de trouver un autre emploi. Par contre, il y a plusieurs limites d'éligibilité (nombre d'heures de travail accumulées, recherche active d'emploi) et de temps, avec comme conséquences un système très coûteux à administrer et des inégalités dans l'octroi des prestations aux personnes très vulnérables dont certaines sont laissées pour compte. Parmi les gens qui ne réussissent pas à décrocher un emploi, plusieurs ne sont pas éligibles à d'autres programmes d'aide financière à moins qu'ils épuisent leurs épargnes d'abord – c'est notamment le cas pour le programme d'aide sociale – rendant encore plus difficile l'évitement de la pauvreté, ou l'accès à des moyens pour s'en sortir par la suite.

Les **encadrés 6 et 7** présentent deux situations largement vécues par de nombreuses personnes en situation de pauvreté ou à risque de le devenir : l'un décrit une mère monoparentale vivant en milieu rural et l'autre présente le cas d'un bénéficiaire de l'aide sociale vivant seul.

Encadré 6 : Suzanne, mère monoparentale vivant à la campagne

Suzanne travaille à temps plein (40 heures par semaine, 52 semaines par année, sans aucune semaine de vacances, au salaire minimum de 10,35\$/h). Elle gagne 21 528\$ dans l'année. Elle a de la difficulté à subvenir aux besoins de ses 3 enfants, qu'elle élève seule. Si l'on se fie au SFR défini par Statistiques Canada, non seulement ceci est à peine suffisant pour payer les dépenses de base d'une famille de deux personnes vivant en région rurale (19 966\$ par an), mais surtout c'est largement insuffisant pour une famille avec 3 enfants (33 800\$ par an), ou une famille urbaine avec 2 enfants, là où le SFR est ajusté aux coûts de la vie plus élevés de la ville (43 292\$ par an) (Statistiques Canada, 2015). Si moindrement cette personne s'absente du travail pour une maladie, des vacances, ou pour s'occuper d'un proche malade, le manque à gagner sera encore plus important.

Encadré 7 : Ahmad vit de 7500\$ par année

Ahmad ne peut travailler actuellement. Il est récipiendaire du programme d'aide sociale du MTESS. Les montants perçus mensuellement par les bénéficiaires de ce programme sont nettement insuffisants en comparaison au SFR. Par exemple, un adulte seul et sans contrainte tel qu'Ahmad reçoit seulement 623 \$ par mois (Gouvernement du Québec, 2015), ou 7476 \$ par année, ce qui se situe sous le SFR pour une personne vivant seule à Montréal en 2011 (Statistiques Canada, 2015). De plus, il n'y a aucun incitatif afin que les récipiendaires d'aide sociale tentent d'améliorer leur sort en travaillant quelques heures par semaine. En effet, dès qu'ils gagnent plus de 200\$ par mois sur le marché du travail (Gouvernement du Québec, 2015), ils en subissent les conséquences sur leur éligibilité aux montants de l'aide sociale et aux autres services visant les personnes les plus démunies (ex. : assurance pour les soins dentaires).

Les limites du système actuel que nous venons de présenter poussent JMPSP à recommander au Ministre une mesure simple et efficace qui vise à éliminer la pauvreté à la source : l'implantation d'un système de revenu de base garanti (RBG), dont les avantages seront détaillés dans la section suivante.

3.4 Actions concrètes sur les 3 enjeux les plus prioritaires : logement, développement et éducation des enfants, revenu

Une des stratégies que JMPSP préconise pour réduire à la fois la pauvreté et les ISS est d'agir en amont des problèmes de santé en améliorant les DSS, tel qu'illustré à la figure 2. Certains DSS ont plus d'influence que d'autres sur les ISS (Marmot, 2010). Sur la base d'arguments scientifiques et des défis actuellement vécus au Québec, nous avons ciblé trois déterminants clés que nous jugeons actuellement les plus prioritaires pour le plan d'action de votre Ministère :

- le logement ;
- le développement et l'éducation des enfants
- le revenu, et plus spécifiquement les inégalités de revenu

✓ ENJEU 1 : Soutenir l'accès à des logements abordables et salubres

Le Ministre propose dans son document de consultation l'enjeu des logements, que notre groupe de JMPSP juge hautement prioritaire :

