

UNE POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL AXÉE SUR L'ÉQUITÉ – VERS UNE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ À MONTRÉAL

Mémoire présenté dans le cadre de la consultation *Vers une politique de développement social*

Janvier 2017

Une politique de développement social axée sur l'équité : vers une réduction des Inégalités sociales de santé à Montréal

Mémoire présenté dans le cadre de la consultation Vers une politique de développement social est une production de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
514 528-2400
dsp.santemontreal.qc.ca
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Auteurs

Marie-France Raynault et Simon Tessier

Sous la direction de

Richard Massé, directeur régional de santé publique de Montréal

Collaboration

Marie-Martine Fortier
David Kaiser
Jean-François Labadie
Maude Landry
Paule Lebel
Christine Lefebvre
James Massie
Stéphanie Mauro
Patrick Morency
Marie-Andrée Simard
Léa Walz

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation
du site web du directeur de santé publique de Montréal : www.dsp.santemontreal.qc.ca

© Gouvernement du Québec, 2017

ISBN : 978-2-550-77495-2 (PDF)
Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017

TABLE DES MATIERES

UNE POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL AXÉE SUR L'ÉQUITÉ : VERS UNE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ À MONTRÉAL		2
MOT DU DIRECTEUR		4
INTRODUCTION		5
1	CHAPITRE 1- Les inégalités sociales de santé en bref	8
	<i>Une grande diversité sociale et d'importantes disparités socio-économiques.....</i>	<i>8</i>
	<i>Des inégalités sociales qui se transforment en inégalités de santé</i>	<i>10</i>
2	CHAPITRE 2- Une politique de développement social réduisant les ISS	14
	2.1 Vision et valeurs	14
	2.2 Enjeux montréalais du développement social	15
	2.3 Principes directeurs.....	17
	<i>Appliquer une approche de prévention et de promotion de la santé</i>	<i>19</i>
	2.4 Orientations prioritaires- les interventions municipales pour réduire les inégalités sociales de santé.....	21
	2.4.1 Le logement sain et abordable – une priorité de santé publique	22
	2.4.2 Accessibilité géographique et économique du transport.....	27
	2.4.3 Aménagement du territoire pour réduire les inégalités sociales de santé	31
CONCLUSION		37

Mot du directeur

Le projet de politique actuellement à l'étude interpelle grandement les autorités de santé publique montréalaises puisque le développement social implique la mise en place de conditions permettant aux individus et aux collectivités d'atteindre leur plein potentiel. Ces conditions sont aussi essentielles à la promotion et au maintien de leur santé. Depuis plus de 20 ans, en collaboration avec ses partenaires locaux et régionaux, le Directeur de santé publique de Montréal s'implique activement dans des initiatives de développement social dans le cadre de son mandat en promotion de la santé.

Si l'espérance de vie des montréalais s'est améliorée dans les dernières décennies, de nombreux écarts de santé persistent à l'intérieur du territoire de la Ville de Montréal. Pour réduire les inégalités sociales, une politique de développement social d'une municipalité devrait encadrer de multiples interventions, notamment en matière de sécurité alimentaire, d'accès au logement, de transport, d'aménagement du territoire, d'intégration des immigrants, d'insertion en emploi, etc.

C'est avec enthousiasme que mon équipe et moi participons à cette démarche d'élaboration d'une politique de développement social qui devrait à terme permettre une meilleure cohérence des actions montréalaises. Ce mémoire discute de certains sujets qui devraient être abordés de façon prioritaire dans la politique. Des interventions de la Ville dans ces domaines sont susceptibles de mener à des gains de santé importants.

Je réitère en terminant ma volonté de collaborer avec les autorités montréalaises dans les initiatives permettant d'améliorer les milieux de vie des citoyens, particulièrement les plus défavorisés, dans les domaines du logement, du transport et de l'aménagement urbain. L'expérience passée de co-financement de *l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local* (Ville de Montréal, Direction de santé publique et Centraide) laisse présager du succès d'autres collaborations dans le domaine du développement social.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Richard Massé', with a stylized, flowing script.

Richard Massé, M.D.

Le directeur régional de santé publique

Introduction

L'extrême pauvreté, les grandes inégalités de revenus, la marginalisation et l'exclusion sociales sont des phénomènes incompatibles avec ce qui caractérise une base moderne de ressources humaines, laquelle demande des travailleurs qualifiés, au sein d'une communauté de citoyens informés et engagés. Si les normes élémentaires de l'équité sociale ne sont pas respectées, le tissu social commence à se défaire et l'intolérance politique s'installe, créant un climat qui décourage l'investissement.

(ONU, 1995, Sommet mondial pour le développement social, Copenhague, Déclaration, art. 5¹)

Sur la scène internationale, le développement social est à l'ordre du jour depuis le milieu des années 1990. Au terme du premier Sommet mondial pour le développement social tenu en 1995 par l'Organisation des Nations Unies (ONU), les États membres ont adopté une déclaration et un plan d'action affirmant la nécessité pour les gouvernements de soutenir un développement humaniste soucieux d'éliminer la pauvreté, de soutenir l'emploi et de favoriser l'intégration sociale².

À Montréal, en continuité avec les actions des communautés locales structurées au sein des Tables de quartier depuis les années 1980, de nombreuses initiatives se sont déployées suite au *Forum régional sur le développement social* tenu en 1998. En collaboration avec ses partenaires locaux et régionaux, le Directeur de santé publique de Montréal (DSP) s'est impliqué activement dans les enjeux de développement social en visant l'amélioration des milieux de vie et l'autonomie des personnes et des communautés. Le DSP a soutenu des initiatives de développement social local dans le cadre de son mandat de promotion de la santé. En effet, depuis 2006, la Direction de santé publique, la Ville de Montréal, et Centraide du Grand Montréal financent l'*Initiative montréalaise de soutien au développement social local* qui soutient les 30 tables locales de concertation³. Ces instances favorisent la concertation intersectorielle regroupant les partenaires locaux de différents domaines d'intervention (famille, logement, aide alimentaire, intégration sociale, lutte à la pauvreté, etc.) et de plusieurs réseaux

(communautaire, institutionnel, privé et citoyen)⁴. De surcroît, le Directeur de santé publique soutient directement des interventions dans les communautés, incluant les *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE), Quartier 21, Accès aux aliments santé, Milieux favorable jeunesse, etc. Enfin, dans le cadre du *Plan régional intégré 2016-2021*, il collabore avec les cinq Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) à l'élaboration d'une politique de développement communautaire dans chacun des territoires⁵.

Pour la santé publique montréalaise, la présence d'importantes inégalités sociales de santé sur le territoire est un enjeu majeur. En dépit des progrès dans l'état de santé et l'espérance de vie des Montréalais observés depuis une vingtaine d'années, les inégalités sociales de santé persistent toujours entre les groupes de population et les territoires⁶. La lutte aux ISS est une priorité organisationnelle du DSP énoncée dans le PAR 2010-2015⁷ et réitéré dans le PARI 2016-2021⁸. D'ailleurs, à cet égard, le Comité de pilotage de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local fait de la réduction des inégalités sociales un de ses principes d'action de développement social à l'échelle locale⁹.

La volonté des élus montréalais d'adopter une politique de développement social suite au *Forum régional sur le développement social de l'île de Montréal* de 2015 est à saluer. Une telle politique est susceptible d'établir des balises pour diminuer les inégalités sociales entre les différentes collectivités de la ville. En effet, en dépit des avancées observées à Montréal dans le domaine du développement social depuis près de vingt ans, de nombreux problèmes demeurent, notamment en matière de sécurité alimentaire, d'accès au logement, d'intégration des immigrants, d'insertion en emploi, etc.¹⁰ La politique est une opportunité de travailler conjointement au renforcement des individus et des communautés de l'ensemble de l'Île de Montréal et de porter une attention plus soutenue aux communautés les plus défavorisées.

L'objectif de ce mémoire est donc d'apporter une contribution aux orientations montréalaises de développement social en réitérant l'importance de s'attaquer aux inégalités sociales. Dans la première partie, le mémoire présente certaines données sur les inégalités sociales de santé à Montréal. La seconde partie soumet les commentaires du DSP sur la vision, les valeurs, les enjeux montréalais, les principes directeurs et les orientations prioritaires énoncés dans le document d'accompagnement de la consultation¹¹. Si le développement social implique tous les paliers de gouvernement, le mémoire se concentre sur les leviers de développement social qui sont directement du ressort des autorités montréalaises : le logement, le transport et l'aménagement du territoire sont des domaines

d'intervention particulièrement susceptibles de contribuer à la réduction des inégalités sociales. Enfin, la conclusion réitère l'engagement du Directeur de santé publique dans le développement social et l'importance de cette approche dans la réduction de la pauvreté et l'amélioration de l'état de santé des Montréalais.

1 CHAPITRE 1- Les inégalités sociales de santé en bref

L'inégalité des conditions de vie quotidiennes est le fait de structures et de processus sociaux profonds. L'inégalité est systématique; elle est le résultat de normes, politiques et pratiques sociales qui tolèrent voire favorisent les disparités d'accès au pouvoir, aux richesses et à d'autres ressources sociales indispensables.

(OMS, 2009¹²)

Dans la mesure où le principe d'équité sociale représente l'une de ses assises préalable au développement social¹³, il est essentiel d'exposer sommairement les importantes inégalités présentes à Montréal avant de s'intéresser spécifiquement aux enjeux de la politique montréalaise de développement social.

Une grande diversité sociale et d'importantes disparités socio-économiques

Avec ses 1,9 millions d'habitants, Montréal est la métropole du Québec et sa population représente environ le quart de la province selon les données du recensement 2011ⁱ. Il y a près de 200 000 familles ayant au moins un enfant âgé de 0 à 17 ans et le quart d'entre elles sont monoparentales. Les personnes âgées de 65 ans et plus composent 17% de la population et plus du tiers d'entre elles (36%) vit seule. Environ le tiers des Montréalais sont nés hors du Canada alors qu'environ 2% se déclarent d'origine autochtone. Alors que plus du tiers des Montréalais ont un diplôme d'étude post-secondaire (37%), plus d'une personne sur dix (12%) âgées de 25 à 64 ans est sans diplôme en 2011.

Depuis 2008, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) confirme que les inégalités de richesses ont augmenté au Canada dans les années 1990, à la fois au niveau du revenu et du patrimoine^{14,15}. À Montréal, la richesse est distribuée de façon inégale au sein de la population alors que 11% des ménages ont des revenus supérieurs à 100 000 \$ annuellement tandis qu'à l'autre

ⁱ Les données du recensement de 2016 ne sont pas encore disponibles au moment de publier ce document.

extrême, 23% des ménages disposent de moins de 20 000\$ par année. Alors que la pauvreté a légèrement diminué entre 1997 et 2010 dans l'ensemble du Québec, elle s'est accentuée à Montréal¹⁶. Montréal est à cet égard la région du Québec où se retrouve la plus grande concentration de la pauvreté. En 2011, alors que 17% de la population du Québec vit sous la mesure de faible revenu (MFR)ⁱⁱ, cette proportion est de 25% à Montréal, ce qui représente près de 450 000 personnes¹⁷. Certains groupes de population sont particulièrement affligés, incluant les immigrants récents (45%)ⁱⁱⁱ, les personnes de 65 ans et plus vivant seules (39%), les familles monoparentales (35%)¹⁸.

