

Portrait de la  
communauté  
de St. Léonard



Mai 2013

## Portrait la communauté d'expression anglaise de Saint-Léonard

« Sortir du cadre du gouvernement pour impliquer la société civile, le secteur du bénévolat et le secteur privé est un pas essentiel vers l'action pour l'équité en santé. Une plus grande participation communautaire et sociale au processus d'élaboration des politiques aide à prendre des décisions justes sur les questions d'équité en santé. » (OMS, 10).

### AUTEURS

MARY RICHARDSON, PH.D., ANTHROPOLOGUE, DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Shirley Jobson, Institut national de santé publique du Québec

### CONCEPTION ET MISE EN PAGE

CMA MEDEIROS, RÉSEAU COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

### TRADUCTION

Anne Rogier, interprète et traductrice accréditée

### REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier REISA et ses partenaires pour leur collaboration exceptionnelle.

IMAGE EN COUVERTURE: [http://en.wikipedia.org/wiki/File:Église\\_Saint-Léonard.jpg](http://en.wikipedia.org/wiki/File:Église_Saint-Léonard.jpg)



Health Canada  
Santé Canada

Institut national  
de santé publique  
Québec



## TABLE DES MATIÈRES

### CONTEXTE

Un projet de développement des communautés.....	4
Bâtir des communautés en santé.....	4
Accès aux soins de santé parmi les groupes linguistiques minoritaires .....	6
Des réalités changeantes au sein des populations d'expression anglaise au Québec .....	7
Six portraits de communautés d'expression anglaise au Québec .....	10

### SAINT-LÉONARD

Histoire de Saint-Léonard .....	12
1886-1950 .....	12
1955 à 1975 environ : explosion démographique .....	13
Les Italiens au Canada, à Montréal et à Saint-Léonard.....	13
Tendances démographiques récentes à Saint-Léonard .....	14
Jeunes et Aînés : Une communauté riche aux deux extrêmes.....	15
Diversité linguistique à Saint-Léonard .....	15
Immigrants et immigrants récents .....	16
Minorités visibles .....	18

### PERSPECTIVES COMMUNAUTAIRES SUR SAINT-LÉONARD

Dresser un portrait de Saint-Léonard : méthodes et sources .....	20
La vie communautaire à Saint-Léonard .....	22
Niveau d'instruction .....	28
Emploi et revenu .....	32
Santé et bien-être à Saint-Léonard .....	36
Environnement .....	42
Résumé et vision d'avenir .....	46
Le rôle de REISA .....	47
Tableau récapitulatif.....	48
Notes de fin .....	49

## Un projet de développement des communautés

En 2009, le Réseau social de santé et de services communautaires (RCSSS) a conclu avec l'Institut national de santé publique (INSPQ) une entente pour mieux connaître la population de langue anglaise du Québec dans le cadre d'un programme concernant les projets de santé destinés aux communautés de langue officielle en situation minoritaire. Cette collaboration a entre autres pour but de mieux comprendre les communautés d'expression anglaise du Québec, initiative envisagée ici dans une perspective de développement des communautés.

### Le développement des communautés

a été défini comme « un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur les plans physique, social et économique<sup>1</sup> ». L'objectif consiste en fait à ce que les membres des communautés agissent de manière collective et trouvent des solutions à des problèmes communs en planifiant le développement de tous les aspects du bien-être des collectivités. Il s'agit d'améliorer la qualité de vie des populations et de réduire les inégalités sociales.

Il y a bien des façons d'aborder le développement des communautés, et les groupes qui y participent sont aussi nombreux que variés et comptent entre autres les travailleurs en santé publique. Dans le cas du Québec, le soutien au développement des communautés a été retenu comme l'une des principales stratégies d'intervention en santé publique. Un grand nombre d'agences et de centres de santé et de services sociaux prennent donc part au développement des communautés.

- Le processus de développement des communautés repose sur certains stratégies et principes d'action :
- la participation citoyenne
- le renforcement du pouvoir d'agir (empowerment) individuel et communautaire
- la concertation intersectorielle et le partenariat
- l'adoption de politiques publiques favorables à la santé
- la réduction des inégalités sociales et des inégalités de santé

Le principe sous-jacent est le suivant : en renforçant le pouvoir des personnes et des collectivités, elles auront une meilleure emprise sur leur santé et leur avenir, tout en réduisant les inégalités entre les membres de la collectivité.<sup>2</sup>

## *Bâtir des communautés en santé*

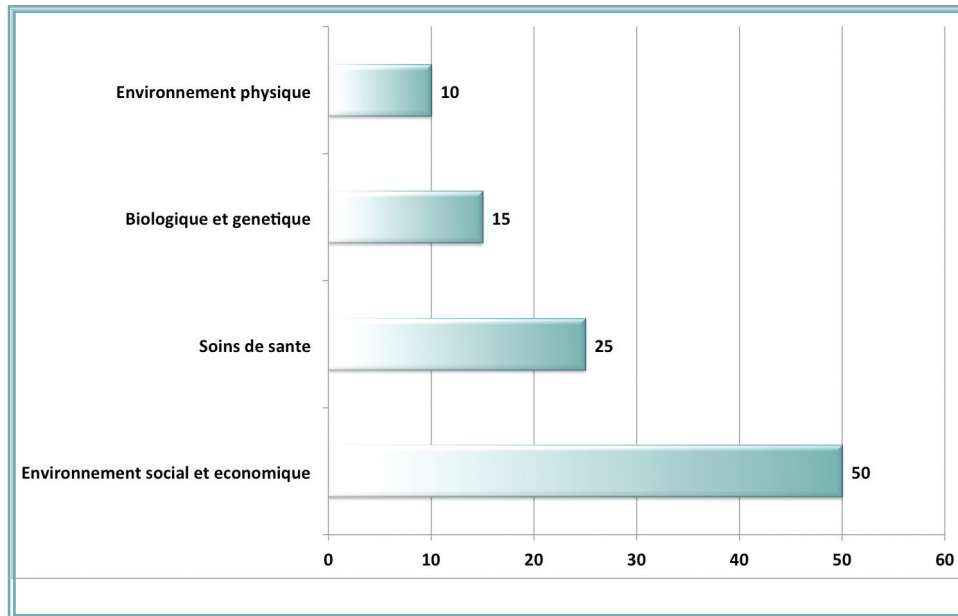
Conformément à l'engagement du RCSSS d'aborder la santé d'une population dans une optique qui tienne compte de l'éventail des déterminants de la santé, ce projet adopte une vision holistique de la santé. En d'autres termes, il s'agit d'entrevoir des moyens d'améliorer la santé de la population, en considérant la santé comme un produit des déterminants sociaux et environnementaux qui se conjuguent pour influencer sur l'état de santé.

Les nombreux facteurs qui contribuent à la santé sont qualifiés de déterminants de la santé, lesquels sont définis comme les facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé en particulier ou encore à un état de santé global<sup>3</sup>. Même si les déterminants de la santé sont nombreux – revenu et statut social, réseaux de soutien social, éducation, emploi et conditions de travail, milieu physique, biologie et génétique, services de santé, entre autres –, les recherches ont démontré que le contexte socio-économique et l'environnement physique comptent parmi les principaux déterminants de la santé.



Au sein d'une même région, les communautés peuvent afficher des différences marquées en matière de santé, de bien-être et de qualité de vie, et certaines de ces différences sont liées aux conditions économiques et sociales.

### Déterminants de la santé



Ceci signifie que les communautés peuvent influencer sur la santé et le bien-être de leur population en tentant de réduire les inégalités entre les personnes et de créer une « communauté en santé ».

Lalonde, Marc (1974) *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa: Health and Welfare Canada

Une communauté en santé comporte les caractéristiques suivantes :

- Les citoyens ont accès à de **l'eau potable, de la nourriture, des logements de qualité**
- Les citoyens se sentent **en sécurité** dans leur municipalité
- Les citoyens y ont **accès à un travail** qui les satisfait
- Les jeunes ont **envie d'y rester** ou d'y revenir pour fonder une famille
- Les citoyens jouissent d'un **environnement physique** propre, sécuritaire et de haute qualité
- Les **groupes d'entraide** sont nombreux et bien articulés entre eux
- Les citoyennes et citoyens entretiennent des liens constants avec leur héritage culturel et biologique, de même qu'avec les individus et les groupes avec qui ils cohabitent, développant ainsi un **sentiment d'appartenance** à leur communauté
- De nombreuses **activités sociales, sportives et culturelles** encouragent les citoyens à être actifs et à se maintenir en santé
- L'accès aux différents **services publics et privés** y est facile pour tous les citoyens
- L'activité économique y est importante et **bien diversifiée**
- Les **citoyens participent** aux décisions qui les touchent
- Les citoyens ont **accès à des services de santé adéquats** et sont de façon générale en bonne santé<sup>4</sup>

Un nombre important de déterminants de la santé échappent aux individus et seule la communauté peut les influencer. Donc, tout comme le renforcement du pouvoir individuel est important pour la santé et le bien-être, il en va de même pour celui de la communauté. Il s'agit donc de renforcer les capacités de la communauté pour qu'elle puisse se structurer de façon à améliorer la qualité de vie de ses membres. Hormis les indicateurs traditionnels tels que l'économie et la démographie, nous devons tenir compte de facteurs tels que la vie démocratique, la dynamique de la communauté et le capital social, qui témoignent de la santé de la communauté comme un organisme vivant<sup>5</sup>.

## Accès aux soins de santé parmi les groupes linguistiques minoritaires

Après les conditions économiques et sociales, les soins de santé se classent deuxièmes parmi les déterminants de la santé (et seraient responsables d'environ 25 % de la santé des personnes). Il est donc crucial d'avoir accès aux soins de santé et aux services sociaux. Or, de nombreux facteurs peuvent faciliter ou entraver l'accès à ces services. Les recherches démontrent que la langue est l'un de ces facteurs et qu'elle peut donc être considérée comme un déterminant de la santé.



Crédit: <http://phil.cdc.gov/PHIL/Images/>

Les barrières linguistiques sont parfois source d'inégalités de santé parce que les problèmes de communication et de compréhension limitent le recours aux services de prévention, allongent le temps consacré aux consultations et aux examens diagnostiques, et influent sur la qualité des services où la langue joue un rôle clé – tels que les services de santé mentale, les services sociaux, et les services de réadaptation. Les barrières linguistiques réduisent également la probabilité que les patients suivent correctement le traitement, et qu'ils soient satisfaits des soins et services reçus<sup>6</sup>. Les communautés linguistiques en situation minoritaire ont souvent plus de difficulté à obtenir des services dans une langue qu'elles comprennent bien, et même les communautés de langue officielle se heurtent à certains obstacles.

Pour bon nombre de Québécois d'expression anglaise, l'accès aux soins de santé et aux services sociaux demeure un défi, même si les taux de bilinguisme au sein de ce groupe sont à la hausse, et les anglophones sont plus susceptibles que d'autres groupes linguistiques de pouvoir tenir une conversation tant en français qu'en anglais<sup>7</sup>. En outre, l'accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux en anglais varie grandement suivant les différentes régions de la province<sup>8</sup>.

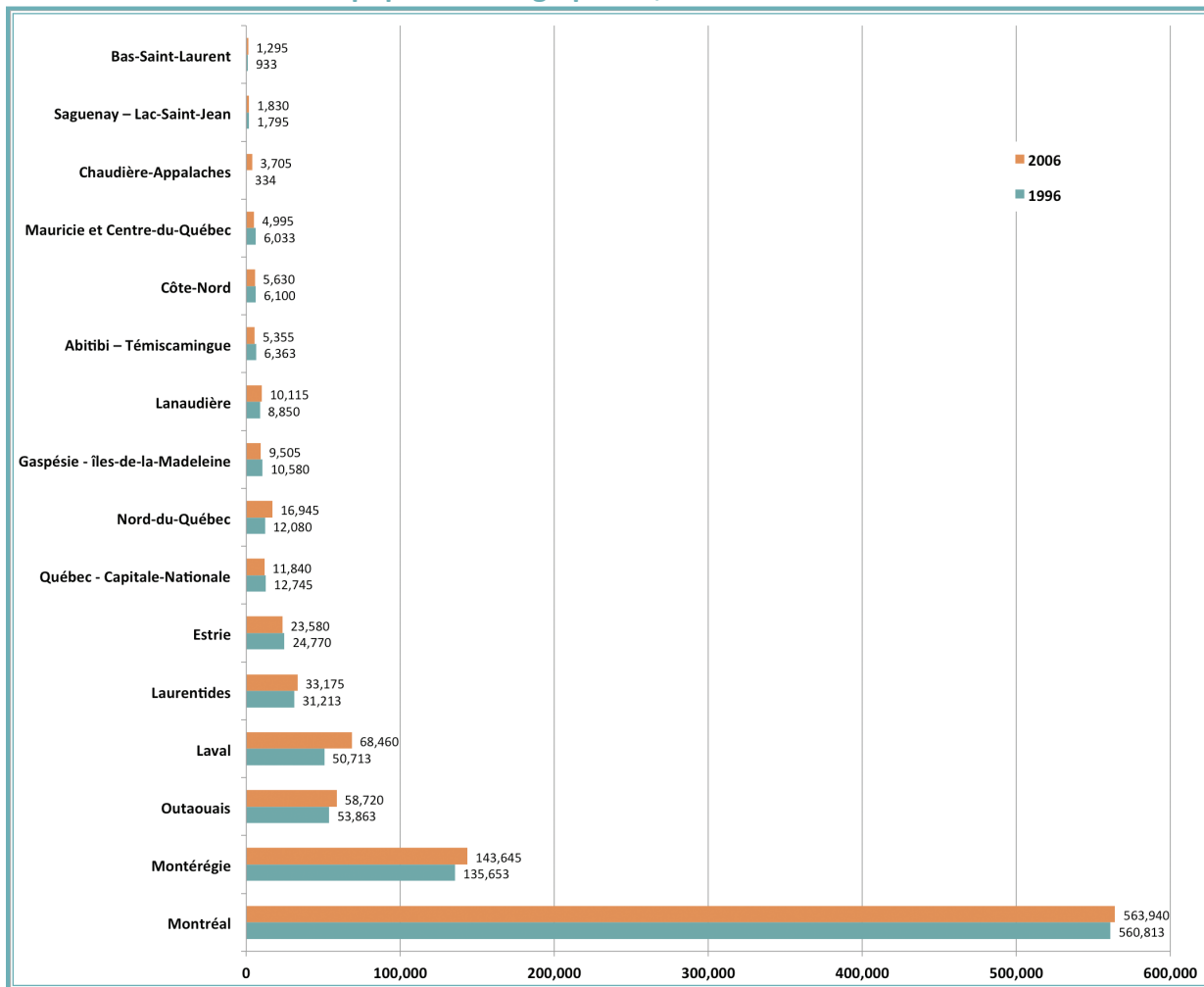
Le Réseau communautaire de santé et de services sociaux a été fondé en 2002 pour aider les communautés d'expression anglaise à résoudre ces difficultés. Il a été créé en vue de soutenir les efforts déployés par ces communautés pour développer l'infrastructure communautaire et instaurer des relations et des partenariats stratégiques au sein du système de santé et de services sociaux, aux fins d'améliorer l'accès aux services<sup>9</sup>. Ainsi, le Réseau tente d'aider les communautés d'expression anglaise du Québec à réduire les inégalités de santé et à promouvoir la vitalité des communautés. Par le biais d'une série de projets et de partenariats qui relient les partenaires publics et communautaires, le RCSSS tente de renforcer les réseaux aux niveaux local, régional et provincial afin d'influer sur les déterminants de la santé et sur les politiques publiques, et de développer les services.

Comment se fait-il qu'un groupe qui constitue la majorité linguistique dans toutes les autres provinces (en fait, dans l'ensemble de l'Amérique du Nord) ait besoin de ce soutien? La situation des Québécois anglophones a changé au cours des dernières décennies, et une meilleure compréhension de ces transformations permettrait de jeter un éclairage nouveau sur les réalités actuelles.

## Des réalités changeantes au sein des populations d'expression anglaise au Québec

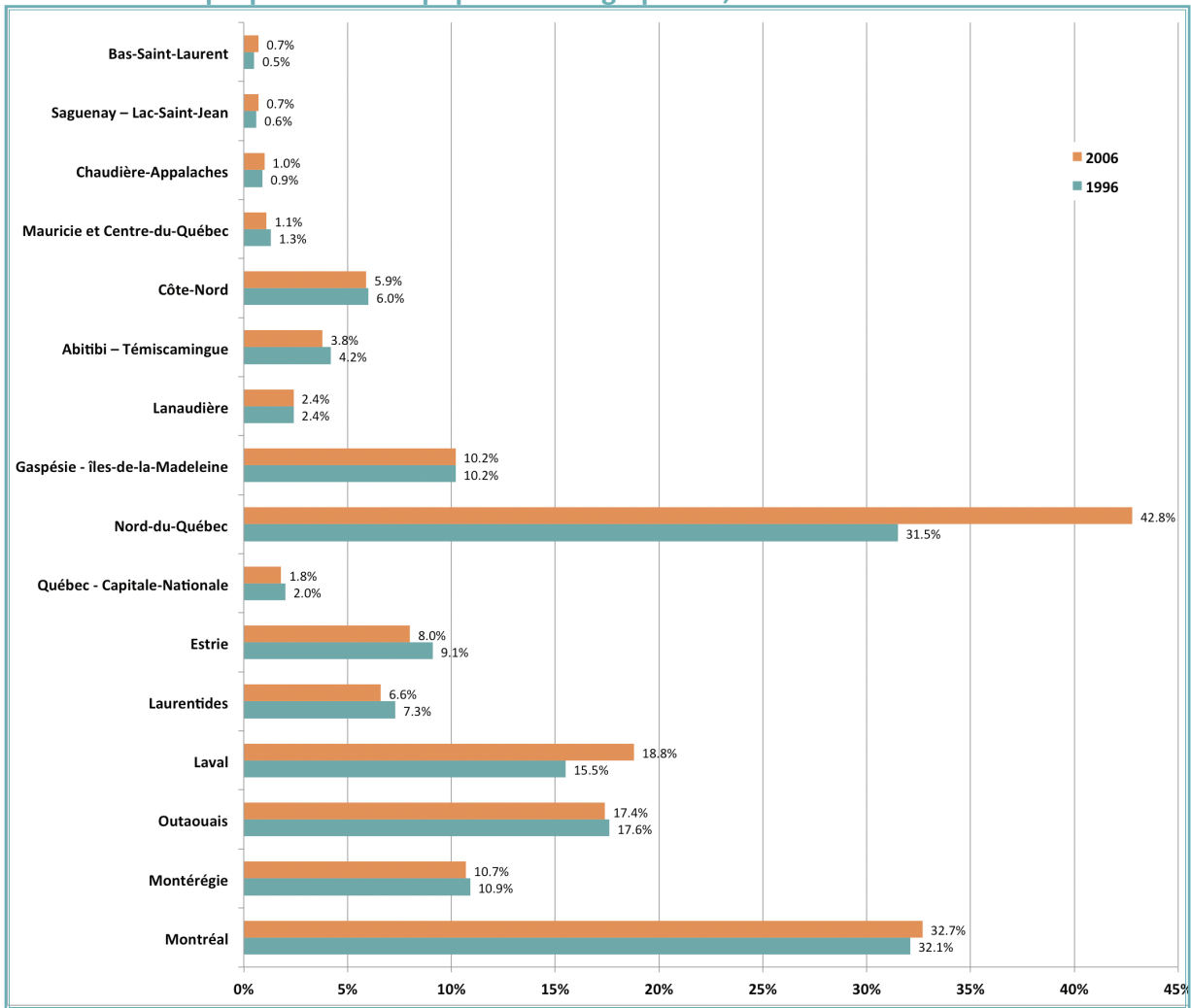
Depuis la Conquête britannique en 1759, la population anglophone du Québec a connu d'importants changements démographiques, politiques et sociaux. Après la défaite des forces françaises, un nombre croissant d'anglophones sont venus s'établir dans ce qui constitue aujourd'hui le Québec. Même si ces colons n'étaient en aucun cas tous bien nantis, la population anglophone était autrefois bien représentée parmi l'élite économique et politique du Québec. La position des anglophones est demeurée solide au moins jusqu'à la moitié du XXe siècle, mais les changements d'ordre politique ont toutefois entraîné un exode croissant d'anglophones de la province et un déclin de la vitalité de certaines des communautés qu'ils constituaient. Ainsi, de 1971 à 2001, la population dont l'anglais était la langue maternelle a chuté de 25 %, pour ne représenter que 8,3 % au lieu de 13,1 % de la population du Québec. Entretemps, la population francophone a légèrement augmenté (de 80,7 % à 82,5 %), tandis que la proportion de la population s'exprimant dans d'autres langues a presque doublé par rapport à l'ensemble de la population (de 6,2 % en 1971 à 10,3 % en 2001)<sup>10</sup>.