« Accès à un logement de qualité, à un coût raisonnable, pour les ménages à faible revenu » (Orientation 2, enjeu 1)

L'accès à un logement abordable et salubre est internationalement décrit comme un déterminant de la santé incontournable et comme une stratégie efficace pour réduire les ISS (OMS, 2009 ; Marmot, 2010). Aux yeux de JMPSP, il s'agit d'un enjeu prioritaire dans la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale de même que dans la lutte aux ISS. Le coût du loyer est une dépense non compressible dans le budget des personnes défavorisées. L'ampleur de cette dépense inévitable peut entraîner des impacts sur la santé de ces personnes, surtout quand plus de 30% de leur budget total est utilisé pour le loyer. Cela laisse peu de marge de manœuvre pour combler d'autres besoins fondamentaux liés à la santé, par exemple l'alimentation, les médicaments, le chauffage ou la garderie (DSP du CIUSSS du Centre-Sud-de-L'Île-de-Montréal, 2015).

JMPSP croit donc qu'il est impératif que le nouveau plan d'action intègre d'importants investissements pour le développement et l'entretien de logements abordables et salubres. Au Québec, l'accès à un logement abordable est actuellement très restreint (Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM), n.d. ; Association canadienne d'habitation et de rénovation urbaine, 2014) et le parc locatif se fait vieillissant (Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), 2014). Les décideurs, que ce soit au niveau fédéral ou provincial, ont le pouvoir d'agir en débloquant des budgets pour des programmes qui sont démontrés efficaces ou prometteurs. L'**encadré 8** présente les mesures concrètes préconisées par JMPSP pour travailler sur ce déterminant de la santé des plus importants.

Encadré 8 : Mesures concrètes recommandées pour améliorer l'accès au logement abordable et salubre

- Adoption d'une réglementation pour mieux encadrer l'entretien et la rénovation des bâtiments locatifs au municipal et suivi de son application (DSP du CIUSSS du Centre-Sud-de-L'Île-de-Montréal, 2015)
- Négociations avec le gouvernement fédéral pour investir dans les logements sociaux et communautaires (Association canadienne d'habitation et de rénovation urbaine, 2014)
- Déploiement à grande échelle d'initiatives locales basées sur les données probantes de l'approche *Logement D'abord* (Gouvernement du Canada, 2014)
- Subvention des coopérations d'habitation misant sur la mixité sociale (Dansereau et al., 2002)

✓ **ENJEU 2 : Garantir le meilleur départ possible par une éducation de qualité dès le préscolaire**

Les services éducatifs de qualité constituent un second enjeu soulevé par le Ministre que JMPSP met à l'avant-plan comme cible d'action, plus spécifiquement :

« Accès à des services éducatifs de qualité dès la petite enfance pour les familles à faible revenu, par exemple les familles ayant un enfant handicapé. » (Orientation 1, enjeu 1)

Des services de garde éducatifs accessibles pour diminuer les effets des ISS

Les services de garde éducatifs (SGÉ) constituent à notre avis une des solutions les plus prometteuses pour développer le plein potentiel des individus de notre société. La fréquentation

d'un service de garde en installation au Québec (CPE et garderies privées subventionnées) est fortement associée à un meilleur développement chez les enfants défavorisés et ceux dont le développement inquiète (Guay et al., 2015). Les écrits scientifiques démontrent notamment que les effets positifs des SGÉ sont plus marqués chez les enfants issus de milieux défavorisés, mais qu'ils sont bénéfiques pour l'ensemble de la population préscolaire (Bigras et Lemay, 2012). Soutenir financièrement l'accès des enfants de moins de 5 ans à une garderie offrant un programme éducatif de qualité devrait donc être au cœur des priorités du gouvernement et permettrait de diminuer l'impact des inégalités sociales dans la population québécoise. Pour respecter le principe d'universalisme proportionné expliqué plus tôt, des investissements massifs devraient permettre la fréquentation gratuite d'un CPE pour les enfants issus des familles plus défavorisées. De plus, différentes mesures pour limiter l'effet des autres barrières (géographiques, socioculturelles) à l'accès devraient aussi être mises en place (Poissant et al., 2014).

L'**encadré 9** présente quelques exemples de bonnes pratiques actuellement implantées dans certains pays scandinaves et au Royaume-Uni (Raynault et Côté, 2013) dont le Gouvernement du Québec devrait s'inspirer.

