# La sécurité sociale au Québec

## Histoire et enjeux

PUL

# LA SÉCURITÉ SOCIALE AU QUÉBEC

## Histoire et enjeux

# LA SÉCURITÉ SOCIALE AU QUÉBEC

## Histoire et enjeux

sous la direction de

Denis Latulippe

Presses de
l'Université Laval

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des arts du Canada et de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada (FLC) pour nos activités d'édition.

Financé par le gouvernement du Canada
Funded by the Government of Canada

Canada

Mise en page : Diane Trottier
Maquette de couverture : Laurie Patry

© Presses de l'Université Laval. Tous droits réservés.
Dépôt légal 4e trimestre 2016

ISBN 978-2-7637-3162-9
PDF 9782763731636

Les Presses de l'Université Laval
www.pulaval.com

Toute reproduction ou diffusion en tout ou en partie de ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite des Presses de l'Université Laval.

*À notre collègue Jean-Claude Deschênes.*
*En souvenir de sa compétence, son intégrité*
*et sa volonté d'agir.*

# Sommaire

**Préface** . . . . . **XI**

**À propos des auteurs** . . . . . **XIII**

**Introduction** . . . . . **1**

PARTIE I – VISION ET RÉALITÉS POLITIQUES

Chapitre 1
**Une révolution si peu tranquille !** . . . . . **5**
*Claude Castonguay, Pauline Marois et Pierre Maisonneuve*

PARTIE II – LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS UN ENVIRONNEMENT EN MUTATION

Chapitre 2
**Le portrait démographique** . . . . . **55**
*Jacques Légaré*

Chapitre 3
**L'environnement économique et financier** . . . . . **87**
*Pierre Fortin*

Chapitre 4
**La révolution des genres de vie** . . . . . **107**
*Simon Langlois*

PARTIE III – LE DÉVELOPPEMENT DES PROGRAMMES

Chapitre 5
**Le système de santé et de services sociaux** . . . . . **139**
*Jean Turgeon, Jean-Claude Deschênes† et Guy Simard*

Chapitre 6
**L'assurance médicaments** . . . . . **205**
*Guy Simard et Jean Turgeon*

Chapitre 7
**La retraite** . . . . . **237**
*Denis Latulippe et Pierre Plamondon*

Chapitre 8
**La santé et la sécurité au travail** . . . . . **279**
*André Beauchemin et Gilles Binet*

Chapitre 9
**Le régime d'assurance automobile** . . . . . **315**
*Gilles Binet et André Beauchemin*

Chapitre 10
**L'assurance-chômage** . . . . . **347**
*Michel Bédard*

Chapitre 11
**La politique familiale** . . . . . **395**
*Ruth Rose*

Chapitre 12
**Les politiques de sécurité du revenu et de main-d'œuvre** . . . . . **459**
*Yvon Boudreau*

Chapitre 13
**La Caisse de dépôt et placement du Québec** . . . . . **497**
*Bernard Morency et Diane Lemieux*

PARTIE IV – CONSTATS ET ENJEUX D'ENSEMBLE

Chapitre 14
**Le reflet d'un devenir collectif** . . . . . **533**
*Denis Latulippe*

**Conclusion** . . . . . **557**

**Liste des encadrés** . . . . . **559**

**Liste des tableaux** . . . . . **560**

**Liste des graphiques** . . . . . **562**

# Préface

Ce livre s'adresse aussi bien aux témoins des 50 dernières années qu'à ceux et celles qui participeront, d'une façon ou d'une autre, à la vie des 50 prochaines.

L'idée de l'écrire à ce moment-ci est le reflet d'un besoin de passer le relais. En fait, l'année 2016 marque les 50 ans du début des activités du Régime de rentes du Québec et de la Caisse de dépôt et placement du Québec. Bien qu'il s'agisse là de l'élément déclencheur, la principale motivation à écrire ce livre tient au fait que des personnes qui ont contribué à l'implantation, à l'évaluation et à l'évolution des régimes de sécurité sociale ont pris un certain recul, bien qu'elles demeurent actives. Et elles ont souscrit à l'idée.

Je tiens à remercier très sincèrement toutes les personnes engagées dans ce projet. Tout d'abord les auteurs qui, bien qu'ils aient des profils professionnels fort différents, ont su réellement y croire et travailler dans une recherche commune de qualité, axée notamment sur la complémentarité et la cohérence du contenu, de même que sur l'uniformité dans le texte et la présentation. Je veux aussi souligner leur très grande ouverture au processus de révision qui a non seulement multiplié les versions, mais aussi contribué à rehausser le produit final. Je veux souligner de façon particulière la collaboration de deux personnalités notoires, Pauline Marois et Claude Castonguay, qui ont bien voulu partager le fruit de leur riche expérience, de même que la collaboration de Pierre Maisonneuve qui a eu la lourde tâche de consolider le premier chapitre.

Il importe de souligner la précieuse contribution apportée par les collaborateurs, par les commentaires judicieux fournis sur les différents chapitres, leur soutien à la rédaction ou leur apport en informations. Bien qu'un bon nombre de personnes soient identifiées au début des chapitres, je veux également souligner la contribution des personnes ayant travaillé dans mon giron immédiat, soit Éliane Marcoux-Demers et François Beaudry comme auxiliaires de recherche et Cathy Gagnon pour le travail de secrétariat. Merci également à Gilles Binet et Pierre Plamondon, des collaborateurs de longue date, qui m'ont accompagné à chacune des étapes de ce projet.

Finalement, nous ne saurions passer sous silence la contribution indispensable de nos partenaires financiers, soit la **Chaire d'actuariat de l'Université Laval** et l'**Institut canadien des actuaires**. La profession actuarielle est particulièrement bien établie au Québec et au Canada ; il est heureux que des organismes actuariels de premier rang continuent d'appuyer des initiatives comme la présente.

Denis Latulippe
décembre 2016

# À propos des auteurs[1]

## PARTIE I – VISION ET RÉALITÉS POLITIQUES

### Claude Castonguay

Figure emblématique de la sécurité sociale québécoise, ses compétences d'actuaire sont tout d'abord mises à contribution pour le développement du Régime de rentes, avant qu'il ne préside la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (commission Castonguay-Nepveu) ayant proposé l'instauration du régime d'assurance maladie. Il met en application les recommandations de son rapport en tant que ministre de la Santé, de la Famille et du Bien-être social et ministre des Affaires sociales. Après ce court séjour en politique active, il agit comme haut dirigeant et administrateur en matière de services financiers, en plus de présider différents conseils et comités, dont celui qui a mené à l'instauration du régime d'assurance médicaments. Reconnu ici et ailleurs, il s'est vu décerner de nombreuses distinctions, dont celles du plus haut degré de l'Ordre du Canada et de l'Ordre national du Québec, en plus de recevoir plusieurs doctorats honorifiques d'universités canadiennes.

### Pauline Marois

Femme politique au parcours exceptionnel, elle a été la première à occuper la fonction de première ministre du Québec. Formée en service social et titulaire d'un MBA, elle s'associe tout d'abord à des causes liées à l'action communautaire et aux droits des enfants et de la famille, avant de faire le saut en politique. Elle y assumera de nombreuses responsabilités en tant que députée et ministre responsable de plusieurs portefeuilles à saveur économique et sociale : Condition féminine, Main-d'œuvre et Sécurité du revenu, Administration et Fonction publique et présidente du Conseil du trésor, Finances et Revenu, Industrie et Commerce,

1. Les membres d'ordres professionnels d'actuaires dont il est fait mention ci-dessous ont tous au préalable étudié cette discipline à l'Université Laval. Dans le cas de M. Castonguay, il a également étudié l'actuariat à l'Université du Manitoba. Les membres Fellow de l'Institut canadien des actuaires sont également Fellow de la Society of Actuaires des États-Unis.

Science et Technologie, Éducation, Famille et Enfance, Santé et Services sociaux, Économie, Finances et vice-première ministre. Elle a enseigné au cégep et à l'université et de nombreux prix et distinctions témoignent de son engagement et de ses réalisations, dont le grade de Grand Croix de la Pléiade, l'ordre de l'Assemblée parlementaire de la Francophonie.

**Pierre Maisonneuve**

Journaliste depuis plus de cinquante ans, il quitte Radio-Canada en 2012 après 41 ans de service où il a animé de nombreuses émissions d'affaires publiques à la télévision et à la radio : *Les Actualités*, *Découverte*, *Enjeux*, *Rédacteur en chef*, *Maisonneuve à l'écoute* et *Maisonneuve en direct*. Il a siégé au Conseil de presse du Québec et est membre de la Fédération professionnelle des journalistes du Québec. Dans les dernières années, il a publié neuf ouvrages de grandes entrevues de personnalités québécoises. Pierre Maisonneuve poursuit ses activités à titre de journaliste indépendant et d'animateur de nombreux événements, en plus de présenter des conférences.

## PARTIE II – LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS UN ENVIRONNEMENT EN MUTATION

**Jacques Légaré**

Professeur émérite de démographie à l'Université de Montréal et cochercheur au Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Program (SEDAP), il a été consultant auprès de la Population Activities Unit de la Commission économique pour l'Europe (ONU). Il est membre de la Société royale du Canada dont il a été le secrétaire et le secrétaire pour les relations internationales, en plus d'agir comme président du groupe de réflexion le Pont entre les générations. Ses principaux champs d'intérêt sont le vieillissement des populations et la démographie historique du Québec ancien où il compte de nombreuses publications. Il est diplômé en mathématiques actuarielles de l'Université de Montréal et en démographie (Ph. D.) de l'Université de Paris.

**Pierre Fortin**

Professeur émérite de sciences économiques à l'Université du Québec à Montréal, membre de la Société royale du Canada et du Conseil national de la statistique, et ancien président de la Canadian Economics Association, il a reçu plusieurs prix et distinctions, dont la Médaille d'or du Gouverneur général du Canada, le prix Purvis pour la meilleure publication dans le domaine de la politique économique au Canada et le grade de chevalier de l'Ordre national du Québec. Il a également été conseiller économique principal du premier ministre René Lévesque. Il est l'auteur de nombreuses publications, aussi bien dans le domaine scientifique que des ouvrages

de vulgarisation. Il est diplômé en mathématiques de l'Université de Montréal et en sciences économiques (Ph. D.) de l'Université de Californie à Berkeley.

### Simon Langlois

Simon Langlois est professeur titulaire au Département de sociologie de l'Université Laval. Il a publié plusieurs ouvrages, dont *Intentions d'auteurs sur le Québec, le Canada et les sciences sociales*. Il travaille sur la stratification sociale, le changement culturel et la sociologie de la consommation. Il est membre de la Société royale du Canada et il a été président de l'Académie des sciences sociales. Il a reçu le Prix international en études canadiennes du Gouverneur général. Membre actif de la Société des Dix, il est diplômé en sociologie de l'Université Laval et de l'Université Paris-Sorbonne (Ph. D.).

## PARTIE III – LE DÉVELOPPEMENT DES PROGRAMMES

## PARTIE IV – CONSTATS ET ENJEUX D'ENSEMBLE

### Jean Turgeon

Professeur associé depuis sa retraite en 2012, il a occupé un poste de professeur et différents postes de gestion académique à l'École nationale d'administration publique (ENAP) pendant plus de 20 ans. Il a contribué à la création du Centre de recherche et d'expertise en évaluation (CREXE) et du Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GEPPS). Ses enseignements, subventions de recherche et publications concernent l'organisation et la gestion du secteur socio-sanitaire québécois et l'analyse des actions gouvernementales pouvant avoir des répercussions sur la santé et le bien-être des populations. Il a également travaillé au ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) dans le domaine de l'évaluation de programmes. Il est diplômé de l'Université Laval en biologie, analyse de politique et science politique (Ph. D.).

### Jean-Claude Deschênes †

À titre de président du conseil d'administration du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), administrateur des agences régionales de santé et des services sociaux de Montréal et de Québec, sous-ministre à la santé et directeur général de centres hospitaliers, Jean-Claude Deschênes a acquis une très riche connaissance du réseau de la santé et des services sociaux. Intéressé par les questions de gouvernance, il a fondé l'Institut de la confiance dans les organisations (ICO) et y a travaillé à titre d'administrateur, en plus d'occuper de telles fonctions dans d'autres organismes et d'agir comme conseiller en la matière. Il est diplômé en sciences sociales, économiques et politiques

de l'Université de Montréal et en administration de la santé de l'École supérieure d'administration hospitalière.

### Guy Simard

Directeur de l'actuariat et de l'analyse des programmes à la Régie de l'assurance maladie au moment de sa retraite, il a été associé de très près à l'implantation du Régime général d'assurance médicaments. À titre de consultant, il prête un intérêt particulier au développement et à l'analyse des modalités de financement des programmes de soins de santé, notamment en ce qui concerne le partage des coûts privés-publics et le calcul des cotisations et des primes des usagers de ces programmes. Il enseigne dans le milieu universitaire. Membre associé de la Society of Actuaries (USA), il est titulaire d'un MBA et administrateur de sociétés certifié.

### Denis Latulippe

Professeur titulaire à l'École d'actuariat de l'Université Laval, il a antérieurement occupé des postes de haut fonctionnaire au gouvernement du Québec et à l'Organisation des Nations unies (ONU) où il a collaboré à de nombreux dossiers relatifs à la retraite en plus d'être étroitement associé au développement et à la mise en œuvre de la politique familiale du Québec. Auteur de publications au niveau national et international, il a été conférencier dans les différentes régions du monde. Membre Fellow de l'Institut canadien des actuaires, il est également titulaire d'un MBA de l'Université Laval et diplômé en politiques sociales de la London School of Economics and Political Science. Il est administrateur de sociétés certifié.

### Pierre Plamondon

Consultant depuis 2012 pour l'évaluation actuarielle, la mise en place et la réforme de régimes de sécurité sociale dans différentes régions du monde, il a collaboré à des projets au Moyen-Orient, en Afrique, en Asie et dans les Caraïbes dans les 20 dernières années. Il a travaillé à la Régie des rentes du Québec pendant plus de 25 ans à l'évaluation actuarielle du RRQ et au développement des régimes complémentaires de retraite. Il a été actuaire en chef de la Régie de 2005 à 2011. Il est coauteur de livres sur la sécurité sociale. Pierre Plamondon est membre Fellow de l'Institut canadien des actuaires.

### André Beauchemin

Vice-président aux finances de la Commission de la santé et de la sécurité du travail jusqu'en 2014, il y a également occupé des fonctions au Bureau du président de même qu'au Service des statistiques, en plus d'œuvrer pour différents ministères et organismes à vocation sociale, dont la Commission d'assurance chômage du Canada et la Régie de l'assurance automobile du Québec. Il a également agi comme

conseiller en politiques de sécurité sociale dans quelques pays d'Afrique et d'Asie. Il est diplômé en mathématiques et en économie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et de l'Université Laval.

### Gilles Binet

Actif sur la scène internationale, il collabore à des projets relatifs à la sécurité sociale avec des organismes comme le Bureau international du travail (ONU) et l'École nationale d'administration publique du Québec pour lesquels il est intervenu dans plusieurs pays répartis sur quatre continents. Il a au préalable consacré une grande partie de sa carrière d'actuaire à la sécurité sociale québécoise, ayant été responsable d'expertises actuarielles portant principalement sur le régime d'indemnisation des accidents du travail. Il a représenté le Québec au sein de comités techniques de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada et a fait partie de diverses commissions de l'Institut canadien des actuaires dont il est membre Fellow. Il a également été professeur en actuariat à l'Université Laval.

### Michel Bédard

Au terme de sa carrière dans la fonction publique fédérale où il a notamment occupé le poste d'actuaire en chef du régime d'assurance emploi de 1991 à 2003, il réalise des missions en Asie, au Moyen-Orient et en Amérique du Sud pour le compte du Bureau international du travail (ONU) et de l'Agence canadienne de développement international (ACDI). Il a siégé comme commissaire expert pour la Commission nationale du Québec sur le régime d'assurance emploi et il est l'auteur principal du rapport publié en 2007 par l'Institut canadien des actuaires concernant le financement du régime d'assurance emploi. Membre Fellow de l'Institut canadien des actuaires, il est également diplômé en informatique de l'Université du Québec en Outaouais.

### Ruth Rose

Professeure de sciences économiques à l'Université du Québec à Montréal pendant 35 ans, elle y est encore à titre de professeure associée. Spécialisée en économie du travail, en condition féminine et en sécurité du revenu, elle a été membre du Groupe d'études sur la garde des enfants du gouvernement du Canada et de la Commission sur la fiscalité et le financement des services publics au Québec. Elle a fait un grand nombre de recherches et de mémoires pour les groupes de femmes, des syndicats et d'autres organismes communautaires. Elle a été nommée chevalière de l'Ordre national du Québec, notamment pour sa contribution au développement de la politique familiale au Québec. Elle est diplômée en sciences économiques de l'Université de Chicago et l'Université de Californie à Berkeley.

**Yvon Boudreau**

Yvon Boudreau a fait carrière dans la conception des politiques publiques au gouvernement du Québec, principalement dans le secteur de la main-d'œuvre, de l'emploi et du développement économique. Il fut notamment sous-ministre associé au ministère de la Main-d'œuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, puis sous-ministre responsable d'Emploi-Québec et secrétaire général de la Commission des partenaires du marché du travail. Il a aussi agi à titre de sous-ministre associé au ministère du Développement économique, responsable des politiques et des sociétés d'État. Il a été commissaire auprès de la Commission nationale sur la participation au marché du travail des travailleurs et travailleuses de 55 ans et plus de même qu'à la Commission nationale d'examen de l'assurance emploi.

**Bernard Morency**

Premier vice-président Déposants Stratégie et chef des opérations à la Caisse de dépôt et placement du Québec jusqu'à février 2016, il a grandement contribué aux orientations stratégiques et à la révision du modèle d'affaires de la Caisse suite à la crise financière de 2008. Avant de joindre la Caisse en 2007, il a été à l'emploi de Mercer durant plus de 30 ans, où il a conseillé d'importantes sociétés canadiennes des secteurs public et privé, en plus d'être membre de l'équipe mondiale de la haute direction de 2000 à 2006, notamment comme président de la Division santé et avantages sociaux au siège social de New York (2005-2006). Il a servi en tant que membre du comité d'experts s'étant penché récemment sur l'avenir du système de retraite québécois (comité D'Amours). Il siège à différents conseils d'administration et est membre Fellow de l'Institut canadien des actuaires.

**Diane Lemieux**

Entrée au service de la Caisse de dépôt et placement du Québec en 1997, elle y a occupé différentes fonctions dans le domaine des communications, dont celle de vice-présidente, Création et production depuis 2014. Elle a acquis une solide expérience en stratégies de communication, gestion d'enjeux et gestion de projets de communication à titre de stratège en communications et gestionnaire d'équipe, où elle est reconnue pour son approche de grande rigueur et de résultats, avec un fort accent sur le travail et le succès d'équipe. Elle est diplômée des Hautes Études commerciales (HEC) de Montréal et de l'Université du Québec à Montréal.

# Introduction

L'histoire du Québec témoigne d'une grande solidarité, traditionnellement ancrée dans la famille et la communauté proche, et soutenue par l'Église catholique. C'est dans ce contexte que le Québec en est venu à accuser un certain retard à l'égard des grands changements de l'après-guerre, caractérisés par la mise en place des importants régimes sociaux de l'État-providence.

Fruit d'un conservatisme politique, d'un libéralisme économique et d'une forte emprise des autorités religieuses sur les institutions de bienfaisance, ce retard s'estompe au tournant des années 1960 avec la Révolution tranquille. Le Québec se dote alors de grandes politiques de développement, aussi bien dans le domaine social qu'en matière économique et culturelle. Cela passe par la construction de l'État québécois.

Point de jonction entre les responsabilités constitutionnelles des provinces et le pouvoir de dépenser de l'État fédéral, la sécurité sociale est souvent, à ses premières heures, l'objet d'actions du gouvernement fédéral trouvant assise dans des valeurs de solidarité et de justice sociale partagées par l'ensemble des Canadiens. Ottawa s'engage alors de différentes façons, soit en prenant l'initiative pour inciter les provinces à mettre en place des programmes, soit en contribuant à leur financement, ou encore au moyen d'un amendement constitutionnel transférant la responsabilité au fédéral ou d'une entente avec une majorité de provinces pour leur confier la gestion d'un programme[1]. La majorité des régimes sont néanmoins mis en place par les provinces qui y jouent un rôle de premier plan. Même s'ils témoignent de spécificités provinciales, notamment dans le cas du Québec, de grandes similitudes existent entre ces régimes.

1. L'amendement constitutionnel a trait aux prestations payées aux chômeurs (chapitre 10), alors qu'une entente a été conclue avec les provinces en regard de l'administration du Régime de pensions du Canada (chapitre 7).

Le présent ouvrage fait état du développement de la sécurité sociale au Québec, en plus d'établir certains constats et de dégager les principaux enjeux pour l'avenir. On y traite de l'ensemble des mécanismes couvrant la population québécoise et non seulement de ceux qui ont été mis en place par le gouvernement du Québec. Des références à la situation dans le reste du Canada y sont présentées, de même que certaines comparaisons internationales.

Il faut se réjouir que les jeunes générations veuillent faire les choses en fonction de leur lecture de la situation, de leurs valeurs, de leurs convictions. Il est aussi bon de se rappeler, de comprendre, pourquoi et comment les choses ont pris forme et ont contribué au développement de notre société dans ses différentes facettes. En reconnaître les fondements qu'on ne peut ignorer. Finalement, il faut savoir tirer des leçons de l'histoire et en dégager les enjeux pour l'avenir. Bref, « il faut comprendre d'où on vient pour savoir où l'on va ».

Après une revue de la vision et des réalités politiques qui ont conditionné l'émergence du système de sécurité sociale, le livre décrit l'environnement démographique, économique et social dans lequel ont évolué ces régimes. La troisième partie de l'ouvrage est constituée d'une revue de la construction des différentes branches de la sécurité sociale et des constats et enjeux qui peuvent y être associés. Le tout est complété par une dernière partie où sont discutés les constats et les enjeux davantage « systémiques », soit ceux qui ont trait à l'ensemble du système ou qui revêtent une importance particulière.

# PARTIE I
# Vision et réalités politiques

# Chapitre 1

# Une révolution si peu tranquille !

*Claude Castonguay, Pauline Marois et Pierre Maisonneuve*[1]

TABLE DES MATIÈRES

**En préambule…** . . . . . 7
Septembre 1959 . . . . . 7
Désormais ! . . . . . 8
Vers un État moderne . . . . . 9
La vision politique sous-jacente . . . . . 13

**Vers une politique sociale moderne et cohérente** . . . . . **14**
L'avant-Révolution tranquille dans le domaine de la politique sociale . . . . . 14
Une autre dimension : le bien-être social . . . . . 18
Les répercussions chez les professionnels . . . . . 19
Vestiges du passé, le paiement à l'acte pour les médecins . . . . . 20
La sécurité du revenu . . . . . 23
Le partage des pouvoirs . . . . . 25
La spécificité québécoise . . . . . 26

**Pour une plus grande égalité des chances.** . . . . . **29**
Place aux femmes . . . . . 30
Action communautaire et CLSC . . . . . 32
Les enfants de la DPJ . . . . . 35
Vers le pouvoir politique . . . . . 36
Une décennie de turbulences et de réalisations . . . . . 39
Le Sommet sur l'économie et l'emploi de 1996 . . . . . 41
Favoriser la croissance de l'économie sociale . . . . . 45
Développement social : une vision politique . . . . . 47
Lutte contre la pauvreté . . . . . 48

**En conclusion** . . . . . **51**

**Bibliographie** . . . . . **52**

1. Propos recueillis par Pierre Maisonneuve auprès de M. Castonguay et de M^me^ Marois.

## EN PRÉAMBULE…

### Septembre 1959

Maurice « Le Noblet » Duplessis, le chef incontesté du Québec, agonise au cœur de l'Ungava à des centaines de kilomètres de sa capitale, « […] au loin, sur cette terre de Caïn, au sous-sol gorgé de fer. Ce royaume nordique aux richesses fabuleuses […] c'est lui qui l'a bâti avec la sueur des Québécois et l'argent des Américains[2] ».

Et avec lui, c'est l'ancien régime qui agonise.

Figé dans le conservatisme et l'immobilisme du « cheuf », le Québec accuse un retard important à l'heure des grandes transformations de l'après-guerre qui façonnent le Nouveau Monde. Réforme des grands empires coloniaux britanniques et français : indépendance de l'Inde, retrait des Français de l'Indochine où ils sont remplacés par les Américains qui s'y enlisent avec leur guerre du Vietnam. La guerre d'Algérie qui s'éteint deux ans plus tard.

Les héros d'hier sont en voie de disparition. Churchill a déjà quitté la scène politique. Bientôt, il ne restera plus que Charles de Gaulle. Le président américain, ancien commandant en chef des forces alliées pendant la guerre, Dwight Eisenhower, est remplacé par John F. Kennedy, le jeune président au destin tragique.

L'Europe est divisée par un puissant rideau de fer matérialisé par le mur de Berlin qui sépare l'Allemagne en deux. L'URSS surprend le monde libre en gagnant la première manche de la conquête de l'espace avec la présence de son cosmonaute Youri Gagarine, le premier homme en orbite pour un très court moment autour de la terre.

Pendant ce temps, l'Église catholique domine toujours au Québec, mais pas pour très longtemps. L'Église de Rome connaît, elle aussi, sa grande révolution avec le concile Vatican II.

À l'aube de son adolescence, la première cohorte des baby-boomers nés après 1945 frappe à la porte d'un système d'éducation québécois incapable de répondre adéquatement à ses besoins. Les parents, qui trop souvent ont été privés d'un accès à l'école, rêvent pourtant d'un meilleur sort pour leurs enfants. Il est bon ici de rappeler qu'à la fin du règne de Duplessis plus de 50 % des Canadiens français de plus de 25 ans ont à peine une sixième année scolaire, même pas le niveau du premier diplôme décerné par l'État en 7e année[3]. Et il n'y a toujours pas de ministère de l'Éducation dans le gouvernement de l'Union nationale.

---

2. Godin, 1980, p. 112.
3. Duchesne, 2002, p. 217.

Une grande majorité de la population n'a pas les moyens de payer pour l'éducation. Encore moins pour les soins de santé. Les hôpitaux québécois, animés et dirigés par des communautés religieuses, sont pauvres et sous-équipés. En cas de coups durs, de maladie, ou d'accidents, trop souvent les gens doivent se contenter des œuvres de la charité.

Duplessis peut mourir tranquille, son Québec pauvre n'a pas de dettes ou si peu.

## Désormais !

C'est à Paul Sauvé qu'incombe la tâche de remplacer Maurice Duplessis.

Paul Sauvé ! Alors qu'il est député de l'opposition après la défaite de l'Union nationale en 1940, il s'engage dans les forces canadiennes. Le 7 juillet 1944, les Fusiliers Mont-Royal, dont Sauvé est commandant en second, participent à la bataille de Normandie. En août 1944, Sauvé est promu lieutenant-colonel et commandant de son bataillon qui poursuit la guerre en combattant en Belgique, puis en Hollande. Pendant ce temps, sa femme fait sa campagne électorale en son absence. Paul Sauvé est réélu député lors de l'élection générale du 8 août 1944 au Québec alors qu'il combat toujours en Europe[4].

Ce fut sans doute le ministre le plus populaire et le plus indépendant de Duplessis.

A-t-il vraiment prononcé ce mot « désormais » qu'on lui attribue pour annoncer un vent de changement ? Aujourd'hui, certains en doutent, mais d'autres qui ont vécu à ses côtés le confirment. D'ailleurs, ses premiers gestes démontrent que, désormais, les choses ne seront plus les mêmes.

Dès son entrée en fonction, le nouveau premier ministre annonce un meilleur sort pour les fonctionnaires, de meilleures lois du travail, une plus grande protection pour les syndiqués. Les rapports entre le premier ministre québécois et le premier ministre canadien, le conservateur John Diefenbaker élu en 1958 avec 50 des 75 députés du Québec, sont plus faciles.

Maurice Duplessis avait refusé les subventions fédérales aux universités, une intrusion selon lui dans les compétences des provinces. Diefenbaker et Sauvé s'attaquent à régler ce problème rapidement, mais sans avoir le temps de réussir.

Dans sa biographie, sous la plume de Pierre Duchesne, Jacques Parizeau considère que « […] le véritable initiateur de la Révolution tranquille n'est ni Jean Lesage ni Georges-Émile Lapalme, mais bien Paul Sauvé […] si Sauvé restait en

4. Paul Sauvé, Wikipédia.

vie, il gagnait les élections de 1960[5] ». Même Jean Lesage était inquiet de la présence de Paul Sauvé comme adversaire aux élections à venir.

Mais le destin a favorisé Jean Lesage.

Le 2 janvier 1960, après 112 jours en poste, Paul Sauvé meurt prématurément d'une crise cardiaque. Il n'a que 52 ans. La bataille pour le pouvoir sera plus facile pour Jean Lesage, ex-ministre libéral fédéral, devenu chef du Parti libéral du Québec en 1958.

## Vers un État moderne

Jean Lesage est l'antithèse de Duplessis.

Venu d'Ottawa, il a l'expérience des politiques économiques et sociales mises de l'avant pendant et après la Deuxième Guerre mondiale par les libéraux fédéraux.

Il aurait pu dire : « Donnez-moi une douzaine de jeunes compétents et quelques politiciens intelligents et convaincus et je réaliserai une véritable révolution pas si tranquille que ça. » L'histoire lui aurait donné raison.

Ils ne sont que quelques-uns. Ils ont à peine 30 ans. Dans bien des cas, ils ont fréquenté les grandes écoles à l'étranger, poussés par des mentors visionnaires.

La plupart ne sont pas des avocats, ils viennent d'ailleurs. Ils sont économistes, politicologues, sociologues ou actuaires. Ils sont issus entre autres de l'École des sciences sociales, fondée par le dominicain Georges-Henri Lévesque à l'Université Laval, ou encore de l'École des hautes études commerciales (HEC), de l'Université de Montréal. Plusieurs ont fait des études supérieures en Europe et aux États-Unis.

### *Les élus*

**Jean Lesage** : 48 ans, avocat, député et ministre libéral à Ottawa de 1945 à 1958. Il est ministre des Ressources et du Développement économique, puis ministre du Nord canadien et des Ressources nationales dans le gouvernement Saint-Laurent. Élu chef du Parti libéral du Québec en 1958 et premier ministre du Québec de 1960 à 1966.

**René Lévesque** : 48 ans, journaliste, correspondant de guerre avec les Américains pendant la Deuxième Guerre mondiale, grand reporter et correspondant de guerre pendant la guerre de Corée pour Radio-Canada, vedette de la télévision canadienne dans les années 1950, élu député libéral à Québec en 1960, ministre responsable du dossier de la nationalisation de l'électricité, leader du mouvement souverainiste, fondateur du Parti québécois et premier ministre du Québec de 1976 à 1985.

5. Duchesne, 2002, p. 211.

**Paul Gérin-Lajoie** : 40 ans, avocat, élu député libéral en 1960, premier ministre de l'Éducation du Québec dans le gouvernement de Jean Lesage. C'est lui qui est le père de la grande réforme de tout le système de l'éducation issu des travaux de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec (commission Parent) créée par le gouvernement Lesage. Il est aussi auteur de la doctrine qui porte son nom et qui, au moment de tensions entre Ottawa et Québec, affirme les compétences internationales du Québec dans les domaines qui relèvent de son pouvoir.

**Éric Kierans** : 62 ans, économiste, homme d'affaires. Président de la Bourse de Montréal et de la Bourse canadienne, en 1960. Pendant les trois années qu'il passe à la direction de la place financière montréalaise, il permet l'usage du français et accorde aux Juifs le droit de travailler sur le parquet[6]. En 1963, il choisit la politique et est élu lors d'une élection partielle. Il devient ministre du Revenu et ensuite de la Santé dans le gouvernement de Jean Lesage entre 1963 et 1966. Il joint les libéraux fédéraux et devient ministre fédéral dans le cabinet de Pierre Elliott Trudeau, entre 1968 et 1971.

*Les grands commis de l'État*

**Michel Bélanger** : 31 ans, économiste, diplômé de la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval. Dans les années 1960, il fait carrière dans la fonction publique fédérale puis comme conseiller et sous-ministre dans divers ministères du gouvernement du Québec. Il est notamment conseiller économique de René Lévesque, alors ministre des Richesses naturelles (1961-1966), dans le dossier de la nationalisation de l'électricité au Québec.

**Roch Bolduc** : 32 ans, licencié en droit de l'Université Laval. Études graduées en administration publique à l'Université de Chicago en 1952-1953. Roch Bolduc occupe plusieurs postes dans la fonction publique québécoise. Il enseigne aussi l'administration publique dans différentes universités québécoises, dont l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université Concordia. C'est lui qui a bâti la fonction publique québécoise moderne.

**Claude Castonguay** : 31 ans, études en sciences à l'Université Laval et en actuariat à l'Université du Manitoba. À son retour, il enseigne à l'Université Laval, en plus de son travail d'actuaire. Il est l'architecte du Régime de rentes dont il a rédigé la loi constitutive qui a conduit à la création de la Caisse de dépôt et placement. Il est au cœur des négociations avec Ottawa où le Québec obtient l'accord du gouvernement Pearson en faveur d'un régime des rentes différent du régime fédéral. En 1966, en pleine Révolution tranquille, Jean Lesage confie

6. The Associated Press, 2004.

à Claude Castonguay un mandat restreint qui devient à sa suggestion, sous Daniel Johnson, une commission d'enquête dont le but est de produire un rapport sur la situation des soins de santé et les services sociaux. À la suite du rapport de la commission, il devient ministre responsable des grands changements qui conduisent à la grande réforme de la santé et des services sociaux.

**André Marier** : 28 ans, économiste issu de la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval. Il consacre sa carrière au service de l'économie du Québec. Au cœur de l'administration, il est l'un des grands initiateurs et artisans de la Révolution tranquille. À la direction d'un groupe de travail, il établit la nécessité d'intégrer à Hydro-Québec les compagnies d'électricité privées, ce qui, en quelque sorte, devient « le détonateur de la Révolution tranquille ».

**Claude Morin** : 31ans, maîtrise en économie à la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval. Intéressé par les questions internationales, il envisage un moment d'y faire carrière. Le père Georges-Henri Lévesque, doyen de sa faculté, l'a cependant remarqué : il lui propose un poste de professeur, carrière qui correspond encore mieux à ses aspirations. Morin étudie à l'Université Columbia de New York où il obtient une maîtrise en bien-être social. Peu après l'élection du parti en juin 1960, il devient le principal rédacteur des discours du premier ministre Jean Lesage. En juin 1963, à la demande insistante de Lesage, il quitte l'université pour mettre sur pied le nouveau ministère des Affaires fédérales-provinciales, chargé des relations du Québec avec le gouvernement fédéral et les autres provinces.

**Jacques Parizeau** : 30 ans, diplômé et professeur à l'École des HEC de Montréal, où le professeur François-Albert Angers fut son mentor. Il est diplômé ensuite de l'Institut d'études politiques de Paris et de la Faculté de droit de Paris et devient le premier Québécois à détenir un doctorat en économie de la London School of Economics and Political Science. Il est un des conseillers influents du gouvernement du Québec durant les années 1960 dans la création de la Caisse de dépôt et placement du Québec. Il fut conseiller économique auprès des premiers ministres des partis qui se sont succédé au pouvoir, dont Jean Lesage et Daniel Johnson, avant de se lancer lui-même en politique et de devenir premier ministre du Québec.

À ces jeunes qui rêvent de prendre part à cette modernisation du Québec s'ajoutent quelques vétérans :

**Arthur Tremblay** : 43 ans, maîtrise en sciences sociales et maîtrise en éducation de Harvard en 1945. La même année, membre de l'École de pédagogie et d'orientation de Laval. Au cours des années 50, il participe à une réflexion sur le système d'éducation catholique du Québec. Sous l'égide de Jean Lesage, il est nommé chef de cabinet du ministre de la Jeunesse, Paul Gérin-Lajoie, et responsable des recommandations pour la réforme de l'enseignement technique

et professionnel, puis agraire. De 1961 à 1964, membre de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement qui rétablit le ministère de l'Éducation aboli en 1875. Il en est le premier sous-ministre, ce qui fait de lui le grand responsable de l'implantation de la réforme.

**Roland Parenteau** : 39 ans, diplômé des HEC et professeur dans cette école dès 1945. En 1960, Jean Lesage fait appel à lui pour animer le Conseil d'orientation économique du Québec, qui par la suite recommande la création de la Société générale de financement (SGF) et appuie la nationalisation de l'électricité. Fondateur de l'École nationale d'administration publique (ENAP) du Québec

Pendant dix, vingt, trente et même quarante ans, tous ces universitaires de haut niveau participent intensément à l'évolution de la société québécoise. Ils sont là au bon moment pour répondre à l'appel de Jean Lesage et de ses ministres les plus influents, René Lévesque, Paul Gérin-Lajoie et Éric Kierans. Certains seront ministres à leur tour et même premier ministre du Québec.

**Encadré 1.1**

Réalités d'hier et d'aujourd'hui

Mon père n'a que 45 ans quand il est frappé d'un premier malaise cardiaque. Après quelques heures, le médecin à l'urgence de l'hôpital le renvoie à la maison, lui conseillant un repos complet pour au moins un mois et lui demandant de revenir pour d'autres examens. Une semaine plus tard, de peine et de misère, il est de retour au travail.

Nous sommes en 1953. Il n'a pas d'argent. Son métier de menuisier-charpentier lui permet à peine de nourrir sa famille de huit enfants. ]'ai dix ans. Je suis assez vieux pour comprendre qu'il est épuisé après une journée de travail. Sans assurance privée, sans prestations du Régime de rentes du Québec, il doit continuer de travailler ainsi pendant une quinzaine d'années avant de mourir d'une crise cardiaque. Il n'a pas soixante ans.

**Un autre souvenir !**

1967, l'année de la grande exposition universelle de Montréal. La salle du pavillon Sainte-Vierge à l'Hôtel-Dieu de Montréal compte au moins quinze lits tassés les uns sur les autres. On y reçoit les malades qui n'ont pas les moyens de payer pour leur hospitalisation. Près de ma mère qui vient de se réveiller après une importante intervention chirurgicale, une femme agonise sous le regard des autres malades dans le va-et-vient incessant du personnel.

En quittant le chevet de ma mère, je fais un détour par le pavillon LeRoyer pour me rendre auprès d'une amie hospitalisée. Je la retrouve dans une chambre privée ; sur sa table de chevet, de la porcelaine. Ici, tout est calme. On protège le repos de la malade. Mon amie profite de l'autre médecine : celle des riches.

**Dernier souvenir. Printemps 1991.**

]' ai 48 ans. Victime d'une angine instable, je me retrouve à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Le cardiologue m'examine. Il prescrit une coronarographie pour le lendemain. On découvre un blocage presque complet d'une des trois artères de mon cœur. Je me retrouve, un peu plus tard, en salle d'opération pour une angioplastie. On me conduit ensuite dans une chambre avec un autre malade ; il ne me vient même pas à l'idée de lui demander son statut social ou sa capacité de payer, car nous avons droit au même traitement.

Pierre Maisonneuve, 1998

Source : Maisonneuve, 1998, p. 5-6.

## La vision politique sous-jacente

Ce thème est d'une richesse inouïe. Il est fait de rebondissements, de débats, d'affrontements. Mais il nous permet de témoigner de l'engagement considérable d'une génération qui, malgré des visions parfois en apparence opposées, ne dévie pas de la mission fondamentale de donner aux Québécois une véritable politique sociale.

Pour nous aider à comprendre les faits et gestes d'une classe politique en apparence divisée, nous faisons appel à la mémoire d'un des grands artisans de cette modernité, monsieur Claude Castonguay, et à celle d'une femme au parcours politique exceptionnel qui, de travailleuse sociale, devient la première femme québécoise à accéder à la haute fonction de première ministre, madame Pauline Marois.

### *Claude Castonguay*

L'homme est un scientifique qui se retrouve au Manitoba pour devenir actuaire, une espèce rare !

Il est consultant, conseiller auprès des gouvernements rouge ou bleu, architecte du Régime de rentes à venir (1963-1964), président de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social du Québec (1966-1970). Pour mettre en œuvre le rapport de sa commission, il devient ministre de deux ministères, le ministère de la Famille et du Bien-être et celui de la Santé qui sont par la suite fusionnés pour devenir le ministère des Affaires sociales dont il est le titulaire en 1971.

Après son départ de la politique, il n'est jamais loin des débats : conseil d'administration de la Caisse de dépôt et placement du Québec (1973-1978), président du comité d'expert sur l'assurance médicaments, groupe de travail sur le financement du système de santé du Québec (2007-2008) et président du comité d'implantation de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en 2008.

Après la politique active, il revient à sa carrière professionnelle dans le secteur privé : dirigeant et administrateur dans le secteur des services financiers (1974-1990) et après 1990, consultant en matière de service de santé et d'affaires professionnelles.

Il publie de nombreux textes et livres sur ses expériences et réflexions.

*Pauline Marois*

Travailleuse sociale, une des premières directrices générales d'un CLSC en Outaouais. Membre de cabinets politiques : finances et condition féminine (1978-1979).

Plusieurs mandats à titre de députée de l'Assemblée nationale (1981 à 2014), présidente de la Commission des affaires sociales (1989-1994 alors qu'elle est dans l'opposition).

Ministre : Condition féminine (1981-1983), Main-d'œuvre et Sécurité du revenu (1983-1985), Administration et Fonction publique et présidente du Conseil du trésor (1994-1995), Finances et Revenu (1995-1996), Éducation (1996-1998), Famille et Enfance (1997-2001), Santé et Services sociaux (1998-2001), Économie, Finances et vice-première ministre (2001-2003).

Première ministre (2012-2014).

## VERS UNE POLITIQUE SOCIALE MODERNE ET COHÉRENTE

### L'avant-Révolution tranquille dans le domaine de la politique sociale

Avant d'aborder chaque thème particulier qui permet de comprendre plus en détail l'ampleur de la réforme sociale des années 1960, Claude Castonguay tient à nous présenter les grandes lignes d'un cadre général qui se subdivise en deux catégories :

> La politique sociale d'une part et, d'autre part, la politique économique. À l'intérieur de ces deux chapitres-là, il y a différentes composantes.
>
> Sous la politique sociale, vous avez une politique de santé et de services sociaux, une politique de sécurité du revenu, une politique du travail ou de l'emploi, une politique familiale et une politique fiscale. Tout ça pour assurer un développement équilibré sur le plan social par rapport au plan économique.
>
> Si je reprends la politique de santé et de services sociaux, vous avez tout ce qui touche à la santé publique et à la prévention, le système de santé, l'organisation des soins de première ligne ainsi que de deuxième et de troisième ligne et l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie, deux régimes qui nous intéressent, mais qui doivent être vus dans cet ensemble-là, car chacun pris isolément a plus ou moins de sens. Par exemple, la couverture des soins médicaux requiert un bon système de

> santé pour permettre aux médecins de fournir des soins. Il y a aussi l'assurance médicaments qui doit être vue en rapport avec les autres composantes de la politique de santé, comme un moyen pour atteindre des objectifs santé.
>
> Au sujet de la politique de sécurité du revenu, vous avez pour la retraite la pension de vieillesse, le Supplément de revenu garanti, le Régime de rentes du Québec, les régimes complémentaires, les REER, le CELI… Encore une fois, le Régime de rentes du Québec ne prend sa réelle signification que s'il fait partie d'un ensemble.
>
> En fait, lorsqu'on regarde la politique du travail, il y a les services de main-d'œuvre : la formation, le recyclage, l'assurance-emploi, la santé et sécurité au travail qui sont complétées par les normes du travail.
>
> C'est la même chose pour la politique familiale. Vous avez les allocations familiales, les services de garde, les congés parentaux, et chaque mesure prend une signification plus grande pourvu que les autres soient là également.
>
> Finalement, la politique fiscale qui a évidemment des incidences sur toutes ces composantes-là sur le plan de l'équité fiscale par la redistribution des revenus.
>
> Ainsi, il me semble qu'on a là un cadre qui devrait permettre de mieux situer ou encore de faire ressortir l'analyse de chacune des composantes.

Il faut comprendre des propos de Claude Castonguay que les éléments des chapitres de ce grand cadre sont dépendants les uns des autres dans un **esprit de cohérence**. C'est l'aboutissement de longues discussions et l'adoption de nombreuses mesures. Ainsi, les premiers débats sur la création d'une véritable assurance maladie commencent au début de la guerre de 1914 pour le Canada. La première grande décision, celle de l'assurance hospitalisation, remonte à la fin des années 1940 et l'initiative ne vient pas du Québec.

Cependant, le Québec tarde jusqu'en 1960 avant d'adhérer à l'assurance hospitalisation.

Pourtant nous rappelle Claude Castonguay :

> Avec un humour cynique, Duplessis, en son temps, disait que la meilleure assurance contre la maladie c'est la santé. Pourtant, les Québécois contribuent par leurs impôts à financer une partie de l'assurance hospitalisation dans les autres provinces, mais ils n'en bénéficient pas et une bonne partie de la population du Québec se retrouve dans la pauvreté face à l'hospitalisation et à ses coûts. La mesure est établie rapidement après l'élection de Jean Lesage. C'est tellement peu préparé que la deuxième année les coûts ont plus que doublé et la troisième année les coûts doublent de nouveau. Aussi, c'est une mesure isolée… et il y a très peu de choses qui se produisent en matière de santé jusqu'au moment de la création de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social en 1966.

Cela ne s'est pas fait du jour au lendemain, comme nous le rappelle Claude Castonguay, car au début le gouvernement Lesage doit mettre l'accent sur le développement économique, notamment la nationalisation de l'électricité, la réforme de l'éducation et des dossiers aussi importants que la création du Régime

de rentes et de la Caisse de dépôt et placement. Le dossier de la santé doit attendre son tour.

Là encore, l'initiative vient du gouvernement fédéral avec la création en 1961 de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (commission Hall) et dont le mandat est d'« enquêter sur les services existants et de définir les besoins en soins de santé pour les Canadiens et les effectifs nécessaires, dans le but de fournir aux Canadiens les meilleurs soins de santé possibles ».

Claude Castonguay nous rappelle qu'il y a eu une première mesure en 1964 :

> Jean Lesage crée un petit comité pour constituer une documentation sur l'assurance maladie et il me demande de le présider. Mais, en attendant, le gouvernement introduit un projet pilote pour préparer la venue de l'assurance maladie. Il s'agit d'un petit régime de protection, de couverture de soins médicaux pour les bénéficiaires de ce qu'on appelait à l'époque l'assistance sociale. Au moment de recevoir le résultat de notre travail, en 1966, Jean Lesage déclenche des élections et l'improbable se produit, il perd le pouvoir aux mains de Daniel Johnson et de l'Union nationale. Ce n'est pas tant la question des soins de santé que la question des impôts qui avaient fortement augmenté en cinq ans (40 %) et la rapidité des changements apportés qui ont joué contre le gouvernement de Jean Lesage.

« Ti-Jean la taxe » pour ses adversaires.

Les hauts fonctionnaires qui ont participé au grand bouleversement aux côtés des libéraux s'attendent peut-être au pire avec Daniel Johnson qui a menacé de tout remettre en question. C'est une surprise pour tous, Claude Castonguay y compris :

> […]une des choses qui ressort et qui est surprenante, c'est que Daniel Johnson qui a critiqué fortement tout ce qui a été fait, une fois élu, a décidé de maintenir tout ça. Il modifie au besoin et ralentit le rythme, mais il n'y a rien qui est défait par le gouvernement de l'Union nationale… une continuité.
>
> D'ailleurs, si vous enlevez la question de l'indépendance du Québec, les deux partis ont la même philosophie et les mêmes valeurs dans les politiques poursuivies. Ils peuvent se distinguer un peu sur les modalités et la rapidité de faire les choses, mais il n'y a pas de débat profond entre les deux grands partis sur les grandes orientations en matière de politiques sociales à ma connaissance.
>
> Le gouvernement de l'Union nationale avec Daniel Johnson est élu et, quelques semaines plus tard, une grève générale est déclenchée dans les hôpitaux. Il n'y a pas de normes du travail ou de maintien des services essentiels comme aujourd'hui. C'est une grève inédite, pratiquement dans un vide sur le plan des relations de travail et sur le plan juridique.
>
> L'approche de Daniel Johnson pour essayer de s'en sortir est de mettre tous les hôpitaux en tutelle… Cela permet de rétablir un certain calme : les travailleurs rentrent au travail et il y a des négociations qui s'ensuivent, mais ça n'a rien réglé.
>
> Daniel Johnson quelque peu surpris d'être élu a bien d'autres chats à fouetter avec, entre autres, la tenue prochaine de l'exposition de 1967. Il me demande comment

> je vois cette question-là. « Pourquoi ne faites-vous pas comme en éducation, avec au préalable une commission d'enquête ? » Cela a permis au gouvernement Lesage de gagner un peu de temps et aussi de s'engager dans une réforme de l'éducation avec des données, une sensibilisation de la population, des priorités et des orientations. Il répond « bonne idée » et me demande de préparer un mandat, ce que j'ai fait.
>
> On en discute, le mandat est modifié et finalement, à l'automne 1966, la commission d'enquête est créée. Il a ajouté, en plus de la santé, toute la question de ce qu'on appelait à l'époque le bien-être social et la sécurité du revenu. Bref, un mandat très large et c'est comme cela que le débat s'est vraiment engagé au Québec sur ces questions-là. La commission a vraiment joué un rôle d'éducation auprès de la population pour faire en sorte qu'un réel débat prenne place. Cette précaution a permis que la réforme de la santé soit faite de façon ordonnée selon un plan d'ensemble issu des grandes recommandations de notre rapport.

Quelle tâche à accomplir ? Les hôpitaux n'appartiennent même pas à l'État, il faut tout négocier ça. Pourtant, fait surprenant, la transition du système hospitalier des communautés religieuses vers une administration plus moderne est relativement facile, sans trop de heurts entre les anciens et les nouveaux gestionnaires. Claude Castonguay est aux premières loges :

> Ça se fait de façon très discrète. Le gouvernement Duplessis, avant l'assurance hospitalisation, versait des subventions aux communautés religieuses pour leur permettre de fonctionner. Même si ce n'était pas un financement bien établi et suffisant, il y a eu des transferts assez substantiels.
>
> Alors, quand arrive l'assurance hospitalisation, les communautés religieuses sont propriétaires des hôpitaux, mais en même temps il y a une partie de ce qui a été accumulé qui provient de fonds publics. Le gouvernement entreprend alors des discussions avec les communautés pour départager ce qui appartient au patrimoine religieux et ce qui revient au patrimoine public.
>
> Le gouvernement s'engage dans des négociations avec les communautés pour transférer la propriété des hôpitaux à des organismes sans but lucratif.
>
> Au terme d'un long et difficile processus, les hôpitaux deviennent des organismes publics et les communautés religieuses sont indemnisées. Cependant, on ne peut pas parler ici de nationalisation.
>
> À ma connaissance, cela n'a jamais causé de conflits entre les communautés et le gouvernement. Il y a quelques cas qui prennent plus de temps. Il y a des négociations qui se terminent dans les années 1970, alors que je suis au ministère, les Sœurs grises notamment. Mais cela se fait de façon très ordonnée.
>
> Et en même temps que la propriété est transférée, on voit les communautés se vider graduellement. Les infirmières religieuses que l'on retrouvait dans la gestion des hôpitaux sont graduellement remplacées par du personnel laïque. Alors il y a une double transition qui s'effectue en même temps et ça se fait de façon très ordonnée et graduelle.

Au-delà des structures, des changements de propriétés, il y a à régler la question des grandes disparités dans les services offerts à la population. On est loin de l'égalité des chances.

> À ce titre, il y a deux réalités importantes. D'une part, toutes les provinces sont un peu dans la même situation, les milieux aisés étant beaucoup mieux dotés d'hôpitaux que les milieux plus pauvres. Pour que l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie aient du sens et que tout le monde y ait accès, il fallait développer les ressources dans les milieux où elles étaient inadéquates. Le gouvernement fédéral crée à l'époque une caisse d'aide à la santé ou, un peu comme les caisses pour les infrastructures aujourd'hui, les projets acceptés par les deux ordres de gouvernement sont financés moitié-moitié par le fédéral et le provincial. C'est comme ça que bien des hôpitaux sont construits et que d'autres sont modernisés dans des quartiers ouvriers ou dans des petites villes et des villages moins fortunés. D'autre part, jusqu'à ce moment, les hôpitaux ont fonctionné de façon isolée. Pour que tout ça ait du sens, il fallait qu'un véritable système de santé soit développé. C'est ainsi qu'en 1970, à la suite de la commission d'enquête, la Loi sur la santé et les services sociaux établit la base de l'organisation de notre système de santé avec trois grands paliers de soins : première, deuxième et troisième ligne.

Encore aujourd'hui, il est question du rôle de la première ligne qu'on accuse souvent d'être la cause des défaillances dans le système. Les centres locaux de services communautaires (CLSC) ne devaient-ils pas être la pierre angulaire de la première ligne du système de santé et des affaires sociales ?

> La première ligne n'était pas seulement composée des CLSC, il y avait tous les cabinets de médecins qui existaient et les unités sanitaires qui jouaient aussi un rôle à ce niveau-là dans tout ce qui touchait la prévention, la maladie, la vaccination sanitaire, etc. Dans l'ensemble, les trois ont joué un rôle utile parce que les taux de mortalité se sont grandement améliorés alors qu'il y avait une différence assez appréciable entre les quartiers plus aisés des villes et les autres milieux ou encore entre le Québec et d'autres provinces. Cela prend quelques années, mais il y a un gros rattrapage qui se fait et, depuis ce temps-là, l'état de santé de la population québécoise se compare correctement avec l'état de santé des citoyens des autres provinces et même avec l'état de santé aux États-Unis.

## Une autre dimension : le bien-être social

Au départ, la commission a un mandat large englobant les questions de bien-être social et de sécurité du revenu. De mémoire, c'est dans cette période ou vers la fin des années 1950 qu'on commence à parler des grands déterminants de la santé : les soins, les habitudes de vie, l'environnement et la biologie. Dans l'implantation du système, est-ce qu'on associe vraiment les services sociaux au domaine de la santé ou est-ce prioritaire de développer le système de santé avec ses trois lignes ?

> En 1970, au moment où l'on introduit l'assurance maladie, on fusionne le ministère de la Santé avec le ministère de la Famille et du Bien-être pour mettre en place le ministère des Affaires sociales. À l'époque, cela surprend, mais aujourd'hui les gens dans les autres provinces, ou dans d'autres pays où la différence entre les deux existe toujours, trouvent que c'était une fusion très utile et plusieurs gens sont venus de l'extérieur pour voir comment cette expérience s'est déroulée. Aujourd'hui, il y a une tendance vers la fusion ou l'intégration de santé et services sociaux.

## Les répercussions chez les professionnels

Claude Castonguay a une bonne mémoire et réponse à bien des questions. À la question de l'intégration des professions au développement social, il explique comment ça s'est passé.

> La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social a constaté qu'il y avait énormément de confusion quant au rôle des ordres professionnels. Il y a des ordres qui agissaient bien plus comme des syndicats que comme des organismes pour protéger la population. Par exemple, comment distinguer le rôle respectif du Collège des médecins et celui des fédérations de médecins ? Comme on a pu le constater au moment de la réforme de la santé et des services sociaux, il y avait une clarification à faire pas seulement dans le domaine de la santé, mais dans l'ensemble des groupes professionnels. Qui doit défendre les membres des professions et qui doit défendre le public ?
>
> Il y avait toute sorte de groupes qui réclamaient d'être reconnus comme ordre professionnel. Le premier ministre Johnson nous avait fourni la liste de ceux qui trouvaient ça intéressant, car ça pouvait leur donner un statut pour créer des monopoles et agir comme syndicat étant donné la confusion dans les rôles.
>
> La commission d'enquête a confié un mandat d'étude de toute cette question-là[7]. C'est à partir de ce travail que l'idée de la clarification des rôles des ordres professionnels est venue, c'est-à-dire qu'ils sont là uniquement pour protéger le public. Les syndicats eux ont le rôle de défendre les intérêts de leurs membres.
>
> Les ordres professionnels avec des monopoles ou des champs d'exercices exclusifs doivent être réservés uniquement aux corporations où la protection du public l'exige, par exemple pour les médecins, les pharmaciens et les dentistes.
>
> C'est comme ça que le Code des professions est apparu du côté des affaires sociales. Mais il couvre également l'ensemble des professions.
>
> Lorsque la protection du public ne le demande pas, on n'a pas voulu fermer des champs de pratique inutilement. On a alors protégé les titres.
>
> Au lieu de reprendre les lois une par une, on a proposé l'adoption d'un code des professions avec un cadre général. Sous ce chapeau, chaque profession peut avoir sa loi qui peut contenir des dispositions spécifiques.

