

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

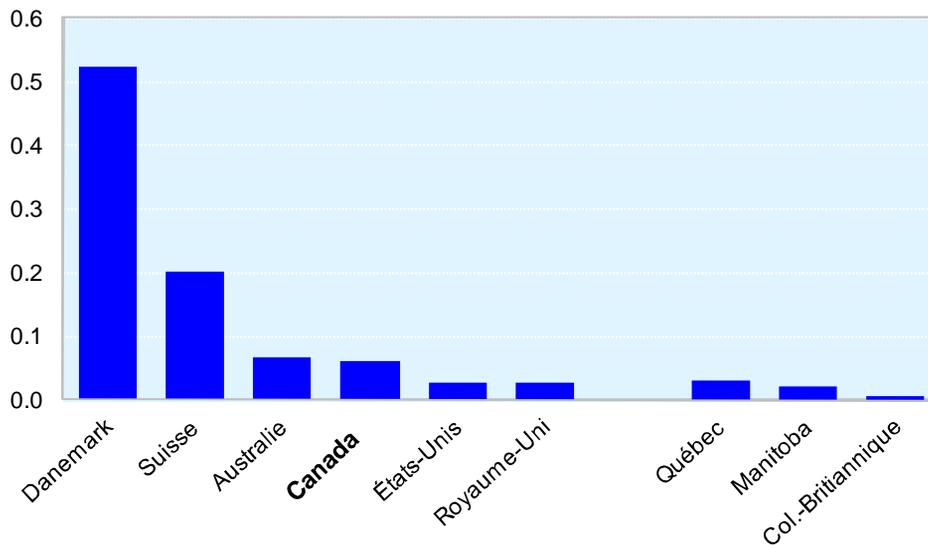
37. Il s'agit d'une forte généralisation du problème sous-jacent, mais elle est nécessaire. Comme en témoignent diverses parties du rapport, il existe des exceptions à cette règle. Notamment, les programmes d'indemnisation des accidents du travail poursuivent une politique dynamique en offrant des programmes 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

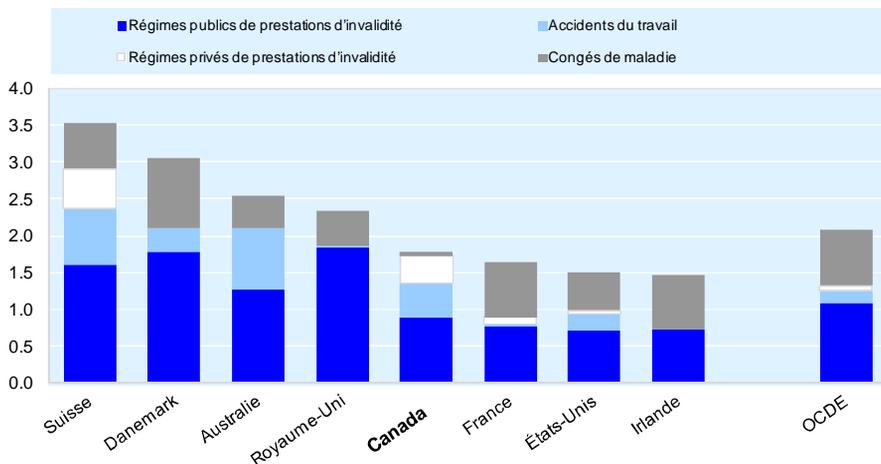
38. Voir aussi OCDE (2008a), p.155 : « ... Dans la pratique, cependant, le Canada n'oblige pas les utilisateurs à faire état régulièrement des démarches entreprises pour trouver du travail, n'aiguille pas directement les clients de l'assurance-emploi vers les postes vacants et ne les oblige pas à mettre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