Encadré 9 : Bonnes pratiques en petite enfance implantées dans certains pays

- Gratuité ou très faible coût des SGÉ à temps plein pour les enfants provenant des ménages défavorisés, par exemple les 4^{ème} et 5^{ème} quintiles les plus pauvres
- Gratuité ou très faible coût des SGÉ à temps partiel (15h par semaine) pour tous les autres enfants
- Gratuité ou très faible coût de la maternelle 4 ans à temps plein pour les enfants provenant des ménages défavorisés, par exemple les 4^{ème} et 5^{ème} quintiles les plus pauvres
- Gratuité ou très faible coût de la maternelle 4 ans à temps partiel (15h par semaine) pour tous les autres enfants

Bien que les SGÉ du Québec aient pu subvenir en partie aux besoins de la population jusqu'à maintenant, le maintien de leur qualité est grandement menacé par les importantes coupures budgétaires en vigueur dans les CPE. De plus, l'accès à ces établissements est devenu plus difficile pour les familles de la classe moyenne. Plusieurs parents, éducateurs et autres acteurs stratégiques réclament aujourd'hui un plus grand nombre de places disponibles dans les CPE et l'amélioration de leur qualité, particulièrement dans les quartiers plus défavorisés.

Persévérance scolaire pour les jeunes issus de milieux défavorisés.

La réussite éducative des enfants et des adolescents est un important déterminant de la santé des jeunes, mais elle a aussi des impacts majeurs sur la santé des adultes en devenir. Ainsi, investir dans la persévérance scolaire de tous les jeunes, et plus spécifiquement chez ceux provenant de milieux défavorisés, nous apparaît comme une avenue prometteuse pour briser le cercle vicieux de la pauvreté, de l'exclusion sociale et des ISS (OMS, 2009).

À ce propos, JMPSP dénonce les récentes décisions du gouvernement du Québec de couper de manière importante les budgets des écoles. L'impact de ces coupures se fait déjà ressentir sur plusieurs services aux élèves, notamment le manque d'accès à du personnel non enseignant qui soutient ceux qui ont plus de difficulté à l'école. Bien que la consultation requiert des participants de se baser sur de bonnes pratiques ; l'austérité dans le système d'éducation n'est certainement pas l'avenue à privilégier pour favoriser la persévérance scolaire des jeunes. (UNICEF, 2014). Les programmes de prévention du décrochage scolaire sont habituellement très coûteux, nous en convenons. Toutefois, nous sommes convaincus que la réussite éducative des jeunes issus de milieux défavorisés est payante à long terme pour la société, car il est bien démontré que les individus qui terminent leur secondaire sont plus enclins à rester sur le marché du travail, et ils sont très souvent en bien meilleure santé que ceux qui n'ont pas de diplôme (Baker et al., 2011 ; Feinstein et al., 2006).

Encadré 10 : Mesures concrètes recommandées pour une éducation de qualité

- Augmentation du budget alloué à la petite enfance selon le gradient des revenus familiaux (Marmot, 2010).
- Création de programmes d'« outreach » pour augmenter la participation des enfants de familles défavorisées aux CPE (Marmot, 2010).
- Favoriser des politiques qui encouragent des liens plus serrés entre les écoles, la famille et la communauté en adoptant une approche prenant soin de l'enfant dans toutes ses sphères de développement (Marmot, 2010).
- Inscrire le système d'éducation préscolaire dans un contexte plus large d'une politique familiale rigoureuse et élaborée (Raynault et Côté, 2013)

✓ ENJEU 3 : Implanter un revenu de base garanti : simple et efficace

De plus en plus d'experts soutiennent que **la solution à la pauvreté passe par une refonte totale de la redistribution de la richesse** afin qu'aucun individu ne se retrouve à vivre avec des moyens qui soient sous le SFR défini par Statistiques Canada. Une solution a déjà été testée et s'est avérée

efficace pour lutter contre la pauvreté et réduire les ISS : un programme de **revenu de base garanti (RBG)**.