### Évolution de la taille de la population anglophone, 1996-2006<sup>11</sup>



Toutefois, au cours de la période de 1996 à 2006, la population d'expression anglaise du Québec a augmenté de 68 880, tandis que sa proportion de la population de la province était légèrement supérieure en 2006 par rapport à 1996. La période 2001-2006 fut marquée par une croissance pour la plupart des populations régionales anglophones, et par une légère baisse démographique uniquement parmi les groupes anglophones de la Côte-Nord et de Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine. Par rapport à l'ensemble de la population, l'Estrie et les Laurentides ont fait l'objet d'une baisse démographique régionale. Les régions où la population d'expression anglaise a le plus augmenté étaient Montréal, Laval, la Montérégie et l'Outaouais.

### Évolution de la proportion de la population anglophone, 1996-2006<sup>1</sup>



Mais comment définir une personne « d'expression anglaise »? La population d'expression anglaise du Québec comprend les citoyens de l'ensemble de la province qui choisissent d'employer l'anglais et qui s'identifient à la communauté d'expression anglaise. Pour certaines de ces personnes, l'anglais est leur langue maternelle, tandis que pour d'autres, l'anglais est la première langue officielle qu'elles parlent, et leur langue maternelle est une langue autre que l'anglais ou le français. Dans des régions de forte immigration (notamment dans la région de Montréal), le déclin de la population anglophone a été atténué par la présence de certains de ces allophones qui s'expriment en anglais comme deuxième langue.

La communauté anglophone a toujours été diversifiée (elle était au départ composée d'Anglais, d'Écossais, de Gallois et d'Irlandais, de catholiques, de juifs et de divers groupes protestants, entre autres), et cette diversité s'est accentuée au fil du temps pour finalement englober des personnes originaires de nombreuses régions du monde. Aujourd'hui, la communauté d'expression anglaise est composée de nombreuses sous communautés multiculturelles et multiraciales<sup>12</sup>. En outre, le contexte dans lequel chacune d'elles évolue varie grandement. **Tandis que la majorité de la population dont l'anglais est la première langue officielle vit dans la région de Montréal (environ 80 %) <sup>13</sup>, de nombreuses communautés d'expression anglaise se situent dans des régions rurales ou éloignées de la province. Dans certains cas, la population d'expression anglaise représente une infime proportion de la population locale, tandis que dans d'autres municipalités, elle représente parfois un pourcentage important, voire une majorité.**

L'évolution de cette réalité démographique pose plusieurs défis aux communautés d'expression anglaise, tels que les problèmes relatifs au vieillissement de la population et de l'exode parmi les aidants naturels et les jeunes. Par exemple, parmi la population dont l'anglais est la langue maternelle, 8,3 % ont quitté le Québec pour aller s'établir dans le reste du Canada entre 1991 et 1996; ensuite, entre 1996 et 2001, 8,9% ont quitté. Or, pour l'ensemble de la population, ces taux n'étaient que de 1,6 % et 1,7 % pour ces mêmes périodes. Les anglophones plus jeunes étaient les plus susceptibles de quitter la province : 15,8 % des jeunes de 25 à 34 ans sont partis, tandis que ce pourcentage est beaucoup moins élevé pour la population de 65 ans et plus<sup>14</sup>. Cela signifie que les **générations qui incarnent l'avenir de leur communauté et qui peuvent prendre soin des membres de leur famille vieillissants ne sont souvent pas sur place pour le faire. Ceux qui restent sont parfois surchargés par leurs fonctions d'aidant naturel, et la structure d'âge de la communauté penche alors vers les groupes d'âge plus avancé.** L'impact sur la santé et le besoin de services est parfois marqué.

Un autre défi a trait à la situation socio-économique de la population d'expression anglaise au Québec. La pauvreté a beau ne pas toucher l'ensemble des Québécois d'expression anglaise, elle est néanmoins une réalité pour nombre d'entre eux, et l'écart est parfois important entre les personnes d'expression anglaise et française. Par exemple, dans certaines régions, les familles d'expression anglaise sont plus susceptibles d'avoir un faible revenu que leurs voisins d'expression française. Il en va de même pour le niveau d'instruction : **dans certaines régions, la population d'expression anglaise est moins susceptible que ses homologues francophones d'avoir achevé ses études secondaires ou d'avoir poursuivi des études post-secondaires<sup>15</sup>.**

**Ces enjeux sont de bons indicateurs de la vitalité démographique,** dimension importante de la santé des communautés. La vitalité démographique fait référence aux caractéristiques des communautés telles que le taux de vieillissement et de chômage, la proportion d'aidants naturels par rapport aux aînés, la taille de la population et, dans le contexte québécois, le degré de bilinguisme<sup>16</sup>. Une bonne compréhension de la vitalité démographique permet aux travailleurs de la santé, aux municipalités, aux décideurs et aux membres des communautés de planifier adéquatement les services, activités et programmes qui répondront aux besoins de la collectivité. Par exemple, si une communauté compte une forte proportion d'aînés, les générations d'aidants naturels assument un poids plus lourd des soins à prodiguer, et il faudra peut-être prendre des mesures pour répondre à la fois aux besoins des aînés et de leurs aidants naturels. Ou bien, **lorsque la population d'une communauté disparaît progressivement, les services communautaires et les structures institutionnelles perdent un capital humain vital et les réseaux sociaux s'érodent; la planification doit donc porter sur le renforcement du tissu social.**

Ce projet est mené dans le contexte de ces transformations, et nous tentons donc de décrire et d'illustrer la grande diversité des communautés d'expression anglaise au Québec, en présentant le portrait de certaines communautés.

## *Six portraits de communautés d'expression anglaise au Québec*

Pour comprendre plus à fond la réalité actuelle des communautés d'expression anglaise, ce projet de recherche-action adopte une méthode participative passant par la réalisation de portraits de communautés. Six des initiatives de réseautage et de partenariat du RCSSS ont été invitées à choisir une communauté dans leur région pour participer au processus de portraits de communautés. Conformément aux principes de développement des communautés, ce projet a été mené dans un esprit de recherche participative. Dans la pratique, ceci veut dire que le travail est axé sur la communauté (village, quartier, communauté d'identité), fait participer les membres de la communauté au processus, vise à éclairer l'action (orientations futures des politiques, programmes et projets) et comporte la collecte systématique d'information. Ce travail repose sur la conviction suivant laquelle la communauté est experte en ce qui la concerne. Dans une recherche-action de type participatif, les participants acquièrent des connaissances, une capacité de réfléchir de manière critique, et une culture de l'apprentissage. Les communautés sont alors plus à même de trouver et d'élaborer des solutions à des problèmes locaux. Les chercheurs qui recourent à cette méthode constatent que ce processus permet autant aux personnes qu'aux communautés de renforcer leur pouvoir d'agir<sup>17</sup>. Le renforcement du pouvoir d'agir consiste à accroître la capacité des personnes et des groupes d'opérer des choix et de traduire ces choix en mesures et résultats recherchés. Au cœur de ce processus s'inscrivent des mesures qui renforcent les atouts individuels et collectifs et qui améliorent l'efficacité et l'équité des contextes organisationnel et institutionnel régissant l'utilisation de ces atouts.

En choisissant les communautés qui participeront à cette phase du projet, nous avons visé la diversité. Certaines communautés se situent dans un contexte urbain et multiculturel, d'autres dans des communautés rurales ou des villages, et d'autres encore dans des communautés éloignées du Québec. À certains endroits, la population d'expression anglaise constitue une très faible proportion de la population, tandis que dans d'autres, elle représente une proportion plus importante. Certaines communautés sont prospères, tandis que d'autres sont plus vulnérables. Nous avons également tenu compte de l'intérêt local et de la capacité de participer au processus de portrait de communauté. Dans certains cas, une communauté a été choisie parce que le coordonnateur ou l'organisation hôte de l'initiative de réseautage et de partenariat y voyait une bonne occasion d'entrer en contact avec cette communauté et de mieux la connaître. Dans d'autres cas, nous étions en présence d'un contexte favorable pour rassembler les intervenants et regrouper les connaissances et les ressources, par exemple, si une municipalité était en train d'élaborer une politique de la famille et des aînés, ou si un centre de santé était en train d'évaluer les besoins de la communauté d'expression anglaise.

Les six communautés sélectionnées pour cette phase du projet sont les suivantes :

Communauté	Région	Association régionale
Sutton	Montérégie-Est	Townshippers' Association
Saint-Léonard	Montréal-Est	Réseau de l'est de l'île pour les services en anglais (REISA)
Laval	Laval	Youth and Parents AGAPE Association Inc.
New Carlisle	Gaspésie	Committee for Anglophone Social Action (CASA)
Sept-Îles	Côte-Nord	North Shore Community Association (NSCA)
Bonne-Espérance	Basse-Côte-Nord	Coasters Association

La méthode utilisée pour les portraits de communauté s'inspire de diverses approches utilisées par les groupes actifs dans le domaine du développement des communautés, notamment au sein du Réseau québécois de Villes et Villages en santé, parmi les municipalités et parmi les directions de santé publique. Le processus comporte plusieurs étapes. La première consiste à faire participer les intervenants locaux au processus. La deuxième a pour objet de recueillir les données existantes, sous forme de statistiques, de rapports antérieurs et d'autres informations sur la communauté. Quant à la troisième, elle consiste à obtenir des données qualitatives par la voie d'une réunion publique (consultation de la communauté) au cours de laquelle divers thèmes sont abordés et où l'on demande aux membres de la communauté d'échanger sur les perspectives de développement de leur communauté. Dans certains cas, pour veiller à ce que toutes les perspectives soient entendues et qu'un vaste éventail de personnes soient appelées à participer, des entrevues de groupe ou des discussions individuelles peuvent avoir lieu avec d'autres membres de la communauté.

**L'information ainsi recueillie est ensuite analysée et résumée par thème, l'accent étant mis dans chaque cas sur les atouts de la communauté et sur les difficultés auxquelles elle se heurte sur les plans suivants : vie sociale et communautaire, économie et revenus, éducation, environnement, santé et bien-être.** L'information est ensuite résumée et le portrait tracé, après quoi il est validé auprès des membres de la communauté et des autres intervenants. Ce portrait présente le résultat de ce processus. Les portraits peuvent ensuite servir à planifier les mesures définies en fonction de la réalité locale, telle que décrite par les membres de la communauté. Comme chaque communauté est différente, la façon d'aborder les problèmes variera forcément, tout comme les résultats qui en découleront.

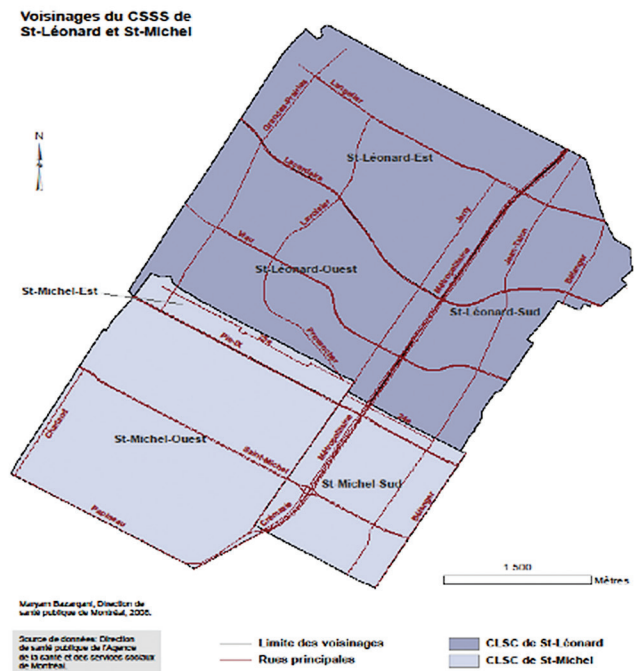


## Saint-Léonard:

UNE MUNICIPALITÉ DYNAMIQUE AU SEIN D'UNE GRANDE MÉTROPOLÉ

Saint-Léonard est un arrondissement de la ville de Montréal. Ce qu'il est aujourd'hui est la résultante de son histoire particulière. Depuis les premiers habitants francophones jusqu'à la vague d'Italiens et, plus récemment, de Nord-Africains, Saint-Léonard est un riche creuset culturel.

Saint-Léonard, qui se trouve dans le secteur nord-est de la ville, s'inscrit dans une série de grandes artères de circulation telles que le boulevard Lacordaire, le boulevard Langelier et le boulevard Viau, ainsi que la rue Jean Talon, l'autoroute Métropolitaine et la rue Jarry. Ces artères marquent la division entre le sud, le nord et l'ouest de Saint Léonard. Depuis quelques décennies, Saint-Léonard s'adapte à la modification des limites municipales pour, après les fusions municipales de 2002, devenir son propre arrondissement. Quant aux territoires des CSSS, Saint-Léonard relève du CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel, son voisin du Sud. Comme nous le constaterons dans le reste de ce document, Saint-Léonard et Saint-Michel ont à la fois des points communs et des différences profondes. L'information sera donc présentée par territoire de CSSS, le cas échéant; toutefois, étant donné les différences entre Saint Léonard et Saint-Michel, il nous a semblé plus révélateur de présenter les données de Saint Léonard indépendamment. Les statistiques de Saint-Léonard et Saint-Michel feront à l'occasion l'objet d'une comparaison, car elles concernent les mêmes CSSS et les mêmes quartiers voisins immédiats.



En 2011, la population of Saint-Léonard était de 75 707 habitants, ce qui correspond à une croissance démographique de 5,5 % depuis 2006. Cet arrondissement de Montréal, qui se classe ainsi onzième (sur dix-neuf) sur ce plan, s'étend sur un territoire de 13,5 kilomètres carrés<sup>18</sup>.

## Histoire de Saint-Léonard

### 1886-1950

Du milieu du XIXe siècle au milieu du XXe siècle, Saint-Léonard est surtout rural. Sa population, de faible densité, n'a pas tendance à bouger. Elle est surtout composée de Canadiens français qui travaillent dans le domaine agricole<sup>19</sup>. Les temps changent, et la population de Saint-Léonard aussi. Elle commence à migrer vers d'autres secteurs de ce que nous connaissons aujourd'hui comme la Région métropolitaine de Montréal. Ce phénomène est alors accompagné d'une vaste migration vers Saint-Léonard également.



## 1955 À 1975 ENVIRON : EXPLOSION DÉMOGRAPHIQUE

Pendant cette période, la population de Saint-Léonard connaît une croissance spectaculaire : de 925 habitants en 1955, elle passe à 52 040 en 1971. Cette hausse s'explique par trois grands facteurs. Premièrement, une coopérative d'habitation achète alors un grand terrain pour y construire des logements pour personnes à revenu faible ou moyen, facilitant ainsi l'accès de ces familles à un logement en banlieue.

Le deuxième facteur est lié à l'afflux de Néo-Canadiens d'origine italienne, dont l'effet sur le profil social et culturel de Saint-Léonard est marquant. Enfin, le troisième facteur a trait à l'aménagement urbain à grande échelle de Saint-Léonard, notamment la modernisation et l'expansion rapides du réseau de transport en commun<sup>20</sup>.



Le transport en commun dans la banlieue de Saint-Léonard en 1962  
Source : coolopolis.blogspot.com

## LES ITALIENS AU CANADA, À MONTRÉAL ET À SAINT-LÉONARD

La période de 1948 à 1971 est marquée par l'immigration italienne, non seulement à Montréal, mais aussi dans l'ensemble du Canada. Pendant cette période, quelque 457 000 Italiens ont immigré au Canada, soit 19 800 Italiens par an en moyenne. Contrairement au mode saisonnier de la première vague d'immigration, celle-ci est surtout permanente.

La montée en flèche de l'immigration est sans doute attribuable aux changements apportés aux politiques (avant la politique d'immigration de 1967) et à une recrudescence de débouchés d'emplois, surtout dans le secteur secondaire. Tandis que la première vague bénéficiait du système « padrone », c'est la famille qui est la source de la migration en chaîne de la deuxième vague. Les Italiens du sud de l'Italie viennent rejoindre leur famille déjà établie au Canada, et trouvent dans le secteur secondaire un emploi (ex. : construction) qui cadre avec leurs compétences. Le fait que les Canadiens d'origine refusent ces emplois accentue alors le besoin de travailleurs immigrants pour les occuper.

En 1967, la création du système canadien de points a pour effet de diminuer le nombre d'Italiens qui arrivent au Canada. Ce système insistait sur les compétences scolaires et professionnelles comme critères de sélection qui s'appliquaient à l'admission des immigrants. Ce système est alors mis en œuvre pour faciliter l'arrivée d'immigrants dotés d'un plus grand capital humain (c.-à-d. instruction, expérience de travail suffisante, situation financière) que bien peu d'Italiens du Sud possèdent alors. En conséquence, le nombre d'Italiens arrivant au Canada chute de 82 % entre 1966 et 1971<sup>21</sup>.

La dernière phase, entre 1972 et 2003, correspond à un recul spectaculaire de l'immigration italienne. Ce phénomène s'explique peut-être par l'amélioration des conditions de vie et des débouchés d'emploi en Italie. Toutefois, les changements apportés au système canadien d'immigration à la fin des années



Source : <http://www.memorablemontreal.com/accessibleQA/en/histoire.php?quartier=4>

1960 sont les principales raisons qui expliquent le ralentissement de l'immigration d'Italie (et d'Europe en général). Il marque le début d'une nouvelle époque : les immigrants sont sélectionnés selon leur aptitude plutôt que selon leur origine. Ce changement entraîne le déclin des immigrants européens en faveur des immigrants asiatiques et non européens, comme l'exposera le chapitre qui traite de l'éducation des immigrants et des immigrants récents.

Aujourd'hui, même si l'immigration italienne a connu un fort recul au cours des trois dernières décennies, la communauté italienne demeure le plus gros groupe ethnique de Montréal après les groupes anglophone et francophone, et le quatrième au Canada après les groupes anglophone, francophone et chinois<sup>22</sup>.

Les Italiens commencent à s'installer à Saint-Léonard au début des années 1960. À cette époque, 6,5 % de la population est d'origine italienne. Or, aujourd'hui, ils représentent 42 % de la population. La municipalité ne sait pas très bien pourquoi tant d'Italiens ont choisi de s'établir à Saint-Léonard, mais un document sur l'histoire de Saint-Léonard signale plusieurs facteurs qui ont peut-être influencé leur choix. Le premier est la construction de logements mentionnée ci-dessus, qui a attiré les Italiens, surtout du fait qu'un grand nombre des promoteurs étaient des Canadiens d'origine italienne. Deuxièmement, Saint-Léonard a accueilli les Italiens dans la politique municipale. Troisièmement, la première paroisse italienne, Madonna del Carmine, voit le jour en 1965, ce qui permet aux paroissiens d'assister aux offices religieux dans leur langue maternelle<sup>23</sup>.

Durant cette époque, Saint-Léonard est le théâtre du conflit qui a abouti à l'adoption de la première loi québécoise sur la langue. En 1968, la population de Saint-Léonard compte 40 % d'habitants d'origine italienne, dont la plupart envoient leurs enfants dans les écoles anglaises. Les parents d'expression française forment alors un mouvement pour empêcher l'anglicisation de leur quartier. Ils demandent que le français soit la seule langue d'enseignement au Québec. La commission scolaire adopte ce changement cette année-là. En septembre, tous les enfants qui entrent à l'école doivent s'inscrire à l'école française, à la grande déception de la communauté italienne. Ces conflits linguistiques se répandent dans toute la province et la crise linguistique aboutit en fin de compte à l'adoption de la Charte de la langue française, la loi 101<sup>24</sup>. Ces changements politiques ont des effets énormes sur toute la jeunesse d'expression anglaise de la province. À Saint-Léonard, les jeunes Italiens vont devenir de plus en plus bilingues.

