

Maladie, invalidité et travail: SURMONTER LES OBSTACLES

CANADA : des possibilités de collaboration



Maladie, invalidité et travail

SURMONTER LES OBSTACLES

CANADA : des possibilités de collaboration



Organisation de coopération et de développement économiques

AVANT-PROPOS

La réforme des politiques d'assurance-maladie et d'assurance-invalidité est une priorité pour les pays de l'OCDE soucieux d'en améliorer les résultats sur le plan social et au chapitre de l'emploi. La récente récession de l'économie mondiale et la baisse de la demande de main-d'œuvre qui l'accompagne risquent de frapper les travailleurs marginalisés — notamment les personnes handicapées ou ayant des problèmes de santé — bien plus durement que la population d'âge actif en général. Les mesures qui seront prises dans les toutes prochaines années pour faire face à la récession seront donc capitales. L'expérience semble montrer qu'elles auront des conséquences importantes pendant de nombreuses années. Face à l'augmentation des pertes d'emploi, les gouvernements pourraient être tentés de permettre aux travailleurs concernés d'accéder à des prestations d'assurance-invalidité de longue durée pour éviter une progression des chiffres du chômage, mais ce serait, le cas échéant, une grave erreur. Toutes les données disponibles portent à croire qu'ils ne retravailleront plus, que la conjoncture économique s'améliore ou non. Le montant global des prestations sociales que devront verser les pays qui auront la mauvaise idée d'opter pour cette politique à courte vue sera considérable et deviendra *de facto* une charge permanente. Actuellement, cette charge représente en moyenne 2 % du PIB dans l'OCDE.

Il est urgent que les décideurs s'attaquent au phénomène récent de la « médicalisation » des problèmes d'emploi, lequel semble à l'origine d'une grande partie des difficultés qu'éprouvent les pays dans la formulation des politiques relatives aux personnes handicapées. Telle est la conséquence de régimes de prestations se fondant sur un état pathologique (ou qualifié comme tel) pour conditionner l'accès à des prestations d'assurance-invalidité de longue durée. Cet état de choses catalogue et gère les travailleurs en fonction de leur invalidité ou incapacité plutôt que des emplois qu'ils sont capables d'occuper. Ils sont donc incités à demander des prestations sociales sans être tenus de chercher un emploi adapté à leur capacité de travail réduite. Comme la plupart des bénéficiaires se sentent déjà vulnérables parce qu'ils pensent que leur état de santé leur compliquera toute recherche d'emploi, la crainte de perdre des prestations financières même modestes et d'autres avantages (par exemple, les soins dentaires et les médicaments) s'ils cherchent du travail dissuade la majorité d'entre eux, ne serait-ce que d'essayer. De ce point de vue, le régime de prestations est en soi un facteur d'inaptitude.

L'examen thématique de l'OCDE consacré à *la maladie, à l'invalidité et au travail* se penche sur les politiques et les facteurs qui influent sur les entrées dans les régimes de maladie et d'invalidité et les sorties de ces régimes. Après les examens thématiques officiels de 11 autres pays de l'OCDE (publiés dans les volumes 1 à 3 de la série *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles*), le Canada et la Suède ont demandé de participer à l'exercice. Le présent rapport est une évaluation de la situation au Canada, mais vue sous l'optique du gouvernement fédéral et des gouvernements du Québec, de la Colombie-Britannique et du Manitoba. Le régime constitutionnel du Canada — une fédération de provinces et de territoires dans laquelle, entre autres, les compétences fédérales et provinciales sont distinctes — joue un rôle tout particulièrement déterminant dans la

formulation des politiques. Le présent document fait le point de la situation à la suite de diverses réformes pendant une décennie et avant que d'autres modifications ne soient vraisemblablement apportées. Il se compose de trois chapitres. Le premier plante le décor : on y passe en revue les principales tendances observées au Canada ces dix dernières années, ainsi que l'évolution des grands leviers politiques du Canada. Le deuxième traite des principaux enjeux liés aux régimes d'assurance-maladie et d'assurance-invalidité, des aspects à améliorer dans ces régimes et des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. Le troisième examine ce qui est particulièrement nécessaire de faire à court et à long terme pour assurer le succès des réformes

L'analyse de l'OCDE repose essentiellement sur l'examen des grandes initiatives fédérales et des principaux programmes provinciaux au Québec, en Colombie-Britannique et au Manitoba. Cet examen a pour objet de déterminer en quoi les programmes des gouvernements fédéral et provinciaux interagissent pour amener un nombre accru de personnes handicapées à travailler tout en tentant de leur assurer un revenu qui les soustraira au risque de connaître la pauvreté. Bien que les programmes d'indemnisation des accidents du travail, les programmes privés d'assurance-invalidité et d'assurance-automobile ne comptent pas parmi les principaux points examinés, on prête attention dans une certaine mesure aux deux premiers types de programmes parce qu'ils influent considérablement sur les objectifs de l'examen. En outre, on s'est peu attardé sur les droits de la personne et les codes qui régissent les normes d'emploi. Les recommandations formulées par l'OCDE ne sont valides que dans les limites de ce cadre d'analyse.

Le présent rapport a été conçu par Heonjoo Kim, Allen Gomes et Christopher Prinz (chef d'équipe), qui ont bénéficié des analyses statistiques de Dana Blumin et Maxime Ladaïque et du soutien administratif de Claire Gibbons. Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), les autorités homologues dans les trois provinces susmentionnées, ainsi que les autorités compétentes en Colombie-Britannique, au Manitoba et au Québec, ont également apporté d'importantes contributions à la préparation du rapport.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	7
CHAPITRE 1. ÉTAT DE LA SITUATION	13
1.1. Grandes tendances et principaux résultats	13
1.2. Contexte stratégique : le Canada en tant que fédération.....	27
1.3. Principaux programmes en jeu.....	28
CHAPITRE 2. PROBLÈMES ET ENJEUX MAJEURS.....	47
2.1. Aller au-delà de la mentalité des prestations d'invalidité	48
2.2. Vers une structure et une coordination améliorées du régime de mesures de soutien et de services	56
CHAPITRE 3. RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS.....	71
3.1. Adapter le fonctionnement du régime fédératif aux personnes handicapées	73
3.2. Passer à un cadre axé sur les clients.....	75
3.3. Améliorer la couverture des programmes et l'accès aux prestations.....	77
3.4. Favoriser l'accès aux mesures de soutien et l'intervention précoces	80
3.5. Renforcer le régime dans son ensemble pour en accroître l'efficacité	82
Annexe. Grandes réformes des politiques fédérales relatives aux personnes handicapées (depuis 1980)	85
Abréviations.....	89
Bibliographie.....	91

Encadrés

Encadré 0.1. Synthèse des principales recommandations de l'OCDE pour faire progresser la réforme structurelle des politiques relatives aux personnes handicapées.....	11
Encadré 1.1. De grandes initiatives d'emploi pour les personnes handicapées dans trois provinces	42
Encadré 2.1. Financement selon le principe de la rémunération des services en Colombie-Britannique	69

Graphiques

Graphique 1.1. Dans l'ensemble de l'OCDE, les personnes handicapées sont nettement moins susceptibles d'occuper un emploi que les personnes non handicapées.....	14
--	----

Graphique 1.2. Chez les personnes handicapées, le risque de connaître le chômage est presque deux fois plus important que celui des personnes non handicapées, quelle que soit la conjoncture	16
Graphique 1.3. Stabilité des taux de bénéficiaires de prestations publiques d'assurance-invalidité au Canada.....	16
Graphique 1.4. Le recul du nombre de bénéficiaires de prestations d'assurance-chômage est pallié par la hausse de celui des bénéficiaires de prestations d'assurance-invalidité	18
Graphique 1.5. Les taux d'admission aux régimes de prestations d'assurance-invalidité pour cause de problèmes de santé mentale progressent de plus en plus	19
Graphique 1.6. Les prestations non contributives progressent au Canada, mais régressent aux États-Unis	20
Graphique 1.7. Les personnes handicapées risquent davantage de vivre en deçà ou tout juste au-dessus du seuil de pauvreté	20
Graphique 1.8. Dans les pays de langue anglaise, le revenu des personnes handicapées sans emploi est très faible	21
Graphique 1.9. En comparaison des autres taux de prestations d'assurance-invalidité, ceux du Canada sont faibles, quel que soit le régime considéré	22
Graphique 1.10. Au Canada, de nombreuses personnes handicapées sans emploi n'ont pas droit aux prestations publiques ou n'en reçoivent pas	23
Graphique 1.11. Les taux d'emploi et de pauvreté dans les trois provinces à l'étude sont à peu près semblables	24
Graphique 1.12. De fortes différences entre les provinces ces dix dernières années dans les tendances liées aux taux de bénéficiaires des prestations d'assurance-invalidité	26
Graphique 1.13. Vue d'ensemble des prestations fédérales et provinciales en faveur des personnes handicapées au Canada	45
Graphique 2.1. Le Canada investit relativement peu dans les PAMT, à l'exemple des autres pays de langue anglaise	49
Graphique 2.2. Les dépenses totales du Canada relatives aux prestations d'assurance-invalidité sont tout juste en deçà de la moyenne de l'OCDE	51
Graphique 2.3. Le cumul des prestations peut se révéler important, mais trois bénéficiaires sur quatre ne touchent qu'une seule prestation	59

Tableaux

Tableau 1.1. Les critères définissant l'invalidité au titre du PPIRPC sont plus stricts que ceux utilisés dans les autres pays membres de l'OCDE.....	31
Tableau 1.2. La gamme des prestations d'assurance-emploi et des mesures de soutien	34
Tableau 1.3. Seule une minorité des bénéficiaires de prestations d'assurance-emploi et de mesures de soutien sont des personnes handicapées.....	35
Tableau 1.4. Caractéristiques des programmes provinciaux d'aide sociale en faveur des personnes handicapées.....	40
Tableau 2.1. Les personnes handicapées au Canada peuvent prétendre à diverses prestations des gouvernements fédéral et provinciaux et du secteur privé	60

RÉSUMÉ

Comme d'autres pays membres de l'OCDE, le Canada s'efforce d'améliorer l'efficacité et l'efficacités des politiques qu'il adopte à l'égard des personnes malades ou handicapées. Le niveau d'emploi de ces dernières est faible et, fait également constaté dans d'autres pays, souvent lié au risque accru de vivre en deçà ou tout juste au-dessus du seuil de pauvreté et de dépendre des prestations d'aide sociale, notamment les prestations d'assurance-invalidité. La contraction de la demande de main-d'œuvre constatée depuis le début de la récession économique actuelle est particulièrement préoccupante pour ces personnes qui peinaient déjà à trouver du travail au début de la décennie, alors que l'économie canadienne affichait une forte croissance.

L'examen du régime canadien révèle qu'un bon nombre de mesures de soutien et de prestations sociales destinées aux personnes handicapées, notamment au chapitre de l'emploi, sont restrictives et complexes, de sorte qu'elles sont difficilement accessibles. Les décideurs doivent surmonter plusieurs problèmes systémiques qui sont sous-jacents aux résultats obtenus au Canada :

- le cloisonnement qui caractérise le processus de formulation des politiques et le manque de coordination entre les gouvernements fédéral et provinciaux dans leur gestion respective des mesures de soutien et prestations ayant trait à l'emploi ;
- sur le plan opérationnel, une formulation des politiques plus axée sur le *régime* que sur ses *clients*, ce qui a donné lieu à un ensemble hétéroclite de prestations et de services liés à l'emploi, lequel prête à confusion pour les clients qui y ont difficilement accès ;
- un nombre trop restreint de procédures systématiques de dépistage et d'intervention précoces pour empêcher le décrochage du marché du travail, lequel est souvent à l'origine d'une longue dépendance aux prestations.

Bien que les programmes fédéraux et provinciaux prévoient des mesures de soutien variées et de plus en plus nombreuses afin que les personnes handicapées puissent se trouver un emploi ou le conserver, il serait possible d'en faire plus à l'échelle des politiques et des programmes. Fait à souligner, plusieurs programmes ne font actuellement aucune obligation aux personnes handicapées aptes au travail ni de chercher un emploi, ni de participer à un programme actif du marché du travail, ni de prendre part à d'autres activités pouvant accroître leur employabilité et leur possibilité de trouver un emploi. Pour accorder aux personnes dont la capacité de travail est inutilisée le soutien dont elles ont besoin afin de s'intégrer en grand nombre au marché du travail, les décideurs doivent se concerter davantage en vue de donner aux politiques une orientation allant au-delà de la protection sociale.

Il serait très opportun d'appliquer une réforme structurelle et institutionnelle au régime canadien. Dans une confédération comme celle du Canada, il est difficile d'évaluer l'incidence des programmes et régimes d'assurance-maladie, d'assurance-invalidité et d'assurance-emploi sur les personnes handicapées. La séparation des pouvoirs entre les gouvernements fédéral et provinciaux donne lieu à une décentralisation de l'information. Chaque administration est responsable devant ses propres parlementaires et citoyens. Le problème lié à l'absence d'un

mécanisme transparent et normalisé de rapports sur les résultats des programmes provinciaux ne date par d'hier. Il n'y a pas de critère permettant de déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Aux termes du régime prescrit dans sa constitution actuelle, l'État fédéral n'est pas officiellement investi du pouvoir de surveiller les résultats obtenus par les provinces dans ce domaine, même lorsqu'il alloue des fonds pour aider les personnes handicapées. De fait, les différentes tentatives de surveillance des résultats par le gouvernement fédéral n'ont pas porté leurs fruits ; parfois, ces tentatives n'ont eu pour effet que d'embourber les rapports avec les gouvernements provinciaux, lesquels se préoccupent du risque que de telles tentatives empiètent sur leur autonomie. Il semblerait que la surveillance est une responsabilité qui incombe plutôt aux universitaires et aux groupes de défense des intérêts concernés qui, en tant que constituants provinciaux, ont le droit inhérent d'exiger cette information au nom des milieux qu'ils défendent. Toutefois, ils n'ont ni les moyens d'endosser ce rôle de surveillance, ni d'exiger que les responsables politiques leur rendent des comptes, que ce soit à l'échelle de leur région respective ou dans l'ensemble du Canada. Il n'existe pas non plus de tribune permettant de diffuser des informations et de lancer des débats publics pour amener la population à réellement escompter une amélioration du sort des personnes handicapées.

L'un des aspects que les autres pays de l'OCDE peuvent envier au Canada est le pourcentage relativement faible de personnes d'âge actif percevant des prestations d'invalidité publiques : il varie entre 4.4 et 4.8 % selon la province à l'étude, après prise en compte du programme fédéral d'assurance-invalidité et des programmes provinciaux d'aide sociale destinés aux personnes handicapées. Ce pourcentage est inférieur à la moyenne de l'OCDE (6 %). De plus, contrairement à ce que l'on observe dans de nombreux autres pays, il n'a que peu augmenté au cours des deux dernières décennies. Diverses raisons expliquent cet état de choses, dont la sévérité et l'efficacité des critères d'admissibilité aux prestations d'assurance-invalidité de longue durée de même que le rôle relativement accru que jouent les régimes (provinciaux) d'indemnisation des accidents du travail et les régimes privés d'assurance-invalidité au Canada. Cependant, la mise en œuvre de mécanismes de contrôle draconiens relativement à de tels régimes risque également d'entraîner un taux élevé d'exclusion sociale : au Canada, il peut y avoir jusqu'à une personne handicapée sur cinq qui ne touche aucune prestation d'un régime public alors qu'elle est sans emploi, et le revenu moyen de ce groupe est assez faible. Il est nécessaire de mieux cerner qui sont ces personnes et comment les politiques peuvent au mieux répondre à leurs besoins.

L'exclusion et le caractère partiel de la couverture assurée par l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité de courte durée posent également problème. Par suite du resserrement des critères d'admissibilité au régime fédéral d'assurance-emploi (a.-e.), des disparités de couverture sont apparues : seuls les travailleurs qui participent beaucoup au marché du travail touchent des prestations d'assurance-maladie, lesquelles ne leur sont versées que pendant une période relativement courte de 15 semaines. À l'exception du Québec, les travailleurs qui ne peuvent accumuler un nombre suffisant d'heures assurables sont exclus de ce régime de protection du revenu à court terme s'ils sont blessés ou malades. Ils risquent également de ne pas pouvoir se prévaloir des mesures de soutien à l'emploi financés par l'a.-e. Certes, peut-être pourront-ils avoir accès aux mesures actives du marché du travail (de compétence provinciale, territoriale ou fédérale) de même nature et pour lesquelles l'admissibilité à l'a.-e. n'est pas requise. Il est toutefois difficile d'établir avec certitude si l'offre de telles mesures est bel et bien suffisante. De ce point de vue, les personnes sous-employées, les nouveaux venus sur le marché du travail, les travailleurs à temps partiel, les emplois précaires et les travailleurs indépendants sont particulièrement vulnérables.

La pléthore des prestations et mesures de soutien à l'emploi destinées aux personnes handicapées se révèle complexe : elle résulte des tentatives répétées des gouvernements fédéral et provinciaux de gommer les disparités dans les programmes fédéraux d'assurance de base qu'il est difficile de modifier. Par conséquent, le bénéficiaire type doit s'en remettre en alternance aux pouvoirs et aux versements fédéraux et provinciaux (p. ex., il touchera d'abord des prestations fédérales d'assurance-maladie pendant 15 semaines, puis recevra l'aide sociale provinciale avant ou pendant qu'il présente au gouvernement fédéral une demande de prestations d'assurance-invalidité, après quoi il reviendra à l'aide sociale si cette demande est rejetée. En principe, il est possible de cumuler deux ou plusieurs types de prestations (fédérales, provinciales, assurance privée), les montants respectifs étant relativement faibles. Habituellement, il faut plus d'une prestation afin d'assurer un revenu suffisant. Or, dans les faits, les trois quarts des bénéficiaires ayant une invalidité ne touchent qu'un type de prestation, le cumul de prestations étant peu courant compte tenu des différents objectifs de la gamme de programmes offerts.

La difficulté avec cette multitude de programmes et de mesures de soutien, c'est que ceux-ci sont conçus et gérés par des services fédéraux et provinciaux/territoriaux en cloisonnement. Une solution à ce problème consisterait à confier la gestion de ces programmes et mesures de soutien à une entité (à « guichet unique ») qui interviendrait au nom des deux ordres de gouvernement, recommanderait l'agencement optimal des prestations fédérales et provinciales/territoriales et aiguillerait les demandeurs vers les divers fournisseurs de service de soutien social et à l'emploi. Les progrès réalisés par Service Canada dans la prestation de services pour le compte de plusieurs départements fédéraux donnent à penser qu'il pourrait jouer le rôle de cette entité. Toutefois, parce que Service Canada est une initiative du gouvernement fédéral, cette tâche ne pourrait se faire qu'en consultation avec les gouvernements provinciaux ou territoriaux. Les gouvernements provinciaux/territoriaux pourraient également, selon le modèle canadien d'élaboration des programmes généraux relatifs au marché du travail, demander au gouvernement fédéral de leur allouer les fonds régionaux destinés à Service Canada afin qu'ils créent un organisme à guichet unique qui relèverait de leur secteur de compétence. En guide de première étape dans cette direction, on pourrait adopter une stratégie modeste qui consisterait à améliorer la collaboration et la mise en commun de l'information entre les ordres de gouvernement, par exemple en partageant leurs bureaux.

Si la coordination s'améliore, il y a néanmoins amplement matière à rationalisation en conférant aux provinces l'entière responsabilité des mesures de soutien et programmes ayant trait à l'emploi. Si les provinces sont chargées d'assurer la prestation des programmes fédéraux restants de soutien à l'emploi, voire l'administration des dossiers de la clientèle des régimes fédéraux d'assurance-maladie et d'assurance-invalidité, elles en seront incontestablement tenues responsables. Lorsque les gouvernements fédéral et provinciaux se partagent la responsabilité, comme c'est le cas actuellement, la responsabilité finale à l'égard des clients quant au rendement et aux résultats des politiques mises en œuvre est divisée entre ces deux ordres de gouvernement et paraît souvent floue.

Le défaut d'équité dans les services et mesures de soutien au Canada, dénoncé depuis longtemps par les chercheurs et groupes de défense canadiens, ne sera pas nécessairement réglé au moyen de l'autonomie des provinces, laquelle est garantie par la Constitution. S'agissant des personnes handicapées, chaque province fixe ses propres objectifs et n'est pas officiellement tenue d'améliorer ses résultats au-delà de ses frontières. Grâce à la redistribution de l'impôt sur le revenu, le gouvernement fédéral veille indirectement à ce que les provinces ou territoires n'accusent pas un trop grand retard en raison d'un manque de recettes fiscales. Tel semble être la limite absolue du rôle que peut jouer le gouvernement fédéral à ce chapitre.

Bien que la grande valeur de la contribution des personnes handicapées au marché du travail soit reconnue, de nombreuses politiques et procédures à l'heure actuelle ont tendance à demeurer axées sur ce que ces personnes *ne peuvent pas* faire plutôt que sur leur importante capacité de travail. Le fait de renverser le paradigme d'évaluation employé actuellement présenterait plusieurs avantages financiers. Les personnes à capacité de travail réduite et qui n'ont pas droit aux mesures de soutien à l'emploi doivent souvent lutter pour obtenir du travail, de sorte qu'elles finissent par s'enfoncer dans la pauvreté ou presque, nécessiter l'aide sociale des provinces et manquer de contribuer à l'économie par leur travail. Il faut instaurer des mesures incitatives financières puissantes afin de réintégrer ces personnes au marché du travail. Le fait de donner accès aux services de soutien à l'emploi à toute personne à capacité de travail réduite qui nécessite un soutien, que cette personne ait reçu ou non des prestations (principe appliqué en Colombie-Britannique) et quelle que soit sa situation professionnelle, enverrait également un signal fort.

Dans tous les pays de l'OCDE, les risques de sortie définitive du marché du travail augmentent de manière exponentielle avec la durée de la période de non-emploi. Dans les politiques relatives aux personnes handicapées au Canada, on relève aussi que le rôle des employeurs — qui occupent une place privilégiée pour contribuer à prévenir et à gérer les absences pour cause de maladie ou d'accident, lesquelles mènent à la pente glissante de l'invalidité de longue durée — constitue un aspect largement négligé. Il existe à ce chapitre peu d'exigences officielles ayant trait aux employeurs, et les mesures de soutien pour aider ces derniers ne suffisent pas non plus. Le salarié ayant un problème de santé ou une incapacité nécessite souvent une aide et un soutien accrus de la part des gestionnaires. Or, en ce qui touche le marché du travail aux termes du régime actuel, l'employeur a essentiellement pour incitatif de faciliter le départ d'un tel travailleur (pour le remplacer par un travailleur parfaitement apte et en santé) plutôt que de l'empêcher de partir. De ce fait, on pourrait également envisager de moduler en fonction des antécédents une partie des primes des programmes fédéraux d'assurance-maladie et d'assurance-invalidité, à l'exemple en quelque sorte des rouages dans les régimes d'assurance-invalidité du secteur privé. Il serait également utile d'améliorer les liens entre les employeurs et les assureurs privés, de façon à ce que les régimes du secteur privé puissent englober des mécanismes efficaces de gestion ayant trait à l'invalidité. Ceux-ci pourraient s'apparenter à ce qu'il est proposé dans les régimes d'indemnisation des accidents du travail (p. ex., un suivi précoce après environ deux semaines).

Le fait de maintenir les personnes au sein du marché du travail constitue une stratégie fondamentale de prévention dans de nombreux pays membres de l'OCDE. Toutefois au Canada, les politiques de ce type sont loin d'être de faire l'unanimité. Cet état de choses entraîne donc un fossé entre les services proactifs ou les mesures de dépistage et les interventions précoces pour maintenir les personnes au travail. Étant donné la complexité du régime actuel, les gens ont peine à y accéder. De plus, la recherche d'aide risque de prendre un certain temps pendant lequel de nombreuses personnes touchées décrochent invariablement du marché du travail. Voilà encore une autre retombée du problème insidieux que pose une évaluation axée sur l'incapacité plutôt que sur la capacité. Plus une personne demeure sans emploi, plus son aptitude au travail, sa confiance et ses habiletés régressent : autrement dit, plus son incapacité s'accroît. Un régime axé sur l'invalidité ne nécessite pas de dépistage précoce puisqu'il est rare qu'une invalidité s'atténue sans intervention extérieure. En revanche, un régime axé sur ce que les personnes peuvent faire nécessite un dépistage et des interventions précoces afin que les personnes puissent conserver et renforcer leur capacité de travail résiduelle et augmenter ainsi la possibilité qu'elles conservent ou réintègrent leur poste.

Le Canada s'oriente progressivement vers un financement des services d'emploi axé sur les *résultats* (plutôt que les *extrants*). Des expériences menées dans d'autres pays portent à croire que le financement axé sur les résultats facilite l'harmonisation des dépenses avec l'intention de principe. Il y a lieu d'approfondir encore davantage cette voie. Parallèlement, il faudra se pencher sur la multiplicité des bailleurs de fonds et des obligations redditionnelles, laquelle pose problème aux fournisseurs de services. En guise de prochaines étapes, il convient d'accorder une attention particulière aux résultats en matière d'emploi à long terme, de favoriser le soutien en cours d'emploi à l'intention des personnes toujours en poste (se fondant et allant au-delà de la gestion fédérale/provinciale de l'incapacité et des initiatives de santé et de sécurité en entreprise), et de concevoir des mesures de soutien en cours d'emploi et de suivi afin d'aider les employés dont l'éventail de besoins est vaste, notamment ceux qui éprouvent des problèmes de santé persistants et épisodiques.

Encadré 0.1. **Synthèse des principales recommandations de l'OCDE pour faire progresser la réforme structurelle des politiques relatives aux personnes handicapées**

Principales conclusions	Recommandations stratégiques
1. Adapter le fonctionnement du régime fédéral aux personnes handicapées	<ul style="list-style-type: none"> • clarifier le rôle respectif des différents échelons administratifs ; • promouvoir l'apprentissage des bonnes pratiques dans les provinces.
2. Passer à un cadre axé sur la clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • promouvoir, par l'intermédiaire de Service Canada ou des homologues provinciaux, la prestation de services « à guichet unique » ; • systématiser la gestion de cas.
3. Étendre la couverture des programmes et hausser le taux d'accès aux prestations	<ul style="list-style-type: none"> • harmoniser les différentes prestations pour régler les problèmes de couverture et, s'il y a lieu, promouvoir le cumul de prestations ; • accroître la participation aux programmes d'emploi et du marché du travail ; • tendre vers un cadre fondé sur la responsabilité mutuelle.
4. Promouvoir l'intervention précoce et l'accès aux mesures de soutien	<ul style="list-style-type: none"> • renforcer la détection précoce des problèmes au sein des programmes d'assurance fédéraux ; • veiller à ce que les personnes concernées bénéficient précocement des mesures provinciales de soutien à l'emploi.
5. Renforcer l'ensemble du régime pour en accroître l'efficacité de fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> • renforcer le rôle clé joué par les employeurs et les régimes d'assurance-invalidité privés ; • poursuivre la transition allant d'un financement axé sur les extrants à celui axé sur les résultats.

Un examen thématique des politiques relatives aux personnes handicapées dans les pays de l'OCDE montre que les réformes déconnectées de la réalité d'un pays sont vouées à l'échec. Tel semble être particulièrement le cas du Canada. La nature fédérale de l'État voulue par la Constitution exige une concertation constante des principales parties prenantes pour définir et conduire des réformes durables. Le processus mis en œuvre pour arriver à l'accord phare intitulé *À l'unisson*, voté par les deux Chambres et constituant le dernier grand tournant de l'action publique dans ce domaine, montre que des avancées significatives sont possibles. Néanmoins, il est plus que temps de passer à l'étape suivante.

CHAPITRE 1. ÉTAT DE LA SITUATION

1.1. Grandes tendances et principaux résultats

À l'échelle planétaire, on cherche actuellement de toute urgence des moyens de gérer la crise économique et de réagir aux licenciements massifs qui en résultent et font la une des médias. Le chômage a rapidement augmenté durant la dernière récession dans un bon nombre de pays, y compris le Canada. Selon les estimations, le taux de chômage moyen des pays membres de l'OCDE devrait atteindre près de 10 % d'ici la fin 2010¹. Après une période de croissance économique stable et de repli du chômage qui a duré presque 15 ans, il s'agit d'un tournant décisif. En 2007 au Canada, le taux de chômage s'établissait à 6 %, son taux le plus bas depuis le début des années 70. Au moment de la rédaction du présent rapport, ce taux s'élevait à 8.7 %. Il est encore trop tôt pour évaluer toutes les conséquences de la crise actuelle sur le marché du travail, mais les premiers éléments d'information portent à croire que les segments les plus vulnérables de la population active sont les plus durement touchés. Parmi ces segments, il y a les personnes ayant intégré le marché du travail récemment, mais également celles à capacité de travail réduite. Selon toute vraisemblance, on fera de plus en plus appel aux régimes de prestations d'assurance-maladie et d'assurance-invalidité, à l'exemple de ce qui est arrivé par le passé en de telles situations. Ce phénomène risque davantage de se produire dans les pays où les régimes de prestations d'assurance-maladie et d'assurance-invalidité n'ont pas fait l'objet de réformes structurelles, particulièrement si ces pays ont réalisé une réforme de leur régime d'assurance-chômage et d'aide sociale dans l'optique de combattre le chômage structurel.

Il faut garder à l'esprit ces facteurs globaux au moment de lire la section suivante ayant trait aux grandes tendances et aux principaux résultats des politiques d'assurance-maladie et d'assurance-invalidité jusqu'en 2007 (depuis une quinzaine d'années), c'est-à-dire tout juste *avant* la crise actuelle. Certaines tendances ne reflèteront pas la réalité immédiate, tandis que d'autres perdureront ou risquent même de s'aggraver durant la crise.

A. *Situation au Canada*

Outre les préoccupations immédiates concernant la hausse du chômage, de nombreux pays membres de l'OCDE ont dû et doivent encore composer avec les difficultés croissantes liées à l'amélioration des résultats relatifs aux personnes handicapées ou touchées par la maladie. Dans l'ensemble de l'OCDE, les faibles taux d'emploi des personnes ayant des problèmes de santé, handicapées ou à capacité de travail réduite de même que le nombre élevé et croissant de bénéficiaires de prestations d'assurance-maladie de longue durée, particulièrement en ce qui touche l'invalidité, constituent de grandes préoccupations stratégiques.

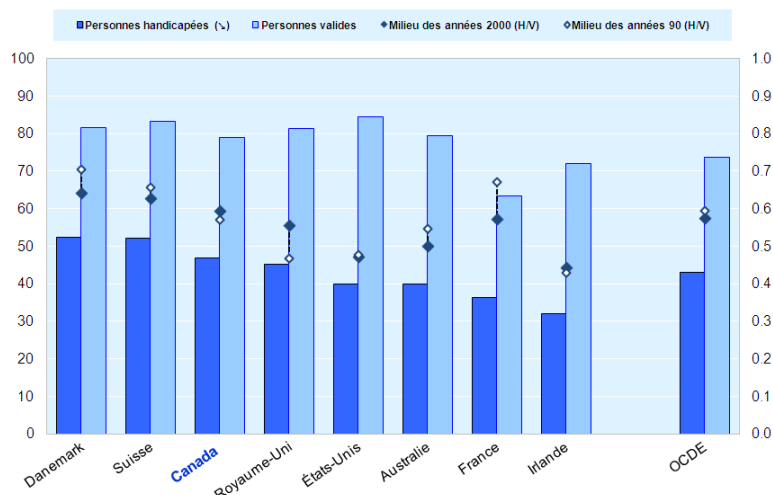
Dans la présente section, on examine les comparaisons entre le Canada et l'ensemble de l'OCDE quant aux résultats observés dans plusieurs autres pays membres de l'OCDE se comparant avec le Canada à divers égards. Ces pays sont : les autres grands pays de langue anglaise à l'extérieur de l'Europe (l'Australie et les États-Unis), les deux grands pays

1. Le Canada a montré ces derniers mois des signes de relance de l'économie et de l'emploi.

européens ayant le plus d'affinités culturelles avec le Canada (la France et le Royaume-Uni), de même que trois petits pays européens à économie ouverte (le Danemark, l'Irlande et la Suisse). Dans plusieurs domaines clés, les résultats obtenus au Canada sont équivalents ou légèrement supérieurs à ceux des autres pays ; par contre, dans d'autres domaines, les résultats sont peu reluisants.

Graphique 1.1. Dans l'ensemble de l'OCDE, les personnes handicapées sont nettement moins susceptibles d'occuper un emploi que les personnes non handicapées

Taux d'emploi selon la situation d'invalidité au milieu des années 2000 (ordonnée de gauche) et tendances liées aux taux d'emploi *relatifs* des personnes handicapées par rapport aux personnes non handicapées au cours des cinq à dix dernières années (ordonnée de droite)



Note : Dans l'ensemble du rapport, la flèche figurant dans les graphique (↘) se rapporte à la variable en fonction de laquelle les pays sont classés par ordre décroissant de gauche à droite ; l'OCDE fait référence à une moyenne non pondérée de 27 pays pour les taux d'emploi et de 19 pays pour les tendances des taux d'emploi relatifs.

Source : Australie : SDAC (Survey of Disability, Aging and Careers) 2003 et 1998 ; Canada : EPLA (Enquête sur la participation et les limitations d'activités) 2006 et 2001 ; Danemark : EPA 2005 et 1995 ; France et Irlande : EU-SILC 2005 (vague 2) et ECHP 1995 (vague 2) ; Suisse : EFT 2005 et 2003 ; Royaume-Uni : EFT 2006 et 1998 ; États-Unis : SIPP (Survey of Income and Program Participation) 2004 et 1996 (vagues 4 pour les données de base).

D'une part, le taux d'emploi des personnes handicapées au Canada (qui atteignait près de 47 % en 2006) est en phase avec le faible taux constaté parmi divers pays membres de l'OCDE (graphique 1.1), quoique le Canada semble compter parmi les pays qui obtiennent les meilleurs résultats à cet égard. Ensuite, un peu comme celui du Royaume-Uni mais contrairement à ceux de la plupart des autres pays membres de l'OCDE, le taux d'emploi des personnes handicapées au Canada s'est accru de trois points de pourcentage de 2001 et 2006, de sorte qu'il s'est légèrement amélioré par rapport aux taux d'emploi des personnes non handicapées². Ces statistiques donnent à penser que les personnes handicapées ont pu tirer

2. Les données citées ici se fondent sur celles de l'EPLA (Enquête sur la participation et les limitations d'activités), laquelle repose sur une définition de l'invalidité autodéclarée semblable et donc comparable à celle utilisée à l'échelle internationale. La situation professionnelle a également été définie pour établir des comparaisons avec celle utilisée dans les enquêtes faites à l'étranger. Si on applique une définition élargie de la situation professionnelle aux données de l'EPLA ou, selon une autre formule, si on applique une définition élargie de l'invalidité à d'autres sources de données relatives au Canada, comme celle de l'EDTR (Enquête sur la dynamique du travail et du revenu), le taux d'emploi des personnes handicapées s'élève alors à environ 57 %.

parti en quelque sorte de la croissance économique stable du début de la présente décennie. Il reste à voir ce que l'avenir réserve à court terme aux personnes handicapées, compte tenu de la récession économique actuelle qui risque de toucher davantage les groupes vulnérables — comme les personnes handicapées — que les autres groupes de la population.

D'autre part, en 2006, le taux de chômage des personnes handicapées était supérieur de 50 % à celui des personnes non handicapées au Canada. Néanmoins, le taux de chômage des personnes handicapées et le désavantage de ces dernières par rapport à leurs homologues non handicapés ne sont pas particulièrement élevés comparativement à d'autres pays membres de l'OCDE, où les taux constituent souvent le double de celui de la population générale (au Canada, le taux est 1.6 fois supérieur). De ce point de vue, les résultats sont pires dans un grand nombre de pays membres de l'OCDE, notamment en France, bien que la plupart des pays choisis à titre de points de référence affichent des résultats légèrement supérieurs à ceux du Canada (graphique 1.2)³. De 2001 à 2006, bien que les taux de chômage des personnes non handicapées et des personnes handicapées au Canada aient régressé, il convient de souligner une fois de plus que cette baisse a été moins marquée chez les personnes handicapées, de sorte que leur désavantage relatif s'est accru.