Selon un tel programme, tous les adultes sont éligibles à un salaire de base dès que leur revenu annuel tombe sous une certaine limite définie en fonction du SFR. Plusieurs instances expertes reconnues ont déjà montré leur soutien à cette mesure (**encadré 11**). De plus, 55% des Québécois sont favorables à un système de RBG (Environics, 2013). Lorsqu'une personne travaille, elle ne perd pas son RBG subitement. Au contraire, si une personne intègre le marché du travail et reçoit un revenu, le RBG est réduit graduellement. Par exemple, pour chaque 2 \$ gagnés, 1 \$ sera réduit du RBG. En principe, un tel régime conserverait donc un incitatif partiel pour continuer à travailler, ou pour retourner au travail (Friedman, 1962) – ce que le système actuel ne fait pas – pour que la personne soit en mesure d'améliorer ses conditions de vie et celles de sa famille, et ultimement l'état de santé de chacun. Bien que JMPSP considère qu'il soit important d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les personnes vivant en situation de pauvreté (orientation 2, action 3), il est grandement préférable de réduire à la base leurs besoins en soins de santé.

Encadré 11 : Instances recommandant la mise en place d'un RBG

- Association médicale canadienne (AMC, 2013 ; AMC, 2015)
- Association of local public health agencies (2015) (Hyndman et Simon, 2015)
- Alberta Public Health Association (2014)
- Coalition canadienne pour la santé publique au 21e siècle (2015)
- Conference Board of Canada (2011)
- Premier Ministre de l'Île-du-Prince-Édouard (C-BIG, 2015)
- Maires de Calgary et d'Edmonton (National Post, 2015)
- Parti vert du Canada (2014)
- Parti libéral du Canada (2014)

Le RBG a un impact positif sur la santé et sur l'éducation sans décourager le travail

Des chercheurs ont récemment étudié les résultats d'une expérience sociale basée sur l'implantation d'un RBG dans la ville de Dauphin, au Manitoba, de 1974 à 1978 (Ravanera, 2012 ; Forget, 2011). Toutes les familles de Dauphin étaient automatiquement éligibles au programme, incluant les personnes âgées et celles vivant avec une incapacité. Il n'y avait aucun critère d'admissibilité particulier. Si leur revenu déclaré était inférieur à un certain montant, ils recevaient un supplément d'argent allant jusqu'à 60% du SFR. Chaque dollar gagné autrement diminuait le montant reçu de 0,50 \$.

L'expérience de Dauphin a aussi mis en évidence une diminution marquée du décrochage scolaire. Comme la réussite éducative est un déterminant important de la santé, il est fort plausible que l'amélioration de celle-ci par le RBG ait eu des impacts à long terme sur la santé de ces adolescents. Enfin, il est important de souligner que le programme de RBG n'a presque pas eu d'impacts négatifs sur le marché du travail. Les résultats démontrent que seulement les adolescents et les nouvelles mères travaillaient un peu moins, puisqu'ils avaient ainsi du temps pour retourner aux études et s'occuper de leur famille, ce qui constitue en soi une retombée positive pour la société. Il sera également intéressant de suivre les effets bénéfiques sur la santé de l'expérience de RBG qui a débuté en Utrecht tout récemment en 2015 (Ostroff, 2015).

Encadré 12 : Plusieurs effets positifs liés au RBG ont été démontrés par cette expérience :

- Diminution des taux d'hospitalisation, particulièrement pour les accidents et traumatismes et les problèmes de santé mentale
- Diminution des consultations médicales pour des problèmes de santé mentale
- Diminution du décrochage scolaire

Le RBG coûterait moins cher au Québec

Si le Gouvernement du Québec décide d'aller de l'avant avec un tel programme, l'implantation d'un RBG pourrait remplacer plusieurs autres programmes d'aide financière, de transfert et de crédit. Avec beaucoup moins de critères d'éligibilité, il serait plus simple à administrer. Selon les experts, le remplacement des multiples programmes d'assistance financière, par un système universel de RBG beaucoup moins cher à administrer, sauverait plusieurs milliards de dollars par année (Lamman et MacIntyre, 2015). À ces sommes épargnées s'ajoutent des économies générées par l'amélioration de l'état de santé des individus vivant en situation de pauvreté et la diminution des coûts des soins (Roos et Forget, 2015). Les sommes épargnées pourraient donc être redistribuées à ceux qui en ont besoin.

En fait, les coûts directs d'un système de RBG – ainsi que les économies indirectes – dépendent de la décision du Gouvernement à octroyer un revenu plus ou moins élevé à la population pour répondre à ses besoins de base. Pour maximiser à la fois le retour sur l'investissement ainsi que le bien-être de la population, JMPSP recommande un système de RBG qui permet à toutes les familles d'atteindre au moins le SFR de Statistiques Canada.