7. Le mandat est confié à l'avocat Claude-Armand Sheppard.

### Vestiges du passé, le paiement à l'acte pour les médecins

Une question sinon un problème qui perdure, c'est la rémunération des médecins qui sont sans doute ceux qui ont le mieux tiré leur épingle du jeu de la négociation avec le gouvernement. Les derniers vestiges de l'ancien régime, de l'avant-Révolution tranquille, c'est le paiement à l'acte des médecins. En 1970, les médecins spécialistes, eux, n'ont pas hésité à se mettre en grève contre l'adoption de l'assurance maladie, une grève qui a coïncidé avec la crise d'Octobre. Pour Claude Castonguay, comment, aujourd'hui, la rémunération des médecins, qui est encore un enjeu, a-t-elle évolué ?

> Au début, la médecine était beaucoup plus simple qu'elle l'est aujourd'hui. Les honoraires des médecins étaient moins élevés par rapport aux autres dépenses de santé, telle l'hospitalisation.
>
> Dans l'ensemble, les dépenses de santé des soins médicaux représentaient une proportion beaucoup moins grande qu'aujourd'hui. Un peu partout, que ce soit en Europe ou en Amérique du Nord, les médecins étaient rémunérés à l'acte. Cela vient du temps où ils exerçaient leur profession de façon privée ou mixte, privée et publique. Chaque fois qu'ils rendaient un service, ils facturaient à leur patient leur rémunération à l'acte. Cela a été retenu au début dans les régimes d'assurance maladie que ce soit en Europe avec les caisses d'assurance maladie ou dans les régimes publics comme ici au Canada.
>
> Avec le temps, les fonctions par exemple d'enseignement prennent de l'importance et la rémunération à l'acte n'y est pas vraiment adaptée. Vous avez aussi, avec le temps, le besoin de travailler en équipe que la rémunération à l'acte ne favorise pas tellement. Vous avez l'apparition des maladies chroniques, surtout avec le vieillissement de la population, où le suivi des patients est important et ne demande pas nécessairement que des actes soient posés.
>
> La rémunération à l'acte met aussi beaucoup la pression sur les actes médicaux et ne met pas du tout l'accent sur la prévention. De plus en plus, il paraît nécessaire d'adapter la rémunération des médecins à des considérations comme la pratique multidisciplinaire.
>
> Ça s'est largement fait en Europe, mais au Canada, à cause de la loi fédérale sur la santé qui finance les soins de santé à partir des soins médicalement requis, la rémunération à l'acte est encore là. Certaines provinces comme l'Ontario et l'Alberta ont commencé à s'éloigner de la rémunération à l'acte et à entrer de plus en plus dans un mode mixte de rémunération.
>
> Le Québec, sur ce plan-là, ne suit pas. Les fédérations médicales résistent à tout changement et le ministère de la Santé, sous la direction de médecins, ne veut pas introduire ce genre de changements qui seraient à mon avis un préalable à l'amélioration du système de santé.

Il y a quand même eu du salariat chez des médecins. Lors de l'implantation des CLSC, il est prévu que les médecins doivent être à salaire, mais les médecins

boudent ces organisations. Y avait-il un désir d'introduire le salariat chez les médecins au départ ?

> Pas chez tous les médecins. Les CLSC qui sont créés sous l'impulsion du gouvernement s'inspirent de ce qu'on appelait anciennement les unités sanitaires. Il y avait déjà des médecins dans les unités sanitaires qui étaient salariés, alors ce mode de rémunération est conservé dans les CLSC. Ce n'est pas uniquement une question du niveau de la rémunération puisque les médecins ont refusé d'aller dans les CLSC pour ne pas perdre leur autonomie. Ils craignaient qu'en devenant des salariés dans les CLSC ils deviennent des employés de l'État et perdent leur statut de travailleur autonome. C'est ça qui a été le gros facteur.

Claude Castonguay vient de nous dire qu'il y a aujourd'hui un préalable à toute vraie réforme. Qu'en est-il ?

> Si l'on regarde notre système de santé aujourd'hui, la première chose qui devrait être faite à mon avis concerne la rémunération des médecins. D'ailleurs vous voyez la réaction qui se fait à l'égard de la rémunération des médecins. Ce n'est pas juste une question de niveau, c'est surtout une question d'inadaptation de la rémunération. Si l'on veut améliorer le fonctionnement du régime, il faudrait changer le mode de rémunération des médecins.

Une question d'argent ?

> Non. En fait, il y a trop d'argent.

Trop d'argent, ou trop selon ce mode de rémunération ?

> Que le gouvernement sous le ministre Philippe Couillard ait accepté qu'on vise la parité avec l'ensemble du pays et principalement en Ontario est un non-sens. On est en dessous de la moyenne nationale sur le plan de la richesse et des revenus. Alors essayer de faire la parité avec eux, c'est un non-sens. D'ailleurs les économistes ont dénoncé ça fortement[8].

Ce sont les fédérations qui négocient entre elles pour fixer la tarification, ce qui fait que le gouvernement ne peut aucunement moduler le comportement des médecins en jouant sur les tarifs. Autre question importante : il fut un temps où nous savions ce que notre séjour à l'hôpital avait coûté. C'était le cas au début de l'assurance hospitalisation. Quand vous sortiez de l'hôpital, vous aviez une facture. Aujourd'hui, c'est disparu, de sorte que le patient ne sait pas la valeur du service reçu à l'hôpital ou de la part du médecin. Mais, comme contribuable, il sait ce qu'il paye. En ce moment, il n'y a aucune pression du patient client envers le professionnel puisque ce n'est pas lui qui paye directement, c'est un tiers qui paie à même nos taxes et nos impôts.

> Pour la question de la tarification, lorsqu'on établit le régime de couverture des soins médicaux, évidemment les deux fédérations veulent pouvoir établir le niveau de rémunération des différents actes et garder ça pour elles. D'ailleurs, en Ontario,

8. Voir, dans le présent ouvrage, le chapitre 5, encadré 5.2.

c'est ce qui se faisait. Ils veulent négocier une masse globale pour ensuite la diviser entre eux. Mais on dit non et on tient bon.

Pendant bon nombre d'années, la négociation ne porte pas seulement sur la masse, mais surtout sur la répartition de la masse. C'est comme ça qu'au début les visites et les soins de première ligne sont mieux rémunérés. Dans les hôpitaux d'enseignement comme au CHUL à Québec et au CHUS à Sherbrooke, il y a une caisse qui est créée dans chacun des cas et tout ce qui entre pour la rémunération des médecins provenant des soins, de l'enseignement et de la recherche est réparti entre les médecins selon leur contribution générale et non pas uniquement en fonction des actes médicaux. Cela faisait la force du CHUL et du CHUS de manière à ce que les professeurs et les dispensateurs de soins soient rémunérés d'une façon assez logique.

Mais à un moment donné la pression de certains groupes fait que les systèmes dans ces deux hôpitaux-là sautent. Les médecins à l'acte commencent à recevoir tout ce qu'ils génèrent, ceux qui font de l'enseignement voient leur rémunération baisser et les fonds de la recherche viennent d'autres sources.

Au niveau des négociations, vient un moment où le gouvernement cède et, par la suite, il ne négocie que la masse totale alors qu'il aurait dû garder son pouvoir de négocier la répartition.

En Europe par exemple, la partie rémunérée à l'acte est beaucoup plus faible, il y a une bonne partie de la rémunération des médecins qui leur est donnée sous forme de salaire, de vacation et de montant forfaitaire. Elle n'introduit pas le genre de distorsions que l'on connaît ici.

Dans notre système par exemple, les radiologistes qui ne prennent pas des risques énormes sont, malgré tout, les mieux rémunérés. Quand on y pense, ils font la lecture de radiographies, ce n'est pas la même chose pour le neurochirurgien. À l'autre extrême, les psychiatres qui font un travail moins physique, moins glorieux et qui soignent des patients souvent rejetés, sont les moins rémunérés.

Alors, c'est clair qu'il faudrait changer la rémunération des médecins.

Comment faire pour que les gens soient conscients des véritables coûts des soins de santé qu'ils reçoivent ?

Quand je suis arrivé au ministère, il y avait encore un formulaire qui était remis lorsque la personne prenait son congé de l'hôpital. Et l'on a introduit au début l'idée que, lorsque les médecins facturent leurs honoraires, le patient reçoive une copie des honoraires qui ont été facturés. Mais c'est tombé par la suite et aujourd'hui personne n'est sensibilisé sur le coût réel des soins qu'il reçoit. C'est un manque à mon avis.

Il serait sans doute possible, avec les moyens que l'on a aujourd'hui, que les personnes puissent recevoir, avec leur déclaration de revenus, une évaluation des coûts qu'ils ont entraînés ? Lorsqu'on aura réussi à informatiser les dossiers médicaux, peut-être que ça pourra se réaliser ?

Oui. Il y aurait moyen de mieux informer. D'ailleurs, l'Alberta, il y a un certain nombre d'années, avait introduit quelque chose d'assez ingénieux. Comme les frais

modérateurs ne sont pas possibles selon la Loi canadienne sur la santé, chaque fois qu'un patient voyait un médecin, il y avait une dépense taxable attribuée au citoyen sous forme d'un T4 santé à la fin de l'année. Alors là le patient était imposé indirectement pour le paiement reçu, donc une forme de frais modérateurs, et il était informé aussi quant aux coûts des soins qu'il a reçus. Quand l'Ontario a voulu faire ça, des groupes se sont opposés. Les tribunaux ont jugé que de telles mesures seraient contraires à la Loi canadienne sur la santé.

### La sécurité du revenu

Au début des années 1960, on s'intéresse aussi à la sécurité du revenu, notamment pour les personnes âgées. Vous avez d'ailleurs agi comme actuaire-conseil lors des travaux de ce qui allait devenir le rapport Dupont.

> En 1963, le premier ministre Jean Lesage m'a confié le mandat d'élaborer un régime de rentes pour l'ensemble des travailleurs du Québec. Ce fut pour moi l'occasion de m'engager dans le domaine des assurances sociales, plus particulièrement dans la question de la sécurité du revenu.
>
> La sécurité du revenu des personnes âgées est un aspect intéressant, car elle concerne les deux ordres de gouvernement et les mesures couvertes par la sécurité du revenu trouvent leur plein sens pourvu qu'on les voie ensemble. Vous avez à la base la pension de vieillesse qui assure les personnes âgées d'un revenu qui ne couvre pas tous les besoins. Pour les personnes qui n'ont pas d'autres revenus, il y a le Supplément du revenu garanti. Pour les personnes âgées, grâce à ces deux mesures, on est pratiquement dans un contexte de régime de revenu garanti.
>
> Au-dessus de ce premier échelon de protection, vous avez le Régime de rentes du Québec qui couvre les travailleurs jusqu'à 25 % de leurs revenus sujets à un maximum. Encore là, ce régime n'est pas suffisant, mais, quand il a été conçu, on savait qu'il existait des régimes complémentaires créés par les entreprises.
>
> Pour s'assurer que ces régimes satisfassent certaines normes et soient bien financés, il y a la Loi sur les régimes complémentaires. Donc, on a un troisième étage, qui au besoin est complété par de l'épargne individuelle, au moyen de régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER).

La Loi sur les régimes complémentaires de retraite (RCR)[9] a été adoptée en même temps que la création du Régime de rentes et certains avantages fiscaux comme les REER avaient été introduits quelques années auparavant. À ce moment-là, l'État mise donc sur un système mixte à paliers multiples pour assurer une protection adéquate. Quelque 50 années plus tard, la situation mérite-t-elle un réexamen plus important ?

9. À ce moment, on parlait plutôt de régimes supplémentaires de retraite. Comme on le verra au chapitre 7, c'est en 1990 qu'on opte plutôt pour l'expression régimes complémentaires de retraite.

Oui. D'abord, on a atteint dans les années 1970 quelque chose comme 6 000 régimes d'employeurs au Québec et aujourd'hui il en reste moins du tiers. Les régimes à prestations déterminées étaient relativement généreux. Donc, la responsabilité du financement du régime reposait principalement sur les épaules de l'employeur.

Aujourd'hui, on retrouve les régimes à prestations déterminées seulement dans quelques grandes entreprises et dans le secteur public. Même une banque comme la Banque Royale n'a plus de régime à prestations déterminées pour ses nouveaux employés. Ce sont des régimes à cotisation déterminée.

Alors non seulement les régimes n'ont plus la même importance qu'ils avaient, mais leur nombre diminue considérablement, avec comme résultat qu'un bon nombre de travailleurs et d'employés, quelque chose comme deux millions sur une main-d'œuvre de quatre millions et demi, s'en vont à la retraite avec des revenus tout à fait insuffisants.

En plus, avec la pression sur la consommation, un bon nombre d'entre eux sont endettés et ont de la misère à survivre dans un contexte de taux d'intérêt très bas.

Il y a un grave problème à ce niveau et il va falloir que quelque chose soit fait si l'on veut éviter que trop de monde se retrouve prestataires du Supplément de revenus garantis aux frais de l'État.

Parlant de revenu garanti, pourrait-on penser au revenu minimum garanti global pour tous les citoyens, un seul échelon qu'on récupère par les impôts de ceux qui font plus d'argent ?

Le revenu minimum garanti est un très beau concept, mais personne n'a osé le mettre en pratique intégralement au niveau de la main-d'œuvre active. Pour les personnes âgées oui, mais pour la main-d'œuvre active non. Tout ce qu'on fait, dans une certaine mesure, tend vers cela, mais jamais de façon intégrale.

Et l'assurance-emploi ?

L'assurance-emploi, je la vois dans un autre contexte. L'assurance-emploi est une assurance contre la perte de revenus en cas de chômage. Elle va beaucoup mieux, à mon avis, en liaison avec les services de main-d'œuvre. De telle sorte que, lorsqu'une personne se retrouve au chômage, qu'elle reçoive des prestations, mais aussi du recyclage, une formation additionnelle pour être en mesure de retrouver un emploi. C'est comme ça que je vois l'assurance-emploi, comme faisant partie des politiques de main-d'œuvre tout comme la santé et la sécurité au travail.

Donc, d'une politique de remplacement de revenu à une politique plus large liée à la main-d'œuvre et l'employabilité.

Il ne faut pas oublier que l'assurance-chômage a été implantée avant tout le reste en 1942.

## Le partage des pouvoirs

Claude Castonguay a vécu l'échec de Victoria. Il s'en souvient trop bien. Il est bon de rappeler ce que devait être la charte de Victoria et pourquoi elle n'a pas été adoptée.

> Il faut retourner un petit peu en arrière pour comprendre ce qui est arrivé. Au cours des années 1960 avec la montée du sentiment d'indépendance au Québec sous le régime Pearson qui laisse beaucoup de latitude aux provinces, le premier ministre de l'Ontario a lancé une opération de consultation, d'étude et d'analyse visant éventuellement un changement dans la répartition des pouvoirs entre le gouvernement fédéral et les provinces.
>
> Le Québec est un interlocuteur important dans cet exercice-là étant donné que, sous le gouvernement Pearson, il y a eu des luttes assez dures entre le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec et il y a eu des réaménagements qui ont été faits, par exemple pour le Régime de rentes du Québec. Il y a aussi eu les accords sur les frais partagés : le retrait du Québec de certains programmes à frais partagés contre des points d'impôt.
>
> Alors cette commission lancée par Robarts s'est mise au travail et, quand les libéraux sous Trudeau sont élus en 1968, ce dernier voit d'un très mauvais œil la tendance de dévolution des pouvoirs vers les provinces et notamment vers le Québec. Il récupère donc cet exercice-là et ça devient un exercice du gouvernement fédéral. Les négociations sont dirigées par le bureau du premier ministre à Ottawa dans le plus grand secret.
>
> Au début de 1971, le projet de la charte de Victoria est publié. En vertu de cette charte, il n'est plus question de transfert de pouvoirs. Par contre, un droit de veto est accordé aux provinces. La charte comprend de plus une charte des droits qui en est alors à sa première version dans cette grande charte de Victoria.
>
> En ce qui a trait à la répartition des pouvoirs, c'est le statu quo : aucun changement dans les pouvoirs et aucune distinction entre le Québec et les autres provinces.
>
> Au Québec, même si le Parti québécois est le troisième parti d'opposition en nombre à l'Assemblée nationale, après l'Union nationale et le Ralliement des créditistes, c'est le PQ qui agit comme principale opposition. Devant la montée du mouvement indépendantiste, nous, au gouvernement avec monsieur Bourassa, on a le sentiment qu'on ne peut pas accepter que le Québec soit traité comme les autres provinces et qu'en matière notamment de politique sociale aucune distinction ne soit faite.
>
> Alors, avant la conférence de Victoria, nous entreprenons de convaincre un peu tout le monde du bien-fondé de notre position. Les provinces, à un moment donné, partagent notre point de vue, mais il y a un travail sous-marin qui est fait par Ottawa de telle sorte que, rendues à Victoria, les provinces abandonnent cette idée de donner des pouvoirs différents au Québec.
>
> C'est comme ça qu'à la suite de la conférence de Victoria, nous avons répondu non et le Québec a dit non avec l'appui unanime de l'Assemblée nationale et, selon les sondages, de la population.

Est-ce qu'on peut dire qu'il y a un avant-Victoria et un après-Victoria ? On a parlé tout à l'heure d'innovation avec l'assurance maladie sous différentes facettes, la création de la Caisse de dépôt, etc. Est-ce que Victoria vient marquer un changement de cap du point de vue du fédéral face à cet élan en matière de politiques sociales et économiques ?

> Sous le gouvernement Pearson, il y avait une ouverture. C'est vraiment l'arrivée de Trudeau à la tête du gouvernement fédéral qui a été le facteur déterminant et le déclencheur de ce changement de cap.

## La spécificité québécoise

Pour la création d'une véritable politique sociale au Québec, l'initiative est d'abord venue d'ailleurs, du gouvernement fédéral et de certaines provinces. C'est le cas pour les pensions de vieillesse, les allocations familiales, le supplément du revenu garanti, l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie. Il en est de même pour l'établissement d'un régime universel de retraite, le Régime de pensions du Canada.

> En 1963, le gouvernement fédéral de Leaster B. Pearson, nouvellement élu, annonce son intention d'établir un régime de pensions pour l'ensemble des travailleurs canadiens. C'est en réaction à cette initiative fédérale que le gouvernement de Jean Lesage lance son propre régime des rentes, le RRQ. Dans une large mesure, le coup de pouce est venu du gouvernement fédéral.

Peut-on dire que, dans le cas des régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie, nous avons aussi agi sous l'impulsion du fédéral ?

> Oui, sauf que le gouvernement fédéral a une conception assez différente de l'assurance maladie. La loi fédérale permettait aux médecins des provinces comme l'Ontario et l'Alberta de facturer en plus de la couverture du régime public. Au Québec, sur ce plan, nous avons décidé de dire non, la couverture doit être complète avec le régime public et les médecins n'ont pas le droit de surfacturer. C'est d'ailleurs ce qui a mené à la grève des médecins spécialistes de 1970. En plus, nous avons introduit au début une contribution spécifique des travailleurs et des employeurs pour constituer une caisse d'assurance maladie, ce qui n'existait pas dans les autres provinces. Moi, je voyais ce régime-là, étant donné sa portée à long terme, comme un régime devant être financé dans une bonne mesure à l'avance.

Pour des raisons sociales et politiques vraisemblablement, le Québec a accusé un certain retard dans l'implantation de certaines politiques, ce qui lui permet d'introduire certaines particularités dans ses propres politiques. Le refus de la surfacturation est un exemple et il y en a eu d'autres.

> On a innové en matière de santé, comme vous le dites, mais aussi en matière de rentes. Le gouvernement fédéral voulait faire un régime *pay-as-you-go* où les prestations sont financées par les cotisations de la même année, soit au fur et à mesure qu'elles sont versées.

> Le projet que j'avais recommandé et que le gouvernement Lesage a adopté consistait à capitaliser le financement du Régime de rentes du Québec.
>
> Pearson et Lesage ont convenu de négocier, dans le plus grand secret, une entente afin de dénouer cette impasse. Je fus appelé à négocier, en compagnie de Claude Morin, l'entente qui a permis la création du Régime de rentes du Québec. Il est important de mentionner que ce sont les fonds du RRQ qui ont permis la création de la Caisse de dépôt et placement du Québec
>
> Contrairement au Québec, le gouvernement fédéral a décidé d'investir les réserves du Régime de pensions du Canada dans les obligations financières des provinces. En 1990, le gouvernement fédéral a choisi, devant les grands avantages que ça présentait, de créer l'Office d'investissement du Régime de pensions du Canada.

Et la Caisse de dépôt n'avait-elle pas aussi pour mission d'être une source de financement pour des entreprises québécoises face au capital anglophone ?

> La Caisse de dépôt avait dans sa mission de placement d'essayer d'obtenir des rendements intéressants pour les déposants du Régime de rentes du Québec sans prendre de risques exagérés, mais en même temps d'investir pour favoriser le développement économique du Québec. Alors il y avait un équilibre à maintenir par la Caisse entre développement social et développement économique. Il faut dire qu'il y avait un large courant de pensée favorisant le développement de l'économie par les Québécois.

Il y avait aussi l'aspiration de Jacques Parizeau de créer un entrepreneuriat francophone et de lui donner accès à du capital d'investissement.

> Beaucoup de personnes ont contribué à ce mouvement. Il y a eu un conseil de planification économique, des ministres comme René Lévesque, Éric Kierans et évidemment l'histoire donne beaucoup de crédit à Jacques Parizeau, mais il y avait un courant de pensée assez large favorisant le développement de l'économie par les Québécois.

Un peu comme pour la Régie des rentes, on prévoit au départ une réserve pour les sommes que l'on doit payer pour l'assurance maladie.

> Oui, même que l'on a accumulé, sous le régime d'assurance maladie, car c'était un financement à long terme, une réserve assez intéressante. Finalement, lorsque Jacques Parizeau est devenu ministre des Finances, la capitalisation a été éliminée et la réserve a été versée au fonds consolidé du revenu.

Rappelons la cohérence dont nous parle au début Claude Castonguay : trois étages pour les régimes de retraite entre autres, la Pension de vieillesse, la Régie des rentes, et les régimes privés. On peut aussi parler de trois étages en santé. On construit d'abord les hôpitaux et l'on paie l'assurance hospitalisation. Après, comme les patients ne paient pas à l'hôpital, mais paient chez le docteur, on introduit l'assurance maladie. Finalement, on introduit quelque chose de très important en santé et qui va l'être de plus en plus avec l'évolution scientifique, c'est l'assurance médicaments.

L'assurance médicaments a subi de nombreuses turbulences depuis la création du programme.

Claude Castonguay, qui n'est jamais loin des grandes politiques, a présidé le comité sur l'assurance médicaments.

> En 1995, mon comité recommande l'adoption d'un régime d'assurance médicaments. Nous recommandons en même temps qu'un mécanisme soit mis en place pour voir comment les médecins se comportent au point de vue des ordonnances. Ça semblait assez facile de comparer les méthodes des médecins. Par exemple chez les omnipraticiens qui ont des populations assez semblables, si un omnipraticien sort de la moyenne et prescrit beaucoup d'un type de médicament, il est possible d'examiner ce qui se passe.
>
> Aucun gouvernement n'a osé s'engager dans cette voie et je vois que, par exemple en Ontario, on dit qu'on ne peut pas continuer comme on le fait actuellement et qu'il va falloir aller voir ce qui se passe dans les pratiques d'ordonnances. Par exemple, pour les médicaments pour les enfants avec des troubles de l'attention, il y a des abus évidents. Ça, c'est la première chose, mais ça ne réglera pas tous les problèmes.
>
> À la demande de Philippe Couillard, alors qu'il était ministre de la Santé, j'ai présidé le comité sur l'implantation de l'Institut national de l'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Cet institut a été conçu afin que ses avis sur les nouveaux médicaments qui coûtent très cher ne soient pas contestés par le gouvernement, qu'ils soient publics et que la réponse du ministre le soit aussi, de telle sorte que la pression pour couvrir des médicaments à coûts très élevés avec des essais très marginaux ne soit pas sur le gouvernement.
>
> Dès les premières recommandations de l'INESSS, le ministre Bolduc a rejeté ses conclusions, ce qui a donné un coup à sa crédibilité.
>
> Concernant toute la question de la négociation avec les compagnies pharmaceutiques, des achats regroupés, les compagnies pharmaceutiques sont très puissantes et elles peuvent ouvrir et fermer leurs laboratoires à volonté.
>
> Il y a aussi des choses que l'on accepte sans jamais se questionner. Par exemple, dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), tous les gens sont sous médicament, donc il se consomme énormément de médicaments dans ces établissements-là et personne ne pose les moindres questions.
>
> La question des médicaments est très complexe, possède plusieurs dimensions et mériterait d'être étudiée en profondeur par un organisme crédible.

Claude Castonguay n'a jamais été fonctionnaire au sens de mandarin dans la haute fonction publique. Il a toujours agi comme consultant, comme expert. Mais il a été engagé dans les plus importants dossiers de l'assurance hospitalisation à l'assurance maladie, à l'assurance médicaments, en passant par le Régime de rentes du Québec et la création de la Caisse de dépôt et placement du Québec. Il a été responsable de la négociation qui a permis d'accepter la singularité québécoise dans le dossier du Régime de rentes du Québec.

Il s'est permis une aventure politique, un seul mandat, comme ministre de la Santé et des Services sociaux puis de la Santé et des Affaires sociales dans le premier gouvernement de Robert Bourassa. Il est resté pour un court mandat de trois ans et demi.

La Révolution tranquille a plus de 50 ans, mais Claude Castonguay ne s'est jamais désintéressé des affaires publiques.

## POUR UNE PLUS GRANDE ÉGALITÉ DES CHANCES

Les grandes politiques sociales du début de la Révolution tranquille sont venues de l'initiative du gouvernement fédéral (allocations familiales, pensions de vieillesse, assurance-chômage, etc.) aidé par certaines provinces, dont la Saskatchewan pour l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie. Le Québec prend le train en marche.

Mais qui peut prévoir les grands bouleversements sociaux des décennies suivantes ?

Tout change : l'économie, le monde du travail, la famille, la démographie, la solidarité. Ces mutations obligent les gouvernements à repenser leurs politiques sociales.

Si la recherche d'une plus grande égalité des chances reste la valeur fondamentale qui permet la Révolution tranquille et qui n'a pas encore été contestée, quel que soit le gouvernement au pouvoir, il faut s'adapter rapidement, renoncer à des politiques qui ne permettent plus de résister aux effets d'une société de plus en plus divisée où l'écart entre les riches et les pauvres a tendance à s'élargir.

Par exemple : des femmes se retrouvent à la tête de famille monoparentale, des enfants trop nombreux vivent sous le seuil de la pauvreté, des travailleurs n'ont plus accès à de bons emplois permanents avec la promesse d'un revenu de retraite à prestations déterminées. C'est le spectre des emplois précaires, du travail autonome, de la diminution de la force syndicale, du déménagement des emplois.

Par ailleurs, la lutte au déficit et à l'endettement de la part du gouvernement fédéral affecte la marge de manœuvre des provinces. C'est ainsi que la participation du gouvernement central au financement des soins de santé promise à 50 % des coûts au début est considérablement réduite alors que la loi canadienne demeure très stricte et ne permet pas de profonds changements, par exemple le recours à un ticket modérateur. Les bénéficiaires de l'assurance-emploi sont de moins en moins nombreux, avec pour conséquence une augmentation de chômeurs qui n'ont plus que l'aide de dernier recours.

La réalité politique, sociale et économique des dernières décennies force le Québec à prendre l'initiative de changements des politiques sociales qui accentuent

son caractère de société distincte et dont le fil conducteur reste la recherche d'une plus grande égalité des chances.

Toutes les grandes politiques sociales qui émergent des actions politiques en témoignent.

Un premier regard nous permet de le constater.

### Place aux femmes

Les grandes politiques de la première moitié de la Révolution tranquille appartiennent à des hommes, du moins dans les années 1960 et 1970. Mais, au Québec, dans le domaine des grandes politiques sociales, depuis le dernier quart de siècle, l'initiative appartient aussi aux femmes.

Les groupes de pression des femmes interpellent les leaders politiques avec un certain succès. Plus nombreuses, mais pas encore assez, au sein du pouvoir politique, elles apportent leur vision et leur sensibilité.

**Pauline Marois**, de travailleuse sociale à première ministre du Québec : déjà préoccupée par la condition des plus démunis, engagée dès le début dans le milieu communautaire en Outaouais à l'Association coopérative d'économie familiale (ACEF), à la télévision coopérative, pour les logements sociaux, elle milite déjà dans le Parti québécois. Elle travaille au cabinet de Jacques Parizeau puis à celui de Lise Payette, première ministre de la Condition féminine.

Élue députée en 1981, neuf fois ministre : Condition féminine, Main-d'œuvre et Sécurité du revenu sous Lévesque, Conseil du trésor, Administration et Fonction publique, Famille et Finances sous Parizeau, Éducation, Santé et Services sociaux sous Bouchard, Science, Recherche et Technologie, vice-première ministre sous Landry et première ministre du Québec de 2012 à 2014. Une de ses grandes politiques est celle de la politique familiale qui englobe la création du réseau de garderies à 5 $ par jour.

**Lise Bacon** : femme politique. Deuxième femme élue au Parlement de Québec, à titre de députée libérale en 1973, et ministre dans les gouvernements de Robert Bourassa des années 1970 et 1980, elle devient la première femme à occuper la fonction de vice-première ministre. Alors que le gouvernement fédéral intervient indirectement dans le financement de garderies populaires en vertu d'un programme d'initiatives locales pour la création d'emplois, Lise Bacon, alors ministre de la Santé et des Affaires sociales, présente un premier plan d'intervention de la part du gouvernement du Québec qui prévoit l'octroi de subventions de démarrage pour les nouvelles garderies à but non lucratif et une aide aux familles à faible revenu. Quoique jugé insuffisant par les groupes

sociaux qui réclament beaucoup plus, le plan Bacon est le début de la reconnaissance d'une responsabilité directe de l'État dans les services de garde[10].

**Lise Payette**, femme politique, féministe, écrivaine, animatrice de télévision et de radio québécoise, chroniqueuse, élue députée du Parti québécois en 1976 : ministre des Consommateurs, Coopératives et Institutions financières dans le premier cabinet de René Lévesque. Elle fait adopter l'importante Loi sur l'assurance automobile qui épargnera de longues années d'attente pour les victimes d'accidents en imposant la notion « sans égard à la faute ». Elle a aussi été ministre de la Condition féminine.

Voici ce que déclare la ministre Lise Payette en présentant son projet de loi sur l'assurance automobile en 1977 :

> Nous avons fait un choix qui me paraît fondamental et qui est une première en Amérique du Nord, c'est-à-dire séparer, pour la première fois, les indemnisations pour dommages corporels et les indemnisations pour dommages matériels.
>
> Nous nous sommes rendu compte que la protection dans le domaine corporel devait être assumée par l'État, comme le sont les accidents de travail ou, par exemple, la réforme de l'assurance maladie qui est intervenue il y a quelques années. Il y a présentement, au Québec, 28 % des victimes qui ne sont jamais indemnisées. C'est un chiffre qui porte à réfléchir et nous avons cherché, avec les spécialistes mis à notre disposition, quelle était la meilleure façon de corriger cette situation et de faire en sorte que des victimes puissent être indemnisées immédiatement pour toutes les pertes encourues à cause d'un accident d'automobile.
>
> Nous avons constaté, M. le Président, plusieurs injustices qui ont été portées à notre intention au sujet des indemnisations en matière corporelle.
>
> Nous avons donc cru qu'il était de notre devoir, comme gouvernement, de nous assurer que toute victime puisse vivre décemment, être indemnisée rapidement et complètement à la suite d'un accident d'automobile.
>
> Nous avons choisi, M. le Président, d'adopter le régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité, c'est-à-dire le *no fault*. Nous avons choisi d'adopter ce régime pour les indemnisations en matière de dommages corporels parce que le présent régime, celui qui existe présentement, est justement responsable des injustices dont je vous ai fait part, responsable du fait que 28 %, comme je vous l'ai cité, des victimes n'ont jamais été indemnisées.
>
> Nous ne pensons pas que ce choix du *no fault* dans le domaine du corporel soit, de quelle que façon qu'on puisse imaginer, un encouragement à une mauvaise conduite au volant d'un véhicule.
>
> Nous avons cependant, compris que, si des lois doivent régir ce secteur, ces lois doivent être celles du Code civil et du Code criminel et qu'on doit cesser de chercher le coupable à partir des lois de l'assurance.

10. http://ormones.ca/Histoire_des_CPE, 11-20-2011, Christine_mba (consulté 14 septembre 2016).

> Pour le domaine du matériel, nous avons choisi de laisser à l'entreprise privée la liberté d'agir dans ce domaine de la protection matérielle des véhicules, mais en proposant aux assureurs de nouvelles règles du jeu.

**Françoise David**, diplômée en service social, militante et responsable d'animation culturelle dans le groupe de gauche « En lutte », coordonnatrice du Regroupement famille-enfance-jeunesse, un regroupement des centres de femmes du Québec et présidente de la Fédération des femmes du Québec. Elle fonde en 2002 le mouvement « D'abord solidaires » qui devient ensuite le parti politique « Québec solidaire » dont elle est députée et coporte-parole parlementaire.

**Louise Harel** : députée du Parti québécois dans le comté d'Hochelaga-Maisonneuve pendant 27 ans. Ministre dans les gouvernements de René Lévesque, Jacques Parizeau, Lucien Bouchard et Bernard Landry. Première femme députée à devenir présidente de l'Assemblée nationale du Québec. En tant que ministre d'État de l'Emploi et de la Solidarité, elle pilote le projet de loi sur l'équité salariale adopté par tous les députés présents à l'Assemblée nationale en 1995. Il s'agit d'une loi très importante de la politique sociale du Québec. C'est Louise Harel qui négocie avec le gouvernement fédéral le rapatriement des programmes dans le domaine de la main-d'œuvre, la création d'Emploi-Québec et des centres locaux d'emploi.

**Nancy Neamtan** : de 1972 à 1998, elle travaille à la fondation et à la direction d'organismes communautaires à Montréal, notamment le Programme économique de Pointe-Saint-Charles (PEP), l'Institut de formation en développement économique communautaire et le Regroupement économique et social du Sud-Ouest (RESO) qui est un organisme de développement économique communautaire travaillant à la revitalisation économique et sociale des quartiers du sud-ouest de Montréal. Elle a été l'âme dirigeante du Chantier de l'économie sociale, concept qui a fait consensus lors du Sommet sur l'économie et l'emploi en octobre 1996. Elle est toujours conseillère stratégique du Chantier.

### Action communautaire et CLSC

Parmi celles et ceux qui font l'histoire du développement social au Québec, Pauline Marois, travailleuse sociale, animatrice communautaire, diplômée MBA des HEC, a été députée, ministre et la première femme à occuper le poste de première ministre du Québec.

À l'instar de Claude Castonguay qui a marqué l'évolution de toutes les grandes politiques sociales à titre d'expert, de consultant et de ministre de la Santé et des Services sociaux, M^me^ Marois est au cœur de l'action sociale et politique depuis près d'un demi-siècle.

Son parcours est très particulier. Sa vie est une longue marche vers le pouvoir ultime, mais en partant d'un engagement pris au début de sa carrière envers les plus démunis.

Finissante de l'École de Service social de l'Université Laval en organisation et animation communautaire, orientée vers des mesures collectives, Pauline Marois effectue un stage en participant à la remise sur pied de à l'Association coopérative d'économie familiale (ACEF) de l'Outaouais en 1970. Elle y occupe plus tard un emploi d'animatrice et de conseillère budgétaire.

> Durant les années 1960, les dirigeants politiques parlaient de construire une société juste.
>
> Originaire d'un milieu modeste, en contact avec les plus démunis, pour moi, une chose était évidente : on ne peut construire une société juste sans égalité des chances.
>
> Toutes les études le démontrent : très souvent, la pauvreté économique et la pauvreté culturelle se nourrissent. En contact avec des bénéficiaires de l'aide sociale, avec des gens pauvres, intelligents et brillants, mais incapables de mettre leurs talents à profit parce qu'ils n'ont pas été formés, je ressentais profondément l'injustice dont ils étaient l'objet.
>
> Dès ce moment-là, j'ai compris que toute ma vie allait être influencée par un engagement incontournable : lutter contre la pauvreté en donnant à chacune et à chacun une véritable égalité des chances, lutter pour donner à chacun la chance de sortir du cycle de la pauvreté.

C'est à ce moment-là qu'elle conteste même Claude Castonguay et son rapport sur l'assurance maladie et les services sociaux lors d'une conférence qu'il présente à Hull. Elle participe à des manifestations dans l'Outaouais contre le rapport qu'il vient de produire. L'argument principal des groupes de citoyens : il ne va pas assez loin dans la lutte contre la pauvreté.

> Il y a des anecdotes qui révèlent une époque et qui, quelquefois, sont des indices des valeurs qui guideront nos vies. Au moment où Claude Castonguay vient expliquer en Outaouais son projet de réforme du système de santé et de services sociaux, nous allons à sa rencontre et, presque littéralement, nous le kidnappons.
>
> Il accepte de nous écouter, mais cela ne nous empêche pas, durant la soirée, de regrouper animateurs, personnes engagées socialement et membres du regroupement de l'île de Hull pour manifester notre désaccord. Je pose une question à M. Castonguay et je me vois encore lui disant : « Vous n'êtes pas allé assez loin. » Il me semble que j'ai dit ça des centaines de fois.
>
> Ce moment aurait pu marquer une rupture dans ma vie. C'est vraiment là que l'idée de m'engager dans l'action politique a commencé à germer en moi. Je me suis dit : si je veux lutter pour changer les choses, il y a un endroit incontournable. C'est l'endroit où il y a du pouvoir et où les décisions se prennent.
>
> Évidemment, je ne me sentais pas prête à faire le saut, je trouvais la politique trop compliquée et j'ai toujours détesté me lancer dans une aventure sans avoir fait l'effort nécessaire pour bien me préparer.

> Sans savoir où cela me mènerait, j'ai choisi d'autres chemins pour agir et développer mes compétences.

Elle ne peut pas penser qu'elle pourra un jour accepter de participer à la vie politique, jusqu'à devenir la première femme première ministre du Québec. Ce long chemin passe par un nouvel établissement issu de la réforme Castonguay en santé et services sociaux, les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui ont pour mission d'offrir, en première ligne, à la population du territoire qu'ils desservent, des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

Le gouvernement décide de faire de l'Outaouais une région pilote pour l'organisation des premiers CLSC qui couvrent le territoire. Il y a sept CLSC dans l'Outaouais et douze pour commencer, sur tout le territoire québécois.

Pauline Marois devient la directrice générale du CLSC, de l'île de Hull–Pointe Gatineau–Touraine qui couvre un territoire qui englobe les trois municipalités.

> Ma formation et les liens étroits noués avec des personnes profondément engagées dans leur communauté me conduisent naturellement à miser sur la mobilisation des gens pour faire bouger la société. Je croyais tellement à la capacité qu'ont les citoyens de pouvoir se mobiliser si on leur donne les moyens que j'ai embauché un animateur social qui organisait, sur le terrain avec le regroupement des citoyens de l'île de Hull, la défense de leurs droits et la promotion du logement social.
>
> L'Outaouais était une région très dynamique, très difficile aussi. À cette époque, on rase le centre de Hull pour y construire des édifices fédéraux, on démembre toute une collectivité sans égard aux besoins des gens, à leur appartenance et à leur histoire.
>
> Le poste de direction que j'occupais au CLSC me permet de me battre pour des idéaux de justice et nous avons fait un boulot social important.
>
> Parmi nos mandats, il y a l'organisation d'une véritable première ligne en service de santé. Là, il faut le dire, le succès n'a pas été au rendez-vous.

Mais, si la réforme Castonguay fait du CLSC la première ligne, la porte d'entrée du nouveau système de santé et de services sociaux, on perçoit rapidement qu'il manquera toujours une dimension essentielle à cette première ligne : les médecins. Dès le départ, une majorité d'entre eux refusent d'intégrer les CLSC.

> Au moment de la création des CLSC, les équipes de santé publique qui travaillaient jusqu'alors dans les unités sanitaires s'intègrent avec conviction et travaillent en collaboration avec les départements de santé communautaire. Mais, honnêtement, le nombre de médecins que nous réussissons à recruter dans les CLSC est demeuré marginal. Il y a eu un blocage.
>
> Le bilan est clair. Le volet social et l'aide à domicile se développent normalement, mais l'organisation des services cliniques de santé est un échec. À l'époque, à ma connaissance, un des seuls endroits où une véritable équipe de première ligne a fonctionné, c'est à la clinique montréalaise Centre-Sud à Pointe-Saint-Charles… parce que des médecins salariés étaient déjà présents avant la réforme.

La réussite d'une grande politique publique suppose évidemment une analyse rigoureuse et une vision claire des objectifs poursuivis. Quand on s'attaque à des forces corporatistes puissantes, il faut une volonté politique inébranlable jusqu'au sommet de l'État pour réussir, surtout au sommet de l'État. À l'époque, cette volonté politique est insuffisante pour renverser l'obstruction du Collège des médecins et permettre aux CLSC de remplir leur mission. Le président du Collège, le Dr Augustin Roy, assimile alors le projet de M. Castonguay à de la médecine soviétique.

Trente ans plus tard, le problème n'est toujours pas réglé et, au lieu des CLSC, ce sont des cliniques privées qui desservent pratiquement l'ensemble du territoire. C'est dans ce contexte que nous proposons la création des groupes de médecine familiale (GMF). En fait, les GMF sont destinés à devenir la véritable porte d'entrée du système de santé, la clé d'une première ligne, à faire dans des cliniques privées ce que les CLSC devaient faire.

Après mon expérience en Outaouais, j'ai senti le besoin de développer des compétences de gestion en faisant un MBA et la réforme entreprise dans le dossier de la protection de la jeunesse m'a donné l'occasion de m'engager dans une cause qui me touchait profondément.

## Les enfants de la DPJ

Dès le début du premier mandat du gouvernement du Parti québécois en 1976, le ministre d'État au Développement social, Pierre Marois, fait adopter la Loi sur la protection de la jeunesse. L'idée : dé-judiciariser les services aux enfants. On est encore à l'époque des « écoles de réforme ». Le défi est important, car il s'agit de faire la jonction de cultures différentes entre la justice, les policiers et le service social. C'est l'époque de la mise en place de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

En prévision de l'implantation de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse il est essentiel que l'on puisse faire le point sur la situation des 30 000 enfants pris en charge par les Services sociaux. Ce sera l'opération 30 000. Qui sont ces enfants ? Où sont-ils ? Quelle est leur situation sociale et juridique ? Combien sont dans des unités sécuritaires, des centres d'hébergement, en famille d'accueil, sous tutelle ? Pauline Marois est responsable, au sein de l'équipe qui travaille à l'implantation de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse, de superviser cette opération. Elle assume alors la Direction des services enfance jeunesse au Centre des services sociaux du Montréal métropolitain.

Mettre en œuvre une nouvelle loi qui bouleverse les approches, les comportements et les habitudes professionnelles est toujours un immense défi.

La première étape répond toujours à la même logique : documenter, développer la connaissance, s'assurer la collaboration de tous.

C'est par la suite que le véritable travail de terrain peut débuter. Chaque travailleur social a eu à évaluer sa tâche et à répondre aux questions élémentaires : combien

> d'enfants sont sous sa surveillance, quelles sont les caractéristiques des problèmes de chacun ?
>
> Certains professionnels ont jusqu'à 60 ou 70 enfants sous leur responsabilité. Il faut distinguer les problèmes sociaux, les régimes juridiques, la situation légale et le niveau de risque pour chacun.
>
> Au début, les travailleurs sociaux vont beaucoup regimber, mais on finit par y arriver. On a une grille, c'est un travail très scientifique et aussi très professionnel. Il faut distinguer les enfants sous la protection de la Loi sur la protection de la jeunesse de ceux qui n'ont besoin que de services d'aide aux jeunes et aux familles. Tout ce travail de documentation va se faire. C'est un évènement marquant.
>
> C'est sur cette base que se réalise ce qu'on a appelé l'opération 30 000. Et nous avons réussi à atteindre nos objectifs dans les délais.
>
> Les autres volets du travail visent à former les gens pour qu'ils soient en mesure d'appliquer cette nouvelle loi : préparer des protocoles, des guides d'apprentissage, expliquer et réexpliquer la lettre et l'esprit des choses. Avec l'énergie de la jeunesse, nous relevons le défi et exécutons un travail énorme dans tout le Québec.
>
> Depuis cette grande réforme, notre système fonctionne mieux qu'ailleurs, judiciarise moins et le taux de criminalité est plus bas. Dans ce contexte, la bataille du dernier gouvernement conservateur à Ottawa qui a cherché à judiciariser les jeunes contrevenants est totalement déplorable. Une bataille idéologique, un combat réactionnaire qui n'a fait qu'alimenter les préjugés au lieu de les combattre.

## Vers le pouvoir politique

Après l'intérim, Pauline Marois aide les nouveaux directeurs de la DPJ à se familiariser avec la nouvelle loi et leur nouveau rôle.

Ensuite, elle se rapproche de la carrière politique. Tout d'abord en tant qu'attachée de presse du ministre des Finances, Jacques Parizeau.

> Inévitablement, mon travail en région et mon engagement dans la mise en œuvre de la Loi sur la protection de la jeunesse me conduisent à l'action politique. Dans un premier temps, je le fais avec mon ancien professeur aux HEC, Jacques Parizeau, comme attachée de presse. Par la suite, comme directrice de cabinet pour Lise Payette qui vient d'être nommée ministre d'État à la Condition féminine. C'est avec elle que je prends la mesure de l'importance et du poids de l'action politique. C'est là aussi que je vois à quel point tous les problèmes reliés à l'action de l'État et à la lutte pour l'égalité sont étroitement liés entre eux et que, pour réussir à changer les choses, il faut avoir une vision globale et agir simultanément sur de multiples facettes.

Pauline Marois devient chef de cabinet de Lise Payette, ministre de la Condition féminine. C'est à ce moment que le gouvernement du Parti québécois décide enfin de modifier le Code civil québécois. Ça fait vingt-cinq ans que le Québec a lancé la révision de ce Code civil qui lui est particulier. La priorité du gouvernement et de Lise Payette, responsable du dossier de la condition féminine, est le droit de la

famille, la seule partie du Code civil qu'on adopte en 1980. Le reste attendra encore plusieurs années.

C'est Marc-André Bédard, ministre de la Justice, qui pilote l'ensemble de cette réforme. Avant celle-ci, les couples hors mariage n'ont aucun droit.

Le nouveau Code civil avec son droit de la famille est une pièce importante, car il reconnaît de nouveaux droits en créant, avec le mariage, l'union civile. On prend acte par le fait même de la transformation de la famille dite traditionnelle. On y confirme aussi des droits pour les conjoints de même sexe. C'est sans doute le début d'une vraie politique familiale.

En 1981, Lise Payette tire sa révérence après avoir participé à la campagne référendaire, après l'épisode des « Yvette ». Elle n'est pas candidate à l'élection. Elle retourne à la télévision, surtout comme auteure. Comme Claude Castonguay, elle n'aura servi qu'un mandat. La voie est ouverte pour la carrière politique de Pauline Marois.

Pauline Marois est enceinte de sept mois, elle hésite, mais se laisse convaincre par son mari et René Lévesque de se lancer en politique active. Elle se porte candidate dans la circonscription de La Peltrie, dans la région de Québec. Elle est élue avec une confortable majorité.

Elle entre immédiatement au Conseil des ministres, d'abord comme ministre responsable de la Condition féminine. Elle est ensuite promue à la vice-présidence du Conseil du trésor et devient ministre de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu, lors du remaniement de novembre 1983.

Le poste n'est pas de tout repos. En effet le dossier de l'aide sociale est très controversé. Ce changement de responsabilités oblige Pauline Marois à résoudre peut-être sa première crise sociale, le problème des jeunes à l'aide sociale qui reçoivent de faibles prestations, le tiers de ce qui est payé aux prestataires plus âgés. Mobilisation, manifestations, grèves de la faim… pour sortir de ce problème et aider les jeunes, pour leur offrir une chance de réinsertion sociale, on propose trois programmes qui leur permettent de ne plus être pénalisés : un stage en milieu de travail, le travail communautaire et le retour aux études. Chacun de ces programmes nécessite énormément d'énergie. Comment les financer ?

> Quand on tente de réformer dans une perspective globale, une des difficultés, c'est qu'il faut briser les cadres bureaucratiques ou gouvernementaux. Dans le dossier de la réinsertion sociale des jeunes, pour financer notre action, il a fallu négocier une entente avec Ottawa pour nous permettre d'utiliser, à d'autres fins, des fonds prévus pour couvrir exclusivement des besoins de base. Je n'ai jamais été adepte de la politique du pire, et jamais mes convictions souverainistes ne m'ont empêchée de négocier de bonne foi avec le gouvernement fédéral pour améliorer la situation du Québec et des Québécois. On ne joue pas avec les intérêts supérieurs du Québec, avec l'avenir des plus démunis de la société.

> Grâce à la collaboration de Monique Bégin et de Flora MacDonald, une entente avec le gouvernement fédéral nous permet d'aller de l'avant et de jumeler une prestation de base avec des programmes de formation et des stages rémunérés.

Un problème et une solution entre trois femmes ministres, deux à Ottawa, une autre à Québec.

À la veille d'une élection générale qui a lieu le 2 décembre 1985, l'heure n'est pas au projet de loi, mais au livre blanc pour démontrer les préoccupations sociales du gouvernement. Deux ministres, Guy Chevrette à la Santé et aux Services sociaux, et Pauline Marois, responsable de la Condition féminine, de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu, présentent le livre blanc *Agir maintenant pour demain*, soumis à une vaste consultation qui suggère des changements importants en matière de retraite.

> « Quand le Québec a créé le Régime de rentes, pour faciliter son introduction, le taux de cotisation a été fixé à 3,6 %. Les difficultés reliées à ce taux, insuffisant pour assurer à long terme la pérennité du régime, sont amplifiées par une évolution démographique défavorable. La situation était intenable.
>
> À ces problèmes structurels, il faut ajouter que les régimes complémentaires ne se développent pas comme prévu et qu'ils sont mal adaptés aux changements du marché du travail. Je pense notamment à la mobilité croissante des travailleurs et aux interruptions de carrière pour les femmes.
>
> En fin de mandat, dans un contexte politique incertain, nous voulons obtenir l'accord des parties prenantes et nous envisageons une consultation élargie. Les objets de réflexion sont vastes : bonification du RRQ, transférabilité des régimes de retraite du privé vers une caisse commune publique pour garantir les droits des personnes qui quittent leur emploi en cours de carrière.
>
> Nous pensions que ce concept de transférabilité était intéressant. Par contre, l'idée de nous engager à permettre aux femmes de cotiser à la Régie des rentes en demeurant à la maison nous semblait contradictoire avec la nature même du régime. Il faut se rappeler que, quelques années plus tôt, une disposition avait été ajoutée au RRQ pour éviter de pénaliser les parents, essentiellement des femmes, qui quittent temporairement leurs emplois pour s'occuper de jeunes enfants.

Le gouvernement libéral qui prend le relais l'année suivante opte plutôt pour une consolidation du financement du RRQ « actuel » et une adaptation de la Loi sur les régimes complémentaires de retraite (RCR) aux nouvelles réalités du marché du travail. Cela ne met cependant pas fin aux discussions sur la question de l'équilibre entre régimes publics et régimes privés de retraite, et trente ans plus tard des discussions ont lieu entre le gouvernement fédéral et les provinces.

Le 2 décembre 1985 à l'élection générale, le Parti québécois perd le pouvoir, ce qui ramène Robert Bourassa et les libéraux aux affaires de l'État. Pauline Marois revient avec Jacques Parizeau en 1989, mais dans l'opposition. Le pouvoir, c'est pour 1994.

En politique, il faut savoir être patient et ne pas renoncer. Entre le début de la Révolution tranquille et la mise en service de l'assurance maladie, on a mis plus de dix ans et trois premiers ministres et deux partis politiques différents : Jean Lesage, Daniel Johnson et Robert Bourassa.

Pour l'adoption d'une véritable politique familiale québécoise originale, c'est encore plus long.

### Une décennie de turbulences et de réalisations

1995 : le siècle et le millénaire s'achèvent. Comme si on voulait en finir avec les promesses et les discours, on presse le pas pour passer aux actes.

Deux évènements politiques marquants illustrent très bien la singularité du Québec dans l'ensemble canadien et même l'Amérique du Nord : la mobilisation des groupes sociaux, en particulier les groupes de femmes, et la capacité pour la classe politique de réunir autour d'un même but tous les groupes de la société souvent opposés dans la vie quotidienne : patrons, syndicats, groupes sociaux, partis politiques. Le Québec sait faire des sommets. En mai, des Québécoises se mettent en marche sur les routes du Québec vers l'Assemblée nationale pour une manifestation sociale unique, « Du pain et des roses », organisée par la Fédération des femmes du Québec dont la présidente est Françoise David :

« Nous sortions d'une récession, le chômage faisait rage et la pauvreté augmentait. Je voulais que la population québécoise connaisse mieux le mouvement des femmes. J'en avais assez des batailles dispersées où nous gagnions très peu. À plusieurs, nous avions des chances de gagner davantage… Je voulais que désormais, nous soyons des actrices incontournables de la scène politique[11]. »

« Du pain et des roses » pour changer les choses, tisser un réseau de solidarité, « Du pain et des roses » contre la pauvreté.

11. Maisonneuve et Latulippe, 2003, p. 76.

**Encadré 1.2**

Du pain et des roses

[5 juin 1995] Pendant dix jours, plusieurs centaines de femmes marchent environ 200 kilomètres pour dénoncer la pauvreté. Cette manifestation de solidarité atteint un point culminant le 5 juin, avec un grand rassemblement devant le parlement de Québec.

Sous le thème « Du pain et des roses », plus de 15 000 femmes de toutes les régions du Québec participent à ce rassemblement qui se termine par une rencontre entre le premier ministre du Québec, Jacques Parizeau, et les dirigeantes de différents groupes de femmes, dont Françoise David, présidente de la Fédération des femmes du Québec et instigatrice de la marche. La ministre de l'Emploi, Louise Harel, profite de l'occasion pour annoncer que le salaire minimum sera porté de 6 $ à 6,45 $ au Québec.

Cette mesure répond en partie à une des revendications des marcheuses qui avaient demandé une hausse nettement plus généreuse. Trois autres demandes avaient préalablement reçu un appui du gouvernement, soit l'équité salariale entre femmes et hommes, une loi facilitant la perception des pensions alimentaires et le gel des frais de scolarité.*

*Source : *La Presse*, 4 juin 1995, p. A1, 5 juin 1995, p. A1.

Pendant que Jacques Parizeau prépare son référendum, Pauline Marois est nommée présidente du Conseil du trésor, ministre déléguée à l'Administration et à la Fonction publique, ministre déléguée à la Famille. Un des dossiers importants à ce moment-là à la Famille est celui des services de garde. Mais c'est en étant ministre de l'Éducation en 1995, nommée par Lucien Bouchard devenu premier ministre après la démission Jacques Parizeau, qu'elle s'y attaque.

C'est lors d'un Sommet sur l'éducation que les premiers grands changements apparaissent[12]. M^me^ Marois est alors nommée à l'Éducation, mais elle reste responsable de la Famille. Et, dans la réforme de l'éducation, il y a beaucoup de choses qui concernent les politiques sociales, comme la maternelle à temps plein et les services de garde en milieu scolaire, des mesures qui ont des incidences sur le travail des femmes.

