

PROTÉGER LES PLUS VULNÉRABLES, UN IMPÉRATIF DE SANTÉ PUBLIQUE

Mémoire des directeurs régionaux de santé publique de la Montérégie
et de Montréal sur le projet de règlement du gouvernement du Québec
concernant la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles

Septembre 2017

PROTÉGER LES PLUS VULNÉRABLES, UN IMPÉRATIF DE SANTÉ PUBLIQUE

est une production de la Direction régionale de santé publique
du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

1301, Sherbrooke Est

Montréal (Québec) H2L 1M3

514 528-2400

<http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/>

En collaboration avec la Direction de santé publique du CISSS de la Montérégie-Centre

1255 rue Beauregard

Longueuil (Québec) J4K 2M3

(450) 928-6777

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/index.fr.html>

Sous la direction de

Richard Massé, M.D.,

Directeur régional de santé publique de Montréal

Julie Loslier, M.D.,

Directrice régionale de santé publique de la Montérégie

Direction scientifique et coordination

Marie-France Raynault

Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé

Recherche et rédaction

Marie-France Raynault, Dominique Côté, Geneviève Chénier, Carmen Schaeffer, Judith Archambault

Soutien statistique

Michel Fournier, Manon Blackburn, James Massie, Maude Landry, Eveline Savoie

Communication

Marie Pinard

Graphisme

Linda Daneau

Mise en page

Marlène Ginard

Note : les reproductions de ce texte, en tout ou en partie, sont autorisées à condition d'en mentionner la source.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation du site Web :

<http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/>

ISBN : 978-2-550-79447-9 (PDF)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

Mot des directeurs

Étant donné les effets délétères de la pauvreté sur la santé et sur l'espérance de vie, la lutte à la pauvreté est un enjeu incontournable en santé publique. Lors de la réforme de l'aide sociale en 2013, les directeurs de santé publique s'étaient prononcés pour alerter le gouvernement sur les impacts sociosanitaires d'une diminution des prestations d'aide sociale. En 2016, ils ont réitéré leurs préoccupations dans un mémoire sur la stratégie nationale de lutte à la pauvreté et l'exclusion sociale en insistant sur les impacts de la réduction du filet social et économique sur les Québécois les plus vulnérables.

Le projet de Loi 70, à travers le programme Objectif emploi, vise la réinsertion en emploi des premiers demandeurs d'aide sociale. L'emploi étant intimement lié au revenu, un déterminant majeur de la santé, il est louable de vouloir accompagner les demandeurs d'aide sociale vers la formation et l'emploi.

Cependant, le projet de loi soulève d'importantes préoccupations quant à l'impact des sanctions du programme Objectif emploi sur la santé de la population de Montréal et de la Montérégie, ces deux régions regroupant plus de la moitié des prestataires d'aide sociale au Québec.

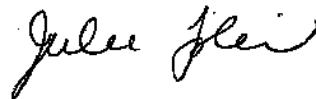
Ce mémoire s'appuie sur nos données de surveillance, une recension d'écrits et nos interactions avec de nombreux partenaires sur notre territoire. Nous le soumettons de même que notre offre de collaboration afin que tous les citoyens, quel que soit leur niveau de revenu, puissent vivre en santé sur nos territoires.

Le directeur régional de santé publique de
Montréal,



Richard Massé, M.D.

La directrice régionale de santé publique de la
Montérégie,



Julie Loslier, M.D.

Sommaire

Depuis plusieurs années, les directeurs de santé publique du Québec se montrent préoccupés du soutien de l'État aux personnes qui reçoivent de l'aide financière de dernier recours puisque la pauvreté est un déterminant puissant de la santé des populations qu'ils desservent. Le tiers des ménages québécois prestataires d'assistance sociale habitent l'île de Montréal et 15 % la Montérégie. En juin 2017, près de 69 000 adultes montréalais vivaient de prestations d'aide sociale. Avec près de 27 000 adultes prestataires, la Montérégie est la deuxième région du Québec avec le plus grand nombre de bénéficiaires après Montréal. En novembre 2016, le gouvernement du Québec adoptait une réforme de l'aide sociale qui contraint les nouveaux demandeurs considérés aptes au travail à participer au programme Objectif emploi. Ce programme prévoit des pénalités financières pour les personnes qui feraient défaut de participer. Devant la volonté du gouvernement du Québec d'aller de l'avant avec cette réforme, les directeurs de santé publique s'inquiètent des risques que la mise en application de ces pénalités, qui appauvriraient des personnes en situation d'extrême vulnérabilité, pourrait occasionner pour la santé de ces personnes et pour la santé publique.

Avant même les sanctions, 61 % des personnes ayant eu recours à l'aide alimentaire au Québec en 2016 étaient prestataires de l'assistance sociale. Les compétences culinaires ou financières ne sont pas en cause ici mais bien l'insuffisance de revenus. Pour une personne seule par exemple, considérant que le prix moyen d'un studio en 2016 dans la région métropolitaine de Montréal est de 586 \$ par mois, subvenir seulement et de façon minimale aux besoins vitaux de se loger et de se nourrir requiert 895,94 \$ mensuellement, soit un montant qui se situe bien au-delà du seuil de prestation d'aide sociale actuelle. Les directeurs de santé publique anticipent que les sanctions augmenteront l'insécurité alimentaire déjà fort présente chez les assistés sociaux et contribueront à aggraver l'itinérance dans la grande région métropolitaine.

Les études empiriques américaines ont établi un lien entre les caractéristiques des bénéficiaires et la probabilité d'être sanctionné, les plus démunis d'entre les démunis étant davantage sanctionnés que les autres. Les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires, qui n'avaient pas d'expérience de travail et les personnes souffrant de divers troubles de santé mentale étaient du nombre. On a aussi identifié la violence familiale, la toxicomanie et le fait d'avoir été abusé durant l'enfance comme un facteur de risque de sanctions.

Pour que le programme soit appliqué équitablement, il faudrait que les participants potentiels au programme Objectif emploi aient accès facilement à un médecin qui serait susceptible d'évaluer leur capacité de travail de façon uniforme et standardisée. Or l'accès à un médecin de famille au Québec est loin d'être optimal et la situation est particulièrement critique dans les quartiers défavorisés et dans la région montréalaise qui est la moins bien desservie sur le territoire.

Les écrits scientifiques rapportent des impacts sur la santé des sanctions appliquées dans le cadre de programmes semblables à celui d'Objectif emploi. On y décrit notamment une augmentation de l'anxiété et des problèmes de santé mentale qui peuvent être causés par des exigences qui sont inatteignables. On note aussi le stress découlant de sanctions financières qui ont des conséquences graves, telles que l'insécurité alimentaire.

Un emploi de piètre qualité peut également contribuer à la dégradation de l'état de santé des personnes. Plus d'un employé québécois sur 8 ne retire qu'un bas salaire de son travail et cette situation affecte particulièrement les jeunes qui sont la principale clientèle cible du programme proposé. Il faut rappeler que l'accès à un emploi ne garantit aucunement la sortie de la pauvreté.

Tout en soulignant les aspects positifs du programme Objectif emploi que sont l'accompagnement personnalisé, l'augmentation des prestations et l'allègement des formalités administratives, les directeurs de santé publique formulent sept recommandations susceptibles de bonifier le programme, d'en éviter les effets pervers et d'assurer la réussite du parcours d'intégration.

Recommandation 1 : retirer du projet de modification de règlement les réductions de prestation pour manquements au plan d'intégration en emploi.

Recommandation 2 : comme le prévoit l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec, réaliser une évaluation d'impact sur la santé de la proposition de règlement avant de statuer sur son adoption.

Recommandation 3 : suite à la mise en vigueur éventuelle des modifications, réaliser une évaluation d'implantation des mesures.

Recommandation 4 : mettre en place des corridors de services pour s'assurer que les bénéficiaires qui auraient besoin d'évaluations de leur état de santé aient accès à des services en temps opportun, que ces évaluations répondent à des exigences de qualité qui feraient en sorte qu'elles soient davantage uniformisées.

Recommandation 5 : s'assurer que les emplois que les prestataires occuperont dans le cadre du programme Objectif emploi seront des emplois de qualité, dans des environnements sains et sécuritaires.

Recommandation 6 : dans le cas de bénéficiaires parents de jeunes enfants, s'assurer de la disponibilité de services de garde de qualité et gratuits.

Recommandation 7 : mettre en place une tarification réduite pour les transports collectifs.

De plus, ils réitèrent leurs demandes formulées en 2016 :

- a) d'ajuster les seuils de prestation pour permettre aux plus vulnérables de répondre adéquatement à leurs besoins fondamentaux minimaux;
- b) d'indexer régulièrement ces seuils à la hausse du coût de la vie;
- c) de bonifier le système de protection sociale.

Dans la période de croissance économique actuelle, le gouvernement du Québec a les leviers lui permettant de se rapprocher de ses objectifs de devenir l'une des sociétés présentant les plus bas taux de pauvreté des nations industrialisées.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
1.1 MANDAT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE	9
1.2 IMPLICATIONS ANTÉRIEURES DES DSP EN REGARD DE LA PAUVRETÉ	10
1.3 RÈGLEMENT PROPOSÉ ET ENJEUX POUR LA SANTÉ PUBLIQUE	11
LIENS ENTRE REVENU ET SANTÉ	13
2.1 REVENU ET SANTÉ	13
2.1.1 <i>La pauvreté rend malade</i>	13
2.1.2 <i>Itinérance et santé</i>	14
2.1.3 <i>Conditionnalité et santé</i>	14
2.2 EFFETS SANTÉ DES PÉNALITÉS À L'AIDE SOCIALE	16
ÉTAT DE LA SITUATION À MONTRÉAL ET EN MONTÉRÉGIE	16
3.1 LA MOITIÉ DES PRESTATAIRES QUÉBÉCOIS D'ASSISTANCE SOCIALE HABITENT MONTRÉAL ET LA MONTÉRÉGIE	16
3.2 L'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE	18
3.2.1 <i>L'insécurité alimentaire chez la majorité des prestataires d'aide sociale</i>	18
3.2.2 <i>Quand « aide de dernier recours » rime avec « aide alimentaire »</i>	20
3.3 DES CONTRAINTES MÉDICALES À L'EMPLOI NON RECONNUES PARCE QUE NON DIAGNOSTIQUÉES	20
3.4 LITTÉRATIE, SANTÉ ET PROBABILITÉ DE SANCTIONS	23
3.5 UN EMPLOI CONVENABLE AU QUÉBEC	24
RECOMMANDATIONS	25
CONCLUSION	31
ANNEXE : L'EFFICACITÉ DES MESURES D'INTÉGRATION À L'EMPLOI OU <i>WORKFARE</i>	33
RÉFÉRENCES	38

Introduction

1.1 Mandat du directeur de santé publique

Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le directeur de santé publique est responsable dans sa région¹:

- d’informer la population de l’état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu’il juge les plus efficaces, d’en suivre l’évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;
- d’identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
- d’assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller les CISSS/CIUSSS sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;
- d’identifier les situations où une action intersectorielle s’impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu’il le juge approprié, de prendre les mesures qu’il juge nécessaires pour favoriser cette action.

La *Loi sur la santé publique* établit que le directeur de santé publique peut intervenir pour « prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population² ». Pour se faire, il peut notamment :

- identifier au sein de la population les situations comportant des risques pour la santé et les évaluer;
- promouvoir l’adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l’état de santé et de bien-être de la population auprès des divers intervenants dont les décisions ou actions sont susceptibles d’avoir un impact sur la santé de la population;

- soutenir les actions qui favorisent, au sein d'une communauté, la création d'un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être³.

C'est donc en vertu de leur mandat légal que les directeurs régionaux de santé publique interviennent auprès des pouvoirs publics quand ils identifient que des politiques ou des programmes pourraient mettre en danger la santé de la population qu'ils desservent.

1.2 Implications antérieures des DSP au regard de la pauvreté

La Direction régionale de santé publique de Montréal s'intéresse aux inégalités sociales de santé et aux politiques publiques susceptibles de les réduire depuis le premier rapport de son directeur en 1998^{4,5,6}. En 2013, elle a analysé le projet de règlement modifiant le *Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles* et ses impacts potentiels sur la santé des populations. Le résultat de ces travaux, le mémoire « Éviter l'irréparable en évaluant d'abord les impacts sur la santé », a été endossé par l'ensemble des dix-sept directeurs de santé publique du Québec⁷. Au début 2016, elle déposait au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) un mémoire portant sur la future stratégie de réduction de la pauvreté qui a aussi été signé par l'ensemble des directeurs de santé publique du Québec. Le rapport du directeur 2016 s'intéressait à un autre enjeu d'équité sociale et de santé, soit celui des travailleurs d'agences de location de personnel qui, souvent, sont exposés à des risques accrus et ne bénéficient pas des mêmes protections que les autres travailleurs⁸. Plus récemment, en 2017, la Direction a produit un avis pour la consultation « Vers une politique de développement social » tenue par la Ville de Montréal⁹, avis qui identifie les domaines à inclure dans une politique municipale de développement social pour réduire les inégalités sociales de santé. Elle a aussi déposé, en collaboration avec la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale, un mémoire dans le cadre de la consultation du gouvernement du Canada en vue de l'élaboration de la Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté¹⁰.