En décembre 2016, le taux de chômage s'élève à 7 % pour la région de Montréal, soit près de la moyenne québécoise (7,2%)¹⁹. En octobre 2016, 95 000 ménages montréalais vivent des prestations d'aide, incluant plus 35 000 enfants mineurs²⁰. Fait à souligner, 42% de l'ensemble des adultes prestataires sont des immigrants²¹. Le taux d'assistance sociale s'élève à 7,8% comparativement à 6,2% pour l'ensemble du Québec. Chez les enfants, l'écart dans les taux d'assistance sociale entre Montréal et la province se creuse encore davantage, soit 10,1% versus 6,0% respectivement. Cette situation est préoccupante dans la mesure où entre 1989 et 2010, le revenu de l'assistance sociale n'a jamais dépassé 58%^{iv} du seuil de faible revenu pour les personnes seules²².

La pauvreté n'est pas uniquement le lot des sans-emploi. En 2010, une importante proportion de travailleurs vit dans la pauvreté à Montréal, atteignant jusqu'à 25% pour ceux qui ont travaillé à temps partiel durant l'année et 12% pour ceux qui ont travaillé à temps plein²³. Pour un travailleur à temps plein au salaire minimum (10,75\$ de l'heure à 37,5 heures par semaine), le revenu disponible est de 19 092\$ annuellement, ce qui représente un déficit de plus de 6000\$ par rapport au revenu annuel viable calculé pour Montréal²⁴.

ⁱⁱ La MFR est un pourcentage fixe (50 %) du revenu médian ajusté pour les besoins du ménage.

ⁱⁱⁱ Le taux s'élève à 59% chez les résidents non permanents.

^{iv} Seuil de revenu à partir duquel on s'attend à ce que les familles dépensent 20 % de plus que la famille moyenne pour l'alimentation, le logement et l'habillement (<http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2012002/lico-sfr-fra.htm>)

Des inégalités sociales qui se transforment en inégalités de santé

Comme le réitère la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2008, les disparités liées notamment à l'éducation, l'emploi, le revenu, le logement, la qualité de l'environnement, l'alimentation, l'accès aux soins engendrent des inégalités sociales de santé (ISS)²⁵. Ces écarts systématiques dans l'état de santé qui se posent entre les différents groupes socioéconomiques sont la conséquence d'une multitude de facteurs structurels sur lesquels les individus seuls ont peu de pouvoir d'agir. Les effets néfastes de la pauvreté sur la santé sont largement documentés²⁶. **Les différences d'espérance de vie peuvent atteindre jusqu'à onze années entre les territoires de l'Île de Montréal.** Il importe de rappeler quelques données marquantes à cet égard, dont le rapport du Directeur de santé publique 2011 donne un portrait détaillé²⁷ :

- **Espérance de vie et mortalité prématurée**

- En dépit d'une augmentation de l'espérance de vie des montréalais depuis plus de 20 ans, des écarts de 6 ans chez les hommes et 4 ans chez les femmes persistent encore entre les riches et les pauvres. Cette différence atteint près de 11 ans entre les habitants des quartiers riches et ceux des quartiers pauvres²⁸.
- Par exemple, pour la période 2008-2012, alors que l'espérance de vie dans les territoires de CLSC du Lac Saint-Louis et de Villieray atteint 87 ans chez les femmes, elle est de moins de 78 ans dans Hochelaga-Maisonneuve²⁹. Chez les hommes, l'espérance de vie des habitants des territoires de CLSC de Hochelaga-Maisonneuve (74 ans), des Faubourgs (75 ans) et de Pointe Saint-Charles (75 ans) est près de neuf ans inférieure à celle des territoires de Côte Saint-Luc (82 ans) et Saint-Laurent (83 ans)³⁰.
- Le taux de mortalité prématurée (décès avant 75 ans) et le taux de mortalité évitable observés dans la catégorie de revenu inférieur sont près de deux fois plus élevés que ceux de la catégorie de revenu supérieur³¹.

- **Perception de l'état de santé, problèmes de santé et accès aux soins**

- Au Québec, les personnes ayant un faible revenu ont généralement une moins bonne perception de leur état de santé mentale et sont moins satisfaits de leur vie que celles ayant un revenu élevé³².

- Les personnes vivant en situation de pauvreté sont plus enclines à souffrir de maladies chroniques, incluant l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires et les cancers³³.

Par exemple, la prévalence de maladie du cœur en 2012 est du double dans le territoire de CLSC de Mercier-Est - Anjou (12%) par rapport aux territoires de Notre-Dame-de-Grâces - Montréal-Ouest (5%), Saint-Louis du parc (5%) et Plateau Mont-Royal (6%)³⁴.

- La perception négative de l'état de santé est plus forte parmi les Montréalais vivant dans les milieux défavorisés matériellement et socialement³⁵.
- Les personnes à faible revenu sont hospitalisées davantage et pour de plus longues durées que les personnes à revenus élevés³⁶.

- **Développement des enfants et scolarisation**

- Les facteurs de risque majeurs en santé périnatale (faible poids à la naissance, retard de croissance intra-utérine et prématurité) touchent davantage les nouveau-nés des secteurs les plus pauvres³⁷.
- À Montréal, la mortalité infantile est plus élevée dans le groupe de populations les moins nanties, alors que le taux de mortalité s'élève à 5,1 pour 1000 dans la catégorie de revenus inférieurs comparativement à 3,0 dans la catégorie supérieure de revenu³⁸.
- Plus d'un enfant de maternelle sur trois (34 %) résidant dans un milieu très défavorisé de Montréal est vulnérable dans au moins un domaine de son développement (langagier, moteur, etc.) alors que cette proportion est de 22 % parmi les enfants des milieux favorisés³⁹. La proportion est très élevée dans certains territoires de CLSC comme Verdun/Côte Saint-Paul (36%), Hochelaga-Maisonneuve (36%), Montréal-Nord (35%) par rapport à la proportion observée à Lac Saint-Louis (23%) et à Notre-Dame-de-Grâces - Montréal-Ouest (21%)⁴⁰.
- Un taux de décrochage scolaire est beaucoup plus élevé chez les jeunes qui vivent dans les territoires à forte vulnérabilité socioéconomique⁴¹.

- **Insécurité alimentaire**

- Parmi les ménages locataires ayant un revenu total de moins de 15 000 \$, 38 % ont craint de manquer de nourriture, 37 % en ont manqué réellement et 50 % n'ont pu se procurer des aliments de la qualité désirée dans l'année qui a précédé l'*Enquête sur la salubrité et l'abordabilité du logement (SALAM)*⁴².
- Pour les ménages locataires consacrant plus de 30 % de leur revenu pour se loger, 45 % d'entre eux signalent une insécurité alimentaire comparativement à 18 % des ménages locataires ayant un taux d'effort inférieur à 30%⁴³.
- À Montréal en 2010, une enquête menée par la DSP indique qu'une personne sur six (17%) souffre d'insécurité alimentaire⁴⁴. L'enquête SALAM révèle en outre que près d'un ménage locataires montréalais sur deux (45%) dépensant plus de 30% de son revenu pour se loger rapporte également souffrir d'insécurité alimentaire⁴⁵.

- **Isolement social des personnes âgées**

- Une importante proportion des personnes âgées qui vivent seules souffrent d'isolement social : au Québec, c'est un aîné sur cinq (22%) qui rapporte ne pas avoir d'activités sociales fréquentes (au moins hebdomadairement pour certaines activités, et mensuellement pour d'autres) contre 16% dans le reste du Canada⁴⁶.
- Au Québec, plus d'un aîné sur cinq (22%) a rapporté n'avoir aucun ami proche en 2013. Chez les 75 ans et plus, cette proportion atteint 28%⁴⁷.

- **Logement**

- En 2011, 40 % des locataires consacraient plus de 30 % de leur revenu^v pour se loger⁴⁸. Par ailleurs, plus des trois quarts des ménages vivant sous le seuil de faible revenu (80 %) et la moitié des immigrants récents (50%), consacraient plus de 30 % de leur revenu aux frais de

^v Au Canada le seuil d'abordabilité du logement est généralement fixé à 30 % du revenu du ménage consacré au frais de logement (loyer, chauffage, électricité, eau chaude).

logement. Enfin, plus d'un ménage locataire sur cinq y consacrait plus de la moitié de son revenu⁴⁹.

- Les logements abordables de taille adéquate pour les familles avec enfants se font de plus en plus rares à Montréal. En mai 2016, le taux d'inoccupation était de 2,7 % pour les logements de 3 chambres à coucher et plus pour l'ensemble des unités de logements à Montréal, mais de 2,1% pour les logements de moins de 700 \$⁵⁰. Ce manque de grands logements pour les familles avec enfants engendre une situation où près d'un ménage montréalais sur dix (9,2%) habite un logement de taille insuffisante pour ses besoins⁵¹.
- Les données de l'enquête SALAM indiquent que plus du tiers des ménages locataires montréalais (38%) rapportent au moins un problème de salubrité de leur logement⁵². Dans un contexte de rareté, les ménages montréalais à faible revenu sont davantage contraints à se loger dans une habitation insalubre. L'*Enquête sur la santé respiratoire des enfants montréalais* (2011)⁵³ et l'enquête SALAM mettent en lumière une relation importante entre le faible revenu des ménages et la présence de facteurs d'insalubrité de leur logement. L'enquête SALAM révèle que parmi les ménages locataires consacrant plus de 30% de leur revenu pour le loger, 7 % ont eu une infestation de punaises de lit, 11 % ont eu une infestation de coquerelles et 17 % constatent de la moisissure visible dans leur logement au cours de la dernière année.

Ces quelques données illustrent l'importance des inégalités sociales de santé à Montréal et l'impact de la pauvreté sur la santé. Le chapitre suivant propose des pistes de solution pour réduire ces inégalités sociales et ainsi favoriser l'équité en santé.

2 CHAPITRE 2- Une politique de développement social réduisant les ISS

En lien avec l'adoption d'une politique de développement social, le Directeur de santé publique souhaite attirer une attention particulière sur certains éléments abordés dans le document de consultation, incluant la vision et les valeurs; les enjeux montréalais; les principes directeurs; ainsi que trois orientations prioritaires préconisées par le DSP.

2.1 Vision et valeurs

Le DSP partage la vision et les valeurs énoncées dans le document de consultation de la Politique de développement social de Montréal et souligne l'importance de la contribution citoyenne dans le développement de milieux de vie propices à leur épanouissement: « Grâce à l'implication des citoyennes et citoyens dans la recherche de solutions créatives et innovantes, Montréal est reconnue internationalement pour le développement de quartiers durables, solidaires et inclusifs, où il fait bon vivre, grandir et travailler ».

Les valeurs identifiées pour orienter les actions et concrétiser la vision de l'organisation sont l'équité, l'égalité, la solidarité, la dignité, le respect et l'inclusion. Pour le Directeur de santé publique, cette valeur d'inclusion se comprend comme celle de l'intégration sociale. L'ONU définit l'intégration sociale comme : « la capacité qu'ont les individus de coexister en respectant parfaitement la dignité de chacun, le bien commun, le pluralisme et la diversité, sans recourir à la violence et en pratiquant la solidarité, et de participer à la vie sociale, culturelle, économique et politique, concerne tous les aspects du développement social et toutes les politiques⁵⁴ ». Cette définition permet de rendre compte de la volonté globale de développer le potentiel des individus à travers un développement social inclusif pour tous les Montréalais, en portant une attention particulière aux différents groupes les plus vulnérables, notamment les personnes à faible revenu, les immigrants, les personnes âgées, les itinérants, les personnes avec des problèmes de santé mentale et les autochtones. Un bilan des enjeux du développement social montréalais confirme les besoins d'inclusion sociale de plusieurs groupes vulnérables⁵⁵.