### *TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES RÉCENTES À SAINT-LÉONARD*

Saint-Léonard représente 4,5 % de la population de Montréal<sup>25</sup>. Comme l'indique le tableau ci-dessous, sa croissance démographique a connu des poussées spectaculaires et des baisses modérées. De 1966 à 2006, la population augmente de 183,2 %, cette croissance se produisant surtout pendant les années 1970<sup>26</sup>.

#### **Population et taux de croissance de Saint-Léonard de 1966 à 2011**

<b>St. Léonard</b>	<b>1966</b>	<b>1971</b>	<b>1976</b>	<b>1981</b>	<b>1986</b>	<b>1991</b>	<b>1996</b>	<b>2001</b>	<b>2006</b>	<b>2011</b>
Population	25,328	52,035	78,429	79,429	75,947	73,120	71,327	69,604	71,730	75,710
Taux de croissance		105,4%	50,8%	1,2%	-4,4%	-3,7%	-2,5%	-2,4%	3,1%	5,5%

Source: Ville de Montréal, Profil sociodémographique, 2008 and 2011

## JEUNES ET AÎNÉS : UNE COMMUNAUTÉ RICHE AUX DEUX EXTRÊMES

La répartition d'une population parmi les catégories d'âge et l'ampleur des différences d'âge entre les communautés majoritaires et minoritaires sont importantes pour comprendre leurs besoins respectifs sur le plan de la santé et des ressources. À chaque étape de la vie correspondent généralement des besoins bien précis en matière de santé et de services sociaux. Chaque groupe d'âge a sa propre façon d'avoir accès à l'information et aux programmes de santé publique<sup>27</sup>.

Nous n'avons pas, hélas, la répartition de la population par âge et par langue pour Saint Léonard.

### Répartition de la population de Saint-Léonard par groupe d'âge, 2011

Groupe d'âge	Pourcentage %
0-14 ans	18,3
15-29 ans	16,3
30-44 ans	22,0
45-59 ans	18,4
60-74 ans	15
75-89 ans	9,2
90 ans et plus	,7

Mais le tableau à gauche indique clairement que 18 % de la population se situe dans la tranche d'âge de 65 ans et plus, se classant ainsi deuxième en termes de concentration d'aînés dans les 19 arrondissements de Montréal<sup>28</sup>. Il démontre également que près de 18 % de la population se situe dans le groupe de 0 à 14 ans. En outre, même si le tableau ne le signale pas, la proportion d'enfants de 0 à 4 ans est parmi la plus grande de tous les groupes d'âge à Saint-Léonard<sup>29</sup>.

Source: Ville de Montréal, Profil sociodémographique, 2008 and 2011

## DIVERSITÉ LINGUISTIQUE À SAINT-LÉONARD

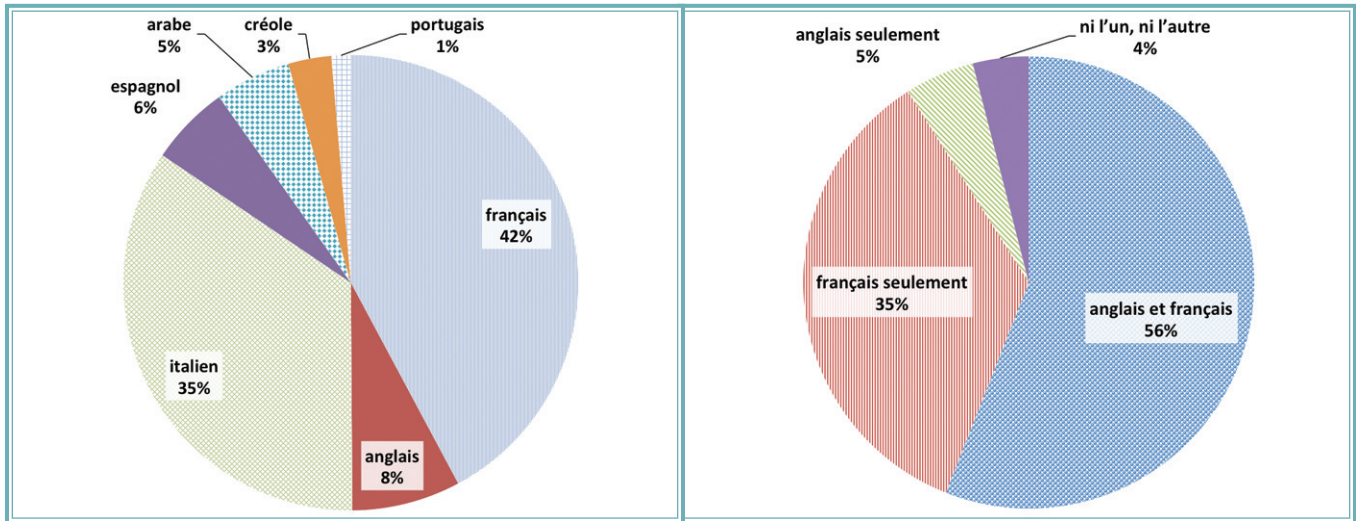
La plupart des habitants de Saint-Léonard parlent anglais et français (56 %). Une forte proportion ne parle que français (35 %) et un faible pourcentage ne parle ni français, ni anglais (4 %) ou ne connaît que l'anglais (5 %). Comparativement, dans l'ensemble de Montréal, le même pourcentage de la population parle anglais et français (56,5 %). Un plus faible pourcentage de la population ne parle que français (28 %), ou ni le français, ni l'anglais (3 %), tandis que 12 % ne parle qu'anglais<sup>30</sup>.

Selon une étude effectuée en 2006 par le directeur de la Santé publique de Montréal, Saint Léonard se classait deuxième à Montréal quant au nombre d'habitants dont la langue maternelle n'est ni le français, ni l'anglais. Ceci représente 4 % de la population. Le secteur de Saint-Michel affichait le plus fort pourcentage (5,9 %). Comparativement, des secteurs tels que Pointe-aux-Trembles, Plateau-Mont-Royal et Hochelaga-Maisonneuve comprennent de très petites communautés dont la langue maternelle n'est ni le français, ni l'anglais (0,1 %, 0,4 %, et 0,3 % respectivement)<sup>31</sup>. Il est très important de tenir compte de cette réalité dans la planification des soins de santé et des services sociaux d'une population. Les besoins d'une communauté qui sont des immigrants récents ou de longue date, ou issus de diverses communautés culturelles sont différents de ceux d'une communauté d'expression française, par exemple.

Le graphique ci-dessus indique que près de 40 % de la population de Saint-Léonard a pour langue maternelle le français, et qu'une proportion légèrement inférieure a pour langue maternelle l'italien, ce qui signifie qu'un grand nombre d'Italiens ont appris le français et/ou l'anglais en dehors de chez eux. Nous pouvons aussi formuler l'hypothèse que la plupart de ceux qui ont pour langue maternelle l'italien sont d'un âge moyen (45 à 60 ans), et que leurs parents parlaient italien chez eux mais sont décédés depuis. La nouvelle génération d'Italiens est probablement bilingue.

## Langue maternelle, Saint-Léonard, données 2001

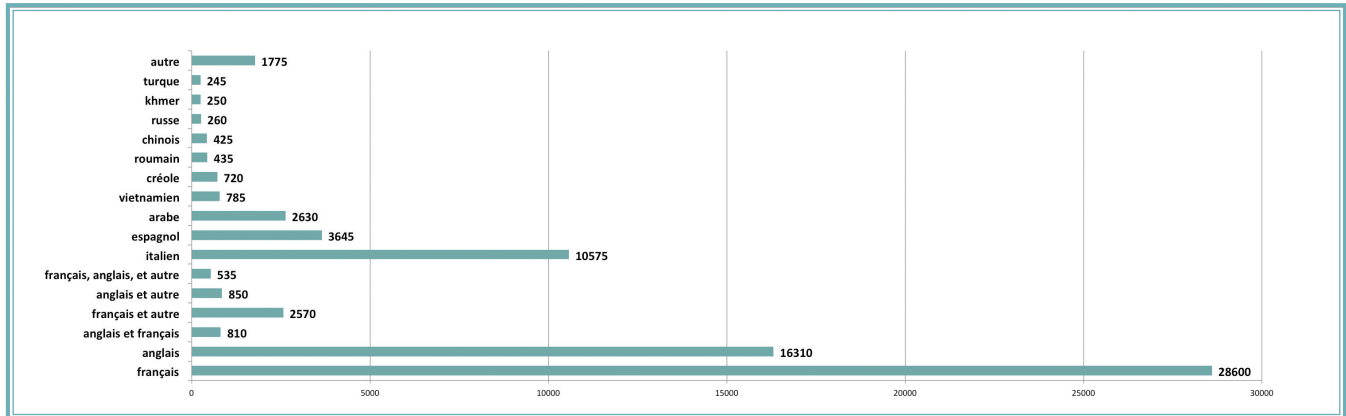
## Connaissance des langues officielles, Saint-Léonard, données 2006



Ville de Montréal, 2009, Profil sociodémographique.

Le graphique ci-dessous indique que la plupart des habitants parlent soit français (40 %), soit anglais (23 %) chez eux. Certains parlent italien chez eux (15 %). Parmi les autres langues les plus fréquemment parlées en famille, figurent l'espagnol (5 %) et l'arabe (4 %).

## Langues parlées à la maison, Saint-Léonard, données 2006



Ville de Montréal, 2009, Profil sociodémographique.

## IMMIGRANTS ET IMMIGRANTS RÉCENTS

L'île de Montréal compte un grand nombre d'immigrants récents (arrivés entre 2001 et 2006), soit 140 000. Les immigrants récents du territoire du CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel représentent 7,5 % de cette population. Ce territoire de CSSS se classe cinquième dans la région quant à la proportion d'immigrants récents.

En raison de son importance à Saint-Léonard, il sera souvent question de la population d'immigrants et d'immigrants récents d'expression anglaise dans ce portrait. Les données limitées nous contraignent à traiter cette population tantôt comme un groupe séparé, tantôt en l'intégrant dans l'ensemble de la population d'expression anglaise.

La Loi sur l'équité en matière d'emploi définit les minorités visibles comme « les personnes, autres que les autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ». Les groupes suivants sont considérés comme des minorités visibles : chinois, sud-asiatiques, noirs, arabes, antillais, philippins, asiatiques du Sud-Est, latino-américains, japonais, coréens, et autres minorités visibles telles que les habitants des îles du Pacifique<sup>32</sup>.

### Immigrants récents et population totale par âge ( % )

	St. Léonard		Montréal	
	Population totale de Saint-Léonard	Population totale d'immigrants récents à Saint-Léonard	Population totale de Montréal	Population totale d'immigrants récents à Montréal
0-4 ans	5,9 %	4,3 %	5,1 %	4,9 %
5-19 ans	15,4 %	18,7 %	18,8 %	18,9 %
20-44 ans	35,1 %	<b>68,2 %</b>	37 %	<b>65,1 %</b>
45-64 ans	24,1 %	7,4 %	23,3 %	8,6 %
65 ans et plus	19,5 %	1,6 %	14,2 %	2,0 %
Minorités visibles	25,2 %	<b>67,1 %</b>	50,3 %	<b>79,3 %</b>
Personnes seules	12,1 %	7,2 %	12 %	7,0 %

Source- Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal, Portrait des immigrants récents à Montréal, 2012

Comme l'indique le tableau ci-dessus, la population de 20 à 44 ans est surreprésentée dans la population des minorités visibles, surtout à Saint-Léonard. Toutefois, les immigrants récents appartenant aux minorités visibles sont moins nombreux à Saint-Léonard<sup>33</sup>.

Sur le plan linguistique, à Saint-Léonard, la langue maternelle des immigrants récents est l'arabe à raison de 34,7 %, et l'espagnol à raison de presque 22 %. Le tableau ci-dessous compare la langue maternelle des immigrants récents à Saint-Léonard et à Montréal. Les différences sont importantes dans le sens où un pourcentage beaucoup plus gros des habitants de Saint-Léonard ont pour langue maternelle l'arabe (près de 35 % par rapport à 18 % dans l'ensemble de Montréal) ou l'espagnol (22 % par rapport à 11 %). Une plus petite proportion d'immigrants récents à Saint-Léonard ont pour langue maternelle le français (11 % par rapport à 15 % dans l'ensemble de Montréal).

### Les cinq langues maternelles principales des immigrants récents à Saint-Léonard et à Montréal, 2006

St. Léonard		Montréal	
arabe	<b>34,7 %</b>	arabe	<b>18,1 %</b>
espagnol	<b>21,9 %</b>	espagnol	<b>15 %</b>
français	11,3 %	français	10,8 %
langues créoles	5,7 %	langues créoles	7,7 %
roumain	5,4 %	roumain	5,4 %

**Les immigrants récents de Saint-Léonard doivent donc peut-être surmonter un obstacle supplémentaire s'ils ne parlent pas l'une des deux langues officielles.**

Source- Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal, Portrait des immigrants récents à Montréal, 2012

Dans le territoire CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel, les immigrants de Saint Léonard représentent 38 % de la population, et 50 % à Saint-Michel. Il est important de ne pas oublier ce fait, car la plupart des données sont regroupées par territoire de CSSS. Les problèmes qui touchent la vie des immigrants sont probablement plus importants dans le secteur de Saint Michel.



À Saint-Léonard, 41 % des immigrants sont d'origine italienne, et 45 % d'origine nord-africaine (algérienne, marocaine ou tunisienne)<sup>34</sup>, formant ainsi quatre groupes culturels distincts. Les Italiens emploient généralement l'anglais comme première langue officielle parlée, tandis que les immigrants d'Afrique du Nord parlent en général français.

Plus précisément, Saint-Léonard Ouest compte le plus fort pourcentage d'immigrants (43,4 %), tandis que Saint-Léonard Sud compte le plus fort pourcentage d'immigrants récents (6,5 %). À titre de comparaison, Saint Michel Ouest a le plus fort pourcentage d'immigrants (48,9 %) et Saint-Michel Sud le plus fort pourcentage d'immigrants récents (10,5 %). Le tableau ci-dessous indique la répartition des immigrants et des immigrants récents dans l'ensemble du territoire du CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel<sup>35</sup>.

### Immigrants et immigrants récents, Saint-Léonard, 2006

Immigrants à Saint-Léonard (% et nombre)			Immigrants récents à Saint-Léonard (% et nombre)		
Saint-Léonard Est	Saint-Léonard Ouest	Saint-Léonard Sud	Saint-Léonard Est	Saint-Léonard Ouest	Saint-Léonard Sud
38.2%	<b>43,4 %</b>	41,4 %	6 %	6,5 %	<b>9,9 %</b>
(6,780)	(12 330)	(10 485)	(1 065)	(1 835)	(2 510)

Source- Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal, Portrait des immigrants récents à Montréal, 2012

### MINORITÉS VISIBLES

De toute évidence, à Saint-Léonard, l'origine des immigrants a considérablement changé au fil des ans. Les groupes linguistiques qui constituent la minorité d'expression anglaise figurent ci-dessous par groupe d'âge. Dans le territoire CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel, le groupe le plus nombreux de minorités visibles d'expression anglophone est composé de Latino-Américains, d'Asiatiques du Sud-Est et de Chinois. Les Sud-Asiatiques, les Noirs et les Arabes constituent également des groupes substantiels d'expression anglaise. La plupart de ces groupes linguistiques s'inscrivent dans la catégorie d'âge de 25 à 44 ans; toutefois, les Chinois et les Arabes sont plus présents dans le groupe d'âge de 65 ans et plus, les Noirs et les Arabes dans le groupe d'âge de 0 à 14 ans, tandis que les Latino-Américains et les Noirs comptent la proportion la plus élevée dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans.

### Structure d'âge de la population des minorités visibles d'expression anglaise, CSSS de Saint Léonard et Saint-Michel

	Groupes d'âge				
	0-14	15-24	25-44	45-64	65+
Chinois	14,7 %	13,7 %	<b>42,1 %</b>	18,9 %	<b>10,5 %</b>
Sud-Asiatiques	15,3 %	17,5 %	<b>47,5 %</b>	19,1 %	1,1 %
Noirs	16,4 %	<b>21,4 %</b>	<b>34,6 %</b>	<b>20,8 %</b>	6,3 %
Latino-Américains	12,2 %	<b>25,7 %</b>	<b>43,8 %</b>	17,6 %	1,1 %
Asiatiques du Sud-Est	12,5 %	17,6 %	<b>49 %</b>	20 %	0,8 %
Arabes	<b>16,9 %</b>	12,1 %	<b>34,9 %</b>	<b>23,2 %</b>	<b>12,8 %</b>

Source : RCSSS, Socio-Economic Profiles of the English-speaking Visible Minority Population by CSSS Territory in the Greater Montréal Area, données du Recensement de 2006.

Parmi les minorités visibles d'expression anglaise dans le territoire CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel, 31,5 % avaient moins de 25 ans en 2006. Cette proportion est plus forte que cette même cohorte d'âge parmi les minorités non visibles d'expression anglaise (29 %) <sup>36</sup>. L'inverse est vrai pour les minorités visibles d'expression anglaise de 65 ans et plus, dont la proportion est beaucoup plus faible que parmi les minorités non visibles d'expression anglaise (3,5 % par rapport à 12,8 %) <sup>37</sup>.

### Population d'âinés selon le statut d'immigration et le lieu de naissance

	St. Léonard	Montréal
Non-Immigrants	38 %	62,5 %
Immigrants des minorités visibles	62,5 %	37,1 %
Haïtiens	1,6 %	1,9 %
Italiens	49,1 %	11,6 %
Libanais	1,1 %	0,8 %

Source: Ville de Montréal, Arrondissement de St. Léonard, Profil de la Population de 65 ans et plus.

Dans les parties ci-dessous, nous examinerons les perspectives des membres de la communauté telles qu'exprimées lors d'une consultation communautaire tenue à Saint Léonard en mai 2012. Ces perspectives concernent la vie sociale et communautaire, l'éducation, l'environnement, la santé et le bien-être, et seront assorties de statistiques le cas échéant.

# PERSPECTIVES COMMUNAUTAIRES SUR SAINT-LÉONARD

## Dresser un portrait de Saint-Léonard : méthode et sources

Dans une perspective de développement des communautés, il importe de mobiliser la population pour la faire participer aux enjeux qui lui importent. Même si les statistiques marquent un bon point de départ et contribuent à jeter un éclairage sur certaines réalités qui touchent une communauté, il importe de dépasser le stade des statistiques et de connaître la perspective de la population locale et d'autres intervenants tels que les organisations et institutions locales. Pour amorcer ce processus à Saint-Léonard, Mary Richardson, responsable du projet, a fait une première visite en février 2011. Le Réseau de l'Est de l'Île pour les services en anglais (REISA) était le principal point de contact parmi les divers organismes parce qu'elle parraine l'une des Initiatives de réseautage et de partenariats du RCSSS. Il a pour mission de faire collaborer les partenaires communautaires et publics aux fins de faciliter l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais dans l'est de Montréal.

Cette visite a été l'occasion de consulter les membres clés de cet organisme afin de définir les priorités de la communauté et de réfléchir sur les intervenants qui devraient participer; en d'autres termes, il s'agissait de repérer quels groupes ou personnes qui s'intéresseraient particulièrement à certains aspects du développement des communautés. Cette réunion a également permis de cerner le besoin d'établir des statistiques plus ethnoculturelles sur la communauté. Un débat s'est également amorcé sur la façon de faire participer la communauté à la consultation. Puis, en juin 2011, les partenaires de REISA se sont réunis, et ces neuf personnes ont discuté de la façon de dresser un portrait de la communauté.