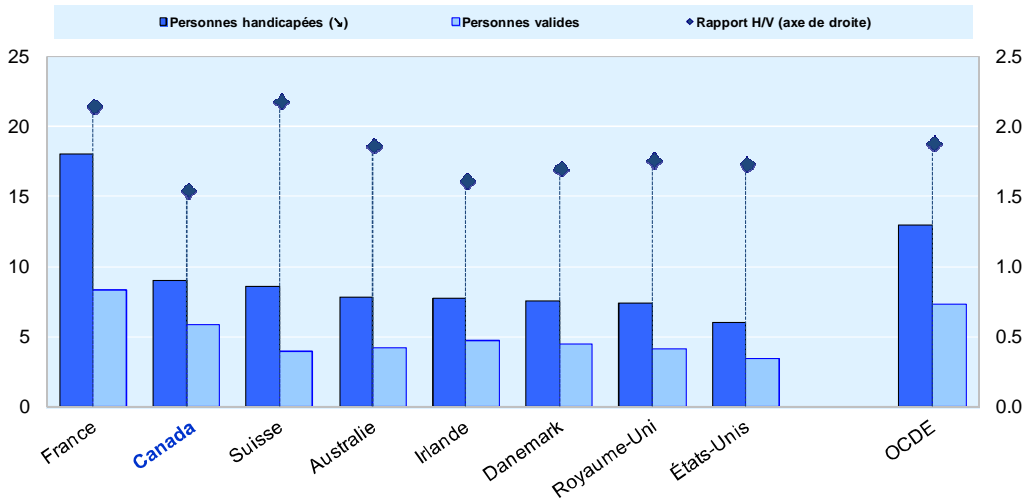
Il convient également de souligner que la participation inférieure des personnes handicapées au marché du travail est attribuable en partie à leur faible niveau de scolarité : 75 % des personnes handicapées ont obtenu leur diplôme d'études secondaires, comparativement à 86 % des autres personnes. D'après les données de Statistique Canada tirées du recensement de 2006, les personnes handicapées n'ayant pas obtenu leur diplôme d'études secondaires sont de ce fait nettement moins susceptibles d'occuper un emploi.

Depuis peu, de nombreux pays membres de l'OCDE sont préoccupés face au nombre important, voire croissant, de personnes en âge de travailler mais qui perçoivent des prestations d'assurance-invalidité, lesquelles leur sont accordées à titre permanent dans la plupart des cas. En 2007, quelque 6 % des 20-64 ans au sein des pays membres de l'OCDE ont touché une prestation d'assurance-invalidité ; ce pourcentage était supérieur à celui des bénéficiaires de prestations de chômage avant la crise. Le pourcentage de bénéficiaires de prestations de chômage grimpe à 10 %, sinon plus, dans certains pays d'Europe du Nord et de l'Est, et s'établit à environ 7-8 % au Danemark et au Royaume-Uni. D'autres pays s'inquiètent de la croissance rapide de ce pourcentage depuis 15 ans ; c'est le cas des autres pays qui servent de points de référence, à savoir l'Australie, les États-Unis, la France, l'Irlande et la Suisse (graphique 1.3).

3. Ici encore, les taux de chômage cités se fondent sur les données de l'EPLA. Quant aux estimations fondées sur l'EDTR, elles semblent indiquer une baisse du désavantage relatif que subissent les personnes handicapées au Canada. Quoi qu'il en soit, la prudence est de mise dans l'interprétation des taux de chômage des personnes handicapées et l'évolution de ces taux au fil du temps, étant donné le taux d'inactivité élevé chez ces dernières et la forte versatilité de leur comportement sur le marché du travail en fonction du cycle économique. Si la conjoncture est mauvaise, les personnes handicapées seront probablement plus susceptibles de se décourager et de quitter purement et simplement le marché du travail ; par contre, si cette conjoncture est favorable, il est possible que certaines d'entre elles soient tentées de réintégrer le marché du travail pour y chercher activement un emploi, ce qui fait grimper le taux de chômage.

Graphique 1.2. **Chez les personnes handicapées, le risque de connaître le chômage est presque deux fois plus important que celui des personnes non handicapées, quelle que soit la conjoncture**

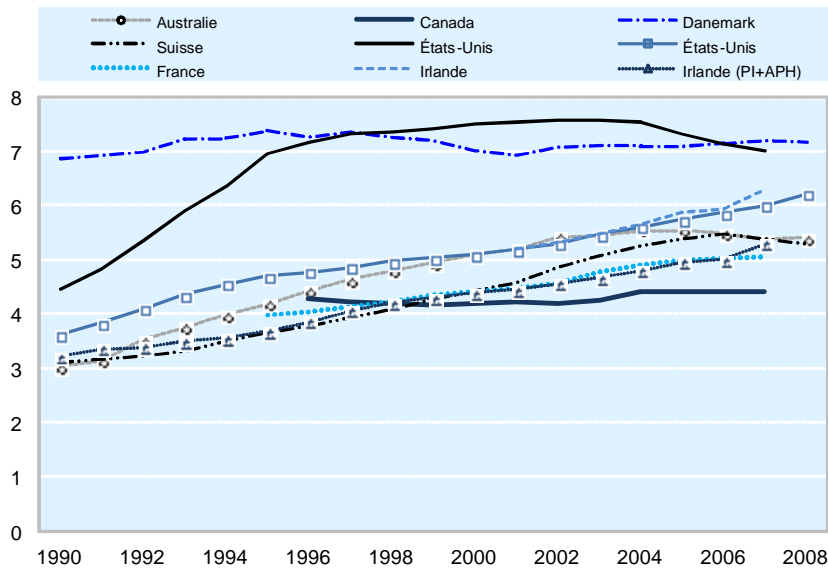
Taux de chômage selon la situation d'invalidité (ordonnée de gauche) et taux de chômage *relatif* des personnes handicapées par rapport aux personnes non handicapées, milieu des années 2000 (ordonnée de droite)



Source : Voir graphique 1.1 (pour le milieu des années 2000).

Graphique 1.3. **Stabilité des taux de bénéficiaires de prestations publiques d'assurance-invalidité au Canada**

Pourcentage de la population active (20-64 ans) percevant des prestations d'assurance-invalidité, 1990-2008



Note : Le graphique englobe l'ensemble des régimes de prestations d'assurance-invalidité contributives et non contributives et tient compte des chevauchements entre les différentes prestations. Les prestations d'assurance-maladie (comme celles au titre de l'a.-e.) ne sont pas comprises. En ce qui concerne le Canada, le graphique comprend les bénéficiaires des prestations suivantes : les prestations d'assurance-invalidité du Régime de pensions du Canada, les prestations d'assurance-invalidité du Régime des rentes du Québec et les prestations d'aide sociale ayant trait à une invalidité particulière et provenant de chaque province ou territoire. En ce qui touche l'Irlande, les séries courtes englobent la pension d'invalidité (PI), l'allocation pour personnes handicapées (APH) et les prestations d'assurance-maladie de plus de deux ans, tandis que la série longue n'englobe que la pension d'invalidité (PI) et l'allocation pour personnes handicapées (APH).

Source : Données administratives fournies par les autorités nationales.

Par comparaison, qu'en est-il au Canada ? Les bénéficiaires de prestations d'assurance-invalidité (y compris les prestations contributives fédérales et non contributives provinciales) comptaient en 2007 pour environ 4.5 % de la population active, pourcentage considérablement en deçà de la moyenne de l'OCDE et tout particulièrement inférieur à celui de la plupart des pays membres de l'OCDE⁴. En outre, ce pourcentage demeure relativement constant depuis 1996. De ce fait, contrairement à la grande majorité des pays membres de l'OCDE, le pourcentage de bénéficiaires de prestations d'assurance-invalidité au Canada a été et demeure inférieur au taux de chômage. La « médicalisation » progressive des problèmes d'accès à l'emploi constatée dans la plupart des pays (voir également OCDE, 2009) est donc moins patente au Canada. Cet état de choses semble indiquer que l'accès aux régimes publics de prestations d'assurance-invalidité est assez restrictif et l'est demeuré ces dernières années, ce que compensent partiellement les régimes privés d'assurance-invalidité, lesquels jouent un rôle plus important au Canada que dans plusieurs autres pays membres de l'OCDE.

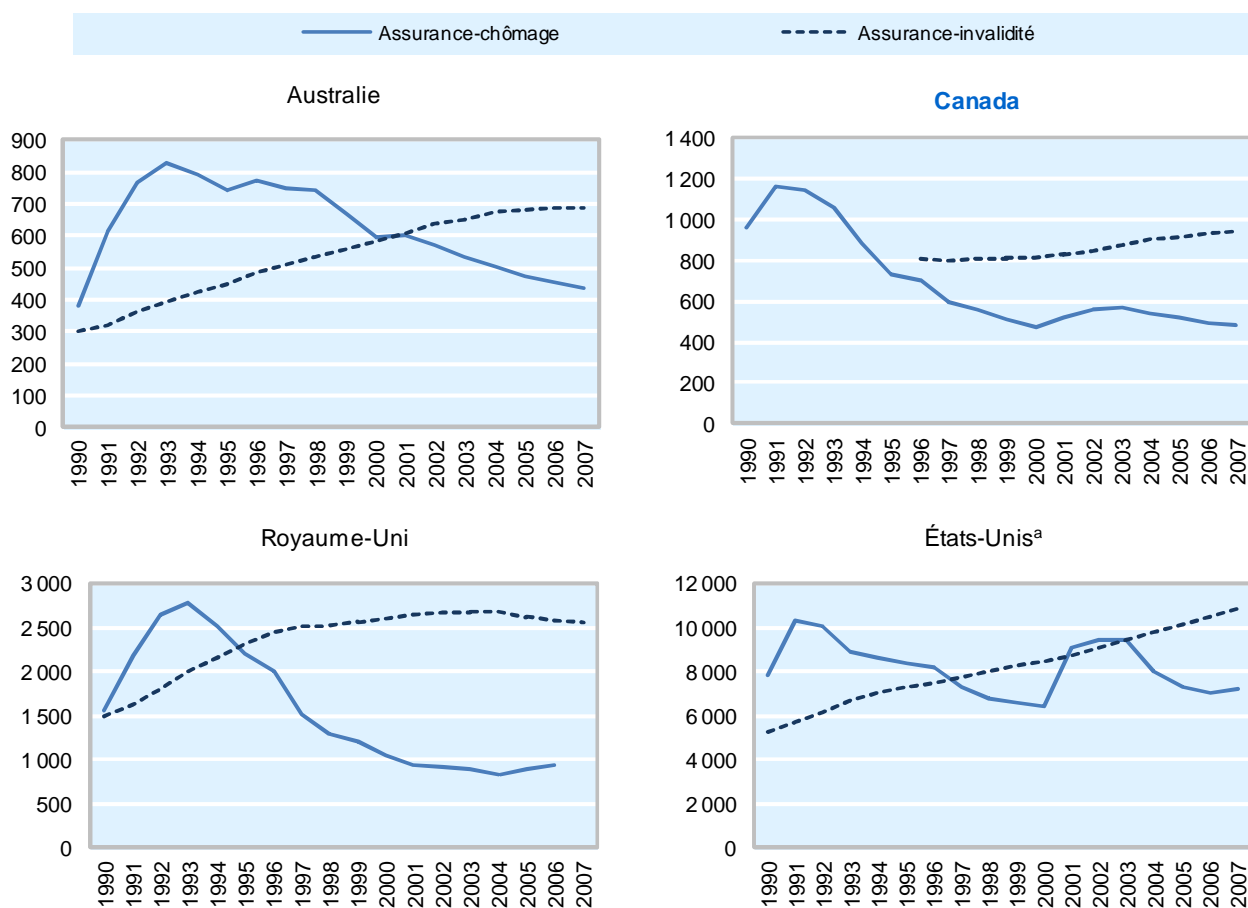
Cette conclusion est moins évidente, toutefois, quand on compare l'importance numérique des bénéficiaires de prestations d'assurance-chômage et d'assurance-invalidité ainsi que les tendances dans ce domaine. Parce qu'un grand nombre de chômeurs canadiens n'ont pas droit aux prestations d'assurance-chômage (chapitre 2), il y a au Canada comme partout ailleurs davantage de personnes en âge de travailler qui touchent des prestations d'assurance-invalidité que des prestations d'assurance-chômage. Fait également à signaler au Canada, la chute du nombre de bénéficiaires de prestations d'assurance-chômage au cours de la dernière décennie pourrait être liée à une hausse du nombre de bénéficiaires de prestations d'assurance-invalidité, bien qu'un tel phénomène de substitution soit moins patent que dans certains autres pays, notamment l'Australie (graphique 1.4).

Parmi les autres grandes tendances constatées ces dernières années dans de nombreux pays membres de l'OCDE, il y a l'augmentation rapide des problèmes de santé mentale comme motif d'admission aux régimes d'assurance-invalidité. Voilà un autre phénomène qui semble moins perceptible au Canada, où le pourcentage de nouvelles demandes de prestations ayant trait aux maladies mentales est d'environ 20 %. Ce pourcentage est bien inférieur à ceux relevés ailleurs (p. ex., 30 % en Australie et aux États-Unis, et plus de 40 % au Danemark et en Suisse). De plus, contrairement au pourcentage de certains autres pays, celui du Canada ne s'est pas accru depuis le début du XX^e siècle (graphique 1.5). Il convient cependant de souligner que les chiffres du Canada (comme ceux des États-Unis) n'ont trait qu'aux régimes de prestations d'assurance-invalidité contributives (programmes de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et du Régime des rentes du Québec — PPIRPC et PPIRRQ) ; les quelques données restreintes dont nous disposons portent à croire que le pourcentage de nouvelles demandes de prestations liées aux maladies mentales seraient quelque peu supérieures en ce qui concerne les régimes de prestations non contributives à l'échelle provinciale, comme en témoigne également la situation dans d'autres pays. En outre, bien que le pourcentage de nouvelles demandes de prestations au titre du PPIRPC et du PPIRRQ et ayant trait aux problèmes de santé mentale ait peu varié ces dernières années, il n'en demeure pas moins que le pourcentage relatif à ces problèmes par rapport à l'ensemble des bénéficiaires a également progressé au Canada (pour s'établir maintenant à environ 27 %). Cet état de choses s'explique par l'âge moyen moindre des personnes ayant un problème de santé mentale, lesquelles touchent de ce fait des prestations pendant une période prolongée.

4. Il convient également de préciser qu'au Canada, les taux d'absence pour cause de maladie sont relativement bas du point de vue de l'OCDE, situation attribuable en partie à la courte période de versement des prestations. Cependant, ces taux ne cessent d'augmenter en raison d'une hausse du nombre d'absences d'une durée supérieure à dix semaines.

Graphique 1.4. Le recul du nombre de bénéficiaires de prestations d'assurance-chômage a coïncidé avec la hausse de celui des bénéficiaires de prestations d'assurance-invalidité

Bénéficiaires actuels de prestations d'assurance-chômage et d'assurance-invalidité, 1990-2007, en milliers



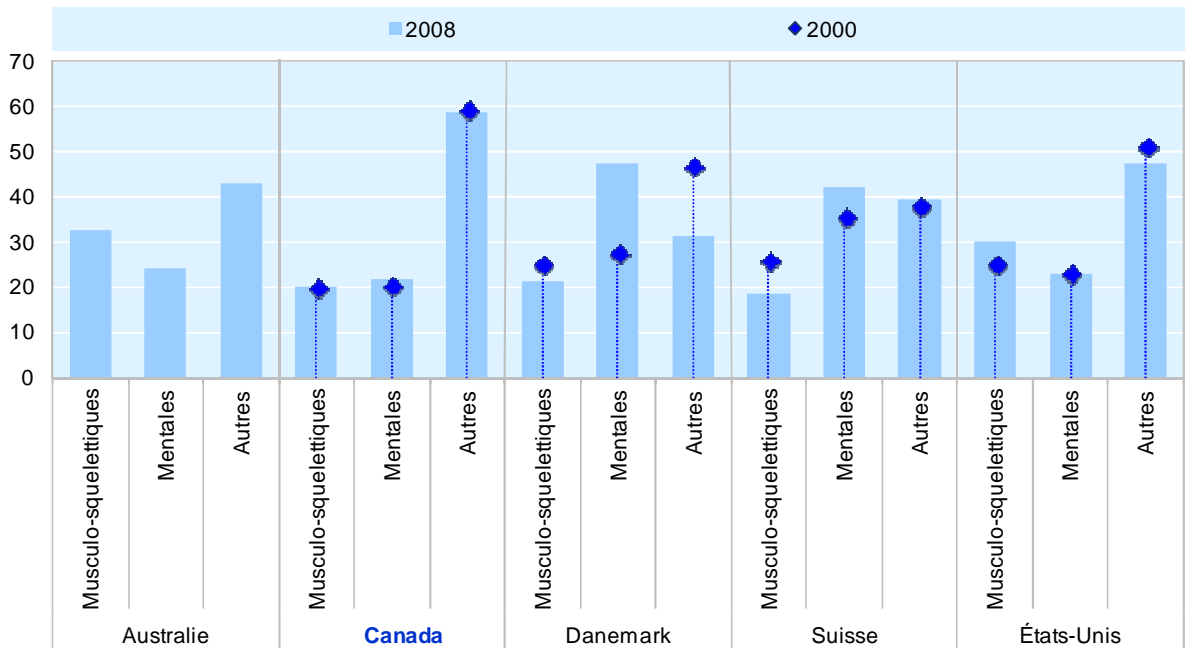
a) Les données des États-Unis relatives au chômage correspondent au nombre total de bénéficiaires durant l'année. Les données antérieures à l'an 2000 ont été fusionnées avec les données sur l'effectif afin de prolonger les séries. Les chiffres englobent les mêmes prestations d'assurance-invalidité que celles du graphique 1.3.

Source : Données administratives fournies par les autorités nationales.

Graphique 1.5. **Les taux d'admission aux régimes de prestations d'assurance-invalidité pour cause de problèmes de santé mentale progressent de plus en plus**

Admissions aux régimes de prestations d'assurance-invalidité ; ventilation par type de maladie en pourcentage de toutes les admissions, 2000 et 2008^{a)}

Personnes âgées de 20 à 64 ans



a) Pour le Canada, les données datent de 2001 et 2007 plutôt que 2001 et 2008. Tant en ce qui concerne le Canada que les États-Unis, les données ne se rapportent qu'au régime de prestations d'assurance-invalidité contributives.

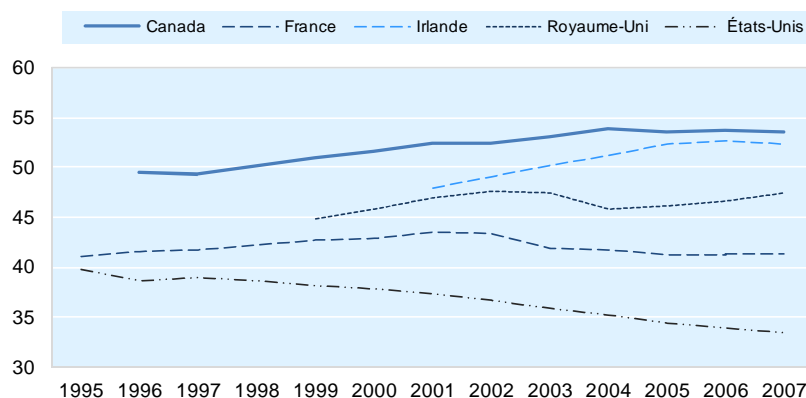
Source : Données administratives fournies par les autorités nationales.

Certaines tendances constatées dans de nombreux pays de l'OCDE, telles que le passage progressif des prestations contributives (liées à des cotisations d'assurance) aux prestations non contributives (de type aide sociale), existent également au Canada. En effet, bien que le pourcentage global des bénéficiaires de prestations d'assurance-invalidité ait peu varié, un examen approfondi montre qu'au Canada dans l'ensemble, le pourcentage des bénéficiaires de régimes provinciaux de prestations d'aide sociale non contributives est passé de moins de 50 % au milieu des années 90 à près de 55 % dix ans plus tard (graphique 1.6). Ce pourcentage, très élevé par rapport à celui constaté à l'étranger⁵. Une tendance semblable se manifeste en Irlande et au Royaume-Uni, tandis que le pourcentage de prestations non contributives a régressé aux États-Unis.

5. Cette tendance pourrait, par exemple, provenir d'une baisse du nombre de travailleurs ayant accumulé suffisamment d'années de cotisation pour avoir droit aux prestations d'assurance aux termes du PPIRPC et du PPIRRQ. En 2008 cependant, les critères d'admissibilité liés aux cotisations au PPIRPC ont été élargis, ce qui permet à un nombre accru de cotisants de longue durée de présenter des demandes de prestations d'assurance-invalidité ; cette mesure devrait provisoirement inverser la tendance observée.

Graphique 1.6. **Les prestations non contributives progressent au Canada, mais régressent aux États-Unis**

Pourcentage des demandes de prestations non contributives par rapport au total des demandes de prestations d'assurance-invalidité, 1995-2007

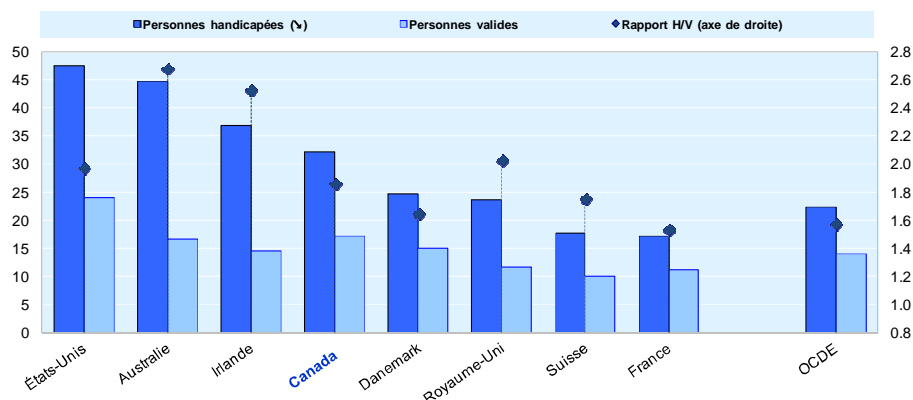


Source : Données administratives fournies par les autorités nationales.

Au Canada, le risque élevé de pauvreté liée au revenu relatif chez les personnes handicapées constitue peut-être la plus grande difficulté : un tiers de ces personnes touchent un revenu inférieur à 60 % du revenu disponible médian rajusté selon la taille du ménage (graphique 1.7). Ce pourcentage, qui compte parmi les plus élevés au sein de l'OCDE, n'est surpassé que par ceux de l'Irlande (37 %) de même que ceux de l'Australie et des États-Unis (lesquels sont d'environ 45 %). En France et en Suisse, les pourcentages à cet égard sont considérablement inférieurs, malgré un risque de pauvreté chez les personnes handicapées qui — un peu comme au Canada — est de 60 à 80 % supérieur à celui des personnes non handicapées. D'autres pays de l'OCDE, comme les Pays-Bas et la Suède, ont des taux de pauvreté des personnes handicapées à ce chapitre ne s'élevant qu'à 10 % et ne dépassant pas le pourcentage total de la population active (OCDE, 2009).

Graphique 1.7. **Les personnes handicapées risquent davantage de vivre en deçà ou tout juste au-dessus du seuil de pauvreté**

Taux de pauvreté^a selon la situation d'invalidité (ordonnée de gauche) et risque de pauvreté *relative* des personnes handicapées par rapport aux personnes non handicapées (ordonnée de droite), milieu des années 2000



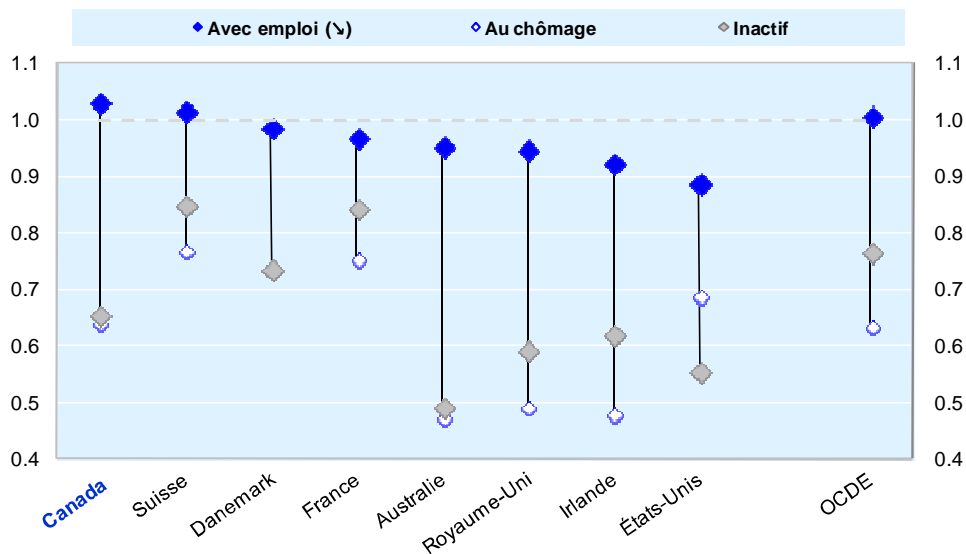
a) Taux de pauvreté : pourcentage de personnes handicapées vivant dans une famille dont le revenu disponible est inférieur à 60 % du revenu disponible médian rajusté selon la taille du ménage.

Source : Australie : SDAC (Survey of Disability and Careers) 2003 ; Canada : EDTR (Enquête sur la dynamique du travail et du revenu) 2005 ; Danemark : base de données du SFI 2005 ; France et Irlande : EU-SILC 2005 ; Suisse : Enquête suisse sur la santé de 2002 ; Royaume-Uni : FRS (Family Resource Survey) 2004 ; États-Unis : SIPP (Survey of Income and Program Participation) 2006.

Au Canada, l'ampleur de la pauvreté liée au revenu relatif découle en partie des tendances et taux décrits préalablement quant à l'emploi et aux bénéficiaires de prestations, mais également du faible revenu par habitant⁶ que touchent les personnes sans emploi (graphique 1.8). En ce qui concerne les autres pays de référence, il en va de même pour les pays de langue anglaise (Australie, Irlande, Royaume-Uni, États-Unis) ; tel n'est cependant pas le cas des pays de langue autre, où la situation d'activité influe nettement moins sur le revenu. De fait, les personnes handicapées qui, dans les pays de langue autre, occupent un emploi touchent un revenu personnel supérieur à celui de la population active totale du Canada.

Graphique 1.8. Dans les pays de langue anglaise, le revenu des personnes handicapées sans emploi est très faible

Taux de revenu^a des personnes handicapées selon la situation d'activité, exprimés sous forme de ratio du revenu moyen de l'ensemble de la population active, milieu des années 2000



a) Le revenu correspond au revenu disponible du ménage rajusté selon la taille du ménage et exprimé par personne.

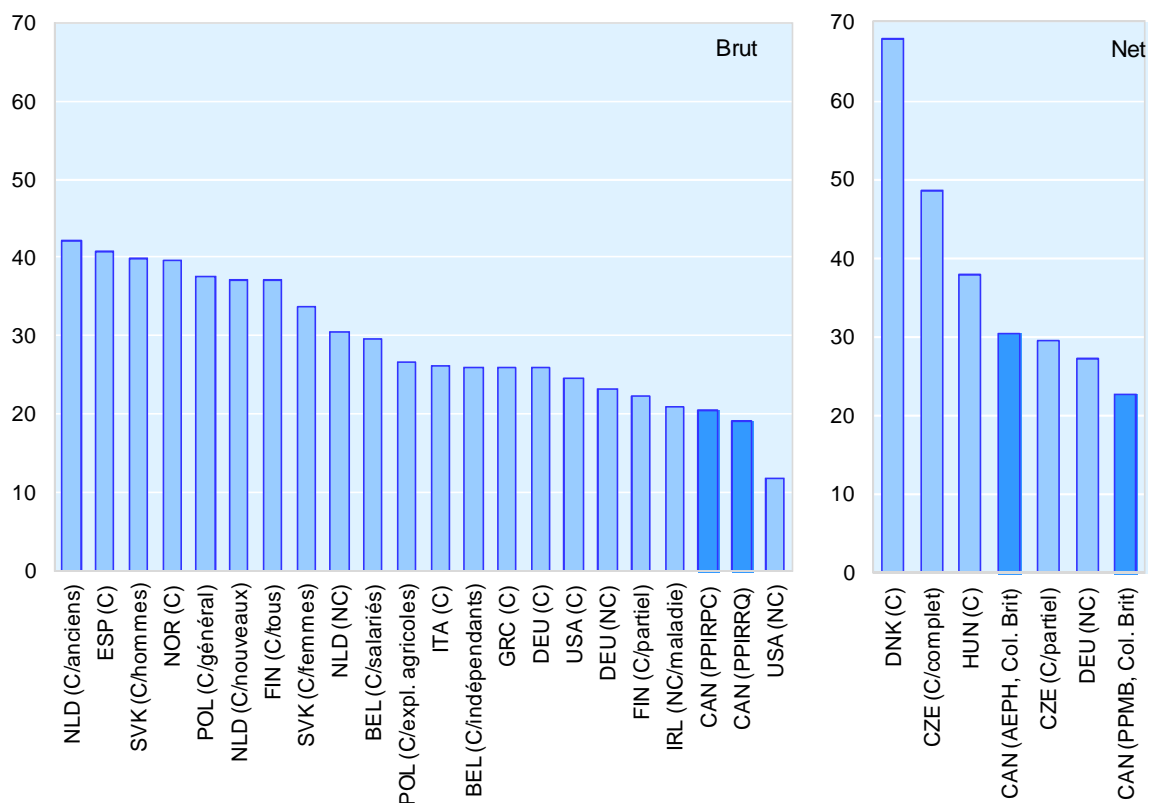
Source : Voir graphique 1.7.

Plusieurs causes peuvent expliquer le faible revenu par habitant des personnes handicapées sans emploi, y compris le faible niveau moyen des prestations et leur couverture restreinte. Comme le montre le graphique 1.9, il ressort de la comparaison entre les taux de prestations d'assurance-invalidité versées selon différents régimes au sein de différents pays que les taux de prestations — contributives ou non — au Canada sont en bas de l'échelle. Exprimés en pourcentage du salaire équivalent temps plein moyen de l'effectif, les taux de prestations contributives au Canada se situent à environ 20 % (revenu brut). Ce pourcentage est du même ordre que les taux de prestations pour invalidité partielle en Finlande et considérablement inférieur aux taux de 25 à 42 % versés dans d'autres pays. Quant aux prestations provinciales d'aide sociale, dont le taux est de 22 à 30 % des revenus nets, elles sont également faibles par comparaison.

6. Revenu total du ménage rajusté selon la taille du ménage et exprimé par personne.

Graphique 1.9. **En comparaison des autres taux de prestations d'assurance-invalidité versés, ceux du Canada sont faibles, quel que soit le régime considéré**

Taux moyen des prestations par rapport au salaire moyen d'un employé équivalent temps plein en 2006, en fonction du revenu brut (tableau de gauche) et du revenu net (tableau de droite)



Note : (C) correspond aux prestations contributives et (NC) correspond aux prestations non contributives.

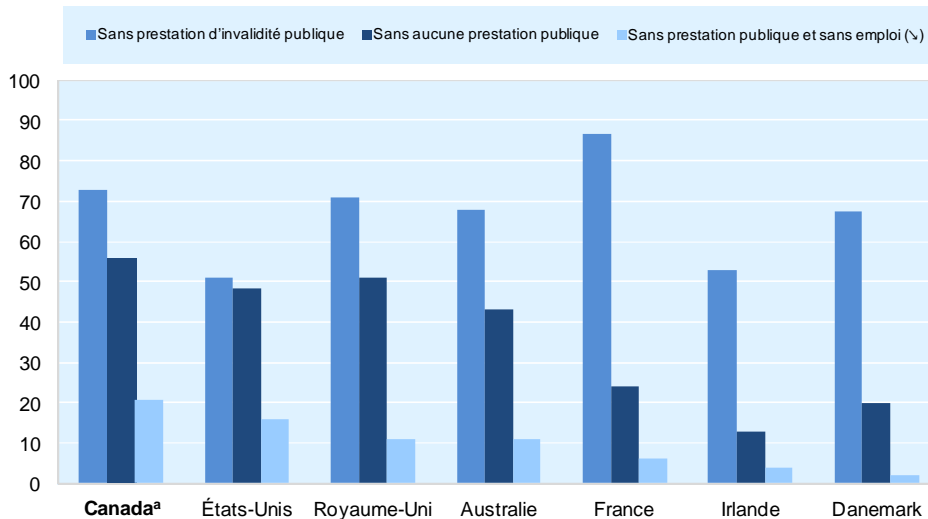
Source : Communications nationales et *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, 2008.

Cet état de choses suscite des considérations élargies. D'après les estimations fondées sur les enquêtes et s'appuyant sur une combinaison de renseignements relatifs à l'état d'invalidité autodéclaré et la perception de prestations publiques (dont celles d'invalidité), un fort pourcentage de personnes handicapées sans emploi au Canada ne bénéficient d'aucune prestation. Plus d'une personne handicapée sur cinq au Canada n'a ni emploi, ni prestation publique. En guise de comparaison, le pourcentage des personnes handicapées dans cette situation en Australie et au Royaume-Uni est de 11 % et nettement en deçà de 10 % dans les pays de l'Europe continentale (graphique 1.10). Cinq ans plus tôt, en 2001, les chiffres du Canada à cet égard étaient même légèrement supérieurs à ceux-ci. Bien qu'il y ait au Canada, par rapport aux autres pays membres de l'OCDE, davantage de personnes handicapées qui puissent compter sur les prestations des régimes d'indemnisation des accidents du travail et des régimes privés d'assurance-invalidité (graphique 2.2), il y a lieu de préciser que les personnes handicapées qui touchaient des prestations dans le cadre de l'un de ces régimes ne formaient que 8 % et 6 %, respectivement, du nombre total de bénéficiaires en 2006 (graphique 2.3).

Les chiffres détaillés du Canada selon la gravité de l'invalidité révèlent en outre que les personnes gravement handicapées font beaucoup plus souvent partie de la catégorie « sans prestation publique et sans emploi » que les personnes moyennement handicapées (à 27 % et à 17 %, respectivement) ; le fait qu'un pourcentage beaucoup moins élevé de personnes moyennement handicapées touchent une prestation accessible aux personnes en âge de travailler, notamment la prestation d'assurance-invalidité, est plus que compensé par leur taux d'emploi, nettement plus important. Au Canada, l'écart selon la gravité de l'invalidité persiste et se fait sentir davantage que dans les autres pays.

Graphique 1.10. Au Canada, de nombreuses personnes handicapées sans emploi ne reçoivent pas de prestations publiques

Diverses estimations des prestations d'exclusion ou d'inclusion des prestations, vers 2005 (en pourcentage)



a) Prestations d'invalidité du RPC ou du RRQ, ou prestations d'aide sociale provinciales (ayant trait ou non à une invalidité particulière) ; prestations publiques : régime d'assurance-invalidité, pension des anciens combattants ou versements de l'assurance-emploi. Conformément à la méthode de calcul employée relativement aux autres pays, les prestations versées par les régimes d'indemnisation des accidents du travail sont exclues. Si elles avaient été prises en compte, les statistiques canadiennes sur l'exclusion s'apparenteraient à celles des États-Unis.

Source : Australie : SDAC 2003 ; Canada : EPLA 2006 ; Danemark, France et Irlande : EU-SILC 2005 ; Royaume-Uni : EPA 2006 ; États-Unis : SIPP 2004.