Le Directeur de santé publique suggère de compléter cette liste avec une valeur de collaboration. La collaboration nécessite d'abord d'agir en laissant clairement voir la réalité entière sans l'altérer. Elle vise à favoriser la confiance entre la population et les autorités et à mettre en place les conditions nécessaires à un travail efficace conjointement avec les différentes instances impliquées dans le développement social. La collaboration permet une meilleure compréhension des enjeux et la prise de décision éclairée de tous les partenaires.

2.2 Enjeux montréalais du développement social

Douze enjeux en présence ou émergents à Montréal en lien avec le développement social sont identifiés dans le cahier de consultation. Ces enjeux sont les suivants :

1. Diminuer l'incidence de la pauvreté
2. Réduire les écarts entre les quartiers (espérance de vie et richesse et pauvreté)
3. Changer la dynamique démographique qui accentue les inégalités
4. Contribuer à une intégration réussie des immigrants
5. Favoriser la sécurité alimentaire et une saine alimentation
6. Maintenir la sécurité et le sentiment de sécurité
7. Développer le logement accessible et de qualité
8. Améliorer le cadre de vie, notamment dans les quartiers défavorisés
9. Contribuer à la réussite éducative
10. Construire le vivre-ensemble
11. Réduire le déficit de participation politique et sociale
12. Améliorer la cohérence des interventions

Il apparaît tout à fait pertinent que la Politique de développement social de Montréal porte sur l'ensemble de ces défis qui sont susceptibles de réduire significativement les inégalités sociales de santé entre les groupes d'individus et entre les territoires. Les deux premiers enjeux réfèrent à l'équité entre les différents groupes sociaux, économiques ou culturels. Cette équité se traduit par une volonté de réduire les écarts de santé entre les différents groupes de population et les territoires montréalais par des actions concrètes pour lutter contre les inégalités sociales de santé afin de favoriser une plus grande justice sociale. L'un des trois principes d'action adoptés par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS pour réduire les inégalités sociales de santé est de « lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources » afin d'agir sur les facteurs structurels forgeant les conditions de vie à la fois au niveau national, régional et local⁵⁶.

Afin de maximiser les retombées des interventions mises de l'avant en lien avec ces défis, il apparaît essentiel de prioriser certains domaines dans lesquels la Ville dispose de leviers d'intervention directs, particulièrement ceux du logement (avec en corolaire la sécurité alimentaire), du transport et de l'aménagement du territoire. Des pistes d'orientations et d'interventions sont explicitées plus loin dans le document.

2.3 Principes directeurs

Les neuf principes directeurs retenus par la Ville de Montréal pour guider la future Politique de développement social de Montréal sont les suivants :

- ***Exercer pleinement son leadership***

Le DSP reconnaît l'importance de l'action municipale pour favoriser le développement social et veut saluer la volonté de l'administration de la Ville dans le domaine.

- ***Travailler en partenariat***

Le DSP offre sa collaboration non seulement dans la poursuite des activités de soutien aux Tables de quartier mais aussi dans les autres initiatives concernant le logement, l'itinérance, la sécurité alimentaire et l'aménagement du territoire en général.

- ***Valoriser la participation démocratique municipale des individus***

Dans la mesure où la participation des populations et des acteurs locaux est une composante fondamentale du développement social⁵⁷, il apparaît également essentiel que la Politique précise le rôle qu'entend jouer la Ville pour soutenir la participation citoyenne, et l'inclusion sociale de l'ensemble des groupes de population dans le déploiement d'initiatives sur le territoire. La Ville comme ses partenaires institutionnels ont le défi de maintenir l'équilibre entre l'émergence des initiatives au niveau des communautés locales et les normes des programmes de développement déployés par les instances régionales ou provinciales⁵⁸.

- ***Tenir compte des acquis (cohérence de l'action)***

Différentes initiatives de soutien au développement social local sont déployées à Montréal en collaboration avec différents partenaires locaux et régionaux. Parmi ces actions, se retrouvent notamment les mesures liées à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (incluant la sécurité alimentaire)⁵⁹, la Politique de l'enfant⁶⁰, le Plan d'action montréalais en itinérance⁶¹, et le soutien à la

diversité ethnoculturelle^{62,63}. D'autres actions sont mises en place à travers des politiques associées à la culture, au développement économique, à l'environnement, à la famille, au transport et à l'urbanisme. Afin d'assurer un arrimage entre ces différentes initiatives, il serait pertinent que le principe de cohérence de l'action municipale guide la Politique de développement social.

- ***Agir en subsidiarité***

Plusieurs initiatives de développement social de par le monde trouvent leurs assises dans les gouvernements municipaux⁶⁴ et il ne fait aucun doute que les gouvernements de proximité sont souvent plus à même de communiquer avec les citoyens, de comprendre leurs besoins spécifiques et de mettre en place des solutions adaptées. La Ville de Montréal devrait agir en subsidiarité dans le champ du développement social en partenariat avec ses partenaires locaux et régionaux.

- ***Faire preuve d'innovation***

Montréal est une ville qui héberge plusieurs collèges et universités. De nombreux chercheurs s'intéressent aux enjeux du développement social et de ses multiples composantes. Il serait intéressant que la Politique prévoie des mécanismes concrets pour l'appropriation des connaissances générées par les travaux de ces chercheurs. La Politique est aussi susceptible de contribuer à la production de connaissances en créant des alliances formelles avec des équipes de recherche et en finançant un programme de recherche sur les interventions à mettre en place suite à l'adoption de la Politique.

- ***Renforcer l'approche territoriale intégrée***

L'approche territoriale *intégrée* implique d'agir pour combler différents besoins des groupes de populations vulnérables d'un territoire en déployant des mesures intersectorielles visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans différents domaines d'action (logement, transport, aménagement du territoire, etc.)⁶⁵.

- ***Prendre en compte les besoins spécifiques des groupes de population***

La prise en compte des besoins spécifiques des groupes de population est un principe qui permet également de cibler les groupes de population les plus vulnérables dans le déploiement d'interventions locales concertées. Cette prise en compte implique de bien définir les besoins et de bien les mesurer. Dans ce domaine, la Direction de santé publique de Montréal peut apporter un concours important par ses activités de connaissance et de surveillance qui sont susceptibles d'éclairer la décision.

- ***Mesurer l'impact des actions***

Ce principe est fondamental pour permettre à la Ville de constamment améliorer ses interventions et de les remettre en question si besoin est. L'expérience de la Direction de santé publique dans le domaine enseigne que l'évaluation des interventions doit être envisagée dès leur conception et que des ressources suffisantes doivent y être consacrées. La Politique devrait donc prévoir des mécanismes pour favoriser l'institutionnalisation des pratiques d'évaluation.

Une approche à adopter serait l'évaluation d'impact sur l'équité (voir l'encadré) puisque les actions qui visent le développement des individus et des communautés peuvent creuser les écarts si on ne prend pas garde à inclure tous ceux qui sont susceptibles d'en profiter.

De plus, il serait pertinent de mesurer l'accès aux ressources avant de mesurer l'impact des actions. Le principe directeur pourrait se lire comme suit : Mesurer l'accès aux ressources et l'impact des actions.

En conclusion, ces principes généraux paraissent tout à fait pertinents pour orienter la Politique et les actions qui s'y rattacheront. Afin de bonifier ces assises, il serait pertinent d'ajouter un principe complémentaire visant la prévention et la promotion de la santé.

- ***Appliquer une approche de prévention et de promotion de la santé***

Ce principe conduit à intervenir en amont afin d'éviter que les risques à la santé clairement démontrés ne se réalisent⁶⁶. La Politique de développement social de Montréal mériterait de faire de la promotion

de la santé une de ses pierres d'assise⁶⁷. Ce principe implique le déploiement de politiques préventives renforçant la capacité des individus à vivre et se maintenir en santé tout en favorisant concrètement la mise en place de conditions de vie favorables à la santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé⁶⁸. Alors que le Gouvernement québécois vient d'annoncer l'adoption de la *Politique nationale de prévention*⁶⁹, il serait pertinent que la Politique de développement social de Montréal accentue le déploiement d'actions préventives décentralisées permettant d'agir sur les conditions de vie des individus, notamment au niveau local. Ce principe est aussi cohérent avec les actions de développement social de la Ville de Montréal dans la mouvance de *Villes et Villages en Santé*.

Pour un mécanisme d'évaluation de l'équité des politiques municipales

Afin de concrétiser ce principe directeur, il serait souhaitable que la Politique de développement social de Montréal soutienne l'instauration d'un mécanisme d'évaluation d'impact sur les inégalités sociales pour les règlements ou les projets discutés aux Conseils d'arrondissements, au Conseil municipal de la Ville de Montréal, à celui de la Communauté métropolitaine de Montréal et au Conseil d'agglomération. Tel que le recommandait le rapport du DSP en 2011, ce mécanisme pourrait être élaboré de manière analogue à la procédure légale mise en place depuis l'adoption de l'article 54 de la *Loi sur la santé publique*⁷⁰. À ce titre, le DSP et son équipe pourraient mettre leur expertise à contribution pour soutenir l'élaboration d'une telle mesure par les instances municipales.

Plusieurs études scientifiques démontrent l'importance des évaluations d'impact dans une perspective d'équité qui permettent d'identifier les effets potentiels de mesures gouvernementales sur la pauvreté et l'exclusion sociale⁷¹.

2.4 Orientations prioritaires- les interventions municipales pour réduire les inégalités sociales de santé

La Ville de Montréal dispose de nombreux leviers d'intervention pour soutenir le développement social à l'échelle régionale et locale. En continuité avec les recommandations du *Rapport du directeur de santé publique 2011* visant la réduction des inégalités sociales de santé à Montréal⁷², le DSP souhaite apporter une attention particulière à trois domaines d'intervention qui, pour des raisons de santé publique et de qualité de vie des citoyens, devraient être priorisés par la Politique de développement social de Montréal, soit : le logement sain et abordable, le transport abordable, et l'aménagement du territoire. Les actions déployées par la Ville et ses partenaires dans ces domaines sont susceptibles de réduire les inégalités sociales de santé à Montréal.

2.4.1 Le logement sain et abordable – une priorité de santé publique

Le logement est un déterminant de santé important comme le rappelle l'OMS en 2008⁷³ et comme l'expose en détail le Rapport du directeur de santé publique de Montréal 2015⁷⁴. Le Directeur de santé publique intervient principalement dans ce domaine en lien avec la salubrité et l'abordabilité. Ses actions découlent de ses mandats légaux de surveillance, de protection et de promotion de la santé⁷⁵, et incluent la tenue d'enquêtes reliées à la salubrité des habitations; une expertise conseil de santé en lien avec le logement; des activités de formation; une clinique de santé spécialisée dans les problèmes de santé liés aux conditions de logement et des activités de recherche et d'évaluation^{76,77}.