La Direction de santé publique (DSP) de Montérégie est aussi très impliquée dans le dossier de la pauvreté. En 2007, la directrice de santé publique a publié le rapport « *Pour des communautés en santé : Des environnements sociaux solidaires* »¹¹ exposant l'étroite relation entre les inégalités sociales et les écarts de santé évitables observés au sein de la population montérégienne. Afin de soutenir l'action de

son réseau de partenaires, la DSP de Montérégie a déployé depuis de nombreuses actions permettant de décrire les inégalités de conditions de vie présentes au sein de nos communautés locales^{12,13}, de tenir compte des inégalités sociales de santé dans les interventions et projets^{14,15} et de soutenir l'action locale sur les déterminants sociaux de la santé¹⁶, notamment dans le cadre d'un chantier conjoint avec les CISSS de la Montérégie portant sur la sécurité alimentaire et le logement.

Réitérant son engagement au regard de la réduction des inégalités sociales de santé, la DSP de Montérégie fait de cet objectif la priorité transversale de son *Plan d'action régional de santé publique 2015-2025*¹⁷. Ainsi, la DSP de Montérégie entend poursuivre sa contribution au dialogue sur les politiques publiques^{18,19,20,21} afin de faire connaître les mesures reconnues comme les plus prometteuses pour favoriser la réduction durable de la pauvreté et des inégalités sociales de santé.

1.3 Règlement proposé et enjeux pour la santé publique

La loi sur la réforme de l'aide sociale adoptée par l'Assemblée nationale du Québec en novembre 2016 met l'accent sur le programme Objectif emploi. Ce dernier cible exclusivement les premiers demandeurs sans contraintes sévères à l'emploi, admissibles à une aide financière de dernier recours. Selon le ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le nombre annuel de personnes visées serait de 17 000. Il s'agirait principalement de jeunes de moins de 30 ans, de personnes seules et d'immigrants^{22,23,24}.

Le programme offre aux participants un accompagnement personnalisé en vue d'une intégration en emploi. Parmi ses dispositions se retrouve une bonification des prestations de base par des allocations hebdomadaires de 38 \$ à 60 \$ pour une personne seule, assortie d'une des trois options suivantes :

- 1) un retour aux études;
- 2) la recherche d'un emploi ou encore
- 3) l'adhésion à un programme d'acquisition d'habiletés sociales, pour ceux qui ne sont pas prêts à retourner aux études ou à occuper un emploi.

Les nouveaux demandeurs jugés aptes au travail devront obligatoirement participer au programme pour une durée initiale d'un an. Des pénalités sont en effet prévues en cas de manquement au plan d'intégration ou de non-participation. En plus de se voir retirer les allocations hebdomadaires, les prestataires pourraient encourir des pénalités mensuelles allant jusqu'à 224 \$. Ces personnes verraient

donc leur prestation de base amputée de 224 \$, passant de 628 \$ à 404 \$^{25,26,27}. Toutefois, la loi comporte certaines dispositions :

- 1) un emploi pourrait être refusé, par exemple s'il occasionne des frais trop importants de transport ou de garderie et
- 2) précisant les circonstances dans lesquelles le prestataire pourrait quitter son emploi (ex : discrimination, harcèlement).

En tant que directeurs de santé publique, nous considérons que certains aspects du programme Objectif emploi sont susceptibles de contribuer à améliorer les conditions de vie des nouveaux demandeurs et, ultimement, concourir à l'amélioration de leur état de santé et de bien-être. Parmi ces facteurs positifs, citons la disponibilité d'un accompagnement personnalisé, l'allègement des formalités administratives et surtout l'augmentation de la prestation, le revenu ayant un impact très important sur la santé et le bien-être des personnes.

Nous voulons d'autre part manifester notre inquiétude quant aux risques que la mise en application des sanctions pourrait occasionner pour la santé des personnes et pour la santé publique. En particulier, nous anticipons que ces sanctions augmenteront l'insécurité alimentaire déjà fort présente chez les assistés sociaux et contribueront à aggraver l'itinérance dans la grande région métropolitaine.

Les sections suivantes discuteront des liens entre le revenu et la santé, présenteront l'état de la situation à Montréal et en Montérégie et exposeront les recommandations que nous formulons pour bonifier le programme et améliorer la santé des nouveaux demandeurs.

Liens entre revenu et santé

2.1 Revenu et santé

2.1.1 La pauvreté rend malade

Depuis la publication du Rapport Black au Royaume-Uni en 1980, les écrits scientifiques sur les liens entre la pauvreté, les inégalités sociales et divers problèmes de santé se sont multipliés. En 2008, la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publiait un imposant rapport sur le sujet. Intitulé *Comblar le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*²⁸, ce rapport décrivait de façon scientifiquement rigoureuse les nombreuses conséquences sanitaires de la pauvreté et invitait les décideurs de tous les pays à diminuer les inégalités sociales en améliorant les conditions de vie des personnes et en répartissant mieux le pouvoir, l'argent et les ressources pour reprendre les termes employés par les auteurs du rapport.

Si les différences d'espérance de vie entre pays riches et pays pauvres sont maintenant bien connues, les écarts de santé attribuables aux inégalités de revenus entre citoyens d'un même pays, voire d'une même ville sont bien souvent tout aussi importants. À titre d'exemple, il existe des écarts dans l'espérance de vie entre les quartiers de Montréal qui dépassent dix années, ce qui est autant que les différences dans l'espérance de vie des Norvégiens (81,7 ans) et des habitants du Bangladesh (72 ans) selon les données 2015 du Programme des Nations Unies pour le Développement²⁹.

Sauf de rares exceptions, presque tous les problèmes de santé sont plus fréquents et plus sérieux au bas de l'échelle des revenus, qu'il s'agisse des maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le diabète et plusieurs cancers, ou de maladies infectieuses. Les problèmes de santé mentale tels que l'anxiété et la dépression affectent les plus pauvres de façon disproportionnée avec une augmentation marquée des risques. Tous les groupes d'âge sont touchés. Par exemple, à Montréal, la mortalité infantile est plus élevée dans les groupes de populations les moins nanties, puisque le taux de mortalité s'élève à 5,1 pour 1000 dans la catégorie de revenus inférieurs comparativement à 3,0 dans la catégorie supérieure de revenu³⁰.

Non seulement les maladies sont-elles en cause mais aussi les traumatismes : les jeunes piétons des quartiers défavorisés de Montréal voient leur risque augmenter d'un facteur de 6 par rapport aux enfants des quartiers plus favorisés³¹.

2.1.2 Itinérance et santé

Les directeurs de santé publique sont très préoccupés par l'importance des sanctions proposées dans le projet de réglementation. Étant donné les coûts des loyers à Montréal et en Montérégie, la probabilité est extrêmement élevée que les prestataires sanctionnés se retrouvent à la rue. Or l'itinérance a des conséquences désastreuses sur la santé des personnes touchées et a des répercussions sur la santé de la population en général.

Les conditions souvent extrêmes dans lesquelles vivent les personnes sans-abri font en sorte qu'on retrouve des taux plus élevés de séropositivité au VIH ainsi qu'au virus de l'hépatite C^{32,33} dans ces populations. Ces conditions rendent difficile l'assiduité aux traitements de ces maladies extrêmement graves^{34,35} et donc contribuent à la persistance de ces pathologies dans la population. Elles compliquent aussi le traitement des dépendances aux drogues intraveineuses. Enfin, particulièrement chez les jeunes, les taux de mortalité sont alarmants, jusqu'à 11 fois ceux des jeunes de la population générale³⁶.

Les coûts sociaux de l'itinérance sont impressionnants. En effet, une récente étude canadienne démontrait que, pour chaque personne itinérante aux prises avec des troubles de santé mentale, le coût moyen des services est de 56 406 \$ par année³⁷.

2.1.3 Conditionnalité et santé

Une intéressante expérimentation a été menée dans la ville de Dauphin au Manitoba dans les années 1970. Il s'agissait de verser aux citoyens un soutien financier sans conditions (plus important que les prestations de base d'aide sociale) et d'observer leur participation subséquente au marché du travail, une approche fort différente de celle qui est actuellement proposée par le MTESS. L'expérience a permis de noter des effets relativement mineurs sur la participation au marché du travail, les seules personnes ayant décidé de s'en retirer étant les décrocheurs qui décidaient de retourner aux études et les femmes qui venaient d'accoucher, s'octroyant ainsi l'équivalent de ce qui est offert aux Québécoises comme

congé de maternité. Le taux de « raccrochage » fut assez impressionnant, les classes de fin du secondaire étant devenues plus nombreuses que celles qui les précédaient immédiatement. Malheureusement, l'expérience ayant été complètement interrompue en 1979, il n'a pas été possible de quantifier l'insertion ultérieure de ces « raccrocheurs », possiblement dans de meilleurs emplois.

Le Pr Forget de l'Université du Manitoba a récemment fait une étude rétrospective des effets sur la santé de la population de cette petite communauté. Elle a mis en évidence une diminution des hospitalisations durant la période d'expérimentation, notamment au chapitre des traumatismes et des problèmes de santé mentale, ainsi qu'une diminution des naissances chez les jeunes mères^{38,39}.

Une expérience similaire a aussi eu lieu à Gary, en Indiana. Des effets très positifs ont été notés chez les bébés des femmes participantes puisqu'on a vu une augmentation importante des poids de naissance⁴⁰. Il faut savoir que les bébés nés avec un poids insuffisant sont plus à risque de développer des problèmes de santé et de développement qui ont des conséquences à long terme^{41,42,43}.

Si ces interventions de soutien financier sans conditions ont eu des effets très positifs pour la santé des participants, il n'en est pas nécessairement de même pour ce qui est des programmes de *workfare*. En effet, plusieurs études américaines ont montré que, malgré l'augmentation de leur revenu, la santé des participants ne s'était pas améliorée après leur intégration en emploi (souvent dans des emplois précaires et présentant des contraintes importantes en termes de transport et de conciliation travail-famille). Par exemple, une étude a mis en évidence que les femmes qui travaillent tout en recevant de l'aide sociale (programmes de transition de l'aide sociale vers l'emploi) sont plus nombreuses à consommer de l'alcool de façon abusive que les femmes qui reçoivent de l'aide sociale sans participer à un programme d'activation. Selon les chercheurs, cette différence pourrait s'expliquer par le stress lié au travail que les prestataires subissent⁴⁴.

Une étude anglaise a aussi mis en évidence que la santé des participants s'était détériorée suite à leur intégration dans un emploi de piètre qualité⁴⁵. Des travaux récents de la Direction de santé publique de Montréal ont aussi souligné l'augmentation du risque pour la santé des travailleurs qui oeuvrent dans des agences de location de personnel qui sont les plus susceptibles d'employer des travailleurs peu qualifiés ou immigrants récents qui sont visés par le programme⁴⁶.

2.2 Effets santé des pénalités à l'aide sociale

Plusieurs études ont identifié des impacts négatifs sur la santé des prestataires d'aide sociale qui sont soumis à des participations obligatoires à des programmes, sous peine de sanctions^{47,48,49,50}. Les prestataires qui ont des problèmes d'apprentissage ou des problèmes de santé mentale non dévoilés, par exemple, peuvent être soumis à des pratiques de pénalités qui sont non seulement inadéquates, mais qui peuvent aussi détériorer leur santé mentale⁵¹.

De façon plus générale, les écrits scientifiques rapportent des impacts négatifs des sanctions sur la santé. On y décrit notamment une augmentation de l'anxiété qui peut être causée par des exigences pour les prestataires qui sont inatteignables. On note aussi le stress découlant de sanctions financières qui ont des conséquences graves, telles que l'insécurité alimentaire^{52,53,54,55}. Au Royaume-Uni, le déploiement d'un programme semblable visant des personnes malades ou souffrant d'un handicap a engendré une hausse des problèmes de santé mentale et aurait entraîné des suicides^{56,57}. En 2016, la *British Psychological Society* a publié une déclaration affirmant que les sanctions peuvent être dommageables pour la santé mentale⁵⁸.