B. Tendances dans trois provinces canadiennes

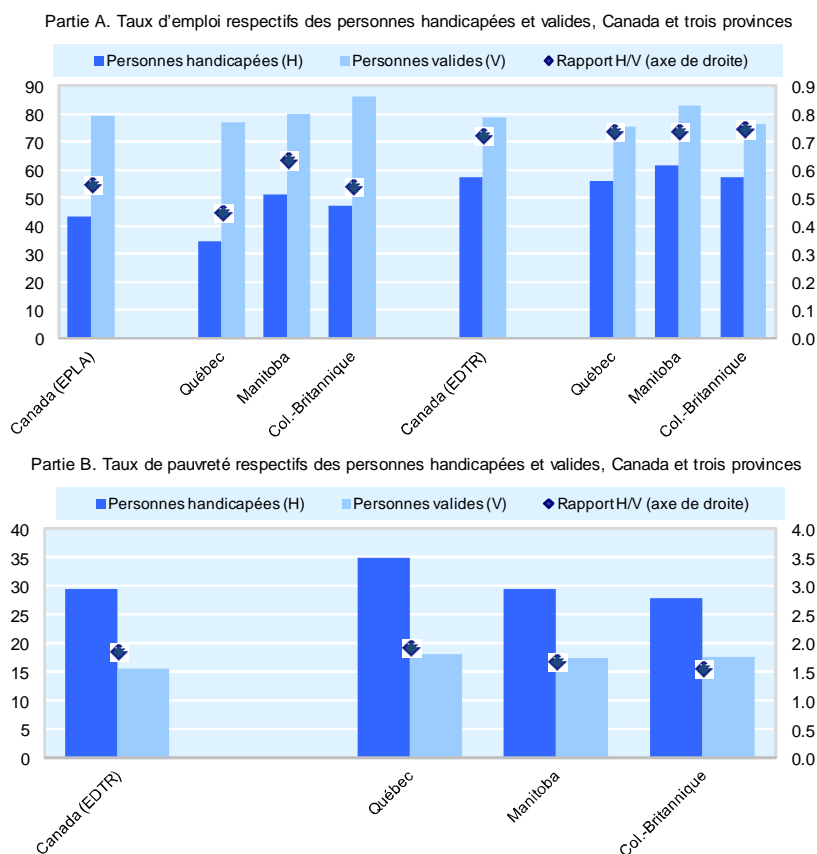
Une autre question se pose quant à la mesure à laquelle les résultats, les tendances et les difficultés sont semblables ou dissemblables à l'intérieur du Canada. En règle générale, les tendances constatées pour l'ensemble du Canada semblent se confirmer dans la plupart des provinces (bien que seule l'équipe d'évaluation dispose des données détaillées sur les résultats des politiques menées en Colombie-Britannique, au Manitoba et au Québec, les trois provinces participantes). À titre d'exemple, si les taux de pauvreté⁷ des personnes handicapées varient de quelques points de pourcentage d'une province à l'autre, ils demeurent à peu près équivalents ou supérieurs à 30 % dans les trois provinces à l'étude et sont donc plus élevés dans chacune de ces provinces que dans la plupart des pays membres de l'OCDE (graphique 1.11, tableau B).

7. D'après la norme de l'OCDE, le seuil de pauvreté s'établit à 60 % du revenu disponible médian rajusté selon la taille du ménage.

Les taux d'emploi des personnes handicapées obtenus à partir des données de l'EPLA semblent par comparaison plus hétérogènes, à 35 % au Québec, à 47 % en Colombie-Britannique et à plus de 50 % au Manitoba. Cependant, cette forte disparité résulte essentiellement d'une moindre prévalence de l'invalidité au Québec. Autrement dit, on peut supposer que les données l'EPLA relatives au Québec ont trait à un groupe de personnes plus gravement handicapées en moyenne que celles des autres provinces à l'étude⁸. Cette réalité se confirme après la mise en comparaison des taux d'emploi fondés sur l'EDTR, lesquels sont plus homogènes d'une province à l'autre, quoiqu'il soit supérieur au Manitoba (graphique 1.11, tableau A)⁹.

Graphique 1.11. Les taux d'emploi et de pauvreté dans les trois provinces à l'étude sont à peu près semblables

Taux d'emploi et taux de pauvreté^a des personnes handicapées par rapport aux personnes non handicapées, taux absolus (ordonnée de gauche) et relatifs (ordonnée de droite), dernière année disponible



a) Taux de pauvreté : pourcentage de personnes handicapées au sein de ménages qui gagnent moins de 60 % du revenu disponible médian rajusté selon la taille du ménage.

Source : EPLA 2006 et EDTR 2005 (taux d'emploi) ; EDTR 2005 (taux de pauvreté).

8. D'après les recherches, les faibles taux d'invalidité au Québec pourraient résulter en partie de facteurs culturels et linguistiques, lesquels influent sur la déclaration individuelle de l'invalidité.
9. Une fois de plus, la définition de l'invalidité autodéclarée dans le cadre des données de l'EPLA fait en sorte que celle-ci se prête beaucoup plus aux comparaisons internationales (voir la note de bas de page no 2). Les données sur le revenu ne sont toutefois consignées que dans l'EDTR, ce qui explique pourquoi les estimations sur la pauvreté déclarée ayant trait au Canada se fondent sur celles-ci. Si les estimations de pauvreté s'appuyaient sur l'EPLA, dans laquelle on s'appuie sur une définition étroite de l'incapacité, elles seraient sûrement plus élevées.

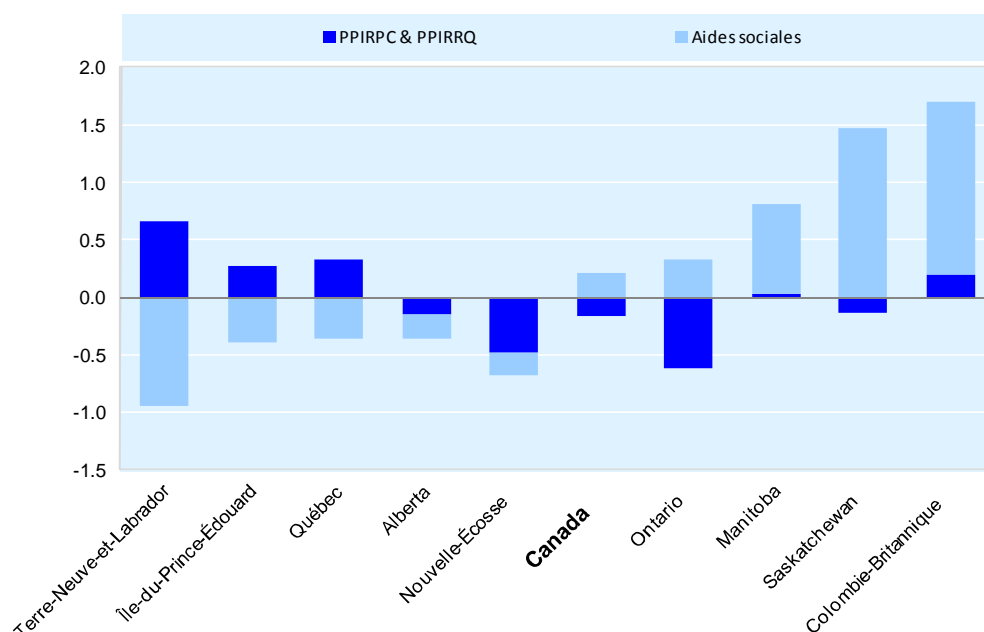
En Colombie-Britannique, au Manitoba et au Québec, les taux de bénéficiaires des prestations d'invalidité se situent au total entre 4.4 et 4.8 %. Ces taux s'apparentent fortement et étroitement à la moyenne canadienne. Cependant, ils dissimulent quelques différences très intéressantes entre les provinces :

- D'abord, il y a à l'échelle globale plusieurs cas atypiques à l'une et à l'autre des extrémités de la répartition. D'une part, les quatre provinces de l'Est canadien, lesquelles comptent ensemble pour environ 7 % de la population du Canada et ont été fortement touchées antérieurement par la restructuration, se caractérisent par de faibles taux d'emploi globaux et un fort taux de bénéficiaires des prestations d'assurance-invalidité (environ 6 %) ¹⁰. D'autre part, l'Alberta compte un marché du travail exceptionnellement vigoureux et un faible nombre de bénéficiaires, toutes prestations confondues ; le taux de bénéficiaires de prestations d'assurance-invalidité dans cette province ne se fixe qu'à 2 %.
- Ensuite, les tendances relatives aux taux de bénéficiaires montrent également des variations : au cours de la dernière décennie, il y a eu de fortes hausses dans l'Ouest canadien (par rapport à de faibles taux au départ) tandis que le phénomène inverse s'est produit dans l'Est canadien, de sorte qu'il y a eu une certaine convergence des taux partout au Canada. C'est en Colombie-Britannique et au Manitoba (avec la Saskatchewan) que l'augmentation globale a été la plus marquée.
- Enfin, il existe également entre les provinces d'importantes différences quant à la structure du taux de bénéficiaires des prestations d'assurance-invalidité. C'est ainsi qu'en Colombie-Britannique et au Manitoba, les taux de bénéficiaires au titre du PPIRPC sont demeurés presque constants depuis dix ans tandis que les taux de bénéficiaires des prestations d'aide sociale ont progressé considérablement (graphique 1.12). Au Québec, si le taux de bénéficiaires des prestations d'aide sociale a chuté, le taux de bénéficiaires aux termes du PPIRRQ a progressé presque dans la même mesure, de telle sorte que la variation nette est presque nulle. Dans les autres provinces, d'autres tendances s'affirment.

10. On peut attribuer les taux globaux supérieurs de bénéficiaires des prestations d'assurance-invalidité dans les provinces de l'Atlantique en partie à l'âge avancé de la population active dans ces provinces comparativement à la plupart des autres provinces.

Graphique 1.12. **De fortes différences entre les provinces ces dix dernières années dans les tendances liées aux taux de bénéficiaires des prestations d'assurance-invalidité**

Variation en points de pourcentage du nombre de bénéficiaires de prestations d'assurance-invalidité (RPC, RRQ et aide sociale des provinces) en pourcentage de la population active, 1996-2006



Source : Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC).

C. Conclusion

Les points essentiels qui ressortent des données disponibles sont les suivants :

- Le Canada a en commun avec d'autres pays membres de l'OCDE un certain nombre de problèmes, notamment des taux d'emploi relativement bas et des taux de chômage élevés chez les personnes handicapées.
- Cependant, ces problèmes n'ont pas tous la même portée au Canada. À titre d'exemple, le recours accru aux prestations d'assurance-invalidité et la « médicalisation » des problèmes d'accès à l'emploi semblent moins marqués au Canada que dans de nombreux autres pays. Il semble également qu'au Canada, les problèmes de santé mentale ne soient pas aussi souvent à l'origine des demandes de prestations que dans les autres pays. À certains égards, le Canada donne donc l'impression de s'en tirer relativement mieux que plusieurs autres pays membres de l'OCDE.
- Cela dit, la vigilance demeure de mise. Il existe au Canada certains problèmes particulièrement graves, comme le poids croissant des prestations non contributives et, par-dessus tout, le risque accru de pauvreté auquel sont exposées les personnes handicapées sans emploi en raison de la faiblesse de leurs revenus. Cette situation s'explique, entre autres, par les faibles taux de prestations et leur couverture restreinte.
- Malgré le rôle important qu'occupe au Canada la formulation des politiques par les provinces relativement aux questions d'invalidité, les difficultés sont généralement les mêmes partout au pays. Bien entendu, il ne faut pas sous-entendre ici que les politiques provinciales ont une importance négligeable ou inférieure à celle des

politiques fédérales. Il semble plutôt que les difficultés et les éléments socioéconomiques à la source de celles-ci soient d'ordre universel. Par conséquent, les difficultés touchent l'élaboration des politiques dans son ensemble, dont particulièrement les liens entre les politiques fédérales et provinciales.

- Malgré des différences relativement minimes entre les provinces quant à la plupart des résultats, deux des trois provinces à l'étude comptent parmi celles où les taux de bénéficiaires des prestations — plus précisément le recours aux prestations d'aide sociale ayant trait à une invalidité particulière — ont augmenté considérablement ces dix dernières années.
- Si les retombées du ralentissement économique actuel ne sont pas encore documentées dans les données disponibles, les premiers résultats semblent indiquer que la crise de l'emploi touche surtout les personnes qui se sont intégrées récemment au marché du travail. Cette situation donne peut-être à penser que pour l'instant, les personnes ayant des problèmes de santé ne sont pas plus touchées par les pertes d'emploi que les autres, mais qu'il leur sera sans doute très difficile de réintégrer le marché du travail après avoir connu le chômage. Néanmoins, les résultats liés à la pauvreté constituent déjà une grande difficulté et risquent de s'aggraver au cours de la crise.

1.2. Contexte stratégique : le Canada en tant que fédération

Le Canada occupe une place exceptionnelle au sein de l'OCDE en raison de son modèle particulier de fédération qui prescrit, de facto, la coexistence de deux ordres de gouvernement — fédéral et provincial — souverains (Prince, 2004). La Constitution du Canada confère aux provinces une autonomie considérable quant à la prise de décisions à l'échelle locale, de sorte que les politiques courantes qui touchent les personnes handicapées au Canada sont définies en grande partie par le gouvernement de la province où ces personnes habitent. Si le gouvernement fédéral est responsable des affaires territoriales, il exerce une influence minime sur les affaires provinciales. Ce sont les gouvernements provinciaux qui conçoivent et gèrent la grande majorité des mesures stratégiques en matière sociale, d'invalidité et d'emploi.

À l'échelle provinciale, l'aide sociale constitue la mesure stratégique directe la plus considérable en ce qui touche l'augmentation du revenu des personnes handicapées. De plus, chaque province compte son propre régime d'indemnisation des accidents du travail, lequel constitue une importante source de revenu pour les travailleurs malades ou accidentés. S'agissant des politiques actives du marché du travail, bien que le gouvernement fédéral gère quelques programmes, ceux-ci relèvent en grande majorité des gouvernements provinciaux. Habituellement, le gouvernement fédéral finance ces programmes en partie au moyen d'accords mutuels.

Le gouvernement fédéral assume la responsabilité législative des prestations d'assurance-emploi et des pensions de la sécurité de la vieillesse. Cette responsabilité englobe également les prestations d'assurance-invalidité. Pour les modifier ou les remplacer, il faut obtenir l'accord du Parlement du Canada et de sept parlements provinciaux ou, sinon, entreprendre une réforme de la Constitution, ce qui explique pourquoi ces régimes n'ont guère évolué¹¹. Le

11. L'autorité du gouvernement fédéral relative aux pensions de la sécurité de la vieillesse (et par conséquent aux prestations d'assurance-invalidité) est « concomitante » plutôt qu'exclusive : les gouvernements provinciaux détiennent le pouvoir législatif ayant trait aux pensions de vieillesse et le gouvernement fédéral ne peut y porter atteinte, conformément à l'article 94A de

gouvernement fédéral s'appuie sur ses pouvoirs en matière d'imposition du revenu afin d'influer sur les politiques à ce chapitre au moyen d'allègements fiscaux ou de crédits d'impôts.

Le fait que la Constitution confère la responsabilité globale d'enjeux particuliers au gouvernement fédéral mais la capacité d'atteindre les résultats des politiques qui y ont trait aux gouvernements provinciaux contribue à compliquer la gouvernance du Canada. Faute d'avoir confié la coordination des politiques à un seul organisme assurant la responsabilité globale ou au gouvernement fédéral, il s'en est suivi une pléthore de mesures qui se chevauchent et sont mal synchronisées. On peut comprendre que des tensions se soient créées à l'occasion par le passé dans un contexte où la délimitation des pouvoirs fédéraux et provinciaux est floue¹².

Autre facteur contribuant à la complexité du régime, les assureurs privés à but lucratif et les fournisseurs de services sans but lucratif jouent également un rôle important dans l'éventail des prestations et de services offerts aux personnes handicapées. En résumé, il résulte de la délimitation des pouvoirs au titre de la Constitution un régime très compliqué de prestations et de mesures de soutien destinées aux personnes handicapées, et dans lequel les gouvernements fédéral et provinciaux de même que le secteur privé jouent chacun un rôle particulier. Il importe de savoir comment structurer et entrecroiser les nombreux programmes afin de réaliser les objectifs des politiques, c'est-à-dire améliorer l'intégration au marché du travail des personnes handicapées au Canada et accroître leur sécurité du revenu.

1.3. Principaux programmes en jeu

Les programmes de protection du revenu et de promotion de l'emploi des personnes handicapées au Canada sont financés par des recettes fédérales et provinciales selon divers agencements. Toutefois, étant donné la délimitation des compétences fédérales et provinciales, ces programmes ne sont habituellement pas gérés de façon conjointe. Dans la pratique, certaines prestations sociales financées par le gouvernement fédéral constituent des versements de base auxquels s'ajouteront d'autres versements du gouvernement provincial, tandis que d'autres programmes fédéraux servent à régler les disparités¹³.

la *Loi constitutionnelle de 1867*. Pour modifier le régime de pensions, il faut l'accord du Parlement du Canada et des assemblées législatives d'au moins sept provinces (c'est-à-dire les deux tiers des provinces, représentant deux tiers de la population canadienne).

12. Deux des principales mesures politiques auxquelles le gouvernement fédéral peut actuellement recourir — le Régime de pensions du Canada et le Régime d'assurance-emploi — résultent en soi de longs débats entre les gouvernements fédéral et provinciaux de même qu'entre les différents partis politiques. Si l'idée d'un régime national d'assurance-chômage a germé dès les années 1910, elle ne s'est concrétisée qu'en 1940, année où le paragraphe 91(2A) a été ajouté à la Constitution (RHDC, 2004). De même, bien que le besoin d'instaurer un régime assurant aux travailleurs à la retraite un revenu suffisant ait été examiné et qu'elle ait donné lieu en 1952 à l'adoption du Programme de la sécurité de la vieillesse, il aura fallu attendre jusqu'en 1966 avant que l'article 94A de la Constitution ne soit modifié et que le Régime de pensions du Canada ne soit finalement instauré (Torjman, 2002). Ces deux imposants régimes constituent à l'heure actuelle le fondement de la structure des politiques sociales du Canada.
13. Outre les programmes fédéraux et provinciaux décrits dans le présent chapitre, les lois sur les droits de la personne constituent un élément important du régime canadien de politiques en matière d'invalidité. La *Charte canadienne des droits et libertés*, déclaration des droits inscrite dans la Constitution du Canada, garantit l'égalité devant et selon toutes les lois fédérales et provinciales, sans discrimination fondée sur l'invalidité. La *Loi canadienne sur les droits de la personne* de même que les codes sur les droits de la personne adoptés par les provinces et

A. Prestations d'invalidité du RPC et du RRQ

Le Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (PPIRPC), qui — comme son nom l'indique — fait partie du Régime de pensions du Canada (RPC)¹⁴, est le plus important des régimes fédéraux d'assurance-invalidité. Les cotisations générales au RPC permettent de financer le PPIRPC. En 2008, ces cotisations n'étaient exigibles ni sur un revenu annuel inférieur à 3 500 CAD, ni sur la tranche de revenu supérieure à 44 900 CAD¹⁵. La cotisation des travailleurs autonomes s'établit à 9.9 %. En 2005-06, les prestations du PPIRPC ont constitué 14 % du montant total en dollars des prestations versées aux termes du RPC. Selon les prévisions, le nombre de cotisants au RPC devrait croître pour passer de 12.3 millions en 2007 à 15.3 millions d'ici 2050, année d'ici laquelle ce nombre pourrait compter pour près des deux tiers de la population active.

Pour pouvoir bénéficier du PPIRPC, les demandeurs doivent avoir cotisé au niveau minimal exigé en fonction des gains durant au moins quatre des six années précédentes ou, s'ils ont cotisé pendant au moins 25 ans, trois des six années précédentes. En outre, ils doivent satisfaire au critère d'incapacité physique ou mentale « grave et prolongée », c'est-à-dire être régulièrement incapables de « détenir *n'importe quelle occupation véritablement rémunératrice* » qui se fait sur une période prolongée ou pendant une période indéfinie ou présenter une incapacité risquant d'entraîner leur décès. Cette définition est plus restrictive que les critères comparables utilisés dans la plupart des autres pays de l'OCDE (tableau 1.1)¹⁶.

À proprement parler, une définition aussi étroite exclut toute personne ayant une capacité de travail significative mais partielle et semble s'inspirer de conceptions anciennes selon lesquelles les personnes handicapées sont atteintes d'une incapacité physique totale et permanente. C'est donc dire que les personnes qui perdent partiellement ou épisodiquement leur capacité de travail risquent vraisemblablement de ne pas satisfaire aux critères ouvrant droit à prestation, comme en témoigne le taux de refus des demandes (environ 45 %), lequel est relativement élevé par rapport à ceux constatés à l'étranger.

les territoires interdisent également la discrimination fondée sur l'invalidité dans le domaine de l'emploi, sauf dans les cas où il est établi que des pratiques discriminatoires *prima facie* sont fondées sur des exigences professionnelles justifiées. Tel qu'il est précisé dans l'avant-propos, ces lois ne sont pas examinées en détail dans le présent document.

14. Le régime canadien de sécurité de revenu de la vieillesse comporte trois volets : 1) la Sécurité de la vieillesse (SV), programme financé par les revenus généraux du gouvernement ; 2) le RPC, financé par les cotisations des salariés, de leurs employeurs et des travailleurs autonomes ainsi que les intérêts perçus sur ces cotisations ; 3) l'épargne et les régimes de pension privés. La SV et le RPC fournissent, une fois combinés, un revenu de base modeste.
15. Le montant minimal est gelé à 3 500 CAD, tandis que le montant maximal est rajusté chaque année en janvier, conformément à l'augmentation du salaire moyen.
16. On peut toutefois souligner que le PPIRPC comporte une Disposition ayant trait aux demandes présentées tardivement de même qu'une Disposition relative à l'incapacité qui s'appliquent aux personnes qui n'étaient pas en mesure de présenter leur demande plus tôt. En outre, les demandeurs n'ayant pas cotisé pendant un nombre suffisant d'années peuvent néanmoins y avoir droit s'ils ont obtenu suffisamment de crédits du RPC de leur ancien époux ou conjoint de fait à la suite du partage des crédits. La Clause pour élever des enfants permet également aux personnes qui en bénéficient d'exclure de leurs périodes de cotisation les durées pendant lesquelles elles avaient des revenus insuffisants ou pas de revenu du tout parce qu'elles élevaient des enfants de moins de 7 ans.

Le calcul de la prestation versée correspond à la somme d'un montant forfaitaire, auquel s'ajoute 75 % du montant de la pension du RPC que le cotisant aurait touché à 65 ans. En 2008, le montant maximal s'élevait à 1 077.52 CAD par mois et le montant moyen, à 789.80 CAD¹⁷. Le montant des prestations d'invalidité du RPC, dont le taux de remplacement assuré par le RPC s'établit à 25 %, est faible et habituellement insuffisant en soi pour pourvoir à la subsistance d'une personne inactive ou en chômage. Bien que la prestation d'invalidité du RPC soit imposable, il existe des allégements au moyen de crédits d'impôt sur les cotisations et de déductions pour les employeurs.

Les prestations d'invalidité du RPC sont généralement considérées comme un revenu de base auquel doivent s'ajouter d'autres prestations. C'est donc dire qu'au sein du régime complexe de prestations mis en place au Canada à l'intention des personnes handicapées, le PPIRPC joue habituellement un rôle de « premier payeur » parce qu'il permet le versement d'une prestation à quiconque satisfait aux critères d'admissibilité, nonobstant les autres prestations pouvant provenir d'autres sources, comme l'aide sociale provinciale, l'indemnisation des accidents du travail ou les prestations d'assurance-invalidité du secteur privé. En règle générale, les programmes provinciaux d'aide sociale et les assurances privées offrant des régimes de prestations d'invalidité exigent des demandeurs de prestations qu'ils présentent une demande au titre du PPIRPC.

Compte tenu de la définition étroite — axée sur l'incapacité — des personnes handicapées dans le cadre du PPIRPC, les bénéficiaires des prestations d'invalidité du RPC sont censées être à l'écart de la population active et incapables de travailler. Néanmoins, sur l'ensemble des bénéficiaires du PPIRPC, environ 10 % ont des revenus dans la plupart des cas inférieurs au seuil de revenu admissible de 4 400 CAD par année (en 2008, avant impôts). Fait à souligner, si les bénéficiaires atteignent ce seuil, ils ne perdent pas nécessairement leur statut pour autant. Durant une période supplémentaire de trois mois, voire parfois davantage, Service Canada (Direction générale de Ressources humaines et Développement des compétences Canada [RHDC] chargée de la prestation des services) continue d'assurer le suivi et de fournir des mesures de soutien à l'emploi individualisées. L'organisme demeure prudent et sélectif avant de mettre fin aux prestations, même une fois la période échue.

Chez les personnes handicapées, le fait d'être absent à long terme du marché du travail entraîne habituellement une perte d'aptitude et de confiance ayant trait au travail, à laquelle s'ajoute — si la tentative de réintégrer le marché du travail échoue — la crainte de devoir passer de nouveau par un processus ardu visant à prouver leur invalidité. Pour remédier à cette situation, les bénéficiaires qui réintègrent le marché du travail ont droit au *rétablissement automatique*, processus accéléré et simplifié au moyen duquel ils peuvent bénéficier de nouveau du PPIRPC dans les deux années suivant la fin de leurs prestations. Cette possibilité peut être particulièrement intéressante pour les personnes ayant une invalidité épisodique ; elles peuvent dès lors occuper un emploi quand elles sont en bonne santé sans avoir à craindre de perdre leur statut de bénéficiaire du PPIRPC (Stapleton et Tweddle, 2008). Toutefois, elles devront d'abord prouver qu'elles sont atteintes d'une invalidité grave et prolongée pour avoir droit au PPIRPC.

17. La prestation se compose d'un montant fixe versé à tous les prestataires (414,08 CAD par mois en 2008), auquel s'ajoute un montant établi en fonction des cotisations versées au RPC par chaque prestataire pendant sa vie professionnelle. Chaque année en janvier, les prestations d'invalidité du RPC peuvent être augmentées en fonction de la hausse du coût de la vie.

Tableau 1.1. Les critères définissant l'invalidité au titre du PPIRPC sont plus stricts que ceux utilisés dans les autres pays membres de l'OCDE

Pays	Programme(s) de prestations	État de santé pouvant ouvrir droit à des prestations
Canada	Prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada	Incapacité mentale ou physique grave et prolongée : 1) L'incapacité est considérée comme « sévère » uniquement si le demandeur est incapable d'occuper de manière régulière un emploi véritablement rémunérateur 2) L'incapacité est considérée comme « prolongée » si elle est d'une durée prolongée ou indéterminée, ou entraînera probablement le décès
Australie	Disability Support Pension	Demandeur incapable de travailler ou de se former au moins 15 heures par semaine sur une période de deux ans
Danemark	Pension d'invalidité	La capacité de travail du demandeur est définitivement réduite au moins de moitié
Irlande	Invalidity Pension	Incapable d'occuper un emploi qui durera au moins 12 mois encore ou définitivement incapable de travailler ou âgés de 60 ans et plus avec une maladie grave ou incapacité
Suisse	Assurance-invalidité	Incapable d'occuper un emploi rémunérateur ou seulement de manière partielle ou incapable d'occuper son emploi habituel
Royaume-Uni	Employment and Support Allowance	Capacité de travail réduite en raison d'une maladie ou d'une incapacité (au moins quatre jours consécutifs ou deux jours sur sept jours consécutifs)
États-Unis	Social Security Disability Insurance / Supplemental Security Income	Incapable d'occuper son poste précédent ou d'autres postes en raison d'un état pathologique qui durera au moins un an

Note : Le PPIRRQ utilise un critère similaire pour l'incapacité : l'incapacité doit être avérée par le conseiller médical responsable comme étant à la fois sérieuse (personne incapable de faire aucun travail véritablement rémunérateur en raison de son état de santé) et permanente (incapacité d'une durée prolongée sans aucune amélioration possible).

Source : OCDE.

Service Canada propose également aux bénéficiaires du PPIRPC des programmes de réadaptation professionnelle. La participation est à titre volontaire, à l'exemple des autres mesures de soutien à l'emploi. En partie tu fait de la gravité de l'invalidité, la participation aux « mesures de soutien pour le retour au travail » est faible : en 2007, il n'y avait qu'environ 5 000 bénéficiaires (1.4 % de l'ensemble des bénéficiaires) qui ont déclaré avoir pris part à une activité professionnelle. Toutefois, plusieurs autres milliers de bénéficiaires ont touché un faible niveau des gains (en deçà du seuil de déclaration obligatoire).

Le Québec a son propre régime public de pension, le *Régime des rentes du Québec* (RRQ), lequel prévoit également un programme de prestations d'invalidité (PPIRRQ) semblable à celui du RPC. Pour y avoir droit, les demandeurs doivent justifier d'une invalidité grave et

permanente et avoir suffisamment cotisé au cours des années précédentes¹⁸. En 2008, la prestation mensuelle maximale s'établissait à 1 077.49 CAD.

Voici les différences notables entre le PPIRRQ et le PPIRPC : *i)* si le PPIRRQ ne prévoit pas le rétablissement automatique des prestations d'invalidité pour le bénéficiaire qui réintègre le marché du travail, son seuil de revenu annuel admissible — 12 930 CAD (en 2008, avant impôts) — est considérablement supérieur à celui de 4 400 CAD prévu au titre du PPIRPC, ce qui procure aux bénéficiaires une latitude accrue en matière de travail ; *ii)* chez les 60-64 ans, l'obligation de ne plus pouvoir « détenir une occupation véritablement rémunératrice » est remplacée par celle de ne plus être en mesure de « reprendre son travail *habituel* »¹⁹ ; *iii)* contrairement au PPIRPC, le PPIRRQ n'est pas nécessairement considéré comme le « premier payeur » et il est bien intégré aux autres mesures de sécurité de revenu. À titre d'exemple, depuis l'instauration en 1986 de la règle du « payeur unique », les personnes handicapées au Québec peuvent obtenir une aide financière au titre de l'indemnisation des accidents de travail ou aux termes du PPIRRQ, mais pas les deux. Dans les autres provinces, l'indemnisation des accidents du travail peut s'ajouter aux prestations du PPIRPC ou, dans certaines provinces, elle peut faire l'objet du plein montant versé en matière d'indemnisation (Torjman, 2002)²⁰.

B. Programmes d'assurance-emploi

La *Loi sur l'assurance-emploi* (a.-e.) constitue un autre régime important de la politique sociale fédérale. La partie I de la loi constitue un cadre d'assurance qui procure des prestations temporaires de soutien du revenu aux assurés qui perdent leur emploi ou doivent s'absenter du travail pour cause de maladie, pour prendre soin d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté, pour se remettre d'un accouchement ou pour prodiguer des soins à un membre de sa famille gravement malade et qui risque de mourir. Dans la partie II de la loi se trouve un éventail de politiques actives du marché du travail à l'intention des assurés, y compris les personnes handicapées. C'est donc dire que l'a.-e. constitue un important outil stratégique relativement aux mesures de soutien du revenu *et* à l'emploi pour les personnes handicapées ayant gagné suffisamment pour cotiser à ce régime et y avoir droit.

-
18. Les critères de cotisation sont semblables à ceux du RPC, sans pour autant être identiques : pour le PPIRRQ, le travailleur doit avoir cotisé pendant au moins deux des trois dernières années, cinq des dix dernières années ou la moitié de sa période de cotisation, mais jamais moins de deux ans.
 19. Il semble que cette modification des critères ait incité un plus grand nombre de personnes du groupe d'âge en question à demander ce statut au Québec que dans les autres provinces. Parmi l'ensemble des 20-64 ans (population estimée à partir des variations de l'effectif sur cinq ans), les 60-64 ans forment le tiers des nouveaux prestataires du PPIRPC ; leur proportion s'élève toutefois jusqu'à 50 % relativement au PPIRRQ. De même, 34 % des bénéficiaires actuels du PPIRPC font partie des 60-64 ans, contre 44 % de ceux du PPIRRQ. Dans les projets de réforme les plus récents du PPIRRQ, il est proposé d'abolir les critères élargis en matière d'invalidité, aux termes desquels les travailleurs de 60 à 64 ans peuvent prendre leur retraite avant l'âge normal.
 20. Au Québec, la *Régie des rentes du Québec* examine actuellement ses procédures en ce qui concerne le retour au travail des bénéficiaires de prestations d'invalidité. Cet examen porte sur ce que la personne est capable de faire malgré son invalidité plutôt que sur les seules considérations médicales.

Les primes de l'a.-e. sont versées à la fois par les employeurs et les employés. En 2008, ces primes étaient, pour les employés, de 1.73 CAD par tranche de 100 CAD de gains jusqu'à concurrence de 41 CAD, le maximum de la rémunération assurable. Quant à la prime des employeurs, elle correspond à 1.4 fois la cotisation des employés. Les taux sont recalculés et annoncés chaque année en fonction des prévisions relatives à la caisse de l'a.-e., de manière à supporter les coûts du régime²¹. Aux termes du Programme de réduction du taux de cotisation, les employeurs peuvent avoir droit à une diminution de leurs cotisations au titre de l'assurance-emploi s'ils offrent à leurs employés un régime privé d'assurance-invalidité de courte durée ; à l'heure actuelle, environ 60 % de la rémunération assurable du Canada consiste en des cotisations réduites. Si un régime d'assurance-invalidité de courte durée est instauré, il joue alors le rôle de « premier payeur » et les paiements à ce titre remplacent les prestations de maladie au titre de l'a.-e.

L'a.-e. sert à financer diverses prestations, dont les « prestations de maladie au titre de l'a.-e. ». Pour y avoir droit, les demandeurs doivent être dans l'incapacité de travailler en raison d'une maladie et justifier d'une baisse de plus de 40 % de leur rémunération hebdomadaire normale. Ils doivent également avoir cumulé suffisamment d'heures assurables au cours de l'année précédant leur demande. Le seuil à ce chapitre est fixé à 600 heures pour l'ensemble du Canada, contrairement aux dispositions des prestations ordinaires d'assurance-emploi aux termes desquelles le nombre requis d'heures assurables est moindre dans les régions où le taux de chômage est élevé, (ce nombre varie entre 420 et 700 heures, selon le taux de chômage régional). Le taux de base des prestations correspond à 55 % de la rémunération assurable moyenne du bénéficiaire, jusqu'à concurrence de 435 CAD par semaine. Les prestations de maladie au titre de l'a.-e. sont habituellement versées pendant 15 semaines, le délai de carence étant de deux semaines. Aucune exemption de gains n'est prévue dans le cadre des prestations de maladie au titre de l'a.-e., de sorte que les revenus sont déduits des prestations, au dollar prêt²².

21. Depuis 1986, conformément à la recommandation du vérificateur général du Canada de l'époque, le Compte de l'a.-e. est intégré aux états financiers sommaires du Canada. En vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi*, les revenus au titre des cotisations sont versés au Trésor, lequel est débité des sommes servant à payer les coûts de programmes. Le Compte de l'a.-e. ne renferme pas de liquidités ; il s'agit plutôt d'une méthode comptable permettant d'assurer le suivi des cotisations et des prestations. L'an dernier, le gouvernement déclarait dans les Comptes publics du Canada un surplus cumulé de 56,9 milliards de dollars en date du 31 mars 2008. Afin de renforcer l'indépendance du mécanisme d'établissement des taux de cotisation et de garantir que les cotisations à l'a.-e. serviront exclusivement dans le cadre du régime d'a.-e., le gouvernement a créé une nouvelle société d'État indépendante : l'Office de financement de l'assurance-emploi du Canada (OFAEC). Lorsqu'il fonctionnera dans tous ses éléments, l'OFAEC sera chargé de gérer un compte bancaire distinct où seront conservées et investies les cotisations excédentaires d'une année donnée jusqu'à ce qu'elles servent à abaisser les taux de cotisation des années subséquentes. L'OFAEC devra également mettre en œuvre un mécanisme amélioré d'établissement des taux de cotisation à l'a.-e., lequel fera en sorte que les revenus et les dépenses au titre de l'a.-e. soient équilibrés à l'avenir.
22. En revanche, les bénéficiaires des prestations ordinaires d'assurance-emploi, des prestations parentales ou des prestations de soignant peuvent toucher jusqu'à 25 % des prestations hebdomadaires ou 50 CAD si ce dernier montant est plus élevé. Au-delà de ce niveau, la rémunération est entièrement déduite des prestations. Depuis septembre 2008, on a étendu à l'ensemble du Canada un projet pilote permettant aux prestataires de gagner jusqu'à 40 % de leur prestations, soit 75 CAD. Il reste aux autorités nationales à évaluer les résultats de ce projet pilote.