Le logement est un domaine d'intervention permettant d'agir efficacement sur plusieurs enjeux prioritaires liés au développement social mis en évidence dans le document de consultation montréalais. L'enjeu de développer le logement accessible et de qualité (*Enjeu 7*) est relié à plusieurs autres priorités d'intervention, soit : l'importance de diminuer l'incidence de la pauvreté (*Enjeu 1*); réduire les écarts entre les quartiers (*Enjeu 2*); contribuer à une intégration réussie des immigrants (*Enjeu 4*); favoriser la sécurité alimentaire et une saine alimentation (*Enjeu 5*); améliorer le cadre de vie, notamment dans les quartiers défavorisés (*Enjeu 8*); contribuer à la réussite éducative (*Enjeu 9*); et construire le vivre ensemble (*Enjeu 10*).

- **Contexte**

À Montréal, la majorité des ménages sont locataires de leur lieu de résidence⁷⁸. Le Directeur de santé publique s'inquiète davantage des conditions de logement locatif puisque les risques à la santé associés au logement sont beaucoup plus importants chez les locataires que chez les propriétaires⁷⁹. On observe aussi une spatialisation des risques de logements insalubres avec la concentration de logements inadéquats dans certains quartiers ainsi que des enjeux d'abordabilité (embourgeoisement, transformation en condos, pénurie de grands logements) qui sont également de nature locale.

- **Les effets de l'inabordabilité et de l'insalubrité du logement sur la santé**

Les facteurs d'insalubrité du logement ont des effets importants sur la santé, particulièrement chez les personnes souffrant de maladies respiratoires chroniques, d'asthme ou d'allergies, les enfants en bas âge et les personnes âgées⁸⁰. Si l'exposition aux moisissures peut engendrer des problèmes d'infections respiratoires ou d'asthme⁸¹; les infestations de coquerelles peuvent aggraver l'asthme et déclencher des réactions allergiques⁸²; alors que les infestations de punaises de lit nuisent au bien-être et à l'état de santé mentale⁸³.

La santé des individus est également affectée par le fait de consacrer une trop grande proportion de leurs revenus au logement, limitant leur capacité à répondre à leurs autres besoins de base, comme le transport, l'alimentation et diverses dépenses de santé⁸⁴. L'insécurité alimentaire entraîne des carences alimentaires⁸⁵, un mauvais état de santé mentale et physique⁸⁶, et des problèmes de développement des enfants⁸⁷. En contribuant à la mauvaise alimentation, cette insécurité alimentaire se traduit à long terme par des problèmes de santé tels que : l'obésité, le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et plusieurs cancers⁸⁸. L'inabordabilité du logement est également reliée à des problèmes d'anxiété et de dépression⁸⁹, notamment chez les locataires à faible revenu⁹⁰.

L'inabordabilité du loyer : une cause majeure d'insécurité alimentaire

Par exemple, le revenu annuel disponible^{vi} pour une personne seule recevant des prestations du Programme d'aide sociale en 2016 est de 8748\$ selon les calculs du ministère Travail, Emploi et Solidarité sociale⁹¹. En 2016, la solution la plus économique sur le marché locatif est un studio dont le loyer moyen s'élève à 582\$ par mois à Montréal, soit 7032\$ annuellement⁹². **Une fois le logement payé, il ne lui reste que 1716\$ disponibles pour couvrir l'ensemble de ses autres besoins, incluant l'électricité, le chauffage, les vêtements, la nourriture et le transport. Cela représente 33\$ par semaine.**

Depuis près de vingt ans, les initiatives montréalaises liées à la sécurité alimentaire ont combiné des approches complémentaires de dépannage alimentaire et d'accompagnement vers l'autonomie, en consacrant l'essentiel des efforts à trois volets : la production, la transformation et la distribution de denrées⁹³. Dans la mesure où les frais de logement ont une incidence déterminante sur la capacité des individus de se nourrir convenablement, il apparaît nécessaire que la Politique de développement social cherche à réduire l'insécurité alimentaire en soutenant l'accès à un logement abordable pour tous. L'importance d'investir massivement dans le financement du logement abordable, notamment dans le logement social, est synergique avec les enlignements du Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire du gouvernement québécois⁹⁴.

Le manque de logement abordable contraint plusieurs familles à faible revenu à déménager plus souvent afin d'améliorer leurs conditions d'habitation⁹⁵. Cette instabilité résidentielle^{vii} est associée à différents problèmes de développement chez les enfants⁹⁶. De plus, on note des problèmes de santé comme une plus faible croissance et à une insécurité alimentaire⁹⁷. À l'inverse, la stabilité résidentielle améliore les chances de réussite scolaire des enfants⁹⁸.

^{vi} Ce revenu inclut les prestations du Programme d'aide sociale et les autres mesures d'aides financières gouvernementales

^{vii} L'instabilité résidentielle se définit par deux déménagements ou plus dans une année.

- *Le besoin de logements sociaux et communautaires*

Les 58 000 logements sociaux et communautaires existants sur l'Île de Montréal (11 % des logements locatifs) sont largement insuffisants pour répondre aux besoins des ménages à faibles ou modestes revenus. La répartition des logements sociaux et communautaires est très variable selon les arrondissements alors que la plupart sont concentrés dans les quartiers centraux⁹⁹.

De surcroît, le parc de maisons de chambres qui représentent un dernier rempart contre l'itinérance pour plusieurs personnes en situation de précarité résidentielle extrême s'érode rapidement dans certains secteurs selon les observations de certains intervenants terrains¹⁰⁰.

Le développement de nouveaux projets de logements abordables est insuffisant pour combler le déficit et le nombre de logements sociaux développés dans le cadre des différents programmes provinciaux et municipaux ne répond pas aux besoins des groupes de populations les plus pauvres. Le budget 2015-2016 du gouvernement du Québec a réduit de moitié le nombre d'unités de logements sociaux prévus et différents programmes ont également été suspendus¹⁰¹.

La liste d'attente pour les HLM ne cesse d'augmenter atteignant plus de 25 000 ménages en 2016 alors que seulement 2 000 logements se libèrent chaque année¹⁰². Mais les besoins sont encore plus importants dans la mesure où plusieurs personnes éligibles pour l'obtention d'un logement en HLM ou communautaires ne sont pas inscrites sur les listes d'attente. L'enquête SALAM indique à cet égard que la proportion de ménages locataires qui ne sont pas inscrits sur les listes d'attentes et qui souhaiteraient avoir accès à un logement social est près de trois fois plus nombreuse que ceux qui sont inscrits (18 % par rapport à 6 %)¹⁰³. Plus encore, alors que plus de 220 000 ménages montréalais vivent sous le seuil de faible revenu, soit le quart des ménages (26 %), la disponibilité de logements sains et abordables se pose de manière urgente¹⁰⁴.

Dans la mesure où le logement est la principale dépense incompressible des ménages, les interventions visant à diminuer les coûts du logement pour les ménages à faible revenu ont un impact direct sur la réponse à leurs autres besoins de base. Il faut rappeler que l'enquête SALAM révèle qu'à Montréal, parmi les ménages ayant un taux d'effort de plus de 30 %, près d'un ménage sur deux (45 %) a déclaré

au moins un problème d'insécurité alimentaire^{viii} et qu'un ménage sur cinq a utilisé les services d'une banque alimentaire dans la dernière année¹⁰⁵.

- ***Le développement de logements sains et abordables pour soutenir le développement social***

L'intervention à tous les paliers gouvernementaux en matière de logement est essentielle pour permettre l'accès à un logement abordable pour les ménages qui n'ont pas des revenus suffisants pour se loger sur le marché privé. Alors que le gouvernement fédéral annonce un réinvestissement dans le logement social^{106,107} et travaille à l'élaboration d'une Politique canadienne du logement¹⁰⁸ et que le gouvernement du Québec annonce sa volonté de redéfinir son intervention en matière d'habitation¹⁰⁹ en incluant des cibles ambitieuses dans le développement du logement social dans sa récente *Politique nationale de prévention en santé*¹¹⁰, il est tout à fait opportun que la Ville de Montréal fasse du logement social et communautaire l'une des pierres d'assises de sa politique de développement social. Par ailleurs, les nouveaux pouvoirs en matière de zonage d'inclusion annoncés par le projet de Loi 121 *Loi augmentant l'autonomie et les pouvoirs de la Ville de Montréal, métropole du Québec*¹¹¹ sont susceptibles de favoriser le développement de projets résidentiels privés intégrant davantage de logements sociaux et abordables.

En exerçant un leadership efficace, la Politique de développement social pourrait permettre aux instances municipales (incluant les arrondissements et les villes liées) de consolider des partenariats avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le développement du logement social, communautaire ou abordable, dans le souci de répondre aux besoins locaux particuliers. Si la Politique de développement social doit répondre aux enjeux spécifiques et aux besoins singuliers des différents territoires locaux, il importe également qu'elle adopte une approche inclusive accordant une attention particulière aux différents groupes de population ayant des besoins particuliers en matière de logement. Parmi ces groupes se retrouvent notamment les ménages à faible revenu, les familles nombreuses à faible revenu, les personnes âgées, les personnes ayant une incapacité physique, les autochtones, les personnes aux prises avec la maladie mentale et les sans-abri.

^{viii} Soit la crainte de manquer de nourriture, le manque de nourriture ou l'impossibilité de se procurer des aliments de qualité.

2.4.2 Accessibilité géographique et économique du transport

L'accessibilité ne fait pas que permettre aux gens de se déplacer d'un endroit à l'autre. Elle leur donne aussi les conditions nécessaires à la participation citoyenne¹¹².

Tout comme les impacts du transport sur la maladie et les traumatismes, l'iniquité d'accès aux transports contribue au maintien des inégalités sociales de santé à Montréal. Une étude sur les politiques de mobilité durable résume ainsi les angles morts des enjeux de transport : « les principes d'une mobilité durable sont essentiellement fondés sur les enjeux écologiques et économiques. Étrangement, les questions sociales (difficultés d'accès aux transports, de moindre mobilité des populations pauvres, de disparités d'accès à la mobilité selon des critères spatiaux, sociodémographiques, de genre ou ethnoculturels) apparaissent généralement comme des « impensés » des politiques de transports et déplacements.¹¹³ » Outre les effets environnementaux et ses impacts sanitaires, le transport peut être abordé sous l'angle de l'isolement social dans le cadre de la Politique de développement social.

- ***Inadéquation spatiale du transport – l'enjeu de la mobilité vers l'emploi***

Plus qu'un simple mode de déplacement, le transport est essentiel pour permettre l'accès aux territoires, à l'emploi et aux réseaux sociaux des individus¹¹⁴. Les liens entre la pauvreté et les difficultés d'accès au transport sont documentés depuis le milieu des années 1960¹¹⁵. Les approches fondées sur le concept de *l'inadéquation spatiale (Spatial Mismatch)* mettent en relief l'incidence pour les populations pauvres des difficultés de mobilité et d'accès au transport abordable vers les lieux des activités quotidiennes essentielles et vers les opportunités d'emploi¹¹⁶.

L'accès au transport a une incidence sur l'accès à l'emploi pour les groupes de population les plus pauvres¹¹⁷. Dans plusieurs agglomérations urbaines, les emplois peu qualifiés (et peu rémunérés) ont été décalés dans les territoires périphériques moins bien desservis par le transport collectif que les

territoires centraux^{118,119}. Cette situation engendre l'inadéquation spatiale contribuant à accroître les inégalités, notamment pour les travailleurs peu qualifiés qui ont non seulement un moindre accès à l'automobile, mais qui sont également confrontés à des difficultés d'accès au transport collectif¹²⁰. Comme les résument les auteurs d'une étude sur la situation à Lyon, l'inadéquation temporelle est également un enjeu important pour les travailleurs à faibles revenus occupant des emplois dans des lieux excentrés : « inadéquation de la desserte en transports collectifs lorsqu'il s'agit de se déplacer sur des territoires étendus ou à des horaires décalés et d'un décalage entre zones de résidence et zones d'emplois, qui s'ajoute et contribue dans le même temps au problème de mobilité vers l'emploi ¹²¹ ». D'ailleurs des études démontrent que l'impact des mesures gouvernementales d'intégration à l'emploi et d'accès à l'éducation est limité lorsque ces mesures ne sont pas accompagnées de mesures favorisant un meilleur accès au transport, notamment parce qu'elles permettent l'accès à ces lieux¹²².