Consultation à Saint-Léonard, mai 2012 Crédit: Mary Richardson

Une consultation communautaire a eu lieu en mai 2012. Une trentaine de membres de la communauté et dix organisateurs étaient présents. Les participants représentaient les écoles, les entreprises privées, la population, les travailleurs communautaires, le secteur de la santé publique, le journal local et les personnalités politiques. Il s'agissait surtout de membres d'organismes locaux qui connaissent bien la communauté et ses besoins. Pour amorcer

la consultation, on a demandé à chaque participant de remplir un bref questionnaire qui avait pour but de recueillir de l'information sur le sentiment d'appartenance et l'engagement communautaire à Saint-Léonard. Une dizaine de personnes l'ont



Centre Leonardo da Vinci, dont les consultations ont été, Crédit: REISA



rempli. Ce nombre étant si restreint et comme ceux qui l'ont rempli étaient surtout des représentants d'organismes communautaires plutôt que de simples citoyens, leurs réponses ne seront mentionnées qu'en passant et ne se veulent pas un reflet de l'opinion de la population. Le contenu de ce portrait correspond plutôt aux propos tenus lors de la consultation. Le groupe était divisé en quatre sous groupes, dont chacun traitait d'un thème défini à l'avance. Les



contraintes de temps ont limité à 40 minutes ces discussions, qui ont été suivies d'un débat plénier sur ce dont les gens sont fiers dans leur communauté. Ces idées, définies surtout comme des points forts, seront réparties en quatre thèmes.

Dans les parties ci-dessous, nous analyserons les perspectives des travailleurs de la communauté de Saint-Léonard sur les thèmes suivants : vie communautaire, éducation, santé et bien-être et, enfin, environnement. Même s'il n'a pas été question des conditions économiques, certaines statistiques sur les revenus et l'économie seront néanmoins présentées. Dans chaque cas, nous soulignerons les points forts et les difficultés de la communauté, ainsi que certaines perspectives d'avenir suivies de statistiques pertinentes. Un tableau sommaire figure à la fin du document pour chacun des thèmes. Cet aperçu pourra servir à éclairer la prise de décisions et à stimuler l'engagement communautaire. La case ombrée au début de chaque partie offre un aperçu de l'importance de cet aspect pour la santé collective et personnelle, selon des preuves scientifiques.

## La vie communautaire à Saint-Léonard

### Un fort sentiment collectif

Dans cette partie, nous présentons les perspectives exprimées par les participants lors de la consultation tenue en mai 2012 sur la vie sociale et communautaire de Saint-Léonard, suivies de quelques statistiques pertinentes et perspectives d'avenir.

#### Déterminant social de la santé

Le soutien des familles, des amis et des communautés est favorable à la santé. Les réseaux de soutien sont importants pour aider les gens à résoudre des problèmes et à faire face à l'adversité. Ils renforcent le sentiment personnel d'être maître des circonstances de la vie. Les réseaux de soutien renforcent un sentiment de bien-être et servent de tampon contre les problèmes de santé. Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), plus de quatre Canadiens sur cinq ont dit avoir quelqu'un à qui ils pouvaient se confier, quelqu'un sur qui ils pouvaient compter en cas de crise, quelqu'un sur qui ils pouvaient compter pour demander conseil et quelqu'un qui leur donnait l'impression d'être aimé et entouré. Certains experts en la matière ont conclu que l'effet d'isolement social sur la santé peut être aussi important que des facteurs de risques établis tels que le tabagisme, l'activité physique, l'obésité et l'hypertension.

L'importance du contexte social s'observe également dans le degré de cohésion qui règne dans la communauté élargie. On sait que la cohésion sociale, qui fait référence à la volonté des membres d'une communauté de coopérer au profit du bien-être de tous, exerce une influence positive sur la santé de chacun. La solidité des réseaux sociaux au sein d'une communauté est souvent qualifiée de vitalité civique; elle se manifeste dans les institutions, les organisations et les façons informelles de donner auxquelles les personnes recourent pour échanger des ressources et créer des liens avec autrui. En outre, la stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité, les bonnes relations de travail et la cohésion des communautés créent une société favorable qui réduit ou évite un grand nombre de risques éventuels pour la santé. Les interventions sociales ou communautaires viennent enrichir le répertoire de stratégies que possède une personne pour faire face aux changements et pour favoriser la santé<sup>38</sup>.

Les participants ont mentionné deux éléments majeurs de la communauté de Saint-Léonard qui ont changé radicalement au cours des dernières décennies. Le premier est l'influence de l'Église sur la communauté, surtout chez les Italiens, qui, de très importante qu'elle était est devenue quasi accessoire. Le deuxième élément est l'accentuation de la diversité culturelle : la communauté, autrefois essentiellement composée de Québécois francophones, est devenue surtout italienne, et elle est aujourd'hui composée d'un mélange d'immigrants récents (surtout d'origine nord-africaine), de francophones et d'Italiens plus âgés. Un participant a déclaré que « les paradoxes sont nombreux à Saint-Léonard : il y a des riches et des pauvres, il y a des conservateurs par opposition aux personnes qui sont plus imaginatives. Il est apparemment passiste et pourtant tellement d'avant-garde... »



Activité de l'histoire italienne. Crédit: REISA

## *POINTS FORTS SIGNALÉS PAR LES PARTICIPANTS*

L'un des points forts signalés par bon nombre de participants à la consultation du 23 mai 2012 est l'attitude générale d'acceptation et d'ouverture aux autres. Il a été mentionné que ceci s'explique peut-être par le fait qu'un grand nombre d'habitants de Saint-Léonard étaient autrefois des nouveaux venus et qu'ils savent ce que c'est. Ils comprennent donc sans doute ce que ressentent les immigrants et sont plus en mesure de les aider à s'adapter. Comme l'a dit un participant, à Saint-Léonard, le sentiment de la différence est fort et favorise le sentiment d'appartenance. Un autre a dit qu'ils étaient fiers de la manière merveilleuse dont la plupart sont acceptés et intégrés dans la communauté. De nombreux participants ont dit que la nature multiculturelle de Saint-Léonard est un atout, par exemple, car elle donne accès à des restaurants et à une alimentation d'excellente qualité.

Un autre point fort est la capacité de la communauté à créer des réseaux. Il y a de nombreux cafés et bars où les gens se rencontrent et bavardent. Ce type de ressource existe tout particulièrement pour les hommes. REISA a également été cité comme un lieu de prédilection pour le réseautage et la participation communautaires. La capacité de créer des réseaux semble excellente pour les aînés italiens, surtout, grâce à la présence de 28 clubs d'âge d'or qui sont organisés par groupe ethnique et même parfois par village d'origine.

Un troisième point fort a trait à l'accès des jeunes à divers sports et activités de loisirs tels que les terrains de Bocce, de soccer, les équipes de basketball, etc.

Enfin, trois participants de la consultation ont mentionné spontanément le désir de la communauté d'aider les jeunes et les personnes défavorisées. D'autres qualificatifs ont été employés pour décrire la façon dont Saint-Léonard se démarque des autres communautés : « généreux, axé sur la communauté, tolérant et chaleureux ».

## *DÉFIS SIGNALÉS PAR LES PARTICIPANTS*

Les défis auxquels se heurte Saint-Léonard révèlent le revers de la médaille. Par exemple, alors que l'attitude a été signalée comme un point fort, certains participants l'ont perçue comme un problème parmi les jeunes à l'école. Selon leur expérience, tout groupe ethnique a tendance à se tenir ensemble, surtout s'il constitue la majorité, en excluant d'autres groupes. Ce point fera l'objet d'une analyse plus poussée dans la partie sur l'éducation.

Un autre défi a trait à la création de réseaux. Alors que les hommes disposent de nombreux endroits pour se rencontrer, il y en a moins pour les femmes. Certains participants ont dit que les femmes sont isolées, surtout si leur culture les incite à effectuer la plupart de leurs tâches quotidiennes chez elle.

En outre, il semble y avoir un manque de services en anglais. Un exemple cité a trait aux ateliers de la bibliothèque, qui ne sont pas offerts en anglais. Un employé du Centre Local d'Emploi (CLE) a demandé de donner un atelier sur l'emploi en français et a proposé de le donner également en anglais, mais les responsables ont refusé, en disant que personne n'y viendrait car il n'y a pas de demande pour ce genre de choses.

La pauvreté dans la communauté a également été citée comme un défi. Les personnalités politiques sont perçues comme faisant fi du problème plutôt que d'y faire face. D'aucuns pensent que ceci s'explique peut-être par la crainte que, s'ils s'attaquent aux problèmes de pauvreté, Saint-Léonard se fera une réputation de quartier pauvre et attirera encore plus d'habitants à faible revenu. Les participants conviennent toutefois que, comme Saint-Léonard est surtout un milieu de locataires, il attire naturellement plus de personnes à faible revenu.

Un cinquième défi a trait aux activités de sports et de loisirs. Les participants ont indiqué qu'il n'y a pas assez de centres communautaires pour les jeunes à Saint-Léonard. De nombreuses tentatives ont été faites pour intégrer les jeunes dans la communauté mais semblent avoir échoué, car la population trouve les jeunes bruyants et dérangeants, et voudrait qu'ils soient « vus et non entendus ». Par exemple, les parcs ferment à 22 h 30, mais un grand nombre de jeunes ne sortent pas avant cette heure tardive et n'ont aucun endroit où aller. Les enfants vont donc plutôt au centre-ville, et deviennent, semble-t-il, plus vulnérables aux problèmes sociaux liés à la consommation illicite de drogues; comme il n'y a « personne pour leur donner l'exemple », ils commencent à fumer du pot et le contact avec eux devient plus difficile.

À long terme, l'exode des jeunes de Saint-Léonard a pour effet le vieillissement de la population et une perte de vitalité de la communauté, surtout d'expression anglaise.

## QUELQUES STATISTIQUES SUR LA VIE SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE

### LOGEMENT

À Saint-Léonard, 33 % des habitants sont propriétaires et 67 % locataires. Parmi les locataires, 34 % consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement, et 37 % de ces ménages vivent sous le seuil de faible revenu<sup>39</sup>.

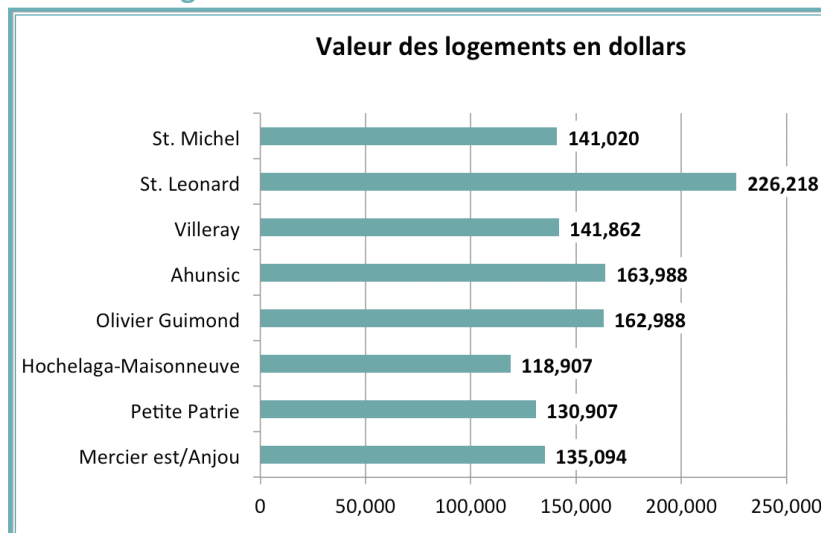
Ces statistiques n'ont rien d'étonnant quand on sait que, par rapport au reste de Montréal, Saint-Léonard est l'un des secteurs où la valeur moyenne de l'immobilier est la plus élevée (226 218 \$). En 2006, elle était de loin supérieure à celle de n'importe quel voisinage immédiat de Saint-Léonard (Saint-Michel – 141 020 \$, Rosemont – 143 643 \$, Mercier-Est/Anjou – 135 094 \$).

Fait intéressant, la valeur de l'immobilier à Saint-Léonard est beaucoup plus élevée que dans les secteurs où le taux d'emploi et les revenus sont élevés, tels que Lac Saint-Louis<sup>40</sup>.



Source: [wikipedia.org/wiki/File:Montréal\\_-\\_Saint-Léonard\\_-\\_Jarry\\_1.jpg](http://wikipedia.org/wiki/File:Montréal_-_Saint-Léonard_-_Jarry_1.jpg)

### Valeur des logements dans les secteurs nord et est de Montréal, 2006



Source: [Portrait de Santé de Montréal](#)

Selon l'hypothèse d'un agent immobilier qui travaille sur l'île de Montréal depuis 30 ans, c'est parce que pendant les années 1970 et 1980, on a construit des triplex et des quintuplex pour répondre aux besoins des familles italiennes. La demande était très forte et l'est restée, ce qui a entraîné une hausse plus rapide du prix des logements que dans les voisinages immédiats. Ce phénomène s'explique également par la facilité d'accès à l'autoroute Métropolitaine, au boulevard Lacordaire et au boulevard Viau.

## COMPOSITION DES MÉNAGES

Pour avoir une idée du degré de soutien social dont bénéficie la population, nous pouvons examiner le nombre de personnes qui vivent seules ou en famille monoparentale, car elles ont moins de chances d’avoir de l’aide pour les tâches quotidiennes ou pour le soutien affectif courant. À l’échelle provinciale, les personnes d’expression anglaise sont plus nombreuses à vivre avec des membres de leur famille et vivent moins souvent seules. Comme l’indique le tableau ci-dessous, la population d’expression anglaise du territoire CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel est moins susceptible de vivre seule que la population d’expression anglaise et française de l’ensemble de la province. Il est beaucoup plus probable que ces personnes vivent au sein de familles ou de couples mariés ou en union libre, et beaucoup moins qu’elles vivent avec des personnes qui ne sont pas membres de leur famille. D’après l’indice de défavorisation sociale et matérielle présenté dans la partie sur l’économie et l’emploi, nous pouvons toutefois supposer que ceci est particulièrement vrai pour les habitants de Saint Léonard car ils sont moins défavorisés socialement.

### Population selon la composition du ménage

	Province de Québec		RSS de Montréal		CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	
	anglais	français	anglais	français	anglais	français
Personnes vivant dans une famille d’un couple marié ou en union libre	70,7 %	69,7 %	67,7 %	57,9 %	76,2 %	61,8 %
Personnes vivant dans une famille monoparentale	11,8 %	11,7 %	12,1 %	14,1 %	13,6 %	18 %
Personnes vivant avec des membres de leur famille	2,1 %	1,7 %	2,3 %	2,4 %	1,6 %	2,5 %
Personnes vivant uniquement avec des personnes non membres de leur famille	3,1 %	3,0 %	3,9 %	5,5 %	1,3 %	3,6 %
Personnes seules	12 %	13,8 %	13,8 %	19,5 %	7,1 %	14 %

Source : RCSSS 2010. Profils socio-économiques des communautés d’expression anglaise du Québec

## JEUNES

Le mode de vie des ménages peut servir d’indicateur de groupes qui, au sein d’une population, risquent d’être en mauvaise santé. Par exemple, l’Enquête nationale sur la santé de la population (1998) a révélé que les parents de mineurs vivant dans un ménage monoparental étaient beaucoup plus susceptibles de signaler des problèmes d’insécurité alimentaire, un niveau élevé de détresse psychologique et plus d’un problème de santé par rapport aux parents dont le mode de vie du ménage est différent<sup>41</sup>.

Les statistiques de Saint-Léonard révèlent que 30 % des familles sont monoparentales, ce qui correspond à la moyenne du reste de Montréal où les pourcentages s’échelonnent de 16 % à 52 %. Comme l’indique le tableau ci-dessous, les différences sont marquées au sein de Saint Léonard<sup>42</sup>. Même si nous n’avons pas de données précises sur la langue, nous constatons néanmoins que Montréal en général affiche un pourcentage plus faible d’enfants que tous les secteurs de Saint Léonard. Montréal compte également la plus forte proportion de jeunes qui vivent dans une famille monoparentale. Le tableau indique que Saint-Léonard Ouest a le plus grand nombre d’enfants de 0 à 17 ans, et le plus grand nombre de familles monoparentales avec deux enfants ou plus. Quant à Saint-Léonard Sud, il compte la plus

faible proportion d'enfants mais le plus grand nombre de familles avec trois enfants ou plus. C'est là également que, dans l'ensemble de Saint-Léonard, se trouve le plus faible pourcentage de familles monoparentales avec deux enfants ou plus.

### Familles avec des enfants de 0 à 17 ans à Saint-Léonard, 2006

	Saint-Léonard Ouest	Saint-Léonard Sud	Saint-Léonard Est	Montréal
Enfants de 0 à 5 ans	7,3 %	7,0 %	7,2 %	6,1
Enfants de 6 à 11 ans	<b>6,8 %</b>	5,8 %	6,0 %	6,1 %
Enfants de 12 à 17 ans	6,4 %	<b>5,5 %</b>	6,3 %	6,4 %
Enfants de 0 à 17 ans vivant dans une famille monoparentale	22,7 %	<b>18,7 %</b>	21,2 %	<b>24,1 %</b>
Familles avec deux enfants ou plus (parmi celles qui ont des enfants de 0 à 17 ans)	60,7 %	61,8 %	<b>65 %</b>	61,2 %
Familles avec trois enfants ou plus (parmi celles qui ont des enfants de 0 à 17 ans)	20,2 %	<b>21,5 %</b>	17,7 %	20,1 %
Familles monoparentales avec deux enfants ou plus (parmi celles qui ont des enfants de 0 à 17 ans)	12,8 %	<b>10,5 %</b>	12,3 %	13 %

Source: Direction de santé publique, Principales caractéristiques des familles du CSSS de St. Léonard et St. Michel, 2012. Données du recensement 2006.

### AÎNÉS

Dans l'ensemble de Montréal, Saint-Léonard se classe deuxième en termes de plus faible pourcentage de personnes de plus de 65 ans vivant seules (24,5 %). Fait intéressant, les voisinages de Saint-Léonard comptent une proportion beaucoup plus forte d'aînés vivant seuls (Rosemont - 44 %, Montréal-Nord- 38 %)⁴³. Le tableau ci-dessous indique la proportion de personnes de 65 ans et plus, ainsi que de personnes seules dans les environs de Saint-Léonard.

### Aînés et aînés vivant seuls dans divers territoires

Territoires CSSS autour de Saint-Léonard à Montréal, 2001	Proportion de personnes de 65 ans et plus	Proportion de personnes seules de 65 ans et plus
Saint-Léonard	17.1%	<b>24.5%</b>
Saint-Michel	13.7%	27%
Montréal-Nord	18.5%	38.2%
Mercier-Est-Anjou	16.4%	31.8%
Olivier-Guimond	19.9%	35.3%
Rivière-des-Prairies	11.6%	26.9%
Rosemont	18.9%	43.6%
Hochelaga-Maisonneuve	13.2%	46.5%

Source: Ville de Montréal, Arrondissement de St. Léonard, Profil de la Population de 65 ans et plus.



Selon le tableau ci-dessous qui présente le mode de vie des ménages parmi les minorités visibles, il semble que les Chinois, les Sud-Asiatiques et les Arabes sont les groupes les plus portés à vivre en couple marié ou en union libre; quant aux Noirs, aux Latino-Américains et aux Asiatiques du Sud-Est, ils sont beaucoup plus susceptibles de vivre en famille monoparentale; les Noirs sont plus portés à vivre avec des membres de leur famille que d'autres groupes, tandis que les Asiatiques du Sud-Est sont plus nombreux à vivre avec des personnes non membres de leur famille; enfin, les Noirs représentent la plus forte proportion de personnes seules.

### Composition des ménages parmi les minorités visibles d'expression anglaise

	CSSS St. Léonard et St. Michel				
	Personnes mariées ou en union libre	Personnes vivant dans une famille monoparentale	Personnes vivant avec des membres de leur famille	Personnes vivant avec des personnes non membres de leur famille	Personnes seules
Chinois	85,3 %	9,5 %	1,1 %	1,1 %	4,2 %
Sud-Asiatiques	80,3 %	9,3 %	4,4 %	2,7 %	2,7 %
Noirs	45,9 %	29,6 %	8,8 %	3,8 %	11,9 %
Latino-Américains	64,6 %	24,6 %	1,6 %	4,9 %	4,1 %
Asiatiques du Sud-Est	64,3 %	20,8 %	2,7 %	6,3 %	6,3 %
Arabes	79,6 %	7,5 %	2,0 %	2,7 %	8,2 %

Source: CHSSN, 2012. Socio-Economic Profiles of the English-speaking Visible Minority Population by CSSS Territory in the Greater Montreal Area, 2006 census data.