Tableau 1.2. La gamme des prestations d'assurance-emploi et des mesures de soutien

Clients identifiés comme handicapés en pourcentage de l'ensemble des cas et dépenses totales (en milliers de CAD), 2007

Catégorie des PEMS	Programme	Caractéristiques du programme	Clients servis (% total de l'ensemble des cas)	Dépenses (en milliers)
Prestations d'emploi	Subventions salariales ciblées	Aide les chômeurs admissibles à acquérir de l'expérience en milieu de travail en fournissant aux employeurs une aide financière pour le salaire des participants qu'ils n'auraient normalement pas embauchés en l'absence de subventions.	2.0	94 761
	Supplément de revenu ciblé	Permet à certains bénéficiaires de l'a.-e. ou à des chômeurs de longue durée d'accepter des emplois faiblement rémunérés. Grâce à ce complément salarial temporaire, des personnes qui n'auraient pas accepté un emploi au salaire minimum sont incitées à intégrer le marché du travail. (Le supplément de retour au travail versé au Québec constitue la seule mesure du genre actuellement en vigueur.).	0.7	3 519
	Travail indépendant	Fournit une aide financière et des conseils en matière de planification d'entreprise aux participants qui en sont à l'étape du lancement de leur propre entreprise. Cette aide financière doit couvrir les dépenses de subsistance et d'autres dépenses au cours des premières étapes du démarrage de l'entreprise.	1.2	144 126
	Partenaires pour la création d'emplois	Offrent aux participants l'occasion d'acquérir une expérience de travail dans le cadre de projets communautaires qui ont aussi des retombées positives pour la collectivité et l'économie locale.	0.7	61 020
	Développement des compétences	Aide les participants à acquérir des compétences professionnelles grâce à une aide financière directe leur permettant de choisir, d'organiser et de payer leur formation.	9.2 (réguliers), 5.7 (apprentis)	957 449
Mesures de soutien	Aide à l'emploi	Subventionne les organismes afin de les aider à offrir des services d'emploi aux chômeurs. Les services peuvent comprendre le conseil professionnel, l'établissement de plans d'action, les techniques de recherche d'emploi, les services de placement, l'information sur le marché du travail, les services de gestion de cas et de suivi.	44,4	542 515
	Partenariats du marché du travail	Offrent du financement pour aider les employeurs, les associations de travailleurs ou d'employeurs et les collectivités à renforcer leur capacité à répondre aux besoins en matière de ressources humaines et à mettre en place des mesures d'adaptation de la main-d'œuvre.	4.7 (services collectifs), 29.4 (conseil individualisé)	139 137
	Recherche et innovation	Appuie les activités permettant de trouver de meilleures façons d'aider les gens à devenir ou à rester aptes à occuper ou à garder un emploi et à être des membres productifs du marché du travail. Des fonds sont versés aux bénéficiaires admissibles afin de les aider à mener des projets de démonstration et de recherche à cette fin.	-	3 195
Activités pancanadiennes	Stratégie de développement des ressources humaines autochtones (SDRHA) ; Partenariats du marché du travail pancanadiens ; Initiative pancanadienne de Recherche et innovation		1.9	150 275
Total				2 086 890

Note : Les pourcentages sont fondés sur le nombre de nouvelles interventions depuis 2007. Les dénombrements sont généralement moins élevés que les chiffres réels parce que les données sont recueillies au moyen de la déclaration volontaire.

Source : Rapports de contrôle et d'évaluation 2007 - Régime d'assurance-emploi, RHDCC.

Tableau 1.3. **Seule une minorité des bénéficiaires de prestations d'assurance-emploi et de mesures de soutien sont des personnes handicapées**

Personnes handicapées désignées en pourcentage de l'ensemble des clients, par type de programme et par province, 2007

Prestations et services	Colombie-Britannique	Québec	Manitoba	Canada
Prestations d'emploi				
Subventions salariales ciblées	7,6	2,6	4,2	4,4
Travail indépendant	5,2	1,3	2,7	3,4
Partenariats pour la création d'emplois	5,5	0,0	2,2	3,0
Développement des compétences - réguliers	7,3	2,1	2,6	3,5
Développement des compétences - apprentis	0,2	0,0	0,0	0,2
Total des prestations d'emploi	4,0	2,1	1,6	2,6
Services d'emploi				
Aide à l'emploi	8,9	4,1	8,7	5,1
Counselling individuel	13,2	2,5	3,7	7,5
Supplément de retour au travail (Québec seulement)	0,0	2,4	0,0	2,4
Total des services d'emploi	11,1	4,0	5,3	6,0
Activités pancanadiennes pour les Autochtones	2,8	1,2	5,2	2,7
Total général – prestations et services	9,7	3,4	4,7	5,3

Source : Base de données sur les participants, Rapports de contrôle et d'évaluation 2007 - Régime d'assurance-emploi, RHDCC.

La partie II de la loi indique diverses mesures d'activation regroupées sous les désignations de « prestations d'emploi » et de « mesures de soutien ». Les prestations d'emploi sont réservées aux participants assurés et comprennent les subventions salariales ciblées et les suppléments de revenu ciblés (tableau 1.2). Les autres ne peuvent bénéficier que des mesures de soutien, notamment les services d'aide à l'emploi. Cela dit, les personnes désignées handicapées ne forment qu'un minuscule sous-groupe des bénéficiaires de prestations d'emploi (2,6 %) et de mesures de soutien (6 %) (tableau 1.3). En Colombie-Britannique, leur pourcentage est sensiblement plus élevé, à 4 % et à 11 %, respectivement.

Les PEMS sont gérées à l'échelle provinciale. Le gouvernement fédéral, au moyen des *Ententes sur le développement du marché du travail* (EDMT) à transfert intégral, accorde du financement au titre de la partie II de l'a.-e. aux provinces et aux territoires pour assurer la prestation de programmes aux particuliers ayant droit à l'assurance-emploi.

C. **EPMT, EMT, EMTPH et Fonds d'intégration pour les personnes handicapées**

Les PEMS sont principalement destinées aux personnes couvertes par l'a.-e., bien qu'un nombre non négligeable de personnes non assurées aient accès aux mesures de soutien au titre de la partie II (176 879 cas ou 28,6 % de l'ensemble des clients en 2006). En outre, le taux de couverture par l'a.-e. n'a cessé de diminuer, ce qui réduit d'autant plus le nombre de personnes ayant accès à ces programmes. Le ratio prestataires-chômeurs a chuté pour passer d'environ 80 % à la fin des années 80 à moins de 50 % à la fin des années 90 puis à 45,4 % en 2008. Cette situation est peut-être attribuable aux initiatives de réforme engagées par RHDCC pour stabiliser le fonds de l'a.-e. après les déficits importants accumulés au cours des décennies précédentes (Battle *et al.*, 2006) ou à la reprise prolongée de l'économie, laquelle aura permis à

la plupart des membres de la population active de réintégrer le marché du travail (Richards, 2007). Étant donné que moins d'un chômeur sur deux est couvert par l'a.-e., les seules PEMS ne constituent pas une mesure politique suffisante pour les personnes qui nécessitent des mesures de soutien à l'emploi.

Les décideurs politiques canadiens ont tenté de résoudre ce problème au moyen d'ententes bilatérales conclues entre les gouvernements fédéral et provinciaux ou territoriaux, aux termes desquels Ottawa finance une partie du budget total pendant que les gouvernements provinciaux ou territoriaux doivent concevoir les interventions stratégiques et les mettre en œuvre. En 2005, les membres de la population active (personnes handicapées ou non) qui n'étaient pas couverts par l'a.-e. ont fait l'objet d'*ententes de partenariat sur le marché du travail* (EPMT), lesquelles sont devenues en 2008 les *ententes sur le marché du travail* (EMT). Les EPMT s'adressent à deux groupes prioritaires, à savoir les « clients non admissibles à l'a.-e. » et les « travailleurs peu spécialisés ». Depuis juillet 2009, toutes les provinces et territoires ont conclu des EMT bilatérales avec le gouvernement fédéral et peuvent, conformément à leurs initiatives stratégiques, consacrer une partie des fonds à des mesures d'activation en faveur des personnes handicapées.

Quoi qu'il en soit, l'initiative stratégique fédérale la plus importante en vue de favoriser la participation des personnes handicapées au marché du travail consiste en les *ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées* (EMTPH). Du début des années 60 jusqu'à la fin des années 90, le Programme de réadaptation professionnelle des personnes handicapées (PRPPH) a fait fonction de principale entente de partage des coûts entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux afin d'assurer la prestation de programmes de réadaptation complets. Pour donner suite aux demandes croissantes depuis les années 80 des personnes handicapées ou non handicapées en faveur d'un nombre accru d'initiatives axées sur l'emploi à l'intention des personnes handicapées, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont conclu un accord historique intitulé *À l'unisson*, aux termes duquel l'emploi constitue l'objectif fondamental de l'accès à la pleine citoyenneté des personnes handicapées du Canada. Par la suite, le PRPPH a été remplacé par l'*Aide à l'employabilité des personnes handicapées* (AEPH), laquelle a été à son tour remplacée par l'EMTPH actuelle²³.

Aux termes des EMTPH actuelles, le gouvernement fédéral alloue annuellement environ 218 millions de CAD aux provinces, les montants consentis à chaque province étant essentiellement fondés sur la taille de la population. Les provinces consacrent un montant égal, sinon supérieur, à la dotation fédérale. Des états financiers font apparaître un total d'investissement dans les EMTPH (parts fédérale et provinciale) de 634,8 millions CAD durant l'année fiscale 2005/06²⁴. Conformément aux dispositions des EMTPH, il appartient

23. L'accord *À l'unisson* visait à faire en sorte que les fonds destinés à l'emploi ne soient plus en réalité utilisés à d'autres fins (allant des mesures stratégiques actives et ordinaires du marché du travail aux services à la famille, au logement, à l'éducation et à la santé mentale, en passant même par les services de traitement de la toxicomanie), bien que certaines de ces pratiques soient considérées globalement comme des infractions au titre des ententes (Graefe et Lévesque, 2008).
24. À titre d'exemple, conformément à l'EMTPH, le gouvernement de l'Alberta a droit à 25,1 millions de CAD par année du gouvernement fédéral, mais il déclare investir plus de 2 milliards de CAD dans les programmes d'aide aux personnes handicapées de l'Alberta (EMTPH Canada-Alberta de 2007-08). Le gouvernement de l'Ontario a consacré en 2007-08 environ 205,6 millions de CAD aux programmes et services engagés au titre de l'EMTPH après

principalement aux provinces de concevoir et de fournir des programmes et services qui s'inscrivent dans cinq secteurs prioritaires : l'éducation et la formation ; la participation à l'emploi ; les possibilités d'emploi ; l'établissement de liens entre employeurs et personnes handicapées ; l'avancement des connaissances²⁵. Les provinces jouissent d'une autonomie presque totale relativement à la conception des programmes, à l'affectation des fonds, à la sélection des bénéficiaires et à l'établissement de la clientèle, dans l'optique de mettre au point et d'offrir des programmes, des services et des mesures de soutien qui répondent aux besoins particuliers des personnes handicapées et marchés du travail en leur sein. Elles consulteront étroitement divers intervenants, dont l'ensemble des personnes handicapées, afin d'établir un ensemble optimal d'activités.

Les gouvernements provinciaux sont tenus de faire rapport annuellement à leurs mandants sur les programmes et les services financés au titre des EMTPH afin de rendre compte des activités mises en œuvre dans le but d'améliorer la situation professionnelle des personnes handicapées. Ils rendent compte des indicateurs relatifs à l'emploi au moyen des données disponibles ou par la réalisation d'évaluations ou d'enquêtes. Toutefois, si l'on connaît les dépenses totales pour chaque province ou l'ensemble du Canada, il est souvent difficile de brosser le tableau détaillé, complet et comparable des dépenses et résultats de programme de chacune des provinces. Dans les rapports publiés chaque année par les gouvernements provinciaux, les extraits, les résultats et les variables stratégiques diffèrent d'une province à l'autre pendant que les renseignements déclarés sont souvent trop peu détaillés pour permettre une analyse comparative, ce qui constitue une préoccupation constante pour les chercheurs et les groupes d'intérêts des personnes handicapées. Apparemment, rien n'incite ni n'oblige les gouvernements provinciaux à utiliser des méthodes comparables pour recueillir et publier ces renseignements.

Si les programmes à l'échelle locale peuvent varier d'une province à l'autre, exception faite des mesures d'aide au revenu gérées par les gouvernements provinciaux, presque tous les programmes actifs du marché du travail sont impartis à des fournisseurs de services sans but lucratif. Dans leurs interventions, ces derniers correspondent peu à l'objectif fédéral sous-jacent au financement des programmes au titre de l'EPMT, de l'EMT ou de l'EMTPH. L'autonomie des provinces en matière de planification des politiques leur permet de compléter leurs propres fonds avec ceux du gouvernement fédéral avant de planifier les politiques locales et de répartir les budgets (Graefe et Levesque, 2008).

Outre les diverses ententes fédérale-provinciales, RHDCC gère le *Fonds d'intégration des personnes handicapées* (FI), lequel consiste en une autre mesure stratégique liée au marché du travail. À l'exemple des EMTPH mais contrairement aux EPMT ou aux EMT, le FI est destiné exclusivement aux personnes handicapées. Il se distingue cependant des EMTPH du fait que les programmes financés au titre de celui-ci sont planifiés et gérés directement par le gouvernement fédéral au moyen d'un réseau de bureaux de Service Canada. L'enregistrement

avoir reçu 76,4 millions de CAD du gouvernement fédéral. Cette situation se compare à l'octroi de 6 milliards de CAD par le gouvernement de l'Ontario aux programmes et services destinés aux personnes handicapées en 2001 (Comité de la *Loi sur les personnes handicapées*, 2001).

25. Pour avoir accès au financement prévu pendant l'année, chaque province doit présenter à RHDCC un plan de programme dans lequel sont décrits les secteurs prioritaires à traiter, les programmes et leur description de même que les dépenses prévues pour chaque programme. Chaque province doit également remettre un état vérifié annuel comportant le détail des dépenses par programme ou service.

des données sur le rendement des programmes se fait selon une norme commune, ce qui assure l'uniformité des rapports sur la reddition de comptes entre les administrations. Les dépenses annuelles consacrées au FI se chiffrent à environ 27 millions de CAD²⁶.

D. Crédits d'impôt et autres mesures fiscales fédérales pour les personnes handicapées

Le gouvernement fédéral se sert de crédits d'impôt pour appuyer les personnes handicapées à faible revenu ou les familles de personnes handicapées qui gagnent suffisamment pour acquitter l'impôt sur le revenu. Le *Crédit d'impôt pour personnes handicapées* (CIPH), également appelé « montant pour personnes handicapées », est généralement attribué aux personnes « dont la capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon marquée » ou à celles « qui le seraient si elles ne recevaient pas des soins thérapeutiques essentiels au maintien de leurs fonctions vitales », en raison des effets d'une « déficience mentale ou physique grave et prolongée ». En 2008, les demandeurs remplissant les critères pouvaient prétendre à un « montant pour personnes handicapées » de 7 021 CAD, lequel correspond à une réduction de l'impôt fédéral d'au plus 1 123 CAD²⁷. Bien qu'il soit entièrement indexé à l'inflation, le crédit d'impôt n'est cependant pas remboursable. De ce fait, il exclut par définition les membres de la population active qui ne gagne pas assez pour être assujettis à l'impôt et qui remplissent donc les qualités requises pour obtenir un crédit d'impôt ; ce problème est traité en partie par la possibilité de transmettre le droit au CIPH à un membre de la famille subvenant aux besoins des personnes handicapées.

Divers autres crédits d'impôt sont proposés aux personnes handicapées qui peuvent être assujetties à l'impôt. Certains sont mutuellement exclusifs, tandis que d'autres diminueront si le revenu net est supérieur à un certain montant. Les familles qui s'occupent d'enfants atteints d'une déficience grave et prolongée peuvent avoir droit à une autre réduction d'impôt fédéral qui s'ajoute au CIPH (le *Supplément pour enfants*). D'autres crédits non remboursables comme le *Crédit d'impôt pour frais médicaux*, le *Crédit d'impôt aux aidants naturels* et le *Crédit d'impôt pour personnes handicapées à charge* sont offerts aux personnes handicapées. La *Prestation fiscale pour le revenu de travail* (PFRT) est un crédit d'impôt remboursable destiné aux personnes ou aux familles à faible revenu ; en outre, celles qui ont droit au PFRT et au CIPH et dont le revenu de travail dépasse 1 750 CAD peuvent également demander un *Supplément pour invalidité annuel* d'au plus 255 CAD (en 2008), le montant maximal total pour les célibataires s'établissant à 765 CAD/année²⁸.

-
26. L'objectif du FI consiste à aider les personnes handicapées à se préparer à devenir employés ou travailleurs autonomes, à obtenir un emploi et à le conserver, de façon à accroître leur participation à l'économie et leur autonomie financière. Pour atteindre cet objectif, on travaille en partenariat avec des organisations non gouvernementales représentatives des personnes handicapées, le secteur privé et les gouvernements provinciaux qui, au moyen de démarches novatrices, montrent les pratiques exemplaires servant à promouvoir l'intégration économique des personnes handicapées.
27. Hormis l'invalidité, parmi les caractéristiques ouvrant droit aux crédits d'impôt non remboursables, il y a les personnes à charge, les cotisations versées au RPC ou au RRQ, les cotisations d'a.-e., les frais de scolarité et d'enseignement de même que les frais médicaux ; il s'y ajoute un montant personnel de base, lequel s'établissait à 9 600 CAD en 2008.
28. Le supplément pour invalidité ayant trait à la PFRT et aux montants de base de la PFRT diffère en Colombie-Britannique, au Québec et au Nunavut, suivant des ententes distinctes conclues

Lancé en 2008, le *Régime enregistré d'épargne-invalidité* (REEI) est l'initiative la plus récente du gouvernement fédéral relativement aux personnes handicapées. Le REEI est un programme à long terme pour aider les Canadiens ayant des incapacités et leur famille à faire des économies pour leur avenir. Pour être en droit de bénéficier du REEI, la personne doit être âgée de moins de 60 ans, résident au Canada, posséder un numéro de sécurité sociale et être admissible au *Crédit d'impôt pour personnes handicapées* (CIPH). Pour inciter à faire des économies, le Gouvernement canadien verse une partie à la *Subvention canadienne pour l'épargne-invalidité* atteignant jusqu'à 3 500 CAD par an des cotisations au titre du REEI. Le Gouvernement canadien verse également des *Bons canadiens pour l'épargne-invalidité* d'un montant pouvant aller jusqu'à 1 000 CAD par an au REEI des personnes dont le revenu est modeste ou faible. Aucune cotisation n'est nécessaire pour toucher ce bon. Le détenteur du compte ou toute personne détentrice d'une autorisation du propriétaire du compte peut participer au REEI. Le versement annuel n'est pas plafonné ; cependant, le versement total sur la durée de vie est limité à 200 000 CAD. Les revenus sont exonérés d'impôt jusqu'à ce que l'argent soit retiré du REEI. La subvention et les bons sont administrés par RHDC²⁹.

Le droit à bénéficier du CIPH fédéral est l'un des critères ouvrant droit à d'autres prestations fiscales fédérales. En outre, les provinces accordent des prestations fiscales parallèlement à celles du gouvernement fédéral que sont le CIPH, le Crédit d'impôt pour personnes handicapées à charge ou le Crédit d'impôt aux aidants naturels, et l'admissibilité aux prestations fiscales provinciales dépendra dans la plupart des cas de l'admissibilité aux crédits d'impôt fédéral correspondants.

E. Programmes provinciaux de garantie du revenu et d'aide à l'emploi

À l'exception du FI et de la réadaptation professionnelle du PPIRPC gérés par le gouvernement fédéral, la tendance au Canada est nettement à la conception et à l'administration des programmes d'aide à l'emploi par les gouvernements provinciaux. Depuis la suppression en 1995 du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC)³⁰, lequel relevait du gouvernement fédéral, les programmes de sécurité sociale sont également gérés directement par les provinces. Étant donné la couverture restreinte des régimes d'assurance fédéraux, un nombre croissant de personnes handicapées ne bénéficiant ni de l'a.-e. ni du PPIRPC ont accès au filet de sécurité que constituent les régimes d'aide sociale (et d'aide à l'emploi) des gouvernements provinciaux.

Les programmes provinciaux de garantie de revenu deviennent la solution de dernier recours pour nombre de Canadiens. Les personnes handicapées dans le besoin en sont aujourd'hui le principal groupe bénéficiaire. Le tableau 1.4 récapitule les programmes d'aide sociale proposés aux personnes handicapées par les gouvernements du Québec, de

avec le gouvernement fédéral. Il se peut que d'autres administrations en viennent à des accords distincts d'ici les prochaines années.

29. La SCEI et le BCEI peuvent être perçus pendant au plus 20 ans, jusqu'à ce que le bénéficiaire ait 50 ans. Les bénéficiaires doivent attendre dix ans après la perception de la dernière subvention ou du dernier bon pour éviter toute pénalité ; toute subvention ou bon perçu avant ce délai doit être remboursé.
30. Le Régime d'assistance publique du Canada a fait l'objet de nombreuses critiques, d'une part, parce qu'il ne permettait ni de fournir un revenu suffisant aux pauvres, ni de lier les nombreux clients au marché du travail et, d'autre part, parce que les gouvernements fédéral et provinciaux n'ont su réformer le régime à temps et convenablement.

Colombie-Britannique et du Manitoba. Le Québec et la Colombie-Britannique ont deux régimes de ce type : l'un en faveur des personnes ayant une invalidité permanente et l'autre pour celles ayant des problèmes de santé temporaires. Au Québec, les bénéficiaires du *Programme d'aide sociale* peuvent percevoir une allocation pour contraintes temporaires, notamment si leur état physique ou mental les a empêchés de participer à une activité professionnelle pendant au moins un mois. Dans ses critères de désignation des personnes handicapées, non seulement le gouvernement de la Colombie-Britannique reconnaît que les restrictions aux activités de la vie quotidienne puissent être permanentes ou ponctuelles, mais il propose un autre programme auquel ont droit les personnes temporairement handicapées (*Aide à l'emploi et garantie de revenu pour les personnes faisant face à des obstacles multiples et tenaces*).

Tableau 1.4. **Caractéristiques des programmes provinciaux d'aide sociale en faveur des personnes handicapées**

Principales caractéristiques et plafonds de paiement dans les trois provinces

	Québec		Colombie-Britannique		Manitoba
Programme(s)	Programme de solidarité sociale	Programme d'aide sociale	Aide à l'emploi et garantie de revenu pour les personnes handicapées	Aide à l'emploi et garantie de revenu pour les personnes faisant face à des obstacles multiples et tenaces	Aide à l'emploi et garantie de revenu
Admissibilité	Capacité de travail extrêmement réduite	Capacité de travail temporairement réduite	Déficiences sévères susceptibles de durer deux ans, et limitant directement et substantiellement la capacité d'accomplir les activités courantes de la vie quotidienne, en permanence ou durant des périodes prolongées	Personne ayant bénéficié d'une aide pendant 12 des 15 derniers mois et - faisant face à de multiples obstacles à l'emploi et présentant un état de santé limitant gravement sa capacité de travail, de manière permanente ou par intermittence, OU - présentant un état de santé l'empêchant de travailler	En raison d'une incapacité susceptible de durer plus de 90 jours, demandeur dans l'impossibilité de gagner un revenu couvrant ses dépenses de première nécessité
Actifs déductibles (pour une personne seule)	862 (plafond 5 000 du compte de développement individuel)	862 (Maximum 5 000 du compte de développement individuel)	3 000	1 500	4 000
Revenus exonérés (par mois)	100	200	500 après trois mois d'aide	500 après trois mois d'aide	200 + 30 % du revenu net mensuel au-dessus de 200
Taux de prestation (pour une personne seule) par mois	838	692	906	658	721

Note : Les personnes dites handicapées au Québec, au Manitoba et en Colombie-Britannique bénéficient d'un seuil d'exemption de 100 000 CAD pour les actifs détenus dans un fonds de fiducie. En outre, les trois provinces ont annoncé une exemption partielle ou totale des actifs et revenus du REEI dans le calcul des dépenses d'aide sociale

Source : Open Policy (2008), renseignements généraux préparés pour le compte de RHDC.

L'évolution des régimes provinciaux de sécurité sociale va dans le sens de la tendance internationale du renforcement des politiques actives du marché du travail. Désormais, avant de toucher les prestations liées à ces régimes, les chômeurs doivent participer activement aux programmes susceptibles d'améliorer leur employabilité et rechercher un emploi. Cette mesure témoigne du besoin pour le Canada — avant la crise et lorsque l'économie reprendra — de traiter les importantes pénuries de main-d'œuvre à la suite d'une décennie de croissance économique vigoureuse. Dans les provinces telles que la Colombie-Britannique, où le nombre de clients et les dépenses liées aux programmes d'aide ont monté en flèche, l'élaboration de stratégies et de programmes ambitieux axés davantage sur l'emploi a donné une impulsion supplémentaire.

Toutefois, il n'en va pas de même pour la désignation des personnes handicapées. Pour avoir droit à ce type de sécurité sociale, les personnes concernées doivent se déclarer incapables

à travailler, certificats médicaux à l'appui³¹. Leur participation à une formation professionnelle préalable à l'emploi est strictement volontaire. Pour avoir droit aux prestations d'aide, les demandeurs doivent prouver qu'ils présentent des contraintes sévères à l'emploi. De plus, on exige souvent que leur invalidité soit prolongée, ce qui risque d'exclure les personnes épisodiquement handicapées. Devant les critiques formulées par les chercheurs et l'ensemble des personnes handicapées quant à l'exigence d'une invalidité prolongée au titre des programmes provinciaux ainsi que dans le PPIRPC (p. ex., Stapleton et Tweddle, 2008), les gouvernements provinciaux ont adopté des mesures visant à contrer le risque de dissuader les prestataires épisodiquement handicapés d'intégrer le marché du travail.

Les demandeurs d'aide sociale, qu'il s'agisse de personnes handicapées ou non, doivent se soumettre à un examen de leurs besoins, y compris l'examen des liquidités, des revenus et des besoins budgétaires. Bien que certaines sources de revenu ne soient pas prises en compte, comme les crédits d'impôt remboursables et la Prestation fiscale canadienne pour enfants, de nombreuses autres sources le sont. C'est ainsi que sont déduites intégralement les prestations du PPIRPC, les prestations de maladie au titre de l'a.-e., l'indemnisation des accidents du travail de même que les prestations d'assurance-invalidité de longue durée des régimes d'assurance privés. Néanmoins, afin de favoriser le resserrement des liens avec le marché du travail, les gouvernements provinciaux autorisent désormais les bénéficiaires qui occupent un emploi à déduire de l'examen au moins une partie de leur rémunération.

Outre les stratégies pour l'emploi harmonisées avec les programmes d'aide sociale, les provinces ont élaboré diverses stratégies de réinsertion à l'intention des personnes handicapées. Il s'agit généralement de projets pluriannuels englobant de grands domaines tels que la réadaptation professionnelle, les subventions salariales, les outils de formation et de préparation à l'emploi, et les mesures fiscales. Si les bénéficiaires visés sont les personnes handicapées qui *ne sont pas* assurées au titre de l'a.-e. (et qui, par conséquent, n'ont pas droit aux programmes de prestations d'emploi aux termes de la partie II de l'a.-e.), celles qui sont assurées au titre de l'a.-e. peuvent également de coutume y avoir accès.

La prestation des services est assurée par des tiers (habituellement sans but lucratif) avec qui les gouvernements provinciaux concluent un contrat. Ces fournisseurs de services font souvent partie de groupes d'encadrement qui défendent leurs intérêts collectifs à l'échelle provinciale. De plus, ils jouent à ce niveau-là un rôle actif dans le processus d'élaboration des politiques et sont considérés comme des partenaires par leur gouvernement provincial respectif (encadré 1.1).

31. La Colombie-Britannique fait partie des exceptions parce que la désignation des personnes handicapées porte en particulier sur la manière à laquelle l'état de santé et l'invalidité restreignent le demandeur dans sa capacité de mener ses activités quotidiennes. Les aptitudes professionnelles font l'objet d'une évaluation distincte au moyen des programmes d'emploi.

Encadré 1.1. De grandes initiatives d'emploi pour les personnes handicapées dans trois provinces

Le Québec a lancé en 2008 la *Stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées*, laquelle vise à réduire de 50 % d'ici 2018 l'écart entre le taux d'emploi des personnes handicapées et celui des personnes non handicapées. Soixante et une mesures dans trois grands domaines — accroître la sensibilisation, développer le potentiel et neutraliser les obstacles — sont appliquées d'ici la fin de 2013. Le crédit d'impôt remboursable pour la période de formation en cours d'emploi a été bonifié pour passer de 30 % à 40 %. Le budget du Contrat d'intégration au travail (CIT), un programme de subventions destiné aux employeurs afin de compenser le coût des salaires et des accommodements, sera également bonifié pour atteindre 3.3 millions de CAD, ce qui le portera à 49.1 millions de CAD en 2013 comparativement à 24.5 millions de CAD en 2008. Dans la même veine, le budget destiné aux entreprises adaptées augmentera pour passer de 50 millions de CAD à 60.7 millions de CAD, ce qui permettra la création de 825 autres emplois pour les personnes gravement handicapées.

La stratégie *Travail profitable* du Manitoba, d'une durée de quatre ans (à partir de l'exercice 2007-08) et de 27.5 millions de CAD, vise à combattre la pauvreté au moyen de mesures axées sur l'emploi. L'initiative *emploiHabilités* est l'une des principales composantes de cette stratégie qui aide les personnes handicapées à trouver un emploi et à le conserver grâce à un financement (divers programmes, y compris le *Fonds emploiHabilités* et à un personnel (p. ex., *l'Équipe emploiHabilités*) accrus. Aux termes de *Préparons-nous!*, nouvelle politique en matière de formation et d'éducation, les personnes handicapées qui touchent des prestations d'aide au revenu et qui n'ont pas réussi à trouver un emploi permanent peuvent obtenir une approbation pour participer à des programmes d'éducation et de formation (y compris des programmes universitaires ou postsecondaires) pendant au plus quatre ans en fonction d'évaluations personnalisées. La stratégie comprend également une *Campagne de sensibilisation à la situation des personnes handicapées*, les *Volunteer Supports*, de même que le projet pilote *Stages of Change* qui, au moyen d'une démarche novatrice à six étapes, aide les personnes handicapées à se préparer pour le travail et à trouver de bons emplois. Parmi les autres initiatives, on peut citer : des incitations renforcées à l'emploi et des exemptions d'actifs en liquide ; des subventions salariales pouvant atteindre 100 % pour les employeurs municipaux et à but non lucratif ; la transition des allocations d'aide au revenu pour les participants qui suivent une formation vers une allocation de formation en remplacement des aides au revenu ; des aides supplémentaires à l'emploi pour les participants ayant des problèmes de santé mentale ; des prestations santé allant jusqu'à deux ans pour les participants ne bénéficiant plus de l'aide au revenu et qui trouvent un emploi ; et une allocation de transition pour permettre de subvenir aux frais engendrés par le passage des subventions vers un emploi.

En Colombie-Britannique, le Conseil du ministre sur l'emploi des personnes handicapées prodigue au gouvernement des recommandations sur les principales stratégies et initiatives visant à accroître l'emploi et l'employabilité des personnes handicapées, surtout au moyen de partenariats avec les entreprises et l'industrie. Le *10 By 10 Challenge*, qui lance aux entreprises et aux collectivités de la Colombie-Britannique le défi d'accroître de 10 % d'ici 2010 le nombre d'emplois pour les personnes handicapées, et *WorkAble Solutions*, initiative visant à établir un lien entre employeurs et personnes handicapées par la prestation de ressources et d'un soutien en matière d'emploi, constituent des exemples de telles initiatives. Outre l'éventail des programmes d'emploi offerts aux clients de l'aide au revenu, le gouvernement de la Colombie-Britannique a lancé *Employment Program for Persons with Disabilities* (EPPD), programme fondamental qui procure aux personnes handicapées des mesures de soutien et services personnels complets pour les aider à atteindre leurs objectifs d'emploi et à accroître leur autonomie. Le financement annuel de 20 millions de CAD prévu au titre de ce programme permet d'aider chaque année environ 6 000 personnes.

F. *Indemnisation provinciales des accidents du travail et assurance-invalidité de longue durée privée*³²

An Canada, l'*indemnisation des accidents du travail* est gérée par des commissions réglementées au niveau provincial. Les primes versées par les employeurs à la « caisse des accidents » sont modulées en fonction des secteurs d'activité et des professions et — fait particulier quant à la prévention de l'invalidité — elles varient en fonction des antécédents de chaque employeur : plus il y a de blessures ou de maladies liées au travail au sein d'une entreprise, plus ses primes seront élevées.

Outre les dépenses de santé imputables aux maladies professionnelles et aux accidents du travail, les commissions indemnisent les salariés au prorata de leur rémunération (prestation d'assurance-salaire). Si les formules de calcul de cette prestation varient d'une province à l'autre, son montant est normalement beaucoup plus élevé que celui du PPIRPC ou des prestations de maladie au titre de l'a.-e.³³. Dans les cas où il est établi que l'invalidité est permanente, le travailleur peut obtenir une prestation d'invalidité permanente sous forme de rente mensuelle (en Colombie-Britannique) ou d'un montant forfaitaire (au Québec, au Manitoba). Les régimes d'indemnisation des accidents du travail prévoient également des prestations pour personnes à charge et des services de réadaptation.

L'*assurance-invalidité de longue durée (ILD) privée*³⁴ contribue également dans une forte mesure à la composition du revenu des personnes handicapées au Canada. Tel est le cas notamment de celles qui ne peuvent répondre aux critères rigoureux du PPIRPC, car l'assurance-invalidité de longue durée privée s'appuie sur une définition de l'invalidité (« l'incapacité à occuper *son propre emploi* ») moins restrictive que celle employée au titre du RPC (« incapacité à détenir *une occupation véritablement rémunératrice* ») (Anderson et Brown, 2005). De plus, les montants versés sont plus généreux que ceux au titre du PPIRPC, quoique la durée des prestations soit plus courte dans certains régimes. Habituellement, les bénéficiaires touchent au cours des deux premières années un certain pourcentage (70 %, à titre d'exemple) de leur revenu d'emploi préalable à l'incapacité. Il se peut que la durée des prestations soit prolongée si les bénéficiaires ne peuvent occuper un emploi raisonnablement comparable mais, en règle générale, la durée totale des prestations ne dépasse pas 48 mois (Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes Inc., ACCAP, 2003).

-
32. Conformément à la précision apportée dans l'avant-propos, l'indemnisation des accidents du travail et l'assurance-invalidité privée ne devaient pas constituer les principaux thèmes du présent document. Étant donné l'importance de ces programmes dans la composition globale du revenu des personnes handicapées et possiblement dans les efforts de réforme à l'avenir, nous n'y prêtons guère attention.
33. Au Québec, la Commission de la santé et de la sécurité du travail accorde 90 % de la dernière paye versée à l'employé à l'issue d'une période de 14 jours d'absence (durant laquelle l'employeur verse le même montant). En Colombie-Britannique, un travailleur accidenté peut recevoir 90 % de son salaire net moyen (calculé à partir des revenus bruts après déduction des impôts sur le revenu, des cotisations au RPC et des primes de l'a.-e.). En outre, au Manitoba, la Commission des accidents du travail peut accorder aux travailleurs 90 % de son salaire sous forme de prestations d'assurance-salaire (différence entre la rémunération du travail avant l'accident et la rémunération à laquelle il pourrait prétendre après l'accident).
34. Les régimes d'assurance automobile sont pris en compte ici.

Parce qu'ils forment des sociétés à but lucratif, les assureurs privés insistent davantage sur la nécessité de déceler les premiers indices de décrochage du marché du travail et d'aider les personnes à conserver leur emploi. Les régimes d'ILD comprennent des mécanismes très performants destinés à faciliter le retour à l'emploi (ACCAP, 2003). Les entreprises qui parviennent à diminuer en leur sein les taux d'inactivité pour cause d'invalidité sont récompensées par un éventail de structures de primes. La plupart des assureurs demandent à leurs membres d'être couverts par le PPIRPC ou de se faire indemniser en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, après quoi chaque versement est intégralement déduit, de telle sorte que le montant total versé ne dépasse pas le montant de la rémunération qui aurait été perçue en l'absence d'invalidité.