- **Mobilité restreinte et exclusion sociale**

Plus on est pauvre, plus il est nécessaire de se déplacer, plus il est difficile de le faire, plus cela coûte cher, moins on accède au potentiel de la ville, et plus on risque d'être entraîné dans des spirales qui mènent à la très grande pauvreté, à la marginalité, à l'exclusion¹²³.

Si les enjeux de mobilité peuvent être abordés sous l'optique de l'accès à l'emploi, les restrictions à ce chapitre peuvent aussi accroître l'exclusion sociale de certains groupes d'individus¹²⁴.

Les difficultés de transport des populations pauvres contribuent à restreindre leur accès aux différents services de santé, d'éducation, aux ressources sportives, culturelles et de loisirs. Dans un rapport paru en 2003, le gouvernement britannique expose les liens entre le transport et l'exclusion sociale¹²⁵. Les barrières à l'accès aux services essentiels (coût du transport trop élevé pour les ménages à faible revenu, accès insuffisant dans certains quartiers, inadéquation du transport pour les personnes âgées ou vivant avec une incapacité, etc.) y sont décrites.

L'accès à une offre alimentaire variée et de qualité – dont les effets positifs sur la nutrition ont été largement documentés – est également conditionné par la mobilité des individus. À Montréal, la proximité de l'offre alimentaire est très faible dans les zones périphériques de l'île¹²⁶.

Pour les personnes âgées et les personnes à mobilité réduite en général, l'inadaptation des infrastructures de transport limite leurs déplacements et renforce leur isolement¹²⁷.

- ***La situation montréalaise***

Le *mismatch* décrit plus haut est aussi présent à Montréal. Comme l'expose une analyse géospatiale de la situation montréalaise, les habitants des quartiers défavorisés ont un moins bon accès aux transports en commun à la fois en raison de l'insuffisance des infrastructures et des barrières d'accès physique, temporelle (horaire) ou économique¹²⁸. De plus, l'orientation des infrastructures et de l'offre de transport collectif vers le centre-ville complexifie les déplacements vers les zones industrielles excentrées.

Une étude sur l'environnement résidentiel des personnes âgées vivant en HLM à Montréal rappelle que l'accès de proximité aux équipements et aux services est fondamental en raison de leur précarité économique et leur mobilité souvent réduite¹²⁹. Or, si les résidents de certains quartiers centraux ont un accès adéquat, ceux des quartiers excentrés comme Saint-Michel où résident des populations défavorisées doivent composer avec un accès restreint aux services privés et installations publiques.

- ***Transport collectif abordable et vers mobilité pour tous***

L'offre d'une tarification réduite de transport collectif en fonction du revenu des usagers – désignée comme *tarification sociale* – permet aux groupes de population les moins nantis d'avoir une plus grande mobilité pour accéder aux services, participer activement à la vie sociale et s'intégrer en emploi¹³⁰.

Depuis 2006, Calgary a mis en place un programme de réduction des coûts pour les résidents dont le revenu est inférieur à 75% du seuil de faible revenu¹³¹. La ville d'Ottawa envisage également la mise en place d'un tarif réduit pour le transport en commun des personnes ou familles à faible revenu¹³².

Dans son étude sur le cas de Calgary, le Conseil des Montréalaises souligne les retombées positives du programme et invite la Société de transport de Montréal (STM) et l'administration municipale à emboîter le pas pour favoriser la mobilité de la population vivant dans la pauvreté, soit un Montréalais sur cinq¹³³. Comme la STM offre des tarifs réduits aux jeunes, aux étudiants et aux 65 ans et plus, il serait aussi envisageable de considérer l'avenue d'une réduction basée sur le revenu selon les auteurs. Le Directeur de santé publique soutient tout à fait cette recommandation.

- *Une mobilité durable et accessible pour tous*

L'amélioration des transports collectifs combinée à l'amélioration des aménagements de transport actif (piste cyclable, espace piétonnier, trottoirs, etc.) et à des mesures de transport alternatif complémentaires (autopartage, vélopartage, etc.) est susceptible de soutenir l'accès des personnes en situation d'exclusion sociale à l'emploi, aux services essentiels et aux installations culturelles et de loisirs. Comme le résume, le spécialiste français de la mobilité Jean-Paul Orfeuil : « L'aptitude à la mobilité est, bien plus aujourd'hui qu'hier, une condition indispensable à l'insertion, à la construction de trajectoires de vie satisfaisantes et de liens sociaux diversifiés. La mobilité n'est plus seulement un choix, elle est devenue une impérieuse nécessité¹³⁴ ».

2.4.3 Aménagement du territoire pour réduire les inégalités sociales de santé

Le lieu de vie des personnes influe sur leur santé et leurs chances de mener une vie épanouie. Des communautés et des quartiers où l'accès aux biens élémentaires est garanti, où la cohésion sociale est bonne, qui sont aménagés de façon à promouvoir l'exercice physique et le bien-être psychologique et qui respectent l'environnement naturel sont indispensables pour l'équité en santé.

(OMS, 2009¹³⁵)

L'aménagement du territoire a un impact important sur le développement et la santé des individus au-delà des enjeux de logement et de transport exposés dans les sections précédentes¹³⁶. La Politique de développement social de Montréal pourrait favoriser les interventions reliées à un mode d'occupation du territoire s'inscrivant dans une perspective de développement durable.

Si les enjeux d'aménagement sont multiples, le DSP souhaite attirer l'attention sur les effets délétères du transport automobile sur la santé et les effets bénéfiques des aménagements favorisant l'activité physique.

- ***Limiter les effets néfastes du transport automobile sur la santé particulièrement dans les quartiers défavorisés***

Les quartiers défavorisés, majoritairement situés près des axes routiers majeurs – sont ceux où l'on dénombre le plus de traumatismes non intentionnels¹³⁷.

À Montréal comme dans plusieurs grandes villes nord-américaines, les pratiques d'aménagement héritées de la période d'après-guerre ont engendré un important étalement urbain, la dispersion des services et l'utilisation accrue de l'automobile avec d'importantes conséquences sur la santé des

populations¹³⁸. L'augmentation du nombre de voitures en circulation, ainsi que de la quantité et de la distance des déplacements en automobile est associée à une plus grande sédentarité des individus entraînant un surplus de poids, l'obésité et des conséquences sanitaires (diabète, cancers, maladie cardio-vasculaires, etc.)¹³⁹. Au niveau environnemental, le rapport du Directeur de santé publique sur le transport urbain paru en 2006 expose les impacts du trafic automobile sur la détérioration de la qualité de l'air et à la pollution engendrant un accroissement du nombre de décès et d'hospitalisations associés aux maladies cardio-respiratoires¹⁴⁰.

L'intensification du trafic automobile accroît aussi les risques de traumatismes parmi les usagers de la route (particulièrement les piétons et les cyclistes) et des espaces publics. Le nombre de traumatismes routiers est relié directement au volume de circulation et à l'absence d'aménagements piétonniers sécuritaires aux intersections des artères¹⁴¹. Les impacts négatifs du développement affectent ainsi grandement la santé des populations vivant en milieu urbain¹⁴², particulièrement les populations des quartiers défavorisés et les populations les plus pauvres de Montréal^{143,144}. Une étude menée par la Direction de santé publique de Montréal a démontré que l'augmentation du volume de circulation automobile est associée à une hausse significative du nombre de jeunes de 5 à 17 ans blessés aux intersections¹⁴⁵. De 1999 à 2008, 69 720 personnes, dont 9 411 piétons, ont été blessées lors d'un accident de la route sur l'Île de Montréal¹⁴⁶. Les personnes âgées figurent également parmi les grandes victimes des collisions : en 2006 au Québec, alors que les piétons âgés représentaient 15% de la population, ils comptaient pour 37% des piétons tués suite à une collision¹⁴⁷.

Afin de réduire les effets néfastes des inégalités sociales sur la santé des individus, il importe que la Politique de développement social de Montréal priorise des interventions soutenant l'aménagement favorable au transport sécuritaire pour tous. En conformité avec ses recommandations déposées dans le *Schéma d'aménagement et de développement de l'agglomération de Montréal*¹⁴⁸, le DSP propose que ces mesures incluent : la restriction de l'expansion des capacités routières, l'amélioration de l'offre de transport collectif et le maintien d'une bonne connectivité du réseau routier; la promotion de la construction d'infrastructures sécuritaires, pratiques et conviviales pour la marche et le vélo ; ainsi que la réalisation des aménagements qui favorisent la diminution de la vitesse des véhicules et réduisent les possibilités de collision entre les usagers de la route.

- *Des aménagements favorisant l'activité physique de transport et de loisir*

Selon les estimations de l'OMS, la sédentarité est responsable de plus du quart des cas de cancer du sein et du côlon, de diabète et de maladies cardiovasculaires¹⁴⁹. À Montréal, chez les 20 ans et plus, les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète ont causé près de 72 % des décès entre 2005 et 2009¹⁵⁰. Les directives canadiennes en matière d'activité physique conformément à celle de l'OMS¹⁵¹ préconisent minimalement 60 minutes d'activité physique par jour pour les jeunes de 5 à 17 ans et 30 minutes par jour pour les 18 ans et plus, totalisant 150 minutes par semaine¹⁵². Les deux principales formes d'activité physique des Montréalais sont pratiquées soit durant les périodes de loisirs (sports, activité récréatives, etc.) ou durant les périodes de transport (déplacement à pied ou vélo)¹⁵³. À Montréal, seulement 30% des élèves fréquentant une école secondaire atteignaient les recommandations de pratique de l'activité physique combinant les activités de loisir et de transport¹⁵⁴. Chez les adultes, cette proportion est de 42%¹⁵⁵.

L'aménagement de l'environnement urbain contribue de façon déterminante à la pratique de l'activité physique¹⁵⁶. Comme le recommandait le DSP en 2012, il est essentiel que la Ville s'assure de la disponibilité d'installations sportives ou récréatives – intérieures et extérieures – et de leur accès dans l'ensemble des arrondissements pour favoriser un accès équitable à tous les groupes de population¹⁵⁷.

Par ailleurs, l'aménagement urbain favorisant la mixité d'une diversité de fonctions (résidentielle, commerciale, institutionnelle, industrielle, etc.), une proximité de services (épicerie, services de santé, école, etc.), une densité résidentielle et une connectivité du réseau de transport sont susceptibles de favoriser les déplacements actifs¹⁵⁸. À Montréal, les résidents des quartiers centraux bien desservis par le système de transport en commun utilisent davantage la marche comme mode de transport quotidien que les résidents des zones périphériques ou des banlieues¹⁵⁹. Considérant que la mise en place d'aménagements urbains favorables – notamment des aménagements piétonniers adéquats – a un impact déterminant pour favoriser la pratique d'activité physique, il est nécessaire que la Politique de développement social soutienne les initiatives d'aménagements piétonniers et cyclistes permettant de circuler de façon sécuritaire.