Ce mémoire nous limite à faire une analyse économique succincte de la stratégie. Nous vous encourageons fortement à approfondir votre analyse de celle-ci en consultant notamment votre collègue, le Ministre François Blais, qui est déjà rédigé un livre (Blais, 2001) sur les bienfaits économiques d'un système de RBG.

4. Conclusion

JMPSP a la ferme conviction qu'investir en amont des problèmes est un investissement judicieux pour un gouvernement, car un dollar en prévention vaut souvent bien plus qu'un dollar investi pour mitiger les conséquences désastreuses d'un problème complexe comme la pauvreté. Même si pratiquement toutes les actions suggérées par le Ministre sont pertinentes, le groupe JMPSP recommande d'investir de façon prioritaire dans les actions proposées pour les déterminants du logement, de l'éducation et du revenu, et ce, sur la base d'arguments scientifiques et économiques. En effet, le logement est un environnement qui peut avoir des effets directs sur la santé physique et mentale, en plus de constituer une dépense incompressible susceptible d'accentuer les conséquences de la pauvreté. L'éducation permet quant à elle de prévenir ou d'amenuiser les effets de la pauvreté sur l'individu en lui permettant de développer précocement les aptitudes nécessaires à son émancipation sociale et économique. Finalement, la mise en place d'un RBG sans critères d'éligibilité et déterminé en fonction du SFR produirait des économies indirectes dépassant les coûts directs du programme, minimiserait les coûts d'administration, diminuerait la stigmatisation, conserverait l'incitatif à travailler, freinerait l'inégalité croissante et injuste dans notre société, et surtout serait assurément efficace pour améliorer la santé et la qualité de vie de tous les Québécois. Il est raisonnable de croire que le RBG permettrait au Québec de renforcer son filet de sécurité économique (orientation 2), en plus de favoriser le développement du potentiel des personnes (orientation 1).

Nous croyons qu'il serait nécessaire d'examiner et de repositionner de façon concertée les mécanismes législatifs au Québec pour l'ensemble des ministères concernés par la lutte à la pauvreté et l'exclusion sociale et par la promotion de l'équité en santé dans toutes les politiques. Nous invitons votre Ministère ainsi que le MSSS à faire preuve de leadership auprès de l'ensemble du Gouvernement en collaborant de manière cohérente à l'atteinte de ces objectifs de bien-être collectif.

Nous félicitons le Ministre dans sa poursuite de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, et nous le remercions d'avoir invité les organisations et la population du Québec à participer à cette consultation publique.

Travaux cités

- Alberta Public Health Association. (2014, May). *Support for guaranteed annual income for Albertans*. Récupéré sur <http://www.apha.ab.ca/index.php/issues-actions/resolutions/104-resolution-2014-gai>
- AMC. (2013a, avril 25). Consulté le 01 20, 2016, sur Submission on motion 315 (Income inequality) to the House of Commons Standing Committee on Finance.: https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/Income-inequality-Brief_en.pdf
- AMC. (2013b). *Les soins de santé au Canada : QU'EST-CE QUI NOUS REND MALADES ? Rapport des assemblées publiques de l'Association médicale canadienne*.
- AMC. (2015a). *National support for a basic income guarantee*. Consulté le 01 20, 2016, sur http://c.ymcdn.com/sites/www.alphaweb.org/resource/resmgr/Resolutions/CMA_BIG_Resolution_2015.pdf
- AMC. (2015b, Août 24-25). *Résolutions adoptées - 148e assemblée annuelle (Résolution DM 5-16)*. Consulté le 01 20, 2016, sur https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/about-us/gc2015/resolutions-passed-at-gc_final_english.pdf
- Association canadienne de santé publique. (1986, novembre 17-21). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé: Une conférence internationale pour la promotion de la santé*. Récupéré sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>
- Association canadienne de santé publique. (2013). *La santé publique, c'est un excellent rendement de l'investissement*. Repéré en ligne sur le site de de l'Association canadienne de santé publique, <http://www.cpha.ca/fr/ccph21.aspx> (consulté le 28 décembre 2014). Ontario, Canada: Bureau de santé de l'Est de l'Ontario.
- Association canadienne d'habitation et de rénovation urbaine. (2014). Consulté le 01 20, 2016, sur Statistiques.: <http://housing4all.ca/fr/statistiques>
- Association of local public health agencies. (2015). *alPHa Resolution A14-4 Public Health support for a basic income guarantee*. Récupéré sur http://c.ymcdn.com/sites/www.alphaweb.org/resource/collection/CE7462B3-647D-4394-8071-45114EAAB93C/A15-4_Basic_Income_Guarantee.pdf
- Baker et al. (2011). The Education Effect on Population Health: A Reassessment. *Population and Development Review*, 37(2), 307-332.
- Ball et Kettner. (2004). *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : Document de travail*. Agence de la santé publique du Canada., Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Sa Majesté la Reine du Chef du Canada,