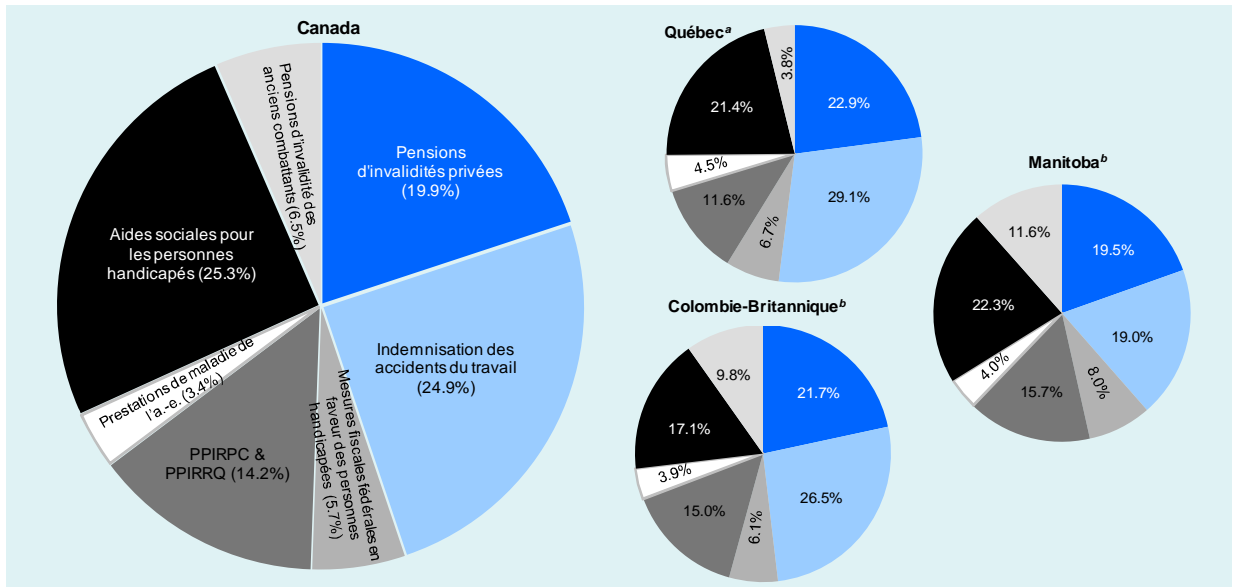
Bien que la place du PPIRPC dans l'ensemble des prestations destinées aux personnes handicapées demeure relativement inchangée, le taux de couverture et les dépenses de l'assurance ILD sont plus élevés qu'avant. L'ACCAP estime qu'en 2007 les régimes d'ILD couvraient 53 % de la population active occupée, ce qui représentait une hausse de 9 points de pourcentage par rapport à 1990. De récentes données tirées de l'EDTR à propos de l'assurance-vie ou de l'assurance-invalidité fournies par l'employeur montrent que cette tendance s'est maintenue jusqu'au milieu des années 2000 mais qu'elle s'est atténuée ces dernières années. En 1994, les dépenses cumulées des régimes d'ILD et des régimes d'invalidité de courte durée (ICD) équivalaient à peu près à celles du PPIRPC (2.9 milliards de CAD). En 2007, les dépenses de l'ILD et du l'ICD totalisaient ensemble presque 12 milliards de CAD, alors que les dépenses du PPIRPC atteignaient 3.5 milliards de CAD (ACCAP, 2009).

En conclusion, le « panorama » des prestations proposées au Canada est donc le suivant :

- Environ 25 % des dépenses totales sont consacrées à l'aide sociale provinciale ayant trait à la désignation des personnes handicapées.
- Une autre tranche de pourcentage égale (25 %) sert à financer les indemnisations provinciales des accidents du travail.
- Environ 20 % vont aux régimes privés d'assurance-invalidité.
- Une autre tranche de pourcentage identique (20 %) est consacrée aux versements au titre des assurances fédérales (prestations de maladie au titre de l'a.-e. et PPIRPC).
- Les avantages fiscaux (essentiellement le CIPH) et les pensions d'invalidité des anciens combattants comptent chacun pour environ 5 % du total.
- Si ces pourcentages varient quelque peu d'une province à l'autre (l'indemnisation des accidents du travail joue un rôle plus important au Québec et plus modeste au Manitoba), le tableau d'ensemble est très semblable (graphique 1.13).

Graphique 1.13. **Vue d'ensemble des prestations fédérales et provinciales en faveur des personnes handicapées au Canada**

Ventilation des dépenses totales par type de prestation (pourcentages), 2005-06



a) Exclut les dépenses correspondant aux mesures fiscales et aux prestations relatives au régime public d'assurance-automobile du Québec.

b) Exclut les dépenses correspondant aux mesures fiscales des provinces.

Source : Open Policy (2008), renseignements généraux préparées pour le compte de RHDC.

CHAPITRE 2. PROBLÈMES ET ENJEUX MAJEURS

On a vu au chapitre précédent que le Canada, à l'exemple de la plupart des pays membres de l'OCDE, fait face à certains grands problèmes comme un faible taux d'emploi et un taux de chômage élevé chez les personnes handicapées. Parallèlement, la tendance mondiale selon laquelle la population active a recours de plus en plus aux prestations d'assurance-invalidité n'est pas aussi manifeste. Si le Canada s'en tire mieux que d'autres pays à ce chapitre, un examen approfondi de l'évolution vers un régime non contributif de même que les taux de pauvreté élevés donnent à penser qu'un faible nombre de bénéficiaires ne signifie pas pour autant que les personnes handicapées obtiennent l'aide dont elles ont besoin pour trouver du travail, ni qu'elles reçoivent un soutien du revenu les empêchant de connaître la pauvreté. Il faut prêter attention à cette réalité, car le ralentissement économique actuel risque de compliquer l'accès au marché du travail des groupes marginalisés tels que les personnes handicapées, une fois ces dernières en chômage. La pauvreté, qui pose déjà problème aux personnes handicapées, pourrait devenir un enjeu considérable au Canada si l'économie continuait de se dégrader.

Bien que les différences interprovinciales soient relativement minimes quant à la plupart des résultats, deux des trois provinces ayant pris part à l'étude comptent parmi celles où les prestations versées aux personnes dites handicapées ont passablement augmenté au cours de la dernière décennie. En outre, au Canada comme ailleurs, la faible participation des personnes handicapées au marché du travail pose problème. Les législateurs, tous ordres de gouvernement confondus, ont tout intérêt à engager des réformes pour régler cette situation. Pourtant, la plupart des réformes stratégiques menées au Canada ces dernières années (consulter l'annexe pour obtenir la description de certaines grandes réformes des politiques fédérales liées à l'assurance-maladie et à l'assurance-invalidité au cours des trente dernières années) ont été parcellaires et leur incidence semble limitée sur les résultats en matière d'emploi. Le régime canadien de mesures de soutien et de prestations en matière d'invalidité est complexe, contraignant sur le plan administrativement et d'un accès déroutant.

À l'avenir, l'orientation donnée aux politiques canadiennes en matière d'invalidité devra, dans un esprit de concertation, évoluer pour se situer au delà de l'invalidité et de la protection du bien-être du « digne pauvre »³⁵ afin d'atteindre les objectifs établis dans le document *À l'unisson* au chapitre de l'emploi³⁶. Au Canada, tel semble être le principal problème à régler s'il

-
35. Le concept de « digne pauvre » sert à décrire une situation dans laquelle les obstacles comportementaux et préjugés culturels qui imprègnent les programmes, la conception de politiques, les ensembles de données et les modes de prestation des services entraînent l'exclusion ou la ségrégation des enjeux en matière d'invalidité et des personnes handicapées relativement au domaine public. Consulter Rioux et Prince (2002) pour obtenir une analyse des conséquences de la catégorisation des personnes handicapées en tant que « dignes pauvres ».
36. Le Québec n'a pas participé au développement de *À l'unisson* car la province souhaite pouvoir contrôler les programmes destinés aux personnes handicapées, bien que la province partage les préoccupations exposées dans ce document.

faut modifier le statu quo et faire en sorte que les décideurs, tous ordres confondus, s'attèlent à une tâche à mettre en œuvre depuis longtemps : surmonter les questions de délimitation des pouvoirs fédéraux-provinciaux qui entravent actuellement l'établissement des réformes structurelles et institutionnelles nécessaires et d'une gouvernance efficace.

2.1. Aller au-delà de la mentalité des prestations d'invalidité

Ainsi qu'on l'a vu au premier chapitre, peu de Canadiens bénéficient de quelque mesure de soutien que ce soit sur le plan de la réadaptation professionnelle ou de l'emploi. Les régimes de prestations d'assurance-invalidité au Canada, un peu comme ceux de plusieurs autres pays membres de l'OCDE, ont encore trop souvent tendance à mener les bénéficiaires vers la dépendance aux prestations d'aide sociale et l'exclusion du marché du travail plutôt qu'à une participation à celui-ci. Par exemple, ces régimes demeurent souvent axés sur l'incapacité de la personne et non sur les tâches qu'elle est capable d'accomplir. Les bénéficiaires doivent prouver qu'ils sont incapables de travailler pour continuer d'avoir droit à des prestations et, dans la plupart des cas, de les obtenir. Par conséquent, le régime comporte en soi un effet invalidant parce qu'il pousse de nombreuses personnes qui pourraient travailler, moyennant des mesures de soutien et des incitatifs convenables, à adopter une mentalité de dépendance aux prestations³⁷.

La baisse de compétitivité sur le marché du travail est un problème qui relève *du marché du travail* plutôt que *d'un état de santé* à proprement parler. Or, le droit à une aide sociale et à une formation professionnelle est souvent fonction de l'évaluation de l'état de santé. Au Canada comme ailleurs, cette situation puise son origine en partie dans l'histoire : les régimes de prestations d'assurance-invalidité ont été initialement conçus pour apporter un filet de sécurité aux personnes devenues handicapées à la suite d'un accident grave ou d'une maladie congénitale (Jongbloed, 2003). En outre, dans les années 90, l'admissibilité au PPIRPC a été délibérément restreinte aux personnes jugées dans un état grave. Fait paradoxal, cette stratégie a pour effet d'exclure des personnes qui risqueraient moins de connaître la pauvreté si elles prenaient part au marché du travail. De telles politiques sont le reflet d'une *mentalité des prestations d'invalidité*, constatée dans plusieurs pays membres de l'OCDE (OCDE, 2009). Lorsque les décideurs comprendront que les personnes à capacité de travail réduite peuvent malgré tout jouer un rôle important dans l'économie, un mouvement de fond se dessinera pour recentrer l'investissement dans les politiques afin de trouver des solutions originales qui aideront ces personnes à intégrer le marché du travail.

A. Priorité à l'aide sociale ou à l'emploi

Les gouvernements fédéral et provinciaux ont fait des efforts pour faciliter l'intégration des personnes handicapées au marché du travail. Le gouvernement fédéral, par exemple, finance directement des mesures d'aide à l'emploi au moyen du FI, propose des services de réadaptation professionnelle à un nombre limité de bénéficiaires du PPIRPC et, dans le cadre du régime d'assurance-emploi, fournit des moyens aux provinces au titre de plusieurs accords

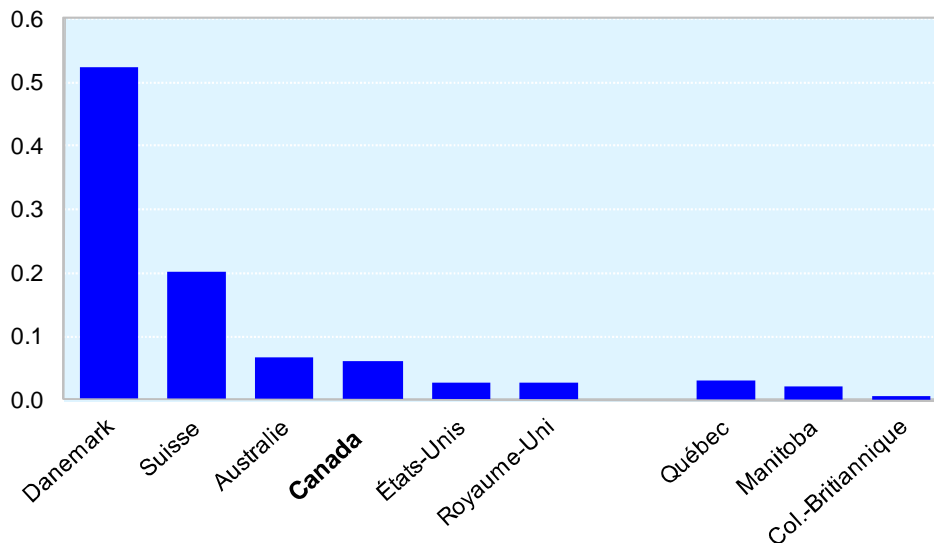
37. Il s'agit d'une forte généralisation du problème sous-jacent, mais elle est nécessaire. Comme en témoignent diverses parties du rapport, il existe des exceptions à cette règle. Notamment, les programmes d'indemnisation des accidents du travail poursuivent une politique dynamique en offrant des programmes de retour au travail. Ces programmes exigent souvent une thérapie de réadaptation applicable pour les personnes blessées au travail ou atteintes d'une maladie professionnelle, et ils imposent souvent des pénalités sévères aux employeurs qui n'offrent pas d'occasions raisonnables de réintégration.

sur le marché du travail pour faciliter l'intégration professionnelle des personnes handicapées. Par surcroît, les gouvernements provinciaux ajoutent leur propre revenu aux crédits relevant de l'EPMT ou de l'EMTPH en vue d'atteindre cet objectif.

Toutefois, si les politiques suivies au Canada à l'égard des personnes handicapées semblent axées sur l'emploi, les mesures prises concrètement ne sont pas très dynamiques comparativement à d'autres pays membres de l'OCDE. Au total, les dépenses consacrées aux programmes actifs du marché du travail (PAMT) à l'intention des personnes handicapées représentent moins de 0.1 % du PIB : 0.06 % du PIB pour les programmes fédéraux, auquel s'ajoute de 0.01 à 0.03 % du PIB (provincial), selon la province, en ce qui concerne les programmes provinciaux connexes. Ce pourcentage est certes supérieur à celui des autres pays de langue anglaise, mais il est nettement inférieur au pourcentage du PIB — 0.5 % ou plus — consacré par les pays qui changent le cours des choses, comme le Danemark, et il constitue la moitié des dépenses consacrées aux PAMT en Suisse (graphique 2.1). Au Danemark et en Suisse, le taux d'emploi des personnes handicapées surpasse de presque 10 points de pourcentage celui du Canada, pays où il reste beaucoup à faire afin de réorienter les investissements pour en arriver à des politiques qui faciliteront l'activité des personnes handicapées et présenteront un rapport coût-efficacité amélioré.

Graphique 2.1. **Le Canada investit relativement peu dans les PAMT, à l'exemple des autres pays de langue anglaise**

Dépenses annuelles relatives aux programmes actifs du marché du travail à l'intention des personnes handicapées, en pourcentage du PIB, 2005



Note : Les dépenses des provinces s'ajoutent à celles du gouvernement fédéral. Les données du Canada et des provinces se rapportent à l'exercice 2006-07, les données des provinces étant exprimées par rapport au PIB de la province en question. Les données sont tirées des programmes suivants : le FI et l'EMTPH pour le Canada, le *BC Employment Programme*, le *Community Assistance Program*, et l'*Employment Program for Persons with Disability* ; pour la Colombie-Britannique ; et les programmes de réadaptation professionnelle pour le Québec et le Manitoba.

Source : OCDE, *Maladie, invalidité et travail* (Vol. 1-3), Base de données de l'OCDE sur les PAMT, données administratives fournies par les autorités provinciales du Canada.

De même, les dépenses consacrées aux PAMT sont relativement faibles par rapport à celles liées aux prestations d'assurance-emploi. Selon les programmes de prestations pris en compte à titre de comparaison, les dépenses que le Canada consacre aux PAMT constituent au total de 4 et 6 % des dépenses en matière d'invalidité. Or, dans les pays d'avant-garde de l'Europe (du Nord), cette proportion serait de l'ordre de 10 à 15 % (OCDE, 2003), malgré des prestations d'assurance-invalidité moyennes plus élevées de même que des taux de bénéficiaires (et par conséquent des dépenses de prestations) considérablement supérieurs dans ces pays.

L'intégration au marché du travail en tant que but ultime des politiques sociales et d'aide à l'emploi constitue l'élément moteur sur lequel repose la diffusion du *programme d'activation* au sein d'un nombre croissant de pays membres de l'OCDE. De plus en plus, il est demandé aux chômeurs de chercher activement un travail et de participer à des activités ou de suivre une formation qui améliore leur employabilité, condition préalable à l'octroi de prestations. Sous une forme édulcorée, (p. ex., des entrevues obligatoires et régulières avec un travailleur social), ce principe de responsabilité mutuelle est également appliqué de plus en plus aux demandeurs d'emploi ayant des problèmes de santé ou à capacité de travail réduite. Certains pays exigent notamment que toutes les mesures de réadaptation possibles — d'ordre médical ou professionnel — soient épuisées avant d'accorder une prestation d'invalidité ; autrement dit, ils offrent aux demandeurs un soutien accru mais s'attendent à davantage de ces derniers en retour.

Cette conception de l'activation ne caractérise pas la politique canadienne, ni même pour les chômeurs ordinaires. En principe, le régime canadien d'assurance-emploi oblige les demandeurs à faire état de leur situation au regard de l'emploi, habituellement par téléphone ou par Internet, pour pouvoir recevoir des prestations. Les demandeurs peuvent en être exclus s'ils ne suivent pas leurs directives raisonnables données par le gouvernement, mais la participation aux PEMS demeure en pratique facultative (OCDE, 2007)³⁸. Pour les personnes handicapées, même des mesures d'activation modérées de ce type n'existent pas. Tous les programmes d'emploi en vigueur fonctionnent selon le principe de la participation *volontaire* des personnes handicapées. Ce principe transparaît également dans une certaine mesure au sein des règlements provinciaux en matière d'aide sociale. Si l'on attend de plus en plus des demandeurs ordinaires qu'ils cherchent un emploi rémunéré, tel n'est pas le cas de la plupart des personnes dites handicapées.

Dans de nombreux pays membres de l'OCDE, le bouleversement de la mentalité des prestations d'invalidité s'explique essentiellement par le coût élevé et exponentiel des programmes de prestations. On croit de façon générale que la limitation des coûts liés aux prestations d'assurance-incapacité et à l'aide sociale pose moins problème au Canada. Mais ce constat tient en partie à l'indicateur utilisé pour fins de comparaison. Il est vrai que les fonds publics consacrés aux prestations d'assurance-maladie au Canada sont très faibles, à environ 0.1 % du PIB (sans prendre en compte les congés de maladie rémunérés accordés par l'employeur pendant le délai de carence de deux semaines)³⁹, et qu'il en va de même pour les

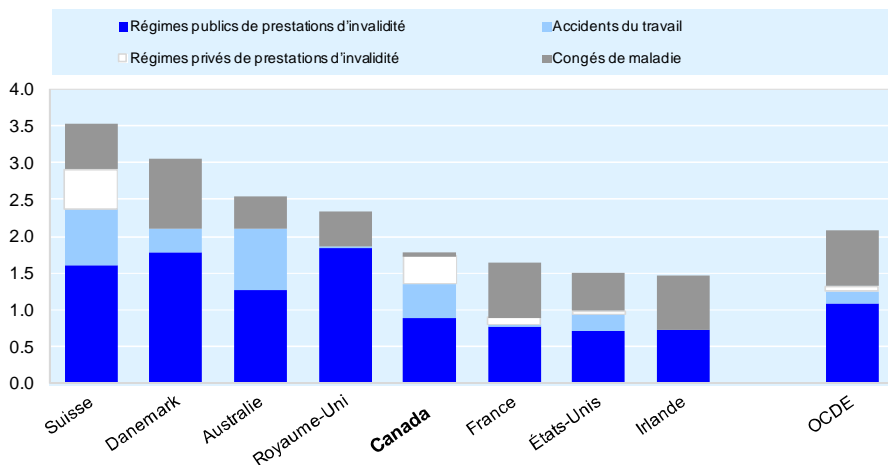
38. Voir aussi OCDE (2008a), p.155 : « ... Dans la pratique, cependant, le Canada n'oblige pas les utilisateurs à faire état régulièrement des démarches entreprises pour trouver du travail, n'aiguille pas directement les clients de l'assurance-emploi vers les postes vacants et ne les oblige pas à mettre en œuvre des plans d'action individuels ou à participer à des programmes actifs du marché du travail. »

39. Il est possible que la disponibilité générale du congé de maladie payé comme prestation d'emploi contribue au faible niveau de dépenses constaté en ce qui touche les prestations publiques d'assurance-maladie. L'importance de l'assurance-invalidité privée (dans ce cas, à court terme) au Canada intervient peut-être à ce chapitre. Le congé de maladie est en fait une

dépenses liées au programme public général de prestations d'invalidité (PPIRPC et PPIRRQ), à 0.4 % du PIB. Par l'application de critères d'admissibilité rigoureux (PPIRPC) et le raccourcissement de la durée de versement (assurance-emploi), le gouvernement fédéral a réussi à maîtriser ses dépenses de prestations. Cependant, les prestations d'assurance-invalidité — y compris les prestations d'aide sociale versées par les provinces aux personnes handicapées, l'indemnisation des accidents du travail dans les provinces et les prestations des régimes d'assurance-invalidité privés — comptent pour 1.8 % du PIB, pourcentage tout juste en deçà de la moyenne des pays de l'OCDE qui se situe à 2 % du PIB (graphique 2.2). Certains de ces programmes, notamment les régimes d'assurance-invalidité privés et d'indemnisation des accidents du travail, jouent au Canada un rôle passablement plus important que dans la plupart des autres pays membres de l'OCDE.

Graphique 2.2. **Les dépenses totales du Canada relatives aux prestations d'assurance-invalidité sont tout juste en deçà de la moyenne de l'OCDE**

Dépenses annuelles relatives aux prestations d'invalidité en pourcentage du PIB, par type de programme de prestations, 2005



Note : Au Canada, les régimes publics de prestations d'invalidité consistent en le PPIRPC, le PPIRRQ, la pension d'invalidité des anciens combattants et les régimes provinciaux d'aide sociale à l'intention des personnes handicapées. Les chiffres donnés n'incluent pas les avantages fiscaux pour personnes handicapées, notamment le CIPH, de l'ordre de 1.5 milliard de dollars, soit 0.11 % du PIB, pourcentage nettement supérieur à celui d'autres pays (comme l'Australie [0.04 %], la France [0.02 %] et les États-Unis [0.004 %]). Contrairement aux autres pays, les prestations de maladie au Canada n'englobent pas les sommes versées par l'employeur au cours des deux premières semaines d'absence (si ces sommes étaient comprises, la part des dépenses liées à l'invalidité au Canada grimperait à près de 2 % du PIB, sinon plus).

Source : OCDE, *Maladie, invalidité et travail* (Vol. 1-3), Base de données SOCX de l'OCDE sur les dépenses sociales, et données communiquées par les autorités provinciales au Canada.

autre caractéristique importante et courante de l'ensemble des avantages sociaux liés à l'emploi au Canada. Le *Code canadien du travail* et les lois provinciales en matière de normes d'emploi fournissent une protection contre le congédiement, la mise à pied, la suspension, la rétrogradation ou les mesures disciplinaires en raison d'une absence pour cause de maladie ou de blessure. Les lois ne comportent pas de dispositions pour le congé payé, mais un grand nombre d'employés ont accès à une prestation d'assurance-maladie offerte par l'employeur. D'après l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR) de 2002, près de la moitié des employés qui se sont absentés du travail pendant deux semaines ou plus ont reçu une rémunération complète ou partielle de leur employeur (Marshall, 2006).

Le temps est venu, au Canada, d'engager une réforme *structurelle* axée fortement sur l'emploi en dépit de la grave crise qui sévit au chapitre de l'économie et du travail. Une telle réforme permettra non seulement d'éviter un afflux de demandes au titre des programmes de prestations d'assurance-maladie pendant le ralentissement, mais d'éviter des pertes d'emploi en nombre disproportionné parmi les personnes de santé fragile et de favoriser l'exploitation optimale de leur potentiel professionnel dès que l'économie se redressera.

B. Dépistage et intervention précoces

Ces dernières années, les décideurs de plusieurs pays membres de l'OCDE sont arrivés à la conclusion que la prévention de la maladie et le maintien en poste sont les clés d'une amélioration, au chapitre de l'emploi, des résultats des personnes à capacité de travail réduite. On constate invariablement qu'il est beaucoup plus difficile de trouver un nouvel emploi aux personnes handicapées que de les aider à conserver leur poste. Conscients de cette situation, des pays ont entrepris une réforme structurelle de leurs politiques en matière d'invalidité pour être capables de dépister les problèmes *précocement* et d'intervenir *rapidement*, au besoin. Tel était, par exemple, le but principal des réformes récentes menées en Suisse : pour réduire le délai courant entre l'apparition d'une maladie et le moment où l'administration en reconnaît l'existence puis propose quelques premières solutions. Il est ressorti des recherches effectuées qu'en temps ordinaire, un programme de réadaptation professionnelle ou de formation n'est même envisagé qu'un an ou deux après la manifestation des problèmes de santé. Ces recherches ont abouti à la conclusion que le diagnostic et la prévention précoces sont d'une efficacité accrue sur le plan des coûts.

La situation au Canada s'apparente à celle de nombreux autres pays à cet égard : plus une personne est sortie longtemps du marché du travail, plus ses chances de réintégration sont faibles. Pourtant, les mesures stratégiques servant à dépister précocement les problèmes de santé et à prévenir le décrochage du marché du travail attribuable à ceux-ci ne sont pas bien élaborées au Canada, que ce soit dans le cadre des programmes fédéraux ou des politiques d'invalidité, des régimes de prestations ou des programmes d'aide à l'emploi provinciaux⁴⁰.

Le PPIRPC et le programme fédéral de prestations de maladie au titre de l'a.-e. sont les régimes de prestations relatifs à la santé les plus répandus au Canada. Selon la façon dont les cotisations et les prestations sont structurées, elles peuvent constituer des outils stratégiques utiles pour favoriser le dépistage précoce et la prévention des maladies et de l'invalidité de longue durée. Les cotisations, par exemple, pourraient être modulées en fonction des antécédents, de façon à ce que les employeurs paient davantage si un nombre accru de leur effectif est en proie à des maladies ou une invalidité de longue durée. De telles dispositions sont fréquentes dans les régimes d'indemnisation des accidents du travail et les programmes d'assurance-invalidité privés de nombreux pays, dont le Canada, et leur intégration aux programmes généraux de prestations d'assurance-invalidité est également de plus en plus

40. Il convient toutefois de souligner que le Canada et les partenaires provinciaux ont investi massivement dans l'élaboration de programmes de formation ayant trait à la gestion des limitations fonctionnelles, dans le but de former des experts en ressources humaines qui savent comment créer des environnements et des lieux de travail sécuritaires et répondant aux besoins des personnes handicapées en milieu de travail. À l'heure actuelle, des programmes menant à l'obtention d'un grade en gestion des limitations fonctionnelles ont été établis en Colombie-Britannique et en Alberta. La gestion des limitations fonctionnelles fait désormais partie intégrante des pratiques de RH dans un grand nombre d'entreprises au Canada.

évoquée⁴¹. De même, dans beaucoup de pays membres de l'OCDE, les programmes de prestations d'assurance-maladie comportent des dispositions comparables, lesquelles peuvent prendre la forme d'un congé de maladie financé par l'employeur sur plusieurs mois, voire deux ans aux Pays-Bas⁴².

Le mode d'administration actuel du PPIRPC et du programme fédéral de prestations de maladie au titre de l'a.-e. n'appuie ni ne favorise le dépistage et l'intervention précoces. Dans le cas du PPIRPC, le gouvernement fédéral n'entre en jeu qu'une fois présentée la demande de prestations. Cette intervention a lieu généralement beaucoup trop tard, car les demandeurs sont alors déjà atteints d'une « invalidité grave et prolongée ». Même s'ils ont présenté une demande dans le cadre du PPIRPC et du PPIRRQ, les demandeurs devront patienter trois mois avant de recevoir leurs premières prestations, sans qu'il n'y ait non plus de mesures durant cette période pour les aider à réintégrer le marché du travail. Ce n'est qu'une fois amorcé le versement des prestations que les nouveaux bénéficiaires seront invités tôt ou tard à participer à des programmes de « retour au travail ».

Le régime de prestations de maladie au titre de l'a.-e., lequel prévoit le versement de prestations liées à l'incapacité de travail de courte durée, se révèle même plus propice que le PPIRPC au dépistage et à l'intervention précoces en tant qu'outil stratégique opérant. Cependant, il ne prévoit pour l'instant ni outil, ni mesure d'intervention précoces. D'entrée de jeu, le régime de prestations de maladie au titre de l'a.-e. comporte un délai de carence de deux semaines sans salaire pendant lequel ni les employeurs, ni le gouvernement n'appliquent des mesures de prévention. Les prestations de maladie au titre de l'a.-e. peuvent être versées pendant au plus 15 semaines, période cruciale pour l'évaluation de l'état de santé des bénéficiaires, la gestion des absences et le démarrage du processus de réadaptation, mais pendant laquelle ces services ne sont pourtant pas assurés⁴³.

Le recours au *Programme de réduction du taux de cotisation d'assurance-emploi* (PRTCAE) pourrait constituer un moyen de répandre la modulation en fonction des antécédents de même que l'intervention précoce. Les employeurs qui inscrivent leur personnel à un régime privé d'assurance de courte durée admissible dont les prestations sont globalement comparables à celles du régime de prestations de maladie au titre de l'a.-e. ont

-
41. Il ne faut pas en conclure que la modulation des cotisations des employeurs en fonction des antécédents est facile à mettre en œuvre dans les régimes généraux de prestations d'assurance-invalidité ; il reste à répondre à plusieurs questions conceptuelles, dont qui doit payer dans le cas de changements d'emploi (fréquents). La Finlande et les Pays-Bas sont les deux seuls pays qui appliquent pareille modulation dans le cadre de leur programme public général de prestations d'assurance-invalidité. La mise en œuvre de cette disposition aux Pays-Bas il y a une dizaine d'années a beaucoup contribué à la forte diminution ces dernières années du nombre annuel de nouveaux demandeurs de prestations (voir OCDE, 2008).
 42. La différence entre les congés de maladie financés par l'employeur et la modulation, en fonction des antécédents, des cotisations versées au régime de prestations d'assurance-invalidité réside dans le fait que, s'agissant des premiers, l'employeur est tenu de verser des indemnités avant que l'État entre en jeu. Il convient de souligner que dans certains pays, comme les Pays-Bas, les employeurs peuvent choisir de réassurer ce risque sur le marché de l'assurance privé.
 43. Par le passé, la période de recours aux prestations d'assurance-maladie est demeurée constante, à environ 9,5 semaines, pendant que le pourcentage des prestataires qui y ont eu recours durant les 15 semaines au complet est également demeurée stable, à environ 30 %.

droit à une réduction des cotisations d'a.-e.⁴⁴. Le taux de réduction est fixé chaque année en fonction des économies réalisées par le programme d'a.-e. au cours des trois années précédentes. En 2008, une réduction des cotisations a été appliquée à environ 60 % des gains assurables déclarés au Canada.

Il est reconnu que de nombreux employeurs offrent des prestations d'assurance-maladie et d'assurance-invalidité à leurs employés au moyen du PRTCAE. Les assureurs privés mettent habituellement en place des calendriers de cotisations élaborés qui tiennent compte des antécédents des employeurs et de ceux de leur secteur dans l'ensemble. En outre, ils proposent souvent des services de gestion des absences et de l'invalidité, directement ou par l'intermédiaire des employeurs. Toutefois, les détails de ces modalités au Canada sont peu connus, et ni leur structure de cotisation, ni leurs éléments de prévention de l'invalidité ne font l'objet d'exigences juridiques.

Par ailleurs, les régimes provinciaux sont dépourvus de dispositions permettant de dépister et d'agir précocement sur les problèmes de santé afin de prévenir l'invalidité de longue durée. En raison des délais de carence prévus au titre de l'aide sociale, les utilisateurs du régime auront souvent éprouvé des difficultés au sein du marché du travail pendant plusieurs années, de sorte que les gouvernements provinciaux ont peine à joindre ces personnes à un stade précoce. À la longue, de nombreux clients de l'aide sociale passent au régime d'aide spécial destiné aux personnes handicapées (lequel est généralement assorti de prestations un peu plus élevées et d'une dispense de chercher du travail). De même, beaucoup de bénéficiaires de ce régime ont touché par le passé des prestations régulières d'aide sociale. Néanmoins, il n'existe pas de procédures systématiques pour vérifier l'état de santé des clients réguliers ni pour repérer précocement ceux qui risquent de nécessiter des prestations pendant une longue période afin de leur proposer rapidement des services de réadaptation.

C. Rôle des employeurs

Les employeurs sont les mieux placés pour soutenir et faciliter des mesures de prévention et d'intervention précoce qui permettront aux personnes handicapées de demeurer au sein de la population active. Beaucoup de pays reconnaissent le rôle clé que jouent les employeurs et confient à ces derniers des responsabilités croissantes. Premièrement, il faut demander aux employeurs de redoubler leurs efforts afin de prévenir les maladies ou les invalidités en garantissant un lieu de travail sûr. Deuxièmement, lorsque l'employé prend des congés de maladie à répétition ou de longue durée, l'employeur doit examiner la situation avec soin pour éviter que l'employé s'enlise puis décroche du marché du travail. Au Canada, les codes du travail et les lois en vigueur facilitent et régissent la sécurité en milieu de travail. Par contre, les gouvernements fédéral ou provinciaux ne semblent guère se soucier des absences à répétition pour cause de maladie qui mènent vers le décrochage prolongé du marché du travail, sauf pour les aides à la formation à la gestion du handicap.

En règle générale, les programmes de réadaptation provinciaux visant les personnes handicapées sont axés sur la *réadaptation médicale*. Ils s'inscrivent dans une perspective

44. Parmi les conditions de base auxquelles il faut satisfaire au titre du régime d'assurance de courte durée, il y a le versement de prestations pendant au moins 15 semaines, l'obligation d'égaliser ou de dépasser le niveau des prestations prévues aux termes du régime de prestations de maladie au titre de l'a.-e., et le versement des prestations aux employés dans les 14 jours suivant la déclaration de la maladie ou de l'accident.

médicale, relèvent des ministères de la santé et leur gestion est assurée par des fournisseurs de services qui sont des experts médicaux, sans que les employeurs n'interviennent de façon soutenue. Les programmes de *réadaptation professionnelle*, gérés pour la plupart par les ministères du travail, ont tendance à cibler les travailleurs ayant *déjà* une invalidité et qui, habituellement, ont perdu leur emploi, de sorte que les employeurs n'y interviennent pas non plus. Sauf pour les personnes victimes d'accidents ou de maladie contractés dans le cadre du travail pour lesquelles les services de réadaptation et/ou des modifications en milieu de travail peuvent être accordés dans les programmes de compensation des employés, les personnes en emploi mais qui contractent un problème de santé ou une invalidité de longue durée ne bénéficient, la plupart du temps, d'aucun soutien réel.

Lorsqu'il faut trouver de nouveaux emplois à des chômeurs ayant un problème de santé ou une invalidité, la collaboration des employeurs est essentielle. Il existe au Canada plusieurs programmes fédéraux et provinciaux pour inviter ces derniers à intégrer des personnes handicapées à leur personnel. C'est ainsi qu'on a créé les *Subventions salariales ciblées*, programme conçu pour inciter les employeurs à recruter des personnes qu'ils n'embaucheraient pas normalement sans subvention. Ce programme, destiné aux travailleurs en chômage admissibles à l'a.-e., permet de subventionner temporairement jusqu'à 100 % du salaire (compte tenu de l'administration et des circonstances particulières) de même qu'une partie ou l'intégralité des coûts servant à combler les besoins spéciaux tels que les mesures d'adaptation en milieu de travail. Des programmes semblables sont offerts aux personnes n'ayant pas droit à l'aide au titre de la partie II de l'a.-e. De plus, les Partenariats sur le marché du travail, une mesure de soutien liée à l'a.-e., peuvent aider les employeurs à accroître leur capacité de réponse aux besoins en ressources humaines et à mettre en place des ajustements du marché du travail. En outre, on a créé en Colombie-Britannique un Conseil ministériel qui prend en considération les partenariats cruciaux entre les employeurs, la collectivité et les organismes gouvernementaux. Celui-ci entreprend des projets de travail avec les collectivités et les employeurs pour faire en sorte qu'ils soient sensibilisés, constitués en réseau et soutenus relativement à l'intégration des personnes handicapées en milieu de travail.

Par ailleurs, les employeurs ont des obligations. Les gouvernements fédéral et provinciaux ont adopté des règlements sur les droits de la personne selon lesquels les employeurs doivent adapter le milieu de travail en fonction des besoins des personnes handicapées. Ces règlements ont toutefois une portée limitée en raison des dispositions de « contrainte excessive », lesquelles permettent aux employeurs de se soustraire de cette obligation. Hormis l'obligation de verser le montant de cotisations qu'ils doivent aux termes des régimes d'assurance fédéral et provinciaux, ils ne sont pas assujettis à d'autres fonctions ou responsabilités matérielles comme ceux des autres pays membres de l'OCDE, notamment en ce qui touche le suivi des absences, la planification des mesures de réadaptation professionnelle ou les quotas d'emplois obligatoires.