État de la situation à Montréal et en Montérégie

3.1 La moitié des prestataires québécois d'assistance sociale habitent Montréal et la Montérégie

Au Québec, l'aide financière de dernier recours est accordée aux personnes qui n'ont pas les ressources suffisantes pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille grâce à deux programmes. Le premier appelé Programme d'aide sociale s'adresse aux personnes qui n'ont pas de contraintes sévères à l'emploi (maladies incapacitantes, handicaps importants, etc.) tandis que le second, le Programme de solidarité sociale, vise celles qui ont des contraintes sévères ainsi que leurs conjoints. Le programme Objectif emploi cible uniquement les nouveaux demandeurs au Programme d'aide sociale. En juin 2017, les prestataires d'assistance sociale se répartissaient entre ces deux programmes dans les proportions de 65 % et 35 %. Il est intéressant de noter que le taux d'assistance sociale ne cesse de baisser au Québec

depuis 1996 où il était à un sommet de 12,8 %⁵⁹. À titre d'exemple, le taux d'assistance sociale était de 6,3 % en juin 2016 et de 6 % en juin 2017, le nombre de prestataires étant passé de 431 447 à 412 277. Pour ce qui est des ménages nouvellement admis, on constate ici aussi une baisse significative, la variation annuelle calculée en juin 2017 étant de -15,6 %.

Le Tableau 1 présente des statistiques québécoises sur les adultes actuellement prestataires du Programme d'aide sociale.

Ensemble du Québec

	Demandeurs d'asile	NHC - moins de 5 ans	NHC - 5 ans et plus	Total Nés hors du Canada	Femmes	Hommes	Moins de 25 ans	Durée consécutive de moins de 2 ans	Âge moyen (années)	Durée cumulative moyenne (mois)
Évolution										
juin 2016	2 161	10 296	37 019	49 476	95 440	108 264	23 840	85 764	42,3	128,5
juillet 2016	2 187	10 224	36 897	49 308	94 940	106 881	23 514	84 802	42,3	128,8
août 2016	2 294	10 222	37 200	49 716	95 734	107 952	23 639	86 034	42,3	128,2
septembre 2016	2 363	10 084	37 038	49 485	95 266	107 615	23 410	85 249	42,3	128,4
octobre 2016	2 362	9 780	36 562	48 704	93 610	106 081	22 875	82 825	42,4	129,4
novembre 2016	2 348	9 718	36 094	48 160	92 199	104 440	22 321	80 719	42,5	130,2
décembre 2016	2 359	9 851	35 799	48 009	91 550	104 266	22 149	80 434	42,5	130,3
janvier 2017	2 593	10 033	35 647	48 273	91 475	104 916	22 212	81 194	42,5	129,9
février 2017	2 729	10 046	35 534	48 309	91 506	105 191	22 337	81 998	42,5	129,6
mars 2017	2 847	10 082	35 333	48 262	91 196	104 953	22 229	81 980	42,5	129,7
avril 2017	3 259	9 891	35 069	48 219	90 539	104 433	21 982	81 363	42,5	129,9
mai 2017	3 698	9 852	34 898	48 448	90 338	103 553	21 610	80 639	42,6	130,3
juin 2017	4 025	9 684	34 591	48 300	89 327	101 475	20 914	78 462	42,7	130,9
Total des adultes en juin 2017										
Nombre d'adultes	4 025	9 684	34 591	48 300	89 327	101 475	20 914	78 462	42,7	130,9
Proportion du total des adultes prestataires	2,1%	5,1%	18,1%	25,3%	46,8%	53,2%	11,0%	41,1%		

Tableau 1 : Statistiques sur les adultes prestataires du Programme d'aide sociale, ensemble du Québec, juin 2016 à juin 2017.

Source : MTESS 2017⁶⁰

Le tiers des ménages québécois prestataires d'assistance sociale habitent l'île de Montréal et 15 % la Montérégie. En juin 2017, près de 69 000 adultes montréalais vivaient de prestations d'aide sociale⁶¹. Avec près de 27 000 adultes prestataires d'aide sociale en juin 2017, la Montérégie est la deuxième région du Québec avec le plus grand nombre de bénéficiaires après Montréal⁶².

3.2 L'insécurité alimentaire

3.2.1 L'insécurité alimentaire chez la majorité des prestataires d'aide sociale

En 2011-2012, la moitié de la population québécoise vivant dans un ménage ayant connu l'insécurité alimentaire réside à Montréal et en Montérégie, soit 253 800 personnes. La prévalence de l'insécurité alimentaire dans les ménages est significativement plus élevée dans la région de Montréal qu'ailleurs au Québec (11,3 % c. à 8,1 %) ⁶³, celle-ci affectant plus fréquemment les ménages vivant en milieu urbain ⁶⁴. À Montréal, l'insécurité alimentaire modérée ou grave touche plus d'une personne sur dix vivant dans des ménages avec enfants de moins de 12 ans ou des personnes issues de l'immigration, soit environ 124 400 personnes. ⁶⁵.

Un peu plus de la moitié (58 %) des ménages québécois bénéficiant de l'aide sociale et un peu plus du quart (26 %) des prestataires de l'assurance-emploi sont en situation d'insécurité alimentaire ⁶⁶ durant cette même période. Au Québec, les ménages dont l'aide sociale est la principale source de revenus se trouvent dans une situation de vulnérabilité particulièrement préoccupante, près de 6 ménages prestataires sur 10 ont vu leur capacité à s'alimenter compromise (qualité, quantité), réduite ou perturbée en 2011-2012 ⁶⁷. Comme l'illustrent les calculs suivants, le niveau de compétences culinaires ou financières n'est pas la cause de l'insécurité alimentaire des ménages prestataires de l'aide sociale.

Le Dispensaire de diététique de Montréal calcule depuis plusieurs décennies le coût du panier de provisions nutritif représentant les coûts minimaux d'un régime nutritif. Ainsi, pour répondre au plus bas coût possible à ses besoins nutritionnels, une famille de quatre personnes doit consacrer 8,49 \$ par jour par personne à l'achat d'aliments ⁶⁸, ce qui représente un budget mensuel familial de 1 032,95 \$. Le coût journalier d'un régime nutritif ci-haut doit être bonifié de 20 % pour les ménages composés de personnes vivant seules ⁶⁹, élevant celui-ci à 10,19 \$ par jour ou encore, 309,94 \$ par mois.

Après avoir estimé le coût du panier de provisions nutritif et considéré le revenu mensuel d'un ménage dont la source principale de revenus est l'aide sociale, ainsi que divers postes de dépenses devant être assumés, certains tels que le logement étant incompressibles, les résultats d'une étude permettent de conclure que le coût du panier de provisions nutritif outrepassé la capacité de payer de plusieurs ménages, ce qui peut compromettre leur équilibre nutritionnel ⁷⁰. Les personnes à faible revenu incluant

les prestataires de l'aide sociale et celles vivant au salaire minimum, n'ont donc pas les revenus suffisants pour se procurer un panier d'épicerie nutritif. Pour une personne seule, considérant que le prix moyen d'un studio en 2016 dans la région métropolitaine de recensement de Montréal (RMR) est de 586 \$ par mois⁷¹, subvenir seulement et de façon minimale aux besoins vitaux de se loger et de se nourrir requiert 895,94 \$ mensuellement, soit un montant qui se situe bien au-delà du seuil de prestation d'aide sociale actuelle.

Le niveau d'insécurité alimentaire des ménages est un solide facteur prédictif de l'utilisation des services de santé (soins ambulatoires, visites à l'urgence, soins en clinique privée, soins à domicile, médicaments prescrits) chez les adultes de moins de 65 ans au Canada (Tableau 2). Les coûts liés aux soins sont 76 % plus importants chez les ménages en situation d'insécurité alimentaire sévère comparativement aux autres ménages. Lorsque les frais de médicaments sont inclus à l'analyse, on observe que le coût des frais de santé annuel est plus élevé de 121 % chez les personnes en situation d'insécurité alimentaire sévère⁷².

Average health care costs incurred over 12 months by Ontario adults (18-64 years of age), by household food insecurity status⁷

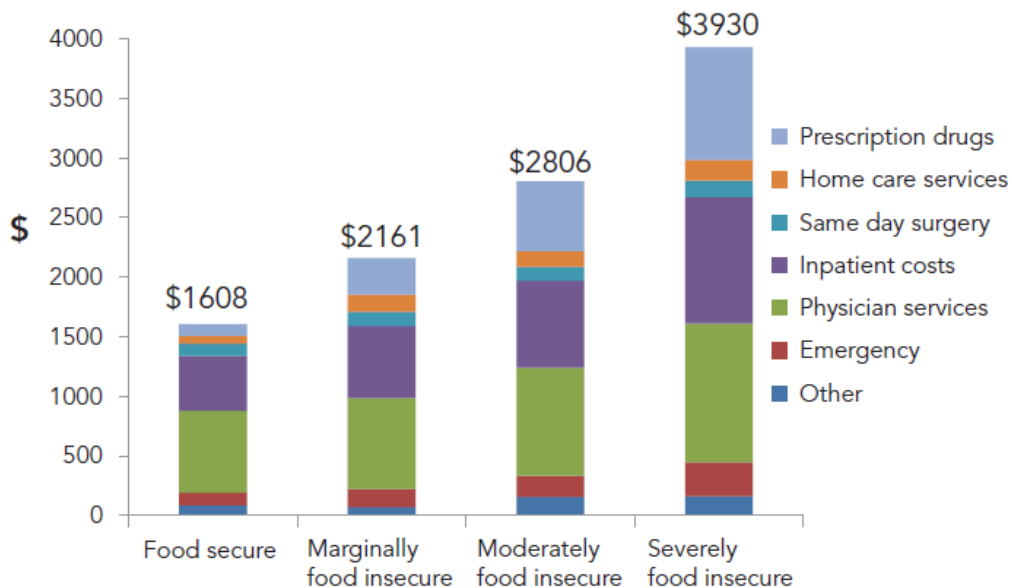


Tableau 2 : Coût moyen des soins de santé par personne, selon le statut d'insécurité alimentaire des ménages. Source : Tarasuk, CMAJ 2015⁷³

3.2.2 Quand « aide de dernier recours » rime avec « aide alimentaire »

Avant même l'imposition des pénalités prévues dans le règlement proposé, les prestataires de l'aide sociale sont les principaux usagers des programmes d'aide alimentaire au Québec. En 2016, 61 % des personnes ayant eu recours à l'aide alimentaire au Québec étaient prestataires de l'assistance sociale⁷⁴ (Tableau 3).

Aide sociale	61,1 %	
Emploi	10,8 %	
Pension de vieillesse	7,2 %	
Chômage	5,1 %	
Aucun revenu	5,0 %	
Pension d'invalidité	3,7 %	
Prêt étudiant	3,7 %	
Autre	3,5 %	

Source : Banques alimentaires du Québec, Bilan-Faim 2016, p. 10, <http://www.banquesalimentaires.org/wp-content/uploads/2016/11/BilanFaimQc20161.pdf>.

Tableau 3 : Source de revenu des personnes ayant recouru à un programme de dépannage alimentaire en 2016 au Québec

Or, les banques alimentaires ne devraient répondre qu'à des besoins de dépannage très ponctuels et ne constituent pas une solution adaptée et efficace pour répondre à un problème lié au revenu^{75,76,77,78}.

3.3 Des contraintes médicales à l'emploi non reconnues parce que non diagnostiquées

Comme il a été mentionné plus haut, le système d'aide de dernier recours québécois comporte deux programmes, les programmes d'aide sociale et de solidarité sociale. Pour être admissible à ce dernier programme, les bénéficiaires doivent produire un rapport médical démontrant qu'ils ont des contraintes sévères à l'emploi en raison de leur état de santé. Ces personnes ne sont pas visées par le règlement à l'étude. Pour ce qui est du programme d'aide sociale, il prévoit aussi qu'un bénéficiaire pourrait se voir

reconnaître une contrainte temporaire à l'emploiⁱ en raison de son état physique ou mental (et donc, selon le projet de règlement proposé, une exemption temporaire du programme Objectif emploiⁱⁱ) s'il produit un rapport médical. Les bénéficiaires produisant un tel rapport ne seraient pas sanctionnés.

Pour être appliqué équitablement, cet aspect du programme implique donc que les participants potentiels au programme Objectif emploi aient accès facilement à un médecin qui serait susceptible d'évaluer leur capacité de travail de façon uniforme et standardisée. Or l'accès à un médecin de famille au Québec est loin d'être optimal et la situation est particulièrement critique dans la région montréalaise qui est la moins bien desservie au Québec. En effet, si le taux moyen québécois d'inscription à un médecin de famille avoisine les 75 % (source : MSSS en date du 31 octobre 2016), il n'atteint même pas les 60 % dans 3 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sur 5 à Montréal (et seulement 66 % pour ce qui est du territoire le plus favorisé de l'île). Quant à la Montérégie, son taux d'inscription est le deuxième plus bas au Québec. Les quartiers les moins bien desservis en cliniques médicales sont les quartiers les plus défavorisés où sont susceptibles de se retrouver les participants potentiels au programme Objectif emploi. Une étude antérieure avait d'ailleurs déjà mis en évidence que les citoyens au bas de l'échelle sociale étaient ceux dont les besoins de soins étaient les moins bien comblés⁷⁹.