### PERSPECTIVES D'AVENIR

Les participants du forum étaient d'avis que pour retenir les jeunes dans la communauté, il faudrait leur fournir plus de ressources. Ils semblaient surtout préoccupés par la consommation de marijuana parmi les jeunes. Ils espéraient que l'ajout de ressources et d'activités contribue à diminuer la consommation de drogues. Pour y parvenir (chez les jeunes et parmi l'ensemble de la population), ils ont entre autres suggéré d'atténuer les différences culturelles. Les participants ont également laissé entendre que les partenaires doivent collaborer pour échanger les pratiques optimales.

#### RÉSUMÉ la vie communautaire

Les plus gros points forts de la vie sociale et communautaire de Saint-Léonard sont également ses plus gros défis. Par exemple, l'acceptation des différences et l'appréciation du multiculturalisme sont source d'enrichissement pour la communauté. Par ailleurs, certains groupes tels que les jeunes semblent avoir du mal à s'adapter à la réalité multiculturelle de Saint-Léonard, telle que, par exemple, les gangs et l'intimidation dans certaines écoles.

Les réseaux sociaux ont également été qualifiés de point fort à Saint-Léonard, surtout pour les hommes qui se regroupent au café ou au bar pour bavarder, ainsi que pour les aînés qui ont des clubs adaptés à leurs besoins culturels. Toutefois, les femmes et les jeunes semblent avoir moins d'endroits pour se rencontrer. Ils sont plus isolés et doivent aller au centre-ville pour trouver des activités et des divertissements.

## Niveau d'instruction

### *De bonnes possibilités éducatives, mais les jeunes d'expression anglaise accusent du retard*

Dans cette partie, nous présentons les perspectives exprimées par les participants lors de la consultation tenue en mai 2012 à propos de l'éducation à Saint-Léonard, suivies de quelques statistiques pertinentes et perspectives d'avenir.

#### Déterminant social de la santé

L'état de santé s'améliore avec le niveau d'instruction. L'éducation, étroitement liée au revenu et au statut social, est source de connaissances et de compétences qui permettent de résoudre bien des problèmes. Elle contribue à renforcer le sentiment de mainmise et de maîtrise des circonstances de la vie. Elle accroît les débouchés d'emploi et les possibilités de sécurité du revenu, ainsi que la satisfaction au travail. L'éducation rend plus apte à obtenir et à comprendre l'information qui aide à rester en bonne santé.

Les personnes plus instruites ont plus facilement accès à un milieu physique sain et sont plus en mesure de préparer leurs enfants à l'école que celles qui ont un faible niveau d'instruction. Elles ont également tendance à moins fumer, à être plus actives physiquement et à avoir accès à une alimentation plus saine. Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997, seuls 19 % des répondants qui n'avaient pas fait d'études secondaires ont qualifié leur santé d'excellente par rapport à 30 % des diplômés d'université. Les Canadiens peu alphabétisés risquent plus de ne pas avoir d'emploi et de souffrir de pauvreté, d'être en moins bonne santé et de mourir plus jeunes que les Canadiens très alphabétisés. En général, les personnes plus instruites ont plus de relations sociales, adoptent un mode de vie plus sain et ont le sentiment d'être maîtres de leur vie<sup>44</sup>.

### POINTS FORTS SIGNALÉS PAR LES PARTICIPANTS

Lors de la consultation communautaire, plusieurs atouts ont été mentionnés dans le domaine de l'éducation. En général, les participants se sont dits fiers de l'éducation à Saint-Léonard. Premièrement, ils ont mentionné que les parents participent très activement à l'éducation de leurs enfants, surtout au niveau primaire. À l'école secondaire, les parents participent davantage aux activités sociales et communautaires, telles que la collecte de fonds, plutôt qu'à des ateliers de prévention.

Un autre point fort mentionné est l'esthétique des écoles. Un grand nombre d'entre elles sont rénovées ou neuves, sont bien entretenues et proches des parcs ou des rues résidentielles. Elles sont également dotées de bonnes installations telles que des gymnases. En outre, elles sont considérées comme proches de tout ce qui améliore la qualité de vie des familles.

Troisièmement, les écoles de Saint-Léonard travaillent en collaboration avec d'autres partenaires tels que d'autres écoles, le CSSS et les organismes communautaires, améliorant ainsi l'accès à de nombreux services et activités. Le contact avec la communauté semble bon également.

Enfin, les services de garderie sont considérés comme bons, même s'ils sont surtout privés, et les participants ne semblent pas savoir ce qui est offert dans le secteur public.



## DÉFIS SIGNALÉS PAR LES PARTICIPANTS

Parmi les défis signalés lors de la consultation, citons les difficultés interpersonnelles liées au multiculturalisme. Des phénomènes tels que le racisme, l'intimidation et les gangs ont été cités comme posant problème dans les écoles, même si seulement dans celles qui comptent un groupe ethnoculturel majoritaire. Les élèves qui faisaient partie d'une population minoritaire étaient généralement exclus et victimes d'intimidation par le groupe majoritaire qui, dans ce contexte, était italien. En outre, certains participants croient que la commission scolaire ferme les yeux sur ce problème.

Une autre difficulté est directement liée à ce qui suit : les participants ont supposé que, comme les élèves italiens étaient habitués à constituer la majorité tout au long de leurs études scolaires, ils n'ont pas été en contact avec d'autres cultures et n'ont pas appris à les accepter. Une fois au cégep, ils deviendront la majorité et ne sauront peut-être pas comment faire face aux différences et au choc culturel.

Les participants ont également exprimé leur inquiétude à propos de la transition entre l'école primaire et secondaire. Les élèves semblent être peu préparés psychologiquement à la transition vers l'école secondaire et risquent de ne pas être outillés pour y faire face. Ils risquent ainsi de commencer à prendre de la drogue et à souffrir d'autres problèmes sociaux.

Enfin, les participants ont ajouté que les parents ne s'occupent plus des études de leurs enfants au niveau secondaire. Rares sont les parents qui se présentent aux ateliers et conférences sur la prévention et la promotion de la santé auxquels ils sont fréquemment invités.

## QUELQUES STATISTIQUES SUR L'ÉDUCATION À SAINT-LÉONARD

L'arrondissement de Saint-Léonard est desservi par deux commissions scolaires. Les écoles françaises relèvent de la commission scolaire Pointe-de-l'Île, tandis que les écoles anglaises font partie de la commission scolaire English-Montréal. Saint-Léonard est doté de quatre écoles primaires (Dante, Général Vanier, Honoré Mercier, Pierre de Coubertin) et de deux écoles secondaires (John Paul I et Laurier MacDonald). Selon les statistiques de 2012, aucune école primaire ou secondaire de Saint-Léonard n'est classée « sous le seuil de pauvreté ». En d'autres termes, le nombre d'élèves par école qui vivent sous le seuil de faible revenu ne dépasse pas dix<sup>45</sup>. Cette réalité est très différente de celle de son voisin immédiat, Saint-Michel, où un grand nombre des écoles « vivent nettement sous le seuil de pauvreté ».

### Niveau d'instruction le plus élevé parmi les populations d'expression française et anglaise, 2006

	Province de Québec		RSS Montréal		CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	
	anglais	français	anglais	français	anglais	français
Études secondaires ou moins	44.7%	47.4%	41.3%	42.2%	48.6%	56.4%
Certificat ou diplôme d'apprentissage d'une école de métiers	9.3%	16.3%	7.6%	11.6%	11.8%	15%
Certificat ou diplôme de collège, de cégep ou autre qu'universitaire	16.2%	16.1%	16%	15.3%	19.5%	12%
Certificat ou diplôme universitaire en deçà du niveau du baccalauréat	5.2%	4.8%	5.7%	6.2%	5%	4.7%
Certificat ou diplôme universitaire	24.6%	15.3%	29.3%	24.7%	15.1%	12.1%

Source : RCSSS, 2010. Profils socio-économiques des communautés d'expression anglaise du Québec.

Comme l'indique le tableau ci-dessus, les populations d'expression française et anglaise du territoire CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel comptent une plus forte proportion d'habitants sans diplôme d'études secondaires que l'ensemble de la région de Montréal et de la province de Québec. Il est également moins probable que ces habitants aient un certificat ou un diplôme universitaire. La population d'expression anglaise du territoire de Saint-Léonard et de Saint-Michel est néanmoins moins susceptible que la population d'expression française d'avoir un certificat ou un diplôme de collège ou de cégep, ou autre qu'universitaire.

Minorités visibles, langue et éducation

Le tableau ci-dessous montre que dans le territoire CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel, le niveau d'instruction des groupes de minorités visibles affiche des différences importantes. Par exemple, les Asiatiques du Sud et du Sud-Est n'ont généralement pas de certificat ou de diplôme d'études secondaires, et la plupart des Sud-Asiatiques ont comme niveau maximal d'études un diplôme d'études secondaires ou une équivalence. Les Noirs sont les plus susceptibles d'avoir un diplôme universitaire inférieur au baccalauréat. Enfin, les Arabes se classent de loin premiers sur le plan des études universitaires.

### Niveau d'instruction parmi les groupes de minorités visibles d'expression anglaise, CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel

Groupes de minorités visibles d'expression anglaise	CSSS St. Léonard et St. Michel					Certificat ou diplôme universitaire
	Ni certificat, ni diplôme	Certificat d'études secondaires ou équivalent	Certificat ou diplôme d'apprentissage d'une école de métiers	Certificat ou diplôme de collège, de cégep ou autre qu'universitaire	Certificat ou diplôme universitaire en deçà du niveau du baccalauréat	
Chinois	29,6 %	30,2 %	3,1 %	16 %	3,7 %	17,3 %
Sud-Asiatiques	<b>32,9 %</b>	<b>36,1 %</b>	2,6 %	12,9 %	5,2 %	10,3 %
Noirs	24,2 %	23,5 %	<b>20,5 %</b>	15,9 %	4,5 %	9,8 %
Latino-Américains	24,2 %	24,2 %	13,8 %	<b>17,8 %</b>	<b>6,4 %</b>	13,2 %
Asiatiques du Sud-Est	<b>32,2 %</b>	32,3 %	7,2 %	10,3 %	3,1 %	14,3 %
Arabes	12,1 %	19,3 %	6,4 %	9,3 %	<b>7,1 %</b>	<b>45,7 %</b>
Minorité non visible	22,6 %	24,6 %	12,6 %	<b>20,9 %</b>	5,0 %	14,3 %

Source : RCSSS, Socio-Economic Profiles of the English-speaking Visible Minority Population by CSSS Territory in the Greater Montréal Area, données du Recensement de 2006.

Parmi la population de minorités visibles d'expression anglaise sur le territoire CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel, 17,7 % ont un certificat ou un diplôme universitaire. Ces personnes sont beaucoup plus susceptibles que la population de minorités non visibles d'expression anglaise d'avoir une attestation d'études universitaires (14,3 %). En outre, il est beaucoup plus probable qu'elles aient une attestation d'études universitaires que les groupes de minorités visibles d'expression française (14 %) <sup>46</sup>.

Lors de la consultation communautaire, les participants n'ont proposé que quelques changements qu'ils souhaiteraient pour l'avenir, car la discussion fut trop brève. D'une part, les participants ont dit avoir l'impression que la commission scolaire devrait intervenir davantage dans les problèmes d'intimidation. Il a également été suggéré que l'animateur de pastorale et les conseillers scolaires devraient s'occuper de ces problèmes dans les écoles. Par exemple, des ateliers sur les compétences sociales ou une intervention individuelle devrait être offerts si nécessaire. Certains participants ont dit qu'il faudrait que la prévention et la promotion de la santé chez les jeunes bénéficient d'une aide financière accrue, mais ils continuent de s'interroger sur la façon de faire participer les parents. Le groupe a également convenu qu'une formation plus poussée sur la diversité ethnique contribuerait à réduire les difficultés d'adaptation des élèves.

### RÉSUMÉ Éducation

La participation des parents est un élément important du succès d'un enfant dans ses études. À Saint-Léonard, les participants avaient l'impression que les parents prenaient une part active à l'éducation de leurs enfants, surtout au niveau primaire. Toutefois, le manque de participation des parents au niveau secondaire pose problème, surtout quand il s'agit de prévention et de promotion de la santé. D'après les participants, les écoles de Saint-Léonard sont agréables sur le plan esthétique, dotées de bonnes installations et bien situées au sein des quartiers. Les partenariats entre l'école et d'autres établissements et institutions de la communauté sont aussi considérés comme positifs. Dans la partie sur la vie sociale et communautaire, un autre problème qui a été cité est celui de l'intimidation et des gangs dont, selon les participants, la commission scolaire ne s'occupe pas. À l'avenir, les participants aimeraient que l'on trouve plusieurs façons de régler ce problème, notamment par la voie de l'éducation, de l'intervention et de politiques.



Les jeunes participent au Defi-Santé 5/30, Crédit: REISA

## Emploi et revenu

Dans cette partie, nous ne présentons que des statistiques pertinentes, parce que les conditions économiques ne faisaient pas partie des thèmes des discussions lors de la consultation tenue en mai 2012.

### Déterminant social de la santé

Il est amplement démontré qu'un statut économique et social plus élevé favorise la santé. Ces deux facteurs sont considérés comme les déterminants de la santé les plus importants. L'état de santé s'améliore chaque fois que l'on grimpe un échelon social et que le revenu augmente d'un cran. Un revenu plus élevé favorise des conditions de vie optimales, dont un logement sûr et une bonne alimentation. Le degré d'emprise que les gens ont sur les circonstances de la vie et la capacité de s'adapter à des situations stressantes constituent des influences déterminantes. Plus le revenu et le statut social sont élevés, en général, plus la personne a l'emprise nécessaire et de plus grandes ressources pour s'adapter.

Les études démontrent que les choix restreints imposés par des moyens limités et une faible capacité d'adaptation à des situations de stress aggravent la vulnérabilité d'une personne à un éventail de maladies. Par exemple, seulement 47 % des Canadiens de la tranche de revenu la plus basse qualifient leur santé de très bonne ou d'excellente, par rapport à 73 % des Canadiens du groupe de revenu le plus élevé. Les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles de mourir plus jeunes et de souffrir d'un plus grand nombre de maladies que les Canadiens à revenu plus élevé.

Et chose qui est peut-être la plus intéressante de toutes, les études révèlent que les grandes différences dans la répartition du revenu (l'écart entre les riches et les pauvres) constituent un déterminant plus important de la santé que le revenu total produit par une population. Les écarts de revenu au sein des groupes et entre eux aggravent les problèmes sociaux et l'état de santé. En d'autres termes, plus une société est équitable, plus la santé de la population est susceptible d'être bonne.

Certes, le revenu est étroitement lié aux conditions économiques et aux débouchés d'emploi. Le chômage, le sous-emploi, le travail stressant ou dangereux sont souvent liés à une moins bonne santé. Les personnes qui ont une plus grande emprise sur leurs conditions de travail et qui ont un emploi causant moins de stress sont en meilleure santé et vivent souvent plus vieilles que celles dont le travail et les activités comportent plus de stress et de risques.

En outre, l'emploi a de fortes répercussions sur la santé physique, mentale et sociale d'une personne. Le travail rémunéré est non seulement source d'argent, mais donne également un sentiment d'identité et un but dans la vie, et il est source de contacts sociaux et de possibilités de croissance personnelle. Lorsqu'une personne perd ces avantages, les résultats peuvent être désastreux tant pour la santé de la personne que pour celle de sa famille. Les personnes sans emploi voient leur espérance de vie réduite et souffrent beaucoup plus de problèmes de santé que celles qui occupent un emploi. Une étude importante réalisée pour le compte de l'Organisation mondiale de la santé a révélé qu'un fort taux de chômage et d'instabilité économique dans une société est source de graves problèmes de santé mentale et d'effets néfastes sur la santé physique des personnes sans emploi, pour leur famille et leur collectivité. Le manque d'emploi est lié à des problèmes de santé physique et mentale qui incluent la dépression, l'anxiété et une hausse des taux de suicide<sup>47</sup>.

## QUELQUES STATISTIQUES SUR SAINT-LÉONARD

### REVENU

Le revenu total moyen de la population du territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel est de 26 452 \$. Ce chiffre est inférieur à la moyenne de Montréal, qui est de 32 946 \$<sup>48</sup>. Le tableau ci-dessous indique que la population d'expression anglaise de la province est plus susceptible que la population d'expression française de gagner plus de 50 000 \$ par an; ceci demeure vrai à Saint-Léonard et à Saint-Michel. Toutefois, la population d'expression anglaise de Saint-Léonard et de Saint-Michel est moins susceptible de se trouver dans cette tranche de revenu que la population d'expression anglaise de l'ensemble de Montréal ou du Québec.

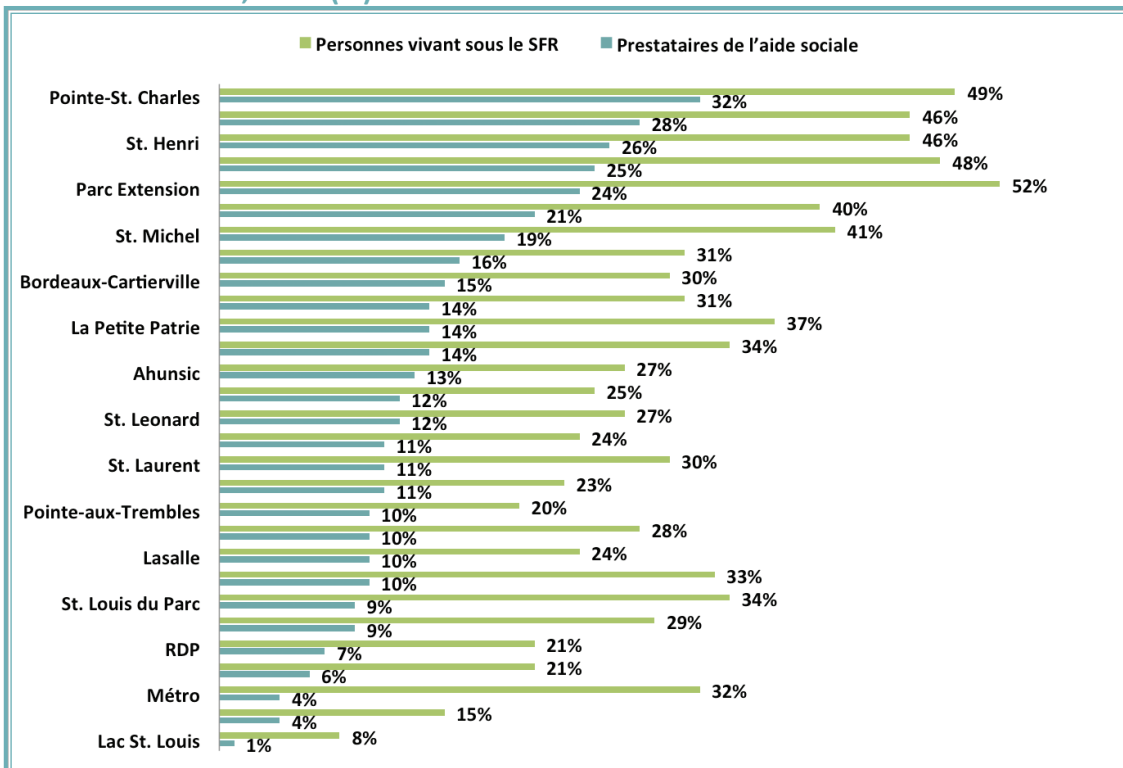
### Revenu personnel moyen parmi la population d'expression française et anglaise, diverses populations

	Province de Québec		RSS de Montréal		CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	
	anglais	français	anglais	français	anglais	français
Moins de 10 000 \$	27,6%	23,4%	28,6%	24,9%	26,4%	27,4%
10 000 \$ - 29 999 \$	35,8%	36,9%	36%	38%	38,9%	45,6%
30 000 \$ - 49 999 \$	19,4%	23,1%	23,1%	21%	22,3%	19,8%
50 000 \$ et plus	17,2%	16,6%	16,6%	16%	12,5%	7,2%

La population de Saint-Léonard compte un taux moyen de revenu provenant de l'assistance sociale par rapport au reste de Montréal, mais un taux plus faible que ses voisins immédiats tels que Saint-Michel.