Dans une économie caractérisée par des niveaux d'emploi élevés, les personnes handicapées peuvent être perçues par les employeurs comme une source de main-d'œuvre intéressante. Il ressort d'une étude récente de RHDC que les personnes chez qui apparaît un problème de santé qui sera de longue durée entraînant l'incapacité étaient plus susceptibles de demeurer à leur poste à temps plein toute l'année que les autres personnes. Ce phénomène peut résulter de l'inertie de ces personnes ou de leurs liens solides avec le marché du travail. Si un tel comportement se révélait répandu chez les personnes handicapées au Canada, peut-être que ces dernières seraient recherchées par les employeurs qui voudront stabiliser leur

effectif dans un contexte de marché du travail serré et diminuer le taux de roulement du personnel (Fawcett et Spector, 2008)⁴⁵.

Une ONG a réalisé quelques rapports isolés (Wright, 2008), lesquels montrent que des préjugés négatifs subsistent, mais que de nombreuses entreprises comprennent désormais que la diversité « est bonne pour les affaires » et prennent des mesures pour favoriser la diversité en milieu de travail. L'ONG indique en outre, d'une part, que l'absence de passerelles accessibles et efficaces entre les demandeurs d'emploi, les agences de placement et les employeurs constitue le principal obstacle à l'embauche des personnes handicapées et, d'autre part, qu'il est nécessaire de concevoir un service de type « guichet unique » pour les employeurs qui souhaitent embaucher des personnes handicapées.

2.2. Vers une structure et une coordination améliorées du régime de mesures de soutien et de services

Le fait que le Canada soit une fédération présente des avantages quant à l'élaboration des politiques. Premièrement, les gouvernements provinciaux sont proches de leurs mandants sur les plans physique et moral et, dans une certaine mesure, davantage réceptifs et responsables à leur égard. Deuxièmement, face aux mêmes enjeux dans un contexte semblable en matière de politiques, les provinces ont tout le loisir de mettre à l'essai diverses méthodes et de tirer parti des pratiques exemplaires relevées par les autres provinces.

Toutefois, la dévolution graduelle des responsabilités ces dernières décennies a créé un vide relativement à la coordination stratégique centrale, de sorte que le niveau de protection diffère d'une province ou d'un territoire à l'autre. Il n'y a actuellement aucun moyen méthodique de répertorier et de communiquer les pratiques novatrices conçues dans certaines localités⁴⁶. On peut également soutenir que la reproduction des régimes administratifs dans chaque province n'est pas économiquement avantageuse. Service Canada pourrait faire fonction d'organisme administratif et coordonnateur central, mais on évite sciemment de lui confier ce rôle par peur d'empiéter sur l'autonomie des provinces.

Il importe que la réintégration au marché du travail des personnes à capacité de travail réduite au Canada devienne une grande priorité économique plutôt qu'un simple résultat socialement souhaitable ; à cette fin, il faut que les décideurs des niveaux fédéral et provincial fassent preuve d'une volonté politique adéquate en vue de collaborer à la réalisation des réformes structurelles nécessaires.

Le Canada fait face à d'importants enjeux qui ne seront réglés qu'au moyen d'une étroite collaboration bipartite entre les décideurs fédéraux et provinciaux. L'enchâssement de mesures législatives clés comme le PPIRPC et l'a.-e. dans les principales lois signifie qu'il est presque impossible de s'attendre à ce que les problèmes inhérents à ces régimes soient réglés

45. Cet effet d'inertie peut aussi expliquer le fort taux d'emploi à temps plein chez les personnes handicapées au Canada. Le pourcentage de personnes handicapées qui travaillent à temps plein est en effet plus important que celui d'autres pays. Cependant, on peut également croire que cet état de choses est attribuable aux nombreuses personnes handicapées qui préfèrent occuper un emploi à temps plein afin de maintenir leur revenu.

46. Dans une certaine mesure, la communication des pratiques exemplaires et des autres questions a lieu à la Table des sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux sur la collaboration en matière de prestation de services et leur Forum sur les services sociaux.

exclusivement par le gouvernement fédéral ou les gouvernements provinciaux. La philosophie actuelle, dans laquelle les gouvernements provinciaux tentent de gommer les disparités de protection au moyen de diverses autres mesures, ne s'est traduite dans chaque province que par diverses variantes d'un régime complexe et lourd qui empêche la participation au marché du travail plutôt que de la faciliter. Malgré les retombées de l'accord *À l'unisson*, les décideurs des provinces travaillent très souvent isolément, sans contact entre eux ni avec leurs homologues du gouvernement fédéral. Le fait que cet accord soit interprovincial et fédéral signifie que les parties intéressées peuvent en arriver à l'élaboration harmonieuse des politiques. Les provinces ont besoin d'un espace de discussion pour convenir de ce que le gouvernement fédéral peut faire globalement pour elles afin de simplifier leurs régimes respectifs... et qu'elles ne peuvent réaliser elles-mêmes facilement de façon à la fois efficace et économique.

A. Un régime de prestations hétéroclites

Au Canada, le régime politique décentralisé s'est traduit par un éventail hétéroclite de prestations. Jusqu'à six programmes fédéraux ou provinciaux, publics ou privés, de soutien du revenu sont offerts aux personnes handicapées. Il y a le PPIRPC, les prestations de maladie au titre de l'a.-e., le CIPH ainsi que d'autres mesures fiscales, programmes provinciaux d'aide sociale et d'indemnisation des accidents du travail et régimes privés d'assurance-invalidité de longue durée (ainsi qu'un certain nombre de petits programmes d'aides tels que la pension d'invalidité des anciens combattants et les programmes pour les victimes de crimes violents qui ne sont pas étudiés dans le présent document). Par ailleurs, les régimes de prestations des gouvernements fédéral et provinciaux diffèrent de par leurs objectifs, leurs conditions d'admissibilité et leurs processus d'évaluation ; de plus, les prestations versées sont inégales lorsque les différents régimes imposent au client des exigences concomitantes⁴⁷. L'élaboration des politiques au niveau provincial ne se fait pas d'ordinaire en partenariat avec les autres provinces ni avec le gouvernement fédéral. Les décideurs des divers ordres de gouvernement n'ont pas déployé beaucoup d'efforts de concertation pour simplifier les processus et les conditions d'admissibilité⁴⁸.

47. À titre d'exemple, le concept d'« invalidité grave » se situe au cœur des critères d'admissibilité de presque tous les régimes de prestations, mais la définition et les critères particuliers à ce chapitre sont aussi nombreux et diversifiés que les administrations.

48. Il y a toutefois une exception notable relativement au PPIRPC et au PPIRRQ. L'élaboration des programmes et le développement opérationnel ont fait l'objet d'une coordination constante entre ceux-ci depuis 1966. Le « facteur d'équivalence » entre le RRQ et le RPC permet le transfert intégral du droit à pension entre les deux régimes, de telle sorte que les clients qui ont cotisé aux deux régimes peuvent obtenir leurs prestations comme s'ils avaient cotisé à un seul des deux régimes. La mobilité croissante des travailleurs au Canada a donné lieu au fil des ans à une hausse du pourcentage des personnes ayant cotisé au RRQ et au RPC. De 1990 à 2007, le pourcentage de nouveaux bénéficiaires du PPIRRQ ayant cotisé aux deux régimes a augmenté de plus du double pour passer de 7 % à 16 %. Il y a donc lieu de penser que le pourcentage de bénéficiaires du RRQ ayant également cotisé au RPC continuera d'augmenter. En 2004, un travailleur québécois sur quatre avait cotisé antérieurement au RPC. Cela étant, la Régie des rentes du Québec fait partie de divers comités directeurs et opérationnels avec le gouvernement fédéral, y compris le comité fédéral-provincial-territorial chargé de l'examen triennal du RPC, afin d'aider à fournir aux résidents du Québec des services équivalents à ceux offerts dans le reste du Canada.

Les niveaux de versement de chaque programme de soutien du revenu au Canada sont relativement bas par rapport à ceux constatés à l'étranger (en pourcentage du salaire moyen à temps plein), et ne suffisent souvent pas pour garantir un niveau de vie suffisant tel que mesuré par la mesure relative de l'OCDE sur les bas salaires. La mise en comparaison du niveau de prestations au Canada avec celui des autres pays exige une analyse minutieuse, car une personne handicapée peut toucher simultanément plus d'une prestation et, selon la nature des prestations combinées, le versement réel peut différer sensiblement de la somme arithmétique des prestations auxquelles cette personne a droit. Dans certaines provinces, les prestations du PPIRPC et d'indemnisation des accidents du travail sont considérées comme relevant des « premiers payeurs » parce que d'autres prestations peuvent s'ajouter à elles (c'est-à-dire être perçues en plus)⁴⁹. À l'opposé, dans le cadre des programmes d'aide sociale provinciaux, on soustrait intégralement les montants des prestations touchées par les bénéficiaires au titre du PPIRPC ou de l'indemnisation des accidents du travail ; de fait, à l'exemple des assureurs privés, les gouvernements provinciaux demandent systématiquement aux demandeurs d'aide sociale de présenter une demande au titre du PPIRPC. Pendant ce temps, l'impôt fédéral sur le revenu permet de déduire le montant de l'indemnisation des accidents du travail et de l'aide sociale provinciale du revenu de base, mais pas les droits au PPIRPC ni au PPIRRQ ; l'objectif de sécurité du revenu ayant trait au PPIRPC et au PPIRRQ est donc neutralisé en partie par le montant des impôts.

Ces divers règlements transparaissent dans la répartition des personnes handicapées par type de prestations, conformément aux estimations tirées de l'EPLA de 2006⁵⁰:

- Premièrement, comme on l'a vu au premier chapitre, malgré le grand nombre de prestations offertes, de nombreuses personnes handicapées ne reçoivent aucune aide. Fait à souligner, environ une personne handicapée sur cinq (et plus d'une personne gravement handicapée sur quatre) n'a ni emploi, ni prestation publique.
- Deuxièmement, les trois quarts des bénéficiaires ne perçoivent qu'une seule prestation (graphique 2.3). Parmi ces bénéficiaires, à peine un sur quatre reçoit de l'aide sociale et un sur cinq touche un versement au titre du PPIRPC, du PPIRRQ ou de l'a.-e.. Ensemble, ces trois programmes comptent pour près de la moitié des bénéficiaires.
- Troisièmement, sur l'ensemble des bénéficiaires, 22 % touchent deux prestations et 3 %, plus de deux prestations. Chez ceux qui touchent deux prestations, 60 % sont des bénéficiaires du PPIRPC ou du PPIRRQ, ce qui confirme le rôle de « premier payeur » que jouent ces régimes (tableau 2.1). Autrement dit, un bénéficiaire du PPIRPC ou du PPIRRQ sur deux touche une autre prestation.
- Quatrièmement, la majorité des bénéficiaires de l'aide sociale ne touchent aucune autre prestation. Il en va de même pour les bénéficiaires de l'a.-e.

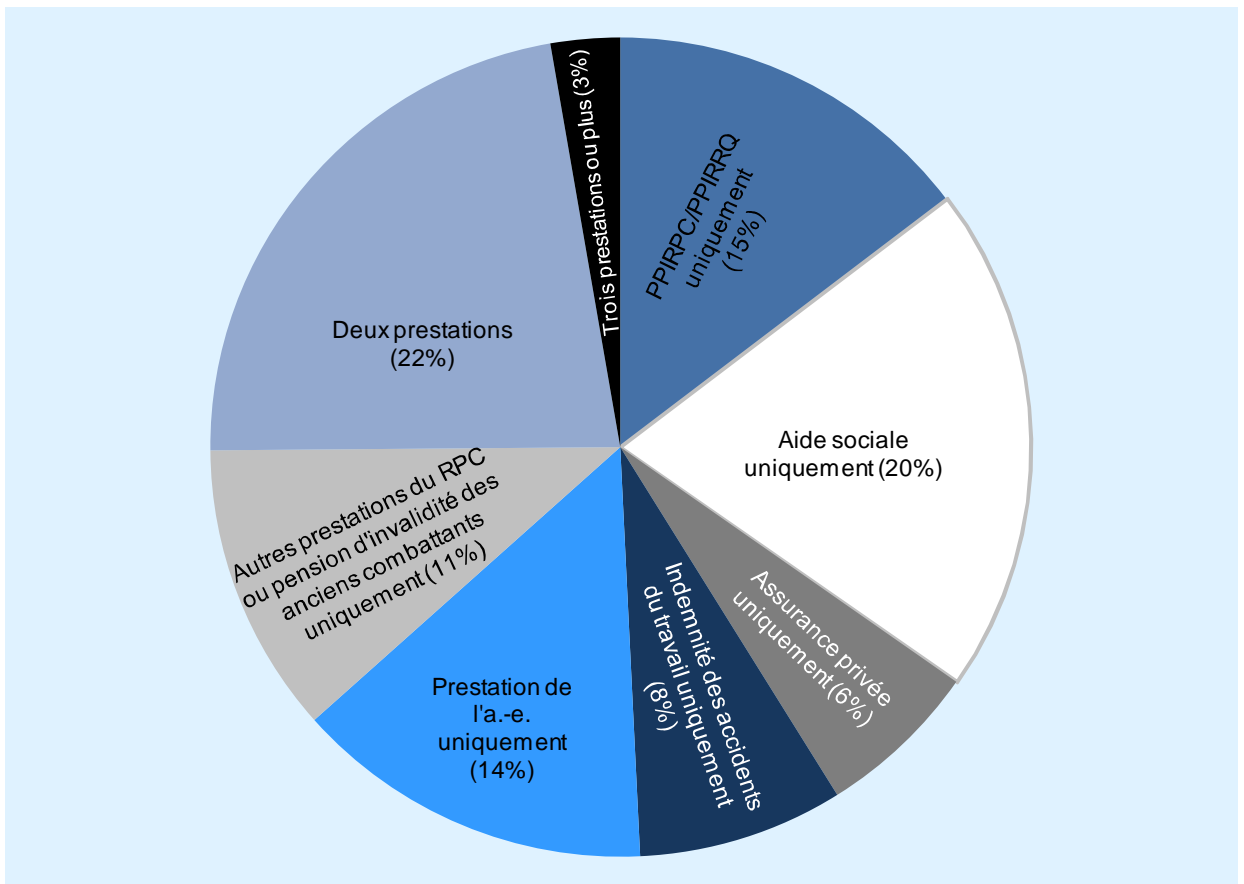
49. Comme on l'a vu au premier chapitre, le Québec fait exception. Selon la règle du « payeur unique », les demandeurs qui vivent au Québec ont droit à une aide financière relative à l'indemnisation des accidents du travail ou au PPIRRQ, mais pas aux deux.

50. Les limites des données ne permettent pas d'observer les séquences (ou les différents épisodes) de la perception des prestations au cours d'une année donnée. Par conséquent, on ne peut présumer avec certitude que les versements ont été séquentiels ou concomitants.

- Cinquièmement, l'assurance-invalidité privée constitue dans la plupart des cas un complément aux autres versements. Par conséquent, la combinaison de prestations la plus fréquente se compose du PPIRPC ou du PPIRRQ et d'une assurance-invalidité privée ; cette combinaison compte pour le quart des doubles bénéficiaires et 6 % de l'ensemble des bénéficiaires.
- La conclusion générale qui se dégage de cette répartition des prestations est que le cumul des prestations n'est pas suffisamment fréquent pour contrebalancer chacun des faibles niveaux de versement.

Graphique 2.3. **Le cumul des prestations peut se révéler important, mais trois bénéficiaires sur quatre ne touchent qu'une seule prestation**

Répartition des personnes handicapées bénéficiaires selon le type de prestation touchée, 2006^a



a) L'assurance privée englobe l'assurance de véhicules privés.

Source : EPLA 2006 (compilation spéciale réalisée par RHDCC pour l'OCDE).

Tableau 2.1. Les personnes handicapées au Canada peuvent prétendre à diverses prestations des gouvernements fédéral et provinciaux et du secteur privé

Répartition des personnes handicapées bénéficiaires selon la catégorie et le nombre des allocations reçues, 2006^a

	Nombre total de bénéficiaires, dont...				Répartition en pourcentage		
	Nombre total de bénéficiaires	Une seule allocation	Deux allocations	Trois ou plus	% des bénéficiaires d'une seule allocation	% des bénéficiaires de deux allocations	% de l'ensemble des bénéficiaires
Une seule allocation							
PPIRPC/PPIRRQ	356 570	177 250	160 790	18 530	20		15
Aide sociale	350 590	242 170	93 710	14 710	27		20
Assurance privée	221 080	77 740	118 430	24 910	9		6
Accident du travail	170 170	97 910	55 790	16 470	11		8
Assurance-emploi	228 400	171 180	48 800	8 420	19		14
Autre RPC ou ancien combattant	222 900	138 750	64 070	20 080	15		11
Une seule allocation (total)		905 000			100		75
Deux allocations							
PPIRPC/PPIRRQ + assurance privée			71 160	12 910		26	6
PPIRPC/PPIRRQ + aide sociale			51 200	7 900		19	4
PPIRPC/PPIRRQ + accident du travail			23 740	7 670		9	2
Aide sociale + AE			21 290	3 380		8	2
Aide sociale + autre RPC			14 970	7 480		6	1
Autre combinaison			88 440			33	7
Deux allocations (total)			270 800			100	22
Plus de deux allocations							
Trois allocations ou plus (total)				32 970			3
Ensemble des allocations (total)	1 208 770	905 000	270 800	32 970			100

a) L'assurance privée englobe l'assurance de véhicules privés.

Note : Les données relatives aux bénéficiaires de deux prestations et de trois prestations ou plus, respectivement, sont présentées en fonction de la prestation indiquée dans la première colonne ; p. ex., des 356 570 personnes qui touchent une prestation du PPIRPC ou du PPIRRQ, 160 790 reçoivent une deuxième prestation et 18 530 ont deux prestations supplémentaires ou plus. On ne saurait donc procéder au cumul de ces données pour l'ensemble des prestations parce que les bénéficiaires qui, par exemple, recevraient à la fois une prestation du PPIRPC ou du PPIRRQ de même qu'une prestation d'aide sociale seraient dénombrées dans les deux rangées correspondantes.

Source : EPLA 2006 (compilation spéciale réalisée par RHDCC pour l'OCDE).

Le fait de permettre le cumul des prestations chez les personnes handicapées n'est habituellement pas considéré comme une bonne pratique, et ce, pour plusieurs raisons. Mentionnons notamment le manque d'équité qui résulte des versements excédentaires ou déficitaires à des personnes dont la situation et les caractéristiques du ménage sont les mêmes mais qui touchent divers niveaux de prestations en raison du type de versement et de leur combinaison⁵¹. En outre, le cumul des prestations risque de mettre en péril l'objectif sous-jacent des politiques en cause⁵².

51. À cet égard, il convient de souligner que le PPIRRQ est examiné régulièrement afin d'améliorer la coordination dans l'éventualité où les prestations seraient combinées avec, par exemple, l'indemnisation des accidents du travail ou les versements de l'assurance-automobile.

52. Par exemple, aux Pays-Bas à la fin des années 1990, les réformes portant sur une réduction des prestations étaient fréquemment contrées par un « complément » compensant les pertes

Dans un régime où il est possible de cumuler les prestations de diverses façons, les clients doivent consacrer davantage de temps et d'énergie pour trouver au juste la (ou les) prestation(s) à laquelle (ou auxquelles) ils ont droit. De plus, les conditions d'accès aux versements sont strictes et difficiles, notamment en raison du peu de communication entre le gouvernement fédéral et ses homologues provinciaux relativement à la conception et à l'administration de leurs prestations respectives. Il semble résulter de cette organisation et de cette structure une sous-optimisation de la couverture et de l'accès aux prestations. Les gouvernements du Canada, tant fédéral que provinciaux, devront faire tout leur possible pour accroître l'accessibilité des bénéficiaires potentiels aux prestations offertes.

B. Pertinence de la protection et risque de connaître la pauvreté

Un régime de prestations présente une utilité limitée s'il ne permet pas de protéger les personnes qui, au sein d'une collectivité, en ont besoin. La difficulté d'accès aux prestations hétéroclites se reflète dans le fort pourcentage (plus élevé que celui de la plupart des autres pays membres de l'OCDE) des personnes handicapées — notamment les personnes gravement handicapées — qui n'ont ni prestation publique, ni emploi.

Il n'en reste pas moins que le faible accès aux prestations est également imputable à la nécessité de satisfaire aux critères d'admissibilité aux cotisations (PPIRPC ; prestations de maladie au titre de l'a.-e.) ou d'être considéré comme admissible à la suite d'un examen des besoins (aide sociale provinciale). En ce qui touche les prestations de maladie au titre de l'a.-e., à titre d'exemple, les demandeurs doivent avoir accumulé plus de 600 heures de travail au cours de l'année précédente. Cette exigence, de même que la portée limitée de la protection au titre de l'a.-e. (les travailleurs autonomes en sont exclus), contribuent à restreindre l'accès aux prestations de maladie au titre de l'a.-e.^{53,54}. Cet état de choses pose également un problème particulier aux personnes handicapées qui réintègrent le marché du travail après avoir été bénéficiaires ; à titre d'exemple, les données relatives au Québec montrent que sur

de revenus au moyen d'accords collectifs ultérieurs (OCDE, 2008). De même, en Suède, la réforme des prestations de maladie instaurées dans les années 1990 a été régulièrement infirmée, ou du moins son but aura été ébranlé, par les mêmes moyens (OCDE, 2009a).

53. Il est difficile de mesurer exactement à quel point l'accès aux prestations d'invalidité au titre de l'a.-e. est limité par la couverture et les obligations de cotisation à l'a.-e. Selon les statistiques, environ 85 % des travailleurs canadiens bénéficient d'une assurance-emploi (acquittent les primes) et parmi les employés qui ont payé des primes, plus de 90 % ont suffisamment d'heures pour toucher les prestations spéciales d'a.-e., y compris l'aide sociale s'ils en ont besoin. Cependant, les personnes qui ne sont pas concernées par les programmes d'a.-e. (généralement les travailleurs indépendants) ne sont bien-sûr pas prises en compte dans ces calculs. Dans le cas des *prestations régulières* d'a.-e. où l'obligation de cotisation varie selon les régions de 420 heures à 700 heures de travail en fonction des taux régionaux de chômage, le ratio du nombre de prestataires ordinaires d'assurance-emploi sur le nombre de chômeurs atteignait 45.4 % en 2008.
54. Le 3 novembre 2009, le Gouvernement canadien a présenté une législation (Décret C-56) pour offrir des prestations particulières d'assurance-emploi aux travailleurs indépendants sur une base volontaire, qui comprendraient les congés maternité, parentaux, maladies et les prestations de compassion. Le 15 décembre 2009, le Décret C-56 a bénéficié de l'accord royal et a pris force de loi. Depuis le 31 janvier 2010, les travailleurs indépendants peuvent faire partie du programme d'a.-e. et pourront commencer à demander des prestations spéciales à partir du 1er janvier 2011.

dix anciens bénéficiaires du PPIRRQ ayant réussi à intégrer le marché du travail, un seul a travaillé suffisamment d'heures pour demander à toucher des prestations.

En outre, la faible couverture découle également de critères d'admissibilité médicaux stricts, lesquels risquent d'empêcher de nombreuses personnes à capacité de travail réduite d'accéder aux mesures de soutien à l'emploi qui pourraient les aider à réintégrer leur poste, ou du moins la population active. Les demandeurs au titre du PPIRPC et, dans une moindre mesure, du CIPH et des programmes d'aide provinciaux sont tenus de prouver que la gravité de leur invalidité est telle qu'ils ne peuvent pratiquer un travail pertinent ou qu'ils sont très limités dans leur capacité de mener des activités de base de la vie quotidienne.

Ces 15 dernières années, le renforcement des critères de cotisation et d'éligibilité aux programmes explique la tendance croissante des personnes handicapées à se prévaloir des versements provinciaux d'aide sociale, comme le montre le chapitre 1⁵⁵. Ces régimes constituent en fait un « dernier recours » pour les personnes tout juste au-dessus du seuil de pauvreté. Dans la plupart des provinces, on a constaté une croissance du sous-groupe des personnes handicapées chez les bénéficiaires de l'aide sociale ; cette évolution va souvent de pair, comme en Colombie-Britannique, avec une légère diminution en nombre et en pourcentage du sous-groupe ordinaire des personnes censées travailler (Richard, 2007), ce qui tend à indiquer un certain effet de substitution.

Il importe pour les bénéficiaires d'être couverts par un régime de prestation ou plus, non seulement pour jouir d'une sécurité du revenu accrue, mais pour être en mesure d'accéder à un nombre élargi de services d'aide à l'emploi d'une pertinence accrue. Les bénéficiaires du PPIRPC ont droit à des mesures de soutien pour le retour au travail, pendant que ceux assurés au titre de l'a.-e. peuvent bénéficier de prestations d'emploi auxquelles les personnes non assurées n'ont pas droit, comme celles du programme Subventions salariales ciblées. En ce qui concerne les clients des programmes d'aide provinciaux, ils peuvent participer à titre volontaire à divers services d'emploi. Bien que les provinces aient mis en œuvre des stratégies et programmes à l'intention des personnes handicapées qui ne sont couvertes par un régime de prestations, il est impossible d'évaluer combien de ces personnes prennent part en réalité à ces autres régimes.

C. *Dévolution des responsabilités*

Nonobstant la rigidité découlant de l'enchâssement des régimes d'assurance fédéraux dans les principales lois, l'histoire du Canada montre que les lois du pays peuvent faire — et ont fait — l'objet d'interprétations différentes, lesquelles se sont traduites par des manières de gouverner très différentes. Dans les années 60 et 70, période caractérisée par le « fédéralisme coopératif », le gouvernement fédéral a joué manifestement un rôle de chef de file dans la formulation des politiques en matière d'invalidité. Dans le contexte de la période actuelle caractérisée par le « fédéralisme cadre », les gouvernements provinciaux prennent une place prédominante dans le processus d'élaboration et d'administration des politiques. Depuis cet

55. Dans la même veine, la couverture des régimes d'assurance-invalidité de longue durée (ILD) a également augmenté constamment sur une longue période, quoiqu'elle stagne actuellement à environ 55-60 % de la population active occupée (2006) : essentiellement, comme les données sur le cumul des prestations semblent indiquer, des travailleurs qui sont également couverts par l'a.-e. et le PPIRPC.

important transfert de pouvoirs, les gouvernements provinciaux du Canada jouissent d'une autonomie considérablement accrue⁵⁶.

Par le passé, le gouvernement fédéral a dévolu aux gouvernements provinciaux l'essentiel de la formulation des politiques. À titre d'exemple, les EDMT où il y a transfert et qui sont dirigées directement par les gouvernements provinciaux sont de plus en plus nombreuses, contrairement à celles qui sont gérées conjointement avec le gouvernement fédéral. À l'heure actuelle, presque tous les programmes d'emploi relèvent des gouvernements provinciaux pendant que, dans les accords bilatéraux ou multilatéraux, le gouvernement fédéral alloue des fonds sans pour autant avoir voix au chapitre quant à leur répartition, ni en savoir beaucoup sur les réalisations liées aux fonds consentis⁵⁷. En outre, les obligations redditionnelles des provinces à l'endroit du gouvernement fédéral ont diminué graduellement. Par exemple, lorsque les EMTPH ont remplacé les EPMT en 2004, l'un des principaux changements apportés a été l'assouplissement des obligations redditionnelles, tant sur le fond que sur la forme⁵⁸. Les provinces ne sont tenues, ni n'ont besoin de faire rapport au gouvernement fédéral sur les détails des achats ou réalisations ayant trait aux fonds consentis.

De plus, s'agissant du régime de prestations, il y a dans les faits une dévolution continue et progressive des responsabilités vers les provinces, de sorte qu'un nombre relativement croissant de bénéficiaires s'en remettent aux prestations provinciales plutôt que fédérales. Pendant que les taux de bénéficiaires du PPIRPC et de personnes couvertes au titre de l'a.-e. sont demeurés stables, le nombre des bénéficiaires de l'aide sociale provinciale et celui des bénéficiaires d'assurance de longue durée augmentent.

Le seul moyen par lequel le gouvernement fédéral peut influencer fortement sur les politiques en matière d'invalidité sans que les provinces n'interviennent trop passe par les allègements de l'impôt fédéral sur le revenu, comme nous l'avons exposé en détail préalablement. La réforme du régime fiscal sur le revenu compte parmi les grandes initiatives stratégiques fédérales ayant trait aux personnes handicapées, dans l'esprit du rapport du Comité consultatif technique sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées, paru en 2004⁵⁹ et, récemment, la mise

-
56. Pour obtenir de plus amples détails sur le contexte historique des politiques sociales au Canada, voir Battle *et al.* (2006).
 57. Pour accéder aux Fonds EMTPH assignés par sa juridiction, une province doit soumettre au gouvernement fédéral un programme annuel décrivant les domaines prioritaires et les programmes et dépenses envisagées. La réception de ce plan donne droit au paiement. Un état financier annuel des dépenses doit être soumis pour prouver que le plan a bien été suivi.
 58. Des obligations redditionnelles détaillées dans le contexte de l'AEPH, comme le temps de service consacré à chaque client et à chaque travailleur social dans le cadre d'un programme, ne figurent pas dans les EMTPH. Cette situation découle en partie des difficultés redditionnelles liées à la diversité des programmes et des bénéficiaires. Le gouvernement fédéral ne dispose d'aucun droit de veto dans le contexte des EMTPH. Les gouvernements provinciaux affirment qu'ils rendent des comptes directement à la population (Graefe et Lévesque, 2008).
 59. Face aux coûts extraordinaires que les personnes handicapées doivent supporter malgré elles, le Comité a jugé nécessaire de concevoir des mesures qui favorisent l'employabilité de ces personnes. Ses recommandations se répartissent en trois grandes catégories : *i*) les changements à apporter au CIPH pour clarifier l'intention du législateur et en améliorer l'administration ; *ii*) les mesures fiscales liées à l'emploi et à l'éducation, dont la déduction intégrale des frais engagés pour l'achat de fournitures professionnelles ou scolaires ; *iii*) l'augmentation du crédit d'impôt pour frais médicaux à l'intention des aidants naturels qui

en place de la PFRT et du REEI. Cependant, les mesures fiscales à titre d'outils stratégiques à l'intention des personnes handicapées comportent d'importantes limites. À titre d'exemple, parce que le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) n'est pas remboursable, il ne se révèle pas avantageux pour les personnes très pauvres dont les gains ne sont pas assez élevés pour être assujettis à l'impôt sur le revenu. En outre, il ressort d'une enquête réalisée en 2001 que la complexité du régime fiscal empêchait la majorité des bénéficiaires potentiels — plus de 88 % des personnes handicapées de 15 à 64 ans — de réclamer un CIPH. Parmi les personnes qui n'avaient pas réclamé ce crédit, 36 % ont dit ignorer l'existence du CIPH et 44 % ont répondu qu'elles ne croyaient pouvoir remplir les conditions d'admissibilité (Statistique Canada, 2003)⁶⁰.

D. *Transparence des programmes provinciaux*

Les relations fédérales-provinciales actuelles se caractérisent, entre autres, par le peu de renseignements détaillés que les provinces fournissent au gouvernement fédéral sur les extrants et les résultats obtenus au moyen des fonds alloués par celui-ci. Cette situation est attribuable en partie à la mise en commun des revenus fédéraux et provinciaux, lesquels sont ensuite redistribués aux provinces pour financer de nombreux programmes à l'échelle locale. Une fois les revenus mis en commun, il se révèle coûteux sur le plan administratif et difficile sur le plan technique d'évaluer dans quelle mesure les services sont financés au moyen des fonds fédéraux ou provinciaux (Graefe et Lévesque, 2008). Il est impossible de répondre avec certitude aux questions sur l'« optimisation des ressources », les décideurs ne cherchant pas à en savoir plus à ce chapitre relativement aux programmes provinciaux. Si ce défaut de transparence peut donner aux décideurs une souplesse accrue quant à l'attribution des fonds, il présente également de grands risques inhérents.

Le peu d'obligations redditionnelles des provinces envers le gouvernement fédéral (et par rapport au budget fédéral) est contrebalancé par les responsabilités qui les lient à leurs propres mandants. Chaque province a alloué des ressources pour veiller au bon déroulement des programmes. Cependant, le défaut de transparence et la variabilité des normes relatives aux données empêchent souvent de tirer un apprentissage des expériences stratégiques novatrices menées, ce qui constitue en théorie l'un des avantages les plus appréciables du fédéralisme canadien. Par conséquent, il est difficile d'évaluer les résultats des programmes dans l'optique de faire un suivi critique de leur rendement ou en guise de point de référence pour les autres provinces.

Habituellement, les provinces passent un marché avec des organismes ou organisations sans but lucratif du secteur privé pour ensuite dépendre fortement de ceux-ci en ce qui touche la prestation de services. Les accords contractuels sont généralement axés sur les extrants : le rendement des fournisseurs de services est rémunéré en fonction du nombre de clients plutôt que selon le principe de la rémunération des services. De plus, ces organismes et organisations jouent un rôle considérable dans l'élaboration des politiques opérationnelles.

engagent des dépenses supplémentaires pour s'acquitter de leur tâche. Par la suite, 21 des 25 recommandations contenues dans le rapport du Comité ont été adoptées.

60. Il convient cependant de souligner que le dénombrement des participants à l'EPLA de 2001 était inférieur d'environ 40 % au dénombrement de l'Agence du revenu du Canada. Cette situation est attribuable en partie au fait que de nombreuses personnes n'avaient pas rempli leur propre formulaire d'impôt et qu'elles ignoraient donc les détails des déductions d'impôt qu'elles n'ont pas reçues.

Compte tenu également du caractère très politique et délicat de l'affectation des ressources à l'ensemble des personnes handicapées, l'établissement et la formulation de politiques d'après ce modèle n'est pas propice à la responsabilisation accrue des fournisseurs de services.

Si la réintégration au marché du travail des Canadiens à capacité de travail réduite devenait une importante priorité économique, il faudrait donner accès à des données actualisées et transparentes pour fins de suivi et d'amélioration des programmes. Actuellement, le manque de transparence dans ce domaine explique que le faible taux de participation des personnes handicapées échappe à l'attention des experts et du public.

E. Réforme des organismes fournisseurs de services

Au Canada, les politiques du revenu et de l'emploi destinées aux personnes handicapées consistent en un assemblage hétéroclite de programmes fédéraux et provinciaux. Des sondages publics semblent indiquer que la grande majorité des Canadiens appuient le concept de guichet unique pour l'accès aux services gouvernementaux (Service Canada, 2007), mais ce concept ne s'incarne pas au Canada comme dans de nombreux autres pays membres de l'OCDE. Il incombe aux personnes handicapées de trouver les services dont elles ont besoin dans la « jungle » de programmes et d'organismes. L'information sur les programmes est complexe et limitée, pendant que l'aide se fait rare⁶¹. Une simplification du processus de prestation permettrait aux clients de trouver et de se procurer facilement les services qu'il leur faut. Le concept de « guichet unique » permet d'améliorer les résultats qu'obtiennent les clients, car ces derniers ont accès à une panoplie de services par l'intermédiaire d'un seul organisme. Une variante répandue consiste à créer un organisme indépendant, ou à confier à un organisme le rôle de principal coordonnateur⁶². Une autre solution consiste à confier à ces organismes le rôle de gardien et de gestionnaire des cas dans lequel ils établiraient un rapport étroit avec les clients, tout en gardant leur distance vis-à-vis les ministères et les fournisseurs de services (Halligan, 2004 ; Ling, 2004).

Les gouvernements provinciaux ont cherché des moyens d'intégrer les mesures de soutien du revenu aux programmes d'aide à l'emploi afin d'assurer la continuité des services. Au Québec par exemple, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) a fusionné en 2005 le programme de solidarité sociale, lequel consiste en un programme d'aide de dernier recours, avec son service d'emploi. Les personnes handicapées qui nécessitent une aide de dernier recours peuvent, après un entretien avec le personnel du MESS, obtenir des renseignements sur les programmes d'emploi qui conviennent le mieux à leur situation et se faire offrir ceux-ci.

61. Telle est la conclusion que tirent le Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale (2008) et Réseau juridique canadien VIH/sida (2005).

62. Le concept d'organisme unique servant d'intermédiaire vers les services connexes de divers ministères et dont un client peut avoir besoin a été étudié dans plusieurs pays membres de l'OCDE, notamment en Australie et en Nouvelle-Zélande. En Australie, on a créé Centrelink, organisme spécial de type guichet unique responsable du versement des prestations et de la mise en œuvre d'un éventail de services du Commonwealth, dont l'évaluation de l'invalidité. En Nouvelle-Zélande rurale, la mise en œuvre des services, entre autres sociaux ou relatifs à l'emploi, est assurée par les centres de services Heartlands, où le personnel permanent en nombre restreint traite les opérations, dont la prestation d'information et la gestion des demandes. Des représentants de divers organismes gouvernementaux se rendent périodiquement dans ces centres pour fournir des services complexes. Cette façon de faire permet de réduire les frais de fonctionnement des organismes et d'améliorer l'accès aux services des clients qui habitent les régions rurales et éloignées.