Dans le cas où le bénéficiaire aurait accès à un médecin de famille, l'évaluation qui sera faite de sa condition peut varier d'un médecin à l'autre en fonction des pathologies présentées et des ressources diagnostiques présentes. Un bénéficiaire déficient léger ou toxicomane nécessitera des évaluations plus poussées (neuropsychologie ou ressources spécialisées en dépendances). Ces évaluations ne sont pas si facilement accessibles dans le réseau public et les listes d'attente pour avoir accès à un psychologue dans le réseau public sont longues, situation qui a été soulignée à plusieurs reprises par l'Ordre des psychologues du Québec⁸⁰.

Si les besoins de soins ne sont pas toujours comblés, ils peuvent aussi ne pas être ressentis. En effet, plusieurs patients déficients légers pourraient ne pas être conscients de leur condition et donc ne pas demander de rapport médical qui en atteste. La question de l'histoire naturelle de la toxicomanie est aussi importante dans ce dossier. Plusieurs usagers de drogues sont très éloignés du système de soins,

ⁱ <http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/immigrer-au-quebec/Pages/programme-aide-sociale.aspx>

ⁱⁱ Chapitre 1, article 117.10

très méfiants et peu enclins à consulter. La situation est la même pour les patients souffrant de maladies mentales dont la condition n'a pas nécessité d'interventions urgentes. À cet égard, le projet de recherche Chez soi a fourni plusieurs exemples éloquentes témoignant de la longueur des processus de réhabilitation et des réticences des participants à demander de l'aide.

Témoignage d'une personne sur l'aide sociale ayant participé au programme de recherche « Chez soi »ⁱⁱⁱ

« ... Avec l'abus des drogues dures que je faisais, ça m'a amené à perdre mon emploi (...), un divorce, (...) mon logement. Pis à un moment donné ben t'es dans le découragement pis t'es pas capable de garder un emploi fait que tu cesses de travailler (...) fait que je me suis retrouvé à la rue. A l'occasion je quittais pour aller en désintox ou en thérapie pour me reprendre en main mais je rechutais pis je me retrouvais dans la même situation. (...) Pendant trois mois j'étais tout seul ici (appartement Chez Soi). En restant ici ça a fini par marcher et j'ai fini par rencontrer le vrai Roger. Là j'ai l'intention d'arrêter de consommer complètement, je veux me racheter un vélo, je veux me mettre plus en forme. Je pense retourner travailler peut-être 20 heures/semaine au début, ça m'occuperait plus, j'aurais plus de sous pis je me sentirais plus utile. »

ⁱⁱⁱ Témoignage diffusé à la conférence de presse qui présentait les résultats montréalais du Programme Chez soi, Centre de Recherches du CHUM, 12 juillet 2017

3.4 Littératie, santé et probabilité de sanctions

Les études empiriques américaines apportent un éclairage intéressant sur le lien entre les caractéristiques des bénéficiaires et la probabilité d'être sanctionné. Comme pour Objectif emploi, dans les programmes américains étudiés, on faisait l'hypothèse que les bénéficiaires d'aide sociale comprenaient les dispositions administratives des programmes d'aide et qu'ils feraient un calcul rationnel de ce qui était le plus rentable économiquement⁸¹. Or, il faut considérer que les niveaux de littératie et de numératie sont déplorables au Québec. En effet, selon l'Institut de la statistique du Québec, près de 22 % de la population québécoise a un niveau de numératie très faible et près de 19 % n'arrive pas à lire et comprendre un texte suivi⁸². Par ailleurs, la proportion de chômeurs et autres personnes sans emploi (à l'exception des étudiants) qui présentent des niveaux de littératie et de numératie trop faibles pour comprendre les mécanismes administratifs des programmes et calculer correctement les bénéfices économiques à escompter est beaucoup plus élevée que dans la population générale⁸³.

Des écrits ont démontré clairement que les plus démunis d'entre les démunis étaient davantage sanctionnés que les autres^{84,85,86,87,88,89}. Les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires, qui n'avaient pas d'expérience de travail et les personnes souffrant de divers troubles de santé mentale étaient plus susceptibles d'être sanctionnées que celles qui étaient mieux éduquées, en bonne santé mentale et qui n'étaient pas éloignées du marché de l'emploi. Kalil et ses collaborateurs ont notamment montré que les gens qui souffraient de trois problèmes de santé mentale ou plus étaient plus à risque d'être sanctionnés. Une autre étude⁹⁰ a aussi identifié la dépression, la violence familiale et le fait d'avoir été abusé durant l'enfance comme un facteur de risque de sanction⁹¹. Cherlin et ses collaborateurs ont clairement mis en évidence le lien entre toxicomanie et probabilité de sanctions⁹². Tous les premiers demandeurs ne sont donc pas égaux quant à leur capacité à pouvoir s'inscrire rapidement dans les parcours qualifiants proposés par le programme Objectif emploi.

Un rapport de l'OCDE sur la mise en œuvre d'un programme semblable à celui d'Objectif emploi publié en 2012 souligne les effets pervers du régime de sanctions qu'il décrit comme biaisé et à haut risque de créer des dommages aux participants⁹³.

3.5 Un emploi convenable au Québec

Au Québec, pour les plus vulnérables, l'insertion dans le marché du travail signifie souvent l'occupation d'un emploi précaire de piètre qualité. White, dans un rapport portant sur les programmes d'employabilité québécois antérieurs, a mis en évidence que les emplois obtenus par les participants étaient souvent précaires ou de mauvaise qualité⁹⁴.

Plus d'un employé québécois sur 8 ne retire qu'un bas salaire de son travail et cette situation affecte particulièrement les jeunes qui sont la principale clientèle cible du programme proposé⁹⁵. Il faut rappeler que l'accès à un emploi ne garantit aucunement la sortie de la pauvreté. En effet, selon une étude canadienne, la majorité des personnes qui fréquentent les banques alimentaires reçoivent un salaire⁹⁶.

Un emploi de piètre qualité peut également contribuer à la dégradation de l'état de santé des personnes. Le second chapitre du rapport du directeur de santé publique de Montréal⁹⁷ de 2016 *Les travailleurs invisibles : les risques pour la santé des travailleurs des agences de location de personnel* illustre, à partir des données les plus récentes de la recherche au Québec et à l'international, les conséquences néfastes sur la santé du travail précaire. Enfin, une étude britannique récente démontre, à partir des marqueurs de risque biologiques associés au stress, qu'occuper un emploi de mauvaise qualité a un effet délétère⁹⁸.

Un emploi convenable doit s'accompagner de conditions qui feront en sorte que ses bénéfices ne seront pas contrebalancés par une augmentation du stress et de l'anxiété. Deux conditions sont particulièrement critiques : la disponibilité de services de garde de qualité et stables pour les parents de jeunes enfants⁹⁹¹⁰⁰ et l'accessibilité économique, géographique et temporelle du transport collectif afin de permettre aux travailleurs potentiels de rejoindre les pôles d'emploi, ce qui est difficile dans plusieurs quartiers ou municipalités de Montréal ou de la Montérégie¹⁰¹. Une étude du MTESS sur les réticences des prestataires à intégrer les emplois dans le cadre des programmes antérieurs du ministère fait les mêmes constats¹⁰².

Recommandations

En tant que directeurs de santé publique, nous reconnaissons la nécessité d'intervenir de façon importante auprès des demandeurs d'aide sociale lors de leur première demande et de soutenir financièrement les nouveaux demandeurs. Il s'agit d'un moment crucial pour ces personnes qui arrivent à l'aide sociale après un parcours difficile (nouveaux immigrants, jeunes issus des centres jeunesse, chômeurs ayant épuisé leurs prestations d'assurance-chômage, femmes victimes de violence, etc.); le recours à l'aide sociale est souvent vécu comme un échec personnel et un accompagnement personnalisé est souhaitable. Par ailleurs, les écrits scientifiques, s'ils sont très critiques sur l'efficacité des programmes comme Objectif emploi, font néanmoins état de résultats intéressants en termes d'insertion sociale dans le cas des retours aux études et des programmes de formation (voir l'annexe sur l'efficacité des mesures d'intégration en emploi).

Nous applaudissons à la volonté manifestée dans le projet de règlement de diminuer la lourdeur administrative pour les prestataires. Compte tenu des problèmes de littératie et de numératie fréquemment rencontrés au bas de l'échelle sociale, un tel assouplissement des procédures ne peut être que bénéfique.

Nous soulignons que si cette intervention peut sembler précoce pour les administrateurs du programme d'aide sociale, elle est bien tardive dans la vie des personnes. Selon James Heckman, Prix Nobel d'économie 2000, les investissements dans le capital humain qui sont les plus rentables sont ceux qui sont effectués très tôt dans la vie, surtout dans la période préscolaire¹⁰³. Les investissements du gouvernement québécois dans les centres de la petite enfance et dans le soutien aux enfants en difficultés au primaire sont donc plus porteurs d'une insertion en emploi réussie à l'âge adulte que tous les investissements ultérieurs.

Nous notons aussi que les sorties de l'aide sociale semblent moins importantes chez les personnes seules que chez les autres types de ménage. Il faut signaler que les familles ont fait l'objet de davantage d'attention des pouvoirs publics et que les politiques familiales du gouvernement québécois ont contribué de façon importante au retour au travail des mères¹⁰⁴. Les personnes seules n'ont pas bénéficié autant de mesures incitatives qui auraient pu les aider à quitter l'aide sociale¹⁰⁵.

Dans le but de protéger la santé des plus démunis, de prévenir la transmission des infections dans la population générale et de réduire les inégalités sociales de santé, nous formulons les recommandations suivantes :

Recommandation 1

Retirer du projet de modification de règlement les réductions de prestations pour manquements au plan d'intégration en emploi.

Plusieurs arguments militent en faveur de cette recommandation :

- a. Les grands organismes de santé publique nationaux et internationaux (OMS, Agence de santé publique du Canada) et le gouvernement du Québec à travers la politique nationale de prévention¹⁰⁶ insistent sur la nécessité de diminuer les inégalités sociales qui sont porteuses d'écart de santé. Une diminution des prestations des plus pauvres aurait pour conséquence immédiate d'augmenter ces écarts. Le directeur de santé publique de Montréal soulignait d'ailleurs dans son rapport sur les inégalités sociales de santé en 2011 la nécessité d'augmenter les revenus des plus démunis.
- b. Les prestations actuelles d'aide sociale n'atteignent pas les seuils de faible revenu et font en sorte que les assistés sociaux n'arrivent pas à couvrir leurs besoins de base¹⁰⁷. Le soutien financier de l'État, dans leur cas, ne cesse de diminuer ces dernières années¹⁰⁸. Les assistés sociaux sont les personnes les plus susceptibles de fréquenter une banque alimentaire.
- c. Étant donné le coût des loyers à Montréal et en Montérégie (586 \$ loyer moyen pour un studio dans la région métropolitaine de Montréal), une diminution des prestations mensuelles à 404 \$ entraînerait la mise à la rue des prestataires qui seraient incapables d'assumer un loyer minimal. Les prestataires d'aide sociale sont très souvent originaires de familles pauvres qui ne seraient pas capables de prendre le relais de l'État. Les directeurs de santé publique et les autorités de la Ville de Montréal sont très préoccupés de l'augmentation des clientèles itinérantes et des risques pour la santé que cette situation engendre.

Recommandation 2

Comme le prévoit l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec, réaliser une évaluation d'impact sur la santé de la proposition de règlement avant de statuer sur son adoption.

L'évaluation d'impact devrait couvrir les aspects suivants : la capacité des personnes à subvenir à leurs besoins de base (alimentation, logement, soins de santé, transport) et le risque pour les personnes affectées par les sanctions de devenir sans-abri.

Recommandation 3

Suite à la mise en vigueur éventuelle des modifications, réaliser une évaluation d'implantation des mesures.

Soutenir l'employabilité des jeunes les plus vulnérables requiert l'allocation de ressources suffisantes afin de mettre en œuvre ce volet d'Objectif emploi tout en assurant une intensité et une stabilité d'accompagnement des jeunes et des nouveaux arrivants dans un parcours qualifiant. Pour le moment, l'estimation de l'adéquation entre les besoins de soutien des jeunes et les ressources dévolues à l'accompagnement dans le cadre du programme et de l'entente conclue demeure difficile à établir¹⁰⁹. Il a été impossible pour la rédaction de ce mémoire d'obtenir des renseignements précis sur le nombre de personnes qui devraient être engagées pour assurer l'accompagnement, sur la création de places dans les programmes ainsi que sur leur localisation géographique. Une réforme de cette ampleur devrait être monitorée étroitement pour s'assurer que les plans d'intégration en emploi s'accompagnent bien des investissements en ressources humaines et financières nécessaires.