Source: CHSSN, 2010. Socioeconomic Profiles of Quebec's English-Speaking Community

### Prestataires de l'aide sociale et personnes vivant sous le SFR dans les territoires CSSS de Montréal, 2005 (%)



Source: Direction de Santé Publique de Montréal, 2006. Le Portrait de Santé: Montréal



## EMPLOI

En 2010, Saint-Léonard comptait 2,6 % des emplois de l'Île de Montréal; 55 % de la population ayant un emploi occupent un poste à temps plein et 45 % un poste à temps partiel<sup>49</sup>.

De 2001 à 2010, 2 359 emplois ont été créés, ce qui constitue une hausse de 8,6 % pour cette période. Les emplois sont répartis de la façon suivante : 23,4 % dans le secteur manufacturier, et 18,3 % dans le commerce du détail. Près de la moitié (46 %) des entreprises de Saint-Léonard comptent de un à quatre employés. Le nombre d'entreprises a diminué de 2,5 % entre 2009 et 2010<sup>50</sup>.

## IMMIGRANTS RÉCENTS : INÉGALITÉS SUR LE PLAN DE L'ÉDUCATION ET DE L'EMPLOI

Le tableau ci-dessous révèle que les immigrants récents sont beaucoup plus susceptibles d'avoir un diplôme universitaire que le reste de la population mais, par ailleurs, beaucoup moins susceptibles d'être employés à temps plein. Ceci s'explique peut-être par plusieurs facteurs tels que l'incapacité de parler l'une des deux langues officielles ou le fait qu'ils n'ont pas obtenu d'équivalence de diplôme qui leur permettrait de trouver un emploi professionnel. Ceci signifie peut-être qu'ils sont plus exposés à la pauvreté, indicateur de santé bien connu, et plus vulnérables à des problèmes de santé mentale, par exemple, parce qu'ils s'adaptent à une nouvelle culture tout en n'ayant pas accès à un emploi qui leur convienne<sup>51</sup>.

### Conditions socio-économiques des immigrants récents, Saint-Léonard et Montréal

	Saint-Léonard		Montréal	
	Population totale	Immigrants récents	Population totale	Immigrants récents
Population de 25-64 ans ayant un diplôme universitaire	19,6 %	<b>44,4 %</b>	32,8 %	52,7 %
Employés à temps plein	50,9 %	60,6 %	48,4 %	31,2 %
Ne travaillent pas	7,6 %	9,3 %	6,8 %	9,9 %
Taux de chômage	10,6 %	<b>26,6 %</b>	8,8 %	20,7 %
Population vivant sous le seuil de pauvreté	20,4 %	<b>52 %</b>	22,8 %	50 %

Source : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012. Portrait des immigrants récents à Montréal

### Activité de la main-d'œuvre parmi les populations d'expression française et anglaise, diverses populations

	Province de Québec		RSS Montréal		CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	
	anglais	français	anglais	français	anglais	français
Population active	64,6 %	65,3 %	64,7 %	64,4 %	67,8 %	58,1 %
Employés	91,2 %	93,4 %	90,9 %	91,5 %	91,7 %	87,6 %
Sans emploi	<b>8,8 %</b>	6,6 %	9,1 %	8,5 %	8,3 %	12,4 %
Hors de la population active	35,4 %	34,7 %	35,3 %	35,5 %	32,2 %	41,9 %

Source : RCSSS, 2010. Profils socio-économiques de la communauté d'expression anglaise du Québec, données du Recensement de 2006.

Le tableau à gauche révèle que la tendance à Saint-Léonard et Saint-Michel est différente de celle de l'ensemble de Montréal et du Québec : la population de francophones est plus susceptible que la population anglophone de ne pas faire partie de la population active ou d'être sans emploi.

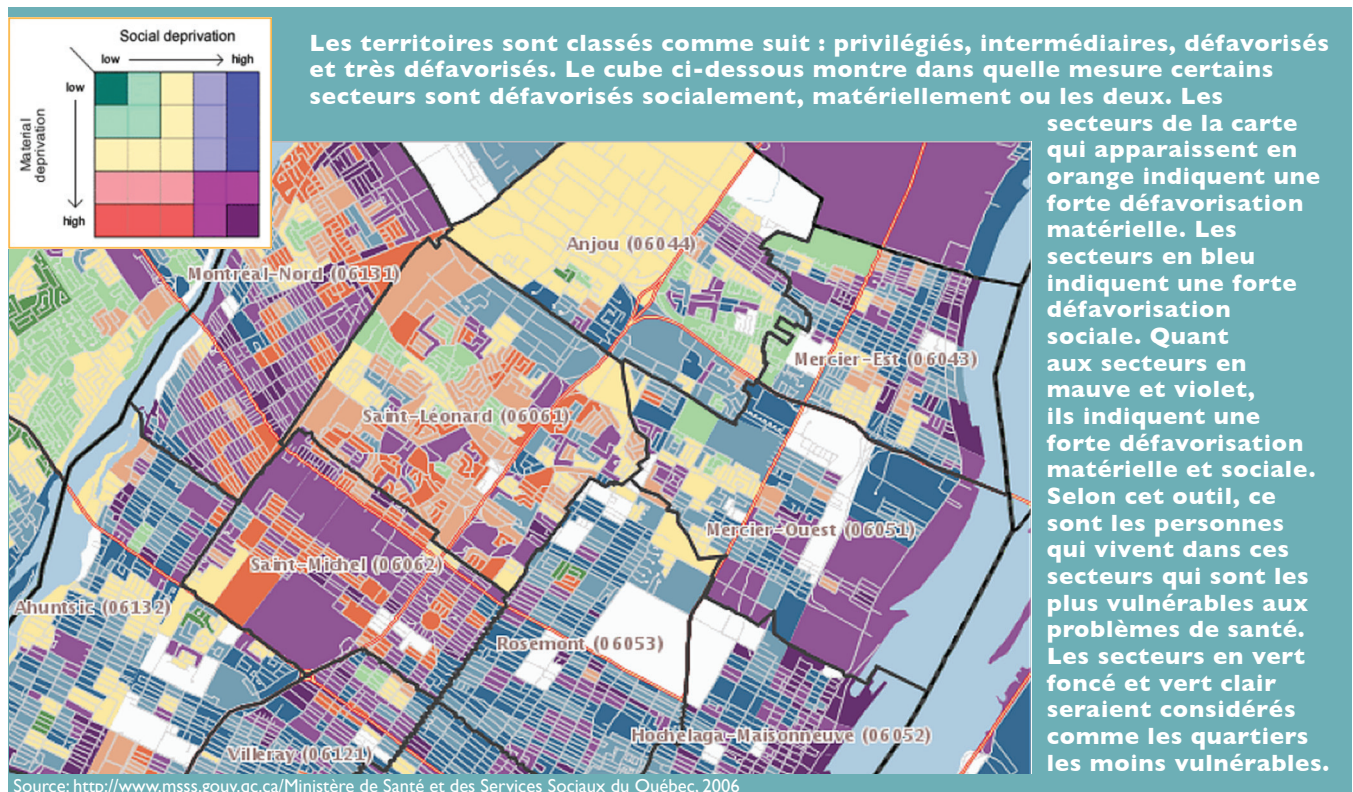
## INDICE DE DÉFAVORISATION SOCIALE ET MATÉRIELLE

L'indice de défavorisation sociale et matérielle est un instrument mis au point en 1999 par l'Institut national de santé publique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour mesurer les niveaux d'inégalité à une échelle géographique. Il sert à la planification de la santé, plus précisément comme indicateur des besoins pour les groupes plus vulnérables. La défavorisation se définit comme suit : « un état observable et démontrable de désavantages relatifs face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe ».

Ces désavantages comportent deux dimensions : matérielle (biens et commodités, y compris l'accès au logement) et sociale (réseaux sociaux, famille et communauté, isolement). Dans ces deux dimensions s'inscrivent six indicateurs : la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires, le ratio emploi population, le revenu personnel moyen, la proportion de personnes seules, la proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves, et la proportion de familles monoparentales. Ces indicateurs en excluent d'autres qui seraient importants, à Montréal-Est en particulier, tels que l'immigration et l'origine ethnique. C'est ainsi que nous pouvons néanmoins tirer certaines conclusions de la carte ci-dessous qui indique les régions les plus défavorisées de l'est de Montréal, puisque l'analyse a démontré qu'une augmentation de la défavorisation est liée à une détérioration de la santé et à un recours accru aux soins de santé<sup>52</sup>.

Les territoires sont classés comme suit : privilégiés, intermédiaires, défavorisés et très défavorisés. Le cube ci-dessous montre dans quelle mesure certains secteurs sont défavorisés socialement, matériellement ou les deux. Les secteurs de la carte qui apparaissent en orange indiquent une forte défavorisation matérielle. Les secteurs en bleu indiquent une forte défavorisation sociale. Quant aux secteurs en mauve et violet, ils indiquent une forte défavorisation matérielle et sociale. Selon cet outil, ce sont les personnes qui vivent dans ces secteurs qui sont les plus vulnérables aux problèmes de santé. Les secteurs en vert foncé et vert clair seraient considérés comme les quartiers les moins vulnérables.

Selon la carte de défavorisation sociale et matérielle ci-dessous, Saint-Léonard compte quelques secteurs frappés par cette double défavorisation, et d'autres où cette défavorisation est très peu marquée. À titre de comparaison, une forte proportion de Saint-Michel est défavorisée sur ces deux plans. D'autres secteurs de Saint-Léonard souffrent de défavorisation matérielle (couleur pêche) mais non sociale. D'autres secteurs sont défavorisés socialement (en bleu), même s'ils sont moins nombreux que dans d'autres parties de Montréal. En bref, Saint-Léonard est loin d'être homogène. Selon la carte ci-dessous, il semble être le moins homogène parmi tous les quartiers de son voisinage immédiat dans la région de Montréal.



## *Santé et bien-être à Saint-Léonard* *deux éléments propices à un mode de vie sain*

Dans cette partie, nous présentons les perspectives exprimées par les participants lors de la consultation tenue en mai 2012 sur la santé et le bien-être collectifs et personnels à Saint Léonard, suivies de quelques statistiques pertinentes et perspectives d'avenir.

### Déterminant social de la santé

Comme nous l'avons déjà vu, tous les thèmes ci-dessus ont des répercussions sur la santé et le bien-être de manière multiple et parfois complexe. Le milieu social et physique — y compris les réseaux de soutien social, les organismes communautaires, les possibilités d'éducation, l'emploi, le revenu et le statut social, le milieu naturel, l'aménagement urbain, les réseaux de transport et l'état des bâtiments, par exemple — sont ce qui touche le plus la santé des personnes et des collectivités.

Les soins de santé et les services sociaux ont également un rôle à jouer dans le maintien de la bonne santé, pour empêcher la maladie et pour traiter les personnes souffrant de problèmes de santé ou de problèmes sociaux. En fait, le système de soins de santé en soi est considéré comme un déterminant de la santé, ainsi qu'un droit humain fondamental. Il est donc très important de pouvoir avoir accès à ces services de manière efficace, efficiente et rassurante.

Au Canada, nous avons un système universel de soins de santé qui exige que les provinces fournissent tous les services « médicalement nécessaires » de manière universelle. Pourtant, l'accès aux soins demeure meilleur pour les personnes qui se situent dans les tranches de revenu les plus élevées, et il est moins probable que les ordonnances de médicaments soient prescrites pour des personnes à faible revenu. Bon nombre de Canadiens à revenu faible ou moyen n'ont pour ainsi dire pas accès aux soins de santé non assurés tels que les soins oculaires ou dentaires, les soins de counselling en santé mentale et les médicaments sur ordonnance.

La santé et le bien-être des personnes sont marqués par les interconnexions entre tous les déterminants de la santé. Un bon exemple de cet état de choses est le problème de l'insécurité alimentaire. L'alimentation, un des besoins humains fondamentaux, est un déterminant important de la santé et de la dignité humaine. L'insécurité alimentaire touche plus souvent les ménages à faible revenu, à faible niveau d'instruction et souffrant d'autres formes de défavorisation. Les personnes qui souffrent d'insécurité alimentaire ne peuvent avoir un bon régime alimentaire, tant sur le plan de la qualité que de la quantité. Elles consomment un moins grand nombre de portions de fruits et de légumes, de produits laitiers et de vitamines que celles qui vivent dans des ménages jouissant d'une sécurité alimentaire. Les carences alimentaires — plus courantes chez les ménages souffrant d'insécurité alimentaire — sont associées à une probabilité plus grande de maladies chroniques et de difficulté à faire face à ces maladies. Chez les ménages souffrant d'insuffisance alimentaire, la probabilité d'être atteint du diabète était supérieure de 80 %, de 60 % pour l'hypertension, et de 70 % pour les allergies alimentaires, par rapport aux ménages suffisamment alimentés. Enfin, selon un nombre croissant d'études, les enfants qui vivent dans des ménages souffrant d'insécurité alimentaire risquent plus de souffrir de problèmes affectifs, scolaires et comportementaux que les autres. En outre, l'insécurité alimentaire est source de stress et de sentiments d'incertitude qui peuvent avoir un effet néfaste sur la santé<sup>53</sup>.



Quelques participants à la consultation ont qualifié Saint-Léonard de paradoxe. Cet arrondissement, qui a connu des changements démographiques spectaculaires au cours des dernières années, n'a pourtant pas eu beaucoup de temps pour s'y adapter. Il est à la fois novateur et conservateur, généreux et capitaliste. Ces caractéristiques sont peut-être un atout quand il s'agit de régler certains problèmes, mais peuvent constituer un obstacle pour d'autres.

### *POINTS FORTS SIGNALÉS POUR SAINT-LÉONARD*

Les participants ont mentionné que Saint-Léonard appuie les initiatives favorisant la vie saine. Certaines activités telles que la méditation sont offertes aux personnes soumises au stress; il existe des espaces verts pour la marche et d'autres formes d'exercice tels que des parcs où l'on peut jouer et des pistes cyclables, ainsi que des activités de loisirs, ou des programmes de cuisine collective et de sports. En fait, les initiatives telles que le Défi 5-30 (qui incite à manger cinq fruits et légumes par jour et à faire 30 minutes d'exercice) ont pris de l'ampleur.

Deuxièmement, le CLSC Saint-Michel est doté d'une clinique-réseau pour les habitants qui n'ont pas de médecin de famille et où ils peuvent aller sans rendez-vous. Ceci facilite l'accès aux soins de santé. Le CLSC offre également quelques services en anglais, mais est plus limité quand il s'agit d'organiser des groupes en anglais.

En outre, certains organismes offrent des services en anglais tels que le café Second Chance, le Carrefour Jeunesse Emploi (avec message téléphonique en anglais), ainsi que la Maison des Jeunes (également avec message téléphonique en anglais). D'autres services communautaires prévoient de l'aide pour les nouveaux venus qui se heurtent à des problèmes tels que l'intégration sociale et le choc culturel.

Troisièmement, il existe un réseau solide d'organismes qui travaillent pour la population d'expression anglaise de Montréal-Est. Un participant a expliqué comment, il y a sept ou huit ans, un petit nombre de personnes qui travaillaient pour la population de Montréal-Est se trouvaient isolées, sans le moindre soutien ou partenaire. Ils ont donc commencé à établir des liens avec les programmes (au CSSS, par exemple), améliorant ainsi l'accès aux soins de santé et aux services sociaux pour l'ensemble de la population d'expression anglaise.

Un autre exemple est le Centre d'apprentissage communautaire (CLC), initiative qui place les écoles au cœur de la communauté. Ces écoles font appel à des partenariats pour offrir un éventail de services et d'activités après les heures scolaires, aux fins de répondre aux besoins des apprenants, de leur famille et de la communauté élargie. Elles tentent ainsi d'appuyer le développement holistique des citoyens et des communautés<sup>54</sup>. Selon les participants, leur CLC à l'école secondaire Laurier MacDonald a donné aux écoles un nouveau but au sein de la communauté.

### *DÉFIS SIGNALÉS PAR LES PARTICIPANTS*

À Saint-Léonard, les défis comprennent le manque de programmes communautaires adaptés à la réalité multiculturelle de Saint-Léonard. Ce phénomène exclut indirectement les membres de certains groupes ethniques de toute participation à ces programmes parce que le matériel n'est pas adapté à ces groupes, ou tout simplement parce qu'ils ne se sentent pas bienvenus ou à l'aise dans le milieu. Un exemple cité est le centre Leonardo Da Vinci qui, selon un participant, a la réputation d'être « un endroit pour la population italienne bien nantie et qui a des relations ». Cet état de choses se répercute également sur le sentiment d'appartenance des personnes.

Un autre défi a trait aux personnes âgées qui ont accès à un centre de jour. Même si elles ont le droit de fréquenter leur centre « local », le service de transport entre leur domicile et le centre est très long car il n'y en a qu'un qui offre des services en anglais. Ceci veut dire que les participants sont dispersés dans ce territoire CSSS, et le trajet d'autobus dure

parfois une heure et demie aller-retour, ce qui le rend pratiquement inaccessible à certains aînés.

Le manque d'accès à l'information en anglais est un autre problème général. Certains centres tels que le Shield of Athena traduisent leur brochure en 20 langues différentes, mais rares sont les organismes qui sont bien adaptés à la communauté culturelle de Saint-Léonard.

Enfin, il semble y avoir un manque de services en anglais dans le domaine de la santé mentale, surtout pour les dépendances. Comme ce mandat relève du Centre d'Entraide le Pivot (organisme communautaire qui a pour mission d'aider les gens à trouver un équilibre psychosocial en organisant des réunions de groupe, des visites, un soutien individuel, etc.), les CLSC et d'autres organismes ne fournissent pas de services aux personnes qui éprouvent ce genre de besoins. Il semble donc y avoir un manque de services dans ce domaine.

### *QUELQUES STATISTIQUES SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE*

Le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel emploie 1 140 médecins, 45 dentistes et pharmaciens et 90 bénévoles. Il est associé à trois cliniques-réseaux : le CLSC Saint-Michel, la clinique Viau et la polyclinique Cabrini<sup>55</sup>. Les participants se sont dits satisfaits des services offerts, mais il importe de signaler que Montréal en général a connu une croissance plus lente du nombre de cliniques et d'infirmières auxiliaires que le reste du Québec (une augmentation variable de 0,9 % pour Montréal par rapport à une augmentation variable de 1,6 % pour le reste du Québec)<sup>56</sup>.

Le CSSS du territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel est le plus démuné matériellement parmi tous les territoires socio-sanitaires de la région de Montréal; toutefois, cette pauvreté sévit surtout dans l'arrondissement de Saint-Michel. Néanmoins, la population semble relativement en bonne santé par rapport à l'ensemble de Montréal<sup>57</sup>. Ceci s'explique peut-être, au moins en partie, par la solidité du tissu social qui unit ces communautés. En fait, de nombreuses études ont révélé que le soutien communautaire peut alléger certains des besoins en matière de soins de santé et de services sociaux. Voici quelques exemples d'activités informelles de prévention et de promotion de la santé : avoir un être cher qui apporte à manger à un membre de sa famille qui est malade, parler avec ses voisins pour faire face au stress et nouer des relations significatives dans la communauté, et avoir un membre de la famille qui vient habiter temporairement chez quelqu'un qui vient de subir une opération.

### *AÎNÉS*

À Saint-Léonard, les aînés représentent jusqu'à 19 % de la population<sup>58</sup>. La population des aînés a augmenté de 21,9 % au cours des cinq dernières années<sup>59</sup>, croissance à laquelle toute communauté ou système de santé a du mal à s'adapter. Parmi ces aînés, 26 % vivent seuls, 63 % sont immigrants (dont 6 % sont des minorités visibles) et 65 % n'ont pas fini leurs études secondaires ou postsecondaires.

## Aînés à Saint-Léonard et Montréal

	Saint-Léonard	Montréal
État civil des aînés de 65 ans et plus		
Célibataires	5.2%	11.6%
Mariés légalement	58%	45.8%
Séparés	1.8%	2.7%
Divorcés	7.8%	10.3%
Veufs	27.9%	29.5%
Aînés de 65 ans et plus qui vivent dans des ménages privés		
Vivant avec des membres de leur famille	5.8%	5.2%
Vivant avec des personnes non membres de leur famille	1.7%	2.4%
Vivant seuls	25.6%	36.8%

Source: Ville de Montréal, Arrondissement de St. Léonard, Profil de la Population de 65 ans et plus.