Bien que les gouvernements provinciaux aient étudié des moyens d'intégrer les mesures de soutien à l'emploi aux programmes d'emploi afin d'assurer la continuité des services aux clients, il n'y a qu'en Colombie-Britannique où l'on a tenté d'intégrer les services fédéraux et provinciaux en un seul point de service : un véritable guichet unique du point de vue des clients. En 2008, on a créé un comité bilatéral sur les questions d'invalidité, composé de hauts fonctionnaires fédéraux et provinciaux, et inauguré un centre de soutien personnel à Victoria pour offrir en un guichet unique l'accès aux services gouvernementaux, sans but lucratif et du secteur privé, quoique ces services soient actuellement restreints à l'approvisionnement en matériel et en appareils fonctionnels. Une expérience de premier plan sera cependant menée : il s'agira d'un projet pilote sur la prestation de services personnalisés, également en Colombie-Britannique, dans lequel le personnel du gouvernement provincial et des bureaux locaux de Service Canada interviendront à plusieurs endroits, dont un certain nombre de bureaux du gouvernement du Canada, de points de services communautaires et de lieux publics. Dans le cadre de ce projet pilote, lequel en est à ses débuts, le personnel du gouvernement du Canada établit également des liens avec celui du gouvernement de la Colombie-Britannique afin de comprendre les programmes offerts de part et d'autre et de communiquer des renseignements, dans l'optique à long terme d'accroître l'accessibilité au moyen d'un point de navigation unique relatif aux programmes disponibles.

Compte tenu de la superficie du Canada et de la délimitation claire des secteurs de compétence quant à la prestation de services, le fait de concevoir un guichet unique à l'intention des personnes handicapées constitue une grande entreprise. Au niveau fédéral, *Service Canada* a été créé en 2005 dans l'espoir de remplir ce rôle⁶³. Or, non seulement cet organisme est soumis à des contraintes relativement à l'information qu'il peut fournir sur les programmes de compétence provinciale, mais il lui reste encore à devenir ce qu'il est censé être : le guichet unique des divers programmes fédéraux. Malgré ces limites, *Service Canada* présente une infrastructure qui pourrait servir à simplifier la prestation de services et constituer un guichet unique permettant d'accélérer la réintégration au marché du travail des personnes à capacité de travail réduite. L'organisme est doté d'outils stratégiques viables qui, s'ils sont restreints sur le plan du secteur de compétence, peuvent néanmoins favoriser la prévention de l'invalidité, tant à court terme (par les prestations de maladie au titre de l'a.-e.) qu'à long terme (au moyen du PPIRPC). Pour qu'elles puissent jouer ce rôle relativement à l'ensemble des programmes offerts au Canada, les provinces devront cependant convenir d'une conception dans laquelle elles signifieraient au gouvernement fédéral le moyen optimal de réformer *Service Canada* à cette fin⁶⁴.

63. Les clients peuvent communiquer avec *Service Canada* en personne dans un bureau local, par téléphone et par Internet. En 2006-07, il y avait au Canada 587 points de service auxquels 95 % des Canadiens avaient accès dans un rayon de 50 kilomètres de leur domicile.

64. Depuis 2009, *Service Canada* collabore avec les gouvernements provinciaux à quatre projets pilotes dont la portée demeure limitée, mais qui constituent certainement des efforts appréciables dans la bonne direction :

a) Une entente entre *Service Canada* et le ministère de l'Emploi et de l'Aide au revenu de la Colombie-Britannique permet aux clients de donner leur consentement afin qu'une série de dossiers médicaux soit utilisée dans l'évaluation des programmes fédéraux et provinciaux. Les clients bénéficient par conséquent d'un processus de demande simplifié et économique.

b) Le Projet pilote de prestation de services personnalisés aux personnes handicapées de la région de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et des Territoires est déjà lancé. Le projet vise à spécialiser la prestation des programmes et des services destinés aux personnes

F. Services fournis par des organismes sans but lucratif

Parmi les caractéristiques notables du processus de prestation des services sociaux au Canada, il y a la forte dépendance envers les organismes communautaires sans but lucratif locaux quant à la mise en œuvre des diverses mesures de soutien social et à l'emploi. Ces organismes ont le savoir-faire, l'expérience et la passion du service ; ils sont habituellement structurés en quelques grands réseaux et se manifestent également beaucoup dans les procédures de formulation des politiques gouvernementales. Quelle que soit la provenance des fonds (publique ou privée ; fédérale ou provinciale ; EDMT, EMTPH ou FI), ceux-ci seront tôt ou tard dirigés vers les fournisseurs de services pour être convertis en services aux personnes handicapées.

S'en remettre à ce point aux fournisseurs de services comporte quelques risques quant à l'admission, à l'évaluation et à la gestion de cas des clients :

- S'ils sont habilités à l'établir l'*admissibilité* des clients, les fournisseurs de services privés risquent (selon les mesures des résultats figurant dans leur contrat) d'exclure les personnes gravement handicapées, qui présentent peu de possibilités d'être embauchées et dont les cas sont coûteux et difficiles à gérer.
- Les fournisseurs de services privés risquent de faire une *évaluation* des capacités qui sert leurs intérêts plutôt que ceux des clients, et de prescrire des services faciles à fournir et d'un moindre coût plutôt que ceux qui répondraient le mieux aux besoins du client.
- La *gestion des cas* doit avoir pour objet d'améliorer l'employabilité du client au moyen de la gradation des services plutôt que de leur continuation, dans la mesure du possible.

handicapées par la mobilisation communautaire, les relations avec les organisations communautaires, l'utilisation d'équipement adapté et la formation du personnel en matière de sensibilisation aux besoins des personnes handicapées.

c) Grâce à un partenariat entre Service Canada et le gouvernement de l'Alberta, les clients qui présentent une demande dans le cadre du Programme provincial de l'Alberta de revenu assuré pour les personnes gravement handicapées (AISH) à un bureau des services gouvernementaux peuvent également faire vérifier leur admissibilité au PPIRPC par téléphone en parlant à un agent des services à la clientèle d'un centre Service Canada ailleurs dans la province. Les clients peuvent aussi donner leur consentement afin qu'une série de dossiers médicaux soit utilisée dans l'évaluation des programmes fédéraux et provinciaux.

d) Par suite d'un partenariat entre Service Canada et le gouvernement de l'Ontario, Service Canada – région de l'Ontario et le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées pour la région de Toronto ont un projet pilote permanent pour le regroupement des renseignements concernant la prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada et les prestations du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées dans les centres Service Canada (Toronto Est et Ouest) et les bureaux régionaux du Programme à Toronto. Ce regroupement des services donne l'occasion de présenter une démarche globale à l'égard des renseignements sur le soutien du revenu qui est fourni aux personnes handicapées dans les centres Service Canada et les bureaux du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.

Au Canada, les fournisseurs de services privés jouent plusieurs de ces rôles. Ils font fonction, entre autres, de gestionnaires de cas, notamment en raison du nombre relativement restreint d'organismes publics qui assurent la gestion des cas. S'agissant des clients qui ne sont pas couverts par l'a.-e. en particulier, les fournisseurs semblent également exercer une grande influence dans la pratique sur la sélection de ces clients et l'évaluation de leurs capacités⁶⁵.

Dans un régime comme celui du Canada, où les fournisseurs de services dominant, la responsabilisation convenable des fournisseurs constitue une question à régler. Les gouvernements doivent concevoir des volets de financement complexes mais gérables afin d'accroître la responsabilité et, par le fait même, de bien concrétiser l'objectif stratégique, devant de puissants fournisseurs de services qui ne se réjouissent pas toujours du fait que l'octroi de fonds gouvernementaux fasse l'objet de conditions et de processus affermis et complexes.

Pour se procurer des services d'une responsabilité, d'une efficience et d'une efficacité accrues, les gouvernements ont tenté d'orienter leurs dispositifs de financement moins sur la base des extrants qu'en fonction des « résultats » produits par les activités des fournisseurs de services. Les « extrants » et les « résultats » se différencient par le fait que les extrants désignent les actes ou les fruits immédiats auxquels aboutissent les dépenses engagées, alors que les résultats désignent les effets ultimes des activités liées à la politique sous-jacente⁶⁶. De manière générale, il sera préférable de prendre en considération le but ultime de l'ensemble des politiques ou programmes publics, c'est-à-dire améliorer le bien-être des clients principalement par l'emploi, au moyen de l'évaluation du rendement à la lumière des résultats obtenus et par l'établissement du montant du financement selon cette évaluation. L'évaluation des résultats est plus approfondie, mais également plus difficile à réaliser que la mesure des extrants parce que, souvent, les résultats ne peuvent être directement attribués aux activités des fournisseurs de services, car d'autres facteurs (qui échappent à la volonté des fournisseurs) interviennent également.

Des efforts sont également réalisés au Canada afin d'accroître la responsabilisation dans le cadre du mode de financement par l'adoption d'une démarche de plus en plus axée sur les projets et aux obligations redditionnelles croissantes (Scott, 2003). Cependant, les facteurs de réussite et de stabilité en matière d'emploi à l'issue des programmes ne sont généralement pas pris en compte dans les règles de financement, lesquelles sont toujours essentiellement axées sur l'admission des clients et le nombre d'heures de service fournies. La démarche axée sur le principe de la rémunération des services, récemment adoptée en Colombie-Britannique, constitue un pas dans la bonne direction (encadré 2.1).

65. Au cours d'un entretien dans le cadre d'une mission, un fonctionnaire provincial a expliqué, en réponse à une question, que l'on charge des organismes privés d'évaluer le degré d'invalidité sans leur donner aucune instruction ou directive, ou presque, parce « ce sont eux les experts ».

66. L'OCDE (2009b) répertorie les « enfants éduqués » et les « permis de conduire délivrés » comme exemples d'extrants, et « ce que les enfants ont appris » et l'« amélioration de la sûreté des routes et des conditions de conduite du fait de la délivrance de permis de conduire » comme des exemples de résultats. Dans le domaine à l'étude, le « nombre d'usagers d'un programme » constitue un extrant pendant que le « taux d'emploi à l'issue d'un programme » forme la mesure des résultats la plus courante. Cependant, même cet outil ne permet pas d'évaluer la réussite du programme ; pour le connaître, il faut procéder à une contre-expertise et chercher à savoir combien de bénéficiaires d'un service donné auraient obtenu un emploi sans le programme. La production de ce genre d'information exige une évaluation rigoureuse des programmes.

Encadré 2.1. Financement selon le principe de la rémunération des services en Colombie-Britannique

Une exception notable au modèle de financement traditionnel axé sur les extrants du service est le financement selon le principe de la rémunération des services que privilégie le gouvernement de la Colombie-Britannique dans son programme d'emploi des personnes présentant une invalidité (EPPD). Les contrats passés entre le gouvernement et les fournisseurs de services reposent sur le principe du rendement, c'est-à-dire l'atteinte de « jalons » correspondant à la réalisation d'un service et à la rémunération du fournisseur. Les jalons sont établis selon un « modèle des pratiques exemplaires », où interviennent l'admission des clients, la planification, la formation, le placement et le suivi ; ces volets se divisent ensuite en quelques étapes. Chaque jalon correspond à un ensemble de tarifs et, une fois la facture transmise par voie électronique, les fournisseurs touchent une rémunération mensuelle.

Une étude effectuée en 2005 a révélé que la démarche des jalons retenue pour l'EPPD est concluante. Si peu de fournisseurs de services ont éprouvé des difficultés relativement à la formule des jalons, le grand nombre de jalons, la définition imprécise de certains d'entre eux et, en règle générale, l'insuffisance des versements ont posé problème (Heino, 2005). Cependant, cette étude ne comprenait aucune évaluation rigoureuse assortie d'une contre-expertise pertinente.

Du point de vue des fournisseurs de services, la fragmentation du système de financement canadien pose plusieurs problèmes. D'abord, les modalités de financement des projets sont de plus en plus à court terme, ce qui complique la planification à moyen et à long termes des fournisseurs. Ensuite, parce que les projets des fournisseurs sont habituellement financés à partir de diverses sources, l'interruption subite d'une source risque de nuire à la viabilité du projet *dans son ensemble*⁶⁷. En outre, les régimes de financement complexes et les obligations redditionnelles croissantes ont pour effet de gonfler les coûts administratifs pour lesquels les fournisseurs obtiennent rarement du financement supplémentaire (Scott, 2003).

La mise en œuvre d'un mode de financement axé sur les résultats peut se révéler difficile, car le mode actuel de financement des projets, complexe et assorti de nombreuses sources, entraînera pour les fournisseurs un fardeau administratif insupportable. Néanmoins, il faudra faire des efforts afin d'accroître la responsabilisation, ou l'« optimisation des ressources » ; les gouvernements devront également simplifier les procédures de financement au moyen des technologies de l'information, si elles sont disponibles, et permettre un financement souple qu'on peut étaler sur plusieurs années. De plus, il convient que les gouvernements continuent de communiquer avec les fournisseurs de services afin de leur expliquer sa position et de réagir aux problèmes causés par les processus gouvernementaux⁶⁸.

67. Ce problème s'aggrave parce que les bailleurs de fonds exigent de plus en plus que les fournisseurs de services présentent une soumission conjointe avec leurs partenaires de projet et qu'ils attestent avoir obtenu des garanties de financement de plusieurs sources.

68. Aux termes de l'« Accord entre le gouvernement du Canada et le secteur bénévole et communautaire » signé en 2001, le gouvernement fédéral accorde aux fournisseurs de services une grande autonomie, contre laquelle il exige de ces derniers des engagements quant à une gestion financière saine, à un suivi et une gestion interne convenables ainsi qu'à une responsabilisation des clients et des bailleurs de fonds.

CHAPITRE 3. RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS

S'agissant des politiques relatives à la maladie et à l'invalidité, le Canada fait face à des difficultés qui s'apparentent à celles de nombreux autres pays membres de l'OCDE : faibles taux d'emploi et taux de chômage élevés chez les personnes handicapées ou ayant des problèmes de santé ; risque considérablement accru chez ce groupe de personnes de connaître la pauvreté ; dépendance croissante envers les prestations d'assurance-invalidité (laquelle varie cependant d'une province à l'autre). Certaines tendances mondiales sont cependant moins marquées au Canada, comme le passage graduel du chômage à l'invalidité et l'intensification de la maladie mentale comme facteur de demande des prestations d'invalidité. Par contre, d'autres problèmes se posent de façon plus aiguë au Canada comparativement à la moyenne des pays membres de l'OCDE, notamment la forte proportion de personnes handicapées en situation de pauvreté ; cet état de choses est attribuable en partie à la générosité moindre et à l'accessibilité limitée du régime de prestations.

La période de 15 ans qui s'est achevée à la mi-2008, caractérisée par une croissance économique régulière et un recul du chômage, a permis à certaines personnes handicapées au Canada de trouver du travail, sans pour autant transformer la situation dans son ensemble. Ce contexte est d'autant plus grave que la crise économique actuelle a temporairement amené des gouvernements à se concentrer sur la forte hausse du chômage, dont le taux avoisine les deux chiffres dans de nombreux pays membres de l'OCDE, y compris le Canada. Bien que la présente période puisse ne pas sembler la plus propice à l'amélioration des politiques dont l'objet est de faciliter l'accès des personnes handicapées au marché du travail ou de les intégrer à celui-ci, l'économie redémarrera et les décideurs doivent garder à l'esprit qu'il faudra une main-d'œuvre supplémentaire à l'avenir pour composer avec les enjeux liés au vieillissement de la société. D'une part, il importe que les pays ne se servent pas des régimes de prestations d'invalidité pour secourir les personnes touchées par le ralentissement. D'après les données disponibles, cette façon de faire ne ferait qu'accroître le nombre de bénéficiaires à long terme qui ne réintégreront jamais le marché du travail, malgré une amélioration de la situation. D'autre part, il faut prêter attention dans la même mesure aux groupes qui perdent leur emploi actuellement et à ceux qui, déjà avant le ralentissement, étaient sous-représentés au sein du marché du travail. À cet égard, il ne faudra ménager aucun effort pour mettre en conformité les interventions stratégiques à court terme et le programme de réformes structurelles à long terme.

Dans l'ensemble, les efforts engagés jusqu'à présent au Canada pour réformer les politiques relatives à la maladie et à l'invalidité ont été parcellaires, sans coordination, et semblent avoir eu des effets globalement limités sur un régime qui demeure complexe et fragmenté. Il est bien établi que les problèmes posés par le chevauchement des compétences entre les gouvernements fédéral et provinciaux sont une des causes de cette situation ainsi que de la confusion qui règne quand il faut trouver les responsables des piètres résultats obtenus. Ces circonstances, propres au Canada, revêtent une importance particulière parce que les initiatives de réforme qui n'en tiennent pas directement compte risquent de ne pas aboutir. Sur le plan des politiques en matière d'invalidité, le Canada devra donc trouver des solutions qui prennent en considération son contexte politique et ses antécédents historiques particuliers.

Les différends liés au partage des compétences entre les gouvernements fédéral et provinciaux sont souvent invoqués pour expliquer la fragmentation du régime canadien de mesures d'aide à l'emploi et de prestations. Or, le problème est beaucoup plus large en ce sens que les gouvernements fédéral et provinciaux, les fournisseurs de services privés et communautaires, les groupes de pression et une grande partie du secteur de l'assurance-invalidité privée jouent tous un rôle important mais se réunissent rarement pour discuter des possibilités de travailler ensemble. L'absence actuelle d'un ensemble cohérent de politiques publiques et privées au Canada n'a rien d'étonnant parce que les divers acteurs ont relativement peu d'espaces de discussion leur permettant de communiquer entre eux à intervalles réguliers. Pour cette raison, et parce que les données publiques sur l'évaluation et les résultats des programmes sont rares, il n'existe pas non plus de mécanisme d'apprentissage à partir des bonnes et mauvaises pratiques suivies dans les différentes provinces.

Le régime canadien des politiques en matière de maladie et d'invalidité se révèle, de par ses particularités et points forts, très propice à une réforme structurelle. Par exemple, si les mesures de resserrement des critères d'admissibilité prises antérieurement par le gouvernement fédéral pour assurer la viabilité fiscale du régime de prestations sont en partie à la base des problèmes de couverture relativement aux programmes fédéraux d'assurance (le PPIRPC et les prestations de maladie au titre de l'a.-e.), ces mesures pourraient constituer un atout face à la crise actuelle. Certes, il faut régler les problèmes résultant de la couverture restreinte des prestations et de l'insuffisance de celles-ci, mais les antécédents à ce chapitre peuvent contribuer à ancrer un cadre stratégique en matière d'invalidité qui soit davantage axé sur l'emploi. De même, le rôle croissant et significatif que jouent le secteur de l'assurance-invalidité privé et les fournisseurs de services sans but lucratif recèle un important potentiel qui risque cependant de ne pas être pleinement exploité, faute d'un suivi approprié et d'une philosophie axée sur le client. Pour en arriver à un ensemble optimal de politiques publiques et privées, tous ses acteurs doivent jouer un rôle afin que le Canada, dans sa quête de réforme, tire parti de ses points forts.

L'idée maîtresse des politiques en matière de maladie et d'invalidité au Canada doit, dans un esprit de concertation, progresser pour se situer au-delà de la protection du bien-être, son thème central actuel, si l'objectif consiste à intégrer au marché du travail un nombre accru de personnes dont la capacité de travail est inexploitée. Tel semble être le principal défi que le Canada devra relever pour faire bouger les choses et mener à bien l'autre grande tâche qui attend les décideurs, tous niveaux confondus : régler les problèmes de délimitation fédérale-provinciale qui entravent actuellement la réforme structurelle nécessaire. À ce chapitre, le Canada devra voir aux enjeux stratégiques suivants au cours des prochaines années s'il veut améliorer les résultats des personnes à capacité de travail réduite sur les plans social et du marché du travail :

- le cloisonnement dans la formulation des politiques et la piètre coordination entre les gouvernements fédéral et provinciaux dans l'administration des mesures de soutien à l'emploi et des prestations qui se chevauchent ;
- sur le plan opérationnel, la formulation des politiques axées sur le *régime* plutôt que sur les *clients*, d'où l'ensemble hétéroclite de prestations et services liés à l'emploi ayant pour effet de compliquer la navigation et l'accès des clients ;

- l'absence générale de procédures systématiques de dépistage précoce et d'intervention rapide afin de prévenir le décrochage du marché du travail, lequel précède souvent la dépendance à long terme aux prestations.

3.1. Adapter le fonctionnement du régime fédératif aux personnes handicapées

Les gouvernements provinciaux assument la responsabilité directe ou dévolue d'une grande partie de la formulation des politiques liées à l'emploi, de l'élaboration des programmes actifs du marché du travail, de la surveillance des régimes d'indemnisation des accidents du travail et, en particulier, des prestations d'aide sociale de dernier recours (lesquelles jouent un rôle de plus en plus important dans la protection sociale des personnes handicapées, étant donné le resserrement de l'admissibilité aux régimes fédéraux). Cet état de choses témoigne d'une tendance continue ces dernières décennies relativement à la dévolution des responsabilités, en raison de responsabilités particulières enchâssées dans les principales lois, mais le gouvernement fédéral conserve un important rôle opérationnel en ce qui touche le PPIRPC, les prestations de maladie au titre de l'a.-e. et certains régimes d'aide à l'emploi secondaires. L'octroi de prestations et la mise en œuvre de mesures d'aide par deux ordres de gouvernement et dans un même but posent de nombreux problèmes, surtout s'il existe relativement peu de mécanismes servant à coordonner l'application des politiques afin que les bons bénéficiaires aient accès au bon moment aux bons services et aux bonnes prestations.

A. Clarifier le rôle respectif des différents échelons administratifs

Ces dernières décennies, le gouvernement fédéral a progressivement dévolu de plus en plus aux provinces et aux territoires la formulation des politiques et responsabilités administratives. Dans la même veine, il y aurait tout lieu d'envisager des moyens de déléguer aux gouvernements provinciaux l'*administration du volet client* des régimes fédéraux de prestations (l'a.-e. et le PPIRPC). De cette façon, tout travailleur social d'une province serait habilité à recommander et à appliquer un éventail optimisé d'outils fédéraux et provinciaux conçus sur mesure pour des clients en particulier. Voilà une façon de faire qui dissiperait en grande partie la confusion dans laquelle les personnes handicapées baignent actuellement et rendrait les provinces seules responsables de l'ensemble et la qualité des services, ainsi que des résultats obtenus pour les personnes handicapées.

Le gouvernement fédéral étant depuis longtemps un acteur de première ligne dans le versement de prestations d'invalidité et la fourniture de services d'aide à l'emploi, un tel changement exigerait des consultations étroites avec les provinces et la signature d'ententes fédérales-provinciales inattaquables pour garantir l'administration des régimes de l'a.-e. et du PPIRPC dans le strict respect des normes fédérales.

Recommandations

- Il convient que le gouvernement fédéral envisage — possiblement au moyen d'un projet pilote à petite échelle ou plus — des moyens de confier aux gouvernements provinciaux et territoriaux l'administration du régime d'a.-e. et du PPIRPC en son nom.
- Bien que l'administration de première ligne de l'a.-e. et du PPIRPC puisse être dévolue aux gouvernements provinciaux, il convient que la décision finale quant à l'attribution d'une prestation relève encore de Service Canada, organisme fédéral compétent en la matière.

- Ultérieurement, il y a lieu de mener tout le travail relatif à la formulation des politiques et aux programmes d'aide à l'emploi, à la fourniture des services et au versement des prestations à l'échelle provinciale. Il est nécessaire que le gouvernement fédéral supervise l'administration des prestations et des mesures d'aide à l'emploi qu'il finance, conformément aux normes qui régissent l'admission des clients, l'évaluation de leur situation et le traitement des cas. Il convient également d'appliquer comme il faut les conditions liées à l'utilisation des ressources fédérales.

B. Promouvoir l'apprentissage des bonnes pratiques entre les provinces

Il est un avantage du fédéralisme canadien qui est souvent donné en exemple : le fait que les provinces peuvent, au-delà de leurs frontières et dans l'intérêt mutuel, se faire part des politiques et pratiques novatrices apparues dans de nombreux administrations autonomes. Cet avantage n'est cependant pas utilisé fréquemment parce que les données détaillées sur l'évaluation des programmes, notamment quant aux résultats au chapitre de l'emploi, ne sont pas communiquées en temps opportun ou de façon à faciliter les comparaisons.

Puisque les provinces rendent des comptes en bout de ligne à leurs mandants locaux, peut-être conviendrait-il d'habiliter les universitaires et groupes de pression à rechercher l'information pertinente en vue d'étalonner le rendement pour le compte des groupes qu'ils représentent. Ces intervenants ne disposent actuellement pas des ressources nécessaires pour remplir cette fonction d'une manière systématique et régulière, d'autant plus qu'une telle tâche les obligerait à coordonner leurs activités au sein d'un réseau national pour faire part des bonnes pratiques les plus récentes d'une province à l'autre.

L'archivage des données sur les bonnes et les mauvaises pratiques en un seul endroit librement accessible à toutes les provinces constituerait, à titre de base de données pour les décideurs, un atout considérable pour le Canada. Dans la collecte de données sur les extrants et les résultats à archiver dans une base de données considérablement améliorée, il serait important que les provinces s'en tiennent aux normes dont elles ont convenu en ce qui touche la collecte des données et l'évaluation des résultats, en fonction d'indicateurs convenus et comparables et au moyen de technologies de l'information identiques ou faciles à synchroniser.

Recommandations

- Pour améliorer la formulation de politiques, il est essentiel de compter sur une bonne base de données. Il y a donc lieu que les provinces fassent continuellement le suivi des résultats de leurs programmes et politiques d'après les normes dont elles ont convenu et des indicateurs stratégiques pertinents et comparables, pour ensuite faire connaître les résultats en question.
- Il importe que les gouvernements fédéral et provinciaux mobilisent suffisamment de ressources pour la recherche et l'évaluation des programmes afin de créer un centre d'archivage indépendant des bonnes pratiques et données sur les résultats à l'échelle provinciale et auquel toutes les provinces pourront avoir accès.
- Il convient que les gouvernements provinciaux facilitent l'apprentissage entre les provinces par la création (ou l'utilisation, s'ils existent déjà) d'espaces de discussion ordinaires relativement aux résultats de programmes ainsi qu'aux bonnes et aux mauvaises pratiques. Il y a lieu d'inviter les représentants de la formulation des politiques, les universitaires et les groupes de pression à y prendre part, sans oublier de convier régulièrement les assureurs privés et les fournisseurs de services.

3.2. Passer à un cadre axé sur les clients

Pour les personnes handicapées, l'un des inconvénients du régime complexe en vigueur au Canada réside dans la multitude d'organismes avec lesquels elles doivent composer à différentes étapes, principalement parce que les diverses prestations et mesures de soutien à leur intention sont gérées en cloisonnement par les gouvernements fédéral et provinciaux. Pour le client, il est souvent difficile de savoir à quel organisme il doit s'adresser, et les conseils qu'il reçoit en matière de prestations et de mesures d'aide peuvent varier en fonction de l'endroit où il commence ses démarches⁶⁹. La personne qui a potentiellement droit à plus d'un ensemble de prestations ou mesures d'aide à l'emploi combinées devra tenter elle-même de comprendre les prestations et mesures de soutien offertes de même que leurs combinaisons optimales, notamment à différentes étapes, parce que les organismes provinciaux et fédéraux ne travaillent pas en partenariat lorsqu'ils traitent avec les mêmes clients. Pour ces derniers, il n'existe ni feuille de route, ni déroulement ou processus à suivre obligatoirement afin d'accéder aux mesures d'aide ou de soutien disponibles. Le fardeau du client s'alourdit lorsqu'il découvre que le travailleur social qui, dans un organisme en particulier, s'occupe de son cas doit partir de zéro pour obtenir les renseignements nécessaires sur ses antécédents parce qu'il n'a pas accès aux renseignements recueillis préalablement par les autres services, faute d'une collaboration entre organismes. Tout ce processus, que n'importe quel client jugerait compliqué, se révèle presque impossible à conduire à bon terme pour une personne dite handicapée. De toute évidence, le modèle mis en place actuellement au Canada est axé sur le *régime* plutôt que sur le *client*.

A. Promouvoir le principe du guichet unique dans la prestation de services par l'intermédiaire de Service Canada ou des homologues provinciaux

Le régime mis en place actuellement étant fragmenté, il est difficile de trouver les services et mesures de soutien disponibles à un stade donné (détérioration de la santé). Pour régler ce problème, bien des pays membres de l'OCDE ont tendance à grouper les connaissances et à fournir des renseignements et mesures de soutien au moyen de services de type « guichet unique ». Pour en arriver là, certains pays — comme le Royaume-Uni — ont fusionné le service de placement public et le bureau de versement des prestations en un seul organisme, tandis que d'autres tentent d'unifier les bureaux nationaux et municipaux. Service Canada se veut également un guichet unique pour toute une gamme de programmes fédéraux, mais son incidence est restreinte parce qu'il ne soutient pas les programmes provinciaux dans les régions où il mène des activités ; il se peut toutefois que cette situation change très graduellement à la suite des expériences menées actuellement dans plusieurs provinces (y compris en Colombie-Britannique, au Manitoba et au Québec) pour en arriver à une prestation des services décloisonnée.

Il serait possible de simplifier le régime canadien de prestations en confiant à un seul organisme la tâche de verser les prestations fédérales et provinciales, de telle sorte que l'accès des clients à des conseils sur l'ensemble optimal de prestations et de service de soutien à l'emploi s'en trouverait grandement amélioré. Voilà une fonction que Service Canada, une initiative du gouvernement fédéral, pourrait remplir, mais cela ne pourrait se faire qu'en consultation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. Autrement, les gouvernements

69. Il ressort des expériences réalisées en Colombie-Britannique que, souvent, les intervenants de première ligne fédéraux ou provinciaux n'ont une connaissance ni complète, ni exacte des programmes et services offerts par l'« autre » niveau de gouvernement.

provinciaux/territoriaux pourraient demander au gouvernement fédéral de confier les fonds régionaux de Service Canada aux provinces/territoires pour qu'elles mettent en place un service local de type guichet unique.

Recommandations

- Réfléchir à la mise en place, pour le versement des prestations et la réalisation des mesures d'aide à l'emploi, d'un véritable guichet unique qui donne accès à tous les programmes provinciaux et fédéraux. Voici quelques mesures qui pourraient être instaurées :
 - Confier aux provinces la voie d'accès au régime de prestations et de mesures de soutien à l'emploi et, si nécessaire, aiguiller les clients vers le gouvernement fédéral.
 - Mener des négociations afin que Service Canada fasse fonction de voie d'accès à l'ensemble du régime de prestations et de mesures de soutien à l'emploi et, si nécessaire, aiguiller les clients vers le gouvernement provincial.
 - Offrir un service d'information provincial-fédéral de type guichet unique dans des locaux communs (dont la gestion est partagée ou parallèle).
- Se communiquer les renseignements sur les mêmes clients afin d'alléger le fardeau de ces derniers, notamment en ce qui touche les demandes d'aide nouvelles ou modifiées. Le fait d'obtenir des clients la permission de mettre en commun les renseignements sur leur dossier allégerait leur fardeau et accroîtrait l'efficacité administrative⁷⁰.
 - L'assurance-emploi constitue un point de jonction « naturel » entre les gouvernements fédéral et provinciaux, car ceux-ci assument une responsabilité à cet égard (relativement aux prestations de maladie au titre de l'a.-e. pour le gouvernement fédéral, et aux mesures d'aide à l'emploi pour les gouvernements provinciaux) et devraient donc avoir des clients communs, quoique de nombreuses personnes handicapées n'aient pas droit à l'a.-e.
 - Analyser les potentialités et les limites qui ressortent du projet pilote mené en Colombie-Britannique sur la *prestation de services personnalisés* (actuellement dans trois centres pilotes), notamment en ce qui concerne l'information fournie aux clients sur les programmes fédéraux et provinciaux.

B. Systématiser la gestion des cas

La mise en place d'un service fonctionnel de type guichet unique contribuerait à remédier au défaut de mise en commun de l'information, lequel nuit à la capacité des établissements à fournir aux clients le service opportun au bon moment. La gestion de cas systématique et axée sur le client, récemment mise en œuvre dans un nombre croissant de pays membres de l'OCDE,

70. Il convient de souligner que les facteurs liés à la protection des renseignements personnels de même que les enjeux connexes à la mise en commun des renseignements personnels nécessitent une attention particulière en raison de leur nature potentiellement très délicate.

contribue à améliorer l'efficacité des services. Sa mise en œuvre aiderait également les clients à comprendre le processus à suivre pour accéder systématiquement au service d'aide dont ils ont besoin. L'idéal serait que chaque cas soit géré par une seule personne qui suit le client d'un bout à l'autre du processus jusqu'à ce que la situation de ce dernier soit stable.

Recommandations

- Élaborer, en matière de gestion de cas, les pratiques qui aident les clients à s'y retrouver dans le régime complexe de mesures de soutien et de prestations : faire suivre chaque client par un seul gestionnaire de cas le plus longtemps possible, puis confier son dossier à un deuxième gestionnaire si le premier doit arrêter de s'en occuper.
- Mettre en place, dans le cadre des réformes structurelles visant à instaurer un service de type guichet unique, l'aiguillage systématique et transparent des clients vers le service convenable, y compris la mise en commun et la transmission des renseignements pertinents (p. ex., sur l'aptitude à travailler du client et ses antécédents concernant son travail et les prestations reçues).

3.3. Améliorer la couverture des programmes et l'accès aux prestations

La complexité et la piètre intégration des régimes de prestations et de mesures de soutien à l'emploi font que des personnes qui auraient droit aux mesures de soutien et pourraient en tirer parti ne les obtiennent pas, du moins celles qui leur conviendraient le mieux. Cette situation tient en partie au fait que l'admissibilité aux mesures de soutien à l'emploi est conditionnée par l'admissibilité aux prestations d'assurance, de sorte que des personnes éprouvant le même type de problème pourront avoir droit à des mesures de soutien très différentes. La faible participation à plusieurs programmes et la part relativement élevée des personnes handicapées sans travail et ne bénéficiant pas de prestations publiques semblent être un facteur significatif quant aux raisons pour lesquelles les personnes handicapées courent un risque accru de connaître la pauvreté. Bien que des groupes de pression et des universitaires n'aient cessé de proposer à la fois des modifications au régime et une refonte exhaustive du mode d'organisation actuel, entre autres l'instauration d'une prestation liée à l'invalidité de courte durée (voir p. ex., Prince, 2008), aucune mesure n'a encore été prise à cet égard.

A. Faire concorder les prestations pour en favoriser le cumul et régler les problèmes de couverture

Dans de nombreux cas, parce qu'un bon nombre des principales prestations se situent en deçà des taux de remplacement du salaire type, elles ne permettent pas à elles seules d'empêcher les chômeurs à capacité de travail réduite de connaître la pauvreté. Les bénéficiaires devront souvent tenter d'accéder aux diverses prestations puis de les cumuler afin d'obtenir un revenu de base. Si près du quart des bénéficiaires touchent deux prestations (voire trois prestations ou plus dans certains cas), la forte majorité d'entre eux n'en perçoivent qu'une.

Parallèlement, les critères d'admissibilité rigoureux et l'évaluation des avoirs relativement aux diverses prestations semblent indiquer que de nombreuses personnes sans emploi ne touchent aucune prestation. En outre, les prestations offertes pour composer avec les périodes d'incapacité de travail de courte durée ne suffisent pas, de sorte qu'un grand nombre de

personnes ne reçoivent aucun versement, du moins pendant un certain temps. Qui plus est, le taux de participation aux avantages fiscaux — lesquels interviennent davantage dans le revenu total qu’au sein des autres pays membres de l’OCDE — est également faible.

Recommandations

- Réduire les intervalles entre les prestations de manière que les personnes ne doivent pas attendre trop longtemps avant de toucher leur versement, c’est-à-dire leur assurer un revenu de base continu durant les transitions vers le marché du travail ou pour cause d’invalidité.
- Envisager des possibilités d’étendre la couverture obligatoire prévue par l’assurance-emploi à un pourcentage accru de la main-d’œuvre (p. ex., en prenant en compte les travailleurs autonomes)⁷¹. Voir s’il y a lieu de prolonger la durée de versement des prestations de maladie au titre de l’assurance-emploi, laquelle pourrait être assortie d’une baisse du niveau des prestations au fil du temps et d’une prise en compte des effets éventuels sur les autres éléments du régime, dont les régimes d’assurance parrainés par l’employeur.
- Chercher des façons de faire concorder les prestations fédérales et provinciales comme au Québec, où la règle du payeur unique garantit une couverture tout en évitant le cumul superflu de prestations.
- Accroître la participation au crédit d’impôt pour personnes handicapées en rendant celui-ci remboursable et donc disponible aux personnes qui ne versent pas d’impôt, puis envisager une hausse de ce crédit (p. ex., au moyen d’un complément provincial systématique).
- Voir à ce que les personnes handicapées, notamment les personnes gravement handicapées, puissent avoir accès à tous les versements auxquels elles ont droit en vue de faire face aux taux de pauvreté élevés.
- Envisager une hausse du niveau de chaque versement, particulièrement ceux du PPIRPC, si la polarisation sur le cumul des prestations ne se traduit pas par une hausse suffisante du revenu des personnes handicapées.

