

Fonds de recherche
sur la société
et la culture

Québec 

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

VERS UNE POLITIQUE SAINÉ D'ACTIVATION

L'IMPACT SUR LA SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES PRESTATAIRES D'AIDE SOCIALE
DE L'INTÉGRATION DES SERVICES DE SÉCURITÉ DU REVENU ET D'EMPLOYABILITÉ

RAPPORT FINAL

Deena White
Université de Montréal

Subvention de recherche # 2008-AC-124750 octroyée par le FRSQ, programme d'Actions concertées :
« Évaluation de l'impact des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population »,
en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.



VERS UNE POLITIQUE SAINTE D'ACTIVATION :
L'IMPACT SUR LA SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES PRESTATAIRES D'AIDE SOCIALE
DE L'INTÉGRATION DES SERVICES DE SÉCURITÉ DU REVENU ET D'EMPLOYABILITÉ

Chercheur responsable

Deena White

Université de Montréal

Co-chercheurs

Pascale Dufour, Science politique, Université de Montréal

Cynthia Martiny, Éducation et pédagogie, UQAM

Lourdes Rodrigues del Barrio, Service social, Université de Montréal

Denis Saint-Martin, Science politique, Université de Montréal

Collaborateur

Christopher McAll, Sociologie, Université de Montréal

Partenaire du milieu

Regroupement québécois des organismes de développement de l'employabilité (RQuODE)

Rédaction

Deena White

Avec la collaboration de

Dominique Brière

Cristina Bajenaru-Ion

Jonathan Lafontaine

Annabelle Rivard-Patoine

Mariana Sotelo-Rico

© Deena White, 2011

deena.white@umontreal.ca

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
A. LES POLITIQUES D'ACTIVATION COMME VECTEUR DE LA SANTÉ? LQA PROBLÉMATIQUE	2
A.1. LE CONTEXTE GÉNÉRAL ET SPÉCIFIQUE DE L'ÉTUDE	2
A.2. HYPOTHÈSES ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	4
A.3. À QUI S'ADRESSE CETTE ÉTUDE?.....	6
B. LA DÉMARCHE ET SES RETOMBÉES	7
B.1. VOLET 1 : RECENSION ET REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE.....	7
B.2. VOLET 2 : ANALYSE DES INTERVENTIONS EN ACTIVATION AU QUÉBEC	10
B.3. VOLET 3 : DES ÉTUDES EXPLORATOIRES AUPRÈS DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES	11
C. L'IMPACT SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES POLITIQUES D'ACTIVATION : LES CONNAISSANCES ACQUISES.....	13
C.1. LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION VISÉE.....	13
C.2. LES EFFETS CONNUS DES PROGRAMMES D'ACTIVATION	14
C.3. LES EFFETS DES PRESTATIONS ET DES AUGMENTATIONS DU REVENU LIÉES À L'ACCÈS À L'EMPLOI.....	16
D. UNE NOUVELLE OPTIQUE SUR LES EFFETS DES POLITIQUES D'ACTIVATION	19
E. PERTINENCE DE L'ÉTUDE POUR LE CAS QUÉBÉCOIS.....	20
CONCLUSION.....	24
ANNEXE I: ÉLÉMENTS CLÉ D'UNE POLITIQUE SAINTE D'ACTIVATION.....	27
1. DES FACTEURS FINANCIERS	27
2. L'ACCÈS À L'EMPLOI DURABLE ET DE QUALITÉ	27
3. LA QUALITÉ DES INTERVENTIONS DE PREMIÈRE LIGNE.....	28
4. UN SOUTIEN AU-DELÀ DE L'EMPLOI ET DE L'ARGENT	28
5. LES ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS FAVORABLES	28
LISTE DES RÉFÉRENCES	31
TABLEAU 1 : QUELQUES INDICATEURS DE LA PAUVRETÉ ET DES INÉGALITÉS, \$ US, LES ANNÉES MI-2000	18
SCHÉMA 1 : LA PRODUCTION DES EFFETS SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES PRESTATAIRES D'AIDE SOCIALE DU SYSTÈME D'ACTIVATION : DES ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS À LA RELATION D'AIDE	21

Dans le document des annexes :

ANNEXE II

LA RELATION D'AIDE DANS LES SERVICES D'ACTIVATION POUR LES PRESTATAIRES D'AIDE SOCIALE AU QUÉBEC

MARIANA SOTELO-RICO ET DEENA WHITE

ANNEXE III

COMPRENDRE ET CONCEPTUALISER LES EFFETS DES PROGRAMMES D'ACTIVATION SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE :
LE CAS DES MÈRES SEULES

Dominique Brière

ANNEXE IV

LE PASSAGE AU SYSTÈME D'ACTIVATION DES NOUVEAUX IMMIGRANTS QUALIFIÉS :

QUELLES RAISONS ET QUELLES CONSÉQUENCES ? (ABSTRACT)

CRISTINA BAJENARU ION

ANNEXE V

BIBLIOGRAPHIE :

IMPACT SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES POLITIQUES D'ACTIVATION

L'IMPACT SUR LA SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES PRESTATAIRES D'AIDE SOCIALE DE L'INTÉGRATION DES SERVICES DE SÉCURITÉ DU REVENU ET D'EMPLOYABILITÉ

INTRODUCTION

Cette étude répond à un appel d'offre de la part du Fond québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC), en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), dans le cadre d'une Action concertée intitulée « Évaluation de l'impact des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population ». Le MSSS s'intéresse particulièrement à cette question dans le contexte de l'article 54 de la Loi sur la santé publique, en vigueur depuis le 18 juin 2002, qui prévoit que le MSSS conseille les autres ministères en matière des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être.¹

La politique en question ici est en fait un ensemble de lois, de politiques, de programmes et de mesures que nous traitons sous la rubrique de **politiques d'activation**. Il s'agit des politiques intégrées qui joignent l'aide financière de dernier recours (l'aide ou l'assistance sociale) et l'aide à l'emploi (aide à la recherche d'emploi, de placement ainsi que les programmes et mesures d'employabilité). L'intégration des deux domaines de politique se fait, entre autres, par la voie d'un guichet unique pour l'accès aux deux types de services et de primes ou de sanctions financières associées à la participation ou la non-participation à des mesures d'employabilité. Ces types de politiques sont très à la mode à travers les pays de l'OCDE depuis les années 1990 et le Québec était alors au premier rang dans cette tendance, avec son premier programme d'activation, pour les jeunes assistées sociales, implanté en 1985.

Si la politique d'activation n'est pas nouvelle au Québec, elle est en évolution constante. Ainsi, cette étude vise à fournir de nouvelles connaissances qui peuvent être utiles dans la réforme continue aux politiques, programmes, mesures et interventions qui lient aide financière et aide à l'emploi, surtout pour la population la plus vulnérable sur les plans de la santé et du bien-être, soit la population la plus désavantagée et stigmatisée qui est aussi la population la plus éloignée du marché du travail.

Les études d'impact sur la santé sont normalement fondées sur les connaissances acquises et effectuées à l'aide de recensions systématiques de la documentation et de la littérature scientifiques pertinentes ainsi que des entretiens avec des experts et d'autres personnes intéressées. C'est effectivement la forme générale qu'a pris cette étude, à trois volets :

¹ Loi sur la Santé publique, L.R.Q., chapitre S-2.2 :

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

- Le volet 1 : recension des connaissances acquises internationalement
- Le volet 2 : entretiens avec des coordonnateurs de services et des intervenants
- Le volet 3 : entretiens avec des prestataires d'aide sociale²

Cependant, l'étude est incomplète, à cause d'un manque d'accès à certains acteurs clés de la mise en œuvre de ces politiques au Québec, soient ceux qui travaillent à tous les paliers de l'agence responsable, Emploi-Québec. Nonobstant cette faiblesse qui, nous l'espérons, pourra être résolue dans des études ultérieures, l'approche originale de cette recherche a permis de dégager des facteurs ayant une influence sur la santé et le bien-être des prestataires au-delà de ceux déjà soulevés dans le peu de littérature existante sur l'impact des politiques d'activation sur la santé.

Ce rapport a été préparé à l'intention des décideurs, gestionnaires et intervenants. Il met donc l'accent sur les connaissances repérées, nos démarches et leurs retombées, avec référence à des documents qui élaborent sur ces points pour ceux qui peuvent s'y intéresser. Les résultats de ces démarches sont présentées en forme de points dans l'annexe I. D'autres annexes présentent des résumés de certaines études plus précises effectuées afin de contribuer à ce rapport, ainsi qu'une bibliographie complète.

A. LES POLITIQUES D'ACTIVATION COMME VECTEUR DE LA SANTÉ?

LA PROBLÉMATIQUE

A.1. LE CONTEXTE GÉNÉRAL ET SPÉCIFIQUE DE L'ÉTUDE

Qu'est-ce qu'on veut dire par l'activation et pourquoi penser que des politiques d'activation puissent avoir des effets significatifs sur la santé et le bien-être des populations les plus vulnérables?

Le terme « activation » est souvent utilisé pour faire référence aux systèmes intégrés de sécurité du revenu et des services d'aide à l'emploi, qui représentent aujourd'hui la fine pointe des tendances en ce qui concerne les politiques publiques au sein de la quasi-totalité des pays membres de l'OCDE.^{3, 4} Ces politiques, aussi connues sous les désignations de *welfare-to-work* ou de réinsertion professionnelle, combinent des politiques sociales et des politiques d'emploi. Elles prennent des formes très hétérogènes d'un pays à l'autre et varient même au sein des pays fédérés comme les États-Unis ou le Canada, selon l'état ou la province. Cependant, elles se fondent toutes sur ce même principe : l'idée que

² Les résultats de ce volet sont présentés dans Brière, 2008 et Bejanaru, à venir.

³ Il faut distinguer l'ensemble des mesures actives du marché du travail (ALMP) qu'un pays peut adopter (comprenant par exemple la création d'emplois, des changements aux normes du travail, etc.) des politiques d'activation qui sont au centre de cette étude : ces dernières ciblent les chômeurs et des individus inactifs au marché du travail (chômeurs de longue durée, personnes jamais actives, etc.) pour une offre intégrée d'aide financière et d'aide à l'emploi.

⁴ Barbier et Ludwig-Meyerhofer, 2004; Dwyer, 2004; OCDE, 2005a,b; Eichhorst et al, 2008.

l'emploi – au lieu des prestations seules – est la clé de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Dès lors, la pertinence d'évaluer l'impact de ces politiques sur la santé des populations devient évidente, puisque l'emploi, la pauvreté et l'exclusion sociale figurent parmi ses déterminants les plus influents.⁵ Par contre – et malgré la quantité gigantesque de recherches sur les politiques d'activation – il y a une pénurie d'études qui s'intéressent à leur impact sur la santé et le bien-être.

Il est possible de parler d'une convergence internationale vers des politiques dites « actives » pour remplacer les prestations « passives » traditionnelles. Ces dernières consistent en des transferts d'argent aux personnes sans emploi ou nécessiteuses (par exemple, des prestations d'assurance-emploi ou d'assistance sociale) mais qui n'exigent rien du prestataire en contrepartie. Elles s'insèrent dans une logique de droits sociaux associée à l'État-providence traditionnel. Par contraste, les politiques actives considèrent que tout le monde – ou presque – peut et doit être autonome et actif sur le marché du travail et que l'aide financière doit agir comme tremplin vers cette (ré)intégration. Ces politiques s'insèrent plutôt dans la nouvelle logique d' « investissement social ». ⁶ Est offerte alors une gamme de services auprès des individus sans-emploi visant à augmenter leur « employabilité ». Il s'agit de services tels que l'aide à la recherche d'emploi, des mesures de préparation à l'emploi pour ceux et celles n'ayant pas beaucoup d'expérience sur le marché du travail, des formations ponctuelles ou des études allant de l'alphabétisation aux programmes universitaires.