Recommandation 4

Mettre en place des corridors de services pour s'assurer que les bénéficiaires qui auraient besoin d'évaluations de leur état de santé aient accès à des services en temps opportun, que ces évaluations répondent à des exigences de qualité qui feraient en sorte qu'elles soient davantage uniformisées.

Cette recommandation découle des difficultés actuellement observées pour l'accès à un médecin de famille et à un psychologue du réseau public dans les quartiers défavorisés.

Recommandation 5

S'assurer que les emplois que les prestataires occuperont dans le cadre du programme Objectif emploi seront des emplois de qualité, dans des environnements sains et sécuritaires.

En effet, l'article 83.4 du règlement proposé stipule « qu'un plan d'intégration en emploi peut prévoir que le participant est tenu d'accepter tout emploi *convenable* qui lui est offert », que « le gouvernement peut, par règlement, définir ce que constitue un emploi *convenable* et prévoir les cas et conditions permettant de le refuser. »

Assurer que le travail rémunéré permette une réelle sortie de la pauvreté des premiers demandeurs d'aide sociale est une condition essentielle d'une politique d'activation^{iv} efficace. Considérant les impacts néfastes du travail précaire sur la santé et les coûts liés à l'atténuation des conséquences de celui-ci sur la détérioration accrue de la santé (ex. : invalidité, soins de santé, etc.), les directeurs de santé publique de Montréal et de la Montérégie invitent le gouvernement du Québec à préciser la définition d'un emploi « convenable » en se basant sur des critères de qualité d'emploi reconnus à savoir la stabilité de l'emploi, la qualité des conditions de travail et la viabilité du salaire¹¹⁰.

^{iv} Les politiques ou mesures d'activation réfèrent aux actions entreprises par les pouvoirs publics pour remettre les chômeurs en emploi.

Recommandation 6

Dans le cas de bénéficiaires parents de jeunes enfants, s'assurer de la disponibilité de services de garde de qualité et gratuits.

Les protocoles d'entente qui existent aujourd'hui entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les centres de la petite enfance (ou en cas d'absence de centres de la petite enfance dans certaines municipalités, avec des services de garde de qualité) devraient être aussi disponibles dans le cadre du programme Objectif emploi.

Deux arguments appuient cette recommandation :

- a. Les expériences internationales montrent que le retour au travail des mères est grandement menacé par l'insuffisance de services de garde de qualité^{111,112,113,114}.
- b. Les enfants de personnes pauvres sont davantage à risque de présenter des retards de développement¹¹⁵ et les centres de la petite enfance ont été montrés efficaces pour les réduire comparativement à d'autres formes de services de garde^{116,117}.

Recommandation 7

Mettre en place une tarification réduite pour les transports collectifs.

Les résultats d'une étude réalisée pour le MTESS révèlent que des facteurs liés à l'environnement socio-économique peuvent expliquer les difficultés des prestataires de l'aide sociale à participer à une démarche de réinsertion en emploi, telles que de mauvaises conditions de travail, la précarité et la faible rémunération associées aux emplois disponibles. La majorité des participants de cette étude notaient que les emplois au salaire minimum pouvaient générer des coûts, notamment de transport, auxquels ils ne pourraient pas faire face¹¹⁸.

Le directeur de santé publique de Montréal a déjà démontré la nécessité de l'accessibilité économique, temporelle et géographique du transport collectif pour l'intégration sociale des personnes défavorisées¹¹⁹. Les difficultés de transport sont aussi criantes sur le territoire de la DSP de la Montérégie. Une tarification adaptée au faible revenu des prestataires d'assistance sociale pourrait

concourir au succès de leur parcours d'intégration en emploi et le gouvernement du Québec a un rôle à jouer dans la mise en place de cette mesure.

Conclusion

Dans un document récent adressé au gouvernement du Québec (mémoire des directrices et directeurs régionaux de santé publique soumis au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale¹²⁰ le 29 janvier 2016 dans le cadre de la consultation sur la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale), les directeurs de santé publique du Québec faisaient état de leurs préoccupations par rapport au soutien de l'État aux personnes en situation de pauvreté : *Certaines décisions récentes prises par les autorités gouvernementales font craindre l'attrition du filet de sécurité sociale. Les directeurs de santé publique réitèrent leurs préoccupations déjà énoncées dans le mémoire de 2013 portant sur les coupes à l'aide sociale et invitent à la prudence en regard des impacts potentiels de toute action gouvernementale qui pourrait réduire le filet de sécurité sociale et économique, notamment chez les groupes de population les plus vulnérables considérant que la pauvreté est un des déterminants ayant la plus forte incidence sur l'état de santé de la population*¹²¹.

Devant la volonté du gouvernement du Québec d'aller de l'avant avec une réforme de l'aide sociale qui prévoit des pénalités susceptibles d'appauvrir les plus pauvres, d'augmenter l'insécurité alimentaire et d'aggraver l'itinérance, en tant que directeurs de santé publique de Montréal et de Montérégie, nous tirons la sonnette d'alarme et insistons sur les risques de ces pénalités pour la santé de nos populations.

Nous tenons aussi à mettre en garde le gouvernement québécois : pour beaucoup de prestataires qui réussiront leur parcours d'insertion et quitteront l'aide sociale en accédant à un emploi, les défis seront nombreux tels que emplois précaires, conditions de travail de piètre qualité et peu flexibles, horaires variables ou atypiques, protection sociale déficiente, revenus insuffisants pour subvenir à leurs besoins de base, etc. Pour certains s'amorcera un cycle où se succéderont des périodes d'emplois et de chômage ainsi que des changements fréquents d'employeurs. Cette instabilité pourrait contribuer à exacerber des problèmes d'anxiété et de dépression liés à la gestion complexe de leur parcours d'emplois en lien avec les impératifs de la vie quotidienne et familiale (ex : déménagements, fluctuation du revenu, conciliation travail-famille difficile en raison de l'instabilité de l'emploi et de ses conditions, etc.).

Tout en soulignant les aspects positifs du programme Objectif emploi que sont l'accompagnement personnalisé, l'augmentation des prestations et l'allègement des formalités administratives, nous formulons sept recommandations susceptibles de bonifier le programme, d'en éviter les effets pervers et d'assurer la réussite du parcours d'intégration. De plus, nous réitérons nos demandes formulées en 2016

d'ajuster les seuils de prestation de l'aide de dernier recours permettant aux plus vulnérables de répondre adéquatement à leurs besoins fondamentaux minimaux, d'indexer régulièrement ces seuils à la hausse du coût de la vie et de bonifier le système de protection sociale.

Nous sommes convaincus que, dans la période de croissance économique actuelle, le gouvernement du Québec a les leviers lui permettant de se rapprocher de ses objectifs de devenir l'une des sociétés présentant les plus bas taux de pauvreté des nations industrialisées.

Annexe : l'efficacité des mesures d'intégration à l'emploi ou *workfare*

Les évaluations de programmes réalisées à ce jour montrent que la réussite des mesures d'intégration à l'emploi pour les prestataires d'aide sociale est très partielle, et mitigée par plusieurs obstacles à l'intégration (tels que les pénuries d'emploi, l'âgisme ou encore la discrimination envers ceux qui n'ont pas d'expérience de travail ou de qualifications).

À court terme, les mesures d'activation (ou *workfare*) font augmenter le nombre de prestataires d'aide sociale en emploi. Mais à long terme, les programmes d'activation obligatoires sous peine de sanctions ne favorisent l'intégration en emploi que d'une minorité de prestataires, alors que leur effet est nul pour la majorité. L'effet des sanctions en tant que tel est de contraindre les prestataires à accepter un emploi inférieur à celui qu'ils prendraient normalement. Les sanctions ont ainsi pour effet de réduire la qualité des emplois occupés, que ce soit en termes de rémunération ou de durée. Des études rapportent aussi des impacts négatifs de ces mesures dans certaines situations : effets néfastes sur la santé (voir la section 2.2), accroissement des difficultés à affronter sans amélioration de la situation financière, entre autres.

PEU D'EFFICACITÉ POUR RÉDUIRE LE NOMBRE DE PRESTATAIRES

Les mesures de *workfare* à elles seules réussissent rarement à permettre aux prestataires de quitter les programmes d'aide sociale¹²². Pour certains programmes, comme pour le *Temporary Assistance for Needy Families* de la Californie, toutes les causes de sorties *autres* que les mesures d'intégration à l'emploi expliquent la majeure partie des sorties de l'aide sociale. Même scénario pour le programme de revenu minimum d'insertion (RMI) qui existait en France : les sorties de ce programme par l'accès à une autre forme de protection sociale (régime de retraite, prestation d'invalidité, assurance chômage ou allocation pour personne handicapée) étaient nettement majoritaires. On note aussi que la perspective des sanctions incite certains demandeurs à quitter le programme avant même le début de la mesure d'activation¹²³.

Dans plusieurs pays, les programmes d'activation resserrent les critères d'admissibilité à l'aide sociale, ce qui a pour effet d'inciter les gens à se tourner vers des prestations d'invalidité, surtout quand les attestations médicales peuvent être relativement faciles à obtenir^{124,125,126}. Au Canada, dans les provinces qui ont adopté une approche punitive et contraignante, on a observé une inversion de la

composition des deux grandes catégories de prestataires d'assistance sociale. On encourage la migration du programme d'aide sociale vers celui de la solidarité sociale, principalement par la reconnaissance d'une inaptitude au travail, ce qui éloigne encore davantage de l'insertion éventuelle sur le marché de l'emploi. En visant à tout prix l'insertion rapide en emploi, les mesures punitives peuvent générer l'effet pervers contraire et accroître l'exclusion des plus vulnérables¹²⁷.

PEU D'EFFICACITÉ POUR INTÉGRER LES PRESTATAIRES AU MARCHÉ DU TRAVAIL

Les prestataires souhaitent, dans la grande majorité, quitter les programmes d'aide sociale^{128,129}. Il y a peu d'études qui indiquent que les mesures d'activation obligatoires accroissent les probabilités de trouver du travail. Les mesures peuvent même diminuer les chances, car elles réduisent le temps disponible pour faire une recherche d'emploi. De plus, elles sont susceptibles de priver les prestataires des habiletés et de l'expérience qui sont valorisées par les employeurs¹³⁰.

Les programmes de *workfare* sans accompagnement individualisé seraient un investissement sans retour notable, car les plus qualifiés des prestataires se trouveraient un emploi même sans programme d'activation, tandis que les prestataires les moins employables ne recevraient pas l'aide personnalisée dont ils auraient besoin pour s'en trouver un¹³¹. De façon générale, les études montrent que les mesures de *workfare*, qu'elles soient accompagnées ou non d'aide à la recherche d'emploi, sont peu efficaces pour l'intégration permanente à l'emploi^{132,133,134}. L'une des raisons de cet échec serait l'inefficacité des mesures à améliorer l'employabilité des prestataires¹³⁵. Les taux de réussites pour l'obtention d'un emploi stable se situent habituellement sous la barre des 20 %¹³⁶. Même les participants au programme *Wisconsin Works-2*, lequel a fait baisser de façon notable le nombre de prestataires d'aide sociale, ne réussissent pas pour autant, en majorité, à se trouver un emploi durable non subventionné à long terme¹³⁷. Par contre, les programmes obligatoires offrant des formations qualifiantes ou la possibilité de poursuivre la scolarisation auraient des effets positifs à long terme¹³⁸.

En comparaison, les reprises économiques ont plus d'impact que les mesures d'activation pour hausser les taux de personnes en emploi, tout comme les politiques permettant des congés temporaires du marché du travail (congés de parentalité, préretraites) qui, par un effet de rotation, donnent à d'autres personnes un accès à de bons emplois.

Les probabilités d'intégrer des prestataires au marché de l'emploi dépendent beaucoup de la nature des mesures (les programmes qui facilitent le retour à l'école et l'obtention d'un diplôme accroissent les

chances d'intégration, par exemple)¹³⁹. Les emplois « de transition » subventionnés qui paient un salaire seraient plus efficaces, à terme, que les programmes qui donnent des prestations en contrepartie d'un travail. Les probabilités d'intégration seraient également tributaires du profil sociodémographique des prestataires; l'âge, le sexe et le niveau de qualification étant les trois facteurs qui jouent le plus souvent sur ces probabilités¹⁴⁰.

Avec les programmes d'intégration, il existe aussi un phénomène de « file d'attente » qui fait que les prestataires qui trouvent un emploi le plus rapidement sont ceux qui sont les plus fonctionnels, avec pour effet que les moins fonctionnels se retrouvent dans une « file d'attente » pour sortir de l'aide sociale. Des études rapportent aussi que la solution durable pour certains profils de prestataires est l'aide sociale et non l'emploi¹⁴¹.