- représentée par le Ministre de la Santé (2005). Consulté le 01 20, 2016, sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/ddp-eng.php>
- Bernard et Raïq. (2007). *La pauvreté chez les familles avec enfants dans les pays de l'OCDE et dans les principales provinces canadiennes, rapport de recherche*. Département de sociologie, Université de Montréal.
- Bigras et Lemay. (2012). Petite enfance, services de garde éducatifs et développement des enfants : État des connaissances. Présentation PowerPoint :<http://iss.uqam.ca>. (p. 403). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Blais, F. (2001). *Un revenu garanti pour tous*. Les Éditions du Boréal.
- Butler-Jones, D. (2008). *Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2008. Addressing Health Inequalities*. Public Health Agency of Canada. Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Health, 2008.
- C-BIG. (2015). *Next premier of PEI to promote BIG*. Récupéré sur http://media.wix.com/ugd/828f53_9b8b5e424afb43afb7ac421b1456fabcd.pdf
- Collin, C. (2008). *Mesurer la pauvreté : un défi pour le Canada*. Parlement du Canada., Service d'information et de recherche parlementaires. Bibliothèque du Parlement. Consulté le 01 20, 2016, sur <http://www.parl.gc.ca/content/lop/researchpublications/prb0865-f.htm>
- Dansereau et al. (2002). *La mixité sociale en habitation, rapport de recherche réalisé pour la Ville de Montréal*. INRS; urbanisation, culture et société., Service du développement économique et du développement urbain Direction de l'habitation., Montréal. Récupéré sur ocpm.qc.ca/
- DSP de l'ASSSM. (2011). *Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal; le chemin parcouru. Rapport synthèse*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal., Montréal.
- DSP du CIUSSS du Centre-Sud-de-L'Île-de-Montréal. (2015). *Pour des logements salubres et abordables : rapport du directeur de santé publique de Montréal 2015*. Montréal.
- Environics. (2013). *Responsible citizenship – A national survey of Canadians – Backgrounder*. Récupéré sur <http://www.environicsinstitute.org/uploads/news/tf%202013%20survey%20backgrounder%20-%20responsible%20citizenship%20-%20oct%2031-2013%20eng.pdf>
- Feinstein et al. (2006). *Proceedings of the Copenhagen Symposium. What are the effects of education on health. OECD*. Repéré à <https://www1.oecd.org/edu/innovation-education/37425753.pdf>.

- Forget, E. (2011). The town with no poverty : Using health effects of a Canadian Guaranteed Annual Income field experiment. *Canadian Public Policy*, 37(3), 283-305.
- Friedman, M. (1962). *Capitalisme et liberté (chapitre 12)*. . Chicago, IL.: University of Chicago Press.
- Gouvernement du Canada. (2014, 01 28). *L'approche Logement d'abord*. Consulté le 01 20, 2016, sur Emploi et Développement social Canada.: http://www.edsc.gc.ca/fra/communautes/sans_abri/logement_abord/approche/index.shtml
- Gouvernement du Québec. (2015). *Programme d'aide sociale. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale*. Consulté le 01 20, 2016, sur Services Québec – Citoyens.: <http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/immigrer-au-quebec/Pages/programme-aide-sociale.aspx>
- Guay et al. (2015). *PORTRAIT DU PARCOURS PRÉSCOLAIRE DES ENFANTS MONTRÉLAIS Résultats de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP, 2012)*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Heckman et al. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 312(5782), 1900-02.
- Hyndman et Simon. (2015, Oct.). Consulté le 01 20, 2016, sur Basic income guarantee – backgrounder for the Health equity workgroup of the alPHa and Ontario Public Health Association.: <http://www.opha.on.ca/getmedia/bf22640d-120c-46db-ac69-315fb9aa3c7c/alPHa-OPHA-HEWG-Basic-Income-Backgrounder-Final-Oct-2015.pdf.aspx?ext=.pdf>
- Hyppolite, S.-R. (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 2012*. Agence de la santé et des services sociaux de la capitale-nationale., Direction régionale de santé publique., Québec.
- Lamman et MacIntyre. (2015). *The practical challenges of creating a guaranteed annual income in Canada*. Fraser Institute, Vancouver, C-B.
- Marmot. (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. The Marmot Review.
- MSSS. (2007). *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec: Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