Comme nous le voyons dans le tableau ci-dessous, les aînés de Saint-Léonard sont moins susceptibles de vivre seuls et sont donc moins vulnérables que les aînés de Montréal qui sont généralement plus nombreux à vivre seuls<sup>60</sup>.

Les aînés sont parfois défavorisés quand il s'agit d'accès aux soins de santé et aux services sociaux, car un plus fort pourcentage de la population ne connaît aucune des deux langues officielles, et une proportion importante parle une langue autre que le français ou l'anglais chez soi.



Jeu de bocce. Crédit: REISA

## Les aînés et la connaissance des langues officielles à Saint-Léonard et à Montréal - 2006

	Saint-Léonard	Montréal
Connaissance des langues officielles		
Anglais seulement	4.8%	12.5%
Français seulement	46.2%	39.7%
Anglais et français	36.1%	41.1%
Ni F, ni E	12.9%	6.7%
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais seulement	6.3%	15%
Français seulement	37.6%	58.2%
Autre langue	52.8%	24.1%
Langues multiples	3.0%	2.7%

Source : Ville de Montréal, arrondissement de Saint-Léonard, Profil de la population de 65 ans et plus.

Un bon nombre de ces aînés ne parlent aucune des deux langues officielles. Ceci ne veut pas nécessairement dire que cette population est désavantagée quand il s'agit de vie sociale et communautaire, toutefois, car elle est peut être bien intégrée dans sa communauté culturelle, ce qui vient combler certains de ses besoins en soins de santé.

## *IMMIGRANTS RÉCENTS*

Les immigrants récents se trouvent parfois dans des circonstances particulières qui se répercutent sur leur santé, telles que l'adaptation et l'intégration sociale, une situation économique précaire, une séparation prolongée des membres de leur famille, une déqualification professionnelle, un traumatisme pré-migratoire, entre autres. Une étude de 2005 a révélé que les immigrants récents ont moins accès aux soins de santé et aux services sociaux. À Montréal, 50 % d'entre eux n'ont pas de médecin de famille et 16 % disent éprouver des besoins médicaux non satisfaits (par rapport à 32 % et à 13 % de l'ensemble de la population)<sup>61</sup>.

## *LA SANTÉ MENTALE À MONTRÉAL-EST*

Une étude menée par les quatre CSSS de Montréal-Est a révélé que 23,9 % des répondants ne connaissaient pas assez le français pour consulter un professionnel de la santé en français<sup>62</sup>. Le soutien psychosocial nécessite donc la présence d'un thérapeute qui peut communiquer avec le client dans sa langue maternelle. Se contenter du français ne marche tout simplement pas dans de telles circonstances.

Cette étude a également révélé que les services existants pour les jeunes n'étaient pas très bien connus. Par exemple, l'hôpital Royal Victoria détient le mandat de psychiatrie infantile mais peu de personnes le savaient. En outre, il n'existe aucun « corridor » de services avec les hôpitaux psychiatriques anglophones de Montréal. Qui plus est, dans Montréal-Est, aucun organisme communautaire de santé mentale ne dessert la population d'expression anglaise. Les organismes mandatés régionalement pour desservir la population dans le domaine de la santé mentale comptent peu de professionnels bilingues et ont une liste d'attente de deux ans. Les CLSC locaux n'ont guère plus les ressources voulues pour desservir cette clientèle. D'après les commentaires des dirigeants des CSSS, il y a pénurie de personnel dans un grand nombre de leurs services. Ils ont ajouté qu'aucune demande n'était faite par la population anglophone pour obtenir des services de santé mentale pour les jeunes. En ce qui concerne le centre de crise qui dessert l'ensemble de Montréal-Est, certains employés sont censés avoir un niveau d'anglais acceptable mais les services ne sont pas annoncés comme étant bilingues.

Sur une note plus positive, les dirigeants semblaient ouverts à adapter leur plan d'action à la population d'expression anglaise et à offrir des cours d'anglais au personnel par la voie de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal. Les aînés en particulier ont mentionné l'importance d'être accueilli par un réceptionniste bilingue et amical. Un accueil peu aimable a fait en sorte qu'un grand nombre d'aînés évitent leur CLSC.

## *PERSPECTIVES D'AVENIR*

Les participants de la consultation communautaire ont suggéré que, pour inclure divers groupes multiculturels dans les centres communautaires, on pourrait les inviter personnellement et les travailleurs pourraient aller dans ces diverses communautés et rencontrer les gens. Ils ont également suggéré que pour l'amélioration de l'accès à l'information, le Shield of Athena pourrait servir d'exemple. Il s'agit d'un groupe communautaire qui s'occupe de problèmes de violence conjugale et qui traduit ses brochures en 20 langues différentes. D'aucuns ont manifesté de l'intérêt pour se renseigner davantage sur les ressources locales dans le cadre d'un forum communautaire. Enfin, il a été suggéré de discuter des partenariats existants et d'en créer de nouveaux.

## RÉSUMÉ

### la santé et le bien être collectif

Les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires ont du mal à connaître les besoins des groupes minoritaires si l'information n'est pas disponible. C'est pourquoi il est indispensable de mettre régulièrement à jour les connaissances de base et les partenariats pour améliorer l'accès de ces populations aux soins de santé et aux services sociaux. Les points forts signalés pour Saint-Léonard ont trait à la variété et à l'existence d'activités favorables à une vie saine. Les participants ont également indiqué qu'ils appréciaient les services disponibles en anglais et le réseau solide d'organismes qui travaillent ensemble dans Montréal-Est pour la communauté d'expression anglaise. Le CLC de l'école secondaire Laurier MacDonald a également été considéré comme un atout pour la communauté, car il peut être le berceau de nouvelles initiatives de toutes sortes. Les défis avaient surtout trait au problème de l'exclusion et au manque de services adaptés à la communauté multiculturelle, ainsi qu'au manque d'accès au centre de jour pour les aînés, au manque d'information en anglais et au manque de services de santé mentale en anglais.

## Environnement

Dans cette partie, nous présentons des perspectives exprimées par les membres de la communauté lors de la consultation tenue en mai 2012 sur l'environnement naturel et bâti de Saint-Léonard, suivies de certaines statistiques pertinentes et de perspectives d'avenir.

### Déterminant social de la santé

L'environnement naturel et bâti est l'un des déterminants de la santé, car il joue un rôle important dans la qualité de vie de la population et de son bien-être physique et psychologique. À certains degrés d'exposition, les contaminants qui circulent dans notre air, notre eau, nos aliments et notre sol peuvent causer plusieurs effets néfastes pour la santé, notamment le cancer, des anomalies congénitales, des maladies respiratoires et des problèmes gastro-intestinaux. Dans l'environnement bâti, les facteurs liés au logement, à la qualité de l'air ambiant et à la conception des collectivités et des réseaux de transport ont parfois des répercussions importantes sur notre santé, tant au niveau individuel que collectif.

L'endroit où vivent les gens se répercute sur leur santé et sur leurs chances de mener une vie épanouie. Les collectivités et les quartiers qui assurent l'accès aux biens de base et la cohésion sociale, qui sont conçus pour favoriser le bien-être physique et psychologique, et qui protègent notre environnement naturel sont indispensables à l'équité sociale.

Par exemple, il a été démontré que divers éléments de l'environnement bâti et de l'environnement de services se répercutent sur le comportement de la population, tels que l'intensité des activités physiques auxquelles ils s'adonnent ou leur régime alimentaire, qui peuvent à leur tour avoir un effet sur des caractéristiques physiques telles que le poids corporel. Comme l'obésité est devenue l'un des problèmes de santé publique les plus troublants au cours des dernières années — qualifiée d'épidémie par l'Organisation mondiale de la santé —, les chercheurs et les organisations sanitaires tentent de mieux comprendre comment favoriser un mode de vie sain et empêcher les problèmes de poids.

Il y a bien des façons de changer l'environnement pour inciter les gens à opter pour le transport actif, à manger plus sainement et à être en interaction avec leurs voisins. Par exemple, les quartiers peuvent être conçus pour avoir une vocation à la fois commerciale et résidentielle, avec des sentiers pédestres et des pistes cyclables, et un accès facile au transport en commun et aux infrastructures de loisirs. Il est ainsi plus facile pour la population de s'adonner à certaines activités dans un rayon qu'elle peut parcourir à pied et d'avoir des contacts plus fréquents avec les voisins<sup>63</sup>.



## POINTS FORTS SIGNALÉS PAR LES PARTICIPANTS

L'environnement bâti et naturel de Saint-Léonard comporte, d'après les participants, de nombreux points forts qui sont souvent liés à l'école et à ses initiatives. Parmi les activités citées, figurent la plantation d'arbres, les parcs, les opérations d'assainissement de la ville, la sensibilisation à l'utilisation de l'eau, entre autres questions environnementales. En deuxième lieu, Saint-Léonard a été décrit comme comportant de nombreux espaces verts, grâce en partie à l'aménagement urbain des années 1960. Les parcs ont été implantés de manière stratégique (un grand parc dans chacune des quatre parties de Saint-Léonard) et de nombreuses rues sont bordées d'arbres. L'arrondissement de Saint-Léonard compte un grand nombre de parcs, tels que le parc Coubertin, le parc Delorme, le parc Ferland, le parc Garibaldi, le parc Pie-XII, le parc Luigi-Pirandello, le parc Wilfrid-Bastien et le parc Hébert<sup>64</sup>. En troisième lieu, les petits jardins communautaires ont été qualifiés de coquets.

Certains édifices, tels que la bibliothèque et le centre Leonardo Da Vinci, ont été qualifiés d'atouts dans le sens où ce sont des lieux agréables sur le plan esthétique, ainsi que confortables et accueillants pour se détendre et rencontrer des gens. Saint-Léonard est considéré comme pratique parce qu'il est près de la ville et doté d'un réseau de transport en commun. Ceci est un avantage pour les jeunes.



Source: [arrondissement.com](http://arrondissement.com)



Eco-Quartier anime des activités au Centre Leonardo da Vinci, Crédit: REISA

Enfin, le recyclage est également considéré comme un atout. Devenu la norme chez bien des ménages, il se pratique également dans les écoles. L'Éco-Quartier de Saint-Léonard a pour mission d'initier la communauté aux pratiques écologiques, notamment au recyclage et au compostage.

## DÉFIS SIGNALÉS PAR LES PARTICIPANTS

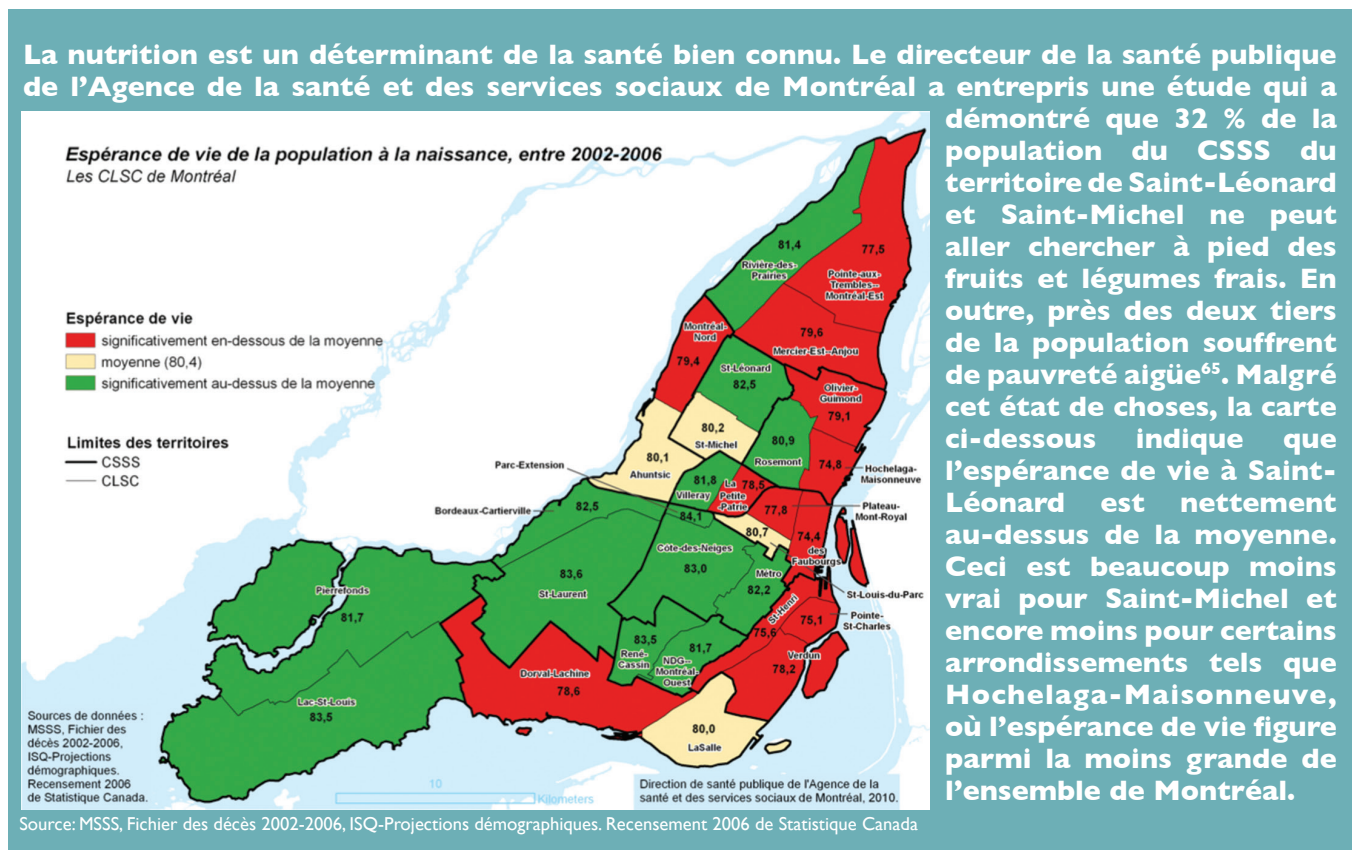
D'aucuns ont mentionné qu'il n'y a pas assez d'espace à Saint-Léonard et que les édifices sont de plus en plus hauts, par exemple sur la rue Jean-Talon. On dit également des banlieues qu'elles sont de plus en plus urbaines et que le prix du logement y est inabordable. Certaines personnes supposent que ceci s'explique par le fait qu'un nombre croissant de personnes viennent s'y installer en raison de sa proximité du centre-ville.

Les participants ont également parlé des pistes cyclables : ils croient qu'elles ont besoin d'aménagements car il est impossible de circuler du nord au sud de Saint-Léonard parce que la piste cyclable n'est pas continue. En conséquence, les gens qui voudraient se rendre au travail à bicyclette ne peuvent le faire, à moins d'emprunter les boulevards, qui sont dangereux. L'état des rues est également considéré comme problématique, car il y a beaucoup de nids de poule qui sont peu esthétiques et mauvais pour les voitures.

Les participants étaient d'avis que l'entretien de l'arrondissement s'est détérioré : alors que la ville désherbaît les trottoirs et procédait sans tarder au déneigement, elle a du mal à le faire aujourd'hui en raison du manque de fonds. Dans la même veine, les gens se plaignent que les poubelles et les bacs de recyclage ne sont pas vidés assez souvent, ce qui entraîne un débordement et la présence de déchets dans les rues. Le dernier problème mentionné a trait à la sécurité des piétons et à la possibilité de marcher. Les participants remarquent qu'il n'y a pas assez de passages pour piétons, ce qui constitue pour eux un danger.

### QUELQUES STATISTIQUES SUR L'ENVIRONNEMENT

Saint-Léonard est un arrondissement qui fait partie d'une métropole animée, et qui offre un environnement naturel et bâti d'une grande variété. Même si l'arrondissement fut surtout construit pendant les années 1960 alors que la population était surtout italienne (le type des maisons et l'architecture en attestent), le paysage a évolué lentement au cours des dernières décennies pour accueillir la population et les entreprises en pleine croissance. Par exemple, la rue Jean-Talon Est compte plus de 271 magasins et entreprises. Située au cœur de Saint Léonard, cette artère commerciale exerce une forte influence culturelle et économique sur l'arrondissement. Elle est reconnue pour la qualité de ses services et pour la participation de ses gens d'affaires à la communauté. Il en a toujours été ainsi car un grand nombre d'Italiens y ont leur entreprise; toutefois, comme nous l'avons dit précédemment, le type des édifices est en train de changer. Ceci fait l'affaire de certains mais comporte des conséquences pour d'autres.



## PERSPECTIVES D'AVENIR

Pour l'avenir, la population espère que l'on créera plus d'espaces verts. D'aucuns espèrent également que les jeunes participent davantage au jardinage et qu'ils apprennent à entretenir les espaces verts. Le groupe a convenu qu'il serait bien d'améliorer la piste cyclable. Il croit également que s'il y avait plus de poubelles et de bacs de recyclage près des restaurants, des magasins et des lieux publics en général, l'arrondissement serait plus propre. Par ailleurs, les écoles ont été qualifiées d'excellent moyen de sensibiliser les jeunes à l'environnement et d'encourager les initiatives communautaires de protection de l'environnement.

### RÉSUMÉ L'environnement

Les aspects positifs incluent le fait que les écoles participent aux activités environnementales et à la sensibilisation à l'environnement. D'autres aspects ont également été cités pour Saint-Léonard : nombreux espaces verts, jardins communautaires, édifices esthétiques et succès du recyclage. Parmi les défis mentionnés, figurent des espaces verts insuffisants, la détérioration du réseau routier, les poubelles publiques qui débordent et les pistes cyclables qui ont besoin d'amélioration. D'aucuns croient également que le développement urbain est en train d'urbaniser l'architecture. La possibilité de marcher semble poser problème car il n'y a pas de passage pour piétons à chaque coin de rue. Pour l'avenir, on espère multiplier les espaces verts en transformant des zones pavées en verdure ou en jardins, en améliorant les pistes cyclables du nord au sud de Saint-Léonard, et en vidant les poubelles plus souvent pour empêcher qu'elles ne débordent.

## Résumé et vision d'avenir

L'histoire de Saint-Léonard est unique. Alors que cette localité était au départ un petit village rural francophone, il a connu une croissance exponentielle dans les années 1970 pour accueillir une nouvelle communauté italienne dynamique. Aujourd'hui, la diversité de Saint-Léonard va croissant, notamment avec un grand nombre de Néo-Canadiens provenant d'Afrique du Nord.

Les immigrants représentent une proportion importante de la population de Saint-Léonard : 38 % de la population est immigrante (41 % d'origine italienne), tandis que les immigrants récents représentent 8 %. Quoique la langue maternelle de la majorité de la population soit le français ou l'italien, 35 % des immigrants récents parlent arabe et 22 % espagnol.

En ce qui concerne **la vie sociale et communautaire**, une bonne part de la population d'expression anglaise a un sens marqué de la famille, et très peu de personnes vivent seules ou avec des personnes non membres de leur famille par rapport à la population d'expression anglaise de l'ensemble de la province. Dans la plupart des cas, les habitants de Saint-Léonard vivent au sein d'une famille dont le couple est marié ou vit en union libre.

Fait intéressant, le coût du logement est sensiblement plus élevé que dans les arrondissements voisins. Ceci joue en faveur de ceux qui essaient de vendre leur maison, mais désavantage ceux qui vivent sous le seuil de pauvreté (dont de nombreux immigrants récents), car une forte proportion de leur revenu est consacrée au logement.

Les points forts signalés par les participants ont trait à une attitude d'accueil et d'acceptation au sein de la communauté, ainsi qu'aux nombreuses possibilités de contacts sociaux. Toutefois, il est entre autres difficile de s'adapter au multiculturalisme, surtout dans certains milieux tels que les écoles et dans le cadre des services offerts par les organismes communautaires. Un autre défi est la pauvreté dont les personnalités politiques semblent faire fi. Enfin, il n'y a pas assez d'activités et de lieux où les jeunes peuvent se rencontrer, ce qui les expose à la dérive. Pour l'avenir, il faut espérer que les jeunes bénéficieront de ressources plus abondantes, afin de maintenir et d'améliorer le dynamisme de la communauté, et que les organismes communautaires s'efforceront davantage d'inclure les groupes multiculturels.