EMPLOIS À LA MARGE, MAL RÉMUNÉRÉS ET NON GRATIFIANTS

Raffass¹⁴² a recensé les évaluations économiques des programmes « *welfare-to-work* » qui ont été mis en place au cours des deux dernières décennies dans les pays de l'OCDE. Ces évaluations indiquent que si le but des programmes était de réduire à long terme le nombre de sans-emploi et de combattre la pauvreté, ils ont plutôt agi comme un mécanisme de piégeage des individus à la marge du marché du travail, à force de créer des emplois de second rang, en complémentarité avec une plus grande flexibilité accordée aux employeurs face aux employés.

L'activation obligatoire produit une multiplication des emplois faiblement rémunérés, alors que les prestations « passives » (sans activation obligatoire) n'ont pas cette conséquence^{143,144}. Quand les prestataires font face à des avertissements et des sanctions, ils acceptent des emplois inférieurs à ceux qu'ils prendraient normalement^{145, 146,147,148,149}. Cela vaut pour l'ensemble des prestataires, sauf pour ceux qui ne sont pas du tout employables¹⁵⁰, constat qui rejoint les évaluations qui montrent que certains prestataires ne peuvent tout simplement pas être en emploi à cause de leurs caractéristiques¹⁵¹. Les programmes d'activation peuvent résulter en une réduction de la qualité des emplois^{152,153} sans pour autant accroître la quantité d'emplois, comme cela s'est produit au Royaume-Uni avec les derniers programmes d'activation¹⁵⁴.

Face aux promesses des programmes de *workfare*, les prestataires sont souvent déçus¹⁵⁵ parce qu'ils n'améliorent pas leur situation financière^{156,157,158,159,160}. En effet, celle-ci demeure souvent sous le seuil de pauvreté (surtout lorsqu'il y a des frais à couvrir pour le transport, les services de garde, etc.). Les

prestataires sont souvent forcés d'accepter un emploi faiblement rémunéré et demandant peu de qualifications, qui n'offre aucun avantage social et fonctionne selon des horaires de travail peu flexibles. Dans le cas des parents et particulièrement des mères monoparentales, il faut ajouter les difficultés à concilier emploi et responsabilités parentales : les emplois de mauvaise qualité offrent peu de possibilités pour s'occuper d'un enfant malade, par exemple^{161,162}. De plus, il peut arriver que les prestataires se retrouvent dans un cercle vicieux où ils doivent participer à des activités obligatoires plutôt que de poursuivre leur scolarisation, afin de se plier aux exigences de l'aide sociale¹⁶³. Il faut aussi mentionner que dans plusieurs cas, les emplois offerts aux prestataires n'apportent pas de satisfaction personnelle¹⁶⁴.

EFFETS NÉFASTES DES MESURES D'ACTIVATION OBLIGATOIRES

Le *workfare* est moins efficace pour les individus qui font face à plusieurs obstacles à leur employabilité. Ces prestataires ont souvent beaucoup de difficultés à répondre aux exigences des participations obligatoires. Cela peut entraîner des sanctions, lesquelles peuvent laisser ces individus dans des situations de grande nécessité¹⁶⁵.

Aux États-Unis, certains états ont ramené leurs vastes programmes de *workfare* universels à de plus petits programmes, plus souples et moins punitifs, qui offrent davantage de soutien à ceux qui vivent plusieurs obstacles à l'emploi. Ces formules plus souples incluent des emplois subventionnés qui paient des salaires, plutôt que des prestations aux participants¹⁶⁶.

Au Royaume-Uni, les participants à un programme obligatoire d'aide à la recherche d'emploi ont été suivis sur une longue période : l'obligation de participer au programme, combinée à la menace de sanctions financières, a résulté en un taux d'emploi plus bas dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle, particulièrement chez les prestataires qui étaient sans emploi depuis longtemps. Ce résultat dépendrait de l'aspect obligatoire de la participation, qui réduit l'engagement des participants. De plus, l'aspect coercitif a annulé les effets positifs sur la santé mentale qu'on constate habituellement avec les programmes d'aide à la recherche d'emploi¹⁶⁷.

UNE CERTAINE EFFICACITÉ POUR L'INSERTION SOCIALE ET LE MAINTIEN D'UNE EMPLOYABILITÉ MINIMALE

Certains programmes, surtout ceux dotés d'une composante d'insertion sociale, réussissent à préserver un lien entre le prestataire et son milieu, favorisant son insertion dans la société, à défaut de l'intégrer en emploi¹⁶⁸.

Certaines évaluations rapportent par ailleurs que le *workfare* tel que pratiqué au Danemark serait bénéfique pour la confiance en soi et la confiance dans le fait de se trouver un emploi¹⁶⁹. En général, ces effets psychologiques positifs ne dureraient pas longtemps¹⁷⁰. Par exemple, une étude a montré que le programme de *workfare* allemand *One-Euro-Jobs* (les participants travaillaient 30 heures par semaine maximum et recevaient, en plus de leur prestation, un euro par heure travaillée) n'a pas eu d'effet positif sur le sentiment d'efficacité personnelle¹⁷¹.

Références

-
- ¹ Gouvernement du Québec. 1991. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.R.Q. chap. S-4.2, art.373.
- ² Gouvernement du Québec. 2001. *Loi sur la santé publique*. L.R.Q. chap. S-2.2, art. 3.
- ³ Gouvernement du Québec. 2001. *Loi sur la santé publique*. L.R.Q. chap. S-2.2, art. 53, alinéas 3, 5 et 6.
- ⁴ Raynault, M.-F., LeBlanc, M.-F. et Lessard R. (2012). *Rapport du directeur de santé publique 2011, Les inégalités sociales de santé à Montréal ; Le chemin parcouru*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ⁵ Direction de la santé publique de Montréal (1998). *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population ; Les inégalités sociales de santé*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- ⁶ Lalonde, M. et Lacroix, A. (2016). *Est-ce possible aujourd'hui pour les familles en situation de pauvreté à Montréal de bien s'alimenter et d'être physiquement actives?* Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud- de-l'Île-de-Montréal, 56 p.
- ⁷ Raynault, M.-F., S. Tessier et A. Guyon (2013). *Modifications à l'aide sociale : Éviter l'irréparable en évaluant d'abord les impacts sur la santé ;* Mémoire des directeurs de santé publique du Québec sur le Projet de règlement modifiant le Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles.
- ⁸ Ducharme-Varin, J.-F., D. Vergara et M.-F. Raynault (2016). *Les travailleurs invisibles ; Les risques pour la santé des travailleurs des agences de location de personnel*, rapport du directeur de santé publique de Montréal 2016, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- ⁹ Raynault, M.-F. et S. Tessier (2017). *Une politique de développement social axée sur l'équité : vers une réduction des Inégalités sociales de santé à Montréal*, mémoire présenté à la consultation « Vers une politique de développement social » de la Ville de Montréal, Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- ¹⁰ Raynault, M.-F., S. Tessier et S.-R. Hyppolite (2017). *La pauvreté et les inégalités sociales, de graves menaces à la santé des populations*, Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal en collaboration avec la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Mémoire déposé dans le cadre de la consultation publique du gouvernement du Canada en vue de l'élaboration d'une Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté.
- ¹¹ Direction de santé publique de la Montérégie (2007). *Rapport de la directrice de santé publique, Pour des communautés en santé : Des environnements sociaux solidaires*, Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie, 59 pages, disponible au http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/2555/dsp_pub_rapport_annuel_directrice_2007.pdf.
- ¹² Direction de santé publique de la Montérégie. *Portrait de l'environnement bâti en milieu urbain défavorisé de la Montérégie*, disponible au <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/sante-environnementale/amenagement-territoire-cadre-bati/projet-habitat.fr.html>.
- ¹³ Direction de santé publique de la Montérégie (2013). *Cartographie de l'accessibilité géographique aux commerces de l'alimentation de la Montérégie offrant des fruits et des légumes frais*, outil cartographique en ligne au <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/saines-habitudes-vie/cartographie.fr.html>.
- ¹⁴ Guichard, A., V. Ridde, K. Nour et G. Lafontaine (2015). *REFLEX-ISS - Outil de réflexion pour mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé*, Centre intégré de santé et des services sociaux de la Montérégie-Centre, 48 pages, disponible au <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3826/Guide-utilisation-REFLEX-ISS.pdf>.

-
- ¹⁵ Lafontaine-Messier, M. et S. Dutilly-Simard (2015). *Mieux planifier pour réduire les iniquités de santé – Guide de l’accompagnateur*. Sous la direction de Bouchard, M., Lafontaine, G., Loslier, J. et Nour, K., Centre intégré de santé et des services sociaux de la Montérégie-Centre et Centre intégré de santé et des services sociaux de la Montérégie-Est, 150 pages, disponible au <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3827/GuideAccompagnateurISS.pdf>.
- ¹⁶ Direction de santé publique de la Montérégie (2016). *Allocations de santé publique aux Tables petite enfance, jeunesse et sécurité alimentaire de la Montérégie – Devis d’allocation 2017-2018*, Centre intégré de santé et des services sociaux de la Montérégie-Centre, 25 pages, disponible au <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/promotion-prevention/Devis-2017-2018.pdf>.
- ¹⁷ Direction de santé publique de la Montérégie (2016). *Plan d’action régional de santé publique 2016-2020*, Centre intégré de santé et des services sociaux de la Montérégie-Centre, page 9. Disponible au <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3858/PAR-VF.pdf>
- ¹⁸ Direction de santé publique de la Montérégie (2016). *Mémoire déposé dans le cadre de la consultation de la Société d’habitation du Québec : Vers une nouvelle approche d’intervention en habitation*, Longueuil, CISSS de la Montérégie-Centre, 14 pages, disponible au <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3863/2016-12-19-Memoire-ConsultationSHQ.pdf>
- ¹⁹ Direction de santé publique de la Montérégie (2016). *Des services éducatifs à l’enfance de qualité pour assurer au tout-petits un bon départ*, Centre intégré de santé et des services sociaux de la Montérégie-Centre, Longueuil, 12 pages, disponible au <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3856/Memoire-SEG.pdf>
- ²⁰ Manseau, G. (2017). *Mémoire des Directions de santé publique de la Montérégie et de l’Estrie dans le cadre des consultations régionales sur la sécurité routière*, Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 14 pages. Disponible au <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3875/Memoire-securite-routiere-DSP.pdf>
- ²¹ Raynault, M.-F., S. Tessier et A. Guyon (2013). *Modifications à l’aide sociale : Éviter l’irréparable en évaluant d’abord les impacts sur la santé* ; Mémoire des directeurs de santé publique du Québec sur le Projet de règlement modifiant le Règlement sur l’aide aux personnes et aux familles.
- ²² « Le règlement de la réforme de l’aide sociale entériné », *Radio-Canada avec La Presse canadienne*, mercredi 28 juin 2017. Également disponible en ligne : <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1042462/le-reglement-de-la-reforme-de-laide-sociale-enterine>.
- ²³ Allocation du Ministre de l’Emploi et de la Solidarité sociale en commission parlementaire disponible en ligne : <http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-25879.html>
- ²⁴ MTESS. *Projet de modifications réglementaires modifiant le règlement sur l’aide aux personnes et aux familles : Principaux éléments de l’analyse d’impact des 10 mesures réglementaires proposées*. Disponible en ligne: https://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/GD_RAPF_analyse-impact2017.pdf
- ²⁵ Allocation du Ministre de l’Emploi et de la Solidarité sociale en commission parlementaire disponible en ligne : <http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-25879.html>
- ²⁶ La Presse Canadienne (2017). « Objectif emploi: le règlement entériné par le Conseil des ministres » dans *La Presse*, mercredi 28 juin 2017, disponible au <http://www.lapresse.ca/actualites/politique/politique-quebecoise/201706/28/01-5111636-objectif-emploi-le-reglement-enterine-par-le-conseil-des-ministres.php>.