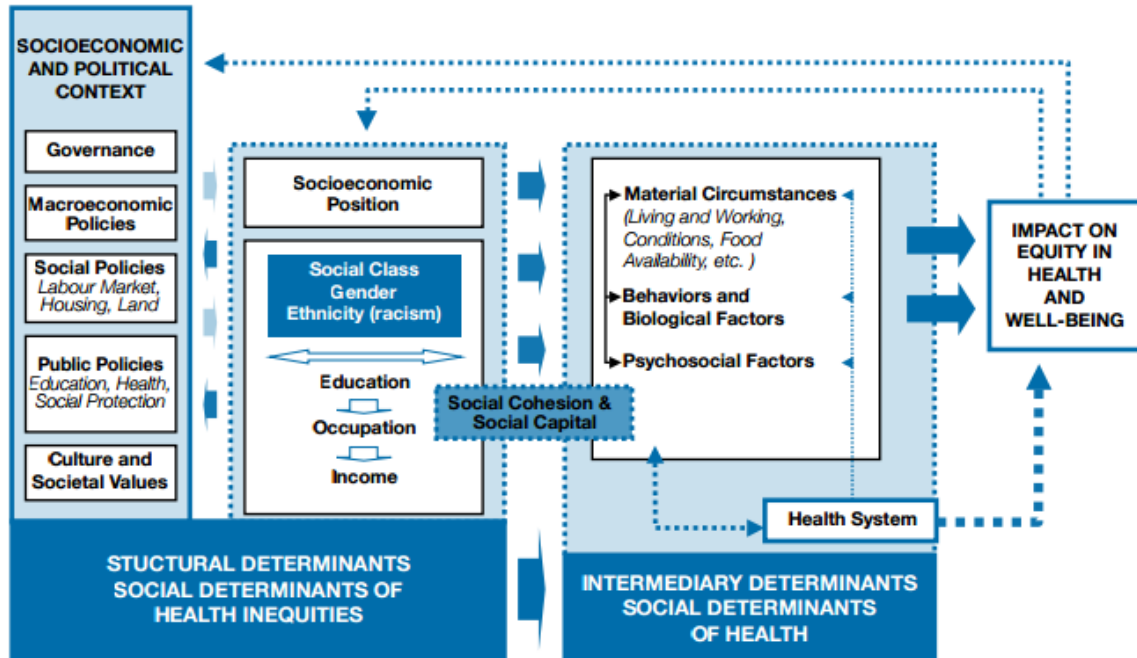
- MSSS. (2008). *Service de la surveillance de l'état de santé, graphique fait à partir des données de Pampalon. Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec ?*. INSPQ, Québec.
- MSSS. (2015a). *PLAN STRATÉGIQUE du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*. Gouvernement du Québec. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2015b). *Programme national de santé publique 2015-2025; pour améliorer la santé de la population du Québec*. Québec.: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MTESS. (2015a). Consultation publique: Solidarité et inclusion sociale. Vers un troisième plan d'action gouvernemental. Appel de mémoires général.
- MTESS. (2015b). *Plan stratégique 2015-2018 du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale*. Commission des partenaires du marché du travail. Québec: Direction des communications du MTESS.
- National Post. (2015). *Old anti-poverty idea getting new life in Alberta*. Consulté le 01 20, 2016, sur <http://news.nationalpost.com/news/canada/old-anti-poverty-idea-guaranteed-minimum-income-getting-new-life-in-alberta>
- Naylor et al. (2003). *Leçons de la crise du SRAS: Renouveau de la santé publique au Canada. Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique*. Repéré sur le site de l'Agence de santé publique du Canada : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/pdf/sars-e.pdf> (consulté le 3 janvier 2015). Santé Canada., Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique. Ottawa, Ontario.: Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2003.
- Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM). (n.d.). *Analyse, classement de la demande et délais d'attente*. Récupéré sur www.omhm.qc.ca/analyseclassement-de-la-demande-dela-delai-attente
- OMS. (2005). *Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report*. World Health Organization., Geneva, SW.
- OMS. (2008b). *Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment. Part Two. The Urgent Need For Action*.
- OMS. (2009). *Comblant 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*. Commissions des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève: Éditions de l'OMS.