- *Développer socialement par la littéracie : le rôle des bibliothèques publiques*

Le rôle des bibliothèques publiques dans la démocratisation de l'accès au savoir est fondamental comme le souligne le manifeste de l'UNESCO : « La bibliothèque publique, porte locale d'accès à la connaissance, remplit les conditions fondamentales nécessaires à l'apprentissage à tous les âges de la vie, à la prise de décision en toute indépendance et au développement culturel des individus et des groupes sociaux¹⁶⁰ ». S'appuyant sur ces principes, le réseau des 45 bibliothèques publiques de proximité de Montréal a la mission de « démocratiser l'accès à l'information, à la connaissance, à la culture et au loisir » de manière universelle¹⁶¹.

En 2015, la Directrice des bibliothèques de Montréal soutenait que « l'apport des bibliothèques dans le développement culturel, social et économique de Montréal n'est plus à faire. Véritables carrefours citoyens, elles favorisent l'intégration et le développement des individus, stimulent le niveau de compétence et d'éducation de la population, brisent l'isolement et contribuent à la qualité de vie dans les quartiers¹⁶² ». Les différentes bibliothèques contribuent au développement social à travers une offre d'activités variées visant à répondre aux besoins de chacun dans les différents territoires, incluant l'offre de service général, des activités jeunesse, des activités culturelles, des activités pour aînés, des initiatives d'accessibilité universelle, etc.¹⁶³

La réduction des inégalités sociales de santé entre les territoires de l'île implique que les citoyens aient un accès équitable aux ressources des bibliothèques publiques pour augmenter leurs connaissances civiques et leur capacité de s'occuper de leur santé. Des données récentes montrent une grande disparité sur l'île de Montréal. En effet, les heures d'ouverture sont très inégales, variant de 10 heures par semaine à Baie-d'Urfé à 76 heures à Côte-Saint-Luc, dépassant celles de la Grande Bibliothèque du Québec (72 heures)¹⁶⁴. Or celles-ci jouent un rôle important dans le développement des enfants (aide aux devoirs, Heure du conte, etc.), dans l'intégration des immigrants (accueil des parents en début d'année scolaire, accès à l'Internet, initiation à la culture par les bibliothécaires, etc.) et dans l'accès gratuit aux loisirs culturels (lecture, cinéma, rencontres culturelles, etc.).

La littératie en santé fait référence aux connaissances, à la motivation, et aux compétences nécessaires pour trouver, comprendre, évaluer et utiliser l'information en santé en vue de prendre des décisions

dans la vie de tous les jours¹⁶⁵. Des compétences fonctionnelles, interactives et critiques sont requises pour un bon niveau de littératie en santé¹⁶⁶.

La littératie en santé est reliée à la santé de la population. L'arthrite, le diabète, l'alcoolisme, l'hypertension artérielle, les blessures, le stress et l'asthme sont des problèmes de santé rencontrés plus fréquemment chez les individus ayant un faible niveau de littératie en santé. Le lien entre le diabète et la littératie en santé est particulièrement important: plus le niveau de littératie en santé est faible, plus la prévalence de la maladie est élevée¹⁶⁷.

Selon le Conseil canadien sur l'apprentissage, la lecture est l'activité qui aurait le plus grand impact sur le niveau de littératie en santé des adultes. Ceux qui s'y adonnent quotidiennement auraient des niveaux de littératie en santé jusqu'à 38 % plus élevés que la moyenne de la population. Cet écart est encore plus marqué chez les adultes de 65 ans et plus¹⁶⁸.

Une étude intéressante a démontré une association entre la fréquentation d'une bibliothèque publique et la lecture quotidienne à voix haute par les parents aux jeunes enfants¹⁶⁹. La lecture à voix haute en jeune âge est associée à la stimulation linguistique, cognitive et sociale des enfants. Enfin, selon un sondage mené auprès de 6 000 américains, les adultes moins favorisés économiquement sont plus nombreux à affirmer que les bibliothèques publiques sont d'une grande importance pour eux et leur famille¹⁷⁰.

Conclusion

Le directeur régional de santé publique salue le projet des élus montréalais d'adopter une politique de développement social pour partager une vision du développement de la ville, améliorer la cohérence des actions municipales et structurer des interventions dans plusieurs secteurs.

Il adhère complètement à la vision et aux valeurs exprimées de même qu'aux principes directeurs des actions. Il suggère d'adopter un principe supplémentaire qui pourrait s'énoncer ainsi : « Appliquer une approche de prévention et de promotion de la santé », ce qui impliquerait de viser à ce que les interventions agissent en amont des problèmes sociaux et de santé. Un exemple de l'application d'un tel principe concerne l'itinérance autochtone et ses multiples conséquences sur la santé à laquelle on peut s'attaquer en finançant des refuges mais aussi et surtout en mettant en place des solutions dans les domaines du logement ou des soins de santé.

L'adoption d'une telle politique pourrait permettre à moyen terme la réduction des inégalités sociales de santé sur le territoire de l'Île de Montréal. Trois champs d'action sont particulièrement porteurs à cet égard. Il est indéniable que l'accès à un logement salubre et abordable a des impacts majeurs pour les populations les plus défavorisées. Non seulement, on peut en espérer une diminution des affections respiratoires et dermatologiques mais, comme le logement est une dépense incompressible dans les budgets des ménages, l'abordabilité du logement permet de consacrer les sommes nécessaires aux autres dépenses vitales, l'alimentation au premier chef. Avec la nouvelle Loi sur la Métropole, les élus disposent maintenant de certains des leviers nécessaires pour une action très structurante, notamment par la création de logements locatifs sociaux ou réellement abordables.

Un autre champ d'action est le transport collectif. Qu'il s'agisse d'intégration des immigrants ou d'insertion en emploi, l'accès économique et géographique au transport collectif est un incontournable. On observe à Montréal comme dans plusieurs grandes villes un « *mismatch* », les travailleurs au bas de l'échelle habitant les quartiers les moins chers où la desserte en transport en commun est souvent déficiente et orientée vers le centre-ville alors que les pôles d'emplois peu spécialisés sont excentriques. Encore ici, les élus montréalais peuvent agir, en réorientant des investissements en transport vers le transport collectif et en facilitant l'accès économique. A ce chapitre, notons les initiatives très

porteuses de plusieurs villes et notamment celle de Calgary qui a mis en place un tarif réduit pour les personnes défavorisées économiquement.

Le dernier champ d'action concerne l'aménagement des quartiers pour en faire des milieux de vie sains et durables. La restriction du trafic automobile, l'aménagement d'infrastructures pour le transport actif sont susceptibles de contribuer à la qualité de l'air, à la diminution des traumatismes routiers de même qu'à la lutte à la sédentarité et à son cortège de maladies chroniques. L'accès équitable aux équipements sportifs et culturels devrait être une priorité de la future politique. Soulignons l'importance de l'accès aux bibliothèques publiques, lieux d'intégration des nouveaux immigrants, de développement des enfants et de promotion de la lecture pour la population, qui favorisent la littéracie, un préalable essentiel à la promotion et au maintien de la santé.

L'adoption de la politique devrait être assortie de trois mécanismes qui vont permettre que la vision se réalise. D'une part, elle devra être accompagnée ultérieurement d'un plan d'action spécifiant les cibles précises à atteindre ainsi que les moyens spécifiques pour y parvenir. D'autre part, des mécanismes d'évaluation devront être prévus d'emblée. A cet égard, le Directeur de santé publique suggère de réaliser des évaluations d'impact sur l'équité, autant entre groupes socio-économiques qu'entre les territoires. Enfin, faut-il le rappeler, toute politique requiert des moyens pour sa mise en œuvre. Une politique pour un champ aussi vaste que le développement social devra être accompagnée de ressources humaines et financières permettant son actualisation. Si on investit volontiers dans le développement économique d'une ville, il n'est pas moins important de consacrer à son développement social les sommes nécessaires. A terme, c'est la qualité de vie des citoyens et leur santé qui en bénéficieront.

- ¹ Organisation des Nations Unies (ONU). 1995. *Sommet mondial pour le développement social Copenhague*, 6-12 mars. Déclaration conjointe du Directeur général de l'UNESCO et du Président de la Banque interaméricaine de développement. New York : ONU.
- ² *Id.*
- ³ Comité de pilotage de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local. 2015. *Initiative montréalaise de soutien au développement social local. Cadre de référence. Des quartiers où il fait bon d'y vivre!* Montréal : Comité de pilotage de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local.
- ⁴ *Ibid.*, p. 14.
- ⁵ Direction de santé publique de Montréal. 2016. *Plan d'action régional intégré (PARI) de santé publique de Montréal 2016-2021- Offre de service détaillée*. Direction régionale de santé publique CIUSSS du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal.
- ⁶ Direction de santé publique de Montréal. 2011. *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. Rapport du directeur de santé publique 2011. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ⁷ Direction de santé publique de Montréal. 2010. *Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire. Plan d'action régional de santé publique 2010-2015*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ⁸ Direction de santé publique de Montréal. 2016. *Plan d'action régional intégré (PARI) de santé publique de Montréal 2016-2021. Op. cit.*
- ⁹ Comité de pilotage de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local. 2015. *Op. cit.*, p. 9.
- ¹⁰ David Longthin et Julie Rochman. 2015. *Les enjeux du développement social à Montréal : évolution entre 1998 et 2014*. Montréal : UQAM, Centre de recherche sur les innovations sociales (Crises).
- ¹¹ Ville de Montréal. 2016. *Vers une politique de développement social*. Cahier de consultation. Montréal : Développement social et diversité.
- ¹² Organisation mondiale de la Santé (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*. Genève: OMS, p. 10.
- ¹³ Organisation des nations unies (ONU). 1995. *Op. cit.*
- ¹⁴ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2011. *Toujours plus d'inégalité - Pourquoi les écarts de revenus se creusent*. Paris : Éditions OCDE.
- ¹⁵ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2015. *Tous concernés : Pourquoi moins d'inégalité profite à tous*. Paris : Éditions OCDE.
- ¹⁶ Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE). 2014. *La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec : état de situation 2013*, tableau 6, p. 16.
- ¹⁷ Statistique Canada. 2011. *Enquête nationale auprès des ménages (ENM)*.
- ¹⁸ *Id.*
- ¹⁹ Emploi et développement social Canada. 2016. *Région économique de l'assurance-emploi de Montréal période du 04 décembre 2016 au 07 janvier 2017* : <http://srv129.services.gc.ca/rbin/fra/montreal.aspx?rates=1>
- ²⁰ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. 2016. *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale*. Octobre 2016. Direction de la statistique, de l'information de gestion et du suivi de la performance, p. 1
- ²¹ *Ibid.*, p. 6.