Les politiques dites actives divergent entre elles cependant en ce qui concerne les buts et les valeurs ou idéologies qui les sous-tendent. Par exemple, les systèmes de type *workfare* ⁷ ont pour but principal de réduire la dépendance à l'aide sociale entre autres par l'insertion en emploi – n'importe quel emploi. La logique derrière n'est pas celle de l'investissement dans la personne puisque l'approche *workfare* présume un déficit moral associé à la dépendance de l'État. Ces politiques vont donc exiger du travail (public ou communautaire) en contrepartie de l'assistance financière, vont souvent mettre des limites de temps à cette assistance et leurs services d'aide à l'emploi s'axeront sur le placement. Certains états des États-Unis et certaines provinces canadiennes adoptent ce type de politique. Dans les systèmes de politiques actives conçues selon une perspective d'investissement social, l'État investit dans des mesures pouvant améliorer le capital humain et les chances des personnes inactives de s'insérer au marché du travail, avec comme but le rendement social et économique que l'emploi apportera pour ces individus et pour la société dans son ensemble. Ce dernier type de politique est aujourd'hui prôné par l'OCDE et par l'Union européenne. Comme le système québécois est plutôt de ce type, ce sont des systèmes d'activation suivant cette logique d'investissement social qui sont au centre de cette étude.

En effet, le Québec s'est inscrit de façon précoce dans cette tendance d'activation avec la création, en 1982, du ministère de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu (aujourd'hui le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale – MESS). Depuis, des politiques et lois successives ont renforcé par étapes l'intégration des services d'assistance et d'emploi. La création de l'agence Emploi-Québec en

⁵ Marmot & Wilkinson, 2006; Raphael, 2007.

⁶ St-Martin, 2000; Perkins et al, 2004; Dufour et Morrison, 2005; Morel et al, 2009.

⁷ Morel, 2002

1998, dans la foulée de l'entente bilatérale avec le gouvernement canadien, par laquelle la responsabilité des mesures actives d'emploi visant les prestataires d'assurance emploi (sous responsabilité fédérale) est transférée au gouvernement québécois, a constitué un moment charnière dans cette évolution. Il s'agit d'un guichet unique pour les services d'emploi visant les travailleurs, les chômeurs ainsi que les prestataires d'assistance sociale.⁸ Depuis janvier 2006, une réforme administrative a vu la fusion d'Emploi-Québec et de l'Agence de la sécurité du revenu, tous les deux sous l'égide du MESS, étape qui ressert encore plus l'intégration des services d'aide financière et les services d'aide à l'emploi.

Dès lors, « la nouvelle agence Emploi-Québec » assume la responsabilité de l'application de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles (Loi 57, adoptée en janvier 2007) qui encadre la prestation d'aide financière de dernier recours pour les personnes nécessiteuses. Cette loi comprend l'aide auprès des personnes considérées aptes au travail (aide sociale) et l'aide auprès des personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi (solidarité sociale). L'agence d'Emploi-Québec, auparavant vouée à l'amélioration du fonctionnement du marché du travail, à un meilleur équilibre de l'offre et de la demande de main-d'œuvre et à la lutte contre le chômage, se voit maintenant appelé à jouer un rôle de chef de file dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale « dans une perspective de développement économique et social ».⁹

Nous avons constaté que cette réforme s'insère dans une tendance d'intégration des politiques de sécurité du revenu et des mesures d'aide à l'emploi qui se poursuit, selon des modalités et des rythmes différents, à travers les pays de l'OCDE. Voilà l'importance pour le Québec d'examiner les connaissances déjà acquises sur l'impact d'une telle intégration sur la santé et le bien-être des populations les plus vulnérables, soient celles recevant une aide financière de dernier recours.

A.2. HYPOTHÈSES ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Malgré des buts et des optiques divergents, les instruments adoptés par les systèmes d'activation dans des pays différents se convergent dans plusieurs sens. En effet, les systèmes d'activation, même en se limitant à ceux du type d'investissement social, se placent sur un continuum allant des plus coercitives (misant surtout sur l'obligation de participer à des programmes d'insertion et l'application de sanctions financières pour ceux qui ne participent pas, systèmes souvent appelés *work first* - l'emploi d'abord) vers les plus habilitantes (mettant l'accent sur le développement de l'employabilité et sur l'offre de services complémentaires).¹⁰ Si l'OCDE et la Stratégie d'Emploi de l'Union européenne¹¹ entérinent des systèmes qui combinent la carotte et le bâton – les services et les sanctions – d'un pays à l'autre, on voit des équilibres assez différents entre ces deux tendances. **Nous faisons l'hypothèse que**

⁸ St-Martin, 2001; Clasen et al, 2001.

⁹ Emploi-Québec, 2006a :7.

¹⁰ Lødemel and Trickey, 2001; Eichhorst et al, 2008.

¹¹ OCDE, 2005b; Observatoire européen de l'emploi : <http://www.eu-employment-observatory.net/fr/ees/index.htm>

les effets négatifs sur la santé et le bien-être des systèmes d'activation augmenteront en parallèle avec le degré de coercition ou, à l'inverse, que les retombées positives sur la santé augmenteront selon le caractère habilitant des interventions. Ce continuum tient compte de la combinaison des prestations et des services où est considéré non seulement le *design* de leur intégration mais aussi, le niveau de l'aide offert sur les deux axes, financier et professionnel. Par ailleurs, nous verrons que le système québécois pourrait se classer parmi les plus « habilitants » sur ce continuum si le niveau des prestations d'aide financière ne laissait pas les personnes assistées dans un état de pauvreté profonde.

Les distinctions entre l'importance relative accordée aux aspects coercitifs et habilitants des politiques d'activation ne sont pas les seules qui peuvent contribuer à la variation des effets sur la santé. Ces politiques interviennent directement, par la voie des interventions individualisées, des incitatifs, des sanctions et des conditions, dans les choix et les comportements quotidiens des individus. À la différence des prestations d'argent seules, elles ont comme but la production d'effets spécifiques sur les attitudes et les conduites, par exemple, relativement au travail, à l'autonomie et aux responsabilités familiales. Elles ciblent, entre autres, des groupes de la population déjà considérés comme vulnérables sur le plan de la santé, soit les prestataires de longue durée, les personnes plus âgées mais en bas de l'âge de la retraite, les mères seules, les personnes handicapées ou avec une santé mentale fragile, les immigrants, etc. Il s'agit alors de politiques, de programmes et de mesures qui interviennent dans l'intimité de la vie quotidienne des personnes vulnérables, afin d'altérer non seulement les circonstances de leur vie mais aussi, leurs façons de voir, de penser et d'agir. **Le potentiel pour ces politiques d'altérer la santé physique, psychologique et sociale est donc particulièrement fort et, selon notre hypothèse, dépendra largement du « design » des programmes, de leurs modes de gouvernance, des conditions de leurs mises en œuvre et de la relation d'aide établie pendant les interventions, pour ne pas mentionner leur capacité de sortir les personnes de la pauvreté.**

En effet, **une hypothèse de base est à l'effet que le niveau de générosité de l'aide financière qui accompagne l'aide à l'emploi aura un impact sur les effets de santé et le bien-être liés à la politique d'activation.** Ceci à cause du fait que la santé des populations évolue selon le gradient socioéconomique. Ainsi, comme nous parlons des personnes les plus appauvries dans la société, on risque de croire qu'un effet positif peut être possible même si les prestations ne sont pas suffisantes pour sortir la personne de la pauvreté; n'importe quelle augmentation de revenu doit compter pour quelque chose pour cette population. Par contre, il est à questionner si une augmentation de, par exemple, 200 \$ par année est suffisante pour avoir un impact sur la santé de la personne qui demeure, malgré cette augmentation, dans la grande pauvreté. De plus, un effet négatif est aussi possible même si les prestations dépassent le seuil de la pauvreté, car le niveau de ce seuil est en soi un point de débat. Ainsi, deux constats militent pour une attention nuancée à la question de la générosité des prestations. D'une part, la « mesure du panier de consommation » (la MPC - un des indicateurs de la pauvreté en vigueur au Canada) est en principe une mesure qui tient compte des besoins financiers minimaux pour garder une personne en santé dans une communauté donnée. Il faut donc évaluer à quel point il est pertinent de considérer la proximité des prestations à cette mesure pour estimer l'impact sur la santé. D'autre part, le niveau d'*inégalité sociale* qui caractérise la société a un impact *autonome* sur la santé de

la population.¹² Dans cette perspective, il faut tenter de savoir si l'importance de l'écart entre les prestations et le revenu médian au sein de la population constitue un indicateur significatif de l'impact sur la santé.

En fonction de ces hypothèses, cette étude d'impact sur la santé et le bien-être se donne comme objectif général de répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les éléments des services intégrés de sécurité du revenu et d'emploi qui peuvent contribuer positivement ou négativement à la santé et au bien-être des populations vulnérables?
- Est-ce que la convergence des responsabilités de sécurité du revenu et d'emploi risque d'avoir des effets positifs ou négatifs sur la santé et le bien-être de ces populations ? Si oui, lesquels et comment peuvent-ils se produire?
- Par quelles mesures peut-on réduire le risque d'effets négatifs et augmenter la probabilité d'effets positifs sur la santé et le bien-être des prestataires d'assistance sociale?

A.3. À QUI S'ADRESSE CETTE ÉTUDE?

Cette étude sur l'impact sur la santé et le bien-être des politiques d'activation s'adresse d'abord au ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), partenaire à l'appel d'offre, et plus précisément aux responsables de l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec (2001) qui dit :

Le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population.

L'objectif premier de l'étude est donc d'informer le MSSS afin que qu'il puisse remplir ce mandat relativement aux politiques et programmes d'activation en toute connaissance des savoirs de pointe existant sur le sujet.

En deuxième lieu, l'étude s'adresse directement au MESS et à Emploi-Québec, responsables de l'orientation, du développement, de l'administration et de la mise en œuvre des programmes, mesures et services d'aide à l'emploi et des dispositions de la Loi 57 sur l'aide aux personnes et aux familles. En effet, la nouvelle agence d'Emploi-Québec et la Loi 57 représentent des cas de figure dans le cadre de cette étude sur les politiques d'activation à cause de leur caractère singulier sur plan mondial. L'étude

¹² Wilkinson et Pickett, 2006.

s'est donné comme objectif de faire une analyse comparative du système d'activation au Québec et d'autres systèmes semblables en ce qui concerne l'impact possible de ses programmes et interventions. Un des résultats de l'étude comparative a été l'identification du système québécois comme étant parmi les plus attentifs aux variables pouvant avoir un impact sur la santé. Cela dit, les connaissances recueillies et développées dans le cadre de l'étude pourront servir d'appui à l'amélioration continue du système sur ce plan et d'outil de référence lors des efforts continus de peaufiner les programmes et mesures.

Par contre, une limite importante de l'étude en lien avec ces derniers objectifs était le refus de collaboration à l'étude de la part du MESS et d'Emploi-Québec. Ce refus était lié à des préoccupations administratives à l'effet que l'étude arrivait pour certains à un mauvais moment. Pour cette raison, nos données sur le Québec ne sont pas plus riches que celles sur d'autres pays, et en effet, sont parfois plus restreintes puisque le système d'activation québécois (qui se distingue de ceux à l'œuvre dans d'autres provinces canadiennes) n'a pas été ciblé jusqu'à maintenant dans des études comparatives internationales. Pour cette raison, notre première recommandation est qu'Emploi-Québec vise à compléter cette étude à un moment ultérieur, afin de mieux identifier et comprendre les mécanismes qui contribuent à la production des effets non désirés sur la santé et le bien-être des prestataires et ainsi les améliorer.

B. LA DÉMARCHE ET SES RETOMBÉES

Une démarche à trois volets a été prévue pour cette étude. Malgré des ajustements significatifs adoptés en raison de l'impossibilité d'étudier les processus institutionnels à l'intérieur des établissements d'Emploi-Québec, les trois volets ont été réalisés. Nous présentons dans cette section un court résumé de nos démarches pour chacun et des retombées principales. Les résultats sont présentés dans les sections ultérieures de ce rapport.

B.1. VOLET I : RECENSION ET REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE.

L'objectif de cette recension était de repérer des systèmes d'activation de type «investissement social», afin d'en saisir l'impact sur la santé pour les prestataires d'assistance sociale, les plus éloignés du marché du travail et les plus vulnérables sur le plan de la santé. Elle s'est réalisée à travers plusieurs étapes. La première était le repère des connaissances acquises à travers des études d'impact sur la santé des politiques d'activation déjà effectuées ailleurs. On a donc commencé par le repérage des études existantes, en éliminant

- les études portant sur des systèmes correspondant au modèle de *workfare*, principalement états-uniennes, à cause de l'éloignement du modèle québécois;
- les études où la santé ou le bien-être n'était pas une variable dépendante;
- les études présentant des énoncés ou conclusions de l'impact sur la santé des programmes ou mesures, sans données à l'appui.