-
- ²⁷ Gouvernement du Québec (12 juillet 2017). *Projet de règlement; Loi sur l'aide aux personnes et aux familles (chapitre A-13.1.1); Aide aux personnes et aux familles - Modification*, Gazette officielle du Québec, 149^e année, no 28, Éditeur officiel du Québec.
- ²⁸ OMS - Commission des déterminants sociaux de la santé (2009). *Comblent le fossé en une génération; Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, rapport final, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- ²⁹ Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). « Données sur le développement humain (1980-2015) », outil en ligne au <http://hdr.undp.org/fr/data>, utilisé le 25 juillet 2017.
- ³⁰ Raynault, M.-F., LeBlanc, M.-F. et Lessard R. (2012). *Rapport du directeur de santé publique 2011, Les inégalités sociales de santé à Montréal ; Le chemin parcouru*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ³¹ Ibid.
- ³² Bruneau, J. et coll. 2011. « Trends in human Immuno-deficiency virus incidence and risk behavior among injection drug users in Montreal, Canada: A 16-year longitudinal study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 173, no 9, p. 1049-1058.
- ³³ Bruneau, J. et coll. 2012. « The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users », *Addiction*, vol. 107, p. 1318-1327.
- ³⁴ Parashar, S. et coll. 2014. « The impact of unstable housing on emergency department use in a cohort of HIV-positive people in a Canadian setting », *AIDS Care*, vol. 26, no 1, p. 53-64.
- ³⁵ Leaver, C.A. et coll. 2007. « The effects of housing status on health related outcomes in people living with HIV: a systematic review of literature », *AIDS and Behavior*, vol. 11, supplément du no 6, p. S85-S100.
- ³⁶ Roy, E. et coll. 2004. « Mortality in a cohort of street youth in Montreal », *Journal of the American Medical Association*, vol. 292, no 5, p. 569-574.
- ³⁷ Latimer, E et coll. (2017). Costs of services for homeless people with mental illness in 5 Canadian cities: a large prospective follow-up study, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 5, no 3, page E582, disponible au <http://cmajopen.ca/content/5/3/E576.full.pdf+html>.
- ³⁸ Forget, E. (2013). New questions, new data, old interventions: The health effects of a guaranteed annual income, *Preventive Medicine*, vol. 57, pages 925-928.
- ³⁹ Forget, E. (2011). *The Town with no Poverty; Using health administration data to revisit outcomes of a Canadian guaranteed annual income field experiment*, University of Manitoba.
- ⁴⁰ Kehrer, B.H. et C.M. Wolin (1979). Impact of income maintenance on low birth weight: Evidence from the Gary Experiment, *The Journal of Human Resources*, vol. 14, no 4, pages 434-462.
- ⁴¹ Hertzman, C. et T. Boyce (2010). How experience gets under the skin to create gradients in development health, *Annual Review of Public Health*, 31, pages 329-347.
- ⁴² Hafkamp-de Groen, E. et coll. (2012). The role of prenatal, perinatal and postnatal factors in the explanation of socioeconomic inequalities in preschool asthma symptoms : The Generation R Study, *Journal of Epidemiol Community Health*, vol. 66, pages 1017-1024.
- ⁴³ Spencer, N. (2008). European Society for Social Pediatrics and Child Health (ESSOP) Position Statement; Social inequalities in child health – Towards equity and social justice in child health outcomes, *Child: care, health and development*, vol. 34, no 5, pages 631-634.
- ⁴⁴ Rowser, M. (2008). *Predictors of depressive symptoms and obesity in African american women transitioning from welfare to work*, dissertation présentée comme exigence partielle pour le doctorat en philosophie, University of Tennessee Health Science Center.
- ⁴⁵ Chandola, T. et N. Zhang (2017). Re-employment, job quality, health and allostatic load biomarkers: prospective evidence from the UK Household Longitudinal Study, *International Journal of Epidemiology*, vol. 1, no 11.

⁴⁶ Ducharme-Varin, J.-F., D. Vergara et M.-F. Raynault (2016). *Les travailleurs invisibles ; Les risques pour la santé des travailleurs des agences de location de personnel*, rapport du directeur de santé publique de Montréal 2016, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

⁴⁷ Geiger, B. B. (2017). Benefits conditionality for disabled people: Stylized facts from a review of international evidence and practice, *Journal of Poverty and Social Justice*, vol. 25, no 2, p. 107-128.

⁴⁸ France, A (2017). «Austerity and the 'Workfare State': The Remaking and Reconfiguration of Citizenship for the Young Unemployed in the Great Recession», dans *Neo-Liberalism and Austerity; The Moral Economies of Young People's Health and Well-being*, par P. Kelly et J. Pike, pages 259-276.

⁴⁹ OCDE (2012). *Activating jobseekers: How Australia does it*, Paris, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264185920-en>

⁵⁰ Hale, C. 2014. *Fulfilling Potential? ESA and the fate of Work-Related Activity Group*, The Centre for Welfare Reform, Sheffield.

⁵¹ OCDE (2012). *Op. cit.*

⁵² Geiger, B. B. (2017). Benefits conditionality for disabled people: Stylized facts from a review of international evidence and practice, *Journal of Poverty and Social Justice*, vol. 25, no 2, p. 107-128.

⁵³ McNeill, J. L. Scullion, K. Jones et A. Stewart (2017). Welfare conditionality and disabled people: claimants' perspectives, *Journal of Poverty and Social Justice*, vol. 25, no 2, p. 177-180.

⁵⁴ France, A (2017). «Austerity and the 'Workfare State': The Remaking and Reconfiguration of Citizenship for the Young Unemployed in the Great Recession», dans *Neo-Liberalism and Austerity; The Moral Economies of Young People's Health and Well-being*, par P. Kelly et J. Pike, pages 259-276.

⁵⁵ Hale, C. 2014. *Fulfilling Potential? ESA and the fate of Work-Related Activity Group*, The Centre for Welfare Reform, Sheffield.

⁵⁶ Barr, B., Taylor-Robinson, D., Stuckler, D., Loopstra, R., Reeves, A., Whitehead, M. (2016). 'First, do no harm': are disability assessments associated with adverse trends in mental health? A longitudinal ecological study, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 70, no 4, pages 339-45.

⁵⁷ Geiger, B. B. (2017). Benefits conditionality for disabled people: Stylized facts from a review of international evidence and practice, *Journal of Poverty and Social Justice*, vol. 25, no 2, p. 107-128.

⁵⁸ British Psychological Society (30 novembre 2016). «British Psychological Society signs statement opposing welfare sanctions», page web disponible au <https://beta.bps.org.uk/news-and-policy/british-psychological-society-signs-statement-opposing-welfare-sanctions>.

⁵⁹ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2016). *Rapport annuel de gestion 2015-2016*, Direction adjointe de la Direction des statistiques et de l'information de gestion, page 21.

⁶⁰ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2017). *Statistiques mensuelles des trois programmes d'assistance sociale*, Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique; actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015.

⁶¹ Ibid.

⁶² Ibid.

⁶³ Maisonneuve, C. et C. Blanchet (2014). L'insécurité alimentaire dans les ménages québécois : mise à jour et évolution de 2005 à 2012, collection *Surveillance des habitudes de vie*, Institut national de santé publique du Québec, p. 4 (11 pages), disponible au https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1858_Insecurite_Alimentaire_Quebecois.pdf

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Statistique Canada (2017). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), FMGD 2011-2012, données analysées par la Direction de santé publique de Montréal, division Surveillance de l'état de santé de la population, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

-
- ⁶⁶ Maisonneuve, C. et C. Blanchet (2014). L'insécurité alimentaire dans les ménages québécois : mise à jour et évolution de 2005 à 2012, collection *Surveillance des habitudes de vie*, Institut national de santé publique du Québec.
- ⁶⁷ Ibid., pages 5-6.
- ⁶⁸ Dispensaire de diététique de Montréal (2017). *Coût du Panier de provision nutritif – Mai 2017*, disponible au <https://www.dispensaire.ca/app/uploads/17-05-Coût-PPN-FR.pdf>.
- ⁶⁹ Ibid.
- ⁷⁰ Duquette, M., T. Demmers, et J. Demers, . *Étude sur le coût du panier à provisions nutritif dans divers quartiers de Montréal. Rapport synthèse*, Dispensaire diététique de Montréal.
- ⁷¹ Société canadienne d'hypothèque et de logement (2016). Rapport sur le marché locatif, RMR de Montréal, Le marché de l'habitation, page 1; disponible au https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/64413/64413_2016_A01.pdf?lang=fr, consulté le 24 août 2017.
- ⁷² Tarasuk, V., J. Cheng, C. de Oliveira, N. Dachner, C. Gundersen et P. Kurdyak (2015). Association between household food insecurity and annual care costs, *Canadian Medical Association Journal*, vol 187, no 14, pages E429-36. Disponible au <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26261199>.
- ⁷³ Ibid.
- ⁷⁴ Les Banque alimentaires du Québec (2016). *Bilan-Faim Québec 2016*, page 11, disponible au <http://www.banquesalimentaires.org/wp-content/uploads/2016/11/BilanFaimQc20161.pdf>
- ⁷⁵ Tarasuk, V., N. Dachner et R. Loopstra (2014). Food banks, welfare, and food insecurity in Canada, *British Food Journal*, vol. 116, no 9, pp. 1405-1417, <https://doi.org/10.1108/BFJ-02-2014-0077>
- ⁷⁶ Kirkpatrick, S.I. et V. Tarasuk (2009). Food insecurity and participation in community food programs among low-income Toronto families, *Canadian Journal of Public Health*, vol. 100, no 2, pages 135-9.
- ⁷⁷ Emery, J. C., Fleisch, V., et McIntyre, L. (2013). How a guaranteed annual income could put food banks out of business, *The School of Public Policy Research Papers*, vol. 6, no 37, <https://www.policyschool.ca/wp-content/uploads/2016/03/emery-foodbankfinal.pdf>.
- ⁷⁸ McIntyre L., Patterson P.B., Anderson L.C. et Mah C.L. (2016). Household Food Insecurity in Canada: Problem Definition and Potential Solutions in the Public Policy Domain, *Canadian Public Policy*, vol. 42, no 1, pages 83-93, <http://www.utpjournals.press/doi/abs/10.3138/cpp.2015-066>
- ⁷⁹ Lemoine, O., B. Simard et coll. (2011). *Rapport descriptif global de l'Enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie* ; Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut nationale de santé publique du Québec.
- ⁸⁰ Grou, C. (2016). « Les services psychologiques dans le réseau public : les dangers d'une pénurie anticipée », *Ordre des psychologues du Québec*, page web au <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/une-annee-riche-de-def-1>.
- ⁸¹ Hasenfeld, Y., T. Ghose et K. Larson (2004). The Logic of Sanctioning Welfare Recipients: An Empirical Assessment, *Social Service Review*, vol. 78, no 2.
- ⁸² Desrosiers, H., V. Nanhou, A. Ducharme et coll. (2015). *Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques: des clefs pour relever les défis du XXIe siècle*. Rapport québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 249 p.
- ⁸³ Ibid., page 103.
- ⁸⁴ Hasenfeld, Y., T. Ghose et K. Larson (2004). The Logic of Sanctioning Welfare Recipients: An Empirical Assessment, *Social Service Review*, vol. 78, no 2, p. 304-319.
- ⁸⁵ Born, C.E., P.J. Caudill et M.L. Cordero (1999). *Life After Welfare: A Look At Sanctioned Families*, rapport du Welfare and Child Support Research and Training Group, School of Social Work, University of Maryland.

-
- ⁸⁶ Cherlin, A.J., K. Bogen, J.M. Quane, et L. Burton (2002). "Operating within the Rules: Welfare Recipients' Experiences with Sanctions and Case Closings", *Social Service Review*, vol. 76, no 3, pages 387–405.
- ⁸⁷ Kalil, Ariel, Kristin S. Seefeldt, et Hui-chen Wang (2002). "Sanctions and Material Hardship under TANF", *Social Service Review*, vol. 76, no 4, pages 643–62.
- ⁸⁸ Mead, L.M. (1986). *Beyond Entitlement: The Social Obligations of Citizenship*. New York, Free Press.
- ⁸⁹ Nixon, L.A, J. F. Kauff et J.L. Losby (1999). *Second Assignments to Iowa's Limited Benefit Plan*, rapport de Mathematica Policy Research pour le Iowa Department of Human Services, 87 pages.
- ⁹⁰ Polit, D.F., A.S. London, et J.M. Martinez (2001). *The Health of Poor Urban Women: Findings from the Project on Devolution and Urban Change*, 348 pages.
- ⁹¹ Kalil, Ariel, Kristin S. Seefeldt, et Hui-chen Wang (2002). "Sanctions and Material Hardship under TANF", *Social Service Review*, vol. 76, no 4, pages 643–62.
- ⁹² Cherlin, A.J., K. Bogen, J.M. Quane, et L. Burton (2002). "Operating within the Rules: Welfare Recipients' Experiences with Sanctions and Case Closings", *Social Service Review*, vol. 76, no 3, pages 387–405.
- ⁹³ OCDE (2012). *Activating jobseekers: How Australia does it*, Paris, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264185920-en>
- ⁹⁴ White, D. (2011). *Vers une politique saine d'activation : l'impact sur la santé et le bien-être des prestataires d'aide sociale de l'intégration des services de sécurité du revenu et de l'employabilité*, Rapport de recherche Programme actions concertées, Université de Montréal.
- ⁹⁵ Raynault, M.-F., S. Tessier et S.-R. Hyppolite (2017). *La pauvreté et les inégalités sociales, de graves menaces à la santé des populations*, Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal en collaboration avec la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Mémoire déposé dans le cadre de la consultation publique du gouvernement du Canada en vue de l'élaboration d'une Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté.
- ⁹⁶ Tarasuk, V., J. Cheng, C. de Oliveira, N. Dachner, C. Gundersen et P. Kurdyak (2015). Association between household food insecurity and annual care costs, *Canadian Medical Association Journal*, vol 187, no 14, pages E429-36. Disponible au <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26261199>.
- ⁹⁷ Ducharme-Varin, J.-F., D. Vergara et M.-F. Raynault (2016). *Les travailleurs invisibles ; Les risques pour la santé des travailleurs des agences de location de personnel*, rapport du directeur de santé publique de Montréal 2016, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- ⁹⁸ Chandola, T. et N. Zhang (2017). Re-employment, job quality, health and allostatic load biomarkers: prospective evidence from the UK Household Longitudinal Study, *International Journal of Epidemiology*, vol. 1, no 11.
- ⁹⁹ Cordula Zabel (2013). Does activation increase lone mothers' employment chances? Effects of training and workfare for lone mothers receiving means-tested benefits in Germany, *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 33, no 7/8, pp. 453-473, <http://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/IJSSP-07-2012-0067> .
- ¹⁰⁰ Jenson, J. et D. Saint-Martin (2006). Building Blocks for a New Social Architecture: The LEGOTM paradigm of an active society, *Policy & Politics*, vol. 34, pages 429-51.
- ¹⁰¹ Raynault, M.-F. et S. Tessier (2017). *Une politique de développement social axée sur l'équité : vers une réduction des Inégalités sociales de santé à Montréal*, mémoire présenté à la consultation « Vers une politique de développement social » de la Ville de Montréal, Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- ¹⁰² Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2009). *Étude qualitative sur les motifs de participation et de non-participation aux mesures d'Emploi-Québec de prestataires éloignés du marché du travail et*

encore présents à l'aide sociale. *Faits saillants*. Direction générale adjointe de la recherche de l'évaluation et de la statistique.