- ²² Éve-Lyne Couturier. 2012. *Les prestations d'aide sociale sont-elles trop généreuses?* Note de l'IRIS, p. 3, basé sur Conseil national du bien-être social, Tableaux sur la suffisance des revenus de bien-être social, <www.ncw.gc.ca> ; MESS, Évolution du nombre de ménages aux programmes d'aide financière de dernier recours pour l'ensemble du Québec, avril 2011.
- ²³ Statistique Canada. 2011. *ENM*.
- ²⁴ Philippe Hurteau et Mingh Nguyen. 2016. *Les conditions d'un salaire viable au Québec en 2016 ?* Calculs pour Montréal, Québec, Trois-Rivières, Saguenay et Sept-Îles. IRIS : Note socioéconomique, p. 3.
- ²⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2007. *Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*. Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Gouvernement du Québec.
- ²⁶ Shelley Phipps. 2003. *Répercussions de la pauvreté sur la santé. Aperçu de la recherche*. Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa.
- ²⁷ Direction de santé publique de Montréal. 2011. *Op. cit.*
- ²⁸ *Ibid.*, p. 16.
- ²⁹ Direction de santé publique de Montréal. 2016. *Espérance de vie à la naissance, CLSC de Montréal, 1993-1997 et 2008-2012*. Compilation spéciale réalisée à partir des données de Recensements 1991, 2006, et 2011, (Statistique Canada); Fichier des décès et des naissances 2014-2015 (MSSS); et Fichier des projections démographiques, 1981-1995 et 1996-2036 (ISQ, 2015).
- ³⁰ *Id.*
- ³¹ Direction de santé publique de Montréal. 2011. *Op. cit.*, p. 17-18.
- ³² Alain Lesage, Francine Bernèche et Monique Bordeleau. 2010. *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Institut de la Statistique du Québec.
- ³³ Direction de santé publique de Montréal. 2011. *Op. cit.*, p. 42-46.
- ³⁴ Direction de santé publique de Montréal. 2012. *Enquête TOPO*. Données non-publiées.
- ³⁵ Direction de santé publique de Montréal. 2014. *État de situation sur la santé des Montréalais et ses déterminants*. Données provenant de l'Enquête TOPO 2012, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal p. 8.
- ³⁶ Direction de santé publique de Montréal. 2011. *Op. cit.*
- ³⁷ *Ibid.*, p. 23.
- ³⁸ *Ibid.*, p. 19.
- ³⁹ Danielle Blanchard et coll. 2014. *Enquête sur la maturité. Portrait montréalais du développement des enfants à la maternelle*. Résultats de l'enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM, 2012). Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, p. 16.
- ⁴⁰ Institut de la statistique du Québec. 2012. *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* (EQDEM, 2012). Traitement de données par la Direction de santé publique de Montréal.
- ⁴¹ Direction de santé publique de Montréal. 2012. *Le décrochage scolaire chez les jeunes du secondaire du réseau public à Montréal*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal p. 14.
- ⁴² Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé. 2014. *Enquête sur la salubrité et l'abordabilité du logement (SALAM)*, Montréal.
- ⁴³ *Id.*

- ⁴⁴ Direction de santé publique de Montréal. 2011. *Sondage régional sur la santé 2010*. Données sur l'insécurité alimentaire dans la population montréalaise. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Non publié.
- ⁴⁵ Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé. 2014. *Op. cit.*
- ⁴⁶ Statistique Canada. 2009. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, cycle 2.2 2008-2009.
- ⁴⁷ Martin Turcotte. 2015. *Tendances du capital social au Canada*. Statistique Canada, p. 5.
- ⁴⁸ Statistique Canada. 2011. *ENM*.
- ⁴⁹ *Id.*
- ⁵⁰ Société canadienne d'hypothèque et de logements (SCHL). 2016. *Statistiques sur le marché locatif*, octobre 2016, Tableau 1.4., p. 20. Taux d'inoccupation et disponibilité des immeubles en bandes et appartements locatifs d'initiative privée de trois logements et plus.
- ⁵¹ Statistique Canada. 2011. *ENM*. Selon les normes nationales d'occupation (NNO).
- ⁵² Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé. 2014. *Op. cit.*
- ⁵³ Direction de santé publique de Montréal. 2011. *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans, rapport synthèse régional*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ⁵⁴ Organisation des nations unies (ONU). 1995. *Op. cit.*, Art. 2
- ⁵⁵ David Longthin et Julie Rochman. 2015. *Op. cit.*
- ⁵⁶ Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2009. *Op. cit.*, p. 2.
- ⁵⁷ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 2002. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Québec : INSPQ.
- ⁵⁸ Denis Bourque. 2008. *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*. Québec : Presses de l'Université du Québec
- ⁵⁹ Ville de Montréal. 2015. *Entente administrative sur la gestion du fonds québécois d'initiatives sociales dans le cadre des alliances pour la solidarité 2013-2017*. Montréal : Service de la diversité sociale et des sports.
- ⁶⁰ Ville de Montréal. 2016. *Politique de l'enfant : Naître, grandir, s'épanouir à Montréal : de l'enfance à l'adolescence*.
- ⁶¹ Ville de Montréal. 2014. *Plan d'action montréalais en itinérance 2014-2017 : Parce que la rue est une impasse*.
- ⁶² Ville de Montréal. 2005. *Chartre montréalaise des droits et responsabilités*.
- ⁶³ Ville de Montréal. 2014. *Déclaration de Montréal pour la diversité culturelle et l'inclusion*.
- ⁶⁴ Marie-France Raynault et coll. 2013. *Le bon sens à la scandinave*. Montréal : PUM.
- ⁶⁵ Clément Mercier et Denis Bourque. 2012. *Approches et modèles de pratique en développement des communautés; Approche de développement intégré*. Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Cahier 1207. Gatineau : Université du Québec en Outaouais, p. 65-68.
- ⁶⁶ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 2003. *Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique*. Québec : INSPQ, p. 33-35.
- ⁶⁷ *Id.*
- ⁶⁸ Bourque, D. 2013. « Le développement social au Québec : sortir de politiques curatives pour aller vers des politiques préventives », *Informations sociales*, vol 5, n° 179, p. 38-46.

- ⁶⁹ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). 2016. *Politique nationale de prévention en santé*. Québec : Direction des communications du MSSS.
- ⁷⁰ Direction de santé publique de Montréal. 2011. *Op. cit.*, p. 137
- ⁷¹ Harris-Roxas B. F P. J. Harris, E. Harris et L. A. Kemp. 2011. « A rapid equity focused health impact assessment of a policy implementation plan: An Australian case study and impact evaluation », *International Journal for Equity in Health*, vol. 10, n° 6.
- ⁷² Direction de santé publique de Montréal. 2011. *Op. cit.*, p. 137.
- ⁷³ Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2009. *Op. cit.*, p. 64-66.
- ⁷⁴ Direction de santé publique de Montréal. 2015. *Pour des logements salubres et abordables*. Rapport du directeur de santé publique de Montréal. Direction régionale de santé publique CIUSSS du Centre-Sud de-l'Île-de-Montréal.
- ⁷⁵ Gouvernement du Québec. 2001. *Loi sur la santé publique*. L.R.Q. Ch. S-2.2, art. 53.
- ⁷⁶ Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé. 2014. *Op. cit.*
- ⁷⁷ Direction de santé publique de Montréal. 2015. *Op. cit.*
- ⁷⁸ Statistique Canada. 2011. *ENM*.
- ⁷⁹ Direction de santé publique de Montréal. 2015. *Op. cit.*
- ⁸⁰ Chew, G.L., et coll. 2006. « Determinants of cockroach and mouse exposure and associations with asthma in families and elderly individuals living in New York City public housing », *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, vol. 97, n° 4, p. 502-513.
- ⁸¹ Kanchongkittiphon, W., et coll. 2015. « Indoor Environmental Exposures and Exacerbation of Asthma: An Update to the 2000 Review by the Institute of Medicine », *Environmental Health Perspectives*, vol. 123, n° 1, p. 6.
- ⁸² Rosenstreich, D.L. et coll. 1997. « The role of cockroach allergy and exposure to cockroach allergen in causing morbidity among inner-city children with asthma », *New England Journal of Medicine*, vol. 336, p. 1356–1363.
- ⁸³ Ashcroft, R., et coll. 2015. «The mental health impact of bed bug infestations: a scoping review», *International Journal of Public Health*, 10.1007/s00038-015-0713-8.
- ⁸⁴ Thomson, H., et coll. 2003. « Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 57, n° 1, p. 526-530.
- ⁸⁵ Cristofar, S.P. , et P. P. Basiotis. 1992. « Dietary intakes and selected characteristics of women ages 19– 50 years and their children ages 1–5 years by reported perception of food sufficiency », *Journal of Nutrition Education*, vol. 24, n° 2, p. 53–58.
- ⁸⁶ Kirkpatrick, S., et V. Tarasuk. 2011. « Housing circumstances are associated with household food access among low-income urban families », *Journal of Urban Health*, vol. 88, n° 2, p. 284-296.
- ⁸⁷ Rose-Jacobs, R., et coll. 2008. « Household food insecurity: associations with at-risk infant and toddler development », *Pediatrics*, vol. 121, n° 1, p. 65–72.
- ⁸⁸ Direction de santé publique de Montréal. 2015. *Op. cit.*
- ⁸⁹ Bentley, R. et coll. 2012. « Cumulative exposure to poor housing affordability and its association with mental health in men and women », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 66, p. 761-766.
- ⁹⁰ Mason, K.E. et coll. 2013. « Housing affordability and mental health: Does the relationship differ for renters and homeowners? », *Social Science & Medicine*, vol. 94, p. 91-97.
- ⁹¹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESSS). N.D. Simulation-revenu\catégorie. En ligne : <https://www.simulrevenu.gouv.qc.ca/>

- ⁹² Société canadienne d'hypothèque et de logements (SCHL). 2016. *Rapport sur le marché locatif RMR de Montréal*. Octobre. Ottawa : SCHL, p. 10.
- ⁹³ David Longthin et Julie Rochman. 2015. *Op. cit.*
- ⁹⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). 2008. *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire; Mise à jour 2008*. Québec: MSSS, p. 19.
- ⁹⁵ Cohen et al. 2011. *Should I Stay or Should I Go? Exploring the Effects of Housing Instability and Mobility on Children*. Whashington : Center for Housing Policy.
- ⁹⁶ Cutts, D.B. et coll. 2011. « US housing insecurity and the health of very young children », *American Journal of Public Health*, vol. 10, n° 8, p. 1508-1514.
- ⁹⁷ *Id.*
- ⁹⁸ Carter, T. et C. Polevychok. 2004. *Housing is Good Social Policy*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, p. 14.
- ⁹⁹ Ville de Montréal. 2014. *Répartition des logements sociaux et communautaires sur l'île de Montréal, Faits saillants et tableaux*. Direction de l'urbanisme et du développement économique, données à jour au 31 décembre 2013.
- ¹⁰⁰ Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM). 2007. *Socialiser les maisons de chambres pour les sauver*. Montréal.
- ¹⁰¹ Gouvernement du Québec. 2016. *Le Plan économique du Québec. Budget 2016-2017*. Québec : Ministère des finances.
- ¹⁰² Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM). Non daté. *Analyse, classement de la demande et délais d'attente*, [en ligne : www.omhm.qc.ca/analyseclassement-de-la-demande-delaiss-attente], consultée en décembre 2016.
- ¹⁰³ Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé. 2014. *Op. cit.*
- ¹⁰⁴ Statistique Canada. 2011. *Recensement*.
- ¹⁰⁵ Thomson, H., et coll. 2003. « Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 57, n° 1, p. 526-530.
- ¹⁰⁶ Gouvernement du Canada. 2016. *Assurer la croissance de la classe moyenne. Le Budget de 2016*. Ottawa: ministère des Finances Canada, p. 108-114.
- ¹⁰⁷ Gouvernement du Canada. 2016. *Intervention du ministre Emploi et Développement social Canada*, Jean-Yves Duclos, Témoignages de comité HUMA, séance 5, 4 avril.
- ¹⁰⁸ Société canadienne d'hypothèque et de logements (SCHL). 2016. *Parlons logement*. Consultation dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie nationale sur le logement du Canada Consultation stratégie nationale du logement. Ottawa : Ministère de la Famille, des Enfants et du Développement social.
- ¹⁰⁹ Société d'habitation du Québec (SHQ). 2016. *Vers une nouvelle approche d'intervention en habitation*. Consultation publique. Québec : SHQ.
- ¹¹⁰ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). 2016. *Politique nationale de prévention en santé*. Québec : Direction des communications du MSSS, p. 32-33.
- ¹¹¹ Gouvernement du Québec. 2016. *Projet de Loi 121 Loi augmentant l'autonomie et les pouvoirs de la Ville de Montréal, métropole du Québec*. 41^e législature, 1^{re} session, déposé 8 décembre. Art. 177.1, 177.2 et 177.3.
- ¹¹² McCray, T. et N. Brais. 2007. « Exploring the Role of Transportation in Fostering Social Exclusion: The Use of GIS to Support Qualitative Data », *Networks and Spatial Economics*, vol 7, n° 4, p. 411.