Les seules études d'impact identifiées sont quatre études de la mise en œuvre de la Stratégie européenne de l'emploi. Seuls les rapports à propos de l'Angleterre¹³ et de l'Irlande¹⁴ s'avéraient pertinents. Celle portant sur le cas allemand portait sur l'impact sur la santé de l'emploi flexible. Un rapport synthèse¹⁵ reprenait les données des trois premiers. Les conclusions de ces rapports sont présentées dans la section C de ce rapport.

Dans un deuxième temps, une revue de la littérature sur les systèmes d'activation (excluant les systèmes de type *workfare*) datant de 2005 à 2010 a été effectuée, afin d'identifier des pays pouvant permettre une comparaison féconde avec le Québec. Le critère principal était le degré d'intégration des systèmes : intégration administrative des services d'aide financière et d'aide à l'emploi et intégration des populations visées (travailleurs, chômeurs, personnes assistées et personnes inactives) au sein d'un seul établissement (guichet unique). Cet exercice a donné lieu à l'identification des quatre pays ayant des systèmes d'activation les plus intégrés, depuis les réformes les plus récentes (entre 2007 et 2009) : **la Grande-Bretagne, le Danemark, les Pays-Bas et l'Australie.**

Ces pays se distinguent cependant par rapport au *design* institutionnel de leurs systèmes d'activation. Une des différences importante est la localisation du guichet unique : si les services sont intégrés au palier central, où se développent les politiques et grandes orientations, ou uniquement au palier local. Une décentralisation radicale, déconcentrant le pouvoir décisionnel typiquement vers les municipalités, laisse de la place aux inégalités d'un lieu à l'autre et des iniquités dans les services rendus disponibles à des populations différentes ainsi que dans modalités de jumeler aide sociale et aide à l'emploi. Ainsi, les sanctions pour les comportements dûment délinquants (par exemple, manquer des rendez-vous) peuvent être plus sévères dans certaines municipalités en comparaison avec d'autres. Il y a cependant des convergences très importantes entre ces quatre pays, probablement liées à leur adhésion commune à la Stratégie européenne d'emploi. Celles-ci comprennent la marchandisation et la privatisation de l'activation :

- le recours à des entreprises privées, allant de l'agence principale responsable du développement et de l'offre des services partout dans le pays (le Centerlink de l'Australie) jusqu'à la quasi-totalité des entreprises de services au palier local (les Pays-Bas);
- l'installation d'un mode de gouvernance contractuel et compétitif pour la sélection des fournisseurs de services auprès des clientèles, mettant sur un même pied les organismes à but non lucratif, les entreprises privées et, le cas échéant, les organismes publics;
- la rémunération des fournisseurs de services sur la base des résultats, que ce soit tout simplement le nombre de personnes placées en emploi ou, dans certains pays, d'autres résultats considérés valables aussi, comme la poursuite des études.

¹³ Abrahamson et al, 2004a.

¹⁴ Doyle et Metcalf, 2004

¹⁵ Abrahamson et al, 2004b

Dans la troisième étape, nous avons effectué une analyse en profondeur de ces quatre systèmes, à l'aide des littératures, scientifique et grise, ainsi que des informations détaillées disponibles sur les sites *web* gouvernementaux (quand ceux-ci existaient en français ou en anglais, ce qui n'était pas le cas pour le Danemark et pour les Pays-Bas). En traçant des liens entre les structures institutionnelles et la mise en œuvre des politiques d'activation, nous avons identifié les variables suivantes pouvant avoir un impact sur la santé et le bien-être des personnes les plus vulnérables :

- le mode de financement des services d'employabilité (contractuel, selon le nombre de clients, selon la performance, ayant comme impact de défavoriser les clients les moins en mesure réussir);
- les types et la mixité d'organismes fournissant les services (publics, privés, communautaires, ayant comme impact, entre autres, sur la qualité des intervenants embauchés pour fournir les services et les priorités établis pour les interventions);
- les types d'obligations, sanctions ou incitatifs qui lient les prestations à la participation aux programmes (ce qui rend un système plus coercitif ou plus habilitant);
- le traitement visant les populations spécifiques les plus éloignées du marché du travail relatif aux autres populations (personnes plus âgées, personnes handicapées, etc. – s'ils ont accès aux mêmes services que les autres et sont soumises aux mêmes règles de jeu).

Quatrièmement, nous avons effectué une analyse des évaluations des résultats des interventions en activation dans ces quatre pays, en termes de taux d'accès à l'emploi et d'autres variables, si disponibles. Les évaluations sont cependant très inégales en ce qui concerne les interventions évaluées, les dates des évaluations, les modalités d'évaluation et, somme toute, la comparabilité des résultats. Les réformes les plus récentes, reflétées dans les systèmes mis en place depuis 2007, n'ont pas encore été évaluées. Nous avons souvent dû miser sur des données secondaires présentées dans la littérature scientifique et portant sur une période entre 2001 et 2005 (les évaluations des systèmes en place durant les années 1990 ont été exclues). En fin de compte, il n'y avait que des conclusions générales par rapport à l'efficacité des interventions mises en œuvre durant les années 2000 à tirer de cette étape de l'étude. Par contre, les conclusions suivantes ressortent :

- les systèmes intégrés ne sont pas très performants sur le plan de l'intégration en emploi des populations très éloignées du marché du travail;
- certains sont le plus exigeants envers ces populations (sanctions et obligations);
- ces populations risquent de devenir laissées-pour-compte puisqu'elles ne contribuent pas à l'augmentation de la « performance » des entreprises fournissant les services d'activation, sur quoi leur financement est souvent basé.

Enfin, nous avons effectué une revue de la littérature portant sur les déterminants de la santé et du bien-être pouvant être affectés par les interventions prévues dans les programmes d'activation. Nous avons cherché à identifier les variables indépendantes pouvant affecter ces déterminants de la santé (par exemple, les conditions pouvant causer ou exacerber le stress chronique ou la désagrégation des réseaux de soutien social), afin de pouvoir mieux comprendre les mécanismes par lesquels les interventions en activation peuvent influencer la santé et le bien-être des prestataires. Ce travail a contribué au développement d'un modèle théorique, brièvement présenté dans la section C de ce

rapport et ayant servi au développement de nos guides d'entretien pour les deuxième et troisième volets de cette étude. En appliquant ce cadre théorique aux systèmes d'activation des quatre pays examinés en profondeur, nous avons pu identifier une vingtaine de variables associées aux systèmes d'activation pouvant avoir un impact sur la santé. Celles-ci sont présentées dans la section E plus bas.

B.2. VOLET 2 : ANALYSE DES INTERVENTIONS EN ACTIVATION AU QUÉBEC

Ce volet de l'étude visait à documenter, à l'aide des textes et des entretiens avec des acteurs pertinents, l'ensemble des conditions institutionnelles, organisationnelles et professionnelles ayant un impact sur les interventions en employabilité au Québec, pour la population vulnérable des personnes assistées sociales. Comme retombées, ce volet devrait produire une meilleure compréhension des endroits où des décisions et des actions ayant un impact possible sur la santé et le bien-être se produisent au sein du système d'activation. Ceci devrait donc contribuer au développement de recommandations les plus pertinentes pour le système d'activation québécois. Le plan pour ce volet a été cependant compromis par le manque d'accès aux acteurs œuvrant au sein de l'agence de l'Emploi-Québec, à tous les paliers.¹⁶

Ce contretemps a été compensé par un accès relativement facile à un grand nombre de documents produits par Emploi-Québec et ses partenaires, disponibles sur son site Internet (plans stratégiques, protocole d'entente avec les organismes communautaires en employabilité, guide de reddition des comptes pour les fournisseurs de services, descriptifs des mesures d'activation, cadres réglementaires pour la mise en œuvre des programmes d'aide financière et des diverses mesures d'aide à l'emploi, des évaluations de programmes, des études qualitatives, etc.). Cette documentation très riche s'ajoutait à la documentation pertinente provenant d'autres sources telles le MESS et des organismes communautaires qui offrent les services spécialisés directement à la population concernée par cette étude, en entente de services avec Emploi-Québec (ententes signées avec les centres locaux d'emploi, ou CLE). La liste de la documentation analysée est présentée à la fin de ce rapport.

De plus, le manque d'accès aux acteurs d'Emploi-Québec a été partiellement compensé par une vingtaine d'entretiens en profondeur avec des experts, comprenant

- des coordonnateurs d'organismes communautaires en employabilité ayant contracté avec Emploi-Québec pour la prestation des services d'employabilité, dans le cadre des programmes et mesures développés par Emploi-Québec;
- des intervenants offrant ses services directement auprès de cette population.

Remarquons que les organismes ne sont pas les seuls à offrir des services à cette population. Les agents socioéconomiques au sein des CLE d'Emploi-Québec offrent eux-aussi certains services, dont l'aide financière, et sont responsables de référer les personnes aux organismes communautaires

¹⁶ Nous avons cependant rencontré à plusieurs reprises le directeur général adjoint de la recherche, de l'évaluation et de la statistique du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale qui a été impliqué dans la plupart des évaluations et autres études effectuées par ce ministère sur les programmes d'Emploi-Québec.

pertinents, d'en faire le suivi et d'assurer la coordination des prestations financières et de la participation aux mesures d'activation. Nous n'avons pas pu effectuer des entretiens avec ces agents, les coordonnateurs des CLE ou les responsables régionaux d'Emploi-Québec, ni avec les décideurs. Si le discours des coordonnateurs d'organismes communautaires et des intervenants sur le fonctionnement du système fait nécessairement référence aux rôles et aux interventions du personnel d'Emploi-Québec, certaines des informations fournies n'ont pas pu être vérifiées dans la documentation et représentent alors les connaissances et perceptions des seules personnes interviewées. C'est une carence hors de notre contrôle à laquelle il serait très utile de remédier dans l'avenir. Par contre, une étude plus approfondie sur le rapport entre les propos des intervenants communautaires en employabilité et le cadre institutionnel imposé par Emploi-Québec est le sujet d'une annexe importante à ce rapport (annexe II).

Les entretiens ont apporté une précision à propos des processus opérationnels touchant les rapports des coordonnateurs et des intervenants avec le personnel d'Emploi-Québec et les stratégies d'intervention. Ils ont aussi cherché à mieux connaître les caractéristiques des clients et de dégager l'impact des interventions sur les opportunités, projets, obligations et habilités des prestataires ou clients. En effet, les informations de cet ordre fournies par les intervenants portaient sur des clients précis, selon les dossiers, tout en respectant l'anonymat. Ceci afin de contrôler le plus possible la tendance des intervenants de parler des impressions qu'ils ont de leurs interventions au lieu de fournir des informations factuelles à propos ces dernières.

Les retombées de ce volet sont en partie théoriques, puisqu'elles représentent une contribution importante au développement d'un cadre d'analyse des mécanismes par lesquels les politiques dites « actives » arrivent à avoir un impact sur la santé et le bien-être. Ces connaissances sont nécessaires afin de pouvoir identifier et modifier des éléments spécifiques des politiques ou programmes ou des processus de leurs mises en œuvre qui produisent des effets. Le volet avait des retombées plus concrètes en contribuant de manière importante aux résultats présentés dans la section E de ce rapport. **Ce volet se poursuit dans le cadre d'un autre projet de recherche portant plus largement sur les mécanismes de production d'impact sur la santé et le bien-être des politiques actives, comprenant des nouvelles formes d'intervention en soins à domicile et en logement social. Il est d'ailleurs l'objet d'un mémoire de maîtrise (Mariana Sotelo-Rico, Université de Montréal), dont un résumé détaillé se trouve en annexe II.**

B.3. VOLET 3 : DES ÉTUDES EXPLORATOIRES AUPRÈS DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

D'abord planifié comme études de cas exploratoires visant à découvrir ou à préciser des effets sur la santé et le bien-être des interventions, ce volet a connu aussi un changement de cap dû au manque d'accès aux CLE et à des prestataires d'aide sociale voulant participer à la recherche, via les CLE. Le volet porte alors plutôt sur des populations spécifiques de prestataires, avec comme but de comprendre si et comment les interventions dans le cadre de mesures d'activation peuvent les affecter de manières différentes. Jusqu'à maintenant, deux populations en particulier ont fait l'objet de mémoires de

maîtrise : les mères seules (Dominique Brière, 2009 – voir annexe III) et les immigrants (Cristina Bajenaru-Ion, ce dernier n'étant pas encore publié au moment de la rédaction de ce rapport).

Les répondants pour ce volet de l'étude ont été recrutés à l'aide des organismes communautaires en employabilité, selon les critères suivants :

Les mères seules :

- qui ont reçu de l'aide sociale pendant au moins un an;
- ayant (ou qui avaient pendant la dernière année) le statut de « contraintes temporaires à l'emploi » en raison de la charge d'enfant(s) de moins de 5 ans;
- qui vivent avec leur(s) enfant(s) et qui en ont la garde la plupart du temps;
- qui ne partagent pas le domicile familial avec un autre adulte.

Les immigrants :

- qui sont arrivés au Québec depuis moins de 5 ans;
- qui ont été sélectionnés comme travailleurs qualifiés;
- qui sont ou qui ont été à l'aide sociale;
- qui ont participé à une ou des mesures d'employabilité d'Emploi Québec;
- qui ont réussi ou non à se trouver un emploi au moment de l'entretien.

Les grilles d'entretien auprès des prestataires d'aide sociale s'inspirent à la fois du cadre théorique (effets des interventions sur les opportunités, les projets, les obligations et les habilités et sur les tensions entre eux, le cas échéant) et de l'approche de parcours de vie, vue sous l'angle de leur structuration à travers le rapport dynamique entre des projets de vie des personnes d'une part, et les normes (contraintes et attentes) culturelles et institutionnelles qui évoluent dans le temps, d'autre part.¹⁷ Le schéma 2 dans annexe III et celui dans l'annexe IV présentent les cadres que cette approche préconise, pour le cas des mères seules celui des immigrants. Une trentaine d'entretiens ont été effectués au total.

Ce volet de l'étude n'a pas produit les résultats escomptés et cela, pour plusieurs raisons. D'abord, le plan de recherche exploratoire n'a pas permis une comparaison systématique entre mères seules (ou immigrants) qui se trouvent :

- en emploi de qualité acceptable;
- aux études ou en formation;
- en emploi précaire et de mauvaise qualité;
- toujours à l'aide sociale mais ayant participé (ou participant) à des mesures d'employabilité;
- toujours à l'aide sociale sans avoir participé à de telles mesures.

De plus, un plan expérimental serait exigé afin de cerner l'impact sur la santé et le bien-être des interventions, avec des observations post-interventions assez loin dans le temps pour permettre la parution d'effets, le cas échéant. Enfin, la grille d'entretien était plus adaptée pour comprendre

¹⁷ » Malenfant Lévesque et White, 2004; Krüger et Levy, 2001.

« comment » les interventions agissent sur des déterminants de santé, que de préciser leurs effets. Cependant, ces effets sont déjà connus grâce à la littérature scientifique existante; l'étude exploratoire entamée ici était conçue plutôt pour contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes de la production de ces effets.

Les résultats les plus intéressants de ce volet de l'étude se dégagent sur le plan **des réactions différentes aux expériences d'activation des deux groupes de prestataires et de certains sous-groupes, en fonction des circonstances différentes qu'ils représentent mais surtout, en fonction de leurs attentes différentes**. Cette conclusion rejoint la littérature portant, entre autres, sur le stress, qui propose que la réaction de la personne ou l'interprétation qu'elle fait, par exemple, de sa participation aux mesures d'activation, est plus importante comme déterminant du niveau de stress engendré, que les « éléments objectifs » de cette participation (incluant les résultats de la participation). Ceci vient à l'appui de notre hypothèse disant que **c'est au point de l'intervention que l'impact sur la santé et le bien-être se produit**. Mais comme démontré dans le volet 2 de l'étude, l'intervention est fortement conditionnée par les arrangements institutionnels et organisationnels qui l'encadre.

C. L'IMPACT SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES POLITIQUES D'ACTIVATION : LES CONNAISSANCES ACQUISES

Les informations fournies dans cette section proviennent des études d'impact sur la santé des politiques d'activation effectués en Angleterre¹⁸ et en Irlande¹⁹ – les seules que nous avons repérées en suivant les critères présentés dans la section B.1.

C.1. LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION VISÉE

Avant d'aborder les implications en termes des améliorations possibles aux politiques, programmes et services, il convient de rappeler qu'en nous intéressant aux personnes assistées sociales, nous sommes d'emblée devant la population la plus vulnérable en termes de santé au sein des sociétés dites développées. C'est une population vivant dans la pauvreté profonde (parfois à long terme) et au bas de l'échelle du gradient socioéconomique. Une minorité de cette population consiste en des personnes qui reçoivent des prestations d'invalidité telles les personnes handicapées, ayant des maladies chroniques ou atteintes de troubles psychiatriques, et qui n'ont pas de source de revenu alternative à l'assistance publique. L'objectif du système d'activation dans ce cas est de favoriser l'insertion sociale, sinon professionnelle, par la voie de mesures d'activation adaptées.

La majorité des prestataires est cependant considérée comme apte au travail mais se trouve sans emploi et démunie financièrement. Il s'agit de personnes n'ayant jamais travaillé et n'ayant pas ou plus

¹⁸ Abrahamson, 2004a

¹⁹ Doyle, 2004.

accès à du soutien financier (par exemple, des jeunes ou des mères seules); des chômeurs de longue durée qui ont épuisé leur assurance-emploi (souvent des travailleurs de 45 ans ou plus); et des personnes ayant des problèmes physiques, psychologiques, psychosociaux ou familiaux, qui entravent la recherche et l'obtention d'un emploi ou le maintien d'un lien avec le marché du travail (maladies chroniques non diagnostiqués, non traitées ou difficiles à gérer; violence domestique; enfant, conjoint(e) ou autre membre de la famille ayant besoin de soins; toxicomanie, troubles d'apprentissage, problèmes de santé mentale transitoires ou pas diagnostiqués; etc.).

Bref, il s'agit d'une population très fragile, qui parfois combine plus d'un seul problème menant à la rupture ou à l'absence de lien avec le marché du travail, et parfois aussi, à l'éloignement d'autres réseaux sociaux. À cette population, le système d'activation offre – ou, souvent, impose – des interventions personnalisées, visant la modification de leur rapport au travail et le changement des comportements et des attitudes – et parfois, les conditions de vie – qui entravent le développement de ce rapport. Par ailleurs, travailler est très souvent le souhait le plus ardent de ces personnes, entre autres, à cause du lien intime entre le travail et une identité personnelle et sociale valorisante au sein de nos sociétés, et à cause des réseaux sociaux qui se développent très souvent à travers les milieux de travail. Alors, qu'est-ce que la littérature nous dit par rapport à l'impact de ces interventions sur la santé fragile des prestataires d'assistance?

C.2. LES EFFETS CONNUS DES PROGRAMMES D'ACTIVATION

Selon des études de l'impact sur la santé de la Stratégie européenne de l'emploi – une synthèse des seules études d'impact sur la santé des politiques d'activation jusqu'en 2010 (voir Bambra, 2010) – l'impact est influencé indirectement par les effets possibles sur les déterminants sociaux de la santé suivants :

- l'augmentation du revenu du ménage (mise en question par les études les plus récentes);
- l'insertion en emploi (si à temps plein et stable);
- la sortie de l'aide sociale
- la prévention ou atténuation du chômage de longue durée;
- l'augmentation de la confiance, de l'estime de soi, de la motivation;
- la réduction de l'isolement;
- la réduction de l'anxiété.

La production de ces effets est liée à la possibilité d'un impact « **positif** » sur la santé et le bien-être du prestataire – dépendant de la présence et de l'ampleur de l'effet. Par contre, le fait de décrocher un emploi et même d'augmenter le revenu (parfois d'un montant presque négligeable) n'est pas garant d'un effet positif. Par exemple, les effets sur la santé d'un emploi précaire ou de mauvaise qualité (temporaire, à bas salaire, travail de nuit, trop peu d'heures, des quarts de travail imprévisibles, etc.) sont plutôt « **négatifs** », égaux, sinon pire à ceux produits par le chômage. Ceci à cause des effets de **l'incertitude, de l'anxiété et du stress chronique** qu'ils entraînent. Pour la grande majorité des

personnes assistées qui décrochent un emploi suite à la participation à une mesure d'activation, il s'agit d'un emploi précaire et/ou de piètre qualité.

Par ailleurs, en défaut de la réalisation d'un ou de plusieurs des effets escomptés des mesures d'activation, le fait d'être et de demeurer sans emploi et à l'aide sociale aura presque certainement un impact négatif sur la santé et le bien-être, impact qui augmentera avec le temps. D'abord, le fait d'être sans emploi est associé directement avec des maladies cardiovasculaires, un plus grand nombre de visites chez le médecin et l'utilisation de plus de médicaments, un niveau de santé dégradé selon la déclaration des personnes et, enfin avec une mortalité précoce. Si certains auteurs ont trouvé que le chômage en soi produit un impact indépendant sur la santé, d'autres démontrent que c'est l'appauvrissement lié au chômage de longue durée qui produit les effets néfastes sur la santé. Les études les plus récentes font la démonstration d'une combinaison des deux processus.

Mis à part les mécanismes à l'œuvre, dans la littérature abondante sur ce sujet, il y a un consensus sur un risque plus élevé pour les chômeurs de longue durée d'impacts négatifs en lien avec les déterminants de la santé suivants :

- pauvreté chronique et profonde;
- insécurité alimentaire;
- environnement insalubre;
- tabagisme et alcoolisme;
- problèmes de santé mentale tels la dépression, l'anxiété, le suicide;
- stigmat social;
- stress chronique;
- isolement.

Il peut exister en plus un impact indépendant, pour les participants qui ne décrochent pas d'emploi, du fait de vivre des rejets et échecs répétés suite à une participation : la perte d'espoir, la démotivation, le cynisme, avec des séquelles psychosociales et comportementales possibles, telles la dépression ou la toxicomanie. Voilà pourquoi il est d'une importance capitale, dans une étude d'impact sur la santé et le bien-être des politiques d'activation, de considérer l'impact sur *l'ensemble* des participants, comprenant les proportions des prestataires qui n'obtiennent pas d'emploi; de ceux et de celles qui obtiennent un emploi sans augmenter sensiblement de revenu et de ceux et celles qui vivent le phénomène de la porte tournante : assistance → emploi précaire → assurance-chômage → assistance. Malheureusement, aucune étude à notre connaissance n'a accordé une attention particulière à l'impact de la participation aux mesures d'activation qui se solde par un échec. Et pourtant, dépendant de la mesure évaluée et au sein de quel système national d'activation et de quelles mesures, entre 50 % et 80 % des participants ne réussissent pas à s'insérer au marché du travail, même dans un emploi précaire, suite à leur participation.

Par ailleurs, la compréhension des mécanismes producteurs des effets variables sur la santé des politiques d'activation est, à notre avis, limitée. La littérature, comprenant les études d'impact de la

Stratégie d'emploi européenne, se concentre sur des corrélations assez connues sur les rapports entre la santé physique et mentale et, en ordre d'importance dans la littérature :

- le chômage;
- la pauvreté;
- l'emploi et surtout l'emploi précaire;
- le statut « d'assisté » au sein de la société (le stigmat);
- la transition à l'emploi (absence ou présence de prestations et services facilitant)

Par contre, l'impact des interventions comme telles sur la santé et le bien-être n'est pas suffisamment traité. La littérature existante est presque unanime à propos du fait que tout dépendrait du *design* de la mesure en question. Or, il y a eu des centaines, sinon des milliers, de mesures évaluées à travers les pays de l'OCDE depuis le début des années 1990, et il semble que les mesures ne sont maintenues que pour quelques années avant d'être sensiblement modifiées ou remplacées par d'autres. De plus, aucun pays ne peut reproduire de manière fiable les conditions de la mise en œuvre d'une intervention en activation, à cause des contextes institutionnels différents. Les synthèses des connaissances vont normalement réduire les mesures d'activation à des grandes catégories d'interventions : formation, aide à la recherche d'emploi et *counselling* (le sens de cette dernière intervention n'est jamais précisé) et, dans une optique plus large de mesures actives du marché du travail, des subventions salariales, la création d'emplois, etc. Par contre, il y a un nombre infini de manières d'offrir la formation, l'aide à recherche d'emploi et le *counselling*. Entre autres, cela dépendra de la position du système d'activation au sein duquel les mesures sont déployées, sur le continuum des plus coercitifs aux plus habilitants.

Enfin, très peu d'études se préoccupent de la qualité de la mise en œuvre des mesures, comprenant la qualité de la relation d'aide. Par contre, cette dernière est parfois mentionnée comme étant de la plus grande pertinence dans la production d'effets sur la santé et le bien-être, par exemple, dans le cas d'une ambivalence et d'une tension entre les dimensions *d'aide* et de *contrôle* qui peuvent caractériser la relation entre l'agent et le prestataire. En effet, dans le cadre de ces mesures visant à influencer, par des interventions directes, les opportunités (ou la perception des opportunités), les projets, la pensée et le comportement des personnes, nous considérons que la nature de la relation interpersonnelle, déterminée en grande partie par les arrangements institutionnels, la structure de gouvernance et les conditions de la mise en œuvre, doivent être pris en compte afin d'apprécier et expliquer les effets possibles sur la santé et le bien-être des politiques et programmes d'activation.

C.3. LES EFFETS DES PRESTATIONS ET DES AUGMENTATIONS DU REVENU LIÉES À L'ACCÈS À L'EMPLOI

Aucune des études d'impact sur la santé des programmes d'activation que nous avons vues traitent de ces questions de l'arrimage entre les niveaux et les flux de l'aide financière d'une part et, d'autre part, l'aide à l'emploi. Il est présumé que l'accès à l'emploi ait un impact positif sur la santé et,

selon des entretiens que nous avons effectués avec des prestataires, ceci peut être vrai du moins dans le court terme. C'est clairement vécu comme un succès pour ces individus. Par contre, le nombre important d'ex-prestataires qui décrochent de leurs emplois pour des raisons diverses laisse croire à la réalité à plus long terme (par exemples, les heures en déplacement, les quarts de travail la nuit ou imprévisibles, les défis de la conciliation famille-travail, les revenus instables ou moins que prévus, l'aggravation de problèmes de santé, etc.) qui peut être moins saine. Par ailleurs, la majorité des personnes assistées ayant suivi des programmes d'employabilité demeurent ou retournent à l'assistance. Dans les deux cas, la question des revenus est primordiale afin de comprendre l'impact des systèmes d'activation sur la santé et le bien-être.

TABLEAU 1

QUELQUES INDICATEURS DE LA PAUVRETÉ ET DES INÉGALITÉS, \$ US, LES ANNÉES MI-2000

	Revenu minimum annuel ²⁰	Seuil de pauvreté relative ²¹	Intensité de la pauvreté ²²	Salaires minimum ²³ annuel	Coefficient Gini AVANT taxes et transferts ²⁴	Coefficient Gini APRÈS taxes et transferts ¹⁹	% enfants vivant dans la pauvreté ²⁵	Mortalité infantile ²⁶
Danemark	9 365	11 230	.83	36 400	.42	.23	2.7	4.4
Pays-Bas	8 368	12 021	.70	17 796	.42	.27	11.5	4.9
Australie	7 753	13 095	.59	13 884	.46	.30	11.8	5.0
R-U	6 538	12 584	.52	17 172	.46	.34	10.1	5.1
Canada	5 469	12 681	.43	13 752	.44	.32	15.0	5.4
Québec	5 582	12 267	.46	14 761	.42	.38	14.9	4.5

Le tableau 1 présente quelques indicateurs de déterminants socioéconomiques de la santé pour les quatre pays étudiés, le Canada et le Québec, en dollars américains. On constate que les revenus minimums, soient ceux assurés par l'assistance sociale ou son équivalent à une personne seule, sont tous bien au-dessous du seuil de la pauvreté relative. Nous plaçons le seuil de la pauvreté à 50 % de la médiane des revenus, une mesure en usage général dans les comparaisons internationales qui reflète la nature multidimensionnelle de la pauvreté, ou l'exclusion sociale. Il permet de saisir le degré d'éloignement socioéconomique des plus pauvres à l'égard de la capacité médiane de consommation et de participation au sein de la société. Une telle mesure reflète des atteintes possibles à la santé physique aussi bien que mentale. Le tableau montre que l'intensité de la pauvreté vécue par ceux au bas de l'échelle n'est pas égale d'un pays à l'autre : elle varie entre 83 % du seuil de la pauvreté au

²⁰ Nelson, 2008. Pour le Québec, données comparables : personne seul à l'aide sociale (2005) en \$US.

²¹ Calculé à 50% du revenu médian individuel. OECD Stat.Extracts, Distribution des revenus - inégalités : <http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr>. Pour le Québec, Statistics Canada, tableau 202-0101.

²² Ratio revenu minimum / seuil de la pauvreté relative pour une personne seule.

²³ ILO, 2008. Pour le Danemark, qui n'a pas de salaire minimum statutaire, le montant indiqué est celui fourni par le United States Department of State, 2009 et représente la moyenne des salaires minimums négociés dans les conventions collectives des secteurs privé et public. Pour le Québec, le salaire minimum en 2007. Le tout en \$ U.S.

²⁴ Score gini : Égalité parfaite = 0, inégalité parfaite = 1. OECD : Distribution des revenus – inégalités : <http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr>. Pour le Québec, Crespo, 2008.

²⁵ OECD Stat.Extracts, Distribution des revenus – inégalités : <http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr>. Pour le Québec : Campagne 2000 (2009).

²⁶ OECD Stat.Extracts, Santé, mortalité infantile : <http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr>, et pour le Québec, Statistique Canada, Tableau 102-0503.

Danemark à 43 % en moyenne au Canada et 46 % au Québec. Bref, dans certains pays, l'assistance sociale ou son équivalent permet à la personne de vivre proche de la médiane des revenus tandis que dans d'autres, les niveaux des prestations maintiennent les personnes dans un état d'exclusion sociale profonde.

On peut s'attendre que la mesure de l'inégalité sociale (coefficient gini) soit plus élevée dans ces pays où on permet à ce que la pauvreté soit la plus intense. C'est donc pertinent pour cette étude de voir que, avant de tenir compte des taxes et des transferts, l'ensemble des pays étudiés sont très proches les uns aux autres en termes du niveau d'inégalité, même si le Québec est plus en ligne avec le Danemark et les Pays-Bas qu'avec les pays anglo-saxons. La donnée significative est cependant la différence entre cette mesure relativement pareille et les scores *gini après* les taxes et les transferts. Ces derniers varient entre .23 pour le Danemark et .38 pour le Québec. Ceci montre que, dans tous les pays, les politiques de redistribution réduisent les inégalités socioéconomiques mais la réduction est radicale dans certains pays, comme au Danemark (- 19 points) tandis que dans d'autres, elle est minimale, comme au Québec (- .4 points). Ces différences dans l'effort de réduire les inégalités à travers les politiques sociales se reflètent dans la proportion d'enfants qui sont élevés dans la pauvreté (déterminant significatif de la santé à l'âge adulte, avec des incidences pour la capacité de participer au marché du travail) ainsi que dans une mesure directe de la santé de la population, soit la mortalité infantile.

Le cas du Québec se distingue sur cette dernière mesure, montrant un taux de mortalité infantile très bas comparé au taux pour le Canada dans son ensemble, un taux plus proche à celui du Danemark. Ce taux relativement bas ne semble pas refléter le rang qu'occupe le Québec sur les plans de l'intensité de la pauvreté et de la pauvreté des enfants. Cette anomalie peut s'expliquer par des efforts extraordinaires en ce qui concerne la santé périnatale au Québec, mais il est à noter que même dans les années 1970, les taux de mortalité périnatale et maternelle au Québec sont parmi les plus bas au monde.²⁷ Cela dit, pour les enfants de moins d'un an, le taux d'hospitalisation est de 28.4 pour les bébés les plus pauvres est de 18.5 pour les plus riches. De plus, les taux de mortalité du groupe de jeunes (moins de 18 ans) le plus défavorisé sont près de trois fois plus élevés chez les garçons et près de deux fois plus élevés chez les filles que ceux observés dans le groupe le plus favorisé.²⁸

L'existence d'un impact négatif important sur la santé de vivre dans la pauvreté profonde semble aujourd'hui être incontestable. Par contre, une revue systématique de la littérature met en question l'idée que des changements dans le revenu puissent avoir un impact important sur la santé dans le court terme.²⁹ Ainsi, si le fait de vivre aux premiers quantiles versus aux quintiles les plus bas de revenu aura des incidences importantes pour la santé, des augmentations de revenu marginales associées au passage de l'aide sociale à l'emploi n'auront pas ou peu d'impact. Même l'accès à l'emploi risque de ne

²⁷ Association pour la santé publique du Québec, histoire de la périnatalité : <http://www.aspq.org/fr/dossiers/perinatalite/52/historique-de-la-perinatalite-au-quebec>.

²⁸ Ministère de la santé et des services sociaux, 2007.

²⁹ Imlach Gunasekara et al, 2011.

pas sortir les personnes de la pauvreté puisque, si le salaire minimum dépasse le seuil de la pauvreté, ceci fait référence à un emploi stable à plein temps. Cependant, les prestataires d'aide sociale s'insèrent normalement dans un marché de travail précaire, où ils risquent de travailler à temps partiel (moins de 30 heures par semaine) ou dans un emploi temporaire et ainsi, n'accèdent pas au salaire minimum annuel. Par contre, plusieurs pays, dont le Canada, offrent des suppléments salariaux afin de rapprocher les salaires minimums au seuil de la pauvreté. Au Québec, c'est le cas, par exemple, des travailleurs qui sont parents seuls, bénéficiant de taux spéciaux de la prestation nationale pour l'enfant du Canada ainsi que des allocations familiales du Québec.

Ceci met en question les stratégies d'activation qui misent sur l'insertion en emploi pour réduire la pauvreté tout en gardant les personnes assistées dans la pauvreté extrême. Le passage à l'emploi, malgré la différence qu'elle peut opérer sur le revenu dans les meilleurs des cas, risque de ne pas avoir d'impact sur la santé. Dans ce contexte, est-ce que l'assistance financière toute seule fait une différence pour la santé et le bien-être des plus pauvres? La réponse est oui si l'alternatif est d'être laissé-pour-compte. Par ailleurs, l'ampleur de l'assistance peut faire une différence s'il est suffisant pour prévenir que les personnes tombent dans la pauvreté profonde, que ce soit à courte terme ou, surtout, à long terme. Dans ce sens, ce n'est pas l'assistance toute seule qui pourra faire la différence, mais la combinaison de politiques sociales visant à établir un revenu minimum au-dessus du seuil de la pauvreté, à traiter en même temps les autres dimensions de la pauvreté telles que le logement, l'éducation, les services de santé, etc., et à réduire les inégalités sociales.

Enfin, tous les pays (sauf Québec) peuvent réduire encore plus le revenu des plus pauvres en appliquant des sanctions de sévérité et de durée variables pour des comportements dûment délinquants, tels que le manque répété de rendez-vous avec leur agent d'aide sociale ou le décrochage d'une mesure d'employabilité. Il existe en plus un certain arbitraire dans l'application de telles sanctions puisque la décision est le plus souvent prise par l'agent ou le *case manager* qui suit la personne et qui possède une marge de manœuvre variable selon le système d'activation et l'organisation dans laquelle il travaille. Pour cette raison, entre autres, les services d'employabilité assument le caractère des interventions sociales cherchant à modifier le comportement et les attitudes des individus afin d'améliorer leur capacité de participer pleinement à la société. Dans de telles interventions, ce qui compte le plus est la qualité de la relation d'aide.

D. UNE NOUVELLE OPTIQUE SUR LES EFFETS DES POLITIQUES D'ACTIVATION

Cette étude repose sur une vision critique des connaissances acquises sur les effets sur la santé et le bien-être des politiques d'activation. Elle vise à recentrer notre attention sur des aspects des politiques d'activation jusqu'à maintenant négligés dans la littérature. Au lieu de considérer seulement les résultats de la politique (par exemple, l'insertion en emploi), le but est d'arriver à identifier de manière plus précise les structures et mécanismes composant les arrangements institutionnels et les processus de la mise en œuvre, afin de faciliter l'identification des améliorations qui peuvent y être apportées.

Dans le contexte des nouvelles politiques d'investissement social, il faut considérer l'impact des **interventions individualisées** sur la santé et bien-être des personnes et de leurs familles. Des services publics de type interventionnel ne sont pas nouveaux. Pensons aux interventions auprès des familles et des enfants ayant des difficultés ou des personnes ayant des problèmes psychosociaux. Tout comme ces interventions carrément sociales, les services d'activation – du moins dans le cas des personnes inactives au marché du travail – cherchent à modifier les façons de voir, de penser et d'agir. Ils ont pour ce faire des outils financiers et éducatifs ainsi que des outils d'accompagnement et d'intervention psychosociale. Par contre, dans les études d'impact sur la santé de ces politiques, on n'examine pas souvent les caractéristiques des interventions comme telles pour mieux connaître et comprendre leur impact sur la santé et le bien-être. Pour comprendre ces effets, il faut, à notre avis, se concentrer sur la qualité de la relation d'aide – mais aussi, sur les éléments institutionnels et organisationnels qui façonnent cette relation d'aide.

Le cadre analytique qui ressort de notre étude des systèmes d'activation en lien avec les études d'impact sur la santé et le bien-être est présenté dans le schéma 1. En traçant les liens proposés par ce cadre analytique, nous avons pu identifier une série de caractéristiques d'un système d'activation associée à la probabilité d'**un impact positif** sur la santé et le bien-être des personnes les plus vulnérables, soient les personnes assistées sociales. La liste de ces caractéristiques, avec une courte explication de comment ils produisent ces impacts, est présentée dans l'annexe 1.

E. PERTINENCE DE L'ÉTUDE POUR LE CAS QUÉBÉCOIS

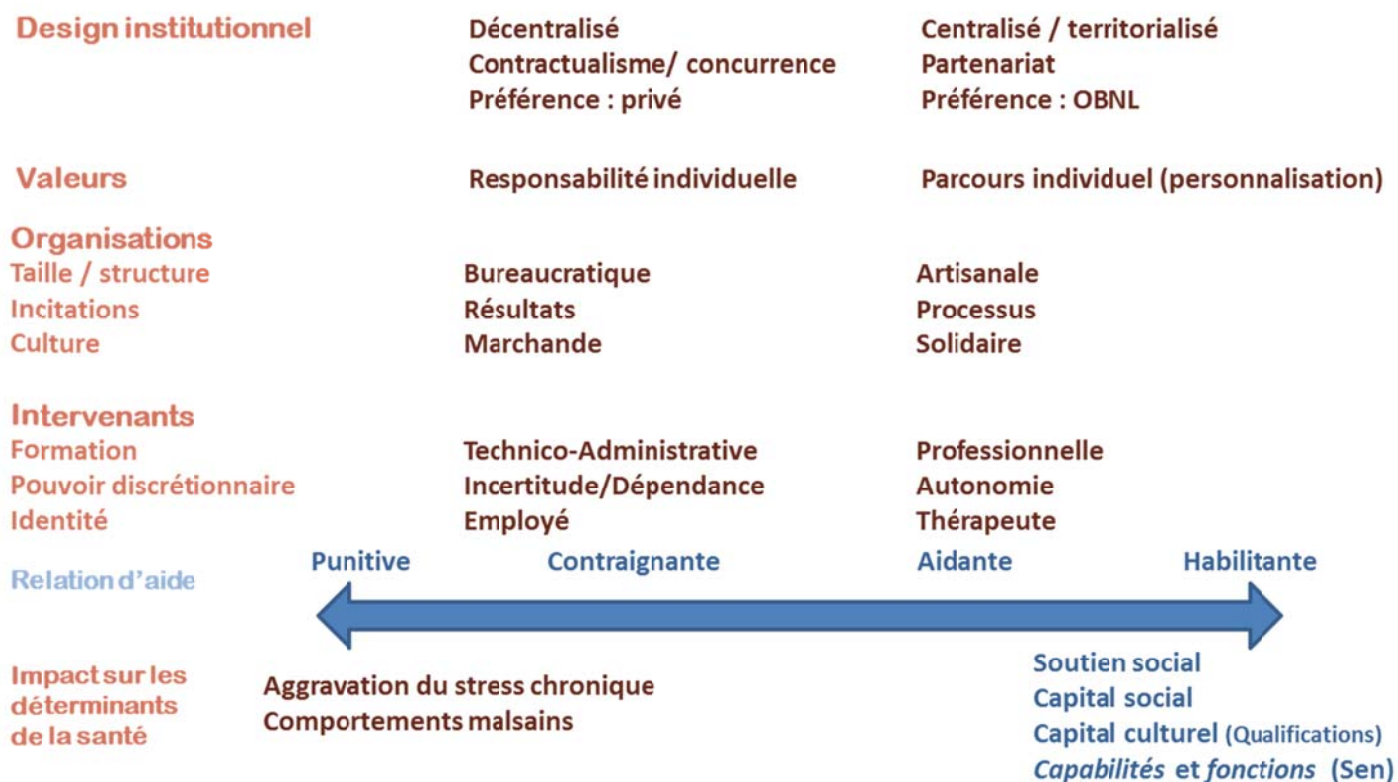
Cette étude nous a permis de constater que le Québec est au premier rang ou presque à propos d'un grand nombre de facteurs pouvant favoriser une contribution à la santé et au bien-être des personnes participant aux programmes d'activation. La Politique familiale (en développement constant depuis 1997), la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2002), les travaux de l'agence Emploi-Québec et de l'ensemble de ses partenaires communautaires et publics, ainsi que des éléments de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles (2007) et du Pacte pour l'emploi (2008) convergent pour contribuer de manière significative à l'évolution et à la mise en œuvre d'un système d'activation à l'avant-garde sur le plan mondial. Par ailleurs, le recours aux organismes communautaires spécialisés en employabilité pour offrir des services à la population des personnes assistées et le mode de financement de ces services, protègent le système contre plusieurs faiblesses et risques observés dans d'autres systèmes où la compétition parmi des entreprises privées pour des contrats gouvernementaux domine dans ce domaine.

Emploi-Québec est d'ailleurs au chef de file au Canada et même internationalement pour l'évaluation scientifique de ses programmes et mesures d'activation en fonction de leurs objectifs principaux : la participation aux mesures et l'impact net de cette participation sur l'intégration à l'emploi, la durabilité de l'intégration, certaines variables de qualité de l'emploi, etc. Parmi les critères d'évaluation des résultats des programmes d'activation se trouvent des questions portant sur « la vie sociale et professionnelle », par exemple, les modifications perçues dans l'estime de soi, la confiance, la

motivation et la qualité de vie. Cela dit, les évaluations montrent qu'en gros, les prestataires d'aide sociale n'ont pas vu de grands changements sur ces points grâce à leur participation à des mesures d'employabilité.³⁰ Ceci vient à l'appui de l'hypothèse du rôle joué par les attentes qu'ont les prestataires par rapport à la participation à de telles mesures. Les attentes ont tendance à dépasser les résultats sentis.

Plus récemment, Emploi-Québec a évalué le rendement des différentes mesures d'activation pour des populations telles les personnes assistées sociales, en tenant compte du rendement pour le gouvernement, mais aussi pour la personne et pour la société.³¹ Une étude qualitative a été effectuée en 2006 portant 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 », et des modifications

SCHÉMA 1
LA PRODUCTION DES EFFETS SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES PRESTATAIRES D'AIDE SOCIALE
DU SYSTÈME D'ACTIVATION :
DES ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS À LA RELATION D'AIDE*



*L'annexe II traite des rapports illustrés dans le schéma I.

³⁰ Emploi-Québec, 2004a. Ces évaluations traitent de la période de 1999-2000. À notre connaissance, le même exercice n'a pas encore été répété.

³¹ Emploi-Québec, 2006b.

aux programmes d'aide financière et d'aide à l'emploi ont été introduites en fonction des constats soulevés par les répondants.³² De plus, des études ont été faites sur la pertinence des interventions en employabilité pour certaines populations particulièrement vulnérables.³³ Emploi-Québec travaille en plus sur les stratégies pour motiver les personnes à participer à des mesures,³⁴ tout en s'abstenant du recours à des sanctions (pratique courante dans l'ensemble des autres systèmes d'activation que nous avons étudiés et sans grand succès).

Selon les évaluations de la période 1999-2000, l'impact net des mesures d'activation sur l'intégration en emploi est plus important pour la population des personnes assistées sociales que pour d'autres populations qui suivent ces mesures. Il semble qu'il est aussi plus important que dans d'autres pays, où les populations les plus vulnérables posent le plus grand défi. Il semble que des modes de financement des services en vertu des résultats atteints aient comme effet pervers de mener à l'écrémage : les efforts sont concentrés sur les personnes les plus proches du marché du travail aux dépens de celles les plus éloignées. Au Québec, le financement des organismes selon le nombre de clients recevant des services est actuellement le plus généralisé et semble favoriser non seulement le traitement variable selon les besoins plutôt que les chances de succès, mais aussi, le développement de pratiques de sensibilisation de la population locale visée par leurs programmes, afin d'augmenter leur clientèle. De telles pratiques sont particulièrement précieuses dans un système qui dépend de la volonté plutôt que des sanctions pour motiver la participation aux mesures d'employabilité.

Enfin, les évaluations effectuées par Emploi-Québec montrent que l'intégration en emploi de cette population demeure cependant faible en termes absolus : 55 % de ces participants ne s'intègrent pas durablement à un emploi, du moins, pas suite à la participation d'une seule mesure.³⁵ Par contre, 13 %-22 % plus de participants s'intègrent à un emploi relativement stable (d'une durée d'au moins 12 à 18 mois), comparés à ceux qui ne participent à aucune mesure. La participation permet en plus de voir une augmentation du revenu de plus de 1,500 \$ en moyenne par année (ceci en 2000), comparativement aux prestataires n'ayant pas participé à une mesure. Cela dit, ce groupe de participants connaît quand même le moins de succès - avec ou sans participation à une mesure d'activation - en ce qui concerne l'intégration au marché d'emploi comparativement à d'autres. Les mesures d'activation sont donc aidantes, mais pas suffisamment pour que les prestataires d'aide sociale perçoivent une modification sensible dans leur état de bien-être.³⁶ Cela dit, le peu de modifications perçues est dans le sens positif.

Sans avoir pu étudier les arrangements institutionnels et les processus de mise en œuvre de la politique d'activation québécoise, nos études de la documentation examinée laissent entendre que

³² Emploi-Québec, 2006c

³³ Personnes handicapées, Emploi-Québec, 2004b, 2006d; immigrants, Emploi-Québec, 2005, 2007a,b).

³⁴ Emploi-Québec, 2008a, b

³⁵ Emploi-Québec, 2004a, tableau 3.2.1. Les autres résultats mentionnés dans ce paragraphe proviennent de ce même tableau, sauf si indiqué autrement.

³⁶ Emploi-Québec, 2004a, tableau 3.2.6

Emploi-Québec est, depuis au moins une décennie, conscient de la plupart des critères d'une politique saine d'activation et que le gouvernement a fait certains efforts pour améliorer leurs services sur ce plan au cours des années. Par contre, certains aspects de la politique demeurent douteux ou carrément néfastes en termes d'impacts sur la santé et le bien-être des prestataires d'assistance sociale et méritent d'attirer l'attention du gouvernement :

- Nous avons déjà mentionné que la pauvreté relative, une mesure de l'exclusion, demeure très élevée au Québec comparé à d'autres pays étudiés (tableau 1), et ceci, malgré l'existence de la Politique de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Par contre, des prestations de base ne s'élèvent même pas au seuil de la pauvreté selon la mesure du panier de consommation (MPC), ce qui représente un minimum pour répondre aux besoins de base des personnes. Les prestations d'aide de dernier recours au Québec, combinées aux prestations provinciale et fédérale pour les enfants, rencontrent le seuil du MPC pour les mères seules. Par contre, pour les familles à deux parents, comme pour les personnes handicapées (solidarité sociale), ils n'atteignent que 80 % de ce seuil de la pauvreté, sauf si on y ajoute le revenu maximum permmissible d'activités de travail. Pour sa part, une personne seule doit tenter de vivre avec un revenu du 54 % du MPC, parce qu'elle n'a accès à aucune prestation à part de l'aide sociale. Même avec le revenu supplémentaire permmissible d'activités de travail, il ne monte qu'à 71 % de la MPC. Ceci ne permet pas de rencontrer les besoins de base pour se maintenir en santé.
- Il importe de voir à la mise à jour des normes du travail et d'autres mesures pour favoriser une meilleure qualité des emplois au bas de l'échelle, ainsi que des protections mieux adaptées à des marchés précaires telles qu'on retrouve dans certaines formes de « flexicurité »³⁷. Ces politiques doivent viser la prévention, soit que les personnes ne tombent dans la pauvreté profonde et qu'elles n'y restent pas, qu'elles soient en emploi ou non. La pauvreté en soi et le statut d'assisté créent un cercle vicieux excessivement difficile à échapper, avec les conséquences pour la santé qu'on connaît. Ceci fait appel non seulement au MESS, mais à la Commission des partenaires du marché du travail, le ministère du Travail, le Conseil exécutif au bureau du Premier ministre, de repenser des politiques d'activation dans une optique globale et préventive.
- La formation adéquate des agents d'aide sociale pour améliorer la capacité de reconnaître et de savoir comment dépister les besoins globaux et interagir avec des personnes en situation de crise financière et psychosociale, ainsi que des évaluations formatives régulières et pertinentes de la qualité des services auprès de la clientèle (allant au-delà de la mesure de « la satisfaction » de cette clientèle avec certains aspects des services). Il est hautement recommandé que les agents en CLE aient une formation professionnelle au moins du premier niveau (en psychologie, travail social, psychosociologie, sociologie, etc.) au lieu d'une formation strictement techno-administrative.

³⁷ Nous mentionnons la flexicurité avec réticence. En Europe continentale, ce terme est associé à une précarisation des conditions de travail préconisée par des gouvernements de centre-droit. Le modèle Danois, quant à lui, associe (1) des fortes prestations sociales avec (2) des mesures admettant la précarisation du travail et (3) des mesures actives du marché du travail, notamment l'activation. Barbier (2006) et autres, et insiste sur la polysémie de ce terme.

CONCLUSION

Les politiques d'activation peuvent engendrer des conséquences élevées pour la santé et le bien-être des populations déjà fortement défavorisées. À cause de leurs interventions personnalisées, elles peuvent être d'un grand soutien sur les plans psychosocial et de capital social et culturel³⁸ ou, au contraire, peuvent représenter un fardeau de plus qui ne mène nulle part ou même, des obligations punitives. Dans ces derniers cas, elles peuvent rendre une vie, déjà des plus désavantagée et complexe sur le plan psychosocial encore plus pénible, avec les incidences qu'on connaît pour le niveau de stress chronique, la tendance vers l'isolement et des comportements malsains ainsi que pour la dignité des personnes (au niveau de l'estime de soi, du sentiment d'efficacité, de la honte, etc.).

La littérature sur cette question est unanime à conclure que c'est l'amélioration des conditions matérielles qui comptent le plus pour éviter la dégradation continue de la santé pour les prestataires d'assistance sociale. L'accès à un emploi d'une qualité et d'une durée acceptables – le but ultime de ces politiques – est ainsi, dans la majorité des cas, la meilleure retombée possible pour la santé et le bien-être – aussi longtemps que la transition à l'emploi ne comporte pas de dépenses et d'autres embûches (par exemple, la garde des enfants) non reconnues ou non compensées. Par contre, pour la population dont il est question ici, moins de la moitié réussit à une intégration dite durable en emploi (d'au moins 18 mois), même suite à la participation à une ou des mesures d'activation. La majorité des prestataires qui passent par les mesures d'activation (c'est-à-dire, ceux qui n'ont pas réintégré le marché du travail rapidement et par leurs propres moyens) reste à l'aide sociale ou entre dans le cercle vicieux de « la porte tournante ». Quel est l'impact sur la santé et le bien-être alors, pour les participants dont les interventions ne sont pas couronnées du succès?

Le fait même d'être prestataire d'assistance sociale est mauvais pour la santé et bien-être, et ses effets augmentent avec le temps. Ces derniers sont liés à la pauvreté profonde et au fait de vivre au bas de l'échelle de revenus dans une société riche. Des prestations, parfois combinées, qui augmentent le revenu au-dessus du seuil de pauvreté, sont donc la meilleure stratégie pour soutenir la santé de cette population, avec d'autres politiques qui peuvent agir pour prévenir la grande pauvreté au lieu de tenter de la pallier. Les programmes d'activation peuvent eux aussi contribuer à la santé et le bien-être s'ils sont bien sensibles aux besoins de la personne, adaptés à ses conditions de vie et à son état psychosocial et physique. Ainsi, le *design* du système et son administration sont primordiaux (qu'ils soient individualisés, qu'ils assurent une gamme élargie de mesures, qu'ils soient habilitants plutôt que coercitifs, etc.) aussi bien que la qualité de la relation d'aide établie au point de vue de l'intervention comme telle. Cette dernière exige que les intervenants doivent interpréter la situation globale de la personne demandant l'aide de dernier recours, offrir une première réponse adéquate à la situation et un soutien continu qui ne crée pas davantage de risques pour sa santé et son bien-être, et qu'ils possèdent les outils et la formation professionnelle pour le faire.

³⁸ Le capital social fait référence à l'insertion dans des réseaux sociaux utiles tandis que le capital culturel fait référence à l'acquisition d'habitudes et de qualifications reconnues et valorisées dans la société.

Le système en vigueur au Québec, en comparaison avec d'autres pays de l'OCDE ayant des systèmes intégrés d'aide sociale et d'aide à l'emploi, est à l'avant-garde sur la majorité des facteurs pouvant rendre un tel système plus positif que négatif pour la santé et bien-être des prestataires d'aide sociale. Quelques-uns des éléments de ce système qui méritent d'être adoptés par d'autres pays qui cherchent à ne pas contribuer à la dégradation de la santé des personnes assistées sont :

- l'absence de l'obligation de participer à des mesures et des sanctions financière pour la non-participation;
- la mise en œuvre de mesures matérielles et interventionnelles pour motiver la participation;
- le recours à des organismes communautaires spécialisés dans la prestation de services aux groupes qui font partie de cette population, avec des professionnels en poste d'intervention – et ceci, au lieu du recours à des entreprises privées dont l'objectif premier est nécessairement le profit;
- un mode de financement des services, non-concurrentiel et évitant la récompense selon la performance, basé sur le développement d'un rapport entre le CLE et les organismes communautaires et sur la clientèle desservie;
- une ouverture à la contribution, par les organismes communautaires en employabilité, au processus décisionnel au palier politique (la CPMT), et au partage des connaissances et au développement de programmes et mesures au palier administratif (Forum national et d'autres rapports entre Emploi-Québec et les regroupements d'organismes en employabilité);
- un souci pour l'évaluation, quantitative et qualitative, des aspects divers du fonctionnement système.

Les faiblesses du système québécois se situent, d'abord, au plan du revenu, atteint par la majorité des personnes assistées sociales, trop peu élevé pour maintenir la santé et le bien-être, et ce, même en comprenant d'autres sources d'argent comme des activités de travail permises et d'autres allocations et crédits provinciaux et fédéraux. Par ailleurs, s'il y a des avantages importants à l'établissement d'un guichet unique accueillant l'ensemble des clientèles à la recherche d'un emploi (travailleurs et personnes inactives sans prestations, chômeurs ayant recours à l'assurance-emploi et prestataires d'aide sociale et de solidarité sociale), il est à reconnaître le caractère spécifique et particulièrement complexe de la clientèle de personnes assistées. Il n'est pas clair que les CLE sont en mesure de toujours saisir la vraie situation des personnes qui se présentent en demandant de l'aide de dernier recours, et d'y répondre adéquatement. Des études ultérieures peuvent se pencher sur cette question du « diagnostic » des situations réelles des membres de cette population (incluant les personnes seules, qui constituent un groupe particulièrement à risque et en comptent pour plus de 71 % des prestataires) et sur les conditions institutionnelles et interventionnelles qui peuvent y répondre adéquatement.

ANNEXE 1

ÉLÉMENTS CLÉ D'UNE POLITIQUE SAINÉ D'ACTIVATION

En tenant compte des connaissances acquises les plus à jour et suite à plus d'une vingtaine d'entretiens avec des informateurs clé au Québec, voici les constats les plus pertinents pour les décideurs, qui ressortent de cette étude. Une estimation de comment le système d'activation actuellement en vigueur au Québec répond à ces critères suivra dans la section D de ce rapport. En général, alors, les éléments suivants contribueront à la probabilité d'**un impact positif** sur la santé et le bien-être des personnes assistées sociales dans le cadre des politiques d'activation.

1 DES FACTEURS FINANCIERS

- 1.1. Des prestations de base qui s'élèvent au moins au seuil de la pauvreté selon la mesure du panier de consommation (MPC) et selon le type de ménage, car le MPC mesure en principe les coûts de la consommation nécessaires pour maintenir une famille en santé et atteindre un bien-être au sein de sa communauté.
- 1.2. Pour familles monoparentales, une prestation de base (et / ou d'autres prestations) qui tient compte des inégalités salariales selon le genre et de la double responsabilité comme seul-e travailleur ou travailleuse (revenu) et unique parent (travail domestique et éducation des enfants, suivi scolaire, soins des enfants malade, etc.).
- 1.3. Des prestations supplémentaires disponibles à l'agent, à verser en fonction de besoins spécifiques de la famille, au-delà des calculs du MPC, et ceci en raison de circonstances complexes, difficiles et souvent singulières vécues par grand nombre des prestataires, avec des impacts physiques et psychosociaux qui leurs sont associés.
- 1.4. Des prestations liées directement à la transition de l'aide sociale au marché du travail, afin d'assurer une stabilité du revenu et un sentiment de sécurité pendant la transition.

2. L'ACCÈS À L'EMPLOI DURABLE ET DE QUALITÉ

La réussite des mesures d'employabilité, comprenant l'insertion en emploi et le maintien en emploi, puisque l'emploi stable est plus favorable à une bonne santé que le chômage. Ceci est favorisé par, entre autres,

- 2.1 La personnalisation des services : l'offre d'une gamme assez diversifiée de services pour qu'il y ait la plus grande correspondance possible entre les vrais besoins de la personne et l'aide offerte;
- 2.2 Des services qui n'abandonnent pas la personne aussitôt placée au marché du travail;
- 2.3 Des politiques d'emploi et de lutte contre la pauvreté complémentaires telles que de création d'emploi, de subventions salariales, de crédits ou transferts pour les travailleurs à bas salaire, des allocations familiales, etc.

- 2.4 La mise à jour des normes du travail (dont de salaire minimum) et d'autres mesures pour favoriser une meilleure qualité des emplois, incluant des protections adaptées au marché du travail précaire.

3. LA QUALITÉ DES INTERVENTIONS DE PREMIÈRE LIGNE

- 3.1 Dans le *design* des politiques, programmes et mesures, un accent plus fort sur la carotte (par exemples, incitatifs, mobilisation, soutien prolongé) que sur le bâton (par exemples, des sanctions financières, de monitorat hautement exigeant, de règles ou informations communiquées de façon à être perçues comme des menaces ouvertes ou tacites); le bâton ayant pour effet de créer un climat et sentiment de précarité élevés pour le prestataire, conduisant au stress chronique. L'approche du bâton comporte aussi un plus grand risque de punition financière qui baisse encore le revenu des plus pauvres.
- 3.2 La qualité de la relation d'aide contribue à la réussite de la participation mais en plus, constitue un soutien social important et donc une contribution indépendante au bien-être. La qualité dépend, entre autres, des outils rendus disponibles, de la formation du personnel responsable des évaluations de la situation globale des demandeurs d'aide de dernier recours et de faire des références; un *case manager* professionnel est hautement recommandé.
- 3.3 La formation adéquate des agents d'aide financière qui leurs donne la capacité de reconnaître et de savoir comment reconnaître les besoins, et réagir à des personnes en situation de crise.
- 3.4 Des évaluations formatives régulières et pertinentes de la qualité des services, en CLE et en organismes communautaires.
- 3.5 Au sein des organismes de première ligne, la concertation entre les responsables de l'aide financière et de l'aide à l'emploi mais *pas d'intégration des deux postes*, ce qui risque d'entraver le développement d'une relation de confiance, voire une « alliance » dans le cadre de l'aide à l'emploi, qui est une contribution importante au soutien social.

4. UN SOUTIEN AU-DELÀ DE L'EMPLOI ET DE L'ARGENT

L'offre systématique de services complémentaires et spécifiques aux besoins qui facilitera la participation aux mesures et à l'intégration en emploi, et diminuera l'anxiété qui y est associée, telles que des services de garde de qualité et d'accessibilité relativement facile, avec des heures flexibles; la mise en contact avec (et pas juste la référence) les services sociaux et services de santé pertinents; etc. – le tout en reconnaissance de la complexité des conditions de vie des personnes assistées et de la pénurie de ressources pour en faire face (réseaux d'aide, sous, énergie physique et mentale, etc.).

5. LES ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS FAVORABLES

- 5.1 Le financement des services d'employabilité selon des critères autres que la performance (c'est-à-dire que le nombre de personnes placées en emploi), ce qui aboutit en des emplois de mauvaise qualité et de courte durée, et le renforcement d'une catégorie de « laissés-pour-compte » consistant en les plus éloignés du marché du travail.

- 5.2 Un choix nuancé des organismes de première ligne qui vont offrir les services directement aux prestataires, en tenant compte des points suivants :
- 5.3 Le développement de rapports de plus longue durée entre l'instance administrative locale (le cas échéant) et les organismes de première ligne, comprenant des visites de site, des évaluations formatives et la participation conjointe à des tables de concertation, favorise la qualité des interventions.
- 5.4 Le concours, ou la compétition pour des contrats tend plutôt à favoriser les plus grands organismes et entreprises, ce qui est lié à l'affaiblissement du contrôle sur la qualité des interventions, ainsi que les services au bon marché – moins professionnels et qui n'offrent pas tout le temps nécessaire à chaque personne.
- 5.5 Une administration unifiée du système d'activation (voulant dire pour toute la population) et *non divisée selon le type de prestations reçues* (chômeurs, personnes assistées, personnes handicapées, etc.) favorise le bien-être des prestataires puisque a) les besoins spécifiques des individus pour pouvoir réussir à intégrer le marché du travail et y rester ne correspondent pas toujours aux frontières des catégories administratives; et b) une décentralisation trop poussée (par exemples, responsabilités décisionnelles au palier local pour des sous-populations données) exacerbe les inégalités sociales de base géographique.

Il va sans dire que des politiques d'activation qui s'orientent dans un sens opposé à ce « Guide de bonnes pratiques » porteront plus de risque pour la santé et le bien-être d'une population déjà au bas de l'échelle en termes des déterminants sociaux de la santé les plus importants. Par contre, **même en suivant les recommandations, les prestataires d'assistance sociale demeureront les plus pauvres et désavantagés dans la société et parmi les plus stigmatisés, ce qui risque d'avoir un impact plus important sur la santé et le bien-être que les interventions en employabilité. Le plus qu'on peut dire dans ce cas est que les bonnes pratiques en employabilité sont celles qui ne nuisent pas encore plus à la santé et le bien-être déjà fragilisés des prestataires d'aide sociale.**

Le statut de prestataire contribue directement au stigmatisme, tout comme le simple fait de ne pas être reconnu comme travailleur. Le stigmatisme, un déterminant de la santé et du bien-être lié à l'inégalité sociale et à l'exclusion sociale, produit des effets tels la honte, le manque d'estime de soi et de motivation, l'isolement, voire une identité discréditée. Ainsi, si certains prestataires ont peur de quitter le cocon de l'aide sociale, pour d'autres, quitter l'aide sociale pour un emploi – même si l'emploi est précaire et de qualité douteuse - aura un effet positif sur la santé et le bien-être déclarés dans le court terme. Les effets négatifs de cette intégration précaire et des mauvaises conditions de travail se manifesteront peut-être après un certain temps. Un retour éventuel à l'aide sociale renforcera les sentiments de désespoir. **Sans doute, des politiques sociales et économiques qui préviennent l'appauvrissement aigu et le besoin de prestations de dernier recours, avec des transferts non stigmatisants et assez élevés pour réduire les inégalités, ainsi que de bons programmes d'activation, constituent les politiques publiques idéales pour la santé de la population dont il est question dans cette étude.**

Pourtant, l'intégration des services d'aide financière de dernier recours et d'aide à l'emploi, si elle est bien faite, constitue une politique saine, probablement bien meilleure pour la santé que la subvention de l'inactivité ou du chômage de longue durée, du moins pour ceux qui désirent ou rêvent de travailler (dans toutes les études sur cette question, il s'agit de la très grande majorité des prestataires). Par contre, étant donné les caractéristiques de la population desservie et les risques représentées par un marché du travail précaire, une attention minutieuse de tous les aspects d'une telle politique pouvant avoir un impact sur cette population fragile s'impose. De plus, comme cette population est la première à se voir éjectée hors du marché du travail ou à ne pas décrocher un emploi lors des périodes de taux du chômage plus élevé, **il est particulièrement important d'éviter des approches punitives qui peuvent exagérer les effets néfastes de leur positionnement déjà du plus désavantageux.**

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Abraham, D., Pennington, A. Scott-Samuel, A. (2004). *Policy Health Impact Assessment for the European Union : Pilot Health Impact Assessment of the European Employment Strategy in the United Kingdom*. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- Abrahams, D. & Pennington, A. (2004). *Policy health impact assessment for the European Union: Pilot Health Impact Assessment of the European Employment Strategy in the United Kingdom*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- Barbier, J-C, Ludwig-Mayerhofer, L. (2004). The many worlds of activation, *European Societies*, 6(4), 423-436.
- Campaign 2000 (2009). Rapport 2009 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada : 1989 – 2009, <http://www.campaign2000.ca/reportCards/national/2009FrenchNationalReportCard.pdf>
- Center for Economic and Social Rights (CESR), Fact Sheet 11 – United States of America. <http://www.cesr.org/downloads/USA%20Web%20final.pdf>
- Clasen, J., Duncan, g., Eardley, T. Evans, M., Ughetto, P., van Oorschot, W. & Wright, S. (2001). Towards single gateways? A cross-national review of the changing roles of employment offices in seven countries. *Zeitschrift für ausländisches und internationales Sozialrecht*, 15, 1, 2001, pp. 43-63. <http://www.dass.stir.ac.uk/staff/documents/ZIASarticle01.pdf>.
- Crespo, Stéphane (2008.) *Annuaire de statistiques sur l'inégalité de revenu et le faible revenu*, Édition 2008, Institut de la statistique du Québec.
- Doyle, C., Metcalfe, O. (2004). *Policy health impact assessment for the European Union: Pilot Health Impact Assessment of the European Employment Strategy in Ireland*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- Dwyer, P. (2004). Creeping conditionality in the UK : From welfare rights to conditional entitlements? *Canadian Journal of Sociology*, 29(2), 265-287.
- Eichhorst, W., Kaufmann, O., Konle-Seidl, R., Reinhard, H.-J. (2008). *Bringing the Jobless into Work? Experiences with Activation Schemes in Europe and the US*. Springer, Verlag Berlin Heidelberg.
- Emploi-Québec (2004a). *Évaluation des mesures actives offertes aux individus par Emploi-Québec : résultats de l'étude sur les effets bruts et nets liés à l'insertion en emploi, à l'utilisation du soutien public du revenu et à la qualité de vie. Faits saillants*.
- Emploi-Québec (2004b). *Évaluation qualitative de la pertinence et du fonctionnement des mesures actives d'Emploi-Québec en regard de la clientèle des personnes handicapées*, <http://emploi Quebec.net/publications/etudes.asp?categorie=1006102>
- Emploi-Québec (2005). *Évaluation des projets-pilotes Québec pluriel destinés aux jeunes de communautés culturelles et de minorités visibles*. <http://emploi Quebec.net/publications/etudes.asp?categorie=1006103>
- Emploi-Québec (2006a). *Convention de performance et d'imputabilité* http://emploi Quebec.net/publications/pdf/00_etude_CPI2006.pdf

- Emploi-Québec (2006b) Étude sur le rendement de l'investissement relié à la participation aux mesures actives offertes aux individus par Emploi-Québec - Rapport d'évaluation, <http://emploiquebec.net/publications/etudes.asp?categorie=1006103>
- Emploi-Québec (2006c). 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, <http://emploiquebec.net/publications/etudes.asp?categorie=1006103>
- Emploi-Québec (2006d) Rapport synthèse de l'étude sur l'évaluation de la pertinence et des effets des mesures et programme d'Emploi-Québec en regard de la clientèle des personnes handicapées, <http://emploiquebec.net/publications/etudes.asp?categorie=1006102>
- Emploi-Québec (2007a). *Portrait de la situation des personnes immigrantes actives salariées dans l'ensemble des secteurs d'activité économique pour la région métropolitaine de recensement de Montréal et l'île de Montréal* : Résultat d'une analyse statistique. Montréal.
- Emploi-Québec (2007b). Programme d'aide à l'intégration des immigrants et des minorités visibles en emploi (PRIIME) <http://emploiquebec.net/publications/etudes.asp?categorie=1006103>
- Emploi-Québec (2008a). Groupes de discussion auprès de prestataires de l'aide sociale éloignés du marché du travail, <http://emploiquebec.net/publications/etudes.asp?categorie=1006103>
- Emploi-Québec (2008b) Mobilisation des personnes éloignées du marché du travail, <http://emploiquebec.net/publications/etudes.asp?categorie=1006103>
- ILO (2008). Global Wage Report 2008/09, Geneva, International Labour Office.
- Imlach Gunasekara, Fiona , Carter, Kristie & Blakely, Tony (2011). Change in income and change in self-rated health: Systematic review of studies using repeated measures to control for confounding bias, *Social Science & Medicine*, 72, 2: 193-201.
- Immervoll, Herwig (2007). Minimum Wages, Minimum Labour Costs and the Tax Treatment of Low-Wage Employment, Institute for the Study of Labour, Discussion Paper No. 2555, <http://ftp.iza.org/dp2555.pdf>
- Jenson, Jane & Saint-Martin, Denis (2003). New Routes to Social Cohesion? Citizenship and the Social Investment State, *Cahiers canadiens de sociologie*, 28, 1: 77-99.
- Krüger, Helga et René Levy (2001). « Linking Life Courses, Work, and the Family: Theorizing a not so Visible Nexus between Women and Men », *Canadian Journal of Sociology*, vol. 26, n° 2, pp. 145-166.
- Malenfant, Romaine, Maurice Lévesque et Deena White (2004). *Étude des trajectoires liées à la pauvreté*, Rapport de recherche déposé au Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC), Québec, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières et Université Laval, 87 p.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2007) Riches de tous nos enfants : Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Direction du programme de santé publique du ministère et l'Institut national de santé publique du Québec.
- Morel, Nathalie, Palier, Bruno & Palme, Joakim (sous la dir.) (2009.) *What Future for Social Investment?* Institute for Futures Studies, Australia.
- Nelson, Kenneth (2008). Minimum income protection and European integration: trends and levels of minimum benefits in comparative perspective, 1990–2005, *International Journal of Health Services*, 38, 1: 103–124.

- OECD (2005a). Labour Market Programmes and Activation Strategies: Evaluating the Impacts. In OCDE Employment Outlook 2005, pp. 173-208.
En ligne: <http://www.oecd.org/dataoecd/2/39/36780874.pdf>. Consulté le 29 août 2010.
- OECD (2005b). Combattre la pauvreté et l'exclusion à travers l'Emploi, Synthèse.
- OECD (2009). OECD Factbook 2010. www.oecd.org.
- Perkins, Daniel, Nelms, Lucy & Smyth, Paul (2004). Beyond neo-liberalism: the social investment state? *Social Policy Working Paper No. 3*, Centre for Public Policy Melbourne, Australia.
- Phipps, Shelley (2003). Répercussions de la pauvreté sur la santé, L'Institut canadien d'information sur la santé.
- Raphael, D. (2007b). Poverty and Policy in Canada: Implications for Health and Quality of Life, Canadian Scholars' Press Inc.
- Sen, Amartya (1993) 'Capability and Well-Being', in Martha Nussbaum and Amartya Sen (eds) *The Quality of Life*, pp. 30–53. Oxford: Oxford University Press.
- St-Martin, Denis (2000). De l'Etat-providence? l'Etat d'investissement social: un nouveau paradigme pour enfant-er l'économie du savoir? in *How Ottawa Spends 2000-2001: Past Imperfect, Future Tense*, Leslie Pal, ed., Toronto: Oxford University Press.
- St-Martin, D. (2001). Guichet unique et reconfiguration des réseaux de politiques publiques : le cas d'emploi-Québec, *Politique et Sociétés*, 20, 2-3.
- US Department of State (2009). 2009 Human Rights Report: Denmark, <http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2009/eur/136028.htm>
- Wilkinson, Richard G (1997). Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards? *BMJ* 314 : 591.
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2009). *The Spirit Level*, United Nations Development Program.
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence, *Social Science & Medicine*, 62, 7 : 1768-1784