B. Accroître la participation aux programmes d’emploi et du marché du travail

La proportion relativement élevée de travailleurs non couverts par l’assurance-emploi a des répercussions importantes non seulement sur leur protection sociale mais parfois aussi sur les types de mesures de soutien à l’emploi auxquelles les personnes ont droit, nonobstant leurs besoins et leur capacité de travail. De plus, les dépenses totales liées aux programmes actifs du marché du travail (PAMT) sont, à l’exemple de la participation à ceux-ci, faibles par rapport à celles constatées à l’étranger. Pour rectifier le tir, il faudra dans certains cas allouer davantage de fonds aux régimes actifs plutôt que passifs. Il est également important de simplifier les structures, d’accroître la transparence des programmes et de faciliter l’accès aux services. Il convient d’avoir pour objectif ultime de soutenir les personnes qui nécessitent (et à qui on peut apporter) un soutien pour intégrer le marché du travail, et ce, au moyen des mesures existantes les mieux adaptées.

71. A compter du 31 janvier 2010, les travailleurs indépendants ont la possibilité de bénéficier des régimes d’a.-e.

Recommandations

- Donner, aux personnes à capacité de travail réduite et qui nécessitent un soutien, l'accès aux services d'aide à l'emploi, qu'elles touchent une prestation ou non (comme c'est déjà le cas en Colombie-Britannique) et nonobstant leur situation d'emploi.
- Veiller à ce qu'un financement suffisant et assez souple du programme du marché du travail soit mis à la disposition des personnes ayant des problèmes de santé, face à l'évolution de la structure des clients et de la population de bénéficiaires de l'aide sociale, laquelle compte proportionnellement de plus en plus de personnes handicapées.
- Joindre de façon plus proactive par anticipation les clients éventuels qui pourraient bénéficier d'aides à l'emploi et les informer des avantages que présentent les programmes disponibles.
- Fixer des objectifs ambitieux pour l'emploi des personnes handicapées, comme l'ont fait la Colombie-Britannique et le Québec, et suivre les progrès en conséquence. Moyennant une vaste publicité, de tels objectifs peuvent se révéler utiles dans le cadre d'une stratégie concernant les personnes handicapées et dont l'objet consiste en une profonde réorientation culturelle allant de l'octroi de prestations de bien-être à la mise en œuvre de mesures de soutien à l'emploi.

C. Passer à un cadre fondé sur la responsabilité mutuelle

Malgré divers efforts valeureux des gouvernements fédéral et provinciaux afin d'inciter les bénéficiaires à (ré)intégrer le marché du travail, l'évaluation des bénéficiaires éventuels dans le cadre du régime canadien s'appuie encore dans l'ensemble sur l'invalidité de ces derniers. Voilà pourquoi les bénéficiaires, fussent-ils à capacité de travail réduite, ne sont tenus ni de chercher un emploi, ni d'accroître leur employabilité pour avoir droit aux prestations. De plus, parce que le décrochage du marché du travail entraîne une régression de l'aptitude au travail, de la confiance et des compétences professionnelles, les bénéficiaires se mettent souvent à craindre l'accès à un emploi rémunéré, bien que leur revenu leur permette à peine de joindre les deux bouts.

Une politique centrée sur le client aide beaucoup à trouver le bon service et à le fournir au bon moment. En contrepartie de l'amélioration du service et de la priorité donnée au client, on peut et on doit exiger davantage des clients et des demandeurs. Certes, la motivation des clients est indispensable au succès des mesures de soutien à l'emploi, mais une analyse réalisée dans d'autres pays révèle que la participation volontaire aux programmes entraîne systématiquement une sous-optimisation des mesures de soutien à l'emploi de même qu'une faible participation à celles-ci. L'instauration d'éléments obligatoires dans le processus, à l'exemple d'un nombre croissant de pays membres de l'OCDE, porte ses fruits. Étant donné les préoccupations que suscite le retour au travail rémunéré — fût-il restreint — chez les bénéficiaires de longue durée, il convient d'y aller d'une instauration progressive et combinée à des mesures de soutien vigoureuses.

Recommandations

- Mettre en place, en guise de première étape vers l'établissement de critères de participation, un processus d'entretien *obligatoire* qui peut s'inspirer du programme *Pathways-to-Work* (parcours vers l'emploi) au Royaume-Uni, aux termes duquel les clients doivent prendre part à une série de six entretiens à dates fixées. Au cours de ces entretiens, il sera important de présenter le travail comme un objectif à moyen ou à long terme pour faire évoluer les mentalités, tant chez les bénéficiaires que les travailleurs sociaux actuels.
- Élargir l'évaluation afin d'examiner la capacité de travail dont les clients disposent encore et de fournir des mesures de soutien à l'intégration judicieuse au marché du travail (dont le travail à temps partiel ou le travail autonome) pour les personnes n'ayant pas droit aux prestations. Envisager l'adoption d'un cadre d'évaluation pluridimensionnel comme celui utilisé dans d'autres pays membres de l'OCDE, notamment l'Australie et les Pays-Bas.
- Songer à instaurer l'obligation, pour les nouveaux bénéficiaires de prestations d'assurance-invalidité, de prendre part à des activités pouvant accroître leur employabilité et de chercher du travail en guise de condition préalable à l'octroi de ces prestations.
- S'inspirer du traitement réservé aux autres groupes, conformément à l'esprit du point précédent, en ce qui touche la façon de traiter le groupe des personnes handicapées dans l'ensemble des cas d'aide sociale : fixer des attentes de participation correspondantes. Dans certaines circonstances, il pourra être opportun d'exiger des clients qu'ils cherchent un travail correspondant à leur capacité tout en veillant à ce qu'ils ne soient pas contraints d'accepter des emplois inadaptés.

3.4. Favoriser l'accès aux mesures de soutien et l'intervention précoces

Une des principales lacunes du régime canadien est la quasi-absence d'une forme quelconque de dépistage précoce systématique des problèmes de santé — chez les personnes qui occupent encore un emploi ou chez les chômeurs — dans les programmes publics (de prestations). C'est un fait regrettable et un énorme gaspillage de forces vives puisque, tant au Canada qu'à l'étranger, la probabilité d'une sortie définitive du marché du travail augmente avec la durée d'inactivité. De nombreux pays membres de l'OCDE ont déployé des efforts considérables pour s'attaquer à la maladie à ses débuts et éviter que des symptômes légers ne s'aggravent et deviennent permanents. Certains pays, dont le Danemark, ont instauré des régimes rigoureux, systématiques et continus dans le but de faire le suivi des cas d'absence pour cause de maladie. D'autres pays, comme la Suisse, font le nécessaire pour que les mesures de soutien à l'emploi soient appliquées avant l'évaluation exhaustive de la capacité de travail et l'octroi de prestations d'assurance-invalidité de longue durée.

A. Renforcer le dépistage précoce des problèmes dans le cadre des programmes d'assurance fédéraux

Pour de nombreux travailleurs, les prestations de maladie au titre de l'a.-e. constituent un premier régime auquel ils ont accès lorsqu'ils éprouvent des problèmes de santé. L'absence de mécanisme de suivi et de gestion systématiques des maladies est une des lacunes de ce

régime ; une fois terminées les prestations de maladie au titre de l'a.-e., un travailleur aura souvent été inactif pendant une période pouvant aller jusqu'à 17 semaines. Quoi qu'il en soit, les problèmes de santé qui réduisent la capacité de travail des personnes incapables de réintégrer le marché du travail passeront facilement inaperçus pendant une période prolongée, et les mesures de soutien à l'emploi ne seront envisagées que lorsqu'il sera trop tard : les personnes présentent une demande de versement ordinaire au titre de l'a.-e., une fois épuisées les prestations de maladie au titre de l'a.-e., ou présentent une demande de prestations aux termes du PPIRPC ou du PPIRRQ.

Recommandations

- Intégrer au programme des prestations de maladie au titre de l'a.-e. le suivi systématique des absences, dont l'obligation de présenter un certificat dans les cas de maladie chronique et le suivi systématique des personnes après une absence d'une certaine durée ou dans les cas d'absences répétées.
- Bien lier les prestations de maladie au titre de l'a.-e. au PPIRPC ou au PPIRRQ, notamment par la transmission systématique des renseignements relatifs à la procédure de suivi des absences ayant trait aux prestations de maladie au titre de l'a.-e.
- Envisager à cette fin la possibilité de faire appel au personnel infirmier chargé du PPIRPC au sein de Service Canada, organisme qui voit à la mise en œuvre des prestations de maladie au titre de l'a.-e. et du PPIRPC.
- Concevoir, à l'étape de la présentation d'une demande de prestation au titre du PPIRPC ou du PPIRRQ, une démarche d'évaluation de la réadaptation professionnelle et de prestations pour faire en sorte de mettre à contribution toute capacité de travail subsistante.
- Veiller à ce que les chômeurs malades ou ayant des problèmes de santé reçoivent rapidement des soins médicaux appropriés et, si nécessaire, des services de réadaptation professionnelle.
- Proposer aux personnes dont la demande au titre du PPIRPC ou du PPIRRQ est refusée des services de réadaptation professionnelle, lesquels seront financés conjointement par les gouvernements fédéral et provinciaux.

B. Faire en sorte que les mesures provinciales de soutien à l'emploi s'appliquent précocement aux bénéficiaires

Au Canada, un bon nombre de travailleurs n'ayant pas droit à des prestations d'assurance s'en remettront plutôt aux mesures de soutien proposées par les provinces (services et prestations d'aide sociale non liés à l'a.-e.). Il n'existe pas, relativement à ces travailleurs, de système qui permettrait aux gouvernements provinciaux de dépister ceux qui risquent de devenir des bénéficiaires de longue durée. Dans la plupart des provinces, la situation s'apparente à celle de la Colombie-Britannique, où un fort pourcentage de bénéficiaires de prestations d'aide sociale ayant trait à une invalidité particulière ont touché par le passé des prestations d'aide sociale ordinaire, pendant que de nombreuses personnes censés travailler intégreront au fil du temps le groupe des personnes handicapées, lequel touche également des prestations supérieures. Il convient de bien comprendre ces mécanismes et de prendre de

mesures appropriées en réaction à ceux-ci. De même, il y a lieu de cibler les jeunes à risque de devenir des bénéficiaires de longue durée ; la hausse du niveau de scolarité de ces derniers n'a pas permis d'améliorer suffisamment leurs perspectives d'emploi.

Recommandations

- Axer l'évaluation des mesures de soutien à l'emploi et du droit aux prestations provinciales sur ce que la personne est réellement en mesure de faire, quel que soit son état, plutôt que sur son incapacité médicale.
- Mettre au point des stratégies ayant trait au dépistage précoce des problèmes de santé et à l'amélioration de la capacité d'adaptation et des compétences sur le marché du travail des éventuels clients de l'aide sociale de longue durée, y compris ceux qui font partie du groupe de personnes censées travailler.
- Fournir précocement aux jeunes à risque des passerelles améliorées entre l'école et le marché du travail, assorties de stages et de programmes d'apprentissage leur permettant d'améliorer leurs compétences sociales et non techniques et d'acquérir de l'expérience professionnelle.

3.5. Renforcer le régime dans son ensemble pour en accroître l'efficience

Bien que les gouvernements fédéral et provinciaux jouent un rôle central, il y a d'autres acteurs importants dans le régime à l'appui des personnes handicapées. Les employeurs peuvent (à l'exemple de ceux dans d'autres pays membres de l'OCDE) jouer un rôle substantiel pour empêcher le décrochage du marché du travail. Les fournisseurs d'assurance du secteur privé jouent un rôle notable et croissant sur le plan de la couverture, bien davantage au Canada que dans la plupart des autres pays membres de l'OCDE, mais cette réalité transparaît bien peu dans les politiques publiques. Quant aux organismes non gouvernementaux de services sociaux, ils assurent la prestation de la plupart des services de soutien dans les faits ; de plus, leur niveau de mobilisation change le cours des choses en ce qui concerne les résultats pouvant être obtenus.

A. Renforcer le rôle essentiel des employeurs et des régimes d'assurance-invalidité privés

L'employeur peut et doit jouer un rôle essentiel dès les premières phases d'un problème de santé. Tel n'est pas le cas au Canada, sauf s'il s'agit d'une maladie ou d'une blessure de travail couverte par un régime provincial d'indemnisation des accidents du travail, lequel comporte des responsabilités et des incitatifs considérables pour l'employeur. Dans les cas de congés de maladie ordinaires, entre autres, l'employeur n'est pas tenu de jouer un rôle. Voilà une situation à laquelle il faut remédier.

Les régimes d'assurance-invalidité privés comportent d'intéressantes dispositions quant à la prévention de l'invalidité. À titre d'exemple, les employeurs qui offrent des prestations pour invalidité de longue durée (ILD) devraient intégrer à la structure des cotisations d'assurance correspondantes des incitatifs de prévention de la maladie et de l'invalidité. Or, on connaît très peu ces régimes, bien que plus du quart des prestations d'assurance-invalidité versées au Canada le soient au titre de l'ILD. Compte tenu de l'importance prise par ces régimes, il faudra poursuivre les efforts pour comprendre leur apport et harmoniser les régimes publics et privés.

Recommandations

- Les employeurs doivent jouer un rôle dans tout nouveau processus de suivi systématique des absences ayant trait aux prestations de maladie au titre de l'a.-e., à l'exemple de nombreux autres pays membres de l'OCDE. En outre, si un contrat de travail est en vigueur au moment de la présentation d'une demande de prestations aux termes du PPIRPC ou du PPIRRQ, les employeurs doivent également prendre part aux nouvelles évaluations de la réadaptation professionnelle avant l'octroi d'une prestation de longue durée.
- Envisager, à l'intention des employeurs, des incitatifs financiers en vue de prévenir les congés de maladie d'une durée excessive qui mènent vers le décrochage en permanence du marché du travail. À titre d'exemple, songer à moduler le financement des prestations de maladie au titre de l'a.-e., voire également — du moins en partie — les cotisations relatives au PPIRPC et au PPIRRQ en fonction des antécédents (les rouages des régimes d'assurance-invalidité privés pourront servir de modèle) ; cette mesure serait particulièrement importante pour les employeurs qui n'adhèrent à aucun régime d'assurance privé d'ILD.
- Favoriser une couverture accrue relativement à l'ILD (celle-ci se situe actuellement entre 50 et 55 %, taux constant depuis plusieurs années) et étudier les retombées éventuelles d'une adhésion obligatoire des travailleurs aux régimes d'assurance ILD.
- Améliorer la qualité des régimes d'assurance ILD quant à leur capacité d'empêcher le décrochage de longue durée du marché du travail, de façon à éviter également que les bénéficiaires des régimes d'assurance ILD réclament systématiquement des prestations d'aide sociale à l'issue de la période type de 24 mois liée aux versements d'assurance ILD, phénomène fréquent. Pour ce faire, songer à améliorer la réglementation des régimes d'assurance ILD, peut-être en y intégrant des dispositions qui empêchent l'exclusion d'une personne dont la maladie est préalablement déclarée.
- Établir des liens entre employeurs et assureurs afin que les régimes d'assurance ILD puissent prévoir une gestion efficace de l'invalidité, un peu à l'exemple de ce qui est proposé dans les régimes d'indemnisation des accidents du travail (aux termes desquels il y a un suivi précoce après environ deux semaines, par exemple).

B. Poursuivre la transition allant d'un financement des services axé sur les extrants à celui axé sur les résultats

Au Canada, le financement des services d'aide à l'emploi des personnes handicapées s'est longtemps fait et se fait encore dans de nombreux cas au moyen de subventions globales à des fournisseurs sans but lucratif établis, lesquels jouissent d'une autonomie considérable dans leur utilisation des fonds publics et exercent une forte influence sur l'élaboration des politiques. Récemment, quelques provinces canadiennes, notamment la Colombie-Britannique, se sont engagées avec précaution dans une nouvelle voie : les fournisseurs de services sont de plus en plus financés sur la base des extrants et, dans certains cas, en fonction des résultats (en matière d'emploi). Il ressort des expériences menées dans d'autres pays, comme l'Australie, que le financement axé sur les résultats a tendance à donner des résultats semblables mais à accroître l'efficacité du processus. Le Canada pourra également s'engager davantage dans cette voie et régler parallèlement les problèmes que pose pour les fournisseurs la multitude des bailleurs de fonds et les obligations redditionnelles.

Recommandations

- Poursuivre la transition allant d'un financement des services axé sur les extrants à un financement des services axés sur les résultats et selon le principe de la rémunération des services.
- Si le principe de la rémunération des services est déjà mis en application : souligner l'importance d'obtenir des résultats à long terme en matière d'emploi ; favoriser le soutien en cours d'emploi des personnes qui demeurent au sein du marché du travail (par souci de prévention et de maintien de l'emploi) ; et accroître les mesures de soutien en cours d'emploi et de suivi afin d'aider les personnes éprouvant des problèmes continus (p. ex., celles ayant des problèmes de santé épisodiques).
- Évaluer avec rigueur l'incidence des nouveaux modèles de financement sur les résultats sociaux et en matière d'emploi.
- Donner aux fournisseurs de services une marge de manœuvre financière suffisante et mesurer les résultats *globaux* enregistrés par chacun d'eux, plutôt que les résultats correspondant à chaque source de financement de façon distincte. Il n'est ni possible, ni utile de disjoindre les différents budgets des résultats qui y correspondent.
- Lancer à titre expérimental et à l'intention des organismes à but lucratif un processus d'appel d'offres ayant trait au service d'emploi, et élargir ce processus si les résultats en matière d'emploi s'en trouvent améliorés.

ANNEXE

**GRANDES RÉFORMES DES POLITIQUES FÉDÉRALES
RELATIVES À L'EMPLOI ET À LA SÉCURITÉ SOCIALE DES PERSONNES
HANDICAPÉES (DEPUIS 1980)**

Réformes liées à l'emploi	Année	Réformes liées à la sécurité sociale
La <i>Charte canadienne des droits et libertés</i> est signée par le gouvernement fédéral et toutes les provinces, sauf le Québec. Elle garantit l'égalité devant la loi, indépendamment de toute discrimination fondée sur diverses caractéristiques. Les programmes de promotion sociale ou d'équité en matière d'emploi sont autorisés.	1982	
Les déficiences font l'objet d'une disposition distincte, laquelle s'ajoute aux « Droits à l'égalité » prévus dans les <i>Charte</i> .	1985	
La <i>Loi sur l'équité en matière d'emploi</i> oblige les employeurs régis par le gouvernement fédéral à élaborer des programmes d'équité en matière d'emploi afin d'intégrer les personnes défavorisées et sous-représentées.	1986	
	1987	Le <i>RPC</i> est modifié par un accord fédéral-provincial visant à permettre une souplesse accrue à l'âge de la retraite, à améliorer les droits des conjoints survivants et à rehausser les prestations d'invalidité afin de les faire concorder avec celles du RRQ.
Mise en œuvre de la Stratégie nationale pour l'intégration des personnes handicapées, dans l'optique de financer les projets favorisant l'accès au logement, au transport, à l'éducation et aux communications.	1991	Le <i>Crédit d'impôt pour personnes handicapées</i> augmente pour passer de 575 CAD à 700 CAD par an. Les bénéficiaires des prestations d'invalidité du RPC ou du RRQ obtiennent le droit de répartir l'impôt sur les années d'invalidité plutôt que d'inclure le plein montant dans l'année où il est reçu ; les prestations pour les enfants de cotisants au RPC handicapés ou décédés augmentent pour passer de 35 CAD à 148 CAD par mois.
La <i>Loi canadienne sur les droits de la personne</i> est modifiée par l'ajout de dispositions relatives aux « mesures d'adaptation raisonnables » et à la « contrainte excessive ».	1992	

<p>La <i>Loi sur l'équité en matière d'emploi</i> s'étend à de nouveaux groupes ; la Commission canadienne des droits de la personne se voit confier la responsabilité de la surveillance et de l'assurance de la conformité.</p>	1995	<p>Le Conseil fédéral-provincial-territorial (FPT) sur la refonte des politiques sociales est établi pour orienter l'approche pancanadienne envers la réforme des politiques sociales.</p>
<p>La <i>Loi sur l'assurance-emploi (a.-e.)</i> remplace la <i>Loi sur l'assurance-chômage</i> et la <i>Loi nationale sur la formation</i>. Elle vise à renforcer les mesures actives pour favoriser l'emploi, et elle autorise le gouvernement fédéral à conclure des ententes (Ententes sur le développement du marché du travail) avec chaque province ou territoire relativement à la conception et à la prestation de programmes actifs du marché du travail. Les premières ententes sont signées avec l'Alberta et le Nouveau-Brunswick ; d'autres ententes seront conclues subséquemment avec les autres provinces et territoires, à l'exception de l'Ontario.</p>	1996	<p>En vertu des nouvelles dispositions de l'a.-e., chaque heure de travail, y compris le travail à temps partiel, compte dans l'établissement de l'admissibilité aux prestations.</p> <p>La réforme des accords fiscaux fédéraux-provinciaux modifie le mode de financement de l'aide sociale et des services destinés aux personnes handicapées qu'assurent les gouvernements provinciaux. L'instauration du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) réduit le montant de transfert en espèces consenti aux gouvernements provinciaux en matière de santé, d'éducation postsecondaire et de programmes sociaux, et atténue la capacité du gouvernement fédéral de diriger le niveau ou la nature des programmes qui existaient dans le régime de financement antérieur (le Régime d'assistance publique du Canada). Le TCSPS permet une variation accrue au sein des programmes provinciaux d'aide sociale et de services sociaux.</p>
<p>Le gouvernement fédéral lance le Fonds d'intégration (FI) pour les personnes handicapées afin que les personnes n'ayant pas droit aux prestations de l'a.-e. aient accès aux programmes d'aide à l'emploi.</p> <p>On convient de remplacer le Programme de réadaptation professionnel des personnes handicapées (PRPPH) (lancé en 1962 et qui sera supprimé graduellement en 2001) par un cadre multilatéral fédéral-provincial conjoint appelé Aide à l'employabilité des personnes handicapées (AEPH). Aux termes de l'AEPH, les emplois protégés ne seront plus financés par le gouvernement fédéral.</p>	1997	
<p>Les gouvernements fédéral, provinciaux (sauf le Québec) et territoriaux conviennent d'un cadre commun, tel qu'établi dans « À l'unisson : Une approche canadienne concernant les personnes handicapées », pour assurer « des progrès soutenus vers la pleine participation des personnes handicapées ».</p>	1998	<p>Les taux de cotisation au RPC sont majorés graduellement au cours des six années suivantes pour passer de 7 à 9,9 % des gains cotisables. Les exigences en matière de cotisations au PPIRPC sont renforcées (quatre des six dernières années au lieu de deux des trois dernières années ou cinq des dix dernières années).</p>

Le gouvernement fédéral publie « Orientations futures du gouvernement du Canada concernant les personnes handicapées – La pleine citoyenneté : une responsabilité collective », document qui décrit sa démarche, en partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et l'ensemble des personnes handicapées, en vue d'assurer l'accès et l'intégration à une vaste gamme de secteurs, allant des programmes et services gouvernementaux à l'emploi, aux transports, à l'information et à la technologie.	1999	
	2000	L'exigence de cotisation pour l'assurance emploi et les prestations de maladie est réduite, pour passer de 700 à 600 heures assurées.
Au titre du PPIRPC, une politique des « gains admissibles » est adoptée pour inviter les bénéficiaires à travailler et gagner de l'argent (par exemple 4 400 CAD avant impôts en 2008) avant qu'ils aient besoin de contacter le gouvernement fédéral (Service Canada après 2005). Ce n'est pas la limite à partir de laquelle les prestations s'arrêtent mais une façon d'apporter de l'aide pour que les bénéficiaires continuent à travailler s'ils le peuvent.	2001	
Les ministres responsables des services sociaux adoptent le Cadre multilatéral pour les ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées. Celui-ci réaffirme l'engagement des gouvernements de travailler afin de s'assurer que les personnes handicapées participent avec succès au marché du travail.	2003	La Prestation pour enfants handicapés est lancée en guise de supplément à la Prestation fiscale canadienne pour enfants.
	2004	La déduction pour frais de préposés aux soins est remplacée par la Déduction pour produits et services de soutien aux personnes handicapées, laquelle admet un éventail élargi de dépenses de soutien aux personnes handicapées afin que ces dernières puissent travailler, fréquenter un établissement d'enseignement ou faire de la recherche. En outre, aux termes du nouveau régime, un contribuable peut demander le remboursement des dépenses même s'il n'a pas droit au crédit d'impôt pour personnes handicapées.
Service Canada est créé pour améliorer la prestation des programmes et services du gouvernement par un accès rapide et facile de type « guichet unique ».	2005	

<p>La disposition de rétablissement automatique des prestations du PPIRPC est instaurée. Elle constitue un filet de sécurité financier pour les bénéficiaires du PPIRPC qui, après avoir intégré normalement le marché du travail, ne peuvent continuer de travailler à cause de leur invalidité, dans les deux années suivant la date à laquelle ils ont cessé de toucher des prestations.</p>		
<p>On annonce dans le budget fédéral de nouveaux investissements de 500 millions de dollars sur six ans pour l'élaboration de nouvelles ententes sur le marché du travail (EMT) avec les provinces et territoires. Ces nouvelles ententes élargiront l'accès aux occasions de formation et aux programmes du marché du travail des personnes n'ayant pas droit actuellement à la formation en vertu du programme de l'assurance-emploi, y compris les groupes sous-représentés tels que les personnes handicapées.</p>	2007	<p>Lancement, à l'intention des personnes handicapées, de la Prestation fiscale pour le revenu de travail et du Régime enregistré d'épargne-invalidité (qui est devenu disponible pour les Canadiens à compter de décembre 2008).</p>
	2008	<p>Dans le cadre du PPIRPC, l'admissibilité liée aux cotisations des personnes handicapées est étendue pour permettre à un nombre accru de cotisants de longue date de présenter une demande ; ceux qui cotisent depuis 25 ans ou plus pourront satisfaire à ce critère s'ils ont cotisé pendant trois (plutôt que quatre) des six dernières années.</p>

ABRÉVIATIONS

ACCAP	Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes
a.-e.	Assurance-emploi
AEPH	Aide à l'employabilité des personnes handicapées
CAD	Dollars canadiens
CIPH	Crédit d'impôt pour personnes handicapées
EDMT	Entente sur le développement du marché du travail
EDTR	Enquête sur la dynamique du travail et du revenu
EFT	Enquête sur les forces de travail
EMT	Entente sur le marché du travail
EMTPH	Entente sur le marché du travail visant les personnes handicapées
EPLA	Enquête sur la santé et les limitations d'activités
EPMT	Entente de partenariat sur le marché du travail
EPPD	Employment Program for Persons with Disabilities (Colombie-Britannique)
EU-SILC	European Survey of Income and Living Conditions
FI	Fonds d'intégration des personnes handicapées
ICD	Invalidité de courte durée
ILD	Invalidité de longue durée
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
ONG	Organisation non gouvernementale
PAMT	Programme actif du marché du travail
PEMS	Prestations d'emploi et mesures de soutien
PFRT	Prestation fiscale pour le revenu de travail
PPIRPC	Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada
PPIRRQ	Programme de prestations d'invalidité du Régime des rentes du Québec
REÉI	Régime enregistré d'épargne-invalidité
RHDCC	Ressources humaines et Développement des compétences Canada
RPC	Régime de pensions du Canada
RRQ	Régime des rentes du Québec
RPPH	Réadaptation professionnelle des personnes handicapées
SV	Sécurité de la vieillesse

BIBLIOGRAPHIE

- Anderson, J. et G. Brown (2005), *HIV & Disability Insurance in Canada: An Environmental Scan*, The Canadian Working Group on HIV and Rehabilitation, Toronto, Canada.
- Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) (2003), « Le rôle des régimes d'assurance-invalidité dans le système canadien de protection du revenu en cas d'invalidité », soumission au Sous-comité de la Chambre des communes sur la condition des personnes handicapées, Canada.
- Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) (2009), « Faits sur la vie canadienne et l'assurance santé », Edition 2008, Canada.
- Battle, K., M. Mendelson et S. Torjman (2006), *Towards a New Architecture for Canada's Adult Benefits*, Caledon Institute of Social Policy, Ottawa, Canada.
- Canada-Alberta Labour Market Agreement for Persons with Disabilities (2008), *Annual Report 2007/2008*, Canada.
- Comité permanent des ressources humaines, du développement social et de la condition des personnes handicapées (2006), « Témoignages – Mardi 20 juin 2006 », Chambre des Communes, Canada.
- Fawcett, G. et A. Spector (2008), « Document de référence préparé pour le compte de RHDCC », Ontario, Canada.
- Graefe, P. et M. Levesque (2008), « Impediments to Innovation in the Canadian Social Union: The Case of the Labour Market Agreements for People with Disabilities », ébauche d'une conférence préparée en vue de l'assemblée de 2008 de l'Association canadienne de science politique, Hamilton, Ontario, Canada.
- Halligan, J. (2004), « The Quasi-autonomous Agency in an Ambiguous Environment: The Centrelink Dase », *Public Administration and Development*, vol. 24 n° 2, pp. 147-156.
- Heino, J. (2005), *EPPD Review – Summary of Findings*, Heino & Associates, Victoria, Canada.
- Jongbloed, L. (2003), « Disability Policy in Canada: An Overview », *Journal of Disability Policy Studies*, vol. 13.
- Ling, T. (2002), « Delivering Joined-up Government in the UK: Dimensions, Issues and Problems », *Public Administration*, vol. 4 n° 80, pp. 615-642.
- Marshall, K. (2006), « En congé de maladie », *L'emploi et le revenu en perspective*, vol. 7, n° 4, Statistique Canada, Ottawa, Canada

- OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité: Promouvoir le travail et la sécurité des revenus des personnes handicapées*, Editions de l'OCDE, Paris, France.
- OCDE (2006), *Maladie, invalidité et travail: surmonter les obstacles (Vol. 1): Norvège, Pologne et Suisse*, Editions de l'OCDE, Paris, France.
- OCDE (2007), *Maladie, invalidité et travail: surmonter les obstacles (Vol. 2): Luxembourg, Espagne et Royaume-Uni*, Editions de l'OCDE, Paris, France.
- OCDE (2007a), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, Editions de l'OCDE, Paris, France.
- OCDE (2008), *Maladie, invalidité et travail: surmonter les obstacles (Vol. 3): Danemark, Finlande, Irlande et Pays-Bas*, Editions de l'OCDE, Paris, France.
- OCDE (2008a), *Des emplois pour les jeunes – Canada*, Editions de l'OCDE, Paris, France.
- OCDE (2009), « *Sickness, Disability and Work: Keeping on Track in the Economic Downturn* », document de référence préparé en vue du Forum de haut niveau en mai 2009, Editions de l'OCDE, Paris, France.
- OCDE (2009a), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Sweden: Will the recent reforms make it?*, Editions de l'OCDE, Paris, France.
- OCDE (2009b), *Mesurer l'activité des administrations*, Editions de l'OCDE, Paris, France.
- OCDE (2009c), *Taxes and Grants: On the Revenue Mix of Sub-central Governments*, Editions de l'OCDE, Paris, France.
- Ontarians with Disabilities Act Committee (2001), *Details of the Ontario Government's Public Opinion Poll on the Ontarians with Disabilities Act*, Ottawa, Canada.
- Open Policy (2008), « *Country Note on Canada, British Columbia, Québec and Manitoba* », document de référence préparé pour le compte de RHDCC, septembre 2008, Canada.
- Prince, M. (2004), « *Canadian Disability Policy: Still a Hit-and-Miss Affair* », *The Canadian Journal of Sociology*, vol. 29, n° 1, pp. 59-82.
- Prince, M. (2008), « *Canadians Need a Medium-Term Sickness/Disability Income Benefit* », Caledon Institute of Social Policy, Ottawa, Canada
- RHDCC (2004), *Historique de l'assurance-chômage*, Ottawa, Canada.
- RHDCC (2008), « *Rapport de contrôle et d'évaluation - Régime d'assurance-emploi* », Ottawa, Canada.
- Richards, J. (2007), « *Reducing Poverty: What has Worked, and What Should Come Next* », *C.D. Howe Institute Commentary*, n° 255, octobre 2007, Toronto, Canada.
- Rioux, M. et M. Prince (2002), « *The Canadian Political Landscape of Disability: Policy Perspectives, Social Status, Interest Groups and the Rights Movement* », dans A. Puttee (ed.), *Federalism, Democracy and Disability Policy in Canada*, Montreal, McGill-Queen's University Press.

-
- Scott, K. (2003), « Le financement, ça compte : l'impact du nouveau régime de financement au Canada sur les organismes bénévoles et communautaires à but non lucratif », Conseil canadien de développement social, Canada.
- Service Canada (2007), *Rapport annuel 2006-2007*, Ottawa, Canada.
- Stapleton, J. et A. Tweddle (2008), « Naviguer dans le labyrinthe : Améliorer la coordination et l'intégration des programmes et politiques sur l'emploi et le revenu en cas d'invalidité, pour les personnes vivant avec le VIH/sida », document de travail, Open Policy, Toronto, Canada.
- Statistique Canada (2003), « Les mesures de soutien à l'incapacité au Canada, 2003 – Tableaux », Catalogue n° 89-581-XIE, Ottawa, Canada.
- Torjman, S. (2002), « Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada », Caledon Institute of Social Policy, Ottawa, Canada.
- Wright, R. (2008), « Document de référence préparé pour le compte du Conference Board du Canada », mimeo, Ottawa, Canada.

Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles

CANADA : DES POSSIBILITÉS DE COLLABORATION

Comment peut-on améliorer l'état moyen de santé de la population alors que de nombreux travailleurs quittent encore le marché du travail de façon permanente en raison de problèmes de santé ou d'incapacités, et qu'ils dépendent des prestations d'aide pour survivre ?

Dans le même temps, de plus en plus d'adultes en âge de travailler mais affectés d'un handicap sont exclus de la population active. C'est une tragédie à la fois sociale et économique qui frappe pratiquement l'ensemble des pays de l'OCDE, dont le Canada ; et c'est aussi un paradoxe qui mérite explication.

Le présent rapport qui fait partie de la série *Maladie, invalidité et travail* propose une évaluation de la situation au Canada. Il explore quelques-unes des raisons expliquant ce paradoxe au Canada et la spécificité de sa politique qui implique plusieurs acteurs publics et privés ainsi que différents niveaux de gouvernement pour réduire l'inactivité et augmenter la participation. Il propose une liste de recommandations politiques pour s'attaquer aux disparités actuelles et prévisibles.

Le Canada fait face aux mêmes problèmes que les autres pays de l'OCDE : faibles taux d'emploi, forts taux de chômage et risque élevé de pauvreté des personnes handicapées. Cependant, bien que ces chiffres soient en augmentation, le nombre de personnes percevant des prestations maladie ou invalidité à long terme est plus faible au Canada que dans la plupart des pays de l'OCDE. Cette tendance permettra de soutenir dans les années à venir les efforts entrepris par les gouvernements fédéral et provinciaux pour mettre en place un système sur l'incapacité mieux orienté vers l'emploi.

En conclusion, ce rapport estime que des changements supplémentaires sont nécessaires, notamment afin de mieux coordonner les programmes fédéraux et provinciaux, de faciliter l'accès aux services et aux aides grâce à un système de guichet unique et à un cadre de responsabilité mutuelle, et d'identifier le handicap et d'intervenir le plus tôt possible. Les employeurs ont aussi un rôle important pour éviter que les gens se détachent du marché du travail.

Dans la même série :

Vol. 1: Norvège, Pologne et Suisse (2006)

Vol. 2: Australie, Espagne, Luxembourg et Royaume-Uni (2007)

Vol. 3: Danemark, Finlande, Irlande et Pays-Bas (2008)

Sweden: Will the Recent Reforms Make It? (en anglais, 2009)

Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE (à paraître en 2010)

www.oecd.org/els/invalidite