> On oublie aujourd'hui à quel point les services de garde en milieu scolaire sont une mesure importante, une avancée fondamentale dans la mise en œuvre de la politique familiale québécoise. Après un très long débat, en 1995, nous exigeons que, partout au Québec, les commissions scolaires offrent des services de garde. C'est une pièce stratégique dans la mise en œuvre d'une vision qui concilie travail et famille. Et, je dois le dire clairement, une vision qui concilie les rôles de mère et de participante à la vie professionnelle.

12. Gouvernement du Québec, 1996.

Un autre changement important qui ne se fait pas sans débats, c'est la création d'un véritable ministère de la Famille représenté par un ministre en titre et non plus par un ministre délégué. Pauline Marois est la première titulaire de ce poste.

> J'étais déjà responsable du dossier de la famille. Avec la création du ministère de la Famille et de l'Enfance, je m'appuie sur une loi pour faire en sorte que, dans tous les dossiers gouvernementaux, on prenne en compte nos objectifs : valoriser la famille et l'enfance et favoriser leur plein épanouissement.
>
> La loi définit le rôle du ministre : faciliter la participation des personnes aux groupes intéressés par les questions familiales, élaborer et proposer au gouvernement des orientations politiques favorables au développement des familles et des enfants, conseiller le gouvernement sur toute matière concernant la famille. Une autre femme, Nicole Léger, vient m'appuyer dans ma tâche dès 1998. Elle est nommée ministre déléguée à la Famille et à l'Enfance et conserve cette responsabilité jusqu'en 2001.

Ces changements politiques ouvrent la porte à une véritable politique familiale attendue depuis le temps où René Lévesque a confié au ministre Denis Lazure le mandat d'examiner une problématique de la famille québécoise en 1981. Il y a bien eu une certaine politique familiale, mais partielle comme le versement d'allocations pour les familles à faible revenu pour les services de garde.

De plus, en 1993, le gouvernement libéral publie ses grandes orientations en matière de condition féminine « Un avenir à partager ». Il s'agit d'un document traitant des grandes orientations de la politique du gouvernement du Québec en matière de condition féminine pour les dix prochaines années. On y aborde plus spécifiquement l'autonomie économique, le respect de l'intégrité physique et psychologique des femmes, l'élimination de la violence faite aux femmes et la reconnaissance et la valorisation de leur apport collectif. Pour chacun de ces thèmes, on trace un portrait de la situation actuelle pour ensuite définir des priorités d'intervention[13].

Mais « Un avenir à partager » est disparu avec le changement de parti au pouvoir.

### Le Sommet sur l'économie et l'emploi de 1996

1996 : le Canada sort d'une récession. Le gouvernement Bouchard lance la grande bataille du déficit zéro à atteindre en quatre ans. Imaginez réduire les dépenses de près de quatre milliards de dollars tout en voyant les transferts fédéraux réduits de plus de deux milliards. Cela veut dire un milliard de moins en éducation et deux milliards de moins en santé. Trente mille salariés de l'État acceptent de

13. Québec, 1993.

partir à la retraite. C'est 10 % de moins en santé et aux services sociaux, des médecins, des infirmières, des orthopédagogues et des orthophonistes[14].

Le Québec est encore, du moins jusqu'à aujourd'hui, une société tricotée serrée, ce qui permet au gouvernement de Lucien Bouchard de proposer à tous les groupes de la société la tenue d'un Sommet sur l'économie et l'emploi. Tous les secteurs de la société québécoise, le gouvernement, les syndicats, l'entreprise privée et le tiers-secteur, soit l'économie sociale, y participent.

Malgré l'austérité :

> Lors du grand sommet qu'il convoque dès son arrivée comme premier ministre, Lucien Bouchard est très conscient qu'il demande un énorme effort aux Québécois et qu'il faut, en contrepartie, qu'ils sentent que son gouvernement porte une vision sociale progressiste. En fait, malgré l'austérité, le gouvernement demeure très sensible à la justice sociale et porte un désir d'égalité des chances.
>
> C'est dans ce contexte qu'il demande au Secrétariat du comité des priorités de jeter un regard neuf sur le soutien aux familles. L'hypothèse de départ est de prendre toutes les allocations versées aux familles et d'utiliser ces ressources pour offrir des services.
>
> Pour assurer plus d'équité, nous convenons de la nécessité d'une allocation unifiée, une allocation progressiste. Dans notre esprit, plus une personne est pauvre, plus le revenu familial est bas, plus l'allocation unifiée doit être élevée. Inversement, plus le revenu est élevé, moins l'allocation doit être importante et elle doit disparaître complètement dépassé un certain seuil.
>
> Évidemment, comme notre objectif est qu'il n'y ait pas de perdants, il y a des modifications importantes à faire. Dans les premières versions, les familles nombreuses, avec un revenu moyen, étaient vraiment perdantes. Beaucoup de travaux d'adaptation ont été nécessaires.
>
> En parallèle à cette allocation, le Québec s'engage à augmenter le nombre de places en garderie et à offrir à toutes les familles des services de garde à tarif réduit. Pour des raisons budgétaires et de facilité d'exécution, nous commençons par les enfants de quatre ans avant d'étendre le service graduellement jusqu'à la toute petite enfance.
>
> Enfin, pour compléter la politique, nous proposons de nous entendre avec le gouvernement fédéral pour que les familles québécoises profitent d'un congé parental beaucoup plus avantageux.
>
> La composition des cellules familiales et la structure du marché de l'emploi ont changé considérablement au fil du temps. Les emplois deviennent moins stables et une naissance risque d'être synonyme d'un recul économique marqué. Avec le congé parental proposé, le choix d'avoir un enfant redevient un choix de vie moins déchirant pour les parents, pour les femmes au premier chef.

14. Boivin, 2009.

En faisant tout cela, le Québec se dote d'une politique familiale complète, une politique basée sur une vision globale et très sociale-démocrate, une vision qui recouvre toutes les étapes de la vie familiale :

- Allocation unifiée reliée aux revenus
- Congé parental bonifié
- Service de garde de qualité à coût très réduit
- Services de garde en milieu scolaire

Ces mesures s'ajoutent à d'autres adoptées quelques années auparavant, dont la diminution du nombre d'années de cotisation au RRQ pour éviter de pénaliser les parents se retirant temporairement du marché du travail

Quand cette politique est présentée au sommet, l'accueil est enthousiaste. Le Québec qui s'engage sur la voie d'un redressement budgétaire difficile ne perd pas de vue les grands objectifs de justice qui l'animent depuis les réformes de la Révolution tranquille.

Au terme de ce sommet, le premier ministre Lucien Bouchard annonce un programme qui va changer bien des choses et proposer des politiques sociales déterminantes.

Pour moi, il était impératif de réviser en profondeur les nombreux programmes disparates d'aide à la famille afin de mettre en place une véritable politique familiale.

Les objectifs sont clairs :

- concilier plus facilement travail et famille pour tous les parents de jeunes enfants ;
- offrir, à un tarif accessible, de meilleurs services à la petite enfance afin d'aider un grand nombre d'enfants à mieux se préparer à leur séjour dans le système scolaire ;
- inciter au travail les personnes gagnant un faible revenu et les prestataires de l'aide sociale qui ont un ou plusieurs enfants ;
- favoriser la croissance de l'économie sociale dans un secteur d'activité très important ;
- réduire le travail au noir dans un secteur d'activité où il est très présent[15].

Pour la petite histoire, il peut être utile de souligner que l'enthousiasme des participants au sommet n'a pas éteint les résistances au sein de l'appareil gouvernemental, au plus haut niveau.

En fait, sans la détermination et l'appui constant du premier ministre, les tentatives pour édulcorer la politique en auraient sans doute atténué significativement la portée. Encore aujourd'hui, il faut le dire, le réseau des centres pour la petite enfance est la cible d'attaques économiquement et socialement injustifiables.

Pour le gouvernement, il est donc important de jumeler à l'austérité budgétaire associée au déficit zéro des mesures de nature à relancer le Québec et son économie.

15. Gouvernement du Québec, 2016.

C'est le cas pour la politique familiale et d'autres mesures qui y sont associées et qui découlent d'une volonté maintes fois affirmée de renforcer l'égalité des chances.

Les choix politiques sont différents. Il ne s'agit pas seulement de transférer de l'argent vers les familles, mais plutôt de permettre une plus grande conciliation travail-famille pour les travailleuses qui désirent avoir des enfants et d'offrir des services de garde de qualité aux jeunes enfants de façon à favoriser leur développement et leur insertion scolaire.

> Dans tous les domaines où intervient l'État, on peut orienter l'action en fonction de l'idéologie. Il est possible de donner des sommes d'argent à un individu et de lui dire de se débrouiller en fonction de son talent et de ses valeurs. Il est exact de penser que chacun est capable de décider pour lui-même, mais les études menées rigoureusement démontrent que les mesures collectives ont généralement un effet beaucoup plus massif, que ce soit pour lutter contre la pauvreté, pour augmenter l'égalité des chances ou pour faciliter l'insertion sociale.
>
> Au-delà des mesures phares que sont les centres à la petite enfance et l'assurance parentale, l'introduction de la maternelle à temps plein à cinq ans et celle à quatre ans dans les milieux moins favorisés, de même que l'introduction des services de garde obligatoire en milieu scolaire ont beaucoup facilité la vie des parents.
>
> À cela s'ajoute un soutien financier plus important pour les enfants issus de milieux défavorisés par l'allocation unifiée. En dissociant le soutien financier aux familles de l'aide sociale pour favoriser de façon concrète l'intégration du marché du travail, notamment les personnes à la tête de familles monoparentales, nous leur avons donné une véritable chance d'améliorer leur situation.
>
> Pour un grand nombre d'enfants, ces mesures ont amélioré les chances d'accès à une véritable égalité.

C'est également durant cette période que le gouvernement introduit la perception automatique des pensions alimentaires pour limiter les écarts disproportionnés dans la situation d'ex-conjoints à la suite d'une séparation dans une période où les ruptures sont de plus en plus fréquentes.

Si de telles mesures sont plus bénéfiques aux femmes, c'est qu'il y a un rattrapage, un rééquilibrage important à faire. Par contre, cette politique traduit une volonté nouvelle de permettre aux jeunes pères de s'engager davantage auprès de leurs enfants, dès leur naissance.

Toujours dans la perspective d'une plus grande égalité des chances, certaines mesures visent d'autres personnes, comme la retraite progressive destinée aux travailleurs âgés, de façon à faciliter l'accès au marché du travail pour les jeunes générations. D'autres mesures en matière de sécurité du revenu et d'assurances sociales visent à favoriser l'employabilité et la réadaptation.

Les centres de la petite enfance (CPE) et la politique familiale font partie de l'héritage de Pauline Marois.

> Il a fallu des années pour développer une véritable politique familiale au Québec. Il a été nécessaire d'y mettre du temps, de l'énergie, mais la détermination a porté des fruits. Des familles ont pu quitter l'aide sociale. Pour les femmes, chefs de famille monoparentale, qui s'appauvrissaient en intégrant le marché du travail, la situation s'est inversée. Pour tous, la conciliation travail-famille est devenue moins difficile. Pour les enfants qui ont eu accès à des services de qualité dès le plus jeune âge, une fenêtre vers un parcours scolaire plus fructueux s'est ouverte.
>
> Aujourd'hui, les études confirment que cette politique a été au cœur d'un redressement de l'économie québécoise. Je cite Pierre Fortin : « En 2015, le Québec a certes déboursé en subventions environ 1,6 milliard de dollars de plus que ce qu'il aurait consacré au système de garde à l'enfance qui existait avant 1997. Mais les 70 000 mères que l'actuel système a incitées à venir grossir les rangs de la population active et leurs employeurs paient quelque 2,5 milliards de dollars en impôts et taxes. Donc, un gain net de 900 millions pour les autorités publiques.
>
> Les sociétés ne peuvent s'épanouir sans un certain nombre de consensus qui permettent de vivre ensemble. Au Québec l'accès pour tous à des soins de santé et à des services éducatifs de qualité en fait partie. Aujourd'hui je crois que nous pouvons affirmer clairement que notre politique familiale est elle aussi une composante essentielle du contrat qui unit la société, les familles et l'État.

## Favoriser la croissance de l'économie sociale

Un des éléments importants du Sommet sur l'économie et l'emploi de 1996, c'est l'accueil fait à l'économie sociale aux côtés du patronat traditionnel et du monde syndical. L'économie sociale qu'on appelle le tiers secteur.

Le premier véritable contact de Pauline Marois avec l'économie sociale remonte à 1985. Elle subit alors le même traitement qu'elle a fait vivre à Claude Castonguay quand elle lui a lancé lors d'une manifestation à Gatineau au début des années 1970 : « Vous n'êtes pas allé assez loin. »

C'est maintenant elle, la ministre de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu, qui se retrouve devant un groupe animé par Nancy Neamtan dans le sud-ouest de Montréal qui essaie de voir comment un quartier peut mobiliser ses ressources pour aller dans le sens du développement de son économie et en même temps rehausser le niveau social, le bien-être des citoyens, leur donner un accès au travail et améliorer leurs conditions de vie.

En 1985, elle est leur invitée.

> La salle est pleine à craquer. Je suis accueillie avec une grande banderole et des revendications. Il y a de l'agressivité dans l'air. Je comprends un peu comment devait se sentir Claude Castonguay quand nous l'avions accueilli en Outaouais quinze ans plus tôt.
>
> « Vous ne vous occupez pas de nous, on n'a pas d'argent pour faire ce qu'on veut… »

> Dès le lendemain, Nancy Neamtan nous téléphone : « On a des choses à expliquer… » Puis elle vient nous rencontrer pour nous parler de différents modèles d'intervention sociale qui pourraient permettre au Québec d'innover.
>
> Au ministère de la Sécurité du revenu, le moins qu'on peut dire, c'est que le concept d'économie sociale ne soulève pas l'enthousiasme. En fait, le mot hostilité serait plus juste.
>
> Formée en travail social et familière avec l'organisation communautaire, je vois clairement qu'il y a dans cette approche un potentiel important, je comprends qu'il faut investir dans ce modèle.
>
> Après quelques visites sur le terrain, avec la collaboration de l'Office de planification et de développement du Québec, nous utilisons des budgets du ministère pour financer des projets pilotes, dont ceux de Pointe-Saint-Charles et Hochelaga-Maisonneuve.
>
> Quand on écoute les gens, quand, au-delà des récriminations légitimes, ils proposent des solutions réfléchies, il faut donner une chance à l'intelligence créative, il faut permettre au dynamisme des gens sur le terrain de s'exprimer. Tout ce qu'on nous propose n'est pas nécessairement parfait et les moyens sont toujours limités. Il y a des contraintes et la dépense de l'argent qui nous a été confié par le public ne peut se faire dans l'improvisation. Mais il faut donner une chance aux innovateurs.
>
> Le plus bel exemple, c'est Nancy Neamtan et ce regroupement que nous avons soutenu et accompagné juste avant l'élection de 1985. Après le coup de pouce du départ, ils ont pu faire leurs preuves et nous sommes tous gagnants de l'intelligence qu'ils introduisent dans notre société.
>
> Au moment où Lucien Bouchard part, je deviens ministre des Finances et je profite du budget que je dois déposer peu de temps après mon arrivée pour instaurer une mesure budgétaire afin que le développement de l'économie sociale s'appuie sur du capital de risque, du capital patient.

C'est Nancy Neamtan qui préside le Chantier de l'économie sociale de 1996, assumant la direction des propositions qui marquent l'importance de l'économie sociale au Sommet. Et Pauline Marois qui insiste pour que le secteur des centres de la petite enfance (CPE) soit intégré à l'économie sociale.

**Encadré 1.3**

Définition de l'économie sociale

La tenue du Sommet sur l'économie et l'emploi en 1996 sera l'occasion de mieux définir la réalité souhaitée pour l'économie sociale :

« Économie » renvoie à la production concrète de biens ou de services ayant l'entreprise comme forme d'organisation et contribuant à une augmentation nette de la richesse collective.
« Sociale » réfère à la rentabilité sociale et non purement économique de ces activités. Cette rentabilité s'évalue par la contribution au développement démocratique, par le soutien d'une citoyenneté active, par la promotion de valeurs et d'initiatives de prise en charge individuelle et collective. La rentabilité sociale contribue donc à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être de la population, notamment par l'offre d'un plus grand nombre de services. Tout comme pour le secteur public et le secteur privé traditionnel, cette rentabilité sociale peut aussi être évaluée en fonction du nombre d'emplois créés.

## Développement social : une vision politique

En 1995, 118 chefs d'État ou de gouvernement participent au Sommet mondial pour le développement social à Copenhague. Les participants adoptent alors une déclaration et un programme d'action qui placent l'être humain au cœur du développement.

> La lutte contre la pauvreté, la réalisation du plein emploi et l'instauration d'une société où régneront la stabilité, la sécurité et la justice en constituent l'objectif suprême. Des engagements ont été pris en ce sens.
>
> En 1999, le secrétaire général de l'Organisation des Nations unies (ONU) a demandé à chaque État de lui soumettre un rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de certains de ces engagements. C'est ainsi que le gouvernement canadien a élaboré « la réponse du Canada » et qu'il a invité les gouvernements provinciaux à produire un rapport supplémentaire qui serait déposé, en annexe du document canadien, lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies en juin 2000[16].

Dès 1995, le Québec s'associe aux objectifs du Sommet de Copenhague. Et en 2000 il est en mesure de répondre à la demande des Nations unies en joignant au rapport du Canada un rapport distinct sur l'évolution de sa politique de développement social. La suite des choses en témoigne.

> Je livre un bilan des efforts du Québec pour placer les besoins des personnes au centre des politiques gouvernementales. Dans mon esprit, il est évident qu'on ne

16. Gouvernement du Québec, 2000.

> peut dissocier développement économique et développement social. Chacun des deux alimente l'autre. Nous illustrons à quel point les programmes sociaux que le Québec a mis en place montrent qu'à la différence de nos voisins, au sud comme à l'ouest, qui rendaient coupables les gens dans le besoin, nous avons choisi d'aider les gens à s'en sortir.
>
> Trois mois plus tard, je dépose au Conseil des ministres une stratégie globale, une politique de développement social avec une vision très large qui va bien au-delà des mesures de sécurité sociale.
>
> La définition que nous donnons au développement social est tributaire de notre vision politique. La nôtre était très claire :
>
> Le développement social fait référence à la mise en place et au renforcement au sein des communautés, dans les régions et à l'échelle de la collectivité, des conditions requises pour permettre, d'une part, à chaque individu de développer pleinement ses potentiels, de pouvoir participer activement à la vie sociale et de pouvoir tirer sa juste part de l'enrichissement collectif et, d'autre part, à la collectivité de progresser socialement, culturellement et économiquement dans un contexte où le développement économique s'oriente vers le développement durable, soucieux de justice sociale.

Les orientations proposées sont larges :

- L'éducation et la qualification du plus grand nombre ;
- L'accès et le maintien en emploi ;
- L'exercice d'une citoyenneté active et responsable ;
- Le partage de la richesse et la lutte contre les inégalités ;
- L'amélioration de la santé et du bien-être des personnes ;
- Le respect des droits et la protection des personnes.

Nous voulions lutter contre la pauvreté, mais aussi permettre à la société de progresser et aux citoyens de se développer.

### Lutte contre la pauvreté

Elles sont trois ministres engagées dans une même cause, la lutte contre la pauvreté : Lynda Goupil, ministre responsable de la Condition féminine et de la Condition des aînés, Nicole Léger, ministre déléguée à la Pauvreté et l'Exclusion, Jocelyne Caron, secrétaire d'État à la Condition féminine. Pour compléter le quatuor, Pauline Marois, ministre des Finances, appuie ses trois collègues. Leur mission :

> La politique de lutte contre la pauvreté est adoptée en 2003, à la fin de notre mandat. À l'époque, je suis ministre des Finances. La politique est présentée dans un très gros document qui a nécessité de longs travaux. Nous voulons nous assurer qu'elle sera non seulement annoncée, mais, surtout, mise en œuvre.

> Tous les politiciens qui ont assumé le pouvoir vous le diront : le défi des gouvernements est de mettre concrètement en œuvre leur vision.

À la suite de la publication de cette politique, les attentes sont importantes. À titre de ministre des Finances, j'ai été très vigilante pour m'assurer que nous disposerions des ressources pour concrétiser les mesures annoncées.

**Encadré 1.4**

Objectifs de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté

1° promouvoir le respect et la protection de la dignité des personnes en situation de pauvreté et lutter contre les préjugés à leur égard ;

2° améliorer la situation économique et sociale des personnes et des familles qui vivent dans la pauvreté et qui sont exclues socialement ;

3° réduire les inégalités qui peuvent nuire à la cohésion sociale ;

4° favoriser la participation des personnes et des familles en situation de pauvreté à la vie collective et au développement de la société ;

5° développer et renforcer le sentiment de solidarité dans l'ensemble de la société québécoise afin de lutter collectivement contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Ce sont de bonnes intentions, mais, en 2003, le Parti québécois se retrouve dans l'opposition pour les neuf prochaines années.

Pendant ce temps, Pauline Marois n'oublie pas son idée d'une grande politique sociale.

En 2012, elle est chef du Parti québécois et gagne l'élection avec un gouvernement minoritaire.

Dix-huit mois de pouvoir avec le sentiment de prendre les bouchées doubles et le pari de provoquer une nouvelle élection, un pari perdu. Les libéraux reviennent aux commandes. Elle n'est plus députée.

Quel bilan peut-elle faire de ces dix-huit mois ?

> Dix-huit mois c'est peu, très peu dans la vie d'une société. Malgré cela, nous avons pris des décisions et il y a eu des gestes et des mesures significatives dans le domaine social.
>
> Dès le lendemain de l'élection, dans le contexte de crise qu'on connaît, il faut rétablir la paix sociale, annuler les hausses inconsidérées des frais de scolarité à l'université et renouer le dialogue avec tous les intervenants sociaux. On ne bâtit pas l'avenir en matraquant sa jeunesse.
>
> Nous commençons à mettre en œuvre l'annulation de la taxe santé imposée par le gouvernement précédent, une taxe injustifiable socialement. À ce chapitre, j'aurais

aimé en faire plus, aller plus rapidement, mais cela est impossible dans le contexte d'un gouvernement minoritaire.

Nous mettons les bouchées doubles : accélération de la construction des logements sociaux, plan d'action pour contrer la violence conjugale, stratégie gouvernementale pour l'emploi, élargissement de l'accès à l'aide juridique, loi-cadre sur l'économie sociale.

Parallèlement à ces gestes, nous travaillons au rehaussement des prestations pour les personnes seules à l'aide sociale, parce qu'il y a une iniquité dans la couverture des besoins.

Nous nous étions engagés à hausser le soutien aux organismes communautaires et à améliorer le soutien aux personnes pour leur éviter un long parcours qui piège l'individu dans l'aide de première nécessité.

Nous visions à atteindre rapidement une plus grande accessibilité aux services de santé dans les GMF, à créer un guichet d'entrée unique permettant l'accès à un système de prise de rendez-vous pour la « première ligne », à établir un portail de références fiable et complet en santé et à assurer un meilleur suivi des personnes atteintes de maladies chroniques.

Nous avons aussi préparé la mise en place d'une véritable assurance autonomie pour répondre au défi que pose le vieillissement de la population. Cela était et demeure essentiel aussi bien pour des raisons financières que pour répondre aux attentes de la population. Pour la très grande majorité des gens dont la condition physique s'est détériorée, le premier choix est de demeurer à domicile au lieu d'être contraints à avoir recours aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Mais, le temps nous a manqué.

Cependant, malgré le revers électoral qui m'a blessée, je demeure optimiste. Les Québécois ont une longue tradition de solidarité et un désir profond de justice et d'équité. Si ceux qui occupent ou occuperont le pouvoir brisent les fondements du pacte social qui nous unit, les forces vives de la société réagiront. Petite société à l'échelle de l'Amérique dans un monde en changement, nous sommes condamnés à l'innovation et au succès et notre succès est tributaire de la solidarité qui nous anime.

« Vous allez voir que j'ai eu de la suite dans les idées », m'avait dit Pauline Marois.

Elle avait raison.

## EN CONCLUSION

Rien n'est définitif dans le monde de la politique. Un changement de gouvernement peut apporter des transformations dans les programmes gouvernementaux. Ainsi, le retour au pouvoir d'un gouvernement libéral en 2014 a amené un changement important dans le financement des services de garde. Dorénavant, les gens doivent payer selon leur revenu. On revient à l'esprit fondamental du premier plan du Québec dans le dossier des services de garde, le plan Bacon où les parents devaient payer selon le revenu familial.

Néanmoins, les 50 dernières années sont marquées par une volonté politique affirmée et soutenue de développement social, dans un souci d'égalité des chances et de justice sociale. Les chapitres suivants mettent d'ailleurs en évidence les changements intervenus aux niveaux démographique, économique et social, de même que les facteurs prépondérants dans le développement des programmes de sécurité sociale, de façon à pouvoir dégager de grands constats et à définir les principaux enjeux pour l'avenir.

## Bibliographie

Boivin, Simon. 2009. « Déficit zéro : douloureux coup de barre », *Le Soleil*, 12 février 2009. URL : http://www.lapresse.ca/le-soleil/affaires/actualite-economique/200902/11/01-826475-deficit-zero-douloureux-coup-de-barre.php).

Duchesne, Pierre. 2002. *Jacques Parizeau*, tome 1 : *Le Croisé*. Québec Amérique, 624 pages.

Godin, Pierre. 1980. *Daniel Johnson, 1946-1964 : la passion du pouvoir*. Montréal. Les Éditions de l'Homme, 456 pages.

Gouvernement du Québec. 1996. *Rénover notre système d'éducation : dix chantiers prioritaires*. Les États généraux sur l'éducation 1995-1996. Rapport final. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 87 pages.

Gouvernement du Québec. 2000. *Le développement social au Québec 1995-2000 : bilan au regard des décisions prises au Sommet mondial pour le développement social*, 63 pages. (https://www.mce.gouv.qc.ca/publications/develop_social_quebec.pdf)

Gouvernement du Québec. 2016. *Le Sommet sur l'économie et l'emploi : une grande semaine pour le Québec, pour l'emploi, pour l'avenir*. Site du premier ministre du Québec. Montréal. Mis en ligne : 1er novembre 1996. URL : https://www.premier-ministre.gouv.qc.ca/actualites/communiques/1996/novembre/1996-11-01.asp.

Maisonneuve, Pierre. 1998. *Claude Castonguay, un artisan du Québec moderne*. Les Grandes entrevues de Pierre Maisonneuve. Outremont : Novalis, 173 pages.

Maisonneuve, Pierre, et Josée Latulippe. 2003. *Françoise David, solidaire d'abord !* Les Grandes entrevues de Pierre Maisonneuve. Montréal : Novalis, 153 pages.

Secrétariat à la condition féminine, 1993. *Un avenir à partager : la politique en matière de condition féminine*. Québec (4 volumes et 1 résumé).

The Associated Press. 2004. « Eric Kierans, 90, Canadian Politician », *The New York Times*, 12 mai 2004, A1. (http://www.nytimes.com/2004/05/12/us/eric-kierans-90-canadian-politician.html?_r=0).

# PARTIE II
# La sécurité sociale dans un environnement en mutation

# Chapitre 2

# Le portrait démographique[1]

*Jacques Légaré*

***Les changements démographiques ont été importants dans le passé et le seront dans l'avenir, ce qui fait même dire à certains : « La démographie explique environ les deux tiers de tout […] pour comprendre le passé et prédire l'avenir. (sic) »***

David Foot[2]

TABLE DES MATIÈRES

**Introduction : Politiques de population et sécurité sociale** . . . . . **57**

**D'une croissance forte durant le baby-boom à une croissance faible depuis** . . . . . **57**

**Un vieillissement inéluctable, mais ralenti pour un temps** . . . . . **60**

**Du mariage à l'union libre, des enfants illégitimes aux naissances hors mariage** . **63**

La nuptialité . . . . . 63

La fécondité . . . . . 64

Quel avenir pour le couple et la famille ? . . . . . 66

**De la chute vertigineuse de la mortalité des enfants aux nets progrès de la survie des personnes très âgées** . . . . . **66**

**Les bienfaits d'une immigration internationale** . . . . . **73**

**Conclusion : Constats et enjeux** . . . . . **75**

**Annexe** . . . . . **77**

**Bibliographie** . . . . . **85**

1. Ce texte est une version abrégée de « La situation démographique d'une société vieillissante », par Jacques Légaré, en collaboration avec Yann Décarie et Jean-François Picard, leçon donnée annuellement dans le cours « Initiation au Québec » à l'Université de Montréal.
2. David K. Foot (1996). *Entre le boom et l'écho : comment mettre à profit la réalité démographique*. Montréal : Les Éditions du Boréal, p. 8.

## INTRODUCTION : POLITIQUES DE POPULATION ET SÉCURITÉ SOCIALE

La fin de la Deuxième Guerre mondiale marque une étape importante dans l'histoire mondiale du XX^e siècle. L'après-guerre a peu de lien avec la première moitié du siècle. Pour les pays occidentaux, deux virements marquants : la décolonisation et la mise en place d'un État moderne avec des programmes de sécurité sociale. Le Québec n'est pas partie prenante du premier virement, mais il participe activement au second en vivant la Révolution tranquille. La démographie est appelée à y jouer un grand rôle en s'appuyant plus sur le caractère révolutionnaire que sur le qualificatif tranquille. Même si le terme « politiques de population » fait rarement partie du discours, celles-ci sont sous-jacentes à tous les programmes de sécurité sociale mis en place.

Les propos qui suivent tracent le portait de cette évolution démographique au Québec et présentent des enjeux pour le futur. Dans un premier temps, on décrit la croissance de la population et une de ses principales caractéristiques : un nombre toujours plus grand de personnes âgées. Par la suite vient l'évolution des phénomènes démographiques de base : la vie en couple et la vie en famille, la mortalité et la morbidité et, enfin, la dynamique de l'immigration internationale.

## D'UNE CROISSANCE FORTE DURANT LE BABY-BOOM À UNE CROISSANCE FAIBLE DEPUIS

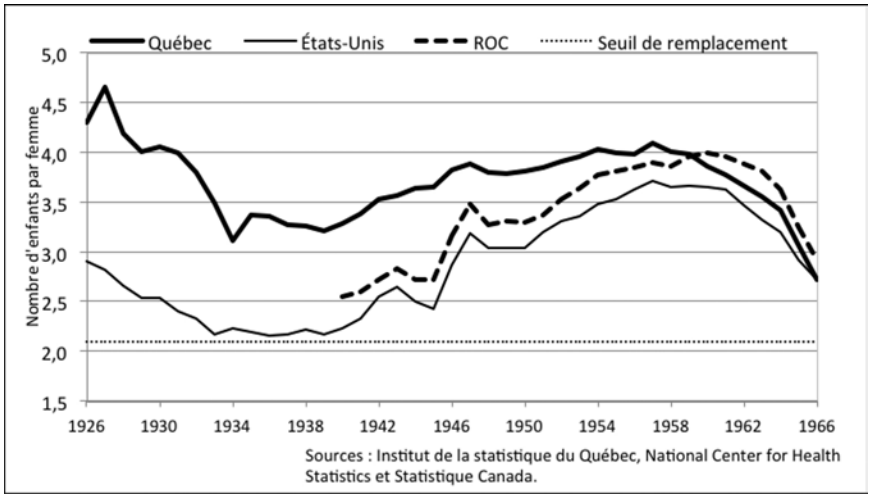
La croissance de la population s'appuie sur deux volets : l'accroissement naturel, les naissances moins les décès, et l'accroissement migratoire, les entrants moins les sortants.

Le principal moteur de l'accroissement naturel du Québec au XX^e siècle est sans aucun doute le baby-boom que les démographes situent de 1946 à 1966. Le milieu du siècle est donc une époque de forte croissance démographique (taux annuel d'accroissement de 2,4 %), les effectifs passant de 3 629 000 en 1946 à 5 780 845 en 1966. Celle-ci s'atténue par la suite (taux annuel d'accroissement de 0,7 %), ne retrouvant en 2011 qu'environ 8 millions de personnes, car l'effondrement de la natalité (*baby-bust*) qui suit le baby-boom a été vertigineux (graphique 2.1). On a montré ailleurs que le véritable baby-boom, qui va bien au-delà de la récupération des naissances de l'après-guerre, est un phénomène anglo-saxon – hors Royaume-Uni – avec le Québec comme champion. Certes les naissances sont alors en surnombre, sans pour autant que la fécondité des mariages soit en nette hausse[3]. Comme l'effondrement de la natalité est aussi très important, on assiste au phénomène *Pig in*

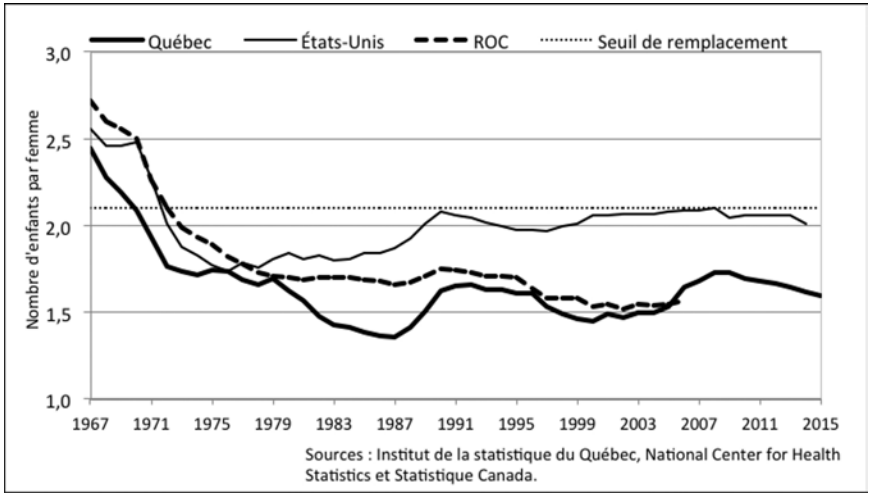
3. Gauvreau et Laplante, 2015, dans la suite de Henripin, 1989.

*the Python*[4], soit une distorsion dans les effectifs de naissances avant et après le baby-boom, celles-ci passant de près de 80 000 à près de 150 000 en 1959 pour revenir à près de 80 000 par la suite. Une telle situation ne peut que compliquer la gestion des programmes sociaux mis en place par l'État.

Graphique 2.1a
**Le baby-boom en Amérique du Nord, 1926-1966**




Graphique 2.1b
**L'après baby-boom en Amérique du Nord, 1967-2015**



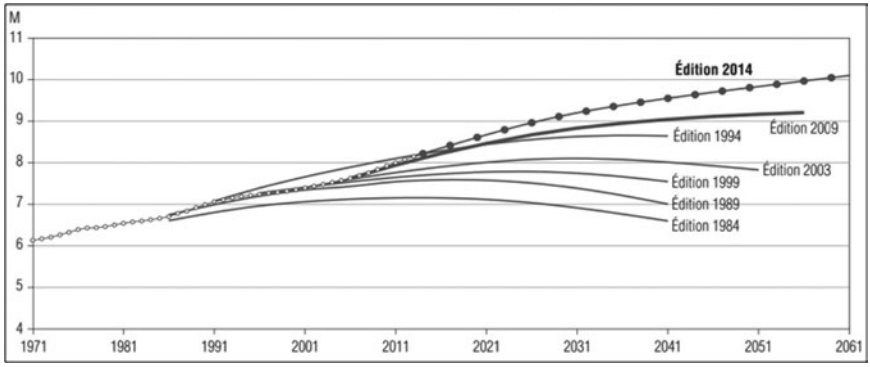

4. Cork, 1998. Ce phénomène est une métaphore évoquant la situation où un boa, ingurgitant un cochonnet, en laisse voir la trace tout au long du processus de digestion.

Le rôle de l'accroissement migratoire est moins flamboyant, d'autant plus que fréquemment on ne fait référence qu'à l'immigration. Rappelons les quatre dimensions de l'accroissement migratoire : au niveau international, l'immigration et l'émigration, alors qu'au niveau pancanadien les entrants venant d'autres provinces et territoires et les sortants vers le reste du territoire canadien (souvent désigné par l'acronyme ROC, pour Rest of Canada). L'émigration internationale a toujours été négligeable tant au Québec qu'au Canada. On ne saurait en dire autant pour les échanges entre le Québec et le ROC dont le solde a de tout temps été négatif. Bien plus, de 1966 à 2000 (sauf quelques années dans les années 1990), il y a toujours eu plus de personnes qui quittaient le Québec que d'entrées d'immigrants internationaux (graphique A2.1 en annexe à la fin du chapitre, p. 77). La situation est cependant renversée depuis les années 2000. Enfin, comme on le montre dans la partie 5, les taux de rétention des immigrants internationaux sont faibles au Québec.

Le Québec a moins d'immigrants que son poids démographique dans le Canada, présentement à 23 % ; ce poids décroît de plus en plus, en particulier avec l'Ontario. Le même type d'écart de croissance s'observe aussi entre la grande région de Montréal et le reste du Québec. En conséquence, certains analystes ont évoqué deux Québec dans un. Cela est dû, entre autres, à l'attrait de Montréal pour les citoyens des régions du Québec, comme pour l'immigration internationale. Enfin, il s'ensuit que le phénomène croissant des minorités visibles dans le reste du Canada affecte très peu le Québec et presque exclusivement Montréal (graphique A2.2 en annexe).

La persistance du non-renouvellement des générations dans un très grand nombre de pays, en particulier dans les pays industrialisés, laisse entrevoir une éventuelle décroissance de leur population. Cette décroissance est déjà enclenchée dans des pays tels l'Allemagne, l'Italie et le Japon. Qu'en est-il au Québec ? Comme mentionné précédemment, la population est en croissance, mais qu'en sera-t-il pour le futur ? Étant donné les tendances dans les comportements démographiques observés, toutes les projections faites par l'Institut de la statistique du Québec à la fin du siècle dernier ont laissé entrevoir une décroissance ou tout au moins un plafonnement de la population du Québec (graphique 2.2). Ce n'est plus le cas, selon les projections les plus récentes, sauf pour le scénario faible. Pour éviter une décroissance de sa population, la société québécoise a modifié ses politiques pour l'accueil d'enfants et d'immigrants.

Graphique 2.2
**Évolution projetée de la population québécoise (en millions) selon diverses éditions des projections, 1971-2061**




Une telle vision plus optimiste ne doit pas occulter qu'au Québec, à partir de 2034 (graphique A2.3 en annexe), il y aura plus de décès que de naissances, à moins de changements draconiens – non prévus pour le moment – dans les comportements féconds. Il faudra que l'accroissement migratoire non seulement soit positif, mais soit suffisant pour combler l'accroissement naturel négatif. Cela suppose une politique d'immigration dynamique et des moyens pour mieux retenir au Québec qu'auparavant tant les immigrants récents que les natifs du Québec.

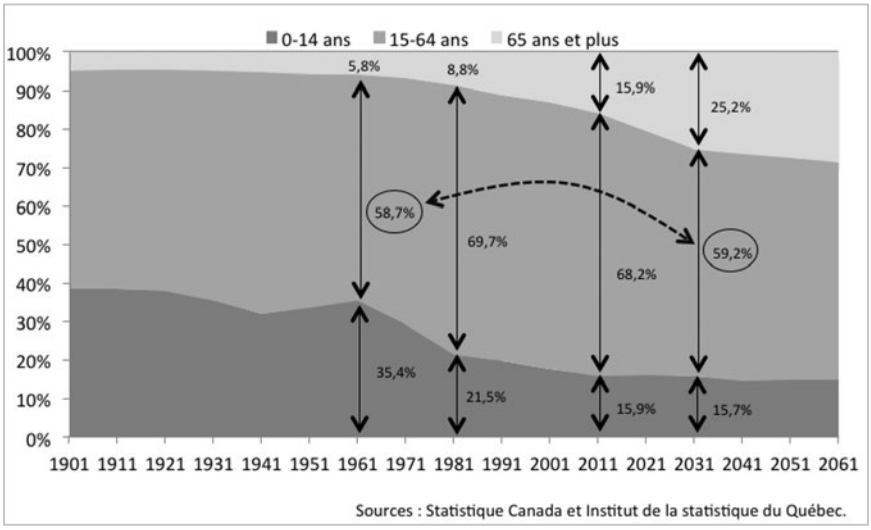
## UN VIEILLISSEMENT INÉLUCTABLE, MAIS RALENTI POUR UN TEMPS

Plusieurs indicateurs, plus ou moins sophistiqués, servent à mesurer le vieillissement d'une population. La proportion de personnes âgées, quoiqu'elle soit très utilisée, a cependant ses limites, étant donné l'arbitraire du seuil utilisé. Plus parlant, d'une certaine façon, est l'âge médian de la population. Une population dont l'âge médian passe de la vingtaine à la cinquantaine est une population qui a énormément vieilli. C'est le cas de la population du Québec : à partir de 2050, près de 50 % de la population a au-delà de 50 ans alors qu'au milieu du siècle dernier près de 50 % de la population a moins de 25 ans. On passe d'une société jeune à une société vieille. Il s'ensuit que les programmes de sécurité sociale doivent prendre un virage à 180 degrés ! L'allure de la courbe du pourcentage des 65 ans et plus va dans la même tendance (graphique A2-4 en annexe), laquelle est quelque peu atténuée par le baby-boom.

Le poids démographique des personnes de 65 ans et plus passe de 5 % à 25 % alors que celui des jeunes diminue en corrélation : le poids des 15 à 64 ans demeure

globalement stable à près de 60 % (graphique 2.3). La pyramide des âges, la représentation de la population par âge et sexe, se transforme en sarcophage pour devenir en fin de course quasiment un cylindre (graphique 2.4) ; près de cinq générations se côtoient alors ! Une transformation profonde doit être envisagée pour les rôles à l'intérieur de la famille.

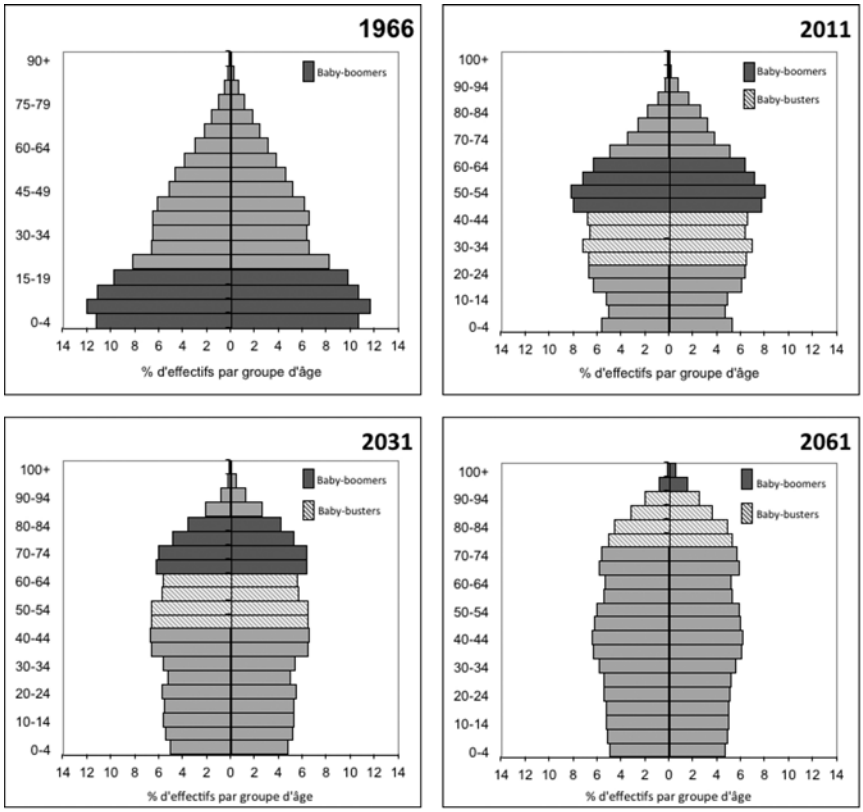
Graphique 2.3
**Part relative des trois grands groupes d'âge, Québec, 1901-2061**




À partir de 2011, à cause de l'arrivée des baby-boomers à l'âge de 65 ans, la tendance de la proportion des 65 ans et plus s'accélère au Québec et est plus rapide qu'ailleurs.

De plus, on observe un vieillissement à l'intérieur du vieillissement. Les 65 ans et plus croissent plus rapidement que l'ensemble de la population ; les 75 ans et plus, plus rapidement que les 65 ans et plus, et les 85 ans et plus, plus rapidement que les 75 ans et plus (graphique A2.5 en annexe). On observe également un renversement de tendance pour ce qui est de la proportion élevée de femmes chez les aînés (graphique A2.6 en annexe). Cela est dû au fait que, depuis le début du XXI^e^ siècle, l'espérance de vie a augmenté chez les aînés plus pour les hommes que pour les femmes (graphiques A2.11 et A2.12 en annexe). Présentement, le nombre de centenaires est très faible, mais il pourrait varier entre 20 000 et près de 60 000 en 2061.

Graphique 2.4
**Pyramides des âges, Québec, 1966, 2011, 2031 et 2061**




Plus ils avancent en âge, plus les personnes âgées doivent faire face à des limitations d'activités. Pour demeurer autonomes, et vivre chez elles et repousser à plus tard l'institutionnalisation, elles doivent pouvoir recourir à des soins et des services à domicile. Le soutien à domicile pour les personnes âgées est un grand défi pour les années à venir[5].

5. Une étude récente a montré qu'au Canada il est probable que la société ne pourra pas offrir les lits requis par l'état de santé des baby-boomers, étant donné les nombres en jeu. Il s'ensuivra qu'un grand nombre de cas très lourds devront être pris en charge par les soins et services à domicile (Légaré et collab., 2014). Il y aura peut-être lieu pour la société québécoise d'étudier comment la France compte faire face au défi avec sa prise en charge du « cinquième risque ». « Le cinquième risque pourrait être reconnu comme un nouveau champ de la protection sociale aux côtés des branches maladie, famille, accidents du travail et retraites. L'objectif est d'attribuer aux personnes âgées et handicapées une aide en nature ou en espèces : la compensation ou l'aide – selon la terminologie qui sera retenue pour l'autonomie » (Girard et collab.,

## DU MARIAGE À L'UNION LIBRE, DES ENFANTS ILLÉGITIMES AUX NAISSANCES HORS MARIAGE[6]

Même dans les pays reconnus comme étant très ouverts à l'immigration, la reproduction des citoyens reste au cœur de l'évolution d'une population. Jusqu'à la Révolution tranquille, la reproduction au Québec se fait dans un cadre traditionnel qui a peu évolué par rapport à d'autres sociétés occidentales :

- Tous les garçons et filles, sauf ceux qui entrent dans les ordres religieux, se marient relativement jeunes et restent mariés jusqu'au décès du premier conjoint et, éventuellement, se remarient ; peu ont des relations sexuelles prénuptiales ;
- Le premier enfant arrive après neuf mois de mariage, parfois un peu avant, et est suivi, en l'absence d'accès à la contraception, de nombreux frères et sœurs, d'autant plus que l'on remplace ceux qui décèdent en très bas âge. La consigne est bien encadrée par l'Église de ne pas « limiter la famille ». D'où la réputation, pour le Québec, d'une société qui favorise les familles nombreuses.

Ce cadre traditionnel est brisé au XX^e^ siècle, tant pour la nuptialité que pour la fécondité, quoique plus tardivement pour la première.

### La nuptialité

Dans l'après-guerre, le mariage civil, indépendamment du mariage religieux, est possible, sans pour autant être populaire. C'est l'union libre qui devient donc le modèle choisi par les jeunes et… les moins jeunes. Pour ceux qui choisissent de se marier, le divorce devenu légal – et accessible – en 1968 devient de plus en plus populaire. De nos jours, on se marie de moins en moins. Si les comportements de 2014 demeurent constants, 27 % des hommes et 30 % des femmes se marieront une première fois avant 50 ans[7] : c'était 90 % en 1971. Et, si l'on se marie, on célèbre l'union officielle – très souvent précédée d'une union libre – à des âges de plus en plus avancés[8] : sept ans plus tard qu'en 1971. Et toujours pour ceux de moins en moins nombreux qui se marient, on divorce de plus en plus : 50 % des mariages au tournant du siècle[9].

---

2009, p. 145). Ces questions seront abordées dans les chapitres suivants, dont le chapitre 5 sur la santé et les services sociaux.

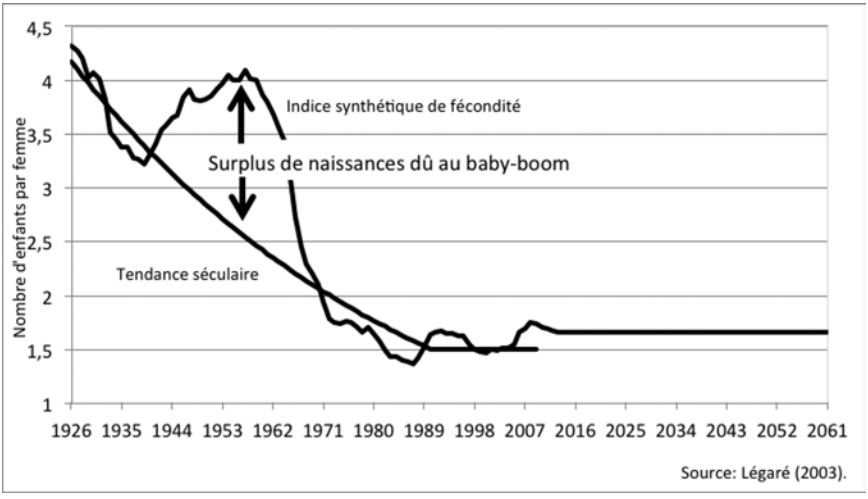
6. Référence au titre de l'article de Légaré et Alix (2004).
7. Institut de la statistique du Québec, 2015, p. 98.
8. *Ibid.*
9. Péron, 2003, p. 127. Tout au moins jusqu'à 2008, dernière année pour laquelle Statistique Canada a fourni des statistiques (Institut de la statistique du Québec, 2015, p. 104).

Nos régimes de sécurité sociale ont été bâtis sur la prémisse de la famille traditionnelle (stabilité des unions et partage des responsabilités hommes-femmes). De nos jours, 1 enfant sur 4 ne vit pas avec ses deux parents et la personne bénéficiaire des prestations de conjoint survivant consécutive à un décès n'est pas nécessairement celle ayant la responsabilité des enfants[10]. Aussi, l'effondrement de ce modèle traditionnel, vers des modèles mixtes, s'accompagne d'une plus grande présence des femmes sur le marché du travail.

### La fécondité

L'effondrement de la fécondité au Québec, qui est un phénomène largement documenté[11], s'explique en grande partie par la non-obéissance aux préceptes de l'Église catholique conjuguée à l'accès à la contraception moderne. Les générations nées au tournant du XX^e^ siècle ont eu en moyenne 4,5 enfants par femme alors que celles qui sont nées au milieu du siècle en ont autour de 1,5 (graphique 2.5). Le baby-boom doit alors être vu comme un incident historique et non comme une ré-adhérence aux préceptes de l'Église (à remarquer que la remontée de l'indicateur se fait à partir de 1940). La moyenne de 4,5 est cependant nettement gonflée par le fait qu'au-delà de 35 % des femmes de ces générations ont eu 6 enfants ou plus, alors que ce cas de figure n'existe plus de nos jours : la limitation des naissances au Québec est un phénomène sociétal qui n'est donc pas né avec la Révolution tranquille !

Graphique 2.5
**Fécondité du Québec, 1926-2061**




10. Voir le chapitre 7 sur la retraite pour plus d'information.
11. Henripin, 1989 ; Lapierre-Adamcyk et Lussier, 2003 ; Légaré et Alix, 2004.

Le phénomène révolutionnaire qu'apporte la Révolution tranquille, c'est que les naissances se produisent de plus en plus – quel que soit le rang – en dehors du mariage (tableau A2.1 en annexe). Jadis les naissances hors mariage étaient le fait de naissances de père inconnu, naissances dites illégitimes : la proportion de celles-ci est restée constante au fil du temps et très faible (graphique A2.7 en annexe). Comme mentionné, le phénomène révolutionnaire est que les jeunes – et les moins jeunes – vivent en union libre et ne se marient plus (graphique A2.8). En ce domaine, les Québécois sont les champions en ayant été précurseurs de plusieurs sociétés occidentales.

Présentement, dans le domaine de la reproduction, c'est la fécondation in vitro qui fait les manchettes pour régler les problèmes d'infertilité. Cette situation est cependant marginale par rapport au phénomène de la reproduction au Québec. Pour l'ensemble des Québécois et des Québécoises, le défi pour atteindre le nombre d'enfants désiré est la contraception et ils sont aussi singuliers dans ce domaine (encadré 2.1).

**Encadré 2.1**

**La contraception au Québec : de la non-limitation de la famille à… la limitation des naissances**

Il importe de distinguer tout d'abord qu'il y a deux types de contraception :

- La contraception d'espacement des naissances qui permet d'avoir l'enfant à un moment choisi ; les méthodes sont nombreuses et variées, mais avec une probabilité d'échec parfois élevée. On ne se singularise pas, mais on met plus de temps au Québec à passer aux méthodes modernes plus efficaces (la pilule, le stérilet, etc.) ;
- La contraception d'arrêt qui, étant donné que l'on a atteint la taille désirée de famille, a pour but de ne pas faire face à des probabilités d'échecs : c'est la stérilisation. Dans ce domaine, le Québec est champion. De tout temps, ce sont les femmes qui, pour atteindre leur but, ont subi « la grande opération » : la ligature des trompes, même si l'on sait que le conjoint peut subir une vasectomie. Au Québec, au milieu des années 1980, on assiste à un renversement total des tendances : on observe depuis à tous âges plus de vasectomies que de ligatures des trompes (graphique A2.9 en annexe).

Pour certains loustics, surtout français, les hommes québécois sont des « hommes roses ». En fait, c'est que l'entente et les dialogues entre les membres du couple sont plus égalitaires au Québec que ce n'est le cas au pays de Simone de Beauvoir et Jean-Paul Sartre !

Les débats autour de l'accès à l'avortement – qui n'est pas une méthode contraceptive – ont longtemps fait rage. Une fois légalisées, les interruptions de grossesse croissent de façon imprévisible pour atteindre des niveaux très élevés,

40 interruptions volontaires de grossesse (IVG) pour 100 naissances. De tels niveaux ne sont observés que dans les pays où l'accès à la contraception est quasi inexistant, ce qui n'est pas le cas au Québec. Le recours à l'avortement permet certes de pallier les échecs de contraception, mais il semble qu'au Québec c'est souvent le non-usage de la contraception chez les jeunes qui peut expliquer de si hauts niveaux. On ne peut que se réjouir que la tendance soit à la baisse depuis quelques années.

### Quel avenir pour le couple et la famille ?

De la famille élargie, on passe à la famille nucléaire et de plus en plus à la famille recomposée – cauchemar des généalogistes –pour des unions tant de même sexe que de sexe opposé.

De plus, avec l'arrivée des générations des boomers, on observe une grande instabilité des couples, tant mariés qu'en union libre, et un non-remplacement des générations[12].

Autre embûche : le mode de vie évolue vers partager sa vie… à distance. On a déjà montré que dans le futur plusieurs générations vont vivre au même moment… mais pas nécessairement dans le même logement. Dans les sociétés traditionnelles, plusieurs générations ont pu vivre sous le même toit. Puis, il y a eu la famille nucléaire. Les logements multigénérationnels ne sont pas très populaires dans les sociétés modernes. Et maintenant se développe un nouveau type de cohabitation pour les couples que l'on nomme :

- Par les Québécois : couple vivant chacun chez soi (VCCS) ;
- Par les Anglo-Saxons : vivre ensemble séparément : Living apart together (LAT) ;
- Par les Français, couple non cohabitant (CNC).

Le modèle s'est d'abord développé chez les jeunes, mais il devient de plus en plus important chez les personnes âgées. C'est aussi souvent le cas des familles recomposées.