¹⁰³ Heckman, J.J. (2006). *Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children*, Science, vol. 312, no 5782, pp. 1900-1902, DOI: 10.1126/science.1128898

¹⁰⁴ Fortin, P., L. Godbout et S. St-Cerny (2012). *L'impact des services de garde à contribution réduite du Québec sur le taux d'activité féminin, le revenu intérieur et les budgets gouvernementaux*, Chaire de recherche en fiscalité et finances publiques, Université de Sherbrooke, rapport de recherche disponible au <https://interventionseconomiques.revues.org/1858>.

¹⁰⁵ Godbout, L. et S. St-Cerny (2016). *Le Point sur le soutien minimal de l'État : Que reçoivent les ménages québécois ?* Document de travail 2016/12, Chaire en fiscalité et finances publiques, disponible au https://cffp.recherche.usherbrooke.ca/wp-content/uploads/2016-12_Soutien-minimum.pdf

¹⁰⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé ; Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*.

¹⁰⁷ Raynault, M.-F., LeBlanc, M.-F. et Lessard R. (2012). *Rapport du directeur de santé publique 2011, Les inégalités sociales de santé à Montréal ; Le chemin parcouru*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

¹⁰⁸ Fortin, P., L. Godbout et S. St-Cerny (2012). *Op. cit.*

¹⁰⁹ Assemblée Nationale du Québec (2016). « Point de presse de M. François Blais, ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale, et ministre responsable de la région de la Capitale » page web disponible au <http://m.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-30573.html>

¹¹⁰ Hurteau, P. et M. Nguyen (2017). « Les conditions d'un salaire viable au Québec en 2017 », page web disponible au <http://iris-recherche.qc.ca/publications/salaire-viable2017>.

¹¹¹ Cordula Zabel (2013). Does activation increase lone mothers' employment chances? Effects of training and workfare for lone mothers receiving means-tested benefits in Germany, *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 33, no 7/8, pp. 453-473, <http://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/IJSSP-07-2012-0067>.

¹¹² Jenson, J. et D. Saint-Martin (2006). Building Blocks for a New Social Architecture: The LEGOTM paradigm of an active society, *Policy & Politics*, vol. 34, pages 429-51.

¹¹³ Jenson, J. (2004) Changing the Paradigm: Family Responsibility or Investing in Children, *Canadian Journal of Sociology*, vol. 29, no 2, pp. 169-192.

¹¹⁴ Hasenfeld, Y., T. Ghose et K. Larson (2004). The Logic of Sanctioning Welfare Recipients: An Empirical Assessment, *Social Service Review*, vol. 78, no 2, p. 304-319.

¹¹⁵ Simard, M., M.-E. Tremblay, A. Lavoie et N. Audet (2013). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 99 pages.

¹¹⁶ Guay D., Laurin I., Bigras N., Toussaint P., Fournier M. (2015). *Portrait du parcours préscolaire des enfants montréalais ; Résultats de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP)*, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

¹¹⁷ Blanchard D et coll. 2014. Portrait montréalais du développement des enfants à la maternelle : résultats de l'enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM, 2012). Direction de santé publique de Montréal, 28 p.

¹¹⁸ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2009). *Étude qualitative sur les motifs de participation et de non-participation aux mesures d'Emploi-Québec de prestataires éloignés du marché du travail et encore présents à l'aide sociale. Faits saillants*. Direction générale adjointe de la recherche de l'évaluation et de la statistique.

¹¹⁹ Ibid.

¹²⁰ Raynault, M.-F. et S. Tessier (2017). *Une politique de développement social axée sur l'équité : vers une réduction des Inégalités sociales de santé à Montréal*, mémoire présenté à la consultation « Vers une politique de développement social » de la Ville de Montréal, Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

¹²¹ Raynault, M.-F. et S. Tessier (2016). *Mémoire des directrices et directeurs régionaux de santé publique soumis au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale* dans le cadre de la consultation sur la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ; Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

¹²² Dufour, P., G. Boismenu et A. Noël (2003). *L'aide au conditionnel : la contrepartie dans les mesures envers les personnes sans emploi en Europe et en Amérique du Nord*, Presses de l'Université de Montréal, P.I.E-Peter Lang, Bruxelles.

¹²³ Ibid.

¹²⁴ OCDE (2013). "Activating jobseekers: Lessons from seven OECD countries", dans OECD Employment Outlook 2013, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2013-7-en

¹²⁵ Dufour, P., G. Boismenu et A. Noël (2003). *L'aide au conditionnel : la contrepartie dans les mesures envers les personnes sans emploi en Europe et en Amérique du Nord*, Presses de l'Université de Montréal, P.I.E-Peter Lang, Bruxelles.

¹²⁶ Deault-Picard, D. (2016). « Réformer l'aide sociale : l'approche contre-productive; Les mesures coercitives ne sont pas plus efficaces que l'approche incitative pour intégrer les prestataires de l'aide sociale au marché de l'emploi », Institut de recherche en politiques publiques, <http://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/septembre-2016/reformer-laide-sociale-laproche-contre-productive/>

¹²⁷ Ibid.

¹²⁸ Kneipp, S.M., C.M. Waters et A.A. Quinn (2000). The Health of Women in Transition from Welfare to Employment, *Western Journal of Nursing Research*, vol. 22, no 6.

¹²⁹ Dufour, P., G. Boismenu et A. Noël (2003). *Op. cit.*

¹³⁰ Crisp, R. et D.R. Fletcher (2008). *A comparative review of workfare programmes in the United States, Canada and Australia*, Research Report No 533, Department for Work and Pensions.

¹³¹ Raffass, T. (2017). Demanding Activation, *Journal of Social Policy*, vol. 46, no 2, p. 349-365.

¹³² Jordan, J.D. (2016). *The Work Programme: Making Welfare Work?*, thèse soumise comme exigence partielle pour le doctorat en philosophie, Manchester Metropolitan University, département de sociologie.

¹³³ Raffass, T. (2017). *Op. cit.*

¹³⁴ Dufour, P., G. Boismenu et A. Noël (2003). *L'aide au conditionnel : la contrepartie dans les mesures envers les personnes sans emploi en Europe et en Amérique du Nord*, Presses de l'Université de Montréal, P.I.E-Peter Lang, Bruxelles

¹³⁵ Ibid.

¹³⁶ Ibid.

¹³⁷ Crisp, R. et D.R. Fletcher (2008). *A comparative review of workfare programmes in the United States, Canada and Australia*, Research Report No 533, Department for Work and Pensions.

¹³⁸ Dufour, P., G. Boismenu et A. Noël (2003). *Op. cit.*

¹³⁹ Ibid.

¹⁴⁰ Ibid.

¹⁴¹ Ibid.

¹⁴² Raffass, T. (2017). Demanding Activation, *Journal of Social Policy*, vol. 46, no 2, p. 349-365.

-
- ¹⁴³ Dufour, P., G. Boismenu et A. Noël (2003). *L'aide au conditionnel : la contrepartie dans les mesures envers les personnes sans emploi en Europe et en Amérique du Nord*, Presses de l'Université de Montréal, P.I.E-Peter Lang, Bruxelles
- ¹⁴⁴ Raffass, T. (2017). Demanding Activation, *Journal of Social Policy*, vol. 46, no 2, p. 349-365.
- ¹⁴⁵ Arni, P., R. Lalive et J.C. Van Ours (2013). How effective are unemployment benefit sanctions? Looking beyond unemployment exit, *Journal of Applied Econometrics*, vol. 28, no 7, p. 1153-1178.
- ¹⁴⁶ Livermore, M., R.S. Powers, Y. Lim et B.C. Davis (2015). Predicting Material Hardship Among Former Welfare-to-Work Participants: An Income- and Resource-Packaging Model, *Journal of Social Service Research*, vol. 41, pages 158-171.
- ¹⁴⁷ Dufour, P., G. Boismenu et A. Noël (2003). *Op. cit.*
- ¹⁴⁸ Raffass, T. (2017). *Op. cit.*
- ¹⁴⁹ Kneipp, S.M., C.M. Waters et A.A. Quinn (2000). The Health of Women in Transition from Welfare to Employment, *Western Journal of Nursing Research*, vol. 22, no 6.
- ¹⁵⁰ Raffass, T. (2017). *Op. cit.*
- ¹⁵¹ Dufour, P., G. Boismenu et A. Noël (2003). *Op. cit.*
- ¹⁵² Raffass, T. (2017). Demanding Activation, *Journal of Social Policy*, vol. 46, no 2, p. 349-365.
- ¹⁵³ Ibid.
- ¹⁵⁴ Ibid.
- ¹⁵⁵ Kneipp, S.M., C.M. Waters et A.A. Quinn (2000). The Health of Women in Transition from Welfare to Employment, *Western Journal of Nursing Research*, vol. 22, no 6.
- ¹⁵⁶ Ibid.
- ¹⁵⁷ Cook, K.E. (2012). Social support in single parents' transition from welfare to work: Analysis of qualitative findings, *International Journal of Social Welfare*, vol. 21, p. 338-350.
- ¹⁵⁸ Arni, P., R. Lalive et J.C. Van Ours (2013). How effective are unemployment benefit sanctions? Looking beyond unemployment exit, *Journal of Applied Econometrics*, vol. 28, no 7, p. 1153-1178.
- ¹⁵⁹ Livermore, M., R.S. Powers, Y. Lim et B.C. Davis (2015). Predicting Material Hardship Among Former Welfare-to-Work Participants: An Income- and Resource-Packaging Model, *Journal of Social Service Research*, vol. 41, pages 158-171.
- ¹⁶⁰ Raffass, T. (2017). Demanding Activation, *Journal of Social Policy*, vol. 46, no 2, p. 349-365.
- ¹⁶¹ Rowser, M. (2008). *Predictors of depressive symptoms and obesity in African american women transitioning from welfare to work*, dissertation présentée comme exigence partielle pour le doctorat en philosophie, University of Tennessee Health Science Center.
- ¹⁶² Kneipp, S.M., C.M. Waters et A.A. Quinn (2000). The Health of Women in Transition from Welfare to Employment, *Western Journal of Nursing Research*, vol. 22, no 6.
- ¹⁶³ Rowser, M. (2008). *Op. cit.*
- ¹⁶⁴ Kneipp, S.M., C.M. Waters et A.A. Quinn (2000). *Op. cit.*
- ¹⁶⁵ Crisp, R. et D.R. Fletcher (2008). *A comparative review of workfare programmes in the United States, Canada and Australia*, Research Report No 533, Department for Work and Pensions.
- ¹⁶⁶ Ibid.
- ¹⁶⁷ Malmberg-Heimonen, I. et J. Vuori (2005), 'Activation or discouragement - the effects of enforced participation on the success of job-search training', *European Journal of Social Work*, vol. 8, no 4, p. 451-467.
- ¹⁶⁸ Dufour, P., G. Boismenu et A. Noël (2003). *L'aide au conditionnel : la contrepartie dans les mesures envers les personnes sans emploi en Europe et en Amérique du Nord*, Presses de l'Université de Montréal, P.I.E-Peter Lang, Bruxelles.
- ¹⁶⁹ Ibid.
- ¹⁷⁰ Raffass, T. (2017). Demanding Activation, *Journal of Social Policy*, vol. 46, no 2, p. 349-365.

¹⁷¹ Tisch, A., J. Wolff (2015). "Active labour market policy and its outcomes: Does workfare programme participation increase self-efficacy in Germany?", *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 35 no 1/2, pp.18-46,