- ¹¹³ Sonia Chardonnel, Florence Paulhiac Scherrer et Franck Scherrer. 2012. *La prise en compte des inégalités socio-spatiales dans les politiques de mobilité : Vers de nouvelles catégories de pensée et d'action*. Présentation de la recherche-action GLAMOUR (Grand Lyon Action Mobilité Urbaine), *Vertigo*. Hors série 11.
- ¹¹⁴ Korsu, E. et S. Wenglenski. 2005. « Distance à l'emploi, environnement social et risque de chômage chez les catégories populaires ». Colloque de l'Institut Fédératif de Recherches sur les Économies et les Sociétés Industrielles – CNRS : *Logiques métropolitaines : modèles, acteurs et processus*, Lille, 1-3 juin.
- ¹¹⁵ Amerian academy of art and science (AAAS). 1968. *Conference on Poverty and transportation*. US deparment of Commerce, Clearinghonse for the Federal Scientific and Technical Information.
- ¹¹⁶ Antonio Paez. 2009. *Mobility and Social Exclusion. An Empirical Investigation of Canadian Communities*. Report to Policy Research Directorate, Strategic Policy and Research, Human Resources and Social Development Canada, p. 3-6
- ¹¹⁷ Katherine M. O'Regan et John M. Quigley. 1998. *Accessibility and Economic Opportunity*. Working Paper. UCTC, no 362. Berkeley: University of California Transportation Center,
- ¹¹⁸ *Id.*
- ¹¹⁹ Sonia Chardonnel, Florence Paulhiac Scherrer et Franck Scherrer. 2013. *Recherche-Action Grand Lyon Action Mobilité Urbaine . Recherche sur les connaissances de la mobilité quotidienne et les changements de l'action collective urbaine sur le territoire du Grand Lyon: Evaluation et expérimentation autour de la prise en compte des inégalités socio-spatiales*. Lyon et Montréal : Pacte; Unité mixte de recherche CNRS, p. 24-26.
- ¹²⁰ *Id.*
- ¹²¹ *Id.*
- ¹²² Korsu E. et S. Wenglenski. 2010. « Job accessibility, residential segregation and risk of long-term unemployment in Paris region », *Urban Studies*, vol 47, n° 10, Octobre, p. 2279-2324.
- ¹²³ Jean-Pierre Orfeuil. 2004. dans *Transports, pauvretés, exclusions : pouvoir bouger pour s'en sortir*. Paris : Éditions de l'Aube.
- ¹²⁴ Antonio Paez. 2009. *Op. cit.*, p. 6-11.
- ¹²⁵ Government of UK. 2003. *Making the Connections: Final Report on Transport and Social Exclusion*. London: Social Exclusion Unit.
- ¹²⁶ Antonio Paez et al. 2009. *Op. cit.*, p. 91-100.
- ¹²⁷ Martin Turcotte. 2012. *Profil des habitudes liées au transport chez les aînés*. Ottawa : Statistique Canada.
- ¹²⁸ Florence Sara G. Ferraris. 2016. « Transport collectif: les enfants pauvres de la mobilité », *Le Devoir* : 12 décembre.
- ¹²⁹ Aparicio, P. et A-M Séguin. 2006. « L'accessibilité aux services et aux équipements : un enjeu d'équité pour les personnes âgées résidant en HLM à Montréal », *Cahiers de géographie du Québec*, vol. 50, n° 139, p. 23-44.
- ¹³⁰ Anne Makhoul. 2008. « Fair Fares Calgary Celebrates Reduced-fare Transit Passes », dans Paul Born (éd). *Creating Vibrant Communities*. Toronto : BPS Books.
- ¹³¹ Conseil des Montréalaises. 2012. *La tarification sociale du transport en commun : Étude du cas de Calgary*, p. 18.
- ¹³² Radio-Canada. 2016. *Un laissez-passer abordable pour les personnes à faible revenu à Ottawa*. 4 octobre. ICI : Ottawa-Gatineau.
- ¹³³ Conseil des Montréalaises. 2012. *La tarification sociale du transport en commun : Étude du cas de Calgary*. Montréal : Conseil des Montréalaises.
- ¹³⁴ Jean-Pierre Orfeuil. 2004. *Op. cit.*
- ¹³⁵ Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2009. *Op. cit.*, p. 60.

- ¹³⁶ Centre Léa Roback 2007. Le point sur l'effet de quartier. Disponible en ligne à sur : <http://www.centreleoroback.org/fr/activites/publications/>
- ¹³⁷ Direction de santé publique de Montréal. 2014. *Op. cit.*, p. 42.
- ¹³⁸ Howard Frumkin et coll. 2009. *Urban Sprawl and Public Health: Design, planning and building for healthy communities*. Whashington: Island Press.
- ¹³⁹ Pascale Bergeron et Stefan Reyburn. 2010. *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids*. Québec : INSPQ.
- ¹⁴⁰ Direction de santé publique de Montréal. 2006. *Rapport annuel 2006 sur la santé de la population. Le transport urbain, une question de santé*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ¹⁴¹ Direction de santé publique de Montréal. 2012. *Plan régional de santé publique 2010-2015. Un environnement urbain favorable à la santé*. Orientation 5. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- ¹⁴² *Ibid.*
- ¹⁴³ Direction de santé publique de Montréal. 2011. *Op. cit.*, p. 110-115.
- ¹⁴⁴ Patrick Morency et François Tessier. 2010. *Les enfants blessés sur les routes montréalaises : description sommaire des lieux de collision*. Journée de la recherche en santé publique. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 7 décembre.
- ¹⁴⁵ Le bilan total s'élève à 3782 blessés. Patrick Morency et coll. 2011. « Analyse désagrégée des facteurs environnementaux associés au nombre d'enfants blessés par un véhicule à moteur en milieu urbain », *Cahiers de géographie du Québec*, vol. 55, n° 156, p. 449-468.
- ¹⁴⁶ Direction de santé publique de Montréal. 2016. *Projet de réseau électrique métropolitain de transport collectif : Point de vue du directeur de santé publique*, présenté au BAPE le 30 septembre 2016. Montréal : Direction régionale de santé publique CIUSSS du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal.
- ¹⁴⁷ Florence Juncat-Adenot. 2009. *Pour une mobilité urbaine durable inclusive des personnes*. Congrès 2009 de l'Association des architectes du paysage du Québec.
- ¹⁴⁸ Sophie Paquin et al. 2014. *Le Schéma d'aménagement et de développement de l'agglomération de Montréal : un outil pour promouvoir la santé des Montréalais*. Mémoire présenté à la Ville de Montréal dans le cadre de la consultation sur le Schéma d'aménagement et de développement de l'agglomération de Montréal. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ¹⁴⁹ Organisation mondiale de la santé (OMS). 2009. *Global health risk : mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Genève : OMS.
- ¹⁵⁰ Direction de santé publique de Montréal. 2011. *Plan régional de santé publique 2010-2015, Garder notre monde en santé*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ¹⁵¹ Organisation mondiale de la santé (OMS). 2010. *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. Genève : OMS.
- ¹⁵² Société canadienne de physiologie de l'exercice et Participation. 2010. *Directives canadiennes en matière d'activité physique*. Société canadienne de physiologie de l'exercice et Participation.
- ¹⁵³ Direction de santé publique de Montréal. 2012. *Montréal active, Montréal en santé*. Mémoire présenté à la Commission permanente sur la culture, le patrimoine et les sports de la Ville de Montréal, p. 2.
- ¹⁵⁴ INSPQ. 2012. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*, dans Direction de santé publique de Montréal. 2012. *Montréal active, Montréal en santé. Op. cit.*

- ¹⁵⁵ Agence métropolitaine de transport. 2012. Données de l'*Enquête Origine-destination*, 1998 à 2008, dans Direction de santé publique de Montréal. 2012. *Op. cit.*
- ¹⁵⁶ Adrian Bauman et Fiona Bull. 2007. *Environmental correlates of physical activity and walking in adults and children: A review of reviews*. London: National Institute of Health and Clinical Excellence.
- ¹⁵⁷ Direction de santé publique de Montréal. 2012. *Op. cit.*
- ¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 11.
- ¹⁵⁹ Richard Massé et al. 2014. *Transport et santé des populations : un boulevard ou une nouvelle autoroute?* Présentation du Directeur de santé publique de Montréal aux audiences publiques concernant le projet de parachèvement de l'autoroute 19 avec voies réservées au transport collectif à Laval et Bois-des-Filion, 22 octobre, Montréal : Agence de la santé et des services sociaux, diapo 3.
- ¹⁶⁰ UNESCO. 1994. *Manifeste de l'UNESCO sur la bibliothèque publique*. Paris : Unesco, n.p.
- ¹⁶¹ Ville de Montréal. 2015. *Portrait 2014 des bibliothèques de Montréal*. Direction des bibliothèques, Service de la culture, p. 11.
- ¹⁶² *Ibid.*, p. 4.
- ¹⁶³ *Ibid.*, p. 86-122.
- ¹⁶⁴ Catherine Lalonde. 2016. « Les bibliothèques les plus ouvertes (et fermées) du Québec ; Faut-il sortir la gestion des bibliothèques des villes pour uniformiser les services? », *Le Devoir*, 7 décembre.
- ¹⁶⁵ Sørensen, K. et coll. (Consortium Health Literacy Project European). 2012. « Health Literacy and Public Health: a Systematic Review and Integration of Definitions and Models », *BMC Public Health*, vol 12, n°1, BioMed Central Ltd: 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
- ¹⁶⁶ Nutbeam, D. 2000. « Health Literacy as a Public Health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies Into the 21st Century », *Health Promotion International*, vol 15, n° 3, p. 1–10.
- ¹⁶⁷ Conseil canadien sur l'apprentissage. 2008. *Littératie en Santé Au Canada : Une Question De Bien-Être*. Ottawa: Conseil canadien sur l'apprentissage.
- ¹⁶⁸ *Id.*
- ¹⁶⁹ Chen, P. et coll. 2016. « Associations Between Public Library Use and Reading Aloud Among Families with Young Children », *The Journal of Pediatrics*, vol 173 (Juin). Elsevier: 221–21. doi:10.1016/j.jpeds.2016.03.016.
- ¹⁷⁰ Zickuhr, K. et coll. 2013. *How Americans Value Public Libraries in Their Communities*. Edition Pew Research Center, Décembre, 1–44. URL: <http://libraries.pewinternet.org/2013/12/11/libraries-in-communities/>.