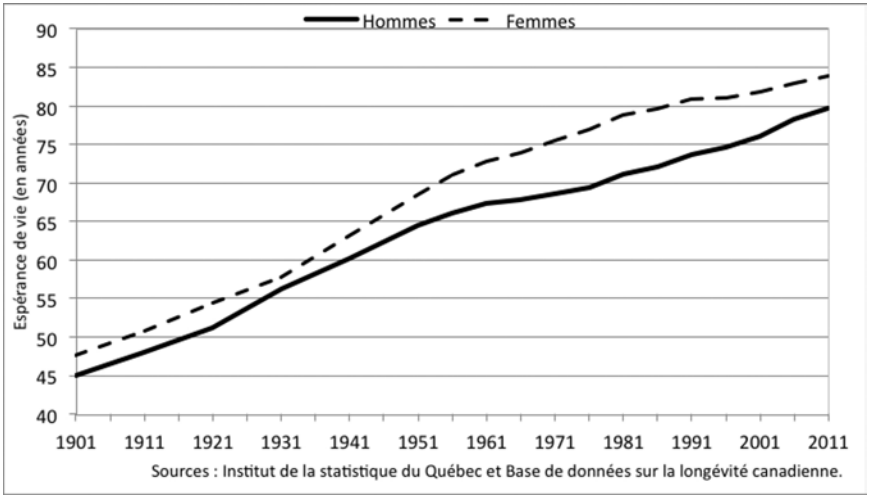
## DE LA CHUTE VERTIGINEUSE DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS AUX NETS PROGRÈS DE LA SURVIE DES PERSONNES TRÈS ÂGÉES

Les niveaux de mortalité au Québec ont longtemps placé celui-ci en queue de peloton parmi les provinces canadiennes : ce n'est plus le cas ; le Québec figure en

12. Le phénomène n'est pas que québécois, mais on n'a pas encore trouvé la bonne combinaison des politiques de la famille pour contrer cet état de fait dont on ne voit pas la fin (graphique A2.10 en annexe). Même un système de garderie universel et gratuit n'y mettrait pas nécessairement fin (Légaré, 2015).

haut du classement, en particulier à un niveau nettement meilleur que celui des États-Unis. Ces progrès ont été réalisés grâce à une nette réduction de la mortalité infantile, malgré les nombreuses pertes de vie prématurées dues au tabagisme. En 2014, l'espérance de vie à la naissance atteint 84,1 ans pour les femmes et 80,2, pour les hommes (graphique 2.6). L'écart entre les sexes est passé de près de 8 ans il y a cinquante ans à moins de 4 ans aujourd'hui. Cet écart s'est réduit à tous les âges depuis le début du présent siècle.

Graphique 2.6
**Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec, 1901-2011**




C'est chez les personnes âgées que les progrès récents sont les plus spectaculaires et importants en termes de report de la mort à des âges nettement plus avancés. On le constate en suivant l'évolution de l'espérance de vie à 65 ans, mais surtout celle à 85 ans. Tout au long du XX^e^ siècle, il y a eu des progrès, mais sans commune mesure avec ceux observés depuis le début du XXI^e^ siècle, en particulier pour les hommes (graphiques A2.11 et A2.12 en annexe). De plus, déjà en 2014 au Québec, on observe 600 décès de femmes et 110 décès d'hommes d'au-delà de 100 ans.

S'il est bien documenté que l'espérance de vie, tant aux âges avancés qu'à la naissance, a crû de façon phénoménale au cours des 25 dernières années, on ne peut en dire autant pour l'espérance de vie en santé tant au Québec qu'au Canada. Ailleurs, aussi bien aux États-Unis qu'en Europe, des tendances non concluantes peuvent être observées (encadré 2.2).

**Encadré 2.2**

Au Québec, on vit – et on vivra – de plus en plus longtemps ; les années supplémentaires de vie sont-elles des années en santé ?

Devant l'impossibilité de répondre à cette question pour le Québec, étant donné l'absence de séries chronologiques fiables tant pour le Québec que pour le Canada, nous présentons la situation récente aux États-Unis : « Tendances au cours de quarante dernières années de l'espérance de vie sans incapacité aux États-Unis[13] » :

**Objectif** : Examiner les changements de 1970 à 2010 de l'espérance de vie, de l'espérance de vie avec incapacité et de l'espérance de vie sans incapacité chez les hommes et les femmes de tous âges, aux États-Unis[14].

**Résultats** : Au cours des 40 dernières années, il y a eu une augmentation constante de l'espérance de vie sans incapacité autant que de l'espérance de vie avec incapacité. À la naissance, l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité est égale à celle de l'espérance de vie avec incapacité pour les hommes (4,5 ans) ; chez les femmes, à la naissance, l'augmentation de l'espérance de vie avec incapacité (3,6 ans) est supérieure à l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité (2,7 ans). À 65 ans, l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité est plus grande que l'augmentation de l'espérance de vie avec incapacité.

**Conclusion** : Pour l'ensemble du parcours de vie, il n'y a pas de signes de compression de la morbidité, mais certaines compressions sont observées à l'âge de 65 ans.

**Quels enseignements pour le Québec ?**

D'abord exprimer notre admiration devant le souci de nos voisins de bien saisir l'information à l'aide de séries chronologiques et étudier de façon approfondie cette évolution du phénomène de l'incapacité, très important dans une société vieillissante. Évidemment, les niveaux observés aux États-Unis ne peuvent être extrapolés directement à la situation québécoise, étant donné l'évolution très différenciée des systèmes de santé entre les deux entités sur une aussi longue période.

Autre caractéristique importante de cette étude, les auteurs ont tenu compte de la population vivant dans des institutions. Si le fait de ne pas prendre en compte la population institutionnalisée a relativement peu d'effets sur l'espérance de vie en santé à la naissance, il n'en est pas de même pour les indices à 65 ans et plus particulièrement à 85 ans. Or au Québec et au Canada, la plupart du temps, les personnes âgées vivant en institution ne sont pas rejointes par les enquêtes qui ne concernent en général que des personnes vivant en ménages privés.

13. Crimmins et collab., 2016.
14. Méthodologie : méthode de Sullivan utilisée pour estimer l'espérance de vie avec et sans incapacité en 1970, 1980, 1990, 2000 et 2010. Les taux de mortalité proviennent du US Vital Statistics et les données sur la prévalence d'incapacité dans les communautés proviennent du National Health Interview Survey. Pour la population vivant en institution, la prévalence est calculée à partir des données du recensement américain.

Les auteurs ont observé depuis les années 1980 des tendances plutôt encourageantes pour les personnes âgées en matière de compression de la morbidité, mais ils ne peuvent en dire autant pour les personnes plus jeunes, en particulier pour celles faisant partie de la population active. En fait, une analyse de sensibilité autour d'une amélioration de la santé des travailleurs n'a pu servir d'appui à une augmentation de l'âge de la retraite effective. L'absence d'informations sur ces sujets tant au Québec qu'au Canada ne permet pas de prendre des décisions éclairées pour établir des politiques à long terme.

Au Québec comme au Canada, aucune tendance importante n'est signalée, sinon, dans certaines études ponctuelles, une certaine stabilité, mal évaluée par l'absence de données cohérentes dans le temps. Pour le Québec, les données les plus récentes dans la suite des recensements canadiens de 2001 et 2006 donnent une espérance de vie sans incapacité à la naissance de 67 ans et d'environ 10 ans à 65 ans, avec de légères variations par sexe avantageant les femmes. Comme pour l'espérance de vie pour tous les états de santé, les hommes font plus de progrès que les femmes depuis le début du XXIe siècle[15]. Pour le Canada, une étude comparant la situation en 1994 et en 2007[16] conclut à une certaine expansion de la morbidité pour les femmes alors que, pour les hommes, aucune tendance claire ne laisse présager ni une expansion de la morbidité ni une compression de celle-ci.

Que laissent présager pour le futur les percées récentes en matière de lutte contre la mort ? Pour l'Institut de la statistique du Québec, si l'espérance de vie se maintient, une femme sur vingt vivra jusqu'à 100 ans. Bien plus, des experts démographes prévoient que 50 % des enfants qui naissent de nos jours vivront 100 ans[17]. Si tel est le cas, une telle situation impliquerait que les effectifs et les décès de centenaires dépasseraient 50 % pour ces générations. Au Québec, on est un peu moins optimiste et l'on prévoit que ce sera 25 %[18]. On n'ose prévoir quelles seraient les conséquences sur la participation au monde du travail des aînés et sur les régimes de retraite. En fait, nous dirigeons-nous vers certaines formes « d'immortalité » ? Certains l'envisagent (voir encadré 2.3).

15. Eco-Santé, 2013.
16. Mandich et Margolis, 2014.
17. Vaupel, 1997.
18. ISQ, 2015.

**Encadré 2.3**

L'évolution de l'espérance de vie dans une perspective… d'immortalité !

Depuis que l'on dispose de statistiques fiables sur la mortalité, soit depuis plus de 250 ans, l'espérance de vie s'est accrue en moyenne au rythme de 3 mois par année.

Lorsque, dans le passé, on a voulu prévoir la mortalité future, les démographes et les actuaires ont toujours prévu une décélération de la croissance… et ont toujours été contredits par la réalité. En ce début du XXIe siècle, la question que l'on se pose est : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ?[19]

Devant le futur de l'espérance de vie, quatre scénarios se présentent :

- L'espérance de vie ne peut que reculer à cause des problèmes de civilisation tels les défis de l'environnement et de l'obésité, par exemple : ce sont les pessimistes ;
- L'espérance de vie va se maintenir aux niveaux actuels, les progrès technologiques étant en train d'atteindre un plafond ;
- L'espérance de vie va continuer à progresser aux rythmes actuels de telle sorte que les enfants qui naissent de nos jours peuvent espérer vivre 100 ans en moyenne[20] : ce sont les optimistes ;
- Enfin, pour d'autres, le recul de la mort est tel que l'amélioration de l'espérance de vie va aller en s'accélérant et même que pour certains l'immortalité est à brève échéance, étant donné que l'on assiste à une explosion simultanée des progrès technologiques.

Ce passage de la science-fiction à la réalité serait rendu possible par les percées fulgurantes qui se produisent depuis le début du XXIe siècle dans quatre domaines – ce sont les NBIC :

- **Nanotechnologies (N)** : un ensemble de technologies permettant de manipuler, d'étudier ou d'exploiter des structures et des systèmes de très petite taille[21]. « Les nanotechnologies sont généralement considérées comme le point de départ d'une deuxième révolution pour l'industrie et probablement pour toute l'humanité. Il s'agit de la compréhension, de la maîtrise ou de la manipulation de la matière au niveau des dimensions allant de 1 à 100 nanomètres, où les propriétés chimiques et physiques diffèrent sensiblement de celles des matériaux à une plus grande échelle ou sous forme plus volumineuse. Ces technologies permettent à l'homme de maîtriser la matière au niveau de l'infiniment petit et convergent avec la biotechnologie, les sciences de la communication, la biologie synthétique, les technologies de l'information et les sciences cognitives, pour atteindre des niveaux où la science-fiction n'est pas impossible[22]. »

19. Vallin et Meslé, 2010.
20. Vaupel, 1997.
21. OCDE, 2009.
22. Del Castillo et collab., 2010.

– **Biotechnologies (B)** : application de la science et de la technologie à des organismes vivants, de même qu'à ses composantes, produits et modélisations, pour modifier des matériaux vivants ou non vivants aux fins de la production de connaissances, de biens et de services (OCDE, 2005). « Les avancées technologiques de l'analyse de l'ADN ont progressivement conduit à l'idée de ne plus travailler sur les gènes pris un par un, mais d'aborder globalement l'étude de la structure de l'ensemble du génome et de son expression : c'est le passage de la génétique à la génomique. Cette nouvelle discipline inclut l'étude de la structure des génomes (la détermination des séquences d'ADN), de son expression (établissement des répertoires des gènes exprimés – le transcriptome – et des protéines – le protéome), de sa variabilité (étude des polymorphismes), de son évolution (génomique comparative, génomique évolutive)[23]. »
– **Informatique (I)** : l'informatique est un outil indispensable ; grâce à son stockage impressionnant de données, à sa capacité d'analyse et à ses algorithmes auto-apprenants[24], elle saura grandement profiter à la génétique en rendant accessible le séquençage de l'ADN[25]. C'est grâce à la puissance de l'informatique et à la vitesse exponentielle des calculs qu'elle offre que les nanotechnologies et les biotechnologies ont pu prendre leur envol et pourront continuer de le faire[26]. « Les Big Data défient l'informatique d'aujourd'hui à l'architecture algorithmique résolutoire toujours plus efficace ; par son langage universel standardisé, l'informatique uniformise toujours plus le monde en fabriquant un nouveau sens commun et vise à économiser la pensée en automatisant la raison par ses algorithmes. Ces données surabondantes se retrouvent conservées dans de gigantesques "Data Warehouse13" ou "Datamart", dans de nombreuses bases de données14 ou constituent les "pépites" informationnelles de l'Internet[27]. »
– **Sciences cognitives (C)** : les sciences cognitives portent leur intérêt sur la compréhension des mécanismes qui régissent notre connaissance, tels que la perception, l'apprentissage, le langage, le raisonnement et la mémorisation[28]. En apportant une compréhension pointue de l'ingénierie de la pensée humaine, les sciences cognitives permettront de repousser les limites de l'intelligence artificielle[29]. « Les révolutions de l'informatique et des sciences cognitives marcheront main dans la main et produiront probablement les résultats les plus spectaculaires. Avec l'augmentation exponentielle des vitesses de calcul informatique et l'émergence de l'intelligence

23. Bidanel et collab., 2008.
24. Deprins, 2013.
25. Alexandre, 2010.
26. *Ibid.*
27. Deprins, 2013.
28. Steiner, 2008.
29. Dupuy, 2004.

artificielle, elles permettront notamment de développer des automates dont l'intelligence pourrait dépasser celle de l'homme[30]. »

L'atteinte éventuelle de l'immortalité d'un homme nouveau et amélioré réside pour se tenants dans l'interaction des NBIC, « la génétique profitera de l'explosion des capacités de calcul informatique et des nanotechnologies indispensables pour lire et modifier la molécule d'ADN. Les nanotechnologies bénéficieront des progrès informatiques et des sciences cognitives, qui elles-mêmes se construiront avec l'aide des trois autres composantes… En effet, les sciences cognitives utiliseront la génétique, les biotechnologies et les nanotechnologies pour comprendre puis "augmenter" le cerveau et pour bâtir des formes de plus en plus sophistiquées d'intelligence artificielle éventuellement directement branchées sur le cerveau biologique humain[31]. »

« Avec le passage à l'échelle nanométrique, nous allons pouvoir, par le biais des NBIC, former des combinaisons entre les atomes, les neurones, les gènes ou les bits des ordinateurs. La physique, la biologie et l'informatique vont se conjuguer, ouvrant ainsi des possibilités infinies et vertigineuses[32]. »

« Modifier l'homme pour l'améliorer : des scientifiques sérieux y travaillent avec la bénédiction de milliardaires qui financent leurs recherches, tels les fondateurs de Google, Larry Page et Sergey Brin[33]. » Ces recherches étant relativement peu diffusées en dehors de la Silicon Valley dans le monde francophone, ces derniers ont demandé à Laurent Alexandre de diffuser l'information en faisant une conférence sur les NBIC. Celle-ci a eu lieu en 2012 et est disponible sur YouTube[34].

Les propos scientifiques sont bien étayés et assez convaincants. Mais est-ce assez pour prévoir l'immortalité à brève échéance ?

« La recherche de pointe vers cet "homme augmenté" est animée par Raymond Kurzwell, le pape du transhumanisme : l'être posthumain séduit la génération Internet. Pour Kurzwell, l'homme augmenté, pour vivre plus longtemps, va d'abord se réparer et ensuite augmenter ses capacités[35]. »

Le débat a alors fait rage en France entre les pros et cons chez les scientifiques et les philosophes. Il a été ranimé au printemps 2016 par la publication de Luc Ferry, intellectuel français renommé et homme politique, intitulée *La révolution transhumaniste : comment la technomédecine et l'uberisation du monde vont bouleverser nos vies*. Pour ce dernier, « la guerre contre la nature a une part de légitimité ». Pour suivre le débat récent, lire *L'homme augmenté, vraiment ?*, un débat entre

30. Alexandre 2010.
31. *Ibid.*
32. *Ibid.*
33. *Le Figaro*, 2016.
34. http://www.youtube.com/watch ?feature=player_embedded&v=KGD-7M7iYzs.
35. *Le Figaro*, 2016.

Laurent Alexandre, urologue et entrepreneur, et Miguel Benasayag, épistémologiste et philosophe[36].

La science va-t-elle trop loin ?

« Le transhumanisme est en marche. » Non, ce n'est pas de la science-fiction.

Mais que reste-t-il des hommes ? « Un monde de liberté » affirme Luc Ferry ; « le paradis sur terre est la voie de l'enfer immédiat » lui répond François-Xavier Bellamy. Dialogue percutant entre philosophes[37].

Pourtant, certaines personnalités du monde médical prévoient au contraire un recul de la mortalité, à moins que l'épidémie de l'obésité soit enrayée en faisant parfois un amalgame avec le tabagisme, autre fléau des modes de vie modernes. Certes le phénomène de l'obésité ne doit pas être pris à la légère, mais il faut bien le saisir en fonction de ce qu'il est. Des études poussées ont montré que ces deux épidémies ne sont pas de même nature, n'ayant pas les mêmes facteurs de risque[38], résumant leur argumentation par « Tobacco kills, obesity disables ». Or, si les effets néfastes du tabagisme n'ont pas enrayé les grands progrès mondiaux de l'espérance de vie au siècle dernier, il risque d'en être de même pour l'épidémie d'obésité.

Les obèses mourront peut-être un peu plus jeunes, mais surtout ils vivront avec de nombreuses incapacités. Leur espérance de vie ne sera pas moindre que celle de la génération de leurs parents, mais leur espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité sera nettement diminuée. Le risque est que dans le futur on voit l'espérance de vie continuer ses progrès vertigineux, alors qu'on pourrait observer une morbidité croissante impliquant que l'espérance de vie en santé ou sans incapacité pourrait dégringoler à un rythme dangereux. Malheureusement, au Québec on n'est pas équipé pour suivre des indicateurs tels que l'espérance de vie en santé ou sans incapacité ; souhaitons des initiatives de taille dans ce domaine.

## LES BIENFAITS D'UNE IMMIGRATION INTERNATIONALE

Comme montré précédemment, l'accroissement migratoire a quatre volets, mais seule l'immigration internationale est encadrée par des politiques et contrôlée par des mesures administratives. Pour diverses raisons, au siècle dernier, indépendamment des quotas fixés, le nombre d'immigrants oscille, sauf rares exceptions, entre 20 000 et 30 000 par année. Depuis le début du présent siècle, les nombres

36. *L'Express*, 2016, p. 86-89.
37. *Le Figaro*, 2016, p. 33-41.
38. Reuser, 2010.

sont croissants, entre 40 000 et 50 000, de sorte que maintenant au-delà de 10 % des citoyens du Québec sont nés à l'extérieur du Canada. Rappelons cependant que bon nombre de ces immigrants – les réfugiés (10 % en 2014) et les regroupements familiaux (23 % en 2014) – ne sont pas choisis en fonction d'une grille de sélection.

Devant bâtir son avenir en bonifiant son apport migratoire, le Québec doit faire face à des défis de taille. Nous allons maintenant mettre en exergue deux caractéristiques importantes de cette immigration internationale au Québec.

D'abord, point positif, depuis plus de cinquante ans, le Québec réussit à éviter les problèmes liés à une ghettoïsation en diversifiant de façon significative les pays d'origine de ses immigrants. On peut voir avec trois cas de figures – pour les années 1982, 1995 et 2014 (tableau A2.2 en annexe) – que les dix pays fournissant les plus d'immigrants représentent à peine 50 % des flux d'une année et qu'un seul chaque année atteint 10 %. Uniquement trois pays se retrouvent dans les trois années sélectionnées soit la France, Haïti et le Maroc ; dans les années récentes, la Chine et l'Algérie émergent.

Point nettement moins positif, le Québec a des taux de rétention nettement moins élevés que ceux du reste du Canada, surtout pour les cohortes les plus anciennes (tableau A2.3 en annexe). Les effectifs de sortants du Québec oscillent entre 20 000 et 30 000, alors que dans le passé c'était autour de 50 000 à 60 000 ; on peut espérer que le « bon » exemple donné par les résidents québécois ait un effet positif.

Il importe néanmoins de mentionner que ces faibles taux de rétention ne sont sûrement pas étrangers aux difficultés d'intégration sur le marché du travail des immigrants s'installant à Montréal plutôt qu'à Toronto. Les données du tableau 2.1 font d'ailleurs état d'un écart trois fois plus élevé à Montréal qu'à Toronto entre le taux de chômage des immigrants récents et celui des natifs.

TABLEAU 2.1
**Taux de chômage selon l'origine**[39]

| | NATIFS | IMMIGRANTS RÉCENTS | ÉCART |
|---|---|---|---|
| Montréal | 7,5 % | 18,4 % | 10,9 % |
| Toronto | 7,2 % | 10,9 % | 3,7 % |

Source: Statistique Canada, données de 2015

La plupart des analystes s'entendent pour affirmer que l'avenir du Québec passe par l'immigration, à défaut de retrouver des comportements des couples québécois assurant le remplacement des générations. Par contre, il y a beaucoup

39 Fortin, 2016. Source: Statistique Canada, Enquête sur la population active, tableau CANSIM 282-0102

d'opinions diversifiées pour le quantum. L'écart à la naissance entre les effectifs des cohortes du baby-boom et de celles du baby-bust (l'effondrement des naissances) est très grand, au-delà de 700 000 individus. L'écho du baby-boom a été relativement peu important par la hausse du nombre total de naissances découlant de ces parents plus nombreux, et nettement insuffisant pour rétablir un certain équilibre dans la dimension des cohortes de naissances, d'où l'analogie avec *The Pig in the Python*. Au moment où les boomers commencent à se retirer de la population active, certains optent pour une augmentation instantanée des quotas d'immigration, en particulier en augmentant à 60 000 le nombre annuel d'immigrants. Les motifs invoqués font souvent référence à une diminution importante appréhendée des effectifs de main-d'œuvre. Si la situation paraît parfois dramatique dans une perspective transversale, il en est tout autrement dans une perspective longitudinale quand on compare dans les années à venir les cohortes de l'effondrement des naissances avec celles du baby-boom. Une étude récente montre, à l'aide des projections gardant le niveau actuel de 50 000 immigrants par année, que la politique d'ouverture du Québec sur l'immigration internationale fait en sorte que la disproportion entre les effectifs des boomers et ceux des *busters* s'atténue graduellement au cours du cycle de vie : l'écart important entre les effectifs dans leur jeunesse se rétrécit considérablement aux âges adultes, jusqu'à une quasi-disparition (moins de 50 000) dans les âges de la retraite[40]. Cela est dû au fait que, d'une part, la mortalité des *busters* sera plus faible que celle des boomers et surtout, d'autre part, que, parmi les 50 000 futurs immigrants annuels, un très grand nombre sont nés entre 1966 et 1986.

Comme mentionné précédemment, les effectifs d'immigrants ont beaucoup augmenté et de façon constante depuis l'année 2000. Or, un bon nombre d'analyses montrent que tant l'intégration linguistique et sociétale (en particulier pour les femmes), pour des raisons budgétaires, que l'intégration dans le monde du travail pour des raisons de rigidité du marché ne sont pas au rendez-vous. Tant que l'on n'aura pas trouvé un moyen de rapprocher de façon significative les niveaux de salaires et de chômage des immigrants et des non-immigrants, on peut se demander si l'on ne s'engouffre pas en augmentant immédiatement les seuils à 60 000 immigrants, soit une augmentation de 20 %. D'ailleurs une meilleure intégration pourrait sans doute améliorer les bas taux de rétention décrits précédemment (tableau A2.3).

## CONCLUSION : CONSTATS ET ENJEUX

La démographie du Québec a été très marquée par l'arrivée de la Révolution tranquille dans les années 1960. Jusque-là, on peut affirmer que les comportements

40. Légaré et collab., 2013.

démographiques de la population québécoise sont de type traditionnel et conservateur. Dans le classement des divers indicateurs démographiques, le Québec est toujours en fin de peloton, par exemple pour la mortalité infantile, la mortalité et la morbidité générale, la reproduction, l'accueil des immigrants, etc., et en conséquence la croissance des effectifs était modérée. La Révolution tranquille, dans le domaine de la démographie, est beaucoup plus révolutionnaire que tranquille.

De nos jours, les comportements démographiques des Québécoises et des Québécois sont très souvent à l'avant-garde mondiale. Les comportements d'avant-garde, surtout avec une basse reproduction, mènent à une décroissance de la population, à moins de recourir à une immigration importante. Le Québec a su éviter l'écueil : même si d'ici peu – 2034 – on prévoit qu'il y aura plus de décès que de naissances, des politiques sont prévues pour faire en sorte que la balance migratoire soit nettement positive : bref, notre situation n'a rien à voir avec celle du Japon, celle d'une bonne partie de l'Union européenne, mais ressemble plus à celle du ROC qu'à celle des États-Unis. Il s'ensuit que certains comportements ont des effets positifs, d'autre négatifs dans le cadre de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA).

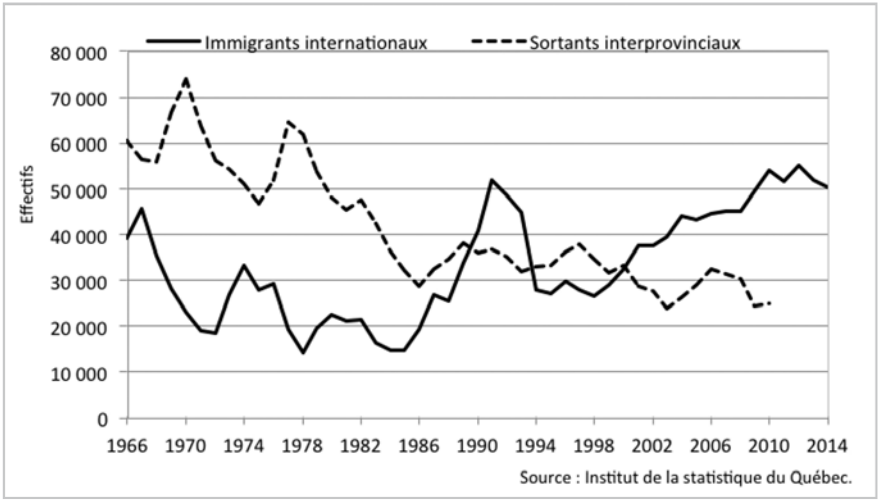
Un constat malheureux cependant est de voir que le gouvernement du Québec ne tient pas compte que la population de la société québécoise est de plus en plus âgée. Un avis important a été donné par le vérificateur général du Québec il y a quelques années, mais il n'est pas pris en compte alors que l'avis tient toujours. Le rôle de la sécurité sociale est de prendre en charge un certain nombre de risques qui sont courus par les citoyens. En particulier, le risque de la dépendance reste à couvrir parce qu'il fondamental dans une société vieillissante.

Néanmoins au Québec :

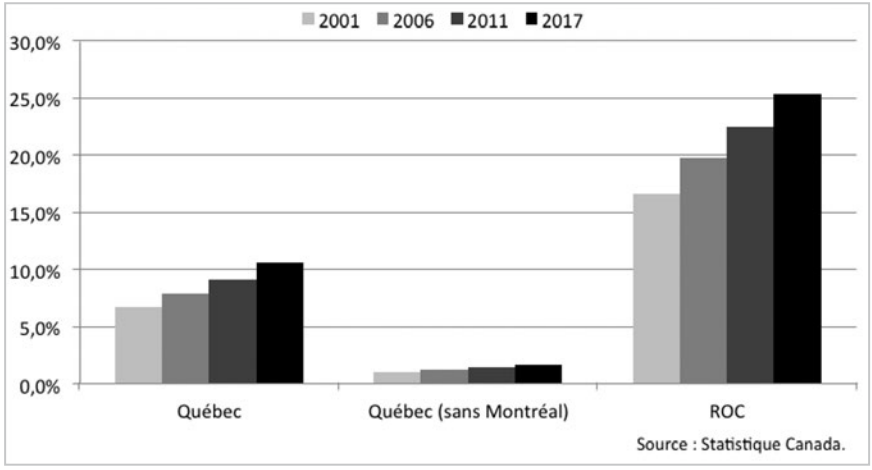
- Notre système public de santé nous met en meilleure position que les États-Unis par rapport à la mortalité et à la morbidité ;
- Nos politiques familiales sont très développées, sans pour autant amener les couples à se reproduire au niveau du seuil de remplacement, comme aux États-Unis ;
- Nos politiques face aux mouvements migratoires sont positives en évitant la ghettoïsation, mais, faute de bons incitatifs d'intégration, des immigrants amènent trop de sorties du Québec, malheureuses et coûteuses. Retenir les Québécois de naissance serait aussi de bon aloi.

## ANNEXE

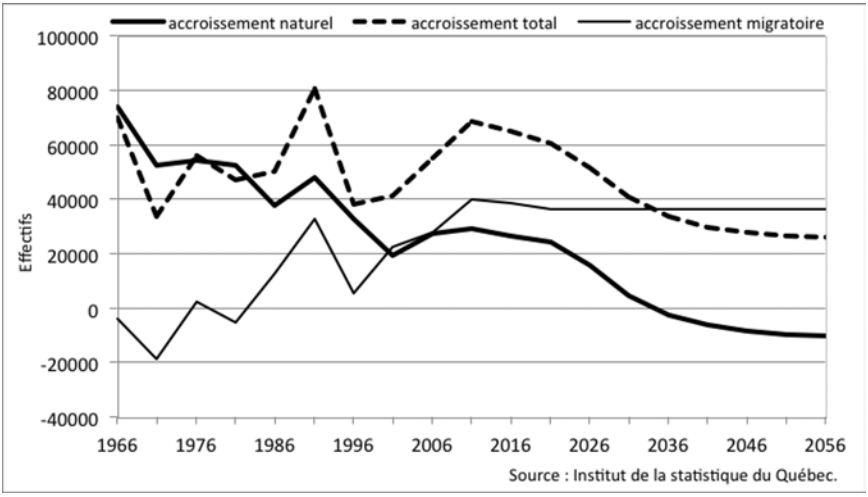
Graphique A2.1
**Immigration internationale et émigration interprovinciale, Québec, 1966-2014**



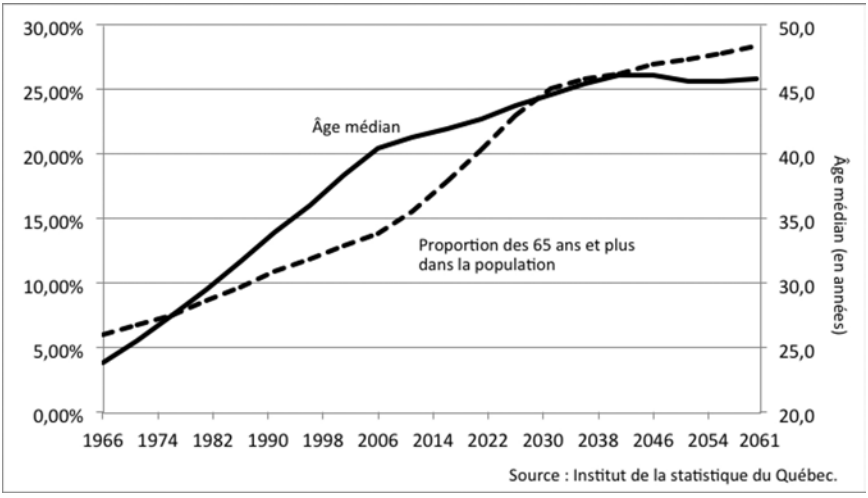

Graphique A2.2
**Proportion des minorités visibles dans la population totale, le Québec, le Québec sans Montréal et le Canada sans le Québec, 2001-2017**



Graphique A2.3
**Accroissements naturel, migratoire et total, Québec, 1966-2056**

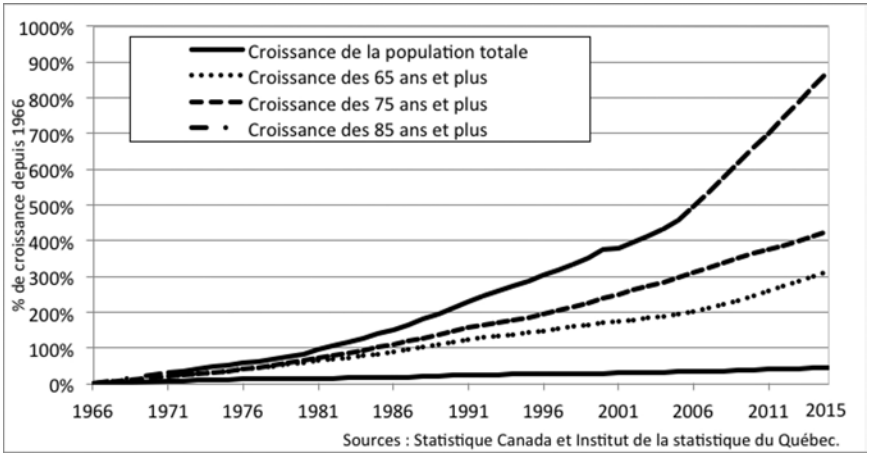



Graphique A2.4
**Âge médian et proportion de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale, Québec, 1966-2061**



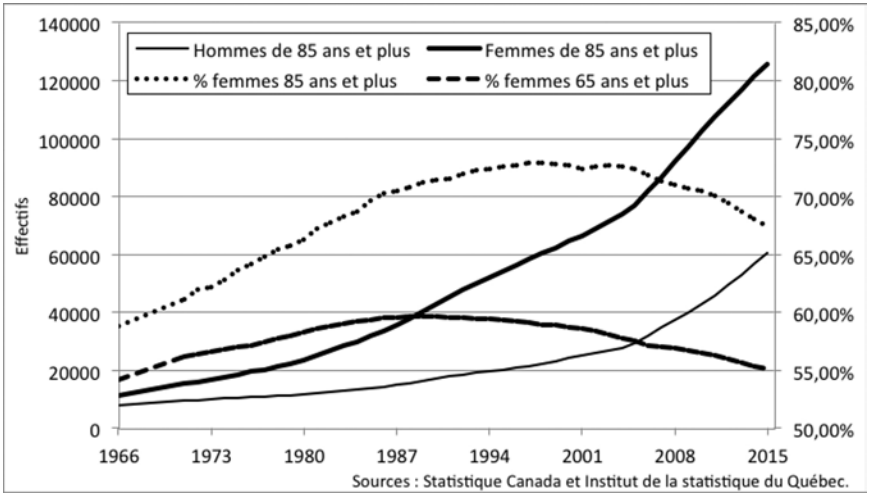
Graphique A2.5

**Croissance en pourcentage de la population, Québec, par groupe d'âge, 1966-2015**

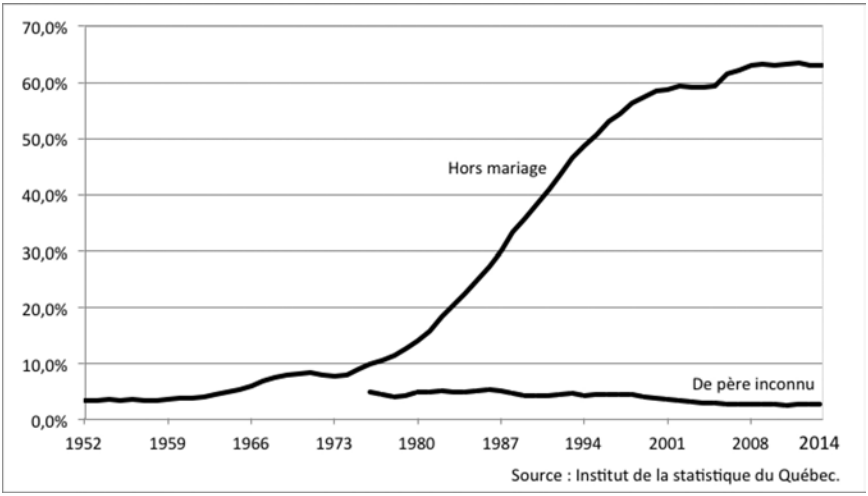



Graphique A2.6

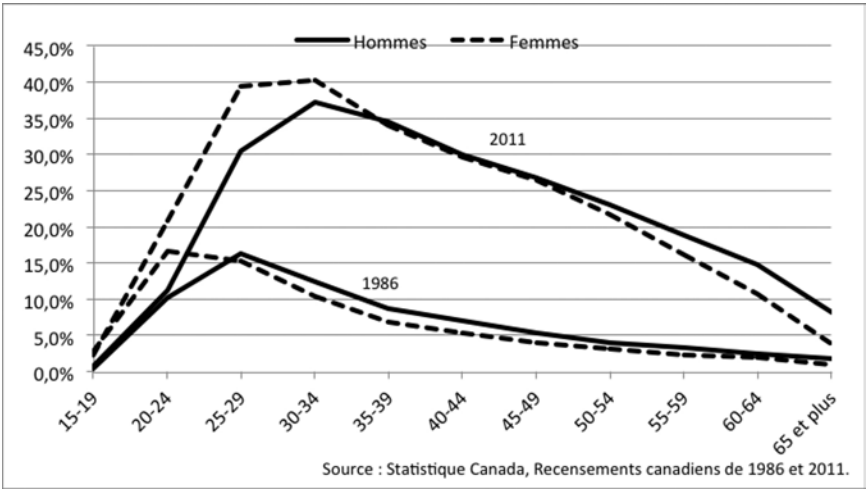
**Population de 85 ans et plus, Québec, par sexe et proportion de femmes pour les 65 ans et plus et 85 ans et plus, 1966-2015**



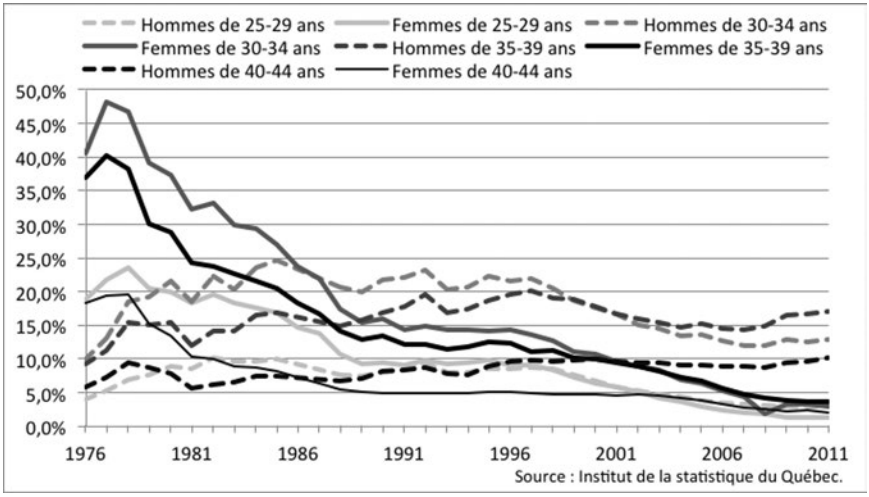
Graphique A2.7
**Proportion des naissances hors mariage et de père inconnu, Québec, 1952-2014**



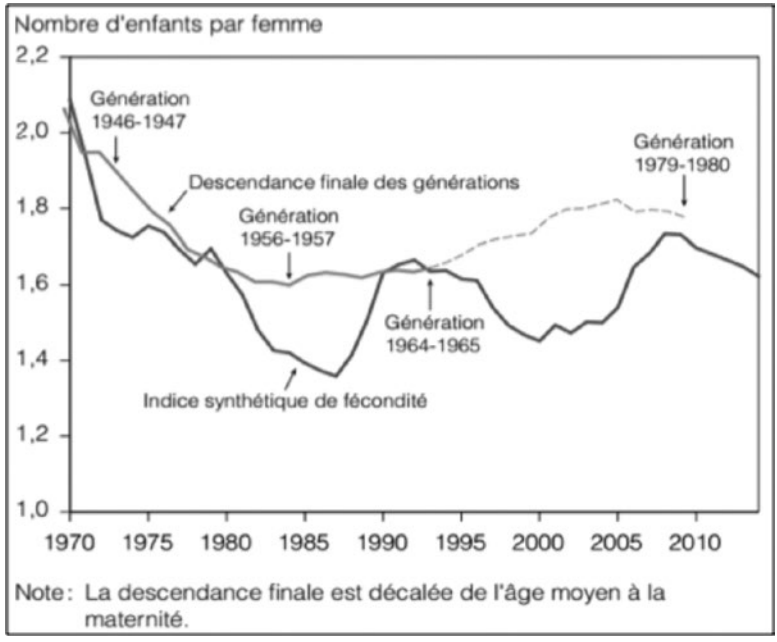

Graphique A2.8
**Proportion des personnes vivant en union libre selon l'âge et le sexe, Québec, 1986 et 2011**



Graphique A2.9
**Taux de stérilisation par groupe d'âge, Québec, 1976-2011**

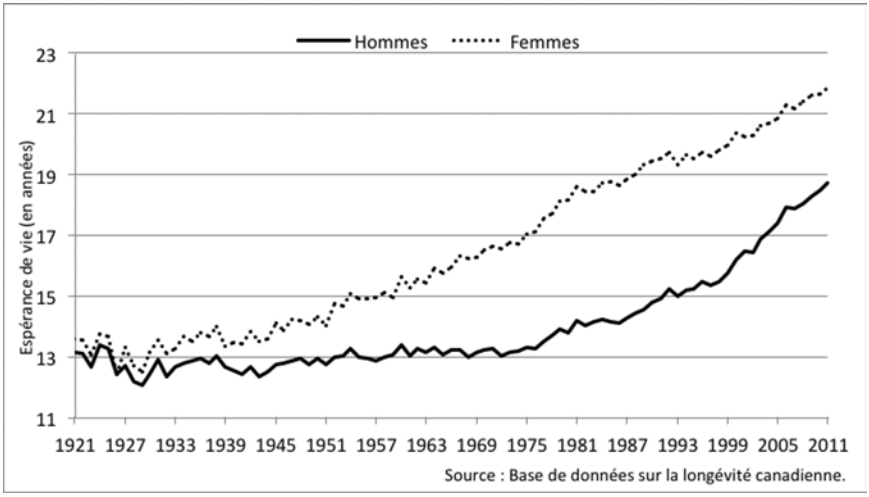



Graphique A2.10
**Indice synthétique de fécondité et descendance finale des générations, Québec, 1970-2014**



Graphique A2.11

**Évolution de l'espérance de vie à 65 ans, Québec, 1921-2011**




Graphique A2.12

**Évolution de l'espérance de vie à 85 ans, Québec, 1921-2011**

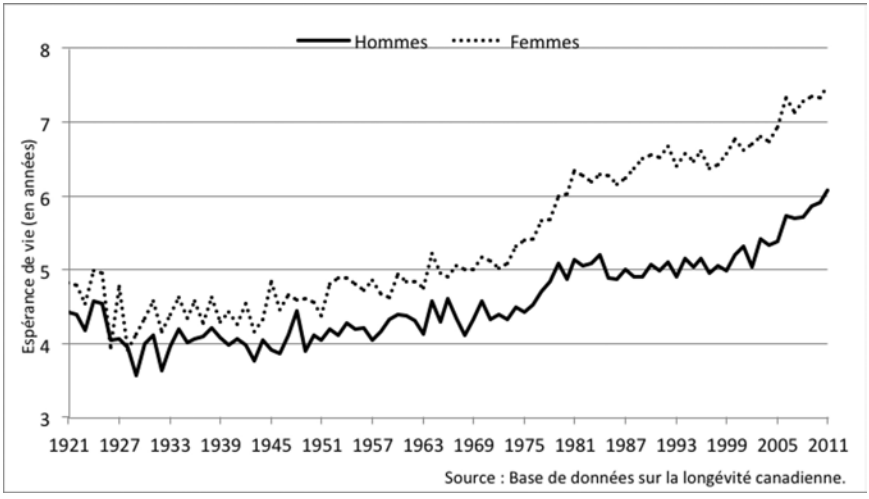


TABLEAU A2.1
**Répartition des naissances hors mariage selon le rang de naissance, Québec, 1976-2014**

| RANG DE NAISSANCE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Année | 1 | 2 | 3 | 4 + | Total |
| | % | | | | |
| 1976 | 14,8 | 5,1 | 4,3 | 7,2 | 9,8 |
| 1981 | 23,0 | 9,5 | 7,7 | 9,3 | 15,6 |
| 1986 | 37,3 | 19,6 | 15,3 | 15,4 | 27,2 |
| 1991 | 50,3 | 34,6 | 27,2 | 24,1 | 40,6 |
| 1996 | 62,3 | 48,9 | 40,7 | 35,7 | 52,8 |
| 2001 | 65,8 | 55,0 | 47,4 | 44,6 | 58,5 |
| 2006 | 67,5 | 58,9 | 51,3 | 46,1 | 61,3 |
| 2011 | 69,0 | 61,7 | 53,9 | 49,9 | 63,1 |
| 2014 | 68,6 | 61,7 | 54,4 | 48,5 | 62,9 |

Source : Institut de la statistique du Québec.

TABLEAU A2.2
**10 principaux pays de naissance des immigrants (pourcentage de l'immigration totale), Québec, 1982, 1995 et 2014**

| 1982 | | 1995 | | 2014 | |
|---|---|---|---|---|---|
| Haïti | 15,9% | France | 10,0% | Iran | 11,6% |
| France | 6,8% | Ex-Yougoslavie | 7,4% | France | 7,0% |
| Vietnam | 6,6% | Haïti | 6,7% | Algérie | 7,0% |
| Pologne | 5,2% | Chine | 5,5% | Chine | 6,8% |
| Kampuchéa | 4,4% | Roumanie | 3,6% | Haïti | 5,7% |
| États-Unis | 3,0% | Inde | 3,5% | Maroc | 4,3% |
| Inde | 3,0% | Liban | 3,3% | Cameroun | 3,4% |
| Royaume-Uni | 2,8% | Maroc | 3,3% | Colombie | 3,3% |
| Portugal | 2,8% | Algérie | 3,2% | Côte d'Ivoire | 3,0% |
| Maroc | 2,7% | Sri Lanka | 2,9% | Tunisie | 2,6% |
| Pourcentage de l'immigration totale | 53,3% | Pourcentage de l'immigration totale | 49,4% | Pourcentage de l'immigration totale | 54,7% |

Sources : Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration et Institut de la statistique du Québec.

TABLEAU A2.3
**Taux de rétention des immigrants internationaux selon la période d'immigration, Québec et reste du Canada, 2011**

| | | IMMIGRANTS RECENSÉS | | IMMIGRANTS REÇUS | TAUX DE RÉTENTION |
|---|---|---|---|---|---|
| | | N | % | N | % |
| Québec | Total | 974890 | 100,0% | … | … |
| | 2006-2011 | 223400 | 22,9% | 290322 | 76,9% |
| | 2001-2005 | 157430 | 16,1% | 202305 | 77,8% |
| | 1991-2000 | 195925 | 20,1% | 347131 | 56,4% |
| | 1981-1990 | 130675 | 13,4% | 235498 | 55,5% |
| | 1971-1980 | 115640 | 11,9% | 231130 | 50,0% |
| | Avant 1971 | 151820 | 15,6% | … | … |
| Canada sans Québec | Total | 5800870 | 100,0% | … | … |
| | 2006-2011 | 939515 | 16,2% | 1226928 | 76,6% |
| | 2001-2005 | 834640 | 14,4% | 996795 | 83,7% |
| | 1991-2000 | 1343130 | 23,2% | 1868204 | 71,9% |
| | 1981-1990 | 819215 | 14,1% | 1097790 | 74,6% |
| | 1971-1980 | 755130 | 13,0% | 1209572 | 62,4% |
| | Avant 1971 | 1109240 | 19,1% | … | … |

Source : Statistique Canada.

## Bibliographie


Alexandre, Laurent. 2010. « Liberté, égalité, NBIC », *Les tribunes de la santé*, nº 4 : 75-83.

Bidanel, Jean-Pierre, Didier Boichard et Claude Chevalet. 2008. « De la génétique à la génomique », *INRA Productions animales*, vol. 21, nº 1 : 15-32.

Cork, David (en collaboration avec Susan Lightstone). 1998. *The Pig and the Python : How to prosper from the aging baby boom*. Toronto : Stoddart Publishing, 246 p.

Crimmins, Eileen, Yuan Zhang et Yasuhiko Saito. 2016. « Trends over 4 Decades in Disability-Free Life Expectancy in the United State », *American Journal of Public Health*, vol. 106, nº 7 : 1287-1293.

Del Castillo, Aida, et Maria Ponce. 2010. « La réglementation européenne en matière de nanotechnologies », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, nº 20 : 5-40.

Deprins, Dominique. 2013. « Our post-human future », *Forum de l'ACF-Belgique sur la réglementation de la santé mentale*, octobre 2013.

Dupuy, Jean-Pierre. 2004. « Quand les technologies convergeront », *Revue du MAUSS*, nº 1 : 408-417.

Eco-Santé. 2013. Eco-santé Québec 2013-2014 [Bases de données en libre accès en économie de la santé]. Repéré sur http://www.ecosante.fr/index2.php ?base=QUEB&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=.html.

Ferry, Luc. 2016. *La révolution transhumaniste : comment la technomédecine et l'uberisation du monde vont bouleverser nos vies*. Paris, Plon, 288 p.

Foot, David K. 1996 *Entre boom et l'écho : comment mettre à profit la réalité démographique*. Montréal : Les Éditions du Boréal, 307 p.

Fortin, Pierre 2016. « Immigration: ça manque d'huile dans les rouages… », dans *L'actualité*, 3 octobre 2016. Montréal. URL : http://www.lactualite.com/lactualite-affaires/immigration-ca-manque-dhuile-dans-les-rouages/

Gauvreau, Danielle, et Benoît Laplante. 2015. « Baby-boom et déclin de la fécondité : l'évolution paradoxale de la fécondité durant les années 1950 au Québec », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 24, nº 1 : 42-55.

Girard, Vincent, Pascale Estecahandy et Pierre Chauvin. 2009. *La santé des personnes sans chez soi : plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Repéré sur le site du ministère des Affaires sociales et de la Santé. URL : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf.

Henripin, Jacques. 1989. *Naître ou ne pas être*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, coll. « Diagnostic », nº 10, 144 p.

Institut de la statistique du Québec. 2015. *Le bilan démographique du Québec. Édition 2015,* 168 p.

Lapierre-Adamcyk, Évelyne, et Marie-Hélène Lussier. 2003. « De la forte fécondité à la fécondité désirée », dans Victor Piché et Céline Le Bourdais (dir.), *La démographie québécoise : enjeux du XXIe siècle*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal : 66-109.

*Le Figaro Magazine* (2016, 1er avril). « La science va-t-elle trop loin ? » : 33-41.

Légaré, Jacques. 2003. « Un siècle de vieillissement démographique », dans Victor Piché et Céline Le Bourdais (dir.), *La démographie québécoise : enjeux du XXIe siècle*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal : 176-192.

Légaré, Jacques. 2015. « Une belle occasion ratée : l'établissement d'un système universel et gratuit de garderies au Québec grâce à l'effet « Pig in the Python » pour les baby-boomers », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 44, nº 2 : 279-289.

Légaré, Jacques (en collaboration avec Yann Décarie et Jean-François Picard). 2016. QCF1050 – La situation démographique d'une société vieillissante, Repéré dans l'environnement StudiUM : https ://studium.umontreal.ca.

Légaré, Jacques et Carolyne Alix. 2004. « Du mariage à l'union libre, des enfants illégitimes aux naissances hors mariage : au Québec, plus qu'un changement de vocabulaire ! », dans Alain Gérard (dir.), *Des curés aux entrepreneurs : la Vendée au XX^e siècle*, La Roche-sur-Yon : Perrin : 523-547.

Légaré, Jacques, Michaël Boissonneault et Yann Décarie. 2014. *Vivre en institution : l'offre pourra-t-elle suivre la demande des baby-boomers ?* Rapport final de recherche de Jacques Légaré soumis à Santé Canada, intitulé « Un défi non étudié pour les baby-boomers, relié à une éventuelle non-disponibilité de soins et services », 88 p.

Légaré, Jacques, Yves Carrière, Yann Décarie et Jean-François Picard. 2013. « L'impact de l'immigration au Québec sur l'effet « The Pig in the Python » du baby-boom », *XXVII^e Congrès international de la population, UIESP*, République de Corée, Busan, août 2013.

*L'Express* (2016, 25 mai). « L'homme augmenté, vraiment ? », n^o 3386 : 86-89.

Mandich, Scott, et Rachel Margolis. 2014. « Changes in disability-free life expectancy in Canada between 1994 and 2007 », *Canadian Studies in Population*, vol. 41, n^os 1-2 : 192-208.

OCDE. 2005. Statistical Definition of Biotechnology. Repéré à http://www.oecd.org/sti/inno/statisticaldefinitionofbiotechnology.htm.

OCDE. 2009. Science and technology policy : Nanotechnology. URL : http://www.oecd.org/sti/nano/.

Péron, Yves. 2003. « Du mariage obligatoire au mariage facultatif », dans Victor Piché et Céline Le Bourdais (dir.), *La démographie québécoise : enjeux du XXI^e siècle*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal : 110-143.

Reuser, Mieke. 2010. *The effect of risk factors on disability : a multistate analysis of the U.S. health and retirement study*. Amsterdam, Rozenberg Publishers, 137 p.

Steiner, Pierre. 2008. « Sciences cognitives, tournant pragmatique et horizons pragmatistes », *Tracés : Revue de sciences humaines*, n^o 15 : 85-105.

Vallin, Jacques, et France Meslé. 2010. « Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par ans indéfiniment ? », *Population et sociétés*, n^o 473, 4 p.

Vaupel, James W. 1997. « The average French baby may live 95 or 100 years », dans Jean-Marie Robine, James W. Vaupel, Bernard Jeune et Michel Allard (ed.), *Longevity : to the limits and beyond*. Berlin, Springer : 11-27.

# Chapitre 3

# L'environnement économique et financier

*Pierre Fortin*

***La détérioration de l'environnement économique et financier a toujours pour effet de coincer la sécurité sociale entre un besoin accru de protection ressenti par les citoyens et un affaiblissement de la capacité de l'État de répondre financièrement à cette plus grande insécurité.***

TABLE DES MATIÈRES

Grande Dépression et demande de protection sociale . . . . . 89
Croissance des revenus de l'État et offre de sécurité sociale . . . . . 91
Détérioration de la conjoncture et évolution de la sécurité sociale . . . . . 95
Autonomie financière, éducation et intégration à l'emploi . . . . . 97
Amélioration de l'environnement et politique familiale . . . . . 100
Dans l'avenir… . . . . . 103
Constats et enjeux . . . . . 104
Bibliographie . . . . . 106

Le développement accéléré de la sécurité sociale au Canada et au Québec au courant des années 1960 peut s'interpréter en termes de demande et d'offre de protection sociale. D'un côté, la Grande Dépression des années 1930 et la récurrence de récessions et de ralentissements économiques dans l'après-guerre fouettent la demande de protection de la part de la population canadienne et québécoise. De l'autre, les revenus de l'État augmentent rapidement et rendent possible une offre élargie de protection en réponse à cette poussée de la demande. Néanmoins, la détérioration de la conjoncture économique et financière observée à compter de 1974, quoique associée à une insécurité croissante, amène progressivement les gouvernements à faire évoluer leurs politiques en matière de sécurité sociale avec un accent plus grand mis sur l'emploi et l'autonomie financière.

## GRANDE DÉPRESSION ET DEMANDE DE PROTECTION SOCIALE

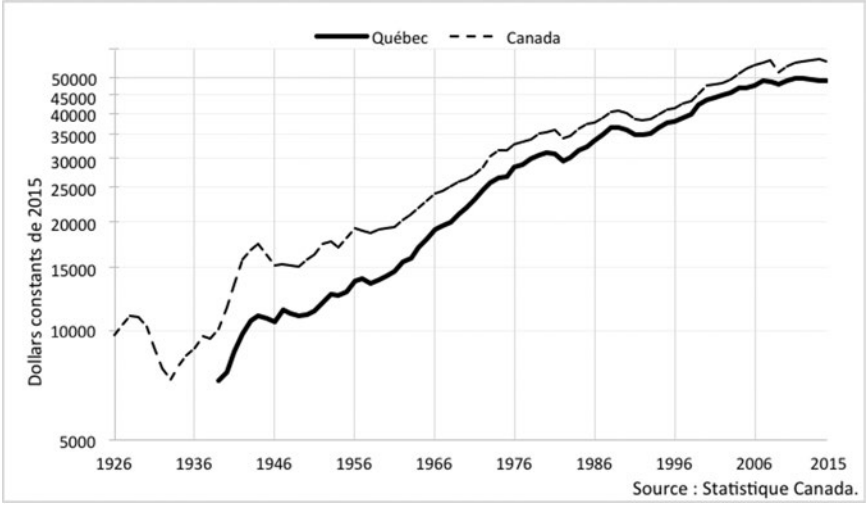
Du côté de la demande, la Grande Dépression marque la mémoire collective pour une génération ou deux. On peut voir au graphique 3.1 que le revenu réel par habitant[1] de l'ensemble du Canada chute de 34 % entre 1928 et 1933. Le graphique 3.2 en montre les répercussions sur le chômage. Parti d'un niveau inférieur à 2 % en 1928, le taux de chômage canadien grimpe en flèche jusqu'à 24 % en 1933[2]. À la suite de cette grande catastrophe économique, la nécessité de procurer à tous les citoyens une protection suffisante contre les aléas de la vie personnelle, familiale et collective devient une évidence incontestée.

L'idée que c'est à l'État de prendre en charge la stabilisation de l'économie et d'assurer une meilleure sécurité financière aux citoyens fait son chemin. L'État est la seule institution dont la taille peut permettre de prévenir d'autres dépressions économiques, d'atténuer et de corriger les récessions et d'instaurer un système de protection sociale universel et équitable. En 1945, le gouvernement fédéral publie son célèbre *Livre blanc sur l'emploi et le revenu*, qui exprime son intention de maintenir le plein emploi, de développer la sécurité sociale et de combattre les inégalités du revenu. Dans sa conception, ce livre blanc est grandement influencé par les idées de penseurs britanniques comme John Maynard Keynes et William Beveridge.

---

1. Le revenu réel par habitant mesure le pouvoir d'achat moyen d'une collectivité. Statistique Canada le calcule en divisant le produit intérieur brut par le prix moyen de tous les achats des résidents (prix de la « demande intérieure finale ») et par la population totale. Éliminer l'effet de l'inflation permet d'exprimer les unités de pouvoir d'achat qui en résultent en dollars constants de 2015. Le revenu réel du Québec ne peut être obtenu directement qu'à partir de 1971. Je l'ai approximé pour la période 1939-1971 en raccordant les données au revenu personnel (disponible pour cette période) et en divisant par l'indice des prix à la consommation de Montréal.
2. Les taux de chômage provinciaux ne sont disponibles qu'à partir de 1946.

Graphique 3.1
**Revenu réel par habitant, Canada et Québec, 1926-2015 (unités comparables de pouvoir d'achat, échelle semi-logarithmique)**



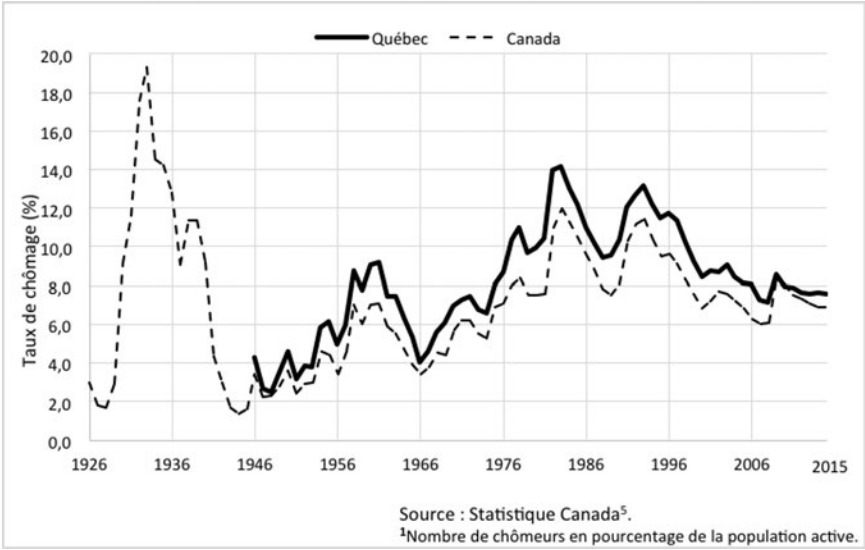

La Seconde Guerre mondiale donne l'occasion à Ottawa de démontrer sa capacité de soutenir l'économie et d'accroître sa taille à un niveau compatible avec les nouveaux objectifs de stabilisation économique et de sécurité sociale en même temps que de sécurité militaire. Le graphique 3.1 montre que, soutenue par l'effort de guerre, la reprise est fulgurante de 1938 à 1944. Le revenu réel par habitant du Canada se dégage des affres de la Dépression et explose littéralement. Sa progression annuelle est supérieure à 10 %, ce qui lui fait faire un bond cumulatif de 81 % en seulement six ans. En même temps, comme l'indique le graphique 3.2, le taux de chômage redescend à son point de départ de 1928, soit en dessous de 2 % au Canada et autour de 3 % au Québec.

Malgré l'essor économique durant la guerre, la population continue à craindre que des récessions semblables à celles de 1930-1933 et 1937-1938 frappent l'économie à nouveau. Cette appréhension n'est pas dépourvue de fondement, puisque la croissance économique continue à fluctuer dans l'après-guerre. Le graphique 3.2 illustre l'effet sur le chômage de la récession de 1954, de la récession puis de la stagnation prolongée de 1957 à 1963, et du ralentissement de 1970 à 1972. Ces reculs périodiques de l'emploi frappent le Québec plus durement que le reste du

3. Statistique Canada, Tableaux CANSIM 051-0001, 051-0024, 326-0021, 380-0017, 380-0047, 380-0050, 380-0064, 380-0567, 384-0015, 384-0018, 384-0038 ; Statistique Canada, Statistiques historiques du Canada, numéro 11-516-X au catalogue, série K26.

pays. Les discours du budget du gouvernement Lesage ne manquent d'ailleurs pas de le souligner[4].

Graphique 3.2
**Taux de chômage[1], Canada et Québec, 1926-2015**



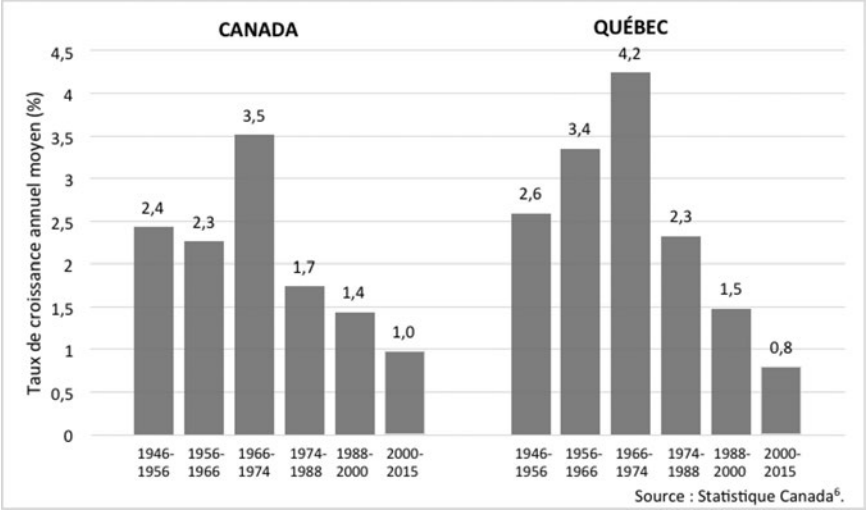

Source : Statistique Canada[5].
[1]Nombre de chômeurs en pourcentage de la population active.

## CROISSANCE DES REVENUS DE L'ÉTAT ET OFFRE DE SÉCURITÉ SOCIALE

Du côté de l'offre, les revenus de l'État connaissent naturellement une forte poussée pendant la guerre. La surprise est que la poussée se poursuit dans l'après-guerre. De 1946 à 1974, les ressources financières tirées de l'économie par les trois ordres de gouvernement au Canada progressent à vive allure. Quatre facteurs concomitants sont à la base de cet essor inattendu du secteur public canadien : (1) malgré quelques pauses, la croissance économique est très vigoureuse de 1946 à 1974 ; (2) l'État fédéral, qui a acquis un poids fiscal considérable pendant la guerre, décide de le maintenir dans l'après-guerre ; (3) les provinces ont la possibilité d'accroître leur propre espace fiscal ; et (4) elles obtiennent en plus un financement fédéral conjoint pour les nouveaux programmes sociaux qui relèvent de leur compétence. Examinons ces quatre facteurs tour à tour.

4. Voir notamment celui d'avril 1963 dans Province de Québec, *Discours du budget prononcé à l'Assemblée législative de Québec par l'honorable Jean Lesage, premier ministre et ministre des Finances, le 5 avril 1963*, Québec, chap. III.
5. Statistique Canada, Tableau CANSIM 282-0002 ; *idem*, Statistiques historiques du Canada, numéro 11-516-X au catalogue, séries D128, D132, D138, D142, D493.

Graphique 3.3
**Taux de croissance annuel moyen du revenu intérieur réel par habitant, Canada et Québec, diverses périodes, 1946-2015**

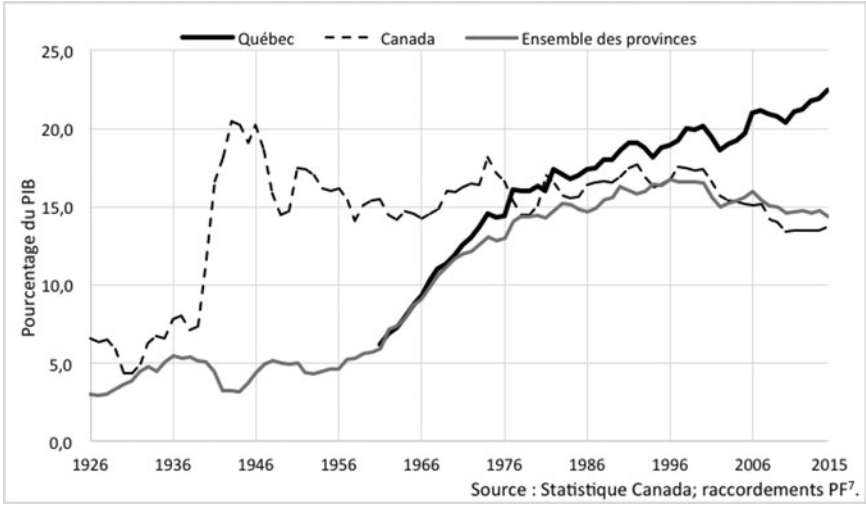



Premièrement, bien qu'elle connaisse certaines fluctuations, la croissance économique est solide en tendance. Après le ralentissement accompagnant la fin des opérations militaires de 1944 à 1946, l'économie s'installe en mode accéléré pendant près de 30 ans. Le graphique 3.3 décrit cette évolution. Dans l'ensemble du Canada, le revenu réel par habitant progresse de 2,4 % par année de 1946 à 1956, de 2,3 % de 1956 à 1966 et de 3,5 % de 1966 à 1974. Les résultats sont encore meilleurs au Québec. La croissance annuelle du revenu réel par habitant y affiche successivement 2,6 %, 3,4 % et 4,2 % au cours de ces trois périodes. Les revenus des contribuables étant la principale source des revenus gouvernementaux, les rentrées d'argent dans les coffres de l'État progressent rapidement, même après soustraction de l'effet de l'inflation.

La poussée de l'économie favorise le développement de la sécurité sociale de deux manières. D'une part, quand leurs revenus sont croissants, les contribuables sont moins réticents à en partager une partie avec ceux et celles qui en manquent. D'autre part, quand les revenus de l'État sont plus abondants, l'expansion des dépenses sociales (entre autres) devient financièrement possible.

6. Données du graphique 3.1.

Graphique 3.4
**Revenus autonomes des administrations publiques en pourcentage du PIB, 1926-2015**



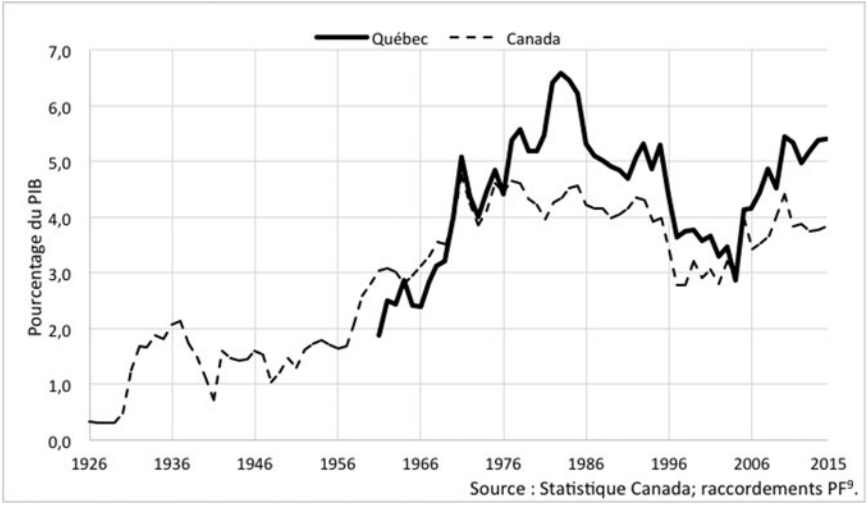

Deuxièmement, dans l'après-guerre, les revenus de l'État ne redescendent pas à leur niveau d'avant l'éclatement du conflit militaire. Au contraire, la fiscalité canadienne absorbe une part considérablement accrue du PIB. Le graphique 3.4 fait ressortir cette évolution. En 1928, avant la Dépression, les revenus fédéraux vont chercher 6 % du PIB canadien. Après avoir fluctué pendant les années 1930, ils explosent à 20 % du PIB sous le régime fiscal de guerre. Mais par la suite, plutôt que de ramener sa fiscalité au niveau de 6 % antérieur à la guerre, Ottawa la maintient autour de 15 % du PIB.

Troisièmement, du côté des provinces, le même graphique 3.4 indique que la part de leurs revenus autonomes[8] dans le PIB demeure assez stable autour de 3 % à 5 % entre 1928 et le milieu des années 1950. À partir de ce moment, elle se met à grimper en flèche. Le graphique montre que c'est particulièrement le cas pour les revenus autonomes du gouvernement québécois, qui atteignent 15 % du PIB provincial en 1974.

7. Statistique Canada, Tableaux CANSIM 380-0017, 380-0022, 380-0064, 380-0080, 380-0542, 380-0567, 384-0004, 384-0015, 384-0023, 384-0038, 384-0047, 384-0047 ; Institut de la statistique du Québec, Comptes économiques des revenus et dépenses du Québec, Édition 2015 (révisée).
8. Les revenus autonomes des gouvernements provinciaux comprennent leurs impôts, taxes et cotisations (sauf celles des régimes de rentes publics) et leurs revenus de propriété. Les transferts fédéraux sont exclus.

Enfin, quatrièmement, à partir de 1957 les provinces bénéficient d'une expansion notable des transferts reçus du gouvernement fédéral. D'un côté, Ottawa vise à réduire les disparités entre les provinces en matière de capacité fiscale en versant des paiements de péréquation aux provinces moins nanties. De l'autre, il verse des paiements de transfert incitatifs aux provinces afin qu'elles s'engagent financièrement dans les nouveaux programmes fédéraux en matière sociale, lesquels relèvent en fait de leur compétence (hospitalisation, soins médicaux, enseignement supérieur, assistance publique). On peut voir au graphique 3.5 que les transferts fédéraux aux provinces représentent moins de 2 % du PIB avant 1957, mais qu'ils augmentent ensuite plus rapidement que l'économie. En 1975, ils atteignent 4,5 % du PIB au Québec comme dans l'ensemble des provinces.

Graphique 3.5
**Transferts fédéraux versés à l'ensemble des provinces et au Québec en pourcentage du PIB, 1926-2015**




Ainsi, du milieu des années 1940 jusqu'au milieu des années 1970, la croissance économique est rapide, Ottawa conserve une bonne partie du poids fiscal accru dont il a hérité de la guerre, la fiscalité provinciale absorbe à son tour une part croissante du PIB, et les transferts fédéraux aux provinces prennent le chemin de l'expansion. Au Québec, les données sous-jacentes aux graphiques 3.4 et 3.5 indiquent qu'on peut attribuer 40 % de l'augmentation des revenus de

9. Graphique 3.4.

l'administration provinciale[10] qui a lieu de 1961 à 1974 à la croissance économique, 45 % au poids accru de la fiscalité et 15 % à la hausse des transferts fédéraux.

C'est ainsi que l'État peut se faire Providence et répondre dans une plus grande mesure qu'antérieurement à la demande explicite des citoyens en faveur d'une sécurité sociale élargie. Sur le plan macroéconomique, l'introduction de stabilisateurs automatiques du revenu comme la santé et la sécurité du travail, l'assurance-chômage (maintenant l'assurance-emploi) et l'assistance sociale, de même que l'importance accrue accordée aux impôts progressifs sur le revenu constituent une avancée notable dans l'atténuation de l'amplitude des cycles économiques dans les années de l'après-guerre. L'économie canadienne et québécoise en bénéficie encore aujourd'hui.

## DÉTÉRIORATION DE LA CONJONCTURE ET ÉVOLUTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'environnement économique et financier change cependant complètement après 1974. En premier lieu, la croissance économique ralentit nettement en tendance. Le graphique 3.1 permet de situer le point d'inflexion de la croissance vers 1974. Le graphique 3.3 ajoute le détail. Les trois périodes 1974-1988, 1988-2000 et 2000-2015 affichent des taux de croissance du revenu réel par habitant de plus en plus faibles. Depuis 15 ans, la croissance n'a pas dépassé 1 % ni au Canada ni au Québec. L'accélération de 1946 à 1974 est remplacée par la décélération de 1974 à 2015.

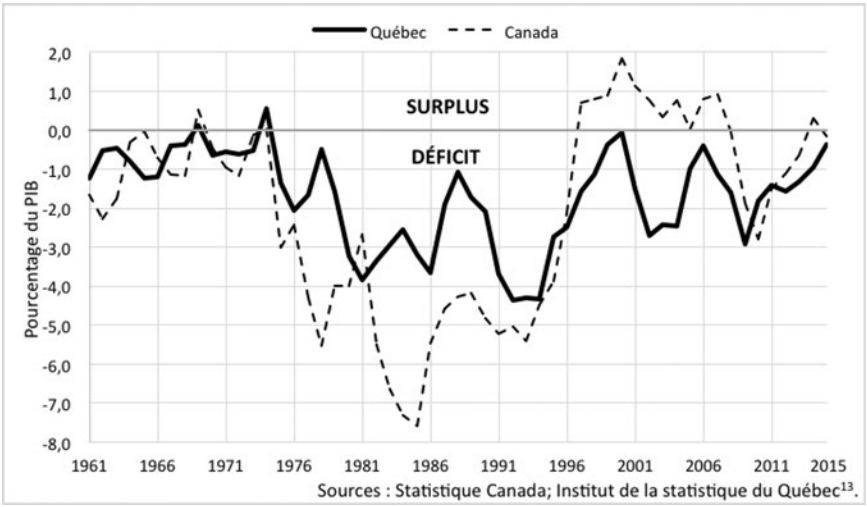
En deuxième lieu, de 1975 à 1996, le Canada et le Québec traversent une période prolongée de chômage élevé et persistant. Les récessions canadiennes de 1982-1983 et de 1991-1993 valent au Québec des pointes respectives de chômage de 14,2 % et de 13,2 % (graphique 3.2) et des taux d'assistance sociale atteignant 11,8 % en 1985 et 12,8 % en 1996[11]. Ces récessions, les plus graves depuis la Crise de 1930-1933, sont provoquées par la banque centrale afin d'abattre les taux d'inflation de 8 % à 10 % hérités des crises pétrolières de 1973 et 1978. Le chômage élevé a accru l'insécurité éprouvée par l'ensemble des citoyens.

En troisième lieu, la période de 1975 à 1996 est passablement éprouvante pour les finances publiques fédérales et provinciales. Comme l'illustre le graphique 3.6, à Ottawa comme à Québec le ralentissement tendanciel de la croissance économique et les deux récessions de 1982-1983 et 1991-1993 se traduisent par

10. Exprimés en pouvoir d'achat réel par habitant.
11. Voir le chapitre 12 pour plus d'informations concernant les taux d'assistance sociale, dont le graphique 12.2

une suite de déficits budgétaires importants[12]. Afin de redresser la situation, les deux gouvernements ont recours à des compressions sévères de dépenses, qui ne sont pas sans affecter les dépenses sociales à Ottawa et dans les provinces. Le fédéral réduit considérablement ses transferts aux provinces. On voit au graphique 3.5 que les transferts fédéraux versés au Québec passent de 6,6 % du PIB en 1985 à 2,9 % en 2004. En 1996, la réforme fédérale de l'assurance-emploi réduit tout d'un coup le montant des prestations ordinaires versées de plus de 10 %. De son côté, le gouvernement du Québec réagit en partie en augmentant ses impôts et taxes (graphique 3.4), en plus de couper lui aussi dans ses dépenses de programmes. Elles diminuent cumulativement de 5 % de 1995 à 1997, les répercussions étant particulièrement importantes en santé et services sociaux.

Graphique 3.6
**Soldes budgétaires du gouvernement fédéral et du gouvernement du Québec en pourcentage du PIB, 1961-2015**



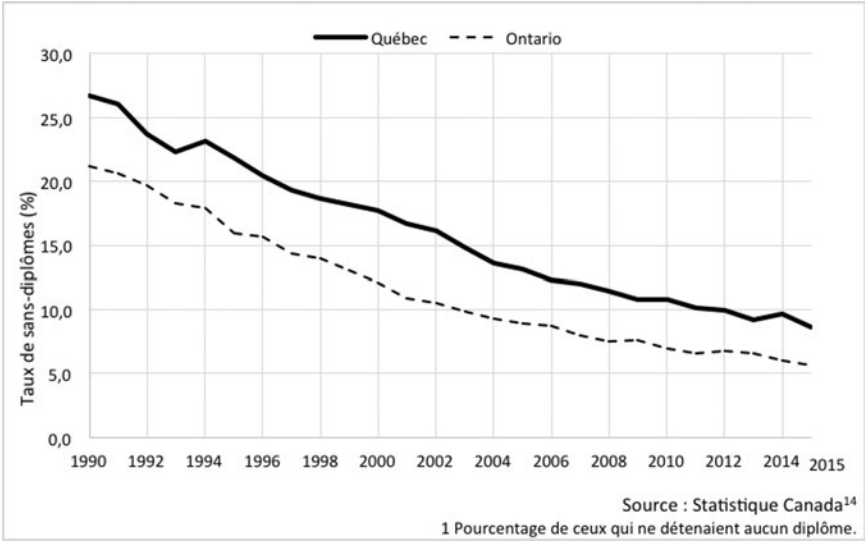

La détérioration de l'environnement économique et financier entre 1975 et 1996 a pour effet de coincer la sécurité sociale entre un besoin accru de protection ressenti par les citoyens et un affaiblissement de la capacité de l'État de répondre financièrement à cette plus grande insécurité. Au niveau fédéral, on se concentre sur la lutte contre la pauvreté des aînés et des enfants. Pour les premiers, le

12. Les soldes budgétaires reproduits au graphique 3.6 sont conformes à la définition de la capacité nette (+) ou des besoins nets (-) de financement utilisée par le Fonds monétaire international et Statistique Canada, laquelle inclut les immobilisations dans le total des dépenses.
13. Graphique 3.4.

Supplément de revenu garanti et l'Allocation au conjoint, qui complètent la pension de base de la Sécurité de la vieillesse, ont été bonifiés périodiquement. Pour les seconds, la Prestation fiscale pour enfants est introduite1993 en remplacement de mesures existantes et un supplément est ajouté en 1998.

Au niveau québécois, jusqu'en 1996 les contraintes financières limitent le développement de la sécurité sociale à quelques additions, dont l'assurance automobile lancée en 1977 et l'assurance médicaments votée en 1996.

Graphique 3.7
**Taux de sans-diplômes de la population de 25 à 44 ans, Québec et Ontario, 1990-2015**




Source : Statistique Canada[14]
1 Pourcentage de ceux qui ne détenaient aucun diplôme.

## AUTONOMIE FINANCIÈRE, ÉDUCATION ET INTÉGRATION À L'EMPLOI

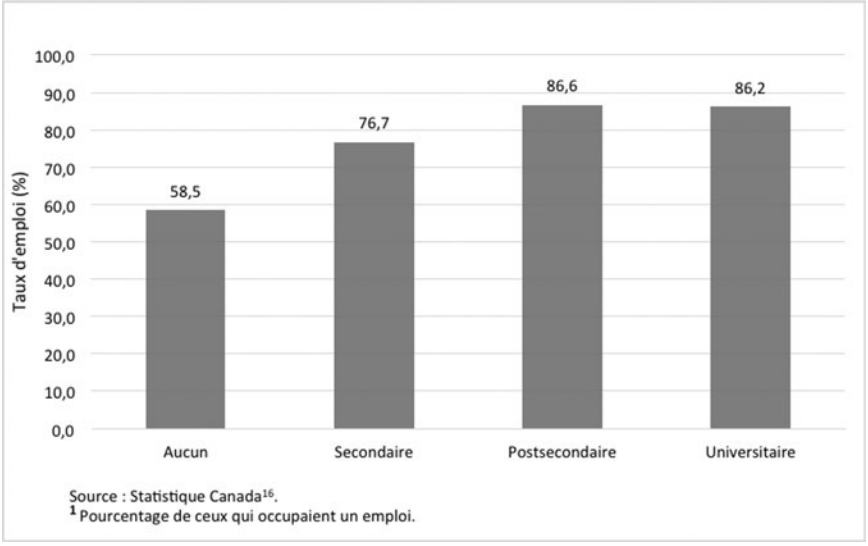
Si la conjoncture économique et budgétaire rend difficile d'élargir l'offre gouvernementale de protection sociale au cours de la période 1975-1996, il reste possible d'améliorer l'équilibre social en agissant sur la demande de protection elle-même. Les interventions gouvernementales visent ainsi de plus en plus directement l'acquisition de l'autonomie financière par les citoyens et, avant tout, leur intégration durable au marché du travail. Une bonne intégration à l'emploi entraîne des recours moins fréquents et moins longs à l'assurance-emploi et à l'aide sociale et elle améliore la santé et le bien-être à la longue.

14. Statistique Canada, Tableau CANSIM 282-0004.

Le meilleur point de départ en direction de l'autonomie financière et de l'intégration au marché du travail est l'acquisition d'un premier diplôme : diplôme d'études secondaires (DES) ou l'équivalent. Cet objectif est à la base de la révolution éducative amorcée au Québec dans les années 1960. Le combat contre le décrochage scolaire prend encore plus d'ampleur à partir de 1990. Le graphique 3.7 confirme que les résultats sont au rendez-vous. Le taux de sans-diplômes de la population québécoise des jeunes adultes (25 à 44 ans), c'est-à-dire le pourcentage de ceux qui ne détiennent aucun diplôme, passe de 27 % en 1990 à 9 % en 2015. Il reste encore quelques unités de pourcentage à retrancher pour rattraper l'Ontario à 6 %, mais c'est dans la bonne voie[15].

Graphique 3.8

**Taux d'emploi[1] de la population de 25 à 54 ans, selon le plus haut diplôme obtenu, Québec, 2015**




Source : Statistique Canada[16].
[1] Pourcentage de ceux qui occupaient un emploi.

On ne saurait trop insister, dans cette optique, sur le fait que le taux d'emploi et la rémunération sont étroitement liés au niveau de scolarité atteint. Plus on est scolarisé, plus on est actif, moins on chôme, mieux on est rémunéré et moins on a recours à la sécurité sociale. Les graphiques 3.9 et 3.10 en témoignent

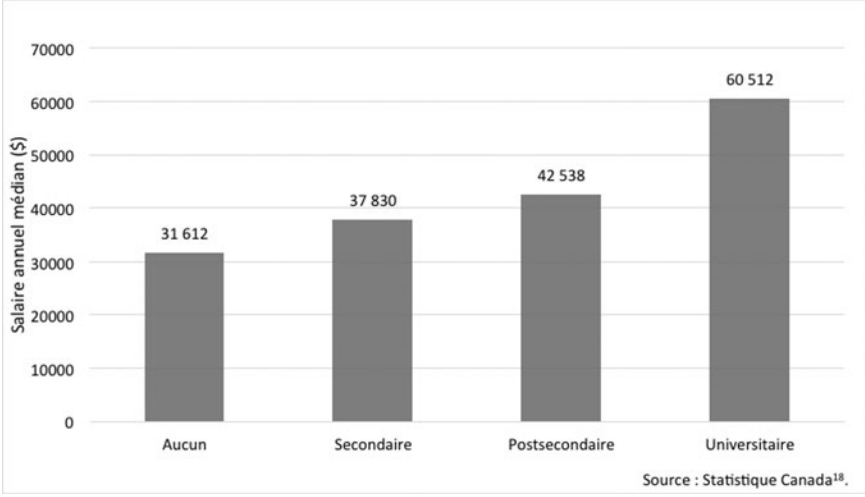
15. C'est aussi dans la bonne voie en matière de qualité des résultats. Par exemple, les jeunes de 15 ans du Québec se classent tout près du sommet mondial et en tête des provinces canadiennes pour le score en mathématiques évalué par l'enquête périodique du Programme international de suivi des acquis (PISA) de l'OCDE. Voir Conseil des ministres de l'Éducation, *À la hauteur : résultats canadiens de l'étude PISA de l'OCDE*, Toronto, 2013.
16. Statistique Canada, Tableau CANSIM 282-0004.

éloquemment. Ils démontrent que la détention d'un premier diplôme fait faire des sauts considérables au taux d'emploi et au taux de rémunération. La vaste documentation de recherche sur la nature du lien statistique entre le niveau de revenu et le niveau d'éducation est que ce lien est puissant et qu'il est vraiment de nature causale[17] : plus d'éducation cause plus de revenu autonome, et plus de revenu autonome signifie un besoin moindre de protection sociale.

La filière éducation-emploi est bien connue et doit rester le fer de lance de l'autonomie financière. Mais la principale innovation du Québec depuis vingt ans est ailleurs. Elle consiste à lancer un éventail de nouvelles mesures qui, tout en améliorant la sécurité sociale, ont systématiquement cherché à renforcer sa connexion avec l'emploi.

Graphique 3.9

**Salaire annuel médian des travailleurs de 25 à 54 ans qui ont occupé un emploi toute l'année à plein temps selon le plus haut diplôme obtenu, Québec, 2010 (en dollars)**

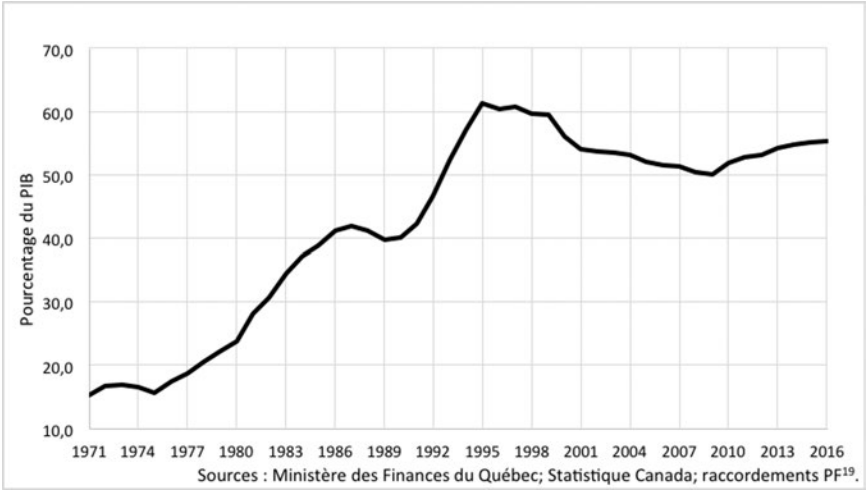



17. La référence maintenant classique sur la question est l'article synthèse du professeur David Card, de l'Université de Californie (Berkeley), intitulé « The causal effect of education on earnings » et publié dans le volume 3A du *Handbook of Labor Economics*, sous la direction d'O. Ashenfelter et D. Card, North Holland, Amsterdam, 1999, p. 1801-1863.
18. Statistique Canada, *Enquête nationale sur les ménages 2011*, numéro au catalogue 99-014-X2011041.

## AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT ET POLITIQUE FAMILIALE

L'environnement économique et financier s'améliore dans la seconde moitié des années 1990. D'une part, le Québec bénéficie, en même temps que les autres provinces, d'une reprise économique passablement vigoureuse après la récession de 1991-1993 et la stagnation qui a suivi. De 1996 à 2007, le revenu réel par habitant croît au taux annuel moyen de 2,4 %. D'autre part, le gouvernement du Québec procède à un redressement de ses finances. Ce redressement n'est pas que passager, mais il s'inscrit de manière durable dans la Loi sur l'équilibre budgétaire de 1996. Le graphique 3.11 montre que l'engagement législatif du gouvernement à équilibrer son budget annuel a entraîné un virage fondamental dans l'évolution du poids de sa dette dans le PIB. Après 25 ans d'ascension, la dette brute du Québec a atteint un sommet de 61 % du PIB en 1995. À partir de cette date, l'équilibre budgétaire imposé force une diminution continuelle jusqu'à 50 % du PIB au début de la récession de 2009. Depuis lors, afin de soutenir la reprise, le gouvernement a laissé remonter le ratio dette/PIB à 55 %, mais a l'intention de le ramener à 50 % dans les années à venir. L'évolution du service de la dette lui-même est encore plus favorable étant donné la forte réduction des taux d'intérêt à l'emprunt au niveau international depuis 25 ans.

Graphique 3.10
**Dette brute du Gouvernement du Québec en pourcentage du PIB, mars 1971 à mars 2016**

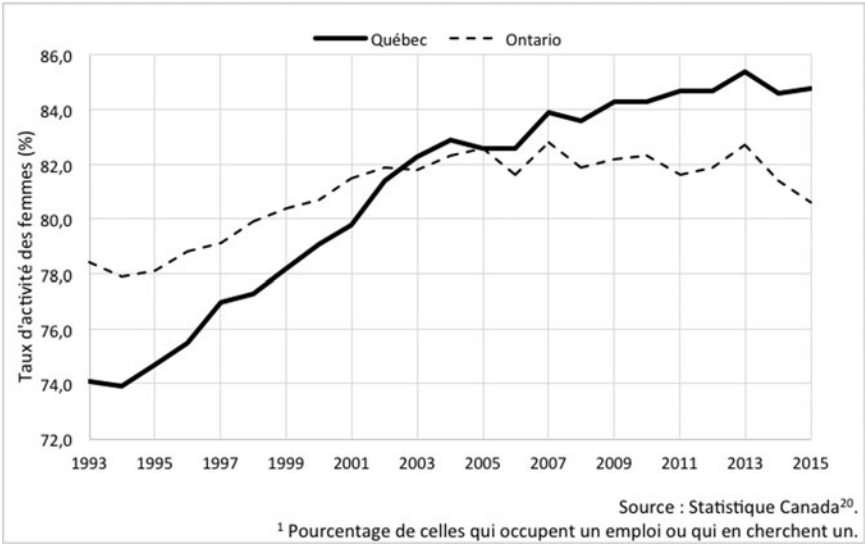



Sources : Ministère des Finances du Québec; Statistique Canada; raccordements PF[19].

19. Ministère des Finances du Québec, *Le Plan économique du Québec*, renseignements additionnels 2016-2017, mars 2016; Statistique Canada, Tableaux CANSIM 384-0015, 384-0038.

Dans ce contexte redevenu favorable, un assemblage de mesures donne naissance à une nouvelle politique familiale étroitement liée au marché du travail. En 1997, l'introduction des services de garde éducatifs à 5 dollars et l'élimination de la composante enfant de la prestation d'aide sociale favorisent la présence sur le marché du travail. Le salaire minimum, maintenu à moins de 40 % du salaire moyen depuis 1985, est porté à 46 % en 1998 et indexé pour maintenir ce rapport par la suite. En 2005, une prime au travail s'ajoute à la rémunération des petits salariés ayant des responsabilités familiales. En 2006, le Régime québécois d'assurance parentale vient renforcer la protection offerte aux jeunes parents qui s'absentent temporairement du marché du travail à la suite de la naissance ou de l'adoption d'un enfant.

Graphique 3.11
**Taux d'activité des femmes de 25 à 44 ans[1], Québec et Ontario, 1993-2015**




Source : Statistique Canada[20].
[1] Pourcentage de celles qui occupent un emploi ou qui en cherchent un.

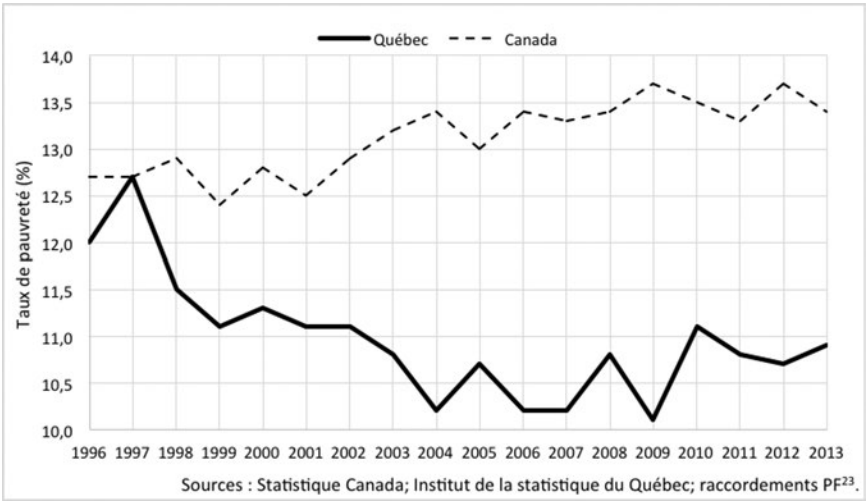
Les graphiques 3.11 et 3.12 fournissent des preuves circonstancielles, mais assez convaincantes, des conséquences favorables de ce train de mesures sur le bien-être des familles québécoises. Le graphique 3.11 montre que le taux d'activité des Québécoises de 25 à 44 ans retardait de 4 unités de pourcentage sur celui des Ontariennes de la même catégorie d'âge en 1993, mais le devance de 4 unités 22 ans plus tard en 2015. La forte augmentation du niveau de scolarisation des femmes explique sans aucun doute une partie de la performance du taux d'activité

20. Statistique Canada, Tableau CANSIM 282-0002.

féminin au Québec, mais il est aussi notable que l'ascension du taux québécois survient peu de temps après l'entrée en vigueur du nouveau système de garderies à tarif réduit[21]. Une recherche récente a estimé qu'en raison des « garderies à 7 dollars » le nombre de femmes en emploi au Québec en 2008 était supérieur de 70 000 à ce qu'il aurait été sans ce système[22].

Comme précisé dans le chapitre 11 sur la politique familiale, cette période est également caractérisée par une diminution de 40 % du nombre de familles monoparentales prestataires de l'assistance sociale. La baisse de la clientèle n'a été retardée ni par le ralentissement économique de 2001 ni par la récession de 2009.

Graphique 3.12
**Taux de pauvreté, Canada et Québec, 1996-2013[23]**




21. Au cours des 15 dernières années, le taux d'activité féminin s'est aussi fortement accru dans les provinces de l'Atlantique. Il s'agit plutôt, dans ce cas, d'une conséquence de l'augmentation de 30 % du PIB réel par habitant d'âge actif dans ces provinces par suite de l'essor du secteur pétrolier. Au Québec, pendant ce temps, la hausse de cet indicateur de l'activité économique n'a été que de 19 %.
22. Pierre Fortin, Luc Godbout et Suzie St-Cerny, « L'impact des services de garde à contribution réduite du Québec sur le taux d'activité féminin, le revenu intérieur et les budgets gouvernementaux », *Interventions économiques/Papers in Political Economy*, nº 47, 2013.
23. Institut de la statistique du Québec, Statistiques sur le faible revenu, à l'adresse http://www,stat,gouv,qc,ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/faible-revenu/index,html ; Statistique Canada, Tableau CANSIM 206-0041.

Enfin, le graphique 3.12 compare l'évolution du taux de pauvreté au Canada et au Québec de 1996 à 2013[24]. On constate que ce taux a diminué de 2 unités de pourcentage au Québec, principalement entre 1996 et 2004, tandis qu'il a augmenté d'une unité dans l'ensemble du Canada. Ce résultat donne à croire que les mesures de politique familiale et sociale en lien avec le marché du travail adoptées par le Québec depuis 1996 ont eu des effets favorables au bas de l'échelle socioéconomique.

## DANS L'AVENIR…

L'avenir économique et financier immédiat du Québec ne sera pas facile, car il a commencé à affronter le vieillissement démographique. Comme précisé dans les chapitres suivants, le défi que cela pose à la sécurité sociale en matière de santé, de services sociaux et de régimes de retraite est de taille.

La population québécoise de 15 à 64 ans, principal bassin de travailleurs potentiels, devrait baisser cumulativement de 90 000 personnes entre 2016 et 2025. L'importante génération des baby-boomers, présentement âgée de 55 à 70 ans, a commencé à quitter la vie active pour passer à la retraite. Il y aura de moins en moins de gens au travail pour soutenir la population croissante de leurs parents vieillissants. Ce n'est pas la performance économique du Québec comme telle, c'est-à-dire l'évolution de son PIB réel par habitant de 15 à 64 ans, qui va en souffrir, mais bien plutôt son niveau de vie moyen – son revenu réel par habitant de tout âge – qui sera tiré vers le bas par le rapport décroissant entre sa population de 15 à 64 ans et sa population de 65 ans ou plus. La tendance est déjà visible au graphique 3.1, où l'on peut observer que le revenu réel par habitant du Québec n'a pas augmenté du tout de 2007 à 2015.

Le Québec pourra-t-il éviter la stagnation de son niveau de vie et de sa sécurité sociale dans les années à venir ? C'est possible, s'il réussit à gagner encore quelques points en matière d'emploi et à faire décoller sa productivité – la valeur produite par heure travaillée.

Promouvoir l'emploi sera plus difficile dans l'avenir et le principal pilier de la croissance québécoise des 15 dernières années, le taux d'activité féminin, ne pourra pas augmenter aussi vite à mesure qu'il s'approche du sommet mondial. Il a d'ailleurs sensiblement ralenti depuis 2007, comme on a pu le constater au graphique 3.11. Sur le plan international, le taux d'activité des Québécoises n'est plus maintenant dépassé pour la peine que par les taux des Suissesses et des Suédoises.

---

24. Il s'agit de la définition internationale, suivant laquelle le taux de pauvreté d'une région est le pourcentage des personnes vivant dans les ménages dont le revenu après impôts et transferts est inférieur à 50 % du revenu médian de cette région.

Le Québec peut néanmoins promouvoir le taux d'emploi de sa population d'âge actif en soutenant les services de garde éducatifs à l'enfance (bien que les effets soient à long terme), en appuyant sur la persévérance scolaire à tous les niveaux, en aidant les nouveaux immigrants à s'intégrer plus rapidement au marché du travail et en enlevant les obstacles qui pourraient rester à la participation des femmes et des personnes plus âgées à la population active.

Promouvoir la productivité – la valeur produite par heure travaillée – est tout un contrat. Les suggestions suivantes en la matière ne sont pas nouvelles, mais leur importance est telle qu'on ne perd jamais rien à les remettre de l'avant : développer le talent entrepreneurial et managérial, combattre les monopoles, protéger les accords de libre-échange existants et en susciter de nouveaux, encourager l'expansion de multinationales québécoises, réviser l'efficacité et l'équité des crédits d'impôt pour la recherche et le développement, revoir nos façons de faire en santé et en services sociaux, réparer et développer nos infrastructures, remplacer les crédits d'impôt de complaisance par des règles fiscales générales et remplacer une partie de l'impôt sur le revenu par des taxes à la consommation. Il y a du jeu pour progresser plus vite, puisque notre productivité retarde de 15 % à 20 % sur celle des États-Unis et de certains pays européens.

Le cas échéant, plus d'emploi et plus de productivité entraîneront une croissance économique plus solide (et verte !) et nous permettront de compléter le développement de notre sécurité sociale.

## CONSTATS ET ENJEUX

Au Québec, la sécurité sociale connaît deux périodes de développement accéléré, soit les années 1960 et la décennie 1996-2007, avec une période de ralentissement intercalée entre les deux. Les hauts et les bas de l'environnement économique et financier jouent un rôle important dans cette évolution.

Au départ, dans les années 1930, la Grande Dépression entraîne une forte demande de sécurité et de protection de la part de tous les citoyens. La possibilité de répondre financièrement à cette demande se présente dès lors que les revenus de l'État connaissent une forte poussée pendant la Seconde Guerre mondiale, en 1939-1945, et dans les 30 années qui suivent, de 1946 à 1974. La croissance économique est vigoureuse, l'État fédéral maintient le poids fiscal accru qu'il a acquis pendant la guerre, les provinces sont en mesure d'accroître leur propre espace fiscal et elles obtiennent en même temps un financement fédéral conjoint pour les nouveaux programmes sociaux qui relèvent de leur compétence. Ces évolutions aboutissent à une forte poussée de la sécurité sociale dans les années 1960, dans la foulée de la Révolution tranquille.

Cependant, l'environnement économique et financier change après 1974. La croissance économique ralentit en tendance et deux graves récessions frappent, soit en 1982-1983 et 1991-1993. La période de 1975 à 1996 connaît un chômage élevé et persistant et des difficultés récurrentes pour les finances publiques. La sécurité sociale se trouve coincée entre un besoin accru de protection ressenti par les citoyens et un affaiblissement de la capacité de l'État de répondre financièrement à cette plus grande insécurité. Au niveau fédéral, on se concentre sur la lutte contre la pauvreté (aînés et enfants), on réduit les transferts aux provinces et on coupe dans l'assurance-emploi. Au niveau québécois, le développement de la sécurité sociale se limite à quelques additions, dont l'assurance automobile en 1977 et l'assurance médicaments en 1996.

Les interventions gouvernementales visent alors plutôt l'objectif d'acquisition de l'autonomie financière par les citoyens, afin de réduire la fréquence et la durée des recours à la sécurité sociale. La voie classique de l'éducation, étroitement liée au relèvement des taux d'emploi et de rémunération, est empruntée, mais l'État s'engage dans un éventail de réformes qui cherchent systématiquement à renforcer la connexion avec l'emploi.

Par bonheur, l'environnement économique et financier s'améliore de 1996 à 2007. Une bonne reprise économique se produit et les gouvernements procèdent à un redressement profond et durable de leurs finances. Dans ce contexte favorable, au Québec, un assemblage de mesures donne naissance à une nouvelle politique familiale étroitement liée au marché du travail. Avec l'ajout de certaines mesures, dont la hausse du salaire minimum et l'introduction d'une prime au travail, s'ensuivent une ascension spectaculaire du taux d'activité féminin et une réduction du taux de pauvreté du Québec, passé très en dessous de la moyenne canadienne.

L'avenir économique et financier immédiat du Québec ne sera pas facile, du fait d'un fort vent de face : le vieillissement démographique. Le défi que cela pose à la sécurité sociale en matière de santé, de services sociaux et de régimes de retraite est de taille. Il y aura de moins en moins de gens au travail pour soutenir avec leurs impôts (et leur amour filial) la population croissante de parents vieillissants. Le Québec peut néanmoins éviter la stagnation de son niveau de vie et de sa sécurité sociale dans les années à venir s'il réussit à gagner encore quelques points en matière d'emploi et à faire décoller sa productivité – la valeur produite par heure travaillée.

## Bibliographie

Ashenfelter, Orley, et David Card (ed.). 1999. *Handbook of Labor Economics*. Vol 3. Pays-Bas : ELSEVIER, 2354 p.

Brochu, Pierre et collab. 2013. *À la hauteur : résultats canadiens de l'étude PISA de l'OCDE. Le rendement des jeunes du Canada en mathématiques, en lecture et en sciences*. Toronto : Conseil des ministres de l'Éducation (Canada), 93 p.

Fortin, Pierre, Luc Godbout et Suzie St-Cerny. 2013. « L'impact des services de garde à contribution réduite du Québec sur le taux d'activité féminin, le revenu intérieur et les budgets gouvernementaux ». *Interventions économiques/Papers in Political Economy,* nº 47.

OCDE. 2103. *Cadre d'évaluation et d'analyse du cycle PISA 2012 : compétences en mathématiques, en compréhension de l'écrit, en sciences, en résolution de problèmes et en matières financières*. Paris : Éditions OCDE, 284 p.

Province de Québec. 1963. *Discours du budget prononcé à l'Assemblée législative de Québec par l'honorable Jean Lesage, premier ministre et ministre des Finances, le 5 avril 1963*. Québec, 163 p.

# Chapitre 4

# La révolution des genres de vie

*Simon Langlois*[1]

***La sécurité sociale provoque des changements dans les genres de vie, mais ces derniers exigent aussi des ajustements constants dans les politiques au fil des ans.***

TABLE DES MATIÈRES

**Mutation des modes de vie familiaux et montée de la vie en solitaire** . . . . . **109**

**Mutation de la stratification sociale** . . . . . **112**

**Revenus et niveaux de vie** . . . . . **116**

Les revenus individuels . . . . . 116

Les revenus des ménages . . . . . 117

**Les classes moyennes** . . . . . **119**

**Arrêt et retournement dans la réduction des inégalités** . . . . . **125**

**La pauvreté et l'aide de dernier recours** . . . . . **127**

**Marchandisation de la vie quotidienne et bien-être** . . . . . **129**

**Le sentiment de justice sociale** . . . . . **132**

**Conclusion** . . . . . **133**

**Bibliographie** . . . . . **135**

1. L'auteur remercie Hubert Doyon et David Gaudreault, étudiants au Département de sociologie de l'Université Laval, pour leur aide dans la préparation des données analysées dans cette contribution. Il remercie aussi le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada et le Fonds de recherche société et culture pour leur appui financier. L'auteur est seul responsable des analyses effectuées.

L'étude des changements dans la morphologie sociale et les genres de vie au sein de la société québécoise est essentielle pour bien cerner le développement passé des politiques sociales et l'implantation graduelle du système de sécurité sociale, de même que les enjeux qui se posent pour l'avenir. Huit dimensions fortement reliées sont abordées : les modes de vie, la stratification sociale, les revenus et les niveaux de vie, les classes moyennes, les inégalités socioéconomiques, la pauvreté et la consommation marchande. L'examen de ces dimensions morphologiques est complété par une esquisse de la représentation de la justice sociale chez les Québécois. Il faut accorder une attention spéciale à la profonde mutation de la condition féminine qui est au cœur même de la mutation des genres de vie, car elle a fortement influé sur les caractéristiques du système de sécurité sociale. Cette mutation des genres de vie orientera aussi l'avenir de ces programmes.

## MUTATION DES MODES DE VIE FAMILIAUX ET MONTÉE DE LA VIE EN SOLITAIRE

Les modes de vie familiaux et non familiaux sont de plus en plus diversifiés au sein de la société québécoise contemporaine, mais aussi au cours du cycle de vie des individus depuis l'émergence de l'État-providence. Globalement, trois modes de vie sont dominants : vivre en solitaire, vivre à deux en couple et vivre en famille avec enfants. La vie en ménage avec des personnes non apparentées (les « colocataires ») est moins fréquente et la vie en communauté (religieuse, par exemple) est devenue marginale.

Depuis 1960, la baisse de la fécondité des couples raccourcit la phase du cycle de vie en présence d'enfants de manière radicale et la hausse de l'espérance de vie allonge la phase de la vie en couple sans enfant présent et la phase de la fin de vie en solitaire, incluant une période plus ou moins longue en institution (centre d'hébergement et de soins de longue durée, etc.), notamment pour les femmes qui vivent plus longtemps que les hommes, quoique l'écart qui sépare leur espérance de vie ait tendance à se réduire. Les adultes d'avant la Seconde Guerre mondiale passaient la majeure partie de leur vie à s'occuper d'enfants, après avoir eux-mêmes été élevés dans des familles nombreuses. Les phases du cycle de vie sont maintenant bien différenciées et le rapport à l'enfant est l'un des grands changements qui caractérisent les modes de vie contemporains.

Le mode de vie en solitaire connaît une progression spectaculaire depuis 1960. Les ménages constitués de personnes seules vivant hors famille comptent en 2011 pour 32 % de l'ensemble des ménages contre 12,1 % trente ans plus tôt. L'examen des chiffres absolus est encore plus parlant : on passe d'un peu plus de 200 000 ménages de personnes seules en 1971 à plus d'un million d'après le recensement de 2011 (tableau 4.1).

TABLEAU 4.1
**Typologie des ménages, Québec, 2011**

| MÉNAGES | N | % |
|---|---|---|
| Couples avec enfant | 907 725 | 26,5 |
| Couples sans enfant présent | 930 390 | 27,2 |
| Familles monoparentales | 365 515 | 10,7 |
| Ménages non familiaux* | 126 675 | 3,7 |
| Personnes seules | 1 094 410 | 32,0 |
| **Total** | **3 424 715** | **100** |

Source : Statistique Canada, Recensement de 2011, calculs de l'auteur.
*Seuls les ménages d'au moins deux personnes sont inclus.
Note : Les totaux peuvent différer légèrement de la somme des parties en raison de l'arrondissement des données.

Le deuxième type de ménage – le couple sans enfant présent à la maison – gagne en importance à partir des années 1990 et il représente plus du quart des ménages en 2011 (27,2 %). L'allongement de l'espérance de vie et la baisse de la natalité contribuent à la forte croissance de ce type de ménage. Il y a 1 838 115 couples au Québec en 2011 et 50,6 % d'entre eux n'ont pas d'enfant présent à la maison. La proportion n'était que de 40,4 % en 1996. Vivre en couple sans enfant présent est un mode de vie qui s'impose en quelques décennies seulement, résultat de la faible fécondité des baby-boomers. En 1986, les couples sans enfant présent représentaient 35,9 % du total des couples, contre 64,1 % avec enfant présent. Le changement est notable.

Le troisième type de ménage – la famille, qu'elle soit biparentale ou monoparentale – régresse en importance numérique dans le dernier tiers du XX$^{e}$ siècle, avec la baisse de la natalité. Les familles biparentales comptent pour 26,5 % de l'ensemble des ménages en 2011 et les familles monoparentales, 10,7 %. Afin de compléter le portrait d'ensemble des ménages, il faut mentionner que 3,7 % des ménages sont formés de personnes non apparentées (colocataires).

Considérant les choses sous un autre angle, soit en examinant le mode de vie des individus en 2011, il ressort qu'un tiers des adultes (32,8 %) vivent au sein d'une famille biparentale avec enfants présents et 6,6 % dans une famille monoparentale, soit au total 39,4 % des adultes qui sont en présence quotidienne d'enfants (tableau 4.2). De nos jours, six adultes sur dix n'ont donc pas à s'occuper d'un enfant ni à en côtoyer dans la vie quotidienne. Autrement dit, les adultes doivent s'occuper de leurs enfants dans la vie de tous les jours pendant une période plus courte, contrairement aux générations qui ont précédé l'arrivée des baby-boomers. Bien entendu, ces derniers restent en contact plus ou moins étroit avec leurs enfants qui ont quitté le nid familial, mais la nature de ces interactions est différente de celles qui prennent place au sein même du foyer.

TABLEAU 4.2

**Types de ménages dans lesquels vivent les individus, adultes et enfants, Québec, 2011**

| | | ADULTES | ENFANTS | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| TYPES DE MÉNAGES | | % | | |
| **Familles biparentales** | | **32,8** | **75,2** | **44,9** |
| couples mariés | | 19,8 | 46,2 | 27,3 |
| couples en union libre | | 13,0 | 29,0 | 17,6 |
| **Familles monoparentales** | | **6,6** | **24,8** | **11,8** |
| **Couples sans enfant présent** | | **33,6** | **-** | **24,1** |
| **Ménages non familiaux** | | **26,9** | **-** | **19,3** |
| personnes seules | | 19,8 | - | 14,2 |
| autres* | | 7,1 | - | 5,1 |
| **Total** | **%** | **100** | **100** | **100** |
| | **N** | **5 531 030** | **2 201 795** | **7 732 825** |

* Comprend : les personnes hors famille de recensement et les personnes dans les ménages non familiaux vivant avec des personnes apparentées; les personnes hors famille de recensement et les personnes dans les ménages non familiaux vivant avec des personnes non apparentées seulement.

Note : Les totaux peuvent différer légèrement de la somme des parties en raison de l'arrondissement des données.

Source : Recensement de 2011, calculs de l'auteur.

De leur côté, les trois quarts des enfants vivent en 2011 dans des familles à deux parents, intactes ou recomposées, et un enfant sur quatre de moins de 18 ans se retrouve dans une famille monoparentale. Par ailleurs, plus d'un enfant sur quatre (27,1 %) est élevé dans une famille à enfant unique, une proportion stable depuis 2001. Ces enfants sont sans interaction avec un frère ou une sœur, et ils comptent aussi le plus souvent un nombre limité de cousins, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur socialisation. Signalons enfin que le couple avec deux enfants présents – qui est souvent présenté comme étant la famille type – représente en 2011 seulement 18,4 % des ménages.

Finalement, le mode de vie en solitaire caractérise au total 19,8 % de la population de 15 ans et plus en 2011, alors que cette proportion était de 11,8 % en 1991 et de 8,4 % en 1981.

La société québécoise est donc très diversifiée dans ses modes de vie, bien plus qu'il y a soixante ans, forçant ainsi les politiques publiques à s'adapter à ces changements. Cependant, la famille reste bien vivante et elle est valorisée dans les représentations sociales. Si les unions se fragilisent avec la montée du divorce, une partie des familles se recompose à la suite d'une rupture. La famille a maintenant deux formes bien distinctes : la famille institution – celle dans laquelle l'enfant est en interaction quotidienne avec ses parents ou au moins l'un d'eux – et la famille-réseau, celle qui maintient des liens entre membres consanguins appartenant à des unités de vie différentes. Les baby-boomers vivront majoritairement en couple à

mesure qu'on progresse dans le XXIe siècle, mais ils resteront membres d'une famille-réseau, qui demeurera importante pour la solidarité sociale et l'entraide, ce qui aura des implications pour la sécurité sociale.

## MUTATION DE LA STRATIFICATION SOCIALE

Comme mentionné au chapitre précédent, le Québec a investi massivement dans son système d'éducation dès le début de la Révolution tranquille et, cinquante ans plus tard, les résultats apparaissent de façon spectaculaire dans la stratification sociale qui est complètement modifiée. Une véritable mutation macrosociale transforme la société québécoise en moins d'un demi-siècle, comme on peut le voir dans l'examen de la distribution des personnes actives au sein de dix catégories socioprofessionnelles ou classes sociales entre 1971 et 2011[2]. La population active double entre 1971 et 2011 passant de 1,9 million de personnes à 3,9 millions, soit une croissance de 103 %, mais les dix classes sociales ne connaissent pas la même augmentation de leurs effectifs, comme on peut le constater dans le tableau 4.3.

TABLEAU 4.3
**Distribution des personnes actives dans les strates sociales et taux de croissance selon l'année, Québec, 1971 à 2011**

| | | TOTAL | | | TAUX DE CROISSANCE 2011/1971 |
|---|---|---|---|---|---|
| | STRATES SOCIALES | 1971 | 1991 | 2011 | |
| 1 | Cadres supérieurs | 1,6 | 1,8 | 2,2 | 2,83 |
| 2 | Cadres intermédiaires et directeurs | 1,2 | 2,7 | 2,6 | 4,22 |
| 3 | Professionnels | 4,2 | 5,7 | 8,2 | 3,96 |
| 4 | Professionnels intermédiaires | 7,0 | 6,9 | 8,5 | 2,46 |
| 5 | Techniciens | 8,4 | 9,9 | 16,9 | 4,08 |
| 6 | Employés de bureau | 17,1 | 16,6 | 11,5 | 1,37 |
| 7 | Employés dans les ventes | 12,9 | 13,8 | 14,1 | 2,22 |
| 8 | Employés dans les services | 10,5 | 13,3 | 13,6 | 2,63 |
| 9 | Ouvriers et cols bleus | 34,4 | 26,6 | 20,6 | 1,22 |
| 10 | Agriculteurs, pêcheurs | 2,6 | 2,6 | 1,9 | 1,47 |
| | **Total** | **100** | **100** | **100** | **2,03** |
| | **Nb** | **1 908 769** | **3 401 600** | **3 880 370** | |

La mutation macrosociale de la société québécoise est visible d'abord dans la croissance des effectifs au sein des échelons élevés de la hiérarchie sociale. Les cadres supérieurs, les cadres intermédiaires et les directeurs, les professionnels ainsi que les

2. Langlois, 2015.

professionnels intermédiaires et les techniciens sont nettement plus nombreux et leur importance relative au sein de la structure sociale s'accroît. Le nombre de cadres et le nombre de professionnels sont multipliés par quatre alors que la population active double. L'augmentation du nombre de diplômés est sans conteste le facteur qui a facilité ce déplacement vers le haut au sein de la hiérarchie sociale. Vient ensuite la forte augmentation du nombre de techniciens, une strate sociale qui comptait peu d'effectifs dans les années 1960 et 1970. Celle-ci arrive au deuxième rang en importance relative dans les années 2000. Si l'on additionne ses membres et ceux de la strate des professionnels intermédiaires, on arrive à environ 25 % des Québécois au travail qui se retrouvent dans ces deux strates sociales qui constituent ce qu'on pourrait appeler la fraction supérieure de la classe moyenne. La démocratisation de la fréquentation scolaire joue un rôle important en favorisant la mobilité sociale ascendante d'un grand nombre de fils et de filles d'origines modestes. En acquérant une formation supérieure, ces individus ont accès à des emplois qualifiés et bien rémunérés.

La tertiarisation des emplois entraîne de grands changements dans la structure sociale. La classe des employés de bureau rétrécit et ce changement s'explique notamment par la mutation assez radicale du travail de secrétariat. Il y a moins de femmes secrétaires, mais plus de techniciennes en administration. De leur côté, les deux strates sociales des employés dans les services aux personnes et des employés dans la vente conservent leur place relative, avec un peu plus du quart de la population en emploi. Cette tendance traduit bien le fait que la société de consommation est devenue dominante, caractérisée par la marchandisation élargie de la vie quotidienne[3].

La taille de la classe ouvrière – segment typique de la révolution industrielle – régresse de manière considérable alors qu'une grande variété d'emplois et de professions de l'ère postindustrielle avancée est apparue, qui exige désormais une certification des connaissances acquise dans le système d'enseignement. Mais il serait erroné de conclure trop rapidement à la disparition de la classe ouvrière. Celle-ci reste numériquement la plus nombreuse au Québec et le nombre de ses membres passe de 657 484 en 1971 à 800 000 en 2011. Par contre, la place relative occupée par la classe ouvrière passe de 34,4 % en 1971 à 20,6 % en 2011. La classe ouvrière se transforme de l'intérieur, avec l'augmentation de la part des travailleurs dans les secteurs de la construction et des transports[4]. Le Québec n'est plus « une société de porteurs d'eau », déplorée par Jean Lesage lors de l'élection de 1960.

La mutation radicale de la structure sociale est par ailleurs le fait de l'entrée des femmes en emploi à partir des années 1960. Les femmes sont plus nombreuses sur le marché du travail et elles y participent de manière plus continue, mais elles

3. Nous avons étudié cette question dans Langlois, 2008.
4. Langlois, 2015.

sont par ailleurs réparties de manière plus égale au sein des classes sociales, ce qui n'était pas le cas lorsqu'elles étaient massivement entrées sur le marché du travail vers la fin des années 1950 dans des secteurs d'activité très féminisés comme l'enseignement, la santé ou les services aux personnes (tableau 4.4).

TABLEAU 4.4
**Distribution des personnes actives dans les strates sociales et taux de croissance selon l'année, et le sexe, Québec, 1971 à 2011**

| | | FEMMES | | | TAUX DE CROISSANCE 2011/1971 |
|---|---|---|---|---|---|
| | **STRATES SOCIALES** | **1971** | **1991** | **2011** | |
| 1 | Cadres supérieures | 0,6 | 0,8 | 1,3 | 6,95 |
| 2 | Cadres intermédiaires et directrices | 0,9 | 1,9 | 2,4 | 8,67 |
| 3 | Professionnelles | 1,8 | 4,9 | 8,3 | 13,94 |
| 4 | Professionelles intermédiaires | 14,2 | 10,6 | 12,9 | 2,79 |
| 5 | Techniciennes | 5,6 | 9,4 | 18,3 | 10,03 |
| 6 | Employées de bureau | 30,0 | 29,1 | 17,9 | 1,83 |
| 7 | Employées dans les ventes | 15,2 | 15,5 | 15,6 | 3,14 |
| 8 | Employées dans les services | 17,3 | 17,1 | 16,7 | 2,95 |
| 9 | Ouvrières | 14,3 | 9,2 | 5,6 | 1,19 |
| 10 | Agricultrices | 0,2 | 1,5 | 0,9 | 16,21 |
| | **Total** | **100** | **100** | **100** | **3,06** |
| | **Nb** | **610 044** | **1 506 230** | **1 865 560** | |
| | | **HOMMES** | | | **TAUX DE CROISSANCE 2011/1971** |
| | **STRATES SOCIALES** | **1971** | **1991** | **2011** | |
| 1 | Cadres supérieurs | 2,1 | 2,6 | 3,1 | 2,30 |
| 2 | Cadres intermédiaires et directeurs | 1,4 | 3,3 | 2,7 | 2,94 |
| 3 | Professionnels | 5,3 | 6,4 | 8,0 | 2,35 |
| 4 | Professionnels intermédiaires | 3,7 | 3,9 | 4,5 | 1,88 |
| 5 | Techniciens | 9,7 | 10,4 | 15,6 | 2,48 |
| 6 | Employés de bureau | 11,1 | 6,7 | 5,6 | 0,78 |
| 7 | Employés dans les ventes | 11,8 | 12,5 | 12,6 | 1,66 |
| 8 | Employés dans les services | 7,3 | 10,3 | 10,8 | 2,28 |
| 9 | Ouvriers et cols bleus | 43,9 | 40,4 | 34,5 | 1,22 |
| 10 | Agriculteurs | 3,7 | 3,5 | 2,7 | 1,15 |
| | **Total** | **100** | **100** | **100** | **1,55** |
| | **Nb** | **1 298 545** | **1 895 170** | **2 014 810** | |

Un des aspects les plus déterminants de la mutation macrosociale du Québec est sans contredit la féminisation de la structure sociale et, surtout, la forte poussée de la présence des femmes aux échelons moyens et élevés de la hiérarchie sociale. La présence des femmes s'accroît au sommet de la hiérarchie sociale, comme en témoignent les taux de croissance beaucoup plus élevés que chez les hommes au sein de la classe des cadres supérieurs, chez les cadres intermédiaires, chez les professionnels et enfin chez les techniciens (voir la dernière colonne du tableau 4.4).

L'arrivée massive des femmes dans les collèges et les universités leur ouvre les portes de bons emplois au sommet de la hiérarchie sociale, comportant de meilleurs revenus, plus de pouvoir et davantage de prestige. À l'exception de la strate sociale des cadres supérieurs et de celle des ouvriers, les femmes ont atteint à toutes fins utiles la parité avec les hommes dans les huit autres strates d'emploi, dominant deux de celles-ci (les professionnels intermédiaires et les employés de bureau). Elles sont devenues une composante très importante des classes moyennes (tableau 4.5).

TABLEAU 4.5

**Distribution de femmes dans chacune des strates sociales selon l'année, Québec, 1971 à 2011**

| | | 1971 | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cadres supérieures | 11,5 | 18,6 | 19,0 | 25,2 | 28,2 |
| 2 | Cadres intermédiaires et directrices | 22,3 | 27,0 | 31,4 | 37,9 | 45,8 |
| 3 | Professionnelles | 13,9 | 26,1 | 37,7 | 43,5 | 48,9 |
| 4 | Professionelles intermédiaires | 64,4 | 67,2 | 68,1 | 70,6 | 72,9 |
| 5 | Techniciennes | 21,2 | 33,5 | 42,0 | 47,1 | 52,1 |
| 6 | Employées de bureau | 56,0 | 70,1 | 77,6 | 77,0 | 74,9 |
| 7 | Employées dans les ventes | 37,8 | 48,1 | 49,6 | 52,0 | 53,4 |
| 8 | Employées dans les services | 52,6 | 53,7 | 56,9 | 59,4 | 58,9 |
| 9 | Ouvrières | 13,2 | 14,9 | 15,4 | 17,0 | 13,0 |
| 10 | Agricultrices | 2,1 | 7,0 | 25,6 | 25,1 | 23,6 |
| | **Total** | **100** | **100** | **100** | **100** | **100** |
| | **% de femmes dans le total** | **32,0** | **39,2** | **44,3** | **46,2** | **48,1** |
| | **Nombre de femmes** | **610 044** | **1 106 853** | **1 506 230** | **1 681 090** | **1 865 560** |

Les hommes tirent profit du même changement structurel que les femmes en progressant vers le haut de la hiérarchie sociale depuis quarante ans (dernière colonne du tableau 4.6). Cependant, la poussée des femmes est plus forte, ce qui réduit le déséquilibre entre les sexes au sommet, bien qu'on trouve encore plus d'hommes aux échelons les plus élevés.

La strate des techniciens est la seconde en importance chez les hommes avec 15,6 % du total. Le déclin de la classe ouvrière est moins prononcé chez les hommes

que chez les femmes. La classe ouvrière est largement une classe sociale masculine avec 87 % d'effectifs masculins et les hommes s'y trouvent encore fortement représentés, car plus du tiers d'entre eux (34,5 % en 2011 contre 43,9 % en 1971) en font partie.

## REVENUS ET NIVEAUX DE VIE

Les revenus des hommes et des femmes doivent être étudiés séparément parce qu'ils ont évolué de manière fort différente. Par ailleurs, la forte participation des femmes sur le marché du travail, la montée du divorce et l'avènement du mode de vie en solitaire exigent aussi de considérer à part l'évolution des revenus des ménages.

### Les revenus individuels

L'amélioration de l'environnement économique à compter du début des années 2000, discutée au chapitre précédent, se traduit par une reprise à la hausse des revenus annuels moyens de travail (exprimés en dollars constants) des personnes travaillant à temps plein. Les revenus gagnés par les femmes ont par ailleurs poursuivi leur progression continue, mais elle est plus forte que celle des hommes. La discrimination systémique dont les femmes ont été victimes par le passé est en régression. De nombreux litiges en matière d'équité salariale ont été réglés depuis l'adoption de lois en cette matière. Les femmes qui travaillent à temps plein gagnent un peu moins de 80 % du revenu moyen des hommes au tournant de l'an 2000, contre 61 % en 1973. Cependant, la réduction des différences de revenus gagnés entre les femmes et les hommes ne se poursuit pas au même rythme durant les années 2000.

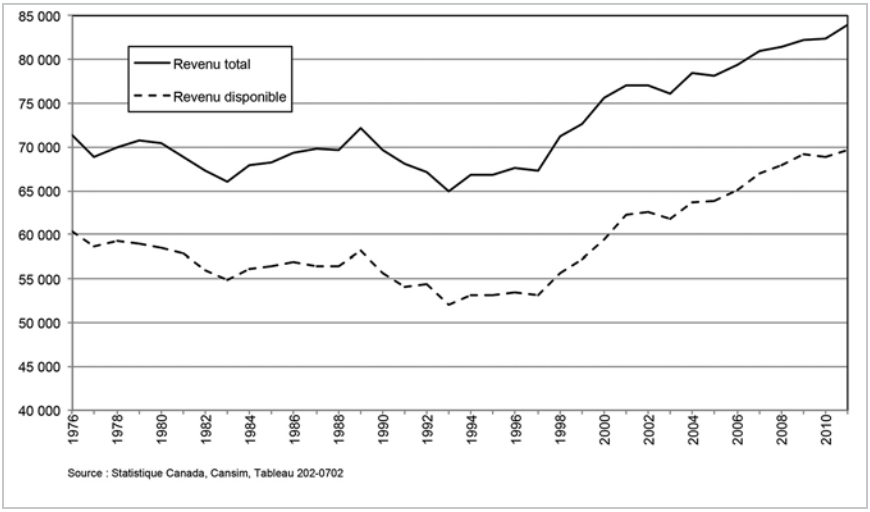
Cet écart de revenus moyens entre les femmes et les hommes est, faut-il le rappeler, souvent présenté dans les débats publics comme une mesure de l'iniquité des revenus entre les sexes. Cette lecture doit être nuancée. En fait, plusieurs raisons expliquent un tel écart. Outre l'iniquité salariale – salaires moindres pour les emplois majoritairement occupés par les femmes et équivalents à d'autres emplois majoritairement occupés par des hommes, un facteur cependant en régression –, il faut aussi prendre en considération les différences dans le capital humain. Les hommes plus âgés sont plus scolarisés et ils ont plus d'ancienneté que les femmes, un facteur qui exerce encore une certaine influence, mais qui ira en s'amoindrissant dans les années à venir avec le remplacement des générations. À cela s'ajoutent les différences dans les modes de vie et les préférences pour le temps de loisir. Les femmes employées à temps plein travaillent en moyenne moins d'heures que les hommes également employés à temps plein, notamment parce que celles-ci consacrent plus de temps aux tâches domestiques et les hommes, plus de temps au travail salarié. Le nombre moyen d'heures travaillées par les personnes employées à temps plein

est rarement pris en compte dans les débats sur les écarts de revenus entre les sexes. Tous ces facteurs combinent leurs effets pour créer un écart de revenus entre hommes et femmes. Rappelons enfin que les différences de revenus entre hommes et femmes célibataires sont beaucoup moins grandes, ce qui confirme que le mode de vie exerce aussi un effet considérable sur les revenus, en plus des caractéristiques associées au monde du travail.

### Les revenus des ménages

Le revenu brut des ménages provenant du marché (travail salarié, travail autonome, placements) évolue de manière différente, par comparaison avec les gains individuels. Après une longue période de stagnation dans les années 1980, les revenus réels bruts connaissent une tendance à la hausse à partir des années 1992 et suivantes (graphique 4.1), dans le dernier cycle économique complet, notamment avec la participation des femmes au marché du travail qui contribue à la hausse réelle des revenus des ménages.

Graphique 4.1
**Revenu moyen total et disponible des familles économiques en dollars constants (2011), Québec, 1976-2011**




Mais attention : l'évolution des revenus moyens est affectée par des changements qui surviennent dans la composition des ménages, et non pas seulement par les tendances à l'œuvre sur le marché ou par les politiques de l'État. Ainsi, si le nombre de familles monoparentales augmente, il se créera davantage de familles ayant des revenus forcément plus faibles – une famille père-mère étant remplacée par deux familles monoparentales après un divorce, ou encore par une combinaison

de ménages recomposés de diverses façons. La composition des ménages est donc un facteur important à prendre en considération dans l'étude de la progression des revenus moyens depuis deux décennies, les différences entre les types de ménages dans les augmentations de revenus moyens nets (après impôt) entre 1980 et 2006 allant de 4,6 % à 46,8 %. Voici les hausses observées par types de ménages :

– Couples (sans enfant), un revenu : 17,6 % ;
– Couples (sans enfant), deux revenus : 4,6 % ;
– Familles, un revenu : 9,2 % ;
– Familles, deux revenus : 18,3 % ;
– Familles monoparentales : 46,8 %.

Ces hausses doivent être comparées à celle que l'on observe en moyenne dans l'ensemble des ménages comptant au moins deux personnes, qui est de 9,1 % au cours de la même période.

Fait non surprenant, les couples qui comptent deux pourvoyeurs (avec ou sans enfant) ont des revenus plus élevés que les autres, d'une part, et ils sont parvenus à augmenter leurs ressources sur une longue période. Les familles avec enfant qui dépendent d'un seul revenu – qui sont aussi généralement des familles plus jeunes dans lesquelles l'un des conjoints reste au foyer lorsqu'il y a des enfants – ont vu leurs revenus réels disponibles se détériorer dans les années 1980 et 1990, mais leur situation financière s'est améliorée dans les années 2000.

De leur côté, les familles monoparentales connaissent une certaine stabilité de leurs revenus moyens entre 1980 et 2000 – revenus moyens constants évoluant en dents de scie entre 32 000 $ et 35 000 $ sur 20 ans –, mais les choses changent par la suite. Les familles monoparentales font en effet des gains importants et réussissent à améliorer leur situation économique depuis le tournant de l'an 2000. Plusieurs facteurs expliquent ce changement, le plus important étant la plus grande autonomie des jeunes femmes chefs de famille monoparentale qui sont mieux en mesure d'occuper un emploi salarié. Celles-ci sont plus nombreuses à retirer des revenus de travail, en moyenne en nette hausse ces dernières années. Il faut par ailleurs noter qu'une nette différence ressort maintenant entre les revenus moyens des familles monoparentales ayant à leur tête des mères actives ou des mères inactives sur le marché du travail. L'État québécois a par ailleurs adopté des mesures fiscales qui contribuent aussi à l'amélioration du revenu disponible de ces familles.

Le type de ménage est donc un facteur qui contribue nettement à la différenciation des ressources économiques. Le double revenu étant devenu la norme, les ménages qui ne comptent que sur un seul pourvoyeur sont distancés par les autres. À un extrême se trouvent les familles à deux revenus avec enfants présents et, à

l'autre, les familles monoparentales qui par définition ne peuvent compter que sur un seul revenu.

## LES CLASSES MOYENNES

Les classes moyennes connaissent une croissance importante de leurs effectifs au cours du XX^e siècle au Québec et dans toutes les sociétés développées. Leur accroissement est lié à l'avènement du salariat et à l'extension du modèle fordiste de développement économique associé aux Trente Glorieuses, sans oublier la scolarisation des populations. Autrefois identifiées à la petite bourgeoisie, les classes moyennes sont difficiles à définir de manière claire et elles sont devenues une nébuleuse complexe, « un ensemble composite traversé de clivages et d'opposition multiples[5] ». Hubert Guindon avait bien vu, dès le début des années 1960, que la Révolution tranquille et le développement considérable de l'État québécois et de l'État fédéral canadien allaient largement contribuer à l'extension de la classe moyenne francophone au Québec[6].

Un autre discours – teinté de pessimisme celui-là – émerge à la fin du siècle dernier dans plusieurs sociétés développées, s'inquiétant de la fracture sociale, du déclin des classes moyennes et du déclassement social des nouvelles générations, de l'arrêt de la mobilité sociale intergénérationnelle, certains parlant même d'« effet sablier » (dans le cas de la France) pour en décrire l'effritement[7]. En quelques décennies seulement, le discours public sur les classes moyennes change complètement en France et aux États-Unis, mais beaucoup moins au Québec, où cette vision pessimiste est moins présente.

Les classes moyennes[8] ont de la difficulté à maintenir leurs effectifs au même niveau à partir des seuls revenus de marché (revenus de travail, d'entreprises et de placements) depuis 25 ans. S'il n'en tenait qu'au marché, la proportion de ménages québécois appartenant aux classes moyennes aurait régressé de manière importante, passant du tiers au quart des ménages entre 1982 et 2008. Une partie de ces ménages glisse vers le bas, certes, mais une autre a au contraire amélioré sa situation en gonflant les rangs des classes aisées. Ce résultat est congruent avec les deux phénomènes dégagés plus haut, à savoir l'augmentation des inégalités observée dans les revenus de marché et la croissance des revenus réels plus élevée chez les

5. Bosc, 2008.
6. Voir Guindon, 1990, pages 61-98.
7. Chauvel, 2006 ; Bigot, 2009.
8. Sont considérés comme faisant partie des classes moyennes les ménages dont les ressources financières (diverses définitions du revenu) se situent dans l'intervalle compris entre 75 % et 150 % de la médiane, une approche classique et largement utilisée dans les comparaisons internationales.

ménages les plus riches dans les années 2000. Il faut ajouter que la montée vers le haut des femmes dans la stratification sociale contribue à l'augmentation numérique de la fraction supérieure des classes moyennes et des classes plus riches, notamment en raison de l'homogamie des statuts sociaux chez les conjoints (les diplômés universitaires se marient souvent entre eux, et il en va de même pour les diplômés des cégeps).

Si l'on ajoute aux revenus de marché les transferts directs venant de l'État (allocations de toutes sortes), donc en considérant le revenu total, la situation change et la part des ménages faisant partie de la classe moyenne augmente tout au cours de la période. La fiscalité joue aussi de son côté un rôle, car le mécanisme de redistribution favorise les classes moyennes (dont la proportion augmente) et les classes les moins favorisées (dont la proportion diminue). La fiscalité procure des ressources supplémentaires à certains ménages (les familles avec enfants, par exemple) soit directement (les allocations du gouvernement fédéral, par exemple), soit par des crédits d'impôt (crédits aux familles monoparentales, etc.) et la fiscalité progressive affecte à la baisse le revenu disponible des ménages les plus favorisés. Les deux grands volets qui caractérisent l'action de l'État-providence contemporain font contrepoids aux tendances du marché qui rendent plus difficile l'accès des ménages québécois aux classes moyennes. La proportion de ménages appartenant aux classes moyennes n'a pas vraiment régressé au Québec depuis 26 ans, soit durant les deux derniers cycles économiques complets, malgré certaines mutations des modes de vie qui jouent contre cet accès, comme la montée du mode de vie en solitaire ou la hausse de la monoparentalité, qui ne sont pas sans affecter les ressources financières des ménages et leur niveau de vie. Cependant la composition de la classe moyenne a profondément changé, en continuité avec ce qui a été avancé plus haut sur la mutation des modes de vie.

Les chances d'avoir accès aux classes moyennes ne se sont pas détériorées dans le dernier quart de siècle, quelles que soient les caractéristiques examinées, soit l'âge, la scolarité, la composition du ménage, le nombre d'enfants ou le mode de propriété (tableau 4.7). Un ménage sur deux dont la personne de référence avait moins de 35 ans en 1982 faisait partie des classes moyennes et cette proportion est restée la même en 2008. Les personnes qui vivent seules ont de meilleures chances d'y avoir accès en 2008 qu'en 1982. Il en va de même pour les familles monoparentales et les ménages non familiaux. Ce résultat n'est pas vraiment surprenant, car le gouvernement du Québec a adopté depuis une vingtaine d'années des politiques fiscales et des politiques publiques qui ont ciblé des types de ménages susceptibles d'avoir plus de difficulté à maintenir leur position socioéconomique à cause des changements survenus sur le marché du travail ou dans les modes de

vie (notamment, la monoparentalité)[9]. On observe aussi une amélioration des chances d'accès aux classes moyennes après 65 ans, dans les couples sans enfant présent et dans les ménages sans revenus de travail (des variables qui corrèlent ensemble), ce qui est dû notamment à la hausse des ressources disponibles au sein des nouvelles cohortes de retraités dans les années 1990 et 2000.

TABLEAU 4.6
**Distribution du revenu des ménages autour de la médiane selon le type de revenus et l'année, dollars constants de 2009, Québec, 1982 à 2009**

| | | <75% DE LA MÉNIANE | ENTRE 75% ET 100% DE LA MÉNIANE | ENTRE 100% ET 150% DE LA MÉNIANE | >150% DE LA MÉNIANE | TOTAL | MÉDIANE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Revenu de marché** | 1982 | 38,7 | 11,4 | 22,1 | 27,9 | 100 | 42 157 |
| | 1992 | 40,3 | 10,1 | 18,9 | 30,7 | 100 | 39 284 |
| | 2002 | 41,2 | 9,2 | 17,8 | 31,7 | 100 | 40 824 |
| | 2008 | 40,1 | 10,2 | 16,3 | 33,5 | 100 | 42 261 |
| | 2009 | 40,0 | 10,1 | 17,0 | 33,0 | 100 | 41 000 |
| **Revenu total** | 1982 | 35,8 | 14,2 | 26,1 | 23,9 | 100 | 48 600 |
| | 1992 | 36,3 | 13,7 | 23,8 | 26,1 | 100 | 47 141 |
| | 2002 | 37,9 | 12,5 | 22,9 | 26,7 | 100 | 48 762 |
| | 2008 | 38,0 | 13,2 | 19,4 | 29,4 | 100 | 50 311 |
| | 2009 | 35,8 | 14,3 | 21,0 | 28,8 | 100 | 49 000 |
| **Revenu disponible** | 1982 | 33,7 | 16,3 | 28,9 | 21,2 | 100 | 41 018 |
| | 1992 | 33,5 | 16,5 | 27,0 | 23,0 | 100 | 38 273 |
| | 2002 | 35,4 | 14,7 | 25,1 | 24,9 | 100 | 40 484 |
| | 2008 | 35,5 | 14,5 | 21,2 | 28,7 | 100 | 41 579 |
| | 2009 | 33,9 | 16,2 | 23,3 | 26,6 | 100 | 41 955 |
| **Niveau de vie** | 1982 | 30,4 | 19,7 | 28,3 | 21,7 | 100 | 18 671 |
| | 1992 | 27,2 | 22,8 | 28,9 | 21,0 | 100 | 18 444 |
| | 2002 | 29,0 | 21,2 | 28,8 | 21,0 | 100 | 21 546 |
| | 2008 | 29,5 | 20,6 | 29,9 | 20,0 | 100 | 24 350 |
| | 2009 | 28,9 | 21,1 | 28,0 | 21,9 | 100 | 24 111 |

Source : Statistique Canada, Enquêtes EDF et EDM, calculs de l'auteur.

9. Certaines mesures ont aussi été adoptées par le gouvernement fédéral, mais celui du Québec a poussé plus loin « les politiques ciblées ».

TABLEAU 4.7
**Proportions de ménages faisant partie des classes moyennes mesurées par le niveau de vie selon certaines caractéristiques, Québec, 1982 à 2009**

| | 1982 | 1992 | 2002 | 2009 |
|---|---|---|---|---|
| Moins de 35 ans | 50,7 | 57,8 | 47,7 | 55,8 |
| 35 - 49 ans | 49,9 | 50,3 | 52,0 | 49,6 |
| 50 - 64 ans | 45,9 | 48,2 | 46,6 | 48,5 |
| 65 ans et plus | 41,5 | 51,3 | 53,1 | 43,5 |
| Secondaire partiel ou complet | 48,1 | 53,3 | ** | 51,4 |
| Collégial complété | 49,0 | 53,7 | ** | 50,2 |
| Université complétée | 42,7 | 38,7 | ** | 43,5 |
| Personnes seules | 35,4 | 39,6 | 42,5 | 42,6 |
| Couples seulement | 45,9 | 50,9 | 49,3 | 50,3 |
| Couples avec enfants | 56,8 | 61,5 | 57,5 | 58,8 |
| Familles monoparentales | 42,4 | 41,7 | 50,1 | 50,3 |
| Autres | 41,7 | 56,8 | 51,3 | 43,9 |
| 2 revenus d'emploi | 56,5 | 59,8 | 57,7 | 58,4 |
| 1 revenu d'emploi | 51,9 | 53,4 | 53,4 | 48,6 |
| 0 revenu d'emploi | 30,5 | 39,5 | 44,1 | 42,2 |
| 0 enfant | 43,3* | 48,5* | 47,9 | 46,4 |
| 1 à 2 enfants | 55,7* | 57,8* | 57,9 | 58,6 |
| 3 enfants et plus | 50,9* | 62,4* | 41,7 | 51,4 |
| Propriétaire sans hypothèque | 47,1 | 51,8 | 53,3 | 53,5 |
| Propriétaire avec hypothèque | 55,1 | 56,6 | 56,2 | 53,8 |
| Locataire | 43,7 | 48,2 | 43,2 | 42,7 |

Source : Statistique Canada, Enquêtes EDF et EDM, calculs de l'auteur.

* En 1982 et 1992, seuls les enfants âgés de 0 à 16 ans sont comptés.

** Données non disponibles.

Grille de lecture: Chaque proportion décrit les chances de faire partie de la classe moyenne associées à la caractéristique. Ainsi, 50,7 % des ménages dont la personne de référence a moins de 35 ans font parti de la classe moyenne en 1982, 57,8 % en 1992 et ainsi de suite.

Les classes moyennes sont formées de personnes de plus en plus scolarisées, ayant terminé des études collégiales ou universitaires (tableau 4.8). On y retrouve nettement moins de personnes qui n'ont pas obtenu de diplôme d'études secondaires. En 1982, plus de la moitié des ménages des classes moyennes comptaient des enfants, et cette proportion a fondu de moitié en 26 ans. Environ trois ménages sur quatre appartenant aux classes moyennes n'ont plus d'enfant présent au foyer en 2008. Le double revenu est devenu une caractéristique des classes moyennes, touchant deux ménages sur trois. Le double revenu dans les couples est depuis longtemps la norme et, avec le temps, le remplacement des générations a étendu cette norme jusque dans les ménages les plus âgés sur le marché du travail.

TABLEAU 4.8
**Différentes variables caractérisant les classes moyennes mesurées d'après le niveau de vie, Québec, 1982 à 2009**

| | 1982 | 1992 | 2002 | 2009 |
|---|---|---|---|---|
| Moins de 35 ans | 34,5 | 24,9 | 18,7 | 21,8 |
| 35 - 49 ans | 29,5 | 36,4 | 33,7 | 29,4 |
| 50 - 64 ans | 23,4 | 21,3 | 26,0 | 28,6 |
| 65 ans et plus | 12,6 | 17,5 | 21,6 | 20,2 |
| Secondaire partiel ou complet | 70,6 | 65,3 | ** | 49,0 |
| Collégial complété | 23,2 | 26,3 | ** | 29,6 |
| Université complétée | 6,2 | 8,4 | ** | 21,3 |
| Personnes seules | 15,7 | 18,2 | 25,5 | 29,8 |
| Couples seulement | 18,9 | 23,6 | 22,0 | 27,6 |
| Couples avec enfants | 53,1 | 43,2 | 34,4 | 28,2 |
| Familles monoparentales | 6,3 | 6,8 | 10,4 | 6,5 |
| Autres | 6,0 | 8,1 | 7,7 | 7,9 |
| 2 revenus d'emploi | 35,2 | 40,0 | 63,5 | 66,3 |
| 1 revenu d'emploi | 49,2 | 38,7 | 22,5 | 18,5 |
| 0 revenu d'emploi | 15,6 | 21,4 | 14,0 | 15,2 |
| 0 enfant | 54,3* | 63,3* | 68,5 | 71,7 |
| 1 à 2 enfants | 39,3* | 31,1* | 27,3 | 24,2 |
| 3 enfants et plus | 6,5* | 5,7* | 4,2 | 4,1 |
| Propriétaire sans hypothèque | 22,1 | 26,6 | 27,6 | 24,7 |
| Propriétaire avec hypothèque | 35,1 | 33,1 | 35,9 | 39,2 |
| Locataire | 42,7 | 40,3 | 36,5 | 36,1 |

Source : Statistique Canada, Enquêtes EDF et EDM, calculs de l'auteur.

* En 1982 et 1992, seuls les enfants âgés de 0 à 16 ans sont comptés.

** Données non disponibles.

En résumé, la composition des classes moyennes reflète les changements structuraux qui caractérisent la population québécoise, comme l'avènement du mode de vie en solitaire, l'arrivée à la phase du nid vide des premières cohortes du baby-boom, la hausse de la scolarisation des individus et l'augmentation du double revenu dans les couples. L'analyse de F. Delorme et de Suzie St-Cerny (en collaboration avec Luc Godbout) (2014) confirme ces observations[10]. « […] une conclusion importante s'impose : la classe moyenne au Québec n'est pas en déclin. En fait, l'intervention gouvernementale, par le biais des impôts, des transferts et des services publics, a contribué à l'atteinte de ce résultat ».

Certains éléments complémentaires peuvent expliquer le fait que la taille des classes moyennes n'a pas rétréci au Québec et que les chances d'y avoir accès, d'après

10. Delorme et St-Cerny, 2014, p. 30.

la mesure de niveau de vie, n'ont pas changé depuis un quart de siècle, s'améliorant même pour certains ménages :

- L'effet de génération qui a caractérisé l'évolution des revenus des particuliers et des ménages dans les années 1980 et au début des années 1990 disparaît au tournant de l'an 2000, contrairement à ce qui se passe en France, où il persiste. Par effet de génération, il faut entendre le fait que les nouvelles cohortes d'individus ou de ménages retirent des revenus moins élevés que ceux des cohortes précédentes au même âge. Ce retournement a bénéficié aux classes moyennes, notamment parce que les revenus des jeunes ménages ont augmenté dans les années 2000, mais aussi parce que les ménages plus âgés à la retraite ou proche de l'âge de la retraite arrivent à cette étape de leur cycle de vie avec des ressources plus élevées que celles des cohortes précédentes au même âge.
- Les ménages disposant des plus hauts revenus de marché ont bénéficié de hausses plus rapides que les autres et le nombre de ménages à revenus très élevés a aussi augmenté pour diverses raisons : davantage de ménages à double revenu, tendance nouvelle à la création de ménages dont les membres disposent tous de revenus élevés à cause de la convergence des statuts sociaux des conjoints (homogamie au sein des couples), plus de diplômés à revenus élevés, etc. Si le nombre de ménages à revenus nettement supérieurs à la médiane s'accroît, il faut bien que le nombre des autres ménages (notamment ceux de classes moyennes) diminue. Le phénomène est plus clair en regard des revenus de marché (où l'inégalité est plus marquée), mais beaucoup moins lors de l'examen des revenus disponibles après impôts, à cause du caractère redistributif de la fiscalité. Un certain nombre de ménages classés comme étant « riches » avant impôts directs appartiennent en fait aux classes moyennes une fois les impôts payés. La part des classes moyennes dans la société est par conséquent plus élevée avec les revenus disponibles qu'avec les seuls revenus de marché.
- L'État (québécois, mais aussi canadien) a adopté des politiques fiscales qui avantagent certains types de ménages et qui ont pour effet de hausser leur niveau de vie – notamment dans le cas des jeunes familles, des familles monoparentales et des ménages de personnes âgées –, leur permettant d'avoir accès aux classes moyennes.
- Les caractéristiques des membres des ménages qui composent les classes moyennes ont changé en plus d'un quart de siècle, ce qui a aussi contribué à contrer le déclin appréhendé. La scolarisation de la population québécoise a poursuivi sa progression, et l'on sait que les diplômés ont de meilleures chances d'avoir des emplois mieux rémunérés, donc de meilleures chances d'avoir accès au niveau de vie des classes moyennes. Cela est par ailleurs rendu possible au Québec par la structure d'âge qui favorise l'emploi des jeunes, les personnes formant les premières cohortes de baby-boomers étant nombreuses à prendre leur retraite à mesure qu'on progresse dans

> les années 2000. De plus, le nombre de ménages arrivés à la phase du nid vide au moment où les revenus personnels de leurs membres atteignent un sommet dans le cycle de vie a été en forte hausse, ce qui a aussi fait grossir les rangs des classes moyennes. De leur côté, les nouvelles cohortes de retraités arrivent mieux nanties à cette étape de leur vie, et une moindre proportion d'entre eux que par le passé grossissent les rangs des classes les moins favorisées lorsque prend fin la vie active.

Autrement dit, le devenir des classes moyennes relève d'une combinaison complexe de facteurs endogènes et exogènes, depuis l'évolution des revenus de marché et les modifications survenues dans les interventions étatiques qui touchent directement les ménages jusqu'aux choix de vie personnels (se marier, divorcer, vivre en solo), autant de facteurs différents dont le poids respectif est cependant difficile à départager, sans oublier les mutations structurelles qui ont favorisé le maintien des effectifs en proportion élevée au centre.

## ARRÊT ET RETOURNEMENT DANS LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS

Après des décennies de croissance pour tous et de redistribution efficace durant les Trente Glorieuses, de 1945 à 1975, un important renversement de tendances se met graduellement en place, témoignant avec suffisamment de recul des évolutions à venir. L'inégalité des revenus de marché s'accentue et des facteurs structuraux, comme la diversité accrue des types de ménage et la montée du mode de vie en solitaire, s'ajoutent aux facteurs conjecturaux (cycles économiques[11]) et politiques (baisses d'impôts) pour expliquer cette croissance des inégalités.

La récession de 1982 a été particulièrement dure et la reprise ultérieure est marquée par une diminution de l'inégalité. Il en va tout autrement dans les années 1990 : la reprise économique après les années de récession 1992-1993 n'entraîne pas une diminution de l'inégalité caractérisant les revenus de marché, plutôt en nette hausse dans ces années de reprise, le coefficient de Gini[12] atteignant un sommet de 0,461 en 1998. Il se maintient au-dessus de 0,440 par la suite, en hausse en 2010 et 2011. La décennie 1990-2000 a été qualifiée de « reprise sans création d'emploi ».

C'est là une profonde transformation structurelle. Il y a bien une tendance à la hausse de l'inégalité des revenus de marché à long terme, indépendante des effets de conjoncture. « La contribution du revenu de marché à l'inégalité suit une

11. La comparaison des mesures d'inégalité au même moment d'un cycle (par exemple au sommet ou encore au creux) s'avère nécessaire afin de dégager des effets de structure indépendants de la conjoncture.
12. Le coefficient de GINI est une mesure classique pour caractériser les inégalités. Sa valeur se situe entre 0 et 1 et, plus le coefficient est élevé, plus l'inégalité est forte.

tendance contracyclique au cours du cycle des années 1980 : cette contribution augmente en phase de récession (1979-1983) et diminue en phase d'expansion (1983-1989) ; or, ce n'est pas le cas du cycle actuel, car cette contribution continue d'augmenter en phase d'expansion (en cours depuis 1993)[13]. » De plus, cette hausse de l'inégalité due à la composante du revenu de marché n'est pas contrée par les deux autres composantes du revenu disponible des ménages que sont l'impôt et les paiements de transferts.

Les paiements de transferts et les impôts réduisent les inégalités dans les deux décennies examinées, preuve que les mécanismes de redistribution typiques de l'État-providence fonctionnent. Mais leur rôle et leur efficacité se présentent bien différemment d'une décennie à l'autre. Durant les années 1980, l'État-providence est en mesure de réduire au fil du temps les inégalités observées dans les revenus de marché, notamment au cours du cycle d'expansion qui suit la récession. Les choses changent dans les années 1990. L'intervention étatique réduit les inégalités de marché en redistribuant les revenus chaque année, certes, mais elle n'est plus en mesure de faire baisser les inégalités au cours du cycle, qui restent à un niveau plus élevé qu'au cours du cycle économique précédent, jusqu'en 2006. Les coefficients de GINI pour les revenus après impôts sont de 0,275 en 1989 et de 0,308 en 2000, à deux moments comparables du cycle économique.

L'inégalité est donc structurellement en hausse, après que l'État providence eut joué son rôle de redistributeur de la richesse. Il s'agit là d'un changement important dans l'histoire des 50 dernières années. L'action redistributive de l'État, tout en étant efficace chaque année, ne parvient pas à neutraliser l'augmentation tendancielle des inégalités qui caractérise les revenus de marché. Il est donc permis de faire l'hypothèse d'une mutation en cours du rôle des impôts et des paiements de transfert qui assurent une certaine redistribution des revenus sur le plan transversal (une année donnée), mais non plus une réduction des inégalités dans le temps.

Une étude de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) montre que l'inégalité de revenu disponible était plus faible chez les couples, avec ou sans enfant, que chez les personnes seules et les familles monoparentales. Ainsi, l'inégalité de revenu atteint des niveaux plus élevés chez les personnes qui vivent seules, même si leur situation s'est améliorée avec le temps. L'inégalité touche par ailleurs davantage les jeunes ménages et elle est moins prononcée après 65 ans. L'étude de l'ISQ montre que « l'inégalité est fortement conjoncturelle dans le cas des jeunes familles : elle augmente en phase de récession et diminue en phase d'expansion[14] ».

Les inégalités sont cependant moins fortes au Québec que dans les autres provinces canadiennes. Les coefficients de GINI caractérisant les revenus disponibles

13. Crespo, 2007, p. 34.
14. Crespo, 2007, p. 42.

(après impôts) sont de 29,2 % au Québec, 32,8 % en Ontario et 31,9 % dans l'ensemble du Canada en 2012[15].

L'examen des rapports interdéciles rend possible une comparaison avec d'autres pays. Les ménages appartenant aux 10 % les plus fortunés avaient un revenu disponible (après impôts et transferts) 3,7 fois plus élevé que celui des 10 % les moins fortunés au Québec en 2012, contre 4,7 fois en Ontario, 4,3 au Canada, 4,1 dans les pays de la zone OCDE et 6,2 aux États-Unis[16].

L'impôt sur le revenu a un caractère progressif. Au total, les ménages faisant partie du quintile supérieur des revenus paient en moyenne 24,6 % de leurs revenus totaux en impôts directs. À eux seuls, ils paient 56,3 % de tous les impôts directs. Les paiements de transferts comptent pour une large part des ressources des familles situées au bas de l'échelle des revenus ; ils représentent la moitié de tous les revenus dans le groupe des ménages les moins fortunés (le quintile inférieur). Ces ménages sont donc davantage dépendants de l'aide étatique, beaucoup plus qu'il y a 20 ans. Cependant, la composition du quintile inférieur a changé avec le temps, ce qui peut aussi affecter l'évolution de cette moyenne.

## LA PAUVRETÉ ET L'AIDE DE DERNIER RECOURS

La mesure de la pauvreté a été ces dernières années un objet de débats sur la place publique. Depuis 2000, une mesure mise au point par le ministère des Ressources humaines du Canada estime mieux l'étendue de la pauvreté à partir d'une approche basée sur le panier de consommation (le MPC) adoptée par le Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE)[17]. Selon le MPC, un ménage et les individus qui la composent seront considérés en état de pauvreté si le revenu familial ne leur permet pas d'acheter un panier de biens et services défini comme un minimum pour assurer leur bien-être dans leur collectivité. Cette mesure ne représente pas un seuil officiel aux fins d'admissibilité aux programmes d'aide publique. Deux éléments sont pris en compte : le pouvoir d'achat de la famille tel que mesuré par le revenu disponible et le coût de la vie dans la province.

Le Québec est loin de détenir le record du taux de pauvreté au Canada, contrairement à une idée répandue, car il se situe en bas de la moyenne canadienne. Le taux de faible revenu pour l'ensemble des personnes est de 10,8 % en 2013 au Québec, contre 12,1 % au Canada et 14 % en Ontario. C'est là une bonne nouvelle : la portée des nombreuses mesures prises afin de contrer la pauvreté indique que

15. Gouvernement du Québec, 2016, p. 54.
16. *Ibid.*, p. 57.
17. Le CEPE a été instauré dans l'esprit de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale afin de faire le suivi dans le temps du phénomène de la pauvreté. Il est rattaché au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS).

l'État peut se montrer efficace sur ce plan, malgré les critiques qui lui sont adressées. Il faut cependant souligner que l'Ontario et les provinces de l'Ouest canadien accueillent plus d'immigrants que le Québec, donc des personnes qui sont susceptibles d'avoir des revenus plus faibles dans les premières années de leur installation au pays.

Cette fois encore, les modes de vie ont une forte incidence sur la pauvreté. Selon l'indicateur du MPC, le taux de faible revenu est en 2013 de 25 % chez les personnes vivant seules au Québec (27,1 % au Canada).

La population des pauvres est mouvante. Selon une étude publiée par Statistique Canada en 1997, un peu moins de la moitié des ménages pauvres ne le sont plus après deux ans, ayant été remplacés par un contingent à peu près équivalent de nouveaux pauvres. Pour un tiers des ménages, l'entrée dans l'état de pauvreté est causée par la perte d'un membre à la suite d'un divorce ou d'une mortalité. La même proportion de ménages peut quitter l'état de pauvreté à la suite de l'arrivée d'un nouveau gagne-pain. L'autre facteur déterminant est l'entrée ou la sortie du marché du travail. Les changements caractérisant le mode de vie sont à peu près aussi importants que la participation au marché du travail pour expliquer l'aspect dynamique de la pauvreté. Deux conclusions – l'une optimiste, l'autre pessimiste – peuvent être tirées de cette étude :

- La pauvreté est un état temporaire ou transitoire pour une forte proportion des ménages et il est possible d'en sortir après une brève période.
- L'incidence de la pauvreté est plus élevée que le donnent à penser les chiffres annuels puisque plus de ménages peuvent être pauvres à un moment ou à un autre au cours d'une certaine période.

Comme précisé au chapitre 12, l'aide de dernier recours telle qu'on la connaît est mise en place en 1970 sous le premier gouvernement Bourassa. La proportion de la population québécoise dépendante de l'aide sociale atteint son niveau le plus faible en 2015, soit 6,6 % de la population de moins de 65 ans[18]. La proportion était de 12,8 % en 1996. Le nombre de personnes bénéficiaires de l'aide de dernier recours est de 448 543 en mars 2015 : 78,3 % sont des adultes et 21,7 % des enfants. Près des deux tiers de ces enfants vivent dans des familles monoparentales.

La croissance du nombre de ménages à l'aide sociale est plus prononcée que l'augmentation du nombre de personnes, ce qui s'explique par la multiplication des petits ménages, formés essentiellement de personnes seules et de familles monoparentales. En fait, un des traits de l'évolution récente de la clientèle de l'aide de dernier recours est sans nul doute la poussée importante du nombre de personnes

18. Comme il sera précisé au chapitre 7, les personnes de 65 ans et plus sont plutôt admissibles au programme fédéral de la Sécurité de la vieillesse.

solitaires. Le phénomène n'est pas neuf, mais ce qui est nouveau, c'est la force de sa progression récente. Les personnes dans cette situation représentent en effet un peu plus de la moitié (52,1 %) des adultes bénéficiaires de l'aide sociale en 1980, et cette proportion grimpe à 68,1 % en mars 2008, ce qui représente une hausse considérable, qui a pris place surtout dans la seconde moitié des années 1990. En mars 2015, 73,4 % des adultes bénéficiaires vivaient en solo.

Les familles monoparentales constituent le deuxième type en importance de ménages qui bénéficient de cette aide (12 %). Au total, 91,6 % des ménages qui reçoivent l'aide directe de l'État ont à leur tête un seul adulte, ce qui est révélateur du fait que la dépendance va de pair avec un certain isolement social. Aussi, comme il sera précisé au chapitre 11, l'introduction de la politique familiale de 1997 s'est traduite par une réduction du nombre de familles monoparentales prestataires de l'aide sociale. Les femmes qui perçoivent de l'aide sociale et qui sont en âge d'avoir de jeunes enfants à leur charge (25 à 39 ans) vivent seules en moins forte proportion que les hommes du même âge parce qu'elles demeurent plus nombreuses à former des ménages monoparentaux.

Il découle de cette analyse que la diminution du nombre de personnes inscrites à l'aide sociale risque de ne pas se poursuivre dans les années à venir, malgré l'amélioration du marché du travail. Le changement le plus notable en effet est l'augmentation du nombre de personnes qui vivent seules après 40 ans. Or, l'âge est susceptible de devenir un facteur qui va influencer de plus en plus la participation aux programmes qui mènent à la sortie de l'aide de dernier recours : plus cet âge progresse, moins forte est la probabilité de succès de ces programmes. De plus en plus de personnes s'inscrivent à l'aide de dernier recours, non pas à la suite de difficultés sur le marché du travail, mais à cause de difficultés personnelles, ce qui rendra plus difficile leur sortie du système, même en cas de reprise économique.

## MARCHANDISATION DE LA VIE QUOTIDIENNE ET BIEN-ÊTRE

Un nouveau genre de vie s'impose avec l'émergence de la société de consommation et avec l'arrivée d'une nouvelle culture matérielle, en rupture radicale avec celui des générations passées. Ce genre de vie passe désormais par la consommation marchande élargie d'objets et de services produits dans la sphère marchande. L'émergence et le développement de la société salariale favorisent l'avènement de la consommation de masse, comme appelée à une certaine époque. Ces changements se produisent à la mise en place du système de sécurité sociale, dont l'aide sociale et l'assurance maladie, qui procure aux ménages dans le besoin les ressources nécessaires.

L'analyse des budgets de dépenses des ménages permet de cerner la nature des besoins à satisfaire dans notre société et de comparer les manières de vivre des

ménages selon le niveau socioéconomique. L'équipement de base nécessaire à la vie quotidienne est maintenant à peu près présent dans tous les ménages : système de chauffage, chauffe-eau, cuisinière, réfrigérateur, machines à laver et à sécher le linge, téléphone, radio, télévision couleur, sans oublier le câble et l'accès à Internet, font partie de l'équipement standard, y compris chez les jeunes ménages et en partie au sein des ménages à faible revenu. Ce constat passe aujourd'hui pour une évidence, mais il faut se rappeler qu'il était loin d'en être ainsi il y a 40 ou 50 ans.

Cependant, de nouveaux besoins émergent au sein de la société de consommation élargie. Cette tendance est évidente dans la sphère des produits utilitaires et de loisir qui incorporent une composante technique. Téléphones cellulaires, appareils photo numériques, cinéma maison, nouvelles générations de chaînes haute fidélité ou d'automobiles et ordinateurs portables sont là pour en témoigner. Il en va de même dans le domaine de la santé, de l'éducation et des services sociaux. Pensons aux nouveaux médicaments coûteux, aux nouveaux services en santé et bien-être corporel et psychologique, aux nouvelles prothèses à coûts élevés (soins oculaires, implants dentaires, etc.) ou encore aux services personnels de toutes sortes.

Les nouveaux besoins se reflètent dans la mutation de la structure des dépenses des ménages depuis 50 ans. Le tableau 4.9 permet de comparer la structure des besoins révélés par la consommation marchande en 1969, soit un an avant la mise en place de la loi instaurant le régime d'aide sociale à celle de l'année 2009. Le changement est spectaculaire et son analyse est porteuse de questions pour l'avenir des programmes sociaux.

La comparaison de la structure de la consommation en 1969 avec celle de la deuxième enquête disponible, celle de 1978, permet de voir une nette régression des dépenses moyennes des ménages en santé et en éducation, à la suite de la mise en place de différents programmes sociaux dans les années 1970. L'enrichissement collectif se traduit aussi par une réduction des dépenses alimentaires par unité de consommation, passées de 28,3 % du budget des ménages en 1969 à 18,1 % en 2009, une réduction encore plus forte au sein des ménages à faible revenu (de 35,2 % en 1969 à 21,2 % en 2014 dans le quintile 1, tableau non publié).

En d'autres termes, le revenu discrétionnaire des ménages – le revenu dont on peut librement disposer une fois payées les dépenses pour les biens et services de première nécessité – augmente, et de nouveaux besoins peuvent être satisfaits. Logement, transports, loisirs, protection, sans oublier les technologies de l'information et des communications, sont les fonctions de consommation qui augmentent le plus dans la structure des besoins des ménages.

TABLEAU 4.9

**Répartition en % (coeff.) des dépenses des ménages pondérées par la taille de l'unité de consommation selon le poste de dépenses, ménages de deux personnes et plus, Québec, 1969-2009**

| POSTE | | 1969 | 1978 | 1982 | 1992 | 2002 | 2009 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Alimentation | | 28,3 | 26,0 | 24,3 | 20,8 | 19,6 | 18,1 |
| Logement | | 21,0 | 21,9 | 23,6 | 24,6 | 24,1 | 25,5 |
| Transport | | 11,5 | 13,8 | 13,9 | 15,0 | 15,9 | 16,8 |
| Loisirs | | 7,2 | 7,8 | 7,7 | 8,7 | 10,1 | 8,6 |
| Habillement | | 10,5 | 9,0 | 8,0 | 6,7 | 5,6 | 4,9 |
| Équipement | | 5,3 | 6,7 | 5,6 | 5,4 | 6,1 | 5,9 |
| Protection | | 5,4 | 5,8 | 6,2 | 7,0 | 9,1 | 9,9 |
| Santé | | 6,0 | 3,5 | 4,1 | 4,6 | 4,6 | 5,1 |
| Éducation | | 1,1 | 1,2 | 1,4 | 1,7 | 1,9 | 2,1 |
| Divers | | 3,5 | 4,3 | 5,1 | 5,5 | 3,1 | 3,2 |
| Total | % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| N | $ courants | 7 607 | 17 000 | 23 309 | 36 758 | 49 973 | 56 802 |
| | (personnes)* | 10 251 | 5 362 | 4 816 | 4 587 | 7 754 | 5 086 |
| | (ménages) | 3 472 | 2 016 | 1 754 | 1 900 | 2 626 | 1 759 |

Source : micro-données des Enquêtes sur les dépenses des ménages, 1969 à 2009, calculs de l'auteur faits à partir des micro-données et non pas à partir des moyennes publiées par Statistique Canada pour chacune des fonctions.

Les ménages doivent de nos jours assumer une plus grande part des dépenses pour la santé et l'éducation – deux fonctions de consommation qui pèsent maintenant plus lourd dans les budgets. De nouveaux biens et services sont en effet offerts et leur consommation contribue à la hausse des dépenses moyennes des ménages en santé, mais aussi en éducation. Par exemple, de nouvelles technologies permettent de corriger la vision des personnes qui ont des problèmes de myopie, mais ces dépenses ne sont pas couvertes par l'État. Il en va de même pour les nouvelles technologies en matière de soins dentaires (implants au titane, couronnes, etc.). De leur côté, les étudiants doivent assumer des frais afférents plus élevés et les dépenses diverses pour les études augmentent.

De même, comme mentionné plus tôt, une nouvelle fonction de consommation a émergé ces dernières années dans la structure des dépenses des ménages, traduisant en fait l'apparition d'un nouveau besoin : les nouvelles technologies de l'information et des communications (NTIC). Elles correspondent à un ensemble de besoins particuliers : s'informer et communiquer avec l'appui de technologies changeantes rapidement dans le temps.

On retiendra de cette analyse qu'il existe un écart grandissant entre la structure de consommation des ménages les moins bien nantis et celle des ménages plus favorisés, notamment entre les ménages situés aux extrêmes des quintiles de revenu. Aussi, la mutation de la consommation marchande des ménages révèle que de

nouveaux besoins ont émergé : nouvelles technologies, nouveaux moyens de communication, nouveaux services en santé et en bien-être, etc. Cette extension des besoins va poser de nouveaux défis au système de sécurité sociale. Comment définir le panier des besoins de base à satisfaire en matière de protection du revenu de première nécessité ? Comment fournir les services coûteux en santé, les nouveaux médicaments, etc. ?

## LE SENTIMENT DE JUSTICE SOCIALE

Les Québécois estiment en forte proportion que la société dans laquelle ils vivent est juste, et cette proportion est plus élevée que celles qui sont observées dans d'autres sociétés comparables, notamment en France[19]. Les sociologues de plusieurs pays ont en effet porté attention à la mesure du sentiment de justice tant envers la société dans son ensemble (évaluation de la macrojustice) que par rapport à la situation personnelle vécue par chacun (la microjustice). La macrojustice désigne l'évaluation d'ensemble de la justice sociale dans la société dans laquelle on vit. Au total, 70 % des Québécois considèrent la société québécoise « plutôt juste » et 30 %, « plutôt injuste[20] ».

Trois clivages sociaux sont en liens étroits avec le sentiment de macrojustice : le genre, l'âge et la scolarité des individus. Les femmes sont moins nombreuses (65 %) que les hommes (75 %) à estimer que la société québécoise est juste. Viennent ensuite les jeunes (18 à 35 ans) qui se démarquent avec une proportion plus faible (61 %). Plus l'âge avance, plus on estime que la société québécoise est juste (80 % chez les personnes de 75 ans ou plus). Le diplôme est aussi relié à l'estimation de la justice. Les personnes les moins scolarisées (primaire et secondaire) estiment en moins forte proportion que la société québécoise est plutôt juste (63 %) et la proportion augmente avec le niveau d'études, allant à 77 % chez les diplômés d'université.

La perception de la macrojustice est moins élevée dans les catégories les plus faibles du revenu familial (autour de 66 % chez les moins de 50 000 $) et la perception que le Québec est une société juste augmente au sein des classes moyennes de revenus (entre 50 000 $ et 100 000 $) autour de 76 % à 78 %. L'écart est notable. Il existe aussi un clivage entre les classes socioéconomiques. Les personnes exerçant une profession qui exigent un diplôme universitaire ou collégial (techniciens, professions libérales, cadres en gestion et administration) perçoivent le Québec comme une société juste (au-dessus de 73 %) alors que les ouvriers, les

19. Forsé et Langlois, 2016, pages 137-154.
20. Le sentiment de macrojustice est mesuré à partir de la question : « Diriez-vous que la société québécoise est plutôt juste ou plutôt injuste ? »

employés de bureau et le personnel dans les services et la vente ont un score plutôt autour de 60 %.

Les clivages dans la représentation sociale que l'on se fait de la justice au sein de la société québécoise sont en liens évidents avec les raisons qu'ont les individus appartenant à certains groupes de se sentir exclus personnellement, de ressentir des injustices, d'être insatisfaits de l'ordre établi, ou encore avec l'idée de ne pas recevoir sa juste part en société. Ce serait donc le cas des jeunes, des femmes et des personnes les moins scolarisées qui ont des griefs spécifiques à formuler et des attentes non satisfaites.

Un autre principe sur lequel s'appuie l'évaluation de la justice mérite d'être mis de l'avant : le principe d'égalisation équitable des ressources sur le plan collectif. L'évaluation négative de la macrojustice est davantage présente au sein des groupements sociaux qui estiment que le principe de l'égalisation des ressources (au moyen d'une intervention étatique par exemple) fonctionne mal, ces personnes considérant être laissées pour compte ou encore ne pas recevoir en tant que groupe assez d'attention des pouvoirs publics. Autrement dit, on juge sa propre situation comme étant inéquitable et l'on estime que la société ou les pouvoirs publics ne font rien pour y remédier. Ainsi, les classes moyennes francophones – qui ont largement bénéficié des politiques publiques au Québec, dont les membres sont scolarisés et bénéficient d'emplois intéressants – n'ont pas de raisons personnelles d'estimer que leur société est injuste ou inéquitable et elles perçoivent comme étant avantageuses les interventions étatiques dont elles tirent finalement profit.

## CONCLUSION

La société québécoise a connu une véritable révolution des genres de vie et des modes de vie à partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale (1939-1945), une révolution qui n'est pas étrangère à l'avènement de la Révolution tranquille des années 1960, théâtre d'un grand nombre de changements institutionnels et politiques. Cette révolution des genres de vie et des modes de vie a fortement influencé la mise en place du système de sécurité sociale québécois et elle continuera d'en affecter les réformes et les modifications qui seront apportées dans les années à venir.

Il est difficile de cerner les liens de cause à effet entre les modes de vie et les politiques en matière de sécurité sociale, mais les liens entre les deux sont clairs. Les chapitres qui suivent témoignent du développement et de l'évolution des régimes de sécurité sociale dans ce contexte d'une société en mutation. Il importe néanmoins de se rappeler certains grands déterminants des changements dans les modes de vie :

- La mutation profonde de la condition féminine et les interrelations entre le marché du travail et la politique familiale.
- La montée du mode de vie en solitaire, les interrelations avec la protection du revenu des personnes démunies et les répercussions éventuelles sur l'aide informelle et les soins aux personnes malades et en perte d'autonomie.
- Les inégalités croissantes du marché du travail et la capacité des politiques sociales et fiscales à réguler cette situation.
- Les répercussions des nouvelles technologies sur nos habitudes de consommation, les besoins de base à satisfaire et notre capacité à fournir des services de santé de qualité.
- La diversité des modes de vie familiaux, leurs changements dans le cycle de vie des individus et les besoins de protection sociale pour les proches.

Les politiques sociales et le système de sécurité sociale s'inscrivent dans un contexte macroéconomique plus large qui affecte leur développement. Mais notre analyse des mutations dans les modes de vie et dans les genres de vie montre clairement la nécessité de prendre en compte les comportements des acteurs sociaux, leurs attentes et leurs caractéristiques dans la mise en place des programmes et, surtout, dans les modifications à apporter et dans l'élaboration de nouvelles avenues. Les besoins changent et le système de sécurité sociale doit en tenir compte.

Les grands acteurs collectifs (syndicats, organismes publics, intervenants économiques, etc.) jouent un rôle central dans les orientations prises par le système de sécurité sociale. Mais ce dernier doit aussi prendre en compte les comportements et les attentes des acteurs qui sont finalement les premiers concernés : les citoyens payeurs et bénéficiaires des services en matière de sécurité sociale.

## Bibliographie

Bigot, Régis. 2009. *Fins de mois difficiles pour les classes moyennes*. La Tour d'Aigues. Les Éditions de l'Aube, 200 pages.

Bosc, Serge. 2008. *Sociologie des classes moyennes*. Paris. La Découverte, coll. « Repères », 122 pages.

Chauvel, Louis. 2006. *Les classes moyennes à la dérive.* Paris. Seuil, coll. « La République des idées », 108 pages.

Crespo, Stéphane. 2007. *L'inégalité de revenu au Québec 1979-2004*. Québec. Institut de la statistique, 64 pages (http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01614_InegaliteRevenu2007M10.pdf).

Delorme, F., et Suzie St-Cerny (avec la collaboration de L. Godbout). 2014. *La classe moyenne au Québec s'érode-t-elle vraiment ? Contour et évolution*. Rapport de recherche, Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques, Université de Sherbrooke, novembre 2014, 32 p. (http://www.ledevoir.com/documents/pdf/classe_moyenne_quebec.pdf).

Forsé, Michel, et Simon Langlois. 2016. « Des sentiments de justice sociale divergents en France et au Québec », dans Olivier Galand (dir.), *La France des inégalités. Réalités et perceptions*. Paris : Presses de l'Université Paris-Sorbonne. 2016, p. 137-154.

Gouvernement du Québec. 2016. *Budget 2016-2017. Régime québécois de soutien du revenu*. 17 mars 2016, 83 pages.

Guindon, Hubert. 1990. « Malaise social, classes sociales et révolution bureaucratique », dans Hubert Guindon, *Tradition, modernité et aspiration nationale de la société québécoise*. Montréal : Éditions Saint-Martin. 1990, p. 61-98.

Langlois, Simon. 2008. « Budgets de famille et genres de vie au Québec dans la seconde moitié du xx$^{e}$ siècle », *Les Cahiers des Dix*, Les Éditions La Liberté, n$^{o}$ 62, p. 195-231.

Langlois, Simon. 2015. « La nouvelle stratification sociale de la société québécoise, 1971 à 2011 », *Les Cahiers des Dix*, n$^{o}$ 69, 2015, p. 341-370.

Langlois, Simon, et Mathieu Lizotte. 2014. « L'indice de Palma, nouvelle mesure des inégalités au Québec et au Canada », revue *Vie économique*, vol. 6, n$^{o}$ 1, p. 15-21.

# PARTIE III
# Le développement des programmes

# Chapitre 5

# Le système de santé et de services sociaux

*Jean Turgeon, Jean-Claude Deschênes† et Guy Simard*[1]

***Le Québec ne fait pas exception aux autres provinces ou pays développés du fait que les réformes entreprises depuis plus d'un demi-siècle tentent avec plus ou moins de succès d'atteindre le meilleur équilibre possible entre accessibilité, qualité des soins et coûts, dans un contexte où le respect du principe de solidarité sociale pose de plus en plus un défi.***

TABLE DES MATIÈRES

**Les premières actions** . . . . . **141**

**Les assises de l'implantation (1957-1971)** . . . . . **145**

Les soins et services . . . . . 146

L'organisation du système de santé . . . . . 155

**Les étapes charnières** . . . . . **158**

De 1972 à 1985 : prise en charge étatique et bureaucratisation de la gouverne . 158

De 1985 à 2000 : technocratisation et démocratisation . . . . . 165

De 2000 à 2007 : poussée managérialiste . . . . . 171

De 2007 à 2015 : tentation du privé . . . . . 176

**La situation depuis le 1er avril 2015** . . . . . **179**

Les soins et services . . . . . 180

L'organisation . . . . . 185

**Constats et enjeux** . . . . . **189**

**Annexe –** La couverture publique d'assurance maladie au Québec . . . . . 198

**Bibliographie** . . . . . **202**

1. Ce chapitre emprunte, avec autorisation de la maison d'édition, des extraits d'un texte déjà paru : J. Turgeon, R. Jacob et J.-L. Denis (2011). « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », *Les tribunes de la santé* n° 30 – printemps 2011 p. 57-85. Les auteurs tiennent également à remercier M. Léonard Aucoin pour ses commentaires sur une version antérieure de ce chapitre de même que Mmes Marie-Claude Prémont et Hélène Morais. Nous demeurons toutefois entièrement responsables du contenu.

Selon la loi constitutionnelle de 1867, le Canada représente une fédération où la compétence en matière de santé est reconnue exclusivement aux « États fédérés[2] ». Ainsi, le système canadien de santé est organisé par les provinces. C'est un système d'assurance qui repose avant tout sur un principe de solidarité sociale et, en raison notamment de son mode de financement largement axé sur l'imposition générale, sur un principe de mutualisation des risques liés à la santé[3]. Depuis le milieu du xx[e] siècle, trois types de systèmes de santé sont généralement reconnus dans les pays développés : les systèmes libéraux de santé (États-Unis), les systèmes d'assurance maladie (France, Allemagne) et, enfin, les systèmes nationaux de santé comme ceux de la Grande-Bretagne et du Canada.

La jurisprudence reconnaît par ailleurs au fédéral un pouvoir de dépenser même dans des champs de compétence exclusifs des provinces, comme la santé et l'éducation. Il peut ainsi proposer aux provinces et aux territoires[4] des programmes dans ces champs, programmes que les gouvernements des provinces sont libres d'accepter ou non. Les provinces peuvent donc adopter, par rapport au champ de la santé, des solutions différentes à des problèmes ou des enjeux pourtant similaires[5]. Ainsi, il est possible à une province d'amorcer puis de mettre en œuvre des réformes différentes de celles de ses homologues. Le gouvernement fédéral ne peut intervenir directement ni dans la gestion ni dans le financement des systèmes de santé des provinces ; il peut cependant associer certaines conditions à sa contribution au financement de ces programmes.

Dans ce chapitre, nous rappelons dans un premier temps les premières actions puis, dans un second temps, les assises du système de santé québécois en évoquant l'influence du gouvernement canadien. Par la suite, la troisième partie porte sur des étapes charnières : 1972-1985, 1985-2000, 2000-2007 et 2007-2015. La dernière partie traite des changements survenus depuis le 1[er] avril 2015. Dans chacune de ces sections, il est d'abord question des soins et services puis de l'organisation du système. Nous relevons en conclusion quelques constats et enjeux dont plusieurs sont propres au Québec.

## LES PREMIÈRES ACTIONS

En raison des multiples problèmes de santé et sociaux que représente l'implantation d'une colonie au Québec, les familles, les organismes de charité parrainés

2. Toutefois, le gouvernement fédéral demeure responsable de l'organisation des soins de santé pour les militaires, les Amérindiens, les Inuits, les prisonniers détenus dans un pénitencier fédéral et, plus récemment, des soins de santé aux réfugiés et demandeurs d'asile.
3. Gouvernement du Québec, 2010, p. 5.
4. Territoires du Nord-Ouest, Yukon, Nunavut.
5. Forest et Bergeron, 2005, p. 59-60.

par l'Église et les communautés religieuses vont jouer un rôle déterminant dans la prise en charge de la maladie et de l'indigence. Par exemple, à Québec et Montréal, c'est le cas des hôtels-Dieu, fondés par des communautés religieuses francophones au milieu du XVIII^e siècle. Un peu plus tard, du côté des communautés non francophones, c'est souvent par l'intermédiaire de mécènes ou des communautés civiques (*civic communities*) que se développent à Montréal les ressources hospitalières comme le Montreal General Hospital (1818), le Royal Victoria (1893) ou le Chinese Hospital (1919). Tous ces hôpitaux accueillent les malades, sans distinction de nationalité ou de religion. Jusqu'au début du XIX^e siècle, les hôpitaux servent surtout de refuge et administrent des soins généraux aux démunis. Les paroisses puis les municipalités et les villes qui voient le jour se préoccupent également de ces problèmes. À l'exception du soutien aux pauvres et aux indigents, l'État québécois est à peu près absent du domaine de la santé, qui est alors l'affaire du domaine privé et communautaire.

La contribution du gouvernement québécois demeure donc discrète jusqu'à la fin du XIX^e siècle, se limitant au versement de subsides aux hôpitaux. Peu à peu cependant, dans un contexte où l'urbanisation et l'industrialisation s'accélèrent, cette contribution s'amplifie afin de contrer les épidémies dues aux maladies infectieuses. C'est ainsi qu'est créée la Commission provinciale d'hygiène qui devient en 1888 le conseil d'hygiène qui soutient les bureaux d'hygiène municipaux.

Parallèlement, c'est à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle que la médecine clinique gagne ses lettres de noblesse et se professionnalise. Pour leur part, celles qui s'appelleront plus tard infirmières sont alors considérées comme des garde-malades. Il faut attendre 1920 pour que l'Association des garde-malades enregistrées de la province de Québec voie le jour. En corollaire, les soins s'institutionnalisent et les hôpitaux se transforment et se spécialisent tout en demeurant des entités privées.

Sur le plan sanitaire, il faut prendre acte de l'état de santé lamentable des Québécois au début du XX^e siècle (voir chapitre 2). En 1901, l'espérance de vie des femmes est de 47,6 ans et d'à peine 45 ans chez les hommes. En 1941, la tuberculose tue près de 81 personnes sur 1000. La mortalité infantile est aussi la plus élevée du Canada. La mortalité maternelle est fréquente et la tuberculose menace partout, mais particulièrement chez les pauvres. Grâce au progrès de la recherche médicale – notamment la découverte de la pénicilline – et à l'utilisation de nouvelles technologies, l'état de santé des Québécois s'améliore grandement par la suite. En 1961, les décès liés à la tuberculose ne sont plus qu'au nombre de 7 sur 1000[6].

C'est encore au moyen de l'hygiène publique, en vue de protéger la santé des populations, que l'État s'engage davantage dans le financement et la dispensation

6. Site Internet du Musée McCord.

de soins de santé. Ainsi, en 1921 le gouvernement du Québec adopte une loi[7] qui constitue une première avancée significative de l'État dans les services de santé, au-delà des interventions d'hygiène publique, de génie sanitaire ou de crises lors d'épidémies qui caractérisaient les interventions antérieures. Cette loi prévoit l'octroi de subventions statutaires de l'État québécois et des municipalités aux institutions pour l'hospitalisation des indigents[8]. Peu à peu le rôle des municipalités s'estompe étant donné leur manque de ressources pour soutenir le rythme des dépenses liées à l'augmentation de l'indigence et aux problèmes de santé. Les tenants de la logique de la charité privée, dont l'Église est l'un des ardents défenseurs, s'opposent à cette initiative qui prône une intervention accrue de l'État dans le domaine sanitaire et de la charité. Pour certains historiens, cette loi représente plutôt « une refondation de la politique libérale à l'égard du "personnage de l'indigent" […] [qui] a permis de justifier le développement d'un système privé/public d'assistance charitable aux dépens de politiques sociales fondées sur une conception universelle du droit social[9] ».

De manière à faciliter l'accès aux services préventifs pour les populations pauvres des milieux ruraux, des unités sanitaires de comté (USC) sont créées à partir de 1926 avec l'appui de la Fondation Rockefeller[10]. La crise économique de 1929 et la montée fulgurante de la misère et des problèmes sociosanitaires qui en découlent forcent l'intervention de l'État. En 1933, le rôle des USC est élargi à la surveillance et à la protection de la santé publique. De 22 USC au début des années 1930, on en compte 73 en 1970. En 1936, elles sont incorporées au Département (ministère) de la santé et du bien-être social qui comprend également le Service provincial d'hygiène et le Service de l'assistance publique. Cette double vocation du ministère augure déjà l'idée d'une politique sociale plus intégrée. De fait, on peut conclure que, jusqu'en 1960, les USC sont, avec le financement des institutions par l'assistance publique, les principales responsabilités du Département de la santé et du bien-être social, puis du ministère de la Santé à partir de 1946. Toutefois, la médecine clinique, basée sur la pratique privée, progresse à un rythme beaucoup plus rapide que ces avancées de la santé publique et de la médecine préventive[11].

Pour sa part, le service social prend lui aussi son origine au sein de l'Église qui repense, avec la crise économique de 1929, les structures d'assistance existantes. Les Fédérations des œuvres de charité et les agences de service social diocésaines voient alors le jour. Elles sont financées par l'Église qui s'assure également de la formation des travailleurs sociaux. Dès 1940 cependant, l'État participe au

7. Loi établissant le service d'assistance publique, S.P.Q., 1921, c.79.
8. Bergeron et Gagnon, 2003, p. 14.
9. Petitclerc et Bienvenue, 2012.
10. Bergeron et Gagnon, *op. cit.*, p. 14.
11. *Ibid.*

financement de certaines de ces agences dont les services s'adressent alors à l'enfance, à la famille, aux délinquants et aux prisonniers[12]. La même année, l'Université de Montréal ouvre son école de travail social. Chez les non-francophones, c'est par l'entremise des associations caritatives laïques et grâce à la création par l'Université McGill de sa School of Social Work en 1918 que se développent les services sociaux.

En 1943, le rapport Lessard critique les insuffisances de l'assistance publique et propose (déjà !) de la remplacer par un régime provincial et universel d'assurance maladie et l'intégration de la sécurité sociale[13]. En 1944, l'Union nationale prend le pouvoir au Québec. Reléguant aux oubliettes le rapport Lessard, le gouvernement établit sa stratégie sur une argumentation juridictionnelle défensive, mais elle est surtout largement inspirée par une conception conservatrice, alors répandue au Québec. La charité privée et le libéralisme économique dominent largement le panorama politique. En 1946, ce gouvernement va scinder le ministère de la Santé et du Bien-être ; le ministère de la Jeunesse et du Bien-être social voit le jour.

L'époque 1940-1959 est dominée par la concurrence politique fédérale-provinciale. Dans la foulée du rapport Rowell-Sirois (1940) sur les relations dites alors Dominion-provinces et du rapport Marsh de 1943 sur la sécurité sociale au Canada, rapport que certains considèrent comme la charte sociale du Canada, il y a l'historique conférence fédérale-provinciale de la reconstruction, en 1945 et en 1946. Le gouvernement canadien y propose un système de sécurité sociale universel fondé sur le modèle du Royaume-Uni qui se met en place à la suite de la publication, en 1942, du rapport Beveridge. Le système de santé britannique, le National Health Service*,* est créé dès 1948.

Au Canada, la mise en place d'un système national de santé n'est pas aussi rapide. Durant la longue et cruciale période d'une vingtaine d'années qui suit, le gouvernement fédéral, malgré les obstructions de plusieurs provinces, met progressivement en application la stratégie qu'il a proposée à cette conférence, soit pour le secteur de la santé, le financement d'un complexe médico-hospitalier pancanadien qui sera gratuit pour tous les Canadiens. Ainsi, les systèmes de santé des provinces sont financés, en grande partie, par le régime fiscal, soit les taxes et les impôts versés par les citoyens aux ordres fédéral et provincial.

Au Québec, le gouvernement Duplessis veut bénéficier rapidement d'un premier programme fédéral adopté en 1948. Ce programme prévoit des subventions aux provinces pour la construction d'hôpitaux. De 109 hôpitaux en 1940 le Québec en compte 195 vingt ans plus tard, excluant les ajouts et les rénovations, pour une addition totale de 16 779 lits[14]. Alors qu'en 1940 les hôpitaux embauchent

12. Mayer et Groulx, 1987.
13. Vaillancourt, 1988.
14. AAHPQ, 1962.

11 400 employés, on en compte 16 823 en 1946 et 44 348 en 1958[15]. À partir de 1946, les dépenses du ministère de la Santé augmentent en moyenne de 23 % par année alors que l'ensemble des dépenses de l'État croît au rythme de 13 %.

C'est également durant les années 1940 que sont proposées aux Québécois capables de se les payer de véritables assurances maladie privées : la Croix-Bleue (*Quebec Hospital Service Association*) qui fournit une protection contre les frais d'hospitalisation et les Services de santé du Québec (devenus depuis SSQ Groupe financier) qui, en plus, offrent une protection couvrant les frais médicaux et chirurgicaux[16]. En 1955, 34,8 % de la population est protégée en vertu d'un régime privé ; en 1964, le pourcentage atteindra 43,1 %[17].

Durant les années 1950, des centres d'accueil pour personnes âgées financés par l'État sont créés. Des entreprises familiales, appuyées par leurs paroisses, mettent également sur pied plusieurs petites institutions d'hébergement et quelque 30 hôpitaux généraux privés, en plus des hôpitaux ayant bénéficié d'un financement gouvernemental. Il devient alors possible d'accueillir et d'héberger une clientèle âgée plutôt autonome vivant dans la communauté environnante[18].

Par ailleurs, sans attendre les programmes fédéraux, la Saskatchewan instaure dès 1947 son régime public universel d'assurance hospitalisation. En 1950, la Colombie-Britannique et l'Alberta lui emboîtent le pas. C'est dans ce contexte que le gouvernement fédéral propose son projet d'assurance hospitalisation pancanadien[19].

## LES ASSISES DE L'IMPLANTATION (1957-1971)

Au Québec, les années 1960 conduisent à l'élaboration d'une véritable politique sociale intégrée qui se traduit, en particulier, par la création du système public de santé et de services sociaux en 1971. Comme nous le verrons maintenant, l'architecture du système est dessinée par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social mise sur pied en 1966.

15. Vaillancourt, *op. cit.*
16. Comité de recherches sur l'assurance santé, 1966, p. 3.
17. *Ibid.*, p. 4. Voir section traitant de la situation depuis 2015 du présent chapitre pour des informations plus récentes.
18. Association des établissements privés conventionnés.
19. Le gouvernement fédéral propose également un projet d'assistance chômage dont il est question au chapitre 10.

## Les soins et services

Concernant les soins et services de santé, c'est toujours en lien avec la conférence de la reconstruction et grâce à son pouvoir de dépenser que le gouvernement fédéral adopte en juillet 1958 une loi[20] où il offre aux provinces et aux territoires de leur rembourser ou de partager la moitié des coûts qu'ils assumeraient pour des services hospitaliers et diagnostiques particuliers. La *loi* prévoit une couverture universelle, gérée par le secteur public, pour un éventail de services précis offerts selon des modalités uniformes. L'incursion fédérale dans un champ de compétence exclusive des provinces ne plaît pas au Québec, qui refuse alors d'y participer. Il faut attendre l'arrivée en juin 1960 d'un gouvernement libéral dirigé par Jean Lesage pour voir cette mesure implantée au Québec. L'assurance hospitalisation démarre le 1er janvier 1961. Elle représente la première phase de la nationalisation des soins de santé au Québec. Elle provoque une augmentation importante des coûts des services hospitaliers, ce qui amène le gouvernement à imposer des normes budgétaires strictes. Cette augmentation serait due à trois facteurs principaux : l'accroissement des traitements et salaires des employés, l'augmentation du nombre de jours d'hospitalisation et l'addition de certaines catégories de services externes[21].

La même année, le gouvernement fédéral instaure une commission pour enquêter sur les services de santé au Canada. Le dernier rapport est déposé à la Chambre des communes le 7 décembre 1964. La Commission royale d'enquête sur les services de santé (commission Hall) recommande un régime complet et universel de services de santé pour tous les Canadiens, quels que soient leur âge, leur situation, leur province ou territoire de résidence ou leurs moyens financiers. Ces services de santé seraient administrés par les provinces. La commission prévoit aussi à moyen terme une pénurie de médecins étant donné le haut taux de natalité de l'après-guerre qu'elle extrapole au cours des prochaines années. Assurés d'un financement 50-50 du fédéral, les gouvernements provinciaux répondent à cette préoccupation en créant de nouvelles facultés de médecine et en augmentant les admissions pour celles qui sont déjà en place. De fait, le nombre d'admissions a presque doublé durant cette décennie. Encore une fois en avance sur le gouvernement fédéral et ceux des autres provinces, la Saskatchewan adopte dès 1962 un régime d'assurance maladie universel qui permet d'offrir des services médicaux à sa population. Toutefois, pour en arriver là, il faudra parvenir à un compromis important avec les médecins : bien qu'ils soient payés dorénavant par l'État, ils n'en sont pas des employés, mais demeurent des entrepreneurs privés, notamment par la formule du paiement à l'acte et non à salaire.

20. Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques, L.C.1958, c.28.
21. Québec, 1963, Discours du budget, p. 46.

Le gouvernement fédéral adopte en 1966 une loi[22] qui prévoit le remboursement ou le partage de la moitié des coûts assumés par les provinces et les territoires pour les services médicaux offerts par un médecin à l'extérieur des hôpitaux, tout en interdisant aux assureurs privés d'assurer un service médical couvert par l'État. La loi n'entre en vigueur que le 1er juillet 1968. Il faut noter que ce financement à frais partagés (50-50) du fédéral pour les soins de santé ne garantit pas une large couverture, qui aurait pu inclure, par exemple, les médicaments hors de l'hôpital, les soins à domicile ou encore l'hébergement, mais bien uniquement les services hospitaliers et médicaux. Toujours en 1966, le Québec adopte de son côté la Loi de l'assistance médicale[23] qui garantit des soins médicaux ambulatoires et chirurgicaux gratuits aux allocataires (assistés sociaux) et à leurs personnes à charge.

Le gouvernement du Québec crée en 1966 la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (commission Castonguay-Nepveu)[24]. Cette dernière, dans un contexte de changement global de la société québécoise, propose une véritable politique de développement social axée sur le principe de l'égalité des chances qui couvre trois champs importants : la sécurité du revenu, les services de santé et certains services sociaux. La Commission pose deux objectifs fondamentaux : l'élaboration d'une politique complète de santé en vue d'améliorer à la fois la santé de la population et celle du milieu[25]. Devant ce nouveau projet de société, l'État se heurte aux puissantes fédérations médicales qui refusent que leurs membres soient « intégrés » à un régime public (voir l'encadré 5.1).

**Encadré 5.1**

### Les organisations médicales : dans le système de santé et en dehors de celui-ci

Sur la page d'accueil de son site, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec présente diverses ressources comme « partenaires » du système québécois de santé. Le premier partenaire nommé est la profession médicale en son ensemble. On y précise : « Bien que les omnipraticiens et les spécialistes soient des travailleurs autonomes, la très vaste majorité de ces médecins exercent exclusivement à l'intérieur du système public, celui-ci ayant toujours été en mesure d'établir des partenariats avec eux[26]. » On discerne dans ce vocabulaire le caractère autonome de la profession médicale et son insertion particulière dans le système, à la fois par un appareil juridique distinct (Loi sur l'assurance maladie) et par la pratique de négociations constantes pour établir les modalités dudit partenariat.

22. *Loi sur les soins médicaux,* S.C. *1966*-67, *c*. 64.
23. Loi de l'assistance médicale, L.Q. 1966, c.11.
24. Référer au chapitre 1 pour des précisions sur le contexte politique dans lequel s'inscrivent les travaux de cette commission.
25. Gouvernement du Québec, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, 1970, p. 14-17.
26. Voir le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les médecins du Québec constituent depuis longtemps un ordre professionnel éminent, la création du Collège des médecins datant de 1846. Jusqu'en 1974, cet organisme assurait la surveillance de la formation médicale et de l'exercice de la profession, tout en veillant aux intérêts des médecins.

> La création d'un nouveau système professionnel en 1974 départage les rôles entre, d'une part, des organisations visant à défendre les intérêts, notamment économiques de leurs membres et, d'autre part, des organisations qui ont pour objectif de protéger le public en cherchant à garantir la qualité d'un service professionnel (le Collège des médecins, en l'occurrence)[27].

Par ce système professionnel, l'État accepte un partage du pouvoir de réglementation et de surveillance. Plus récemment, une réforme juridique adoptée en 2007 permet aux professionnels de s'incorporer en leur conférant ainsi un statut juridique et fiscal avantageux. Le cas le plus médiatisé de l'incorporation professionnelle est celui des médecins puisque leur rémunération émarge très largement à un unique payeur gouvernemental, la RAMQ.

**Naissance du mouvement syndical médical**

Outre le Collège des médecins du Québec, les médecins appartiennent à bien d'autres regroupements professionnels dont, au premier titre, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) qui négocient avec le gouvernement pour leurs membres, ainsi que la Fédération des médecins résidents et internes (FMRIQ). Dans les autres provinces canadiennes, ce sont les divisions provinciales de l'Association médicale du Canada (AMC) qui transigent avec les gouvernements de leur province respective. Au Québec, il existe aussi l'Association médicale du Québec (AMQ), mais elle n'est pas la porte-parole des médecins pour la négociation des ententes avec le gouvernement.

C'est la fondation en 1963 de la FMOQ qui donne le signal de la syndicalisation des médecins.

> La première entente générale entre la FMOQ et le Gouvernement du Québec a été signée en 1966 dans le cadre du nouveau régime d'assistance médicale (pour les assistés sociaux)[28].
>
> En 1966, le nouveau régime de l'Assistance médicale prévoit que les allocataires et les personnes à charge reçoivent gratuitement les soins médicaux et chirurgicaux dont ils ont besoin. Les deux fédérations syndicales d'omnipraticiens et de spécialistes obtinrent, pour ces services, le régime de la rémunération à l'acte, selon un tarif fixé par négociation collective dans le cadre du tiers payant[29].

27. G. Hébert et J.-L. Scully, « Les ordres professionnels peuvent-ils garantir la protection du public ? » Note socioéconomique, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, novembre 2015, 13 p.
28. F. Chapados et F. Fiore, « Les grands moments de la FMOQ et ses prochains défis », dans *Le Médecin du Québec*, vol. 42, nº 8, automne 2007.
29. G. Desrosiers et B. Gausner, « Réformes et tentatives de réforme du réseau de la santé du Québec contemporain : une histoire tourmentée », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, nº 1, 2004, p. 8-20.

La mise en place de l'assurance maladie est marquée par la turbulence.

> Le premier défi du nouveau ministre (Claude Castonguay, nommé en 1970) consiste à contrer la résistance de la Fédération des médecins spécialistes qui exige le droit pour tout médecin d'exercer en dehors du régime, de demander directement ses honoraires aux patients et, à ces derniers, d'obtenir un remboursement d'au moins 75 % et que l'échelle de rémunération proposée soit majorée. Les négociations sont rompues, la grève générale de tous les médecins spécialistes éclate, affectant surtout les hôpitaux parce que la Fédération des médecins omnipraticiens, de son côté, accepte le régime proposé par le gouvernement. Comme cette grève survient en octobre, au moment même d'une grave crise politique qui secoue le Québec et le Canada tout entier par l'action des terroristes du Front de libération du Québec, les spécialistes, n'obtenant aucun support de la population, sont obligés de retourner au travail sous le coup d'une loi spéciale, votée par le Parlement du Québec. La Loi sur l'assurance maladie est adoptée le 1er novembre[30].

Au cours des décennies qui suivent les deux fédérations en viennent à négocier de façon quasi permanente les conditions de pratique de leurs membres respectifs et leur place dans le système public de santé.

**La FMOQ**

Dirigée durant 32 ans par deux présidents successifs (Dr Gérard Hamel de 1963 à 1981 et Dr Clément Richer de 1981 à 1995), la FMOQ s'est donné pour mission :

> de veiller aux intérêts professionnels des médecins omnipraticiens du Québec. La Fédération guide et soutient ses membres quant aux réalités de leur milieu de pratique et du réseau de la santé. Elle défend leur autonomie professionnelle et fait tout en son pouvoir pour qu'ils exercent dans des conditions leur permettant d'offrir à leurs patients la qualité optimale de soins à laquelle ils aspirent[31].

En 2015, elle compte 9 964 membres regroupés en 19 associations régionales et négocie auprès des instances gouvernementales les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens. La Fédération veille avec soin à préserver l'autonomie professionnelle des membres et elle est active sur plusieurs plans, dont :

- La promotion de la médecine familiale ;
- La formation médicale continue, agréée à cette fin par le Collège des médecins ;
- L'aide individuelle aux membres concernant l'installation en pratique et l'application des ententes ;
- L'édition d'un magazine professionnel : Le Médecin du Québec ;
- La planification et la régionalisation des effectifs médicaux (avec le ministère et d'autres instances) ;
- Les guides de gestion de la pratique ;
- Les placements financiers des membres.

30. Site Internet de la FMOQ.
31. *Ibid.*

**La FMSQ**

Créée en 1965, sous la présidence du Dr Raymond Robillard qui en assuma la présidence de 1965 à 1978, la FMSQ comptait alors 11 associations médicales affiliées regroupant diverses spécialités. Sa mission est claire et se lit ainsi : « défendre et promouvoir les intérêts des médecins spécialistes membres des associations affiliées, sur le plan économique, professionnel, scientifique et social[32] ».

En 2015, la FMSQ regroupe 59 des 60 spécialités médicales reconnues par le Collège des médecins du Québec. La 60e est la pratique générale, reconnue par le Collège comme spécialité et regroupée dans la FMOQ. Ces 59 spécialités sont regroupées en 35 associations affiliées et totalisent 11 205 membres dont 70 % pratiquent exclusivement en milieu hospitalier, 7,3 % en cabinet seulement et 22,5 % en pratique mixte.

La FMSQ remplit les mêmes fonctions que la FMOQ auprès de ses membres. Elle publie un magazine professionnel, *Le Spécialiste*, gère une fondation caritative et, pour ses membres, deux filiales financières, l'une à des fins de placements financiers et l'autre de courtage d'assurances.

**Les ententes**

Les deux ententes (FMOQ et FMSQ) font, on l'a mentionné précédemment, l'objet de tractations quasi permanentes avec le Ministère et constituent l'outil de référence pour la gestion de la pratique professionnelle des médecins. L'une et l'autre comptent des centaines de pages et leur complexité a engendré une réelle bureaucratisation. Celle-ci est le résultat d'une extrême centralisation puisque toute entente, nouvel annexe et toute lettre d'interprétation exigent la signature conjointe du ministre de la Santé et du président de la fédération concernée.

À titre d'exemple, le versement associé à la première visite de prise en charge par le médecin de famille d'un nouveau patient dit « patient orphelin » (entente datant d'octobre 2015, à la suite d'un amendement au projet de loi 20) a engendré un « guide de gestion relatif à l'amendement 140 lequel remplace la lettre d'entente 245 ». Ce document-guide compte 16 pages. De même, l'entente de partenariat entre le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières concernant la délégation aux infirmières-praticiennes spécialisées en soins primaires a engendré les lettres d'entente 213 et 229 qui régissent la facturation et les frais de bureau pour la surveillance de ces infirmières.

On réalise la complexité de la gestion de la pratique médicale à la lumière du fait qu'il existe aujourd'hui 11 000 codes de facturation possibles couvrant l'ensemble des actes médicaux et les conditions d'exercice et entraînant 55 millions de demandes de paiement annuellement auprès de la RAMQ.

Dans le monde professionnel, ce mode d'organisation et de gestion et le niveau de son développement n'existent que dans la pratique médicale. Il est à remarquer que ce mode de gestion est parallèle à celui de la gestion des établissements, les deux lois de base, soit la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur les services de santé et les services sociaux, étant elles-mêmes parallèles.

32. Site Internet de la FMSQ.

Le Québec n'attend pas la fin des travaux de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social en 1973 pour mettre en place un système étatique de santé et de services sociaux. Ainsi la Régie de l'assurance maladie du Québec est créée en juin 1969 et le régime d'assurance maladie universel entre en vigueur le 1er novembre 1970. On peut mesurer l'ampleur du défi qui consiste durant cet intervalle à inscrire au régime une population de cinq millions de Québécois et à pouvoir traiter les millions de demandes de paiement provenant des quelque 10 000 professionnels de la santé pour des services médicaux, optométriques et de chirurgie buccale[33].

À la fin des années 1960, on pensait encore que la montée des coûts inhérents à l'instauration du système public de services de santé serait limitée dans le temps. Après une hausse inévitable au départ, la demande (donc les dépenses) stagnerait puis diminuerait. En d'autres mots, une fois les gens en meilleure santé – et ils le seraient, les services étant accessibles à tous… –, ils consulteraient moins. Cette « logique de saturation » s'est révélée totalement fausse. Dès les années 1970, des études[34] tendent à démontrer que, dans les soins de santé, la demande de soins du patient/consommateur est essentiellement induite par le fournisseur de soins, généralement le médecin (*supplier induced demand* – *SID*), dans un contexte où c'est surtout le fournisseur qui possède l'information et le savoir nécessaires à la décision. Le gouvernement du Québec introduit deux incitatifs supplémentaires à cette pratique : le mode de rémunération à l'acte (voir l'encadré 5.2) et l'absence d'information, sur le « coût » de l'intervention, tant pour le patient que pour le médecin. Cette situation exige des rééquilibrages, des adaptations de plus en plus exigeantes au fil des ans. Par ailleurs, dans le secteur de la santé, et dans une moindre mesure dans le secteur des services sociaux, on soupçonne à l'époque la gestion privée d'être chère en plus d'être inéquitable.

33. Site Internet de la RAMQ.
34. Green, 1978 ; Evans, 1974.

**Encadré 5.2**

## La rémunération des médecins

Au Québec, la rémunération des médecins ne cesse d'alimenter les conversations, dans les cercles d'initiés comme chez la population en général. Des différents modes de rémunération, le paiement à l'acte demeure de loin le plus utilisé. Il représente environ 72 % des paiements cliniques bruts au Canada, une proportion restée stable depuis les dernières années[35]. Au Québec, la proportion est de 65 % (tableau 5.1). Les médecins considèrent que la rémunération à l'acte est un gage de productivité, leur rémunération étant directement proportionnelle au nombre d'actes posés. Ce mode de paiement leur permet de garder un statut d'entrepreneur privé. Au Québec, le paiement se fait rétrospectivement par un tiers, la RAMQ.

Lors de l'instauration de ce système de rémunération en 1970, on compte environ 500 actes. En janvier 2014, la rémunération à l'acte se rapporte à plus de 11 000 codes d'actes médicaux distincts associés à un tarif[36]. Le système est devenu si complexe que le tiers des médecins font appel à une agence privée pour gérer leur facturation. Les médecins étant rémunérés en fonction du volume de soins observables qu'ils prodiguent, ils sont encouragés à se concentrer davantage sur ce type d'interventions, au détriment des soins non observables tels que les efforts déployés[37]. Certains soulignent que ce mode de rémunération ne favorise pas le travail d'équipe avec les infirmières et les autres professionnels de la santé et encourage peu les activités administratives[38].

TABLEAU 5.1
**Services médicaux selon le type de rémunération[39] (en milliers de dollars)**

| | 2010-2011 | 2011-2012 | 2012-2013 | 2013-2014 | 2014-2015 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Type de rémunération** | | | | | | |
| Salaire et à la vacation | 390 040 | 416 693 | 445 216 | 480 921 | 464 094 | (8 %) |
| À l'acte | 3 078 284 | 3 275 086 | 3 407 368 | 3 857 083 | 3 994 912 | (64 %) |
| Mixte | 1 108 777 | 1 259 202 | 1 189 198 | 1 431 031 | 1 497 796 | (24 %) |
| À forfait et à primes* | 134 127 | 152 169 | 273 624 | 269 470 | 266 125 | (4 %) |
| **TOTAL** | **4 711 228** | **5 103 150** | **5 315 406** | **6 038 505** | **6 222 927** | **(100 %)** |

Source : RAMQ, *Rapport annuel de gestion 2014-2015*, p. 117.
* La rémunération à forfait et à primes est présentée distinctement de la rémunération à l'acte des omnipraticiens. En effet, ce mode de rémunération étant en hausse, il est comptabilisé distinctement depuis le 1er avril 2008, ce qui permet d'en assurer un meilleur suivi (RAMQ, *2014-2015*, p. 117).

Par ailleurs, avec une moyenne annuelle de rémunération clinique à l'acte des médecins ayant travaillé à temps plein pour l'année 2013-2014 de 257 000 $ pour un médecin de famille et de 408 000 $ pour un spécialiste, il y a lieu se

35. ICIS, 2015.
36. Vérificateur général du Québec, 2015, p. 7
37. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011, p. 8.
38. Pomey, Bernier et Denis, 2016.
39. Excluant la rémunération des résidents en médecine et les avantages prévus par le régime (mesures incitatives et particulières et assurance responsabilité professionnelle).

demander si cette rémunération est comparable à ce qui se fait ailleurs. Pierre Fortin dans un article de la revue *L'Actualité* fournit une réponse à cette question.

> Est-ce que les médecins sont payés trop cher au Québec ? Oui, sans aucun doute.
>
> Comment déterminer si ces rémunérations annuelles sont insuffisantes ou excessives ? En les comparant à une norme économiquement et socialement acceptable : le revenu que ces médecins québécois auraient dû toucher afin d'obtenir exactement le même pouvoir d'achat que leurs confrères ontariens. Ce qui importe en effet pour le bien-être matériel, ce n'est pas le nombre de dollars qu'on reçoit, mais leur vrai pouvoir d'achat, c'est-à-dire le volume réel de biens et de services qu'on peut se procurer avec eux.
>
> Or, la vie coûte plus cher en Ontario qu'au Québec. En moyenne, en 2013-2014, les prix de ce que les ménages ont acheté à la consommation étaient 12 % plus bas chez nous que chez eux. On n'avait besoin que de 88 $ au Québec pour acheter ce qui coûtait 100 $ en Ontario.
>
> L'effet de cette observation sur la rémunération qu'il aurait fallu accorder aux médecins du Québec pour qu'ils jouissent du même pouvoir d'achat qu'en Ontario est considérable. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, la rémunération clinique à l'acte des médecins de famille ontariens ayant travaillé à temps plein en 2013-2014 a été en moyenne de 246 000 $. La deuxième colonne du tableau 5.2 indique en conséquence qu'il aurait fallu un revenu de 216 000 $, soit 12 % de moins, aux médecins de famille québécois pour bénéficier au Québec du même pouvoir d'achat qu'en Ontario. Comme les médecins de famille québécois ont effectivement obtenu 257 000 $ en moyenne, ils ont pu bénéficier de 41 000 $ de plus (+19 %) que la norme de 216 000.
>
> Selon un calcul semblable, la norme de revenu qui aurait dû être réalisée pour que les médecins spécialistes québécois bénéficient du même pouvoir d'achat que leurs confrères ontariens, sans plus, était de 303 000 $ en 2013-2014 (voir le tableau 5.2). À 408 000 $, la rémunération moyenne des médecins spécialistes québécois a donc dépassé la norme de 105 000 $ (+34 %).
>
> En utilisant la parité de pouvoir d'achat avec l'Ontario comme point de repère, je ne crée pas ici une exception pour les médecins. Au contraire, la parité de pouvoir d'achat avec les confrères ontariens est répandue parmi les hauts salariés québécois. Cette norme se vérifie approximativement pour l'ensemble des cadres supérieurs des entreprises du Québec depuis dix ans.
>
> Seulement en 2013-2014, l'excès de générosité envers les médecins du Québec que documente le tableau 5.2 a coûté 838 millions de dollars aux contribuables québécois. On ne peut pas en blâmer les syndicats de médecins. Ils ont simplement négocié avec diligence afin de maximiser l'avantage de leurs membres. C'est pour cela qu'ils existent ! La faute en incombe à l'imprévoyance du Gouvernement du Québec. Il a signé en 2007 une entente de rattrapage rigide avec les médecins qui leur a ouvert ces vannes de dollars sans tenir

compte de l'évolution future possible des rémunérations dans la province voisine.

Inutile d'ajouter que l'austérité budgétaire imposée dans les années récentes aux autres secteurs de l'activité gouvernementale afin de parvenir à l'équilibre budgétaire s'explique en bonne partie par la nécessité d'absorber cette énorme facture annuelle supplémentaire de 838 millions.

TABLEAU 5.2

**Moyenne annuelle de la rémunération clinique à l'acte des médecins ayant travaillé à temps plein au Québec en 2013-2014 : comparaison du réel avec une norme qui leur aurait procuré le même pouvoir d'achat que leurs confrères de l'Ontario**

| CATÉGORIE | RÉEL ($) | NORME ($) | EXCÉDENT DU RÉEL SUR LA NORME |
|---|---|---|---|
| Médecins de famille | 257 000 | 216 000 | +19 % |
| Médecins spécialistes | 408 000 | 303 000 | +34 % |

Sources : Institut canadien d'information sur la santé ; Statistique Canada ; calculs Pierre Fortin.

Fortin, Pierre. 2016. « Pourquoi les médecins sourient-ils ? », *L'Actualité*, 28 avril 2016. http://www.lactualite.com/lactualite-affaires/pourquoi-les-medecins-sourient-ils/

Du côté des services sociaux, avec l'adhésion du Québec au plan à frais partagés d'assistance chômage en juillet 1959, nous assistons à une véritable remise en question du rôle du service social, notamment par la séparation de la gestion des prestations sociales et des services sociaux[40]. À partir du début des années 1960, la famille devient le pivot de l'intervention professionnelle en service social. Le budget du ministère de la Famille et du Bien-être social passe de 122 millions en 1961-1962 à un peu plus de 136 millions en 1963-1964 (+11 %). À noter que les dépenses de ce ministère incluent différentes allocations (aux personnes de 65 à 70 ans, aux personnes invalides, aux aveugles, aux mères nécessiteuses, etc.), de même que la construction de centres de détention, de centres d'accueil pour personnes âgées ainsi que les dépenses reliées à l'assistance sociale. Elles incluent également les subventions au réseau privé des hôpitaux chroniques.

Les services sociaux forment toujours un secteur éclaté au début des années 1970. Les 42 « agences de service social » disposent de faibles moyens, même si les investissements publics ont considérablement augmenté au cours de la décennie précédente. Le champ est également occupé par d'autres établissements, mais de façon inégale : 46 centres d'accueil de protection et de réadaptation, des foyers pour jeunes, des hôpitaux, des écoles ainsi que la Cour du Bien-être social.

40. Mayer et Groulx, 1987, *op. cit.*, p. 12.

Concurremment, une nouvelle génération de travailleurs sociaux, formée davantage aux sciences sociales, arrive dans les agences de service social. Ces professionnels ne font plus la charité, ils utilisent des techniques[41] sur les individus ou les communautés.

Par ailleurs, une première loi[42] reconnaissant le droit à l'aide, quelle que soit la cause du besoin, est adoptée en décembre 1969. La loi évoque un droit, pas un privilège. La couverture n'est cependant pas universelle : elle exclut les personnes de moins de 30 ans qui doivent faire reconnaître par leur médecin une contrainte qui les rendrait inaptes au travail s'ils veulent profiter pleinement du régime mis en place (voir le chapitre 12).

Les années 1960 amènent aussi un profond changement d'orientation dans le traitement des maladies mentales. La Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques (commission Bédard, 1962[43]) pave la voie à une réforme du système asilaire et propose la création de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. La maladie mentale est désormais considérée comme une maladie comme les autres. À partir de ce moment, on assiste à une diminution graduelle des personnes internées et à une révision des missions des hôpitaux psychiatriques[44]. De 1961 à 1970, le nombre de lits psychiatriques passe de 22 000 à 16 600.

Toujours durant les années 1960, on assiste à une vague de constructions de foyers pour personnes âgées autonomes en pleine possession de leurs facultés et de centres hospitaliers de soins prolongés, une tendance qui se poursuit durant les deux décennies suivantes. En fait, la Révolution tranquille ouvre, dans tous les domaines, l'ère de la construction de nouvelles infrastructures. Comme indiqué au chapitre 3, ce développement est appuyé par une forte croissance économique.

### L'organisation du système de santé

Comme il a été indiqué dans la section précédente, les soins et services de santé et les services sociaux se développent sans intégration ni plan d'ensemble durant la décennie 1960-1970, formant plutôt une mosaïque disparate. Le ministère de la Famille et du Bien-être social succède au ministère de la Jeunesse et du Bien-être social en 1961. Il a la responsabilité des services sociaux alors que le ministère de la Santé s'occupe principalement des hôpitaux, du secteur de la santé publique et des soins et services de santé, ceux-ci relevant encore largement du secteur privé.

---

41. *Ibid.*, p. 7.
42. Loi de l'aide sociale, L.Q. 1969, c. 63. Référer au chapitre 12 pour plus d'informations à ce sujet.
43. Québec. Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, 1962.
44. Turgeon et Anctil, 1994.

En 1962, le Québec introduit une première Loi des hôpitaux[45], loi qui « laïcise » les structures hospitalières, en imposant par exemple la présence de médecins aux conseils d'administration jusqu'alors composés de religieuses. La sécularisation émerge lentement et se poursuit sur quelques décennies. Signalons qu'avec le remplacement des communautés religieuses par des laïcs, jeunes diplômés des sciences administratives, sociales ou comptables, on procède de facto à un remplacement massif à la tête des institutions de femmes par des hommes. Le féminisme et l'équité pour les femmes en emploi ne viennent que plus tard! Il est difficile d'évaluer les répercussions d'un tel changement mais elles ne sont sûrement pas sans conséquence sur la culture organisationnelle du milieu, sur son évolution future et sa définition des priorités, les styles de gestion, etc. Simultanément, il y a syndicalisation massive des employés d'hôpitaux et arrivée de nouveaux dirigeants, d'experts-négociateurs et de directeurs de ressources humaines.

À partir de 1970 et dans la foulée des travaux de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, le gouvernement du Québec structure un système intégré regroupant les services de santé, physique et mentale, les services sociaux et les services communautaires. C'est ainsi que naît le « réseau des affaires sociales », comme on l'appelle à l'époque. De manière à laisser plus d'autonomie aux établissements, le gouvernement instaure dès l'automne 1971, dans les centres hospitaliers, le budget global en remplacement du budget article par article (« itemisé »).

Ce réseau – qui représente plutôt un agglomérat de composantes qui entretiennent des liens plus ou moins structurés entre elles[46] – est chapeauté par le ministère des Affaires sociales (MAS) créé en 1970 et né de la fusion du ministère de la Famille et du Bien-être social et du ministère de la Santé. Une seule administration assure donc dorénavant la conception et l'application des politiques sociales, c'est-à-dire de l'ensemble des moyens utilisés par la société québécoise en vue de créer des conditions de vie permettant à chacun de ses membres d'atteindre un maximum d'épanouissement[47]. Dans les faits, le nouveau ministère est responsable de l'administration des établissements de santé et de services sociaux, du régime d'assurance maladie, du régime de rentes, de l'aide sociale et de l'environnement. Il conserve ce dernier secteur jusqu'en 1978. La pertinence de cette intégration est souvent relevée par de nombreux observateurs.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux[48] adoptée en 1971 décrit les autres composantes de ce réseau des affaires sociales. À l'échelon régional sont institués les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS)[49]. La loi

45. Loi des hôpitaux, S.Q. 1962, c.44.
46. Lemieux et collab., 2003, p.101.
47. Québec. Ministère des Affaires sociales, 1973, p. 11.
48. Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.Q. 1971, c. 48.
49. Ce nouvel organisme est une corporation au sens du *Code civil* du Québec.

stipule que les pouvoirs du CRSSS sont exercés par un conseil d'administration. Les représentants des établissements de santé et de services sociaux sont en majorité au sein des nouveaux conseils d'administration. Le CRSSS est imputable en premier lieu au gouvernement. En effet, la loi de 1971 stipule que l'organisme doit faire rapport annuellement de son activité au ministre. Se trouvent également à cet échelon les centres de services sociaux (CSSS), qui doivent regrouper le personnel des 42 agences de service social. L'échelon local correspond aux territoires des centres locaux de services communautaires (CLSC), établissements offrant des services dits de première ligne et prévus initialement par la commission Castonguay-Nepveu pour servir de « portes d'entrée » principale au réseau de la santé et des services sociaux. D'autres établissements complètent l'offre de service : les centres d'accueil publics – hébergement (CAH), réadaptation (CAR) – et les centres hospitaliers (CH : généraux, spécialisés, psychiatriques), ainsi que les départements de santé communautaire (DSC), situés dans des centres hospitaliers et créés à partir des unités sanitaires de comté (USC). Le mandat des DSC est clairement d'assumer une responsabilité territoriale et populationnelle, incluant la médecine familiale et les consultations externes, en plus de la santé publique. Il est prévu que les services de première ligne offerts par les centres de services sociaux (CSS) et les DSC seront progressivement répartis entre les CLSC, ce qui ne s'est pas réalisé rapidement ni sans heurt. Les services de première ligne comprennent la majorité des services à domicile, les services de santé courants, de santé parentale et infantile, les services psychosociaux, les unités de médecine familiale, etc. Les services spécialisés, de deuxième ou troisième ligne, comprennent notamment les séjours hospitaliers, les ressources intermédiaires, les résidences d'accueil, les foyers de groupe, les ateliers de travail, les centres de jour, l'urgence, etc. Cette catégorisation des services et des soins représente un concept organisationnel dynamique, certains qualifiés de troisième ligne à une époque devenant des soins de première ligne plus tard, grâce entre autres aux progrès technologiques.