Dans le domaine de **l'éducation**, on a constaté qu'aucune école de Saint-Léonard n'était classée dans la catégorie « défavorisée », ce qui veut dire que moins de dix élèves par école vivaient sous le seuil de faible revenu. Comme la plupart des statistiques sur l'éducation couvrent le territoire de Saint-Michel, certains résultats sont peut-être biaisés car Saint-Michel est plus défavorisé économiquement que Saint-Léonard. Ceci ne veut pas dire néanmoins que Saint-Léonard soit totalement exempt de secteurs pauvres.

Les points forts signalés par les participants lors de la consultation comprennent la participation des parents à l'éducation de leurs enfants, les installations scolaires de qualité supérieure, et de bons partenariats entre les écoles et d'autres organismes. Parmi les défis mentionnés, figurent les difficultés, telles que l'intimidation et le racisme, liées au multiculturalisme, et le fait que la commission scolaire semble faire fi de ces problèmes. Pour les jeunes italiens, ceci a pour effet qu'ils subissent un choc culturel lorsqu'ils quittent leur milieu natal et se rendent compte que tout le monde n'est pas comme eux. Pour l'avenir, il faut espérer que la commission scolaire et le personnel des écoles s'attaquent davantage aux problèmes d'intimidation et de racisme. Les participants espèrent également qu'à l'avenir, la prévention et la promotion de la santé bénéficieront d'un financement plus important.

Au chapitre **des revenus et de l'emploi**, seules des statistiques ont été présentées car ce sujet n'a pas été abordé pendant la consultation. Parmi les points importants, citons le fait que les revenus sont plus bas à Saint-Léonard que dans l'ensemble de Montréal, malgré le coût élevé du logement. En outre, la population d'expression anglaise de Saint-Léonard est beaucoup moins susceptible de gagner un revenu se situant dans la tranche de 50 000 \$ et plus par rapport à la population d'expression anglaise de l'ensemble de Montréal et du reste de la province. Depuis quelque temps, les immigrants récents sont beaucoup plus susceptibles d'avoir un diplôme universitaire mais il est beaucoup moins probable qu'ils aient un emploi.

En ce qui concerne **la santé et le bien-être**, on s'est aperçu que la population des aînés de Saint-Léonard est très élevée et qu'elle a augmenté de 22 % au cours des cinq dernières années. Parmi ces aînés, 63 % sont immigrants et 65 % n'ont pas fini leurs études secondaires. À Saint-Léonard, un grand nombre d'aînés ne parlent ni français, ni anglais. Cet état de choses risque de les défavoriser quand il s'agit d'avoir accès aux soins de santé et aux services sociaux.

Les points forts signalés ont entre autres trait aux saines habitudes de vie en général qui sont encouragées à Saint-Léonard. Ensuite, les cliniques-réseaux sont utiles pour ceux qui n'ont pas de médecin de famille. Enfin, le centre communautaire d'apprentissage a contribué à améliorer le bien-être de la communauté d'expression anglaise en offrant des activités et programmes relatifs aux soins de santé et aux services sociaux qui n'existaient pas auparavant. Les défis mentionnés sont les suivants : manque de programmes communautaires adaptés à la communauté multiculturelle, manque général d'information sur la santé et les services sociaux en anglais, manque de services de santé mentale en anglais et, enfin, inaccessibilité du centre de jour pour les aînés à cause des longs trajets d'autobus. Pour l'avenir, on espère entre autres que l'on trouvera des façons novatrices de travailler avec la communauté multiculturelle, qu'il y aura plus de documents traduits sur la santé et les services sociaux, plus de partenariats afin d'améliorer l'accès à la santé et aux services sociaux et, enfin, plus de forums et d'activités communautaires qui permettent à la communauté de se renseigner sur ce qui lui est offert et d'échanger des idées.

Enfin, au chapitre de **l'environnement**, les aspects positifs incluent le fait que les écoles participent aux activités environnementales et à la sensibilisation à l'environnement. D'autres aspects ont également été cités pour Saint-Léonard : nombreux espaces verts, jardins communautaires, édifices esthétiques et succès du recyclage. Parmi les défis mentionnés, figurent des espaces verts insuffisants, la détérioration du réseau routier, les poubelles publiques qui débordent et les pistes cyclables qui ont besoin d'amélioration. D'aucuns croient également que le développement urbain est en train d'urbaniser l'architecture. La possibilité de marcher semble poser problème car il n'y a pas de passage pour piétons à chaque coin de rue. Pour l'avenir, on espère multiplier les espaces verts en transformant des zones pavées en verdure ou en jardins, en améliorant les pistes cyclables du nord au sud de Saint-Léonard, et en vidant les poubelles plus souvent pour empêcher qu'elles ne débordent.



## *Le rôle de REISA*

Au cours des cinq dernières années, REISA a créé des partenariats avec la communauté d'expression anglaise et avec les établissements de Saint-Léonard et des environs. REISA a créé un partenariat avec la municipalité de Saint-Léonard ainsi qu'avec la Table de concertation de Saint-Léonard (groupe de 35 organismes communautaires qui offrent des services en français) en vue de permettre à la communauté d'expression anglaise en situation minoritaire de mieux connaître les façons les plus efficaces d'améliorer l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais. Cette initiative a abouti au jumelage de plusieurs organismes qui offrent des services en français avec le très petit nombre d'organismes qui offrent des services en anglais et qui constituent le réseau REISA.

Le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel reconnaît et apprécie le rôle de REISA qu'il considère comme crucial pour la mobilisation et la revitalisation de la communauté. REISA a été invité à siéger à des comités importants formés par les commissions scolaires françaises et anglaises de ce secteur en vue de dresser un plan d'action pour assainir les écoles et réduire le phénomène du décrochage scolaire. L'objectif premier de REISA pour l'avenir consiste à être reconnu comme un représentant communautaire apprécié, et à prôner et favoriser activement la vitalité de la communauté pour la population d'expression anglaise de l'est de Montréal.



SOMMAIRE	LA VIE COMMUNAUTAIRE	NIVEAU D'INSTRUCTION	ENVIRONNEMENT	SANTÉ
<p><b>POINTS FORTS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceptation des différences multiculturelles</li> <li>• Très nombreuses occasions de relations sociales dans la communauté (surtout pour les hommes et les aînés)</li> <li>• Les jeunes ont accès à des programmes sportifs</li> <li>• La communauté fait beaucoup pour aider les jeunes et les personnes défavorisées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les parents interviennent surtout dans l'éducation primaire.</li> <li>• Les écoles sont rénovées et dotées de bonnes installations.</li> <li>• Il existe de bons partenariats entre les écoles et d'autres organismes de la communauté.</li> <li>• Bons services privés de garderie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les écoles organisent de nombreuses activités de protection de leur environnement et de sensibilisation à cet aspect, ou y participent.</li> <li>• Les arbres et les espaces verts sont nombreux à Saint-Léonard.</li> <li>• Beaux jardins communautaires.</li> <li>• Les édifices sont accueillants et esthétiques.</li> <li>• L'emplacement de Saint-Léonard est commode, près du centre-ville.</li> <li>• Le recyclage marche bien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saint-Léonard appuie les saines habitudes de vie de toutes sortes (environnementales, physiques, spirituelles, nutritionnelles, etc).</li> <li>• La clinique-réseau sans rendez-vous améliore l'accès pour les personnes qui n'ont pas de médecin de famille.</li> <li>• Présence d'un réseau communautaire solide qui tente d'améliorer le bien-être de la population d'expression anglaise.</li> <li>• Les nouvelles initiatives du centre communautaire d'apprentissage sont bonnes pour la communauté et donnent à l'école une vie et un but nouveaux.</li> </ul>	
<p><b>DÉFIS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'acceptation des différences multiculturelles pose problème dans certaines écoles</li> <li>• Les occasions de relations sociales sont limitées pour les femmes</li> <li>• Manque d'activités communautaires en anglais (ex. : ateliers)</li> <li>• Les personnalités politiques qui ne veulent pas attirer les pauvres à Saint-Léonard passent sous silence les problèmes de pauvreté dans la communauté.</li> <li>• Pas assez d'activités de loisirs parce que la communauté ne tolère pas le tapage qu'elles créent.</li> <li>• ceci amène les jeunes à venir en ville, laissant derrière eux une population vieillissante.</li> <li>• ceci entraîne des problèmes sociaux chez les jeunes tels que la consommation de drogues, parce qu'il n'y a personne pour les surveiller.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés associées au multiculturalisme.</li> <li>• On dit que l'école ferme les yeux devant ces problèmes d'intimidation.</li> <li>• Les jeunes italiens qui sont une majorité dans les écoles ne sont pas préparés aux études postsecondaires. Ils subissent un choc culturel.</li> <li>• Il semble y avoir des problèmes de transition lorsque les élèves passent de l'école primaire à l'école secondaire. Ils n'ont pas la maturité voulue pour s'adapter à divers milieux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas assez d'espaces verts.</li> <li>• Saint-Léonard s'urbanise – les édifices en béton sont de plus en plus gros.</li> <li>• Le prix du logement est inabordable.</li> <li>• Les pistes cyclables ont besoin d'améliorations.</li> <li>• Le réseau routier se détériore.</li> <li>• L'arrondissement est moins bien entretenu; moins de désherbage des trottoirs, moins de déneigement, débordement des poubelles.</li> <li>• Il est difficile de se déplacer à pied; manque de passage pour piétons aux grandes intersections.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les programmes communautaires adaptés à la réalité multiculturelle de Saint-Léonard sont insuffisants.</li> <li>• Les aînés n'ont pas accès au centre de jour parce que le trajet en autobus est trop long.</li> <li>• En général, la formation en anglais sur les soins de santé et sur les services sociaux et communautaires est insuffisante.</li> <li>• Les services offerts en anglais pour la santé mentale sont insuffisants.</li> </ul>
<p><b>AVENIR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus de ressources pour les jeunes (lieux où se rencontrer, activités de loisirs).</li> <li>• Les partenaires et participants communautaires doivent investir pour atténuer, au profit des jeunes, les différences culturelles dans un contexte multiculturel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La commission scolaire devrait intervenir davantage dans les problèmes d'intimidation.</li> <li>• L'animateur de pastorale et les conseillers scolaires devraient intervenir davantage dans les problèmes d'intimidation et de racisme en proposant des ateliers (ex. : diversité ethnique) sur le sujet ou en intervenant personnellement en cas de problème.</li> <li>• Accroître l'aide financière pour la prévention et la promotion de la santé dans les écoles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer plus d'espaces verts en transformant les zones pavées en verdure.</li> <li>• Améliorer les pistes cyclables en les réparant et en les prolongeant du nord au sud.</li> <li>• Ajouter des poubelles et des bacs de recyclage près des magasins et restaurants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inviter personnellement les personnes de divers horizons ethniques aux activités communautaires afin de favoriser l'inclusion.</li> <li>• Traduire les documents dans un grand nombre de langues afin d'améliorer l'accès à l'information.</li> <li>• Organiser un forum communautaire pour permettre à la population de se renseigner davantage sur les ressources locales.</li> <li>• Plus de partenariat.</li> </ul>

## Notes de fin

1. Institut national de santé publique du Québec (2002). La santé des communautés : perspective pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Québec : INSPQ, 46 p. [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)
2. Idem.
3. Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec, 2012. La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir.
4. Lachance, Roger, 2009. L'Obsession du citoyen, Réseau québécois de Villes et Villages en santé.
5. Simard, Paule, 2009. "Villes et villages en santé--le concept" pages 161-183 dans Roger Lachance, L'obsession du citoyen, Réseau québécois de Villes et Villages en santé.
6. Community Health and Social Services Network, 2003, A Community Guide to the Population Health Approach. [www.chssn.org](http://www.chssn.org)
7. Ces données réfèrent aux personnes dont la langue maternelle est l'anglais. En 2001, plus de 67 % des Anglophones rapportait être bilingues (français et anglais) par rapport à 51 % chez les personnes ayant une langue maternelle autre que l'anglais ou le français, et 37 % chez les francophones (Parenteau et al., 2008).
8. Community Health and Social Services Network, Investment Priorities 2009-2013, [www.chssn.org](http://www.chssn.org)
9. Community Health and Social Services Network, Prospectus 2004, [www.chssn.org](http://www.chssn.org)
10. Parenteau, Philippe, Marie-Odile Magnan et Caroline V. Thibault sous la dir. de Madeleine Gauthier. 2008. Portrait socio-économique de la communauté anglophone au Québec et dans ses régions, Institut national de la recherche scientifique Urbanisation Culture et Société, Québec, 278 p.
11. Community Health and Social Services Network, Baseline Data Report 2008-2009, page 10.
12. Maynard, Hugh, 2007. Models and Approaches for Community Development in the English-Speaking Communities of Quebec. Report prepared for the Quebec Community Groups Network.
13. xiii Corbeil, Jean-Pierre, Brigitte Chavez et Daniel Pereira, 2010. Portrait des minorités de langue officielle au Canada : les anglophones du Québec. Statistics Canada, Numéro du catalogue 89-642-X. Parenteau et al., 2008
14. Community Health and Social Services Network, 2010. Profils socioéconomiques des communautés d'expression anglaise du Québec, [www.chssn.org](http://www.chssn.org)
15. Community Health and Social Services Network, 2003, A Community Guide to the Population Health Approach. [www.chssn.org](http://www.chssn.org)
16. Minkler, Meredith and Nina Wallerstein 2003. Community-Based Participatory Research for Health, Jossey-Bass: San Francisco.
17. Ville de Montréal, 2012. Profil sociodémographique : arrondissement de Saint-Léonard.
18. « Saint-Léonard de 1886 à nos jours ».
19. « Saint-Léonard de 1886 à nos jours ».
20. [geog.mcgill.ca](http://geog.mcgill.ca)
21. [geog.mcgill.ca](http://geog.mcgill.ca)
22. « St. Léonard, Yesterday to today ».
23. « Le conflit linguistique au Québec », Mathieu Noël.
24. Information tirée d'une présentation (mai 2012) faite par le directeur de l'arrondissement de Saint-Léonard.
25. Ville de Montréal, Profil sociodémographique : Saint-Léonard, 2009.
26. Ce paragraphe est en grande partie extrait de Réseau communautaire de la santé et des services sociaux, Socio-Economic Profiles of the English-speaking Visible Minority Population by CSSS Territory in the Greater Montreal Area, 2006.
27. Information tirée d'une présentation (mai 2012) faite par le directeur de l'arrondissement de Saint-Léonard.
28. Ville de Montréal, 2009. Profil sociodémographique : Saint-Léonard
29. [Statcan.ca](http://Statcan.ca)
30. Directeur de santé publique de Montréal, 2006. Le Portrait de santé : Montréal
31. Extrait de Réseau communautaire de la santé et des services sociaux, Rapport de données de base, 2011-2012, Visible Minority Report by Health Region, [www.chssn.org](http://www.chssn.org)
32. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012. Portrait des immigrants récents - CSSS de Saint

Léonard et Saint-Michel.

33. Information tirée d'une présentation (mai 2012) faite par le directeur de l'arrondissement de Saint-Léonard.
34. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012. Portrait des immigrants récents - CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
35. RCSSS, 2012. Socio-Economic Profiles of the English-speaking Visible Minority Population by CSSS Territory in the Greater Montreal Area, 2006.
36. RCSSS, 2012. Socio-Economic Profiles of the English-speaking Visible Minority Population by CSSS Territory in the Greater Montreal Area, 2006.
37. Agence de la santé publique du Canada. « Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas? » [www.phac-aspc.qc.ca](http://www.phac-aspc.qc.ca); ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007. « La santé, autrement dit... », [www.msss.gov.qc.ca](http://www.msss.gov.qc.ca); RCSSS, 2003. A Community Guide to the Population Health Approach, [www.chssn.org](http://www.chssn.org); Juha Mikkonen et Dennis Raphael, 2010. Déterminants sociaux de la santé, Les réalités canadiennes. Toronto : York University School of Health Policy and Management.
38. Information tirée d'une présentation (mai 2012) faite par le directeur de l'arrondissement de Saint-Léonard.
39. Directeur de santé publique de Montréal, 2006. Le Portrait de santé : Montréal.
40. RCSSS, 2012. Socio-Economic Profiles of the English-speaking Visible Minority Population by CSSS Territory in the Greater Montreal Area, 2006.
41. Direction de santé publique de Montréal, 2006. Le Portrait de santé de Montréal.
42. Directeur de santé publique de Montréal, 2006. Portrait de Santé : Montréal.
43. Agence de la santé publique du Canada. « Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas? » [www.phac-aspc.qc.ca](http://www.phac-aspc.qc.ca); ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007. « La santé, autrement dit... », [www.msss.gov.qc.ca](http://www.msss.gov.qc.ca); RCSSS, 2003. A Community Guide to the Population Health Approach, [www.chssn.org](http://www.chssn.org); Juha Mikkonen et Dennis Raphael, 2010. Déterminants sociaux de la santé, Les réalités canadiennes. Toronto : York University School of Health Policy and Management.
44. Directeur de santé publique de Montréal, 2012.
45. RCSSS, 2012. Socio-Economic Profiles of the English-speaking Visible Minority Population by CSSS Territory in the Greater Montreal Area, 2006.
46. Agence de la santé publique du Canada. « Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas? » [www.phac-aspc.qc.ca](http://www.phac-aspc.qc.ca); ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007. « La santé, autrement dit... », [www.msss.gov.qc.ca](http://www.msss.gov.qc.ca); RCSSS, 2003. A Community Guide to the Population Health Approach, [www.chssn.org](http://www.chssn.org); Juha Mikkonen et Dennis Raphael, 2010. Déterminants sociaux de la santé, Les réalités canadiennes. Toronto : York University School of Health Policy and Management.
47. Information tirée d'une présentation (mai 2012) faite par le directeur de l'arrondissement de Saint-Léonard.
48. Ville de Montréal, 2012, arrondissement de Saint-Léonard, « Profil économique ».
49. Ville de Montréal, 2012, arrondissement de Saint-Léonard, « Profil économique ».
50. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012, Portrait des immigrants récents - CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel.
51. Pampalon, Robert, Denis Hamel, Philippe Gamache et coll., 2011. An area-based material and social deprivation index for public health in Québec and Canada.
52. Agence de la santé publique du Canada. « Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas? » [www.phac-aspc.qc.ca](http://www.phac-aspc.qc.ca); ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007. « La santé, autrement dit... », [www.msss.gov.qc.ca](http://www.msss.gov.qc.ca); RCSSS, 2003. A Community Guide to the Population Health Approach, [www.chssn.org](http://www.chssn.org); Juha Mikkonen et Dennis Raphael, 2010. Déterminants sociaux de la santé, Les réalités canadiennes. Toronto : York University School of Health Policy and Management.
53. Cet extrait est tiré de [www.learnquebec.ca](http://www.learnquebec.ca)
54. Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel, 2010, Pour un meilleur arrimage des ressources, présentation au forum des partenaires.
55. Institut de la statistique du Québec, 2010, Bulletin statistique régional.
56. Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel • 2010, Pour un meilleur arrimage des ressources, présentation au forum des partenaires.
57. Information extraite de : Ville de Montréal, arrondissement de Saint-Léonard, Profil de la population de 65 ans et plus.

58. Ville de Montréal, 2009, Profil sociodémographique : Saint-Léonard.
59. Information extraite de : Ville de Montréal, arrondissement de Saint-Léonard, Profil de la population de 65 ans et plus.
60. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012, Portrait des immigrants récents - CSSS de Saint Léonard et Saint-Michel.
61. Cette information est en grande partie tirée de REISA, 2010, Consultation sur les services en santé mentale dans l'est de Montréal.
62. Agence de la santé publique du Canada. « Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas? » [www.phac-aspc.qc.ca](http://www.phac-aspc.qc.ca); ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007. « La santé, autrement dit... », [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca); RCSSS, 2003. A Community Guide to the Population Health Approach, [www.chsn.org](http://www.chsn.org); Juha Mikkonen et Dennis Raphael, 2010. Déterminants sociaux de la santé, Les réalités canadiennes. Toronto : York University School of Health Policy and Management.
63. [grandquebec.com](http://grandquebec.com)
64. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007. Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal : CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel.