

MODIFICATIONS À L'AIDE SOCIALE : Éviter l'irréparable en évaluant d'abord les impacts sur la santé

Mémoire des directeurs de santé publique
sur le Projet de règlement modifiant le
Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles





**MODIFICATIONS À L'AIDE SOCIALE :
Éviter l'irréparable en évaluant
d'abord les impacts sur la santé**

Mémoire des directeurs de santé publique
sur le Projet de règlement modifiant le
Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles

Comité de rédaction

Dre Marie-France Raynault

Simon Tessier

Dre Ak'ingabe Guyon

Collaboration

Marie Pinard

Graphisme couverture

Manon Girard

Remerciements

La Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal remercie chaleureusement toutes les directions régionales de santé publique du Québec qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-262-3 (version imprimée)

ISBN 978-2-89673-263-0 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2013

Prix : 8 \$

Madame la Ministre,

La pauvreté et ses impacts sur la santé sont au cœur des préoccupations des directions de santé publique depuis de nombreuses années. En effet, les directions de santé publique du Québec ont la responsabilité de prévenir la maladie et de surveiller, protéger et promouvoir la santé de l'ensemble de la population. Plus précisément et tel qu'établi dans la *Loi sur la santé publique*, les directeurs régionaux de santé publique ont le mandat légal de « promouvoir la santé et l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population ».

Étant donné que le niveau de revenu des personnes est un déterminant majeur de la santé, le projet déposé en février dernier visant à modifier le *Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles* nous interpelle à plusieurs égards. Le mémoire que nous présentons aujourd'hui vise à exposer nos préoccupations, ainsi qu'à proposer des recommandations pour éviter une dégradation encore plus importante des conditions de vie et de santé de groupes de la population déjà très fragilisés.

Ce mémoire est alimenté par nos travaux en matière d'inégalités sociales de santé. Il est appuyé par les données et les conclusions de travaux récents des directions de santé publique des régions de la Capitale-Nationale (2013), de la Mauricie et Centre-du-Québec (2012), de Montréal (1998 et 2011), du Nunavik (2011), de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (2011), de Laval (2009), de l'Estrie (2009) et de la Montérégie (2007). Notons que dans le *Rapport du directeur de santé publique 2011 : les inégalités sociales de santé à Montréal, le chemin parcouru*, la première recommandation est d'améliorer le revenu des plus pauvres.

En prenant appui sur nos responsabilités légales ainsi que sur notre expertise en inégalités sociales de santé, nous voulons vous faire part de notre grande préoccupation quant aux impacts défavorables sur la santé qui pourraient résulter des mesures proposées. Nous demandons, par conséquent, au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale de renoncer à l'application du projet de règlement modifiant le *Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles* et de réaliser une évaluation d'impact sur la santé approfondie de ces mesures, et ce, conformément à l'article 54 de la *Loi sur la santé publique*. La Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec peuvent soutenir la conduite de cette évaluation si nécessaire.

Les directrices et directeurs régionaux de santé publique du Québec.



Le présent mémoire est signé par les directeurs régionaux de santé publique suivants :



Dr Robert Macguire
Bas-Saint-Laurent



Dre Hélène Dupont
Outaouais



Dre Alejandra Irace-Cima
Laval



Dr Donald Aubin
Saguenay-Lac-Saint-Jean



Dr Réal Lacombe
Abitibi-Témiscamingue



Dr Jean-Pierre Trépanier
Lanaudiere



Dr François Desbiens
Capitale-Nationale



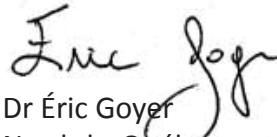
Dr Raynald Cloutier
Côte-Nord



Dre Jocelyne Sauv e
Montérégie



Dr Gilles W. Grenier
Mauricie et Centre-du-Québec



Dr Éric Goyer
Nord-du-Québec
Laurentides



Dre Françoise Bouchard
Nunavik, par intérim



Dre Irma Clapperton
Estrie, par intérim



Dre Ariane Courville
Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine,
par intérim



Dr Robert Carlin
Terres-Cries-de-la-Baie-James,
par intérim



Dr Richard Massé
Montréal



Dr Philippe Lessard
Chaudière-Appalaches

Table des matières

| | |
|---|---|
| 1. Responsabilités légales des directeurs régionaux de santé publique | 1 |
| 2. Évaluation d'impact sur la santé : une responsabilité légale des ministères et organismes gouvernementaux | 1 |
| 3. Impacts de la pauvreté et des inégalités sociales sur la santé | 2 |
| 4. Modifications proposées au programme d'aide sociale | 2 |
| 4.1 Mise en contexte : le programme d'aide sociale | 2 |
| 4.2 Modifications proposées dans le projet de règlement étudié | 3 |
| 4.3 Mesures complémentaires annoncées par Emploi Québec | 3 |
| 5. Pauvreté et inégalités sociales de santé au Québec | 4 |
| 6. Programme d'aide sociale au Québec et ménages visés par le projet de règlement | 6 |
| Conclusion et recommandations | 7 |





1 Responsabilités légales des directeurs régionaux de santé publique

Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le directeur de santé publique est responsable dans sa région ¹ :

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

Plus précisément, la *Loi sur la santé publique* établit que le directeur de santé publique peut « promouvoir l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population auprès des divers intervenants dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population » ².

C'est en vertu de ces responsabilités légales que nous nous prononçons sur le projet de règlement modifiant le *Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles*.

2 Évaluation d'impact sur la santé : une responsabilité légale des ministères et organismes gouvernementaux

Selon l'article 54 de la *Loi sur la santé publique*, les ministères et organismes gouvernementaux ont la responsabilité de s'assurer que leurs décisions n'ont pas d'impact négatif sur la santé de la population ²⁻³. Il stipule que le ministre de la santé est le conseiller du gouvernement en matière de politiques publiques ayant des effets potentiels sur la santé ² :

« 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.

3 Impacts de la pauvreté et des inégalités sociales sur la santé

Les inégalités sociales de santé sont les écarts dans l'état de santé de la population qui existent de façon systématique entre les groupes socioéconomiques. Depuis plusieurs décennies, la littérature scientifique internationale en décrit les impacts de façon rigoureuse : les inégalités sociales rendent malade et tuent ⁴. Au Québec, le troisième rapport du Directeur national de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur l'état de santé de la population décrivait avec force les liens entre la pauvreté chez les jeunes et ses effets sur la santé tout au long de la vie ⁵. De plus, depuis plus de quinze ans, différentes directions de santé publique du Québec documentent les inégalités sociales de santé, proposent et contribuent à mettre en place des mesures intersectorielles pour les réduire.

À titre d'exemple de travaux issus de directions de santé publique, le *Rapport du directeur de santé publique 2011, les inégalités sociales de santé à Montréal, le chemin parcouru* formule dix recommandations et convie tous les paliers de gouvernement à énoncer et faire appliquer des politiques qui réduisent les inégalités sociales de santé. La première recommandation de ce rapport est d'améliorer les revenus des plus pauvres ¹². Les travaux récents des directions de santé publique des régions de la Capitale-Nationale, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Nunavik, de Laval, de la Montérégie ainsi que de l'Estrie vont également dans ce sens ^{6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14}.

Nous avons étudié le projet de règlement modifiant le *Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles* sur la base de cette expertise sur les inégalités sociales de santé.

4 Modifications proposées au programme d'aide sociale

4.1 Mise en contexte : le programme d'aide sociale

Au Québec, la *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles* prévoit deux programmes d'aide financière de dernier recours, selon l'aptitude à l'emploi ^{15, 16}. Le Programme d'aide sociale s'applique aux personnes sans contrainte sévère à l'emploi. Le Programme de solidarité sociale s'applique aux personnes avec contrainte sévère à l'emploi.

Les modifications visées par le projet de règlement ciblent le Programme d'aide sociale. Les adultes prestataires du Programme d'aide sociale sont répartis selon deux catégories : ceux qui n'ont aucune contrainte temporaire à l'emploi (CTE) et ceux qui présentent des CTE. La prestation de base de l'aide sociale de 604 \$ par mois pour un adulte sans contrainte peut être augmentée pour ce dernier.

À l'heure actuelle, une allocation supplémentaire de 129 \$ par mois est prévue dans ce cas ¹⁷.

Selon les données du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 41 % des prestataires de l'aide sociale au Québec présentent des CTE ¹⁸. En janvier 2013, les contraintes les plus fréquentes étaient :

- l'âge (avoir 55 ans et plus) : 52,1 % des adultes prestataires du Programme d'aide sociale présentant des CTE ont atteint l'âge de 55 ans;
- la grossesse ou la présence d'enfants à charge : 28,7 % des personnes prestataires de l'aide sociale présentant des CTE sont soit enceintes d'au moins 20 semaines ou ont à leur charge un enfant de moins de 5 ans.

Les autres situations menant à des CTE sont le plus souvent imputables à l'état de santé du prestataire ou à la charge d'un enfant handicapé.

4.2 Modifications proposées dans le projet de règlement étudié

Le projet de règlement modifiant le *Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles* a été publié dans la Gazette officielle du Québec, le 27 février 2013. Si adopté, le règlement entrera en vigueur le 1^{er} juin 2013. Le but de ces modifications est de « [...] renforcer l'incitation au travail et favoriser la participation au marché du travail de tous les bassins de main-d'œuvre [...] ¹⁹».

Trois des mesures proposées par le projet de règlement révisent les règles d'admissibilité à des suppléments à la prestation de base d'aide sociale. Les suppléments visés sont :

1. l'allocation pour CTE accordée en raison de l'âge;
2. l'allocation pour CTE accordée en raison de la garde d'un enfant à charge âgé de moins de 5 ans;
3. la prestation spéciale pour frais de séjour pour des services en toxicomanie avec hébergement.

Ces modifications et les analyses effectuées par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) ²⁰ sont résumées dans le Tableau 1 présenté en annexe. Une quatrième modification au règlement est proposée : il s'agit d'une mesure de majoration de la prestation spéciale reliée au système d'élimination (couches, sondes, cathéters). Cette dernière modification n'est pas examinée dans ce mémoire, puisqu'elle augmentera légèrement le revenu disponible de ceux qui bénéficient de cette prestation.

4.3 Mesures complémentaires annoncées par Emploi Québec

Par ailleurs, dans un communiqué de presse émis le 2 mars 2013, la ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale relie les modifications proposées au *Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles* à l'annonce de futures mesures d'Emploi Québec ²¹. Ces mesures prévoient une allocation d'aide à l'emploi de 195 \$ par mois ou une allocation de soutien de 130 \$ par mois pour les personnes dont le revenu diminuerait suite à l'adoption du projet de règlement proposé.

Cependant, plusieurs aspects liés aux « mesures structurantes visant à renforcer l'incitation et à favoriser la participation au marché du travail » ne sont pas encore connus, notamment :

- les critères d'admissibilité;
- l'enveloppe budgétaire et les effectifs pour assurer l'accès à l'ensemble des prestataires;
- les modalités d'accompagnement individuel;
- la durée des prestations associées à la participation au programme;
- les débouchés d'emplois assurés;
- les procédures d'appel prévues pour les prestataires;
- les données probantes soutenant l'efficacité des mesures proposées dans ce contexte particulier.

En l'absence d'information sur ces mesures complémentaires, il est très difficile d'en évaluer de façon réaliste les impacts sur le revenu des prestataires du Programme d'aide sociale à court, moyen ou long terme.

5 Pauvreté et inégalités sociales de santé au Québec

Malgré les progrès de la lutte contre la pauvreté, 1 Québécois sur 8 est pauvre ²². Au Québec, Montréal est la région où le plus de personnes vivent sous le seuil de faible revenu : 1 Montréalais sur 5 est pauvre et 17 % de la population montréalaise souffre d'insécurité alimentaire ²³. La situation n'est guère mieux en milieu rural notamment en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la région du Québec qui enregistre encore aujourd'hui le plus faible taux d'emploi (45 %) ²⁴.

Aujourd'hui encore, la santé est aussi une question d'argent. Non seulement une position socioéconomique désavantageuse est liée à une mortalité précoce, mais elle est aussi associée à moins d'années vécues en bonne santé. Les rapports des directeurs de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de la Capitale-Nationale, de Laval, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Nunavik, de la Montérégie et de Montréal remettaient récemment en lumière les écarts de santé entre les plus riches et les plus pauvres. Les données qui suivent en font état :

L'espérance de vie et la mortalité : des écarts qui persistent

- L'espérance de vie est réduite chez les personnes les plus défavorisées : au Québec, huit années séparent l'espérance de vie des hommes les plus défavorisés des plus favorisés; chez les femmes, cet écart est de quatre années ²⁵.
- La mortalité à Montréal est presque deux fois plus élevée dans la catégorie la plus faible de revenu par rapport à la catégorie la plus élevée de revenu ²⁶.
- La mortalité prématurée due aux inégalités sociales de santé peut être chiffrée : si l'ensemble de la population montréalaise présentait les mêmes taux de mortalité que ceux observés dans la catégorie de revenu supérieur, nous pourrions éviter chaque année 1 400 décès prématurés par année (avant 75 ans) ²⁷.

La grande vulnérabilité des personnes en situation de pauvreté face à la maladie

- Par rapport aux personnes vivant dans des ménages au revenu supérieur, les personnes appartenant aux ménages les plus pauvres sont davantage susceptibles d'avoir un indice élevé de détresse psychologique et d'avoir des pensées suicidaires sérieuses ²⁸.
- Ces personnes souffrent davantage d'obésité, de maladies cardiovasculaires, d'asthme, de maladies pulmonaires obstructives chroniques et sont plus susceptibles d'avoir une limitation d'activités ²⁹.
- Les taux de diabète et de maladies cardiaques chez les 20 % les plus pauvres de la population sont plus du double de ceux des 20 % les plus riches ⁴⁴.

Des inégalités sociales de santé qui prennent racine dès l'enfance

- La pauvreté vécue avant la naissance et à un très jeune âge peut avoir des effets sur les enfants au-delà de la petite enfance ³⁰.
- Le faible poids à la naissance, le retard de croissance intra-utérine et la prématurité, trois phénomènes étroitement liés, peuvent avoir un impact important sur la santé des nouveau-nés et même à long terme. Ces trois facteurs de risque touchent davantage les nouveau-nés des secteurs les plus pauvres ³¹.
- La maturité scolaire est compromise par la pauvreté : chez les enfants des milieux les plus pauvres de Montréal, près de 4 sur 10 sont considérés vulnérables dans au moins une sphère de développement ³². La maturité scolaire est déterminante pour une entrée à l'école réussie. Quand elle est déficiente, elle influence négativement la persévérance scolaire. À moyen terme, on peut prévoir une diplomation plus faible, et en conséquence une capacité moindre d'occuper des emplois de qualité.

Des revenus suffisants pour vivre en santé

- Pour les personnes à faible revenu, assistés sociaux et travailleurs pauvres, les revenus ne suffisent pas toujours à se nourrir convenablement, se déplacer et se vêtir une fois le loyer payé : plus d'un Québécois sur huit peine à se procurer les biens essentiels ²².
- À titre d'exemple, au Québec, le revenu de l'aide sociale pour une personne seule et apte au travail correspond à environ 50 % de la mesure du panier de consommation, une mesure qui établit le coût des besoins de base ³³.

La pauvreté : des coûts supplémentaires pour le système de santé

- Selon des estimations de l'Agence de santé publique du Canada, 20 % des dépenses en santé sont attribuables aux écarts de revenu ³⁴.
- Selon une étude du MESS (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion), en 2009, l'amélioration du revenu des plus pauvres permettrait de réduire les dépenses en santé du Québec de 1,7 milliard de dollars annuellement, soit une économie de 6,5 % ³⁵.
- Étant donné les impacts de la pauvreté sur la santé, on compte davantage d'hospitalisations chez les personnes à faible revenu, et la durée d'hospitalisation augmente avec la diminution de revenu ³⁶.

Des services de santé de qualité pour les toxicomanes

- Des traitements efficaces en toxicomanie doivent être adaptés aux besoins de chaque usager selon la gravité de sa situation, tant en durée qu'en intensité³⁷.
- Pour contrer la progression alarmante des infections transmissibles sexuellement et par le sang, les efforts de prévention, de dépistage et de traitement doivent être intensifiés auprès des toxicomanes utilisateurs de drogues injectables³⁸.
- Il est démontré par ailleurs que les services de désintoxication permettent d'offrir également des services de prévention de l'hépatite C auprès des toxicomanes utilisateurs de drogues injectables³⁹.

6 Programme d'aide sociale au Québec et ménages visés par le projet de règlement

Selon le plus récent rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale du MESS, plus de la moitié des ménages recevant des prestations d'aide sociale vivent à Montréal (37,6 %) et en Montérégie (13,8 %) ¹⁸. En janvier 2013 :

- 193 765 ménages québécois recevaient des prestations d'aide sociale. Ces ménages représentent 311 909 prestataires dont 95 235 enfants.
- 46 307 adultes recevaient des allocations pour CTE liée à l'âge.
- 25 476 adultes recevaient des allocations pour CTE liée à une grossesse ou à la garde d'un enfant à charge de moins de 5 ans.

Le nombre de ménages visés par le projet de règlement modifiant le *Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles* est estimé par le MESS et résumé dans le tableau 1 en annexe. Ce sont plus de 25 000 ménages québécois qui sont visés, à terme, par ces modifications au Programme d'aide sociale ²⁰ :

- À terme, 13 900 ménages perdraient l'allocation pour CTE liée à l'âge, soit une perte de 129 \$ par mois par rapport au revenu actuel de 733 \$ (604 \$ + 129 \$).
- 9 471 ménages perdraient l'allocation pour CTE liée à la garde d'un enfant à charge de moins de 5 ans, soit une perte de 129 \$ par mois par rapport au revenu actuel de 1065 \$ (936 \$ + 129 \$) pour 2 adultes ayant la garde d'un enfant de moins de 5 ans.
- 2 150 prestataires de l'aide sociale ont reçu, en 2012, une prestation spéciale pour frais de séjour pour des services en toxicomanie avec hébergement dont la durée dépassait 90 jours ou la fréquence était supérieure à deux séjours. Si le règlement était adopté, ces prestataires ne seraient plus admissibles à la prestation spéciale.

Conclusion et recommandations

- Considérant que dans leur forme actuelle, les prestations d'aide de dernier recours sont largement inférieures au seuil de faible revenu;
- Considérant que plus de 25 000 ménages québécois seront affectés par la modification réglementaire, incluant les couples avec de jeunes enfants, les personnes âgées de 55 à 57 ans et les personnes en démarche de désintoxication ²⁰;
- Considérant l'absence de définition de plusieurs aspects liés aux « mesures structurantes visant à renforcer l'incitation et à favoriser la participation au marché du travail », notamment : 1) les critères d'admissibilité, 2) l'enveloppe budgétaire et les effectifs pour assurer l'accès à l'ensemble des prestataires, 3) les modalités d'accompagnement individuel, 4) la durée des prestations associées à la participation au programme, 5) les débouchés d'emplois assurés, 6) les procédures d'appel prévues pour les prestataires, et 7) les données probantes soutenant l'efficacité des mesures proposées dans ce contexte particulier;
- Considérant que l'insertion au marché du travail pour les personnes recevant des prestations de CTE peut s'avérer difficile en raison de conditions particulières observées chez plusieurs prestataires jugés aptes à l'emploi tels que le faible niveau de scolarité, l'absence prolongée du marché du travail, les difficultés d'intégration pour les immigrants ⁴⁰ mais aussi en raison des réalités structurelles caractérisant présentement le marché de l'emploi dans certaines régions du Québec ⁹;
- Considérant que l'abolition de prestations supplémentaires pour certains groupes de personnes est susceptible de conduire à une plus forte paupérisation des personnes vivant déjà dans des situations de pauvreté et de vulnérabilité économique et sociale;
- Considérant que la pauvreté est un des déterminants ayant la plus forte incidence sur l'état de santé de la population et que les personnes vivant de l'aide sociale sont généralement plus à risque de maladies et de mortalité prématurée ⁴¹;
- Considérant les coûts économiques élevés liés aux dépenses de santé associées à la pauvreté ³⁴⁻³⁵;
- Considérant que les restrictions des mesures d'aide spéciale pour les bénéficiaires toxicomanes sont susceptibles d'affecter les démarches de cessation de la consommation au sein de ce groupe de population particulièrement vulnérable;
- Considérant que les personnes toxicomanes utilisatrices de drogues par injection sont plus à risque d'infection par le VIH et l'hépatite C, que la prévention et le traitement de ces infections s'appuient notamment sur les services en toxicomanie offerts avec hébergement, et que des mesures restreignant l'accès à ces services pourraient affaiblir les efforts de prévention et de traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang ^{38, 39}.

Les directeurs régionaux de santé publique du Québec demandent au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale de renoncer à l'application du projet de *Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles* et de réaliser une évaluation d'impact sur la santé de ces mesures, et ce, conformément à l'article 54 de la *Loi sur la santé publique*. Selon les modalités d'application de cet article, il incombe aux ministères et organismes gouvernementaux du Québec qui proposent un projet de règlement ou de loi de procéder au préalable à une évaluation d'impact sur la santé approfondie ⁴². Tel que prévu dans le dispositif national d'évaluation d'impact sur la santé, la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec peuvent soutenir la conduite de cette évaluation si nécessaire ^{3,43}.

La conduite de cette évaluation d'impact sur la santé nous apparaît primordiale afin de bien mesurer et contrer les effets potentiellement négatifs que pourraient engendrer les modifications réglementaires sur les personnes, les familles et les enfants vivant en situation de pauvreté dans l'ensemble du Québec.

| Mesure | Règlement et prestations actuels | Modifications proposées* | Ménages visés au Québec ²⁰ |
|--|---|--|--|
| 1. Allocation pour CTE accordée en raison de l'âge | <p>« La prestation de base est augmentée d'une allocation pour contraintes temporaires si l'adulte seul ou un membre adulte de la famille est âgé de 55 ans ou plus et en fait la demande » (art.63) ¹⁶.</p> <p>Prestation mensuelle pour un adulte de 55 ans ou plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestation de base : 604 \$ • Allocation pour CTE : 129 \$ • Total mensuel : 733 \$ | <p>La prestation de base est augmentée d'une allocation pour contraintes temporaires si l'adulte seul ou un membre adulte de la famille est âgé de 58 ans ou plus et en fait la demande ¹⁹.</p> <p>Prestation modifiée pour les nouveaux prestataires qui auront entre 55 et 57 ans après le 1er juin 2013**</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestation de base : 604 \$ • Allocation pour CTE : 0 \$ • Total mensuel : 604 \$*** | 13 900 ménages en moyenne à partir de la 4 ^{ème} année de la modification proposée (1 900 ménages la 1 ^{ère} année)**. |
| 2. Allocation pour CTE accordée pour la garde d'un enfant à charge de moins de 5 ans | <p>« (...) la prestation de base est augmentée d'une allocation pour contraintes temporaires si un adulte garde un enfant à sa charge et si celui-ci a moins de 5 ans au dernier 30 septembre ou, s'il a 5 ans à cette date, si aucune place en classe maternelle à temps plein n'est disponible pour ce dernier » (art.62) ¹⁶.</p> <p>Prestation actuelle pour deux adultes ayant la garde d'un enfant âgé de moins de 5 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestation de base : 936 \$ • Allocation pour CTE accordée à l'un des adultes : 129 \$ • Total mensuel : 1 065 \$ | <p>Rendre inadmissibles à l'allocation pour CTE les familles composées de deux adultes ayant la garde d'un enfant à charge âgé de moins de 5 ans ^{20***}.</p> <p>Prestation modifiée, si le règlement est adopté, pour deux adultes ayant la garde d'un enfant à charge de moins de 5 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestation de base : 936 \$ • Allocation pour CTE : 0 \$ • Total mensuel : 936 \$*** | 9 471 ménages en décembre 2012 |

| Mesure | Règlement et prestations actuels | Modifications proposées* | Ménages visés au Québec ²⁰ |
|--|--|--|---|
| 3. Prestation spéciale pour services en toxicomanie avec hébergement | <p>Prestation spéciale pour payer les frais de séjour dans un centre offrant des services en toxicomanie avec hébergement si la nécessité est attestée par écrit par un médecin, et réévaluée tous les trois mois (art.88)¹⁶.</p> <p>Prestation actuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestation de base : 604 \$ • Allocation de soutien : 129 \$ • Total mensuel : 733 \$ | <p>Ajout de limites à la fréquence et à la durée des prestations spéciales, désormais accordées au plus deux fois par période de 12 mois, jusqu'à concurrence de 90 jours au total¹⁹.</p> <p>Prestation modifiée, si le règlement est adopté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestation régulière : 604 \$ • Allocation de soutien pour un maximum de 90 jours de services en toxicomanie, deux fois par année: 129 \$ • Total mensuel au-delà de la limite permise : 604 \$ | <p>En 2012, environ 2 150 prestataires effectuaient un séjour de plus de 90 jours ou plus de 2 séjours en centre offrant des services de toxicomanie.</p> |

La compilation des données sur les prestations et les ménages visés par le projet de règlement est effectuée à partir de l'analyse publiée par le MESS le 12 mars 2013²⁰.

CTE : Contrainte temporaire à l'emploi

* À la prestation de base s'ajouterait une allocation d'aide à l'emploi de 195 \$ ou une allocation de soutien de 130 \$ par mois dont la durée et les modalités d'octroi ne sont pas précisées²¹.

** Dans l'analyse publiée par le MESS le 12 mars 2013, on indique que « la mesure vise uniquement les prestataires qui atteindront 55 ans à compter du 1^{er} juin 2013 et les nouveaux prestataires âgés de 55, 56 et 57 ans »²⁰. Ceci explique pourquoi le nombre de ménages visés diffère entre la première année d'application du règlement et la quatrième année, alors que tous les prestataires seront soumis à la règle.

*** Le droit à l'allocation pour CTE est cependant maintenu si l'un des deux adultes est dans une autre situation donnant droit à l'allocation pour CTE : contrainte de santé, soins constants procurés à un proche, charge d'un enfant handicapé autre que celui d'âge préscolaire²⁰.

Bibliographie

1. Gouvernement du Québec. 1991. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.R.Q. Ch. S-4.2 art.373.
2. Gouvernement du Québec. 2001. *Loi sur la santé publique*. L.R.Q. Ch. S-2.2 art.53, alinéa 5 et art.54.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2008. À la frontière des responsabilités des ministères et organismes publics : l'application de l'article 54 de la *Loi sur la santé publique*, *Bilan et perspectives 2002-2007*. Gouvernement du Québec, p.19. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-245-02.pdf>]
4. Organisation mondiale de la santé. 2009. *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé*. OMS, Genève. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf]
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2007. *Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans. Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Gouvernement du Québec. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05.pdf>]
6. Direction de la santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal. 1998. *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. Les inégalités sociales de la santé*. [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/2-89494-122-6.pdf]
7. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. 2007. *Rapport de la directrice de santé publique. Pour des communautés en santé : des environnements sociaux et solidaires*. [http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/2555/dsp_pub_rapport_annuel_directrice_2007.pdf]
8. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. 2009. *La pauvreté à Laval : Au-delà des apparences - Plus que jamais le développement des communautés*. Mémoire présenté au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, dans le cadre de la consultation régionale Les Rendez-vous de la solidarité 2009, le 10 décembre 2009. [http://www.lavalensante.com/fileadmin/documents/Documentation/Sante_publique/Rapports_et_enquetes/2009/Memoire_La_pauvrete_a_Laval_2009_Version_Web.pdf]
9. Dubé, N et C. Parent. 2011. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*. Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. [http://www.agencesssgim.ca/fichiers/asssgim2011/Sante_publique/Etat_de_sante_de_la_population/PortraitGIM2.pdf]
10. Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik. 2011. *Health Profiles of Nunavik : Demographic and Socioeconomics Conditions*. p.27. [http://www.rsss17.gouv.qc.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=241&Itemid=138&lang=en]
11. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. 2009. *Réduire la pauvreté et l'exclusion sociale en Estrie : un défi à relever ensemble*. Mémoire déposé lors de la Consultation régionale sur le deuxième plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. [<http://www.santeestrie.qc.ca/documents/documentdeconsultation.pdf>]
12. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Rapport du directeur de santé publique 2011 – Les inégalités sociales de santé à Montréal: le chemin parcouru*. [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/978-2-89673-133-6.pdf]

13. Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. 2012. *Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec. Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité : voyons-y.* [http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/santepublique/direction/RapportDSP/rapportdsp_2012_finale_version_web.pdf]
14. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. 2013. *Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012. Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale.* [http://www.dspq.qc.ca/documents/RapportISS_versionintegrale.pdf]
15. Gouvernement du Québec. 2005. *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles*, L.R.Q. Ch. A-13.1.1.
16. Gouvernement du Québec. 2006. *Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles*. L.R.Q. Ch. A-13.1.1, r. 1.
17. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. 2013. *Nouveaux montants des prestations. Programme d'aide sociale et Programme de solidarité sociale en vigueur le 1^{er} janvier 2013.* [http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/sr_dep_montant_prestations.pdf]
18. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Janvier 2013. *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale. p.1, 2, 5.* [<http://www.mess.gouv.qc.ca/statistiques/prestataires-assistance-emploi/>]
19. Gouvernement du Québec. Projet de règlement, *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles*, L.R.Q. Ch. A-13.1.1, publié dans la Gazette officielle du Québec, 27 février 2013, 145^e année, no 9, p.653.
20. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. 2013. *Principaux éléments constitutifs de l'analyse d'impact des quatre mesures réglementaires.* [http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/DCanalyseimpact07-03-13_tableau.pdf]
21. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. *Des mesures structurantes visant à renforcer l'incitation et à favoriser la participation au marché du travail*, Communiqué de presse, Québec, 2 mars 2013. [<http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/Mars2013/02/c9895.html>]
22. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2011. *Pour guider l'action. Portrait de santé du Québec et de ses régions, les statistiques.* p. 40. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-01F.pdf>]
23. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Op. cit.* p. 31 et 109
24. Institut de la statistique du Québec, *Profils statistiques des régions administratives et des MRC et territoires équivalents.* Non paginé. Page consultée le 8 avril 2013. [http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/region_00/region_00.htm]
25. Institut national de santé publique du Québec. *Volet du Santéscope : inégalités sociales de santé. Mise à jour en 2008. Espérance de vie à la naissance selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale.* [<http://www.inspq.qc.ca/santescope>].
26. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Op. cit.* p.18
27. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Op.cit.* p.24
28. Dubé, N et C. Parent. 2011. *Op.cit.* p. 130, 136.

29. Dubé, N et C. Parent. 2011. *Op.cit.* p.159, 162, 170, 189.
30. Séguin L, Nikiema B, Gauvin L, Zunzunegui MV. 2007. « Duration of poverty and child health in the Quebec Longitudinal Study of Child Development: longitudinal analysis of a birth cohort » In *Pediatrics*; 119(5): e1063-e1070.
31. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Op.cit.* p. 23.
32. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Op.cit.* p. 65.
33. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Op.cit.* p. 56.
34. Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. 2004. *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : document de travail*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, décembre 2004, No HP5-4/2005 au catalogue. p. 3. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/ddp-fra.php>]
35. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. 2011. *Les coûts de la pauvreté au Québec selon le modèle de Nathan Laurie*. Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, p. 8-9. [http://www.cepe.gouv.qc.ca/publications/pdf/CEPE_Cout_pauvrete.pdf]
36. Direction de la santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal. 1998. *Op.cit.* p. 60
37. MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux). 2007. *Programme-services dépendances : offre de services 2007-2012. Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*, p. 48-49. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-804-10.pdf>]
38. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2010. *Rapport du directeur de santé publique 2010 – Joindre plus, dépister plus, traiter plus*. p.25. [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/978-2-89494-965-8.pdf]
39. Strauss SM, Falkin GP, Vassilev Z, Des Jarlais DC, Astone J. 2002. « A nationwide survey of hepatitis C services provided by drug treatment programs ». In *J Subst Abuse Treat*; 22(2): 55-62.
40. Institut de la statistique du Québec. 2010. *Portrait social du Québec Édition 2010*, p. 219-220.
41. Wellesley Institute. 2009. *Sick and Tired: The Compromised Health of Social Assistance Recipients and the Working Poor in Ontario*. [<http://wellesleyinstitute.com/files/sickandtiredfinal.pdf>]
42. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. 2012. *L'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique*. Version préliminaire pour discussion. [http://www.ccnpps.ca/100/publications.ccnpps?id_article=52]
43. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2006. *Guide pratique : Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration de projet de loi et de règlement au Québec*. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-245-01.pdf>]
44. Conseil canadien de la santé. 2010. *Changement de vitesse: Cibler, non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé*. p. 6. [http://www.conseilcanadiendelasante.ca/tree/2.40-HCC_HealthPromo_Dec2010_FRE.pdf]