- OMS. (2010a). *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être. Rapport de la réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Adélaïde 2010*. Genève (Suisse): Éditions de l'OMS.
- OMS. (2010b). *A Conceptual Framework For Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Geneva.
- OMS. (2011). *Comblent le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé*. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé.
- OMS. (s.d.). *Déterminants sociaux de la santé*. Consulté le 01 20, 2016, sur Organisation mondiale de la Santé:
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/
- Ostroff, J. (2015). *The Dutch city of Utrecht is doling out free money for a « basic income » experiment*. Récupéré sur Huffington Post Canada.:
http://www.huffingtonpost.ca/2015/07/10/utrecht-basic-income_n_7770648.html
- Parti libéral du Canada . (2014). *Supplément de revenu de base : mise à l'essai d'une approche humaine pour assurer la sécurité du revenu des Canadiennes et Canadiens en âge de travailler*. Récupéré sur <https://www.liberal.ca/fr/resolutions-de-politiques-2014/97-suppliment-de-revenu-de-base-mise-lessai-dune-approche-humaine-pour-assurer-la-scurit-du-revenu-des-canadiennes-canadiens-en-ge-de-travailler/>
- Parti vert du Canada. (2014). *Revenu de subsistance garanti*. Récupéré sur <http://www.greenparty.ca/fr/backgrounder/2015-07-16/revenu-de-subsistance-garanti>
- Poissant et al. (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants. État des connaissances*. Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. Québec: Gouvernement du Québec.
- Popay et al. (2008). *Understanding and Tackling Social Exclusion. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health From the Social Exclusion Knowledge Network February 2008*. SEKN, on behalf of the WHO Social Exclusion Knowledge Network.
- Ravanera, C. (2012). *The town with no poverty : Health effects of guaranteed annual income – Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Policy Brief no. 10*. London, ON : Population Studies Centre, University of Western Ontario.
- Raynault et Côté. (2013). *Le bon sens à la scandinave*. Les Presses de l'Université de Montréal.

- Roos et Forget. (2015). *The time for a guaranteed annual income might finally have come*. Récupéré sur The Globe and Mail.: <http://www.theglobeandmail.com/report-on-business/rob-commentary/the-time-for-a-guaranteed-annual-income-might-finally-have-come/article25819266/>
- Sarlo, C. (2013). *Poverty, Where do we draw the line ?* The Fraser Institute. The Fraser Institute.
- Shankardass et al. (2011). *Report to the Ministry of Health and Long-Term Care (Ontario). Getting Started with Health in All Policies: A Resource Pack. Health in All Policies: A Snapshot for Ontario. Results of a Realist-Informed Scoping Review of the Literature*. Centre for Research on Inner City Health (CRICH) in the Keenan Research Centre of the Li Ka Shing Knowledge Institute of St. Michael's Hospital.
- Smith, R. (2001). Countering child poverty. *BMJ*, 322, 1137-8.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). (2014). *Rapport sur le marché locatif - Grands centres*. Ottawa,: Le Marché de l'habitation.
- Statistiques Canada. (2015, 11 27). *Tableau 2 Seuils de faible revenu (base de 1992) avant impôt*. Consulté le 01 20, 2016, sur Statistiques Canada: <http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2012002/tbl/tbl02-fra.htm>
- UNICEF. (2014). *Children of Recession: the Impact of the Economic Crisis on Child Wellbeing in Rich Countries*. UNICEF Office of Research Innocenti. [<http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc12-eng-web.pdf>]. Florence, Italy.

Annexes

Annexe I : cadre conceptuel des DSS



Source : OMS, 2010b, p.6.