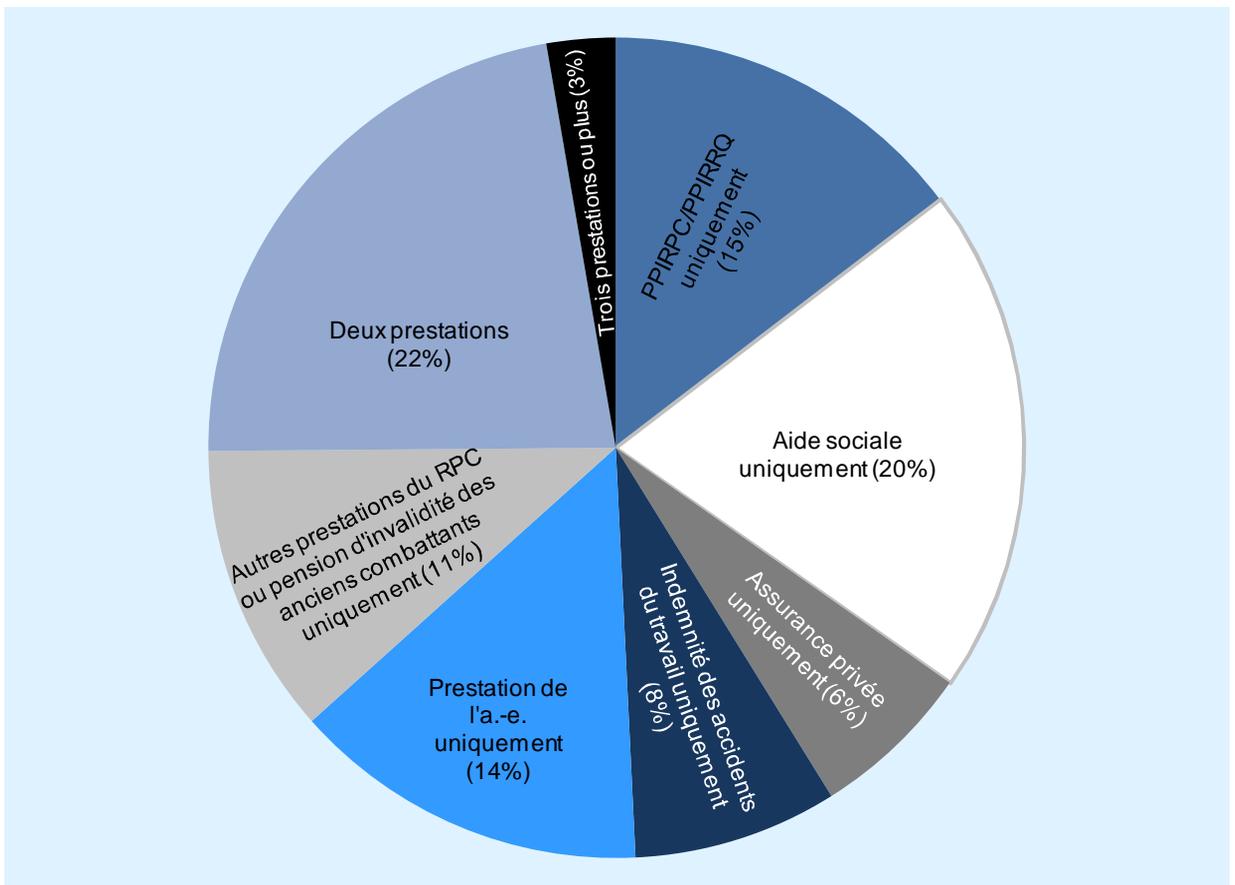
49. Comme on l'a vu au premier chapitre, le Québec fait exception. Selon la règle du « payeur unique », les demandeurs qui vivent au Québec ont droit à une aide financière relative à l'indemnisation des accidents du travail ou au PPIRRQ, mais pas aux deux.

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 efficacité 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.

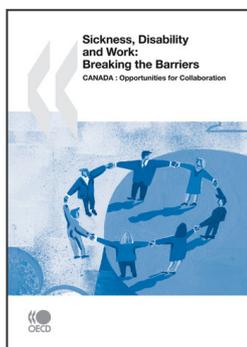
Une étude effectuée en 2005 a révélé que la démarche des jalons retenue pour l'EPPD est concluante. Si peu de fournisseurs de services ont éprouvé des difficultés relativement à la formule des jalons, le grand nombre de jalons, la définition imprécise de certains d'entre eux et, en règle générale, l'insuffisance 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.



Extrait de :

Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: Canada

Opportunities for Collaboration

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264090422-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2010), « Problèmes et enjeux majeurs », dans *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: Canada : Opportunities for Collaboration*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264090439-3-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.