Ainsi, dès les années 1960, les initiateurs de ces réformes préfigurent, par le choix délibéré du développement social, que les services sociaux et de santé représentent seulement l'un des déterminants de la santé. Cette vision est rendue plus explicite encore dans un rapport fédéral[50] qui propose une conception globale de la santé reposant sur quatre éléments principaux : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et les soins de santé. La politique de développement social proposée par la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux représente bien cette vision multicausale de la santé. La création du ministère des Affaires sociales et de son réseau est également précurseur de cette conception d'une vision holistique de la santé.

50. Gouvernement du Canada, 1974.

## LES ÉTAPES CHARNIÈRES

### De 1972 à 1985 : prise en charge étatique et bureaucratisation de la gouverne

Le développement du réseau des affaires sociales se fait rapidement, au niveau tant des soins de santé que des services sociaux, par la mise en place de différentes institutions. Les modifications dans le mode de financement du gouvernement fédéral en 1977 de même que l'importante récession de 1982 vont cependant jouer les trouble-fête.

#### *Les soins et services*

La couverture des soins et services assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) se modifie au fil du temps. Ainsi, durant la décennie 1970-1980, l'assurance maladie s'élargit à divers programmes, soit les examens optométriques en 1970, les soins dentaires pour les enfants de moins de 15 ans en 1974, un programme de remboursement des prothèses en 1975 et la gratuité des médicaments pour les personnes âgées en 1977[51]. Toutefois, au début des années 1980, dans un contexte de forte récession et de flambée des taux d'intérêt, l'État québécois revoit à la baisse son offre de services optométriques et dentaires, se concentrant davantage sur les services médicaux et les services fournis en milieu hospitalier. Par exemple, le gouvernement québécois n'assure plus les soins dentaires pour les enfants de 13 à 15 ans à compter de 1982. Les soins dentaires et optométriques sont conservés pour les personnes démunies, en resserrant toutefois les critères d'admissibilité et l'étendue des services couverts.

Cette réduction de l'offre de soins et services au Québec n'est sans doute pas étrangère à la décision du gouvernement fédéral de modifier unilatéralement le mode de financement en 1977. Jusque-là, le financement est financé en parts égales entre Ottawa et les provinces, ce qui rend le gouvernement fédéral vulnérable à l'évolution des coûts des programmes administrés par les provinces. Il instaure alors le Financement des programmes établis (FPE) qui prévoit un transfert de points d'impôt, liant donc la contribution à l'évolution du PIB et un transfert en espèces dont le montant sera revu au fil des ans[52].

En dépit de la diminution de sa contribution au financement des systèmes de santé, le gouvernement fédéral adopte la Loi canadienne sur la santé[53] en 1984 dans le but d'assurer une cohérence d'ensemble des systèmes de santé des provinces

51. L'assurance médicaments est traitée distinctement au chapitre 6.
52. *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé,* S.C. 1976-1977, c. 10. ; site Internet du ministère des Finances du Canada.
53. L.R.C. 1985, c. C-6.

et de pouvoir prétendre à l'existence d'un système de santé canadien aux caractéristiques uniformes. Les provinces s'exposent à des sanctions financières de la part du gouvernement fédéral si elles ne respectent pas l'un ou l'autre des cinq grands principes prévus par la loi, soit l'universalité, la transférabilité[54], l'intégralité[55], l'accessibilité (économique) et la gestion publique. Ainsi, pour obtenir leur part des budgets fédéraux, les provinces ne doivent pas exiger de copaiement de la part de l'usager pour les services médicaux et hospitaliers.

En ce qui a trait aux soins prodigués et aux services offerts, l'équité d'accès aux médecins constitue durant cette étape une réelle préoccupation. Dès 1975, le gouvernement du Québec propose un programme de bourses pour les nouveaux médecins qui acceptent de s'installer dans les régions éloignées des grands centres[56]. Devant le peu de succès de cette mesure, le gouvernement légifère en 1981[57]. Cette loi établit des tarifs différents variant de 70 % à 120 % selon la région d'exercice pour les trois premières années de pratique des nouveaux médecins et prévoit également d'autres incitatifs économiques, comme des primes d'installation, des frais de déplacement pour la formation continue, des primes d'éloignement, etc. Par la suite, a été offerte, pour certaines régions, une majoration salariale de 25 % à 40 % après quatre ans de pratique médicale[58]. Dans l'optique d'offrir aussi du soutien à la pratique en région, les budgets d'équipement et de fonctionnement des établissements en région ont été augmentés pendant les années 1980[59]. Jusqu'à aujourd'hui, la question de l'équité d'accès aux médecins n'a cessé de susciter les interventions de l'État, que ce soit par la mise en place de plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) à partir de 1998 ou, plus récemment, les lois concernant l'accès à un médecin de famille pour tous les Québécois.

Par ailleurs, la désinstitutionnalisation des soins psychiatriques amorcée au cours des années 1960 se poursuit. De 1970 à 1980, le nombre de patients hospitalisés dans les centres hospitaliers psychiatriques du Québec diminue de 40 %. Afin de soutenir ce mouvement, des ressources de petite taille, dites intermédiaires,

54. L'objet est de faire en sorte qu'un résident d'une province qui déménage dans une autre demeure couvert en continu. Une province ne peut exiger un minimum de résidence supérieur à 3 mois, et devra maintenir la couverture de ses résidents qui partent pendant cette période minimale, aux mêmes conditions.
55. Dans le contexte de la loi, ce terme fait référence exclusivement aux soins médicaux et hospitaliers.
56. Aux fins de la planification de la main-d'œuvre médicale, la catégorisation des régions repose sur deux critères : la présence d'une faculté de médecine et l'éloignement des grands centres (Montréal et Québec). Ainsi, on distingue plusieurs types de régions : régions universitaires, périphériques, intermédiaires et régions éloignées/isolées.
57. Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux, L.Q.1981, C.22.
58. Fournier, 2001.
59. Touati et Turgeon, 2013.

gérées par les établissements se multiplient. Le réseau des familles d'accueil se développe. Des appartements supervisés voient le jour. Des ressources alternatives, sans affiliation directe avec le réseau public, s'organisent ; elles seront financées par les différents ordres de gouvernement et des organisations caritatives. Il en résulte un rôle accru pour les organismes sans but lucratif (voir l'encadré 5.3). Quelques années plus tard, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux jugera en fait qu'il y a eu désinstitutionnalisation sans véritable réinsertion sociale[60].

**Encadré 5.3**

**L'apport grandissant des organismes communautaires**

À propos des organismes communautaires, le ministère de la Santé et des Services sociaux les considère comme des partenaires du réseau public. Il précise : « Les organismes communautaires subventionnés sont reconnus par le Ministère comme des partenaires autonomes et à part entière du système de santé et de services sociaux[61]. »

Le volet des organismes communautaires (OC) a pris son envol en 1973 par la création du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Ce programme a été établi dans la foulée de la grande réforme du système socio-sanitaire pilotée par le ministre Claude Castonguay. Il est mis en place par le ministère des Affaires sociales (MAS), l'ancêtre du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et il vise à répondre à la demande croissante des organismes bénévoles qui désirent recevoir aide, conseils, information et évidemment soutien financier.

Quatre grandes étapes marquent l'historique du PSOC. En 1973, la naissance du programme. En 1994, le MSSS décide de régionaliser la gestion du programme, ne se réservant que 4 % des enveloppes budgétaires. En 2001, dans la suite de l'adoption d'une politique gouvernementale globale, la politique ministérielle est révisée et a été en vigueur jusqu'à tout récemment. L'année 2015 marque une autre étape importante de son histoire avec le rapatriement au ministère de la gestion du programme à la suite de la disparition des agences régionales.

En 2009, le Vérificateur général du Québec reconnaissait l'importance de l'apport des OC :

> L'apport des organismes communautaires est essentiel à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. En effet, ceux-ci répondent à une multitude de besoins non satisfaits par le réseau public. Le PSOC fournit un soutien financier à près de 3400 OC œuvrant dans le secteur de la santé

60. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988, p. 188.
61. Site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux.

et des services sociaux… Ce soutien se présente sous trois formes, soit l'appui global de l'organisme, l'entente et le projet ponctuel[62].

Les types de services offerts s'articulent autour d'une large interprétation de la mission du ministère de la Santé et des Services sociaux et le PSOC en définit les objectifs, les critères d'analyse des demandes et précise aussi les exclusions[63]. Les OC doivent s'inscrire à l'intérieur de l'un des six types suivants, avec toutefois une souplesse d'interprétation, respectueuse des acquis historiques des groupes :

1. Aide et entraide mutuelle, incluant écoute et dépannage ;
2. Organismes de sensibilisation, de promotion et défense des droits, incluant de l'accompagnement ;
3. Milieux de vie et de soutien dans la communauté ;
4. Organismes d'hébergement temporaire ;
5. Regroupements régionaux ;
6. Organismes nationaux, dont des regroupements, des organismes de services et répondant à de nouveaux besoins.

Pour mieux comprendre les problématiques couvertes, énonçons la nature des services offerts :

- Hébergement pour femmes violentées
- Maisons de jeunes
- Perte d'autonomie (aînés)
- Santé publique
- Déficience intellectuelle
- Santé mentale
- Itinérance
- Handicaps physiques
- etc.

En 1973, le PSOC avait un budget de 1 M$ et soutenait 30 organismes. En 2001-2002, le budget était de 250 M$ pour 3 010 OC. Au 31 mars 2009, le sous-ministre déclarait en commission parlementaire que le budget était de 466 M$ et soutenait 3 521 OC. Au cours de l'exercice 2013-2014, le budget s'établissait à 528 M$, soutenant 3 360 OC. Ce budget représente moins de 2 % du budget global, lequel s'élève à 32,8 G$ en 2015-2016. Ces montants et le nombre d'OC concernés illustrent l'importance de ce partenaire du réseau public. Souvent sous-estimée et méconnue, cette évolution démontre éloquemment la croissance constante de ce partenaire.

Le MSSS et les agences qui ont géré le programme de 1994 à 2015 ont toujours reconnu que ces organismes doivent bénéficier d'autonomie pour réaliser leur mission. Cette autonomie est d'ailleurs inscrite dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux aux articles 334, 335 et 338 définissant leur statut, leurs droits et leurs obligations.

62. Rapport 2008-2009 du Vérificateur général du Québec, tome 1, par 3.2.
63. Site du ministère, PSOC.

L'action de ces OC est reconnue par le MSSS non seulement comme bien-fondé, mais comme une nécessité. Le MSSS reconnaît par son PSOC que l'action des groupes est en effet requise et est impliquée :

> dans le travail contre la pauvreté, la discrimination en vue de l'amélioration du tissu social par la création de groupes d'entraide et de services adaptés à différents types de besoins. Dans l'action sociale et politique visant même des transformations des lois, des institutions, du marché et des mentalités[64].

L'historique, la variété des types d'organismes et leur constant développement malgré les changements de gouvernements et de ministres, et surtout malgré toutes les réformes vécues par le réseau public, sont en soi une confirmation de la considération que les autorités ont toujours eue à l'égard de ces OC. Le programme du ministère en ce domaine est le plus ancien et demeure de loin le plus important du gouvernement.

En cela, il témoigne de la volonté et de l'orientation de la politique gouvernementale en place depuis 15 ans, laquelle est intitulée (c'est en soi tout un programme) « L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec[65] ».

### *L'organisation du réseau*

La loi[66] permet à l'État d'accentuer encore davantage sa présence dans les établissements privés de santé et de services sociaux. Du fait qu'il augmente graduellement sa participation au financement de ces établissements depuis les années 1920 et sous prétexte de contrôler les dépenses, le gouvernement québécois se croit maintenant justifié d'intervenir directement dans leur gestion, sans les nationaliser, au sens strict du terme. Ainsi le gouvernement met en minorité les communautés religieuses au sein des conseils d'administration et soumet le développement des centres hospitaliers à une planification centralisée. Peu à peu tous les hôpitaux du Québec deviennent des entreprises d'État. Juridiquement, le réseau des affaires sociales n'inclut pas :

- les cabinets privés de professionnels, comme les cliniques médicales ;
- les ressources privées qui hébergent des personnes âgées autonomes, même si un processus de certification contrôle ces ressources ;
- les infirmeries ou installations d'hébergement et de soins de longue durée exploitées par une institution religieuse ;
- les intervenants pratiquant les médecines douces.

64. *Ibid.*
65. *Ibid.*
66. Loi sur les services de santé et les services sociaux, *op. cit.*

L'organisation du réseau se fonde sur une vision où l'intégration de la santé et des services sociaux se matérialise au niveau local par la présence des CLSC. Comme nous l'avons indiqué au chapitre 1, la résistance des médecins constitue un enjeu politique important qui en limite le développement. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) refuse de collaborer à leur implantation et soutient plutôt le modèle « tout médical » des polycliniques qui se développent à un rythme plus rapide que celui des CLSC. Également, le mode de rémunération retenu pour les médecins en CLSC – le salariat – en éloigne plusieurs. La population ne développe pas l'habitude de se présenter à « son » CLSC, ayant le réflexe, depuis une décennie, de se rendre à l'urgence ou à la clinique externe des centres hospitaliers. L'accessibilité des CLSC est aussi limitée par leur horaire, plusieurs étant fermés après 17 h et la fin de semaine. Les CLSC se développent alors en l'absence d'orientations précises quant à leur mission et d'un plan global d'implantation. À noter pareillement que la dynamique participative privilégiée dans plusieurs CLSC les rend rapidement suspects aux yeux des élus et des preneurs de décision[67]. De même, la très grande diversité des services offerts d'un CLSC à l'autre et leur lenteur à rendre ces services accessibles amènent le gouvernement à procéder, dès 1974, à une première évaluation[68]. Durant ces années de consolidation, les budgets de développement se font plus rares, mais un type de services se développe, soit les services de maintien à domicile pour les personnes âgées, qui deviendront en quelque sorte la marque de commerce et la garantie de crédibilité des CLSC[69]. En 1981, les CLSC capitalisent pour leur développement sur un important transfert d'effectifs en provenance des départements de santé communautaire, ce qui n'est pas sans effet sur l'équilibre entre les dimensions santé et sociale de ces établissements[70].

Ainsi, la vision du début des années 1970 d'un système de santé et de bien-être intégré a peu à peu cédé le pas aux seules préoccupations, pour le ministère, de la gestion d'un réseau d'établissements dispensateurs de services de santé et de services sociaux. En parallèle, on met en place différents organismes, comme l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) dont la mission est de veiller au respect des règles et des principes énoncés dans la loi[71]. En 1985, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) succède au ministère des Affaires sociales, le volet de la sécurité du revenu en étant retiré. On passe ainsi d'un réseau des affaires sociales à un réseau de la santé et des services sociaux, ou réseau sociosanitaire.

---

67. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *op. cit.*, p. 213.
68. L'opération Bilan. Voir les deux rapports : Champoux et collab., 1975 ; Alary et Lesemann, 1975.
69. *Ibid.*, p. 215.
70. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *op. cit.*, p. 217.
71. Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, L.Q. 1978, c.7.

Aussi, en dépit de la mise en place des conseils régionaux de santé et de services sociaux (CRSSS), le gouvernement ne joue que timidement le jeu de la décentralisation administrative. Relativement aux mandats les plus importants, comme la répartition des budgets aux établissements ou encore la création ou l'agrandissement d'installations, la prise de décision demeure largement centralisée entre les mains du ministre, voire dans certains cas du Conseil du trésor. En somme, le rôle confié aux CRSSS est généralement celui de conseiller du ministre, de « coordonnateur » du réseau public régional des services de santé et des services sociaux et de représentant des priorités régionales[72].

Comme indiqué plus tôt, les conditions, les habitudes de vie et les milieux sont reconnus pour avoir un effet significatif sur la santé de la population. C'est ainsi que se développent les interventions en santé publique, en mesurant préalablement l'état de santé des populations en fonction de paramètres reliés à leurs milieux et conditions de vie (territoire, lieux de travail, écoles, logements, etc.) de même que leurs habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme, etc.). Au moment de la création des 32 départements de santé communautaire (DSC) en 1973, le personnel est composé en majeure partie d'infirmières, de médecins et de dentistes. Peu à peu, les DSC se transforment avec l'arrivée d'un personnel nouveau (nutritionnistes, hygiénistes dentaires, audiologistes, agents de recherche) et sous l'impulsion de nouvelles approches par programme et population cible. Mais c'est surtout le transfert des services de santé publique dans les CLSC, en 1981, qui leur permet vraiment de recentrer leur rôle. Ils s'orientent alors vers la production et la diffusion d'informations sur l'état de santé des populations et l'évaluation des résultats des interventions. Ils élaborent également des programmes dont l'implantation est confiée, pour plus de la moitié, aux CLSC[73]. Enfin, la pratique de santé publique, combinée à l'évolution même de la société, met en relief l'importance de l'inter-sectorialité, c'est-à-dire l'action avec et par diverses instances non directement associées au monde de la santé, comme ce fut le cas lors de la création de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) qui débordent la mission d'indemnisation pour agir fortement sur le plan de la prévention et de la réadaptation (chapitres 8 et 9).

Au terme de cette période, dans un contexte caractérisé notamment par les monopoles corporatifs, les nouvelles technologies, la croissance rapide des coûts et la précarité des finances publiques, le gouvernement du Québec institue la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, communément appelée la commission Rochon.

72. Turgeon et Anctil, 1994, *op. cit.*
73. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *op. cit.*, p. 195.

### De 1985 à 2000 : technocratisation et démocratisation

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux créée en juin 1985 fait le constat d'un système de santé pris en otage par les groupes d'intérêts qui le composent. Elle recommande dans son rapport final, en 1988, trois grandes orientations : l'adoption d'une politique gouvernementale de la santé et du bien-être, la régionalisation du système de services et l'adoption d'une « approche population », notamment par une augmentation de la participation de la population, en particulier pour l'allocation des ressources et la prestation des services que la commission souhaite mieux adaptés aux réalités de chaque milieu[74].

Les gouvernements qui se succèdent durant les années 1990 s'appliquent à mettre en place plusieurs des réformes proposées par la commission. Son président, Jean Rochon, devenu ministre de la Santé et des Services sociaux en 1995 dans un contexte financier difficile, a lui-même l'occasion de poursuivre et d'accélérer ces réformes.

Les actions prises durant cette période s'inscrivent dans un contexte budgétaire difficile en regard du financement des services hospitaliers et médicaux. Dans les années suivant l'adoption de la Loi canadienne sur la santé[75], la contribution relative du fédéral (points d'impôts et paiements en espèces) au titre des hôpitaux et des médecins est en baisse, passant de presque 60 % à la fin des années 1970 à un creux d'un peu plus de 41 % vers la fin des années 1990[76]. De même, après avoir atteint un sommet de 43 % des dépenses provinciales et territoriales totales en matière de santé en 1979-1980, la valeur des transferts fédéraux en espèces et en points d'impôts au titre de la santé chute à un niveau de 27,5 % en 2001-2002. Du côté de Québec, le contexte budgétaire de fortes compressions se traduit, entre autres, par un programme temporaire de retraite anticipée ayant entraîné, en une seule année, le départ prématuré de 15 000 infirmières et de centaines de médecins.

#### *Les soins et services*

Le Québec continue donc durant cette période à mettre au point ou à mettre en place diverses réformes pour tenter de réduire la part des dépenses de santé dans le budget de l'État et d'améliorer l'efficacité du réseau tout en préservant la qualité des soins et des services à la population.

À ce chapitre, la réforme la plus importante de cette décennie est sans contredit le virage ambulatoire introduit à partir de 1995. Ce virage consiste en « une vaste opération visant à diminuer le plus possible le recours à l'hospitalisation et à favoriser

74. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *op. cit.*
75. Loi canadienne sur la santé, *op. cit.*
76. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, p. 71.

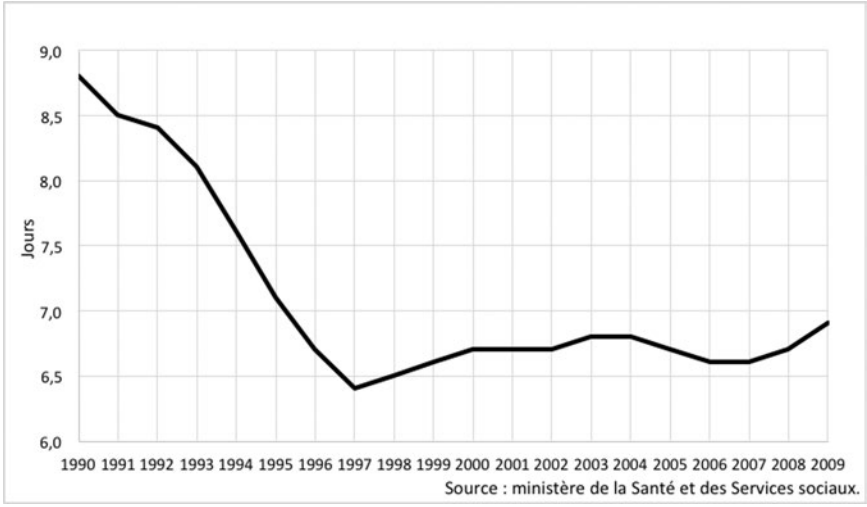
une prestation de services plus efficiente et plus adaptée aux besoins de patients vivant dans leur milieu naturel[77] ». Cette réforme repose sur le diagnostic qu'il y a au Québec, par rapport à plusieurs normes internationales, une surhospitalisation et des durées de séjour hospitalier plus longues à cause d'une utilisation non optimale des lits, ce qui implique des coûts élevés. Cette situation serait due au fait que le Québec n'a pas encore traduit dans ses pratiques hospitalières, d'une part, l'évolution rapide des connaissances médicales qui se traduisent par de nouvelles techniques médicales et surtout chirurgicales et, d'autre part, de nouvelles pratiques de gestion qui permettent aux hôpitaux une utilisation optimale de leurs ressources.

Les conséquences de ce virage sont nombreuses. Dans les centres hospitaliers d'abord, le recours aux nouvelles pratiques amène une diminution importante du séjour moyen des patients dans des lits de soins de santé (graphique 5.1) de même qu'une augmentation du taux d'occupation de ces lits (graphique 5.2) dont le nombre continue à diminuer substantiellement. Ainsi, le nombre de lits de soins physiques de courte durée, après avoir diminué de près de 23 % entre 1972 et 1990 (de 30 000 à 23 000 lits), passe de 21 122 en 1995 à 15 386 en 2000[78], soit une diminution supplémentaire de près de 30 %, alors que la population du Québec augmente de 21 % entre 1971 et 2001[79]. Cette diminution du nombre de lits se concrétise particulièrement par la fermeture ou le changement de mission de petits hôpitaux en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Également, la chirurgie d'un jour devient une pratique répandue. De 1995 à 2000, le nombre de chirurgies d'un jour augmente de près de 50 %.

77. Bergeron et Gagnon, 2003, *op. cit.*, p. 26.
78. Observatoire de l'administration publique, 2012, p.9.
79. Institut de la statistique du Québec, pour les années concernées.

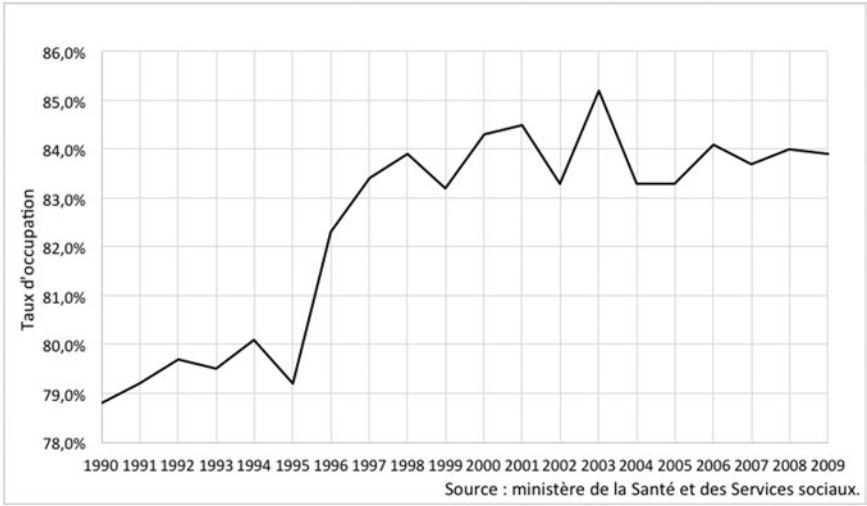
Graphique 5.1

**Séjour moyen des patients de l'unité Soins de santé et physique et de gériatrie (SSPG) des établissements publics et privés conventionnés, Québec, 1990-2009[80]**




Graphique 5.2

**Taux d'occupation de l'unité Soins de santé et physique et de gériatrie (SSPG) des établissements publics et privés conventionnés, Québec, 1990-2009[81]**




80. Source : http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/#statistiques.
81. Source : http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/#statistiques.

Le virage ambulatoire fait également sentir ses effets dans le reste du système de santé « avec pour conséquence l'augmentation des soins à domicile par des intervenantes des CLSC, des groupes communautaires ou des firmes privées, ou encore par la personne malade elle-même ou ses proches[82] ». Les services à domicile représentent en 1992 plus du quart des heures travaillées en CLSC.

Par ailleurs, l'État continue à concentrer l'offre de services publics de santé aux seuls soins médicaux et hospitaliers. Par exemple, en 1992 les enfants de 10 à 13 ans ne reçoivent plus de soins dentaires gratuits. La même année, les examens de la vue pour les personnes de 19 à 40 ans ne sont plus assurés et, l'année suivante, c'est le cas pour les personnes de 41 à 64 ans.

Du côté des services sociaux, dans la foulée de trois rapports du début des années 1990 qui s'intéressent aux enfants, dont *Un Québec fou de ses enfants* (rapport Bouchard), les centres de services sociaux (CSS) deviennent en 1992 des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ). Les CPEJ délaissent peu à peu au profit des CSLC, non sans une certaine résistance, les soins et services de première ligne qu'ils offraient aux autres clientèles de même que la coordination des admissions pour les clientèles des mésadaptés socio-affectifs, psychiatrisés, personnes âgées et handicapés[83]. Ils se concentrent dorénavant sur les services de nature psychosociale aux enfants de moins de 18 ans, y compris des services d'urgence sociale, les placements d'enfants, la médiation familiale, l'adoption et la recherche des antécédents biologiques.

Concernant la réadaptation, la désinstitutionnalisation et la création de foyers et résidences de groupe à l'externe se poursuivent. Ainsi, le nombre de places à l'interne dans les centres de réadaptation (CR) diminue de 75 % en déficience physique et de 45 % en déficience intellectuelle entre 1980 et 1992[84]. De 1991 à 2000, le nombre des personnes inscrites en services de réadaptation externes a presque doublé pour les clientèles en déficience intellectuelle, alcoolisme et toxicomanie alors qu'elle augmente de près de 25 % dans le cas de la déficience physique[85].

En somme, la décennie 90 voit la concrétisation de plusieurs des réformes recommandées par la commission Rochon. Notons, entre autres, une volonté que traduit la *Politique de la santé et du bien-être* de 1992 de faire plus de place aux déterminants autres de la santé que le seul système de soins, une amorce d'hybridation du système avec l'introduction d'un régime général d'assurance médicament

82. Gagnon et collab., 2001, p. 2.
83. Lemieux et collab., 2003, *op. cit.*, p.100.
84. *Ibid.*
85. Institut de la statistique, voir http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/quebec_statistique/con_sys/con_sys_9.htm et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Service du développement de l'information, Base de données STATEVO et Rapports statistiques annuels des centres de réadaptation, Système S16.

(voir chapitre 6) qui représente une percée très importante sur le plan de la couverture, des restructurations très fortes (création des RRSSS, des centres hospitaliers universitaires, virage ambulatoire) montrant la capacité du système à agir directement sur l'offre, entre autres en réduisant les capacités (lits hospitaliers, réduction de personnel) tout en ayant une difficulté très grande, voire une relative incapacité à réaliser l'intégration des soins et services. Il faudra attendre une autre commission d'enquête et une embellie du côté économique au début des années 2000 pour voir d'autres recommandations de la commission Rochon être mises en chantier.

### *L'organisation du système*

La politique ministérielle *Politique de la santé et du bien-être* de 1992 vise à placer le citoyen au centre du système, à la fois comme usager et comme décideur. Elle fixe au système sociosanitaire des objectifs précis, centre les différents acteurs du réseau sur l'obtention de résultats en termes de santé et bien-être de la population et vise à établir une plus grande équité entre les personnes et les groupes sociaux au regard de la santé et du bien-être.

La réforme qu'elle propose sera en grande partie mise en œuvre, de façon graduelle. Ses quatre orientations trouvent écho dans des actions précises : 1) l'affirmation du droit des usagers avec la création des comités de plaintes dans chaque établissement ; 2) la redéfinition des missions des établissements en fonction des clientèles par la poursuite des fusions d'établissements sur une base territoriale ; 3) le renforcement des services de première ligne par l'importante place faite à la santé publique et, à partir de 1994-1995, aux organismes sans but lucratif, de même que par la revalorisation de la médecine familiale pour laquelle les unités de médecine familiale (unités d'enseignement des facultés de médecine) jouent un rôle essentiel à partir de 1995 ; 4) enfin, une plus grande participation des citoyens dans tous les centres de décision.

En 1998 est créé l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), dont le rôle est d'être le centre d'expertise et de référence en la matière pour le Québec. Sa mission est de soutenir le MSSS, les autorités régionales ainsi que les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités de santé publique.

Concernant la régionalisation, dès 1991, avec les modifications à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*[86], le gouvernement met en place, pour succéder aux conseils régionaux, des régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) créées l'année précédente, plus indépendantes des acteurs du réseau et possédant maintenant des mandats plus vastes. Pour chacune des dix-huit RRSSS,

86. Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q. 1991, c.42.

une assemblée régionale doit, entre autres, approuver les priorités régionales en matière de santé et de services sociaux. Aussi, plus du tiers du conseil d'administration de chaque RRSSS est formé de représentants des établissements qui doivent obligatoirement être des citoyens préalablement élus au suffrage universel au CA d'un établissement du territoire de cette régie. La moitié des sièges est occupée par des représentants d'organismes communautaires (associations sans but lucratif œuvrant dans les secteurs du maintien à domicile, de la santé mentale, du traitement du cancer, de la déficience intellectuelle ou physique, etc.), de groupes socio-économiques (chambres de commerce, milieu de l'industrie, etc.) et d'élus municipaux. Pour la première fois depuis la création du réseau sociosanitaire, les gestionnaires d'établissement sont exclus du CA de l'organisme régional.

À partir du milieu de la décennie 80, les DSC sont également de plus en plus en contact avec les centres de services sociaux, les centres d'accueil et d'autres centres hospitaliers que ceux auxquels ils sont rattachés, en particulier pour la coordination des admissions en hébergement des personnes âgées, l'organisation et l'évaluation de services de santé ou d'interventions sur des problèmes comme le suicide, l'inceste ou le viol[87]. Ce nouveau rôle ne va pas sans soulever la délicate question des chevauchements possibles avec les conseils régionaux[88]. Il faut également rappeler que depuis leur création, les DSC étaient situés dans des centres hospitaliers où la mission de planification était absente. De plus, avant l'arrivée des DSC en leurs murs, les CH n'avaient jamais eu de mission territoriale. Ainsi, au début des années 1990, les trente-deux DSC sont peu à peu regroupés et intégrés aux régies régionales pour former 18 directions régionales de santé publique (DRSP). Cette évolution suit la logique d'intégrer la santé publique au niveau stratégique pour la planification, la coordination et l'évaluation des programmes sur une base populationnelle.

Le transfert d'une partie des effectifs des centres de services sociaux (CSS) vers le réseau des CLSC ne sera complété qu'avec la réforme de 1992, laissant l'organisation publique de services sociaux aux prises avec un problème identitaire profond. La réforme de 1992 aurait contribué à ce problème en faisant disparaître les CSS. De plus, les fusions d'établissements auraient souvent eu pour effet de noyer la vocation sociale d'établissements au sein de celle des établissements nouvellement constitués[89].

Pour les établissements privés (centres hospitaliers de soins prolongés et centres d'accueil), la période 1989-1990 est une période de développement pour les

87. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988, *op. cit.*, p. 196.
88. Turgeon et Anctil, 1994, *op. cit.*
89. Morais, 2002, p. 9-10.

établissements privés conventionnés[90] avec la construction et la mise aux normes de 12 établissements qui totaliseront 1 093 lits répartis dans 6 régions du Québec[91].

### De 2000 à 2007 : poussée managérialiste

Le début des années 2000 est marqué par une réforme d'envergure dans l'administration publique québécoise : l'adoption, en mai 2000, de la Loi sur l'administration publique[92]. Cette loi s'inscrit dans la lignée du nouveau management public (NMP), une philosophie de gestion inspirée de bonnes pratiques du secteur privé. Elle a pour objectif de moderniser la gestion publique en se fondant sur trois principes : une gestion axée sur les résultats, la transparence envers la population et l'imputabilité des organisations. Elle constituera le coup d'envoi d'une troisième étape charnière du système de santé, marquée également par une vague de réformes qui touche l'ensemble des ministères et des sociétés d'État du Québec.

Cette loi s'inscrit dans le courant managérialiste défini par Rhodes comme un phénomène qui consiste pour les gouvernements à insister sur l'importance pour les organisations publiques de se doter d'objectifs clairs, de mesurer les effets de leur performance, de réorienter leurs mécanismes de contrôle vers les citoyens et de trouver la solution aux problèmes de la communauté par une concertation de tous les secteurs : public, privé et associatif[93]. La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux créée le 15 juin 2000 ira dans le même sens.

En juin 2000, le gouvernement met sur pied la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux qui dépose son rapport six mois plus tard[94]. Malgré ce court échéancier, le rapport Clair agit comme un véritable catalyseur, proposant pour la première fois de mettre en valeur des expériences de terrain innovantes et prometteuses, en recommandant de les adapter au contexte de chaque milieu et en proposant d'injecter de fortes doses de management dans le système[95]. Les commissaires indiquent que, si rien n'est fait, le financement du système de santé devrait accaparer l'essentiel des dépenses de l'État en moins d'une décennie.

---

90. Les CHSP (devenus plus tard des CHSLD) privés conventionnés sont des centres d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées dirigés par des particuliers propriétaires de leur immeuble et subventionnés entièrement par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui leur octroie un permis.
91. Site Internet de l'Association des établissements privés conventionnés.
92. Loi sur l'administration publique, L.Q. 2000, c.8.
93. Rhodes et William 1996.
94. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000.
95. *Ibid.*, p. VII.

*Les soins et services*

Concernant les soins et services, le rapport Clair recommande plusieurs changements importants, parmi lesquels on trouve la recommandation de créer une assurance vieillesse dans le but de pallier les coûts importants que représente l'hébergement des personnes âgées. Cette assurance collective, semblable à la Régie des rentes du Québec, permettrait selon la commission de maintenir le système québécois de santé accessible à tous. La commission propose également la révision du panier de services, un recours plus grand au secteur privé pour la prestation des services financés par l'État, de manière à créer une concurrence qu'il estime garante d'une meilleure efficience dans l'utilisation des ressources, une réforme des services de première ligne et la poursuite de la valorisation de la médecine familiale, entre autres par la mise sur pied de groupes de médecine familiale (GMF) dans le but d'améliorer la première ligne des services sociosanitaires par un meilleur accès et une intégration efficace des soins et services.

Concernant cette dernière recommandation, le gouvernement du Québec entreprend la mise en place des GMF avant même le dépôt du rapport Clair. Le GMF est une organisation appelée à remplacer le cabinet privé des médecins. Contrairement au cabinet privé, une relation contractuelle formelle est instituée entre le GMF et un établissement public. Ces organisations contractuelles sont accréditées pour une période de trois ans. Un groupe de médecins et d'infirmières cliniciennes assure le suivi de personnes ayant choisi de s'inscrire auprès d'un médecin du GMF. Le contrat qui lie praticien et utilisateur indique que ce dernier ne « magasinera » pas ailleurs. En échange, il est assuré de la disponibilité d'un médecin du GMF. L'intérêt pour les médecins de famille réside dans une reconnaissance monétaire du travail de prévention, de promotion et de suivi populationnel. En 2006-2007, le Québec compte 125 GMF et 1500 médecins y travaillent[96].

Par ailleurs, en 2005 la Cour suprême du Canada infirme les précédents jugements de la Cour supérieure du Québec et de la cour d'appel dans l'affaire Chaoulli[97]. Elle tranche en faveur d'un patient qui contestait l'interdiction de pouvoir contracter une assurance privée afin d'avoir accès à un service médical pour lequel il jugeait le temps d'attente déraisonnable dans le système public. Cette décision du plus haut tribunal du pays sert les intérêts des tenants d'une participation plus importante du secteur privé en santé.

Le jugement vise deux dispositions législatives du Québec concernant l'interdiction aux assureurs privés de vendre des contrats d'assurance (assurance duplicative) pour des services de santé assurés par les régimes publics d'assurance

96. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002-2003 et 2006-2007.
97. Chaoulli c. Québec (P.G.) 1 R.C.S 791.

hospitalisation et d'assurance maladie. Le gouvernement du Québec décide de réagir rapidement. La loi adoptée l'année suivante encadre la qualité et la sécurité des interventions réalisées dans les cliniques privées. Elle ouvre aux centres hospitaliers publics la possibilité de s'associer à un centre médical spécialisé pour l'impartition de certains services médicaux et chirurgicaux, soit l'extraction de cataractes, le remplacement d'une hanche ou d'un genou ou tout autre traitement médical spécialisé déterminé par simple règlement du ministre[98]. Elle prévoit également la possibilité pour les assureurs privés d'inclure ces trois chirurgies dans les services couverts pour leurs clients, ce que l'on associe à de l'assurance duplicative.

Durant ces années, les tentatives d'examen et de réforme du système sociosanitaire québécois accordent peu d'importance à la composante sociale de même qu'aux aspects de santé publique[99]. Pour Morais, « on accentue les services de protection, au détriment d'une approche plus adaptée au bien-être des enfants et des familles. […] On réserve les services pour des situations de crise[100] ». En matière de santé publique, il faut néanmoins noter le Programme national de santé publique diffusé en avril 2003. Il couvre la période 2003-2012 et vise à orienter les activités en santé publique afin de leur donner un nouvel essor pour les dix prochaines années. Les activités proposées se rattachent à l'une ou l'autre des fonctions de santé publique suivantes : promotion de la santé et du bien-être, prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes, protection de la santé ainsi que réglementation, législation et politiques publiques ayant des effets sur la santé[101].

### *L'organisation*

En juin 2001, une loi[102] précise les modalités d'application pour le réseau sociosanitaire des trois principes de la Loi sur l'administration publique (gestion axée sur les résultats, transparence envers la population et imputabilité des organisations).

Concernant l'imputabilité, les régies régionales doivent produire un plan stratégique triennal d'organisation des services pour le ministre, ce qui a pour conséquence d'augmenter l'encadrement des établissements par les régies régionales. Des ententes annuelles de gestion et d'imputabilité doivent aussi être conclues entre le ministère et les régies régionales. Le gouvernement clarifie ainsi la question de l'imputabilité des régions : il s'agit dorénavant d'une imputabilité du bas vers

98. Art. 333.1
99. Morais, 2002, *op. cit.*, p. 7-8.
100. *Ibid.*
101. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 33.
102. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, L.Q. 2001, c. 24.

le haut, d'une dialectique essentiellement administrative, par opposition à politique comme elle l'était – quoique toujours timidement – durant la décennie précédente. Il n'y a plus au conseil d'administration de la régie régionale de représentants des établissements issus de la population et élus au suffrage universel ni de représentants des municipalités, comme c'était le cas depuis 1992. Ce sont maintenant, pour la quasi-totalité, des personnes nommées par le ministre après consultation du milieu. Il en va de même pour le (nouveau) président-directeur général (PDG). Les PDG de régies régionales correspondent dans les faits à des sous-ministres en région, qui doivent rendre compte de leur gestion directement au ministre et qui font partie de l'équipe de direction du ministère. Dès lors, malgré la présence d'une personnalité juridique propre et bien qu'elles soient dirigées par des personnes nommées, les régies régionales s'inscrivent plus dans une logique de déconcentration que de délégation, comme ce fut le cas durant trente ans[103]. Enfin, un Forum de la population est créé afin d'assurer, à l'échelle régionale, la mise en place de différents modes de consultation de la population eu égard à sa satisfaction face aux services et à ses besoins en matière d'organisation de ces services.

La loi prévoit le regroupement des CA d'établissements locaux et accroît aux CA la présence des membres issus de la communauté. Des ententes de gestion sont prévues entre la régie régionale et chacun des établissements de son territoire.

Concernant la gouverne de la santé publique, cette loi prévoit la nomination par le ministre d'un directeur national de la santé publique. Celui-ci doit assurer la coordination nationale et interrégionale des activités du programme national de santé publique.

Un nouveau gouvernement est élu en avril 2003. Bien que l'approche populationnelle pour organiser et évaluer l'efficacité des systèmes de santé ne soit pas nouvelle et que la commission Rochon ait déjà soulevé une idée analogue – l'approche « population » –, ce n'est qu'à partir de 2003 qu'elle se concrétise comme un des principes organisateurs du système de santé du Québec. Pour ce faire, le gouvernement réforme une fois de plus les structures du réseau.

Les agences de développement des réseaux locaux de services (ADRLS) remplacent les régies régionales et conservent, en plus d'un mandat de développement des réseaux locaux de services (RLS), les fonctions et les responsabilités des organisations qu'elles remplacent. Les objectifs liés à la mise en œuvre des RLS sont d'assurer à la population l'accès à un large éventail de services de première ligne, de garantir, au moyen d'ententes ou de diverses modalités, l'accès à des services spécialisés ou surspécialisés, de mettre en place des mécanismes de référence et de suivi, de faire participer les divers professionnels, de favoriser la collaboration des divers partenaires associés au domaine de la santé et des services sociaux et,

103. Turgeon, 2003.

enfin, d'assurer la participation des ressources humaines. Pour les concepteurs de cette réforme, le RLS est un moyen de concerter, de coordonner et de faire coopérer les acteurs du système sociosanitaire d'un territoire géographiquement bien délimité[104].

La mise en place des RLS s'accompagne de la création de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) issus des fusions d'établissements publics d'un même territoire (CLSC, centres d'hébergement et de soins de longue durée et hôpitaux communautaires). Il incombe à ce nouvel établissement de « faire vivre » le RLS. Un nouveau mode d'allocation des ressources, basé sur une approche populationnelle, doit tenir compte des besoins de la population et des caractéristiques régionales.

Dès 2005, une loi[105] abolit les ADRLS et crée les agences de la santé et des services sociaux (ASSS). Ces nouvelles agences s'inscrivent dans la même logique de déconcentration de l'État qui a présidé à la création des régies régionales en 2001. Ainsi, cette nouvelle réforme prétend donner le pouvoir au niveau local, les RLS et les CSSS, bien que les nouveaux pouvoirs des CSSS soient encadrés par des ententes de gestion largement définies et examinées par les administrateurs des agences et du MSSS.

Quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) sont créés, soit un par faculté de médecine[106]. Les RUIS se partagent l'ensemble du territoire québécois et comptent chacun un centre hospitalier universitaire (CHU) et des centres hospitaliers affiliés. Ils ont à recommander au ministre des « corridors » de services pour la médecine spécialisée et à soutenir les activités universitaires d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans un contexte où leur territoire géographique est différent de celui des CSSS qui, lui, représente la véritable logique d'organisation du système.

C'est aussi en 2005 qu'est institué le poste de commissaire à la santé et au bien-être[107]. Le commissaire relève du ministre de la Santé et non de l'Assemblée nationale, comme le suggérait la commission Clair. Il a la responsabilité d'évaluer les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux et de fournir à la

104. Afin de mettre en œuvre une telle réforme, de nouvelles formes de concertation, de coordination et de coopération sont à établir non seulement entre les partenaires du système de soins et services sociosanitaires, mais également entre ceux-ci et d'autres acteurs dont l'action affecte la santé d'une population, qu'il s'agisse du monde municipal (transport, sécurité publique, loisirs), scolaire ou associatif (organismes sans but lucratif).

105. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (L.Q. 2005, c. 32).

106. La création des RUIS avait été recommandée dès 2002 par le Comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires et annoncée en 2003 par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

107. Loi sur le commissaire à la santé et au bien-être, L.Q. 2005, c. C-32.1.1.

population les éléments nécessaires à une compréhension globale des actions entreprises par le gouvernement eu égard aux grands enjeux dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il donne des avis au ministre sur la façon la plus adéquate pour le ministre et les établissements de santé et de services sociaux 1) d'informer la population des droits qui lui sont reconnus par la Loi sur les services de santé et services sociaux et 2) de sensibiliser les citoyens à leurs responsabilités corollaires face à leur santé et à l'utilisation des services offerts.

### De 2007 à 2015 : tentation du privé

Dans la foulée de l'affaire Chaoulli, cette étape débute avec la création d'un groupe de travail sur le financement du système de santé pour lequel un recours plus important au secteur privé paraîtra primordial. Également, le gouvernement prévoit une démarche globale d'optimisation des processus de travail et annonce déjà une nouvelle réforme des structures de gouvernance du réseau.

#### *Les soins et services*

En mai 2007, le gouvernement mandate un groupe de travail présidé par Claude Castonguay, celui-là même qui a mis en place comme ministre la grande réforme de la fin des années 1960. M. Castonguay dépose son rapport en février 2008[108]. Concernant le financement du système, le groupe de travail conclut que la problématique demeure entière. Il propose aux Québécois[109] « de s'entendre autour de ce qui pourrait constituer un nouveau contrat social, visant à assurer la pérennité d'un système auquel tous sont profondément attachés.» Ce nouveau contrat social s'appuie sur un certain nombre de valeurs et de principes dans lesquels tous devraient se reconnaître. Le groupe de travail en a identifié six, soit l'universalité, la solidarité, l'équité, l'efficacité, la responsabilité et la liberté. Ce dernier principe est une nouveauté dans le discours sur la santé au Québec. Le rapport invite donc les citoyens à prendre comme premier engagement « d'assumer sa part de responsabilité à l'égard de sa propre santé et […] à contribuer au financement du système de santé en fonction de ses moyens et, de façon complémentaire, relativement à sa consommation de soins[110] ».

Au gouvernement, le groupe de travail fixe une limite quantitative aux dépenses du système public de santé en adaptant la croissance des dépenses publiques de santé à celle de la richesse. Ainsi, il recommande que la croissance des dépenses

108. Gouvernement du Québec. Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008.
109. *Ibid.*, p. 3-4.
110. *Ibid.*

publiques de santé et de services sociaux passe de 6,5 % en 2008-2009 à 3,9 % sur un horizon de cinq à sept ans[111].

Il fixe également une limite de nature qualitative : délimiter la couverture publique et établir des priorités[112]. Pour ce faire, le rapport propose, entre autres, la création d'un Institut national d'excellence en santé (INES), organisme appelé à jouer un rôle stratégique pour le bon fonctionnement du système de santé[113]. Il propose également l'élargissement de la possibilité pour les citoyens de contracter une assurance privée et une utilisation accrue des équipements hospitaliers, en ouvrant la possibilité pour les hôpitaux publics de bénéficier de sources de revenus privées[114]. Le rapport interpelle également la responsabilité de l'État fédéral qui est invité à assouplir les exigences contenues dans la Loi canadienne sur la santé de 1984 en matière de contribution d'usager et à assurer un financement stable[115].

La loi[116] entrée en vigueur le 1er janvier 2008 crée un régime juridique d'exercice d'activités médicales dans des centres médicaux spécialisés (privés) et encadre la qualité et la sécurité des interventions qui y sont réalisées. L'exploitant d'un tel centre peut y faire dispenser tous les services médicaux nécessaires pour effectuer les chirurgies spécifiquement mentionnées dans la loi de même que tout autre traitement médical spécialisé que pourra déterminer le ministre par règlement. La loi ouvre aux centres hospitaliers (publics) la possibilité de s'associer à un centre médical spécialisé (privé) pour l'impartition de certains services médicaux et chirurgicaux, dont l'extraction de cataractes, le remplacement d'une hanche ou d'un genou. Elle prévoit la possibilité pour les assureurs privés d'inclure ces trois chirurgies dans les services couverts pour leurs clients, ce que l'on associe à de l'assurance duplicative. Enfin, cette loi impose un délai d'attente maximal pour ces chirurgies – six mois –, passé lequel le patient peut ensuite recevoir le service du privé, au Québec ou ailleurs, aux frais du régime public. La loi prévoit aussi l'extension de cette offre de service au secteur privé par simple règlement du ministre[117]. Ainsi, on précise par règlement[118] une liste des chirurgies qui peuvent être effectuées en clinique privée. Ce règlement laisse la porte ouverte pour toute une panoplie de chirurgies non énumérées dans cette liste en spécifiant que cela s'adresse aussi à « toute autre chirurgie » que celles qui sont comprises dans la liste.

111. *Ibid.*, p. 19.
112. Gouvernement du Québec. Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008, *op. cit.*, p. 10.
113. *Ibid.*, p. 18.
114. *Ibid.*, p. 13.
115. *Ibid.*, p. 5.
116. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, L.Q. 2006, c.43.
117. Art. 333.1.
118. *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé, entré en vigueur en septembre 2008.*

La loi prévoit également la possibilité pour un établissement qui exploite un centre hospitalier de s'associer à une clinique médicale afin d'y faire dispenser des services médicaux spécialisés à ses usagers. Malgré la contestation des centrales syndicales devant les tribunaux, un contrat est signé en 2008 entre l'Hôpital du Sacré-Cœur et la Clinique Rockland Md, une première où le secteur public contracte avec le privé. Le projet pilote de partenariat doit durer six mois. En 2009, l'hôpital signe un contrat de cinq ans avec la clinique qui est reporté à nouveau en septembre 2014. Toutefois Québec met fin à celui-ci le 31 octobre 2015.

Une loi adoptée en juin 2009[119] apporte des modifications législatives au règlement sur les cliniques médicales spécialisées et vient restreindre les chirurgies qui peuvent être effectuées dans le privé. Toujours en 2009 s'ajoute au panier de services la fécondation in vitro, dont trois essais seront remboursés par la RAMQ.

Le gouvernement du Québec présente par la suite d'autres mesures s'inspirant plus ou moins des propositions du rapport Castonguay de 2008. Ainsi, il met en place une contribution santé à compter du 1er juillet 2010, contribution prélevée auprès des particuliers lors de la production de la déclaration de revenus[120]. Contrairement à un impôt sur le revenu ou à une surtaxe, la contribution santé consiste en une contribution générale de 25 $ par adulte en 2010, de 100 $ en 2011 et de 200 $ à partir de 2012. Ces sommes doivent servir à la création du Fonds pour le financement des établissements de santé. Le taux d'exonération est fixé très bas (légèrement en dessous de 15 000 $), ce qui en fait une mesure critiquée du fait de son caractère régressif.

Cette période est également marquée par l'accent mis sur l'hébergement des personnes âgées. Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) fournissent le soutien à domicile en collaboration avec les entreprises d'économie sociale[121]. Ils recrutent également les ressources intermédiaires et de type familial. En CHSLD publics, une contribution est fixée pour le gîte et le couvert en fonction des revenus. Quarante-deux pour cent des résidants ont 85 ans ou plus et 80 % présentent une démence. En 2014, il existe 124 établissements publics ayant une mission d'hébergement et de soins de longue durée avec plus de 360 points de service. On compte à ce moment 62 établissements privés conventionnés.

Par ailleurs, du côté des services médicaux hors établissements, les GMF poursuivent leur croissance. Au début de 2015, le Québec en compte 259 où

119. Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale, L.Q. 2009, c.29.
120. Gouvernement du Québec, 2010.
121. En 2016, il existe environ 7000 entreprises d'économie sociale actives dans différents secteurs. Ces entreprises emploient plus de 150 000 personnes, ce qui représente près de 4 % de l'emploi total au Québec.

travaillent plus de 4 000 médecins, 600 infirmières et de nombreux autres professionnels.

*L'organisation*

L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) est créé en 2010[122]. L'INESSS, dont la mission est de favoriser l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le système québécois, aura pour principales fonctions d'évaluer les interventions et de produire des recommandations et des guides pour leur usage optimal. La mesure emprunte au rapport Castonguay, mais fait plusieurs choix différents de ceux qui sont proposés, dont l'inclusion du secteur des services sociaux.

En vue d'améliorer le fonctionnement du système de santé, particulièrement sa performance, le Gouvernement annonce également, sans en préciser les modalités, qu'il concentrera ses efforts sur trois domaines d'intervention[123] :

1) une démarche globale d'optimisation des processus de travail réalisée dans chaque établissement ; inspirée du National Health Service britannique, elle vise l'amélioration de la performance et de la productivité par des incitations financières. Une démarche globale d'optimisation des processus clefs (approche Lean Health Care) sera mise sur pied dans tous les établissements ;
2) une rationalisation des infrastructures technologiques et informatiques et l'implantation de nouvelles technologies porteuses, dont l'accélération de la mise en place du dossier de santé électronique ;
3) une révision de la gouvernance du réseau, en particulier des liens entre le MSSS, les agences régionales et les établissements afin d'améliorer l'efficacité des actions.

Alors que les établissements commencent à peine à s'approprier l'importante réforme de structure de 2004 avec la mise en place des CSSS, des RLS, des RUIS et *tutti quanti*, une nouvelle réforme se pointe à l'horizon en 2010, mais elle ne prendra effet qu'à compter du 1er avril 2015.

## LA SITUATION DEPUIS LE 1ER AVRIL 2015

Dans un contexte d'austérité et sous la houlette du nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, le Dr Gaétan Barette, une réforme en profondeur des structures et de la gouvernance du réseau sociosanitaire voit le jour en 2015.

122. Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, L.Q. 2010, c.15.
123. Gouvernement du Québec, 2010, p. 15.

### Les soins et services

Les Québécois ne paient pas directement le médecin ou l'hôpital pour des services médicalement requis : 7,7 millions de personnes sont couvertes en 2015 par le régime d'assurance maladie du Québec. Cependant la majorité des Québécois bénéficient d'une protection supplémentaire grâce à une assurance maladie souscrite auprès d'un assureur privé. Lorsque les risques ne sont pas couverts par les régimes gouvernementaux, l'assurance maladie complémentaire prend la relève. À la fin de l'année 2014, au Québec, les régimes assurés fournissaient une assurance maladie complémentaire à 3,2 millions de personnes et à 3,8 millions de leurs personnes à charge, et une assurance dentaire à 1,4 million de personnes et à 1,8 million de leurs personnes à charge[124]. Pour l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, « grâce à ces régimes assurés et aux régimes semblables, non assurés, établis par les employeurs, ce sont donc environ 5,6 millions de résidents du Québec qui profitent d'une assurance maladie complémentaire (s'il n'y a pas double comptage)[125] ».

De son côté, la RAMQ administre une quarantaine de programmes[126] (voir annexe). Elle possède la plus importante banque de données cliniques au Québec, mais n'a pas pour mission d'analyser ces données pour étudier la qualité et la pertinence des services. Les chercheurs qui veulent utiliser ces données auraient d'ailleurs de la difficulté à y avoir accès[127]. En 2014, les médecins ont produit 55 millions de demandes de paiement. Cette année-là, le Québec est la troisième province affichant le ratio le plus élevé de médecins par habitant (239 médecins par 100 000 habitants)[128]. Au 31 décembre 2015, le Québec compte 19 808 médecins exerçant leur profession.

Certains services, considérés comme non médicalement requis, sont aux frais de l'usager, comme les chambres individuelles, les soins esthétiques ou, plus récemment, la procréation assistée. Aussi, l'imagerie par résonance magnétique (IRM), l'échographie et la tomographie axiale numérique en clinique privée ont fait l'objet d'un règlement de désassurances : ils sont couverts par le régime public uniquement lorsqu'ils sont fournis par un hôpital. *A contrario*, les vasectomies et les ligatures de trompes sont gratuites. Du côté des problèmes sociaux, l'agression sexuelle, les dépendances (alcool, drogues, jeu), la grossesse à l'adolescence, l'itinérance, les jeunes en difficulté et la violence conjugale font l'objet d'une couverture publique assurée en bonne partie par les organismes sans but lucratif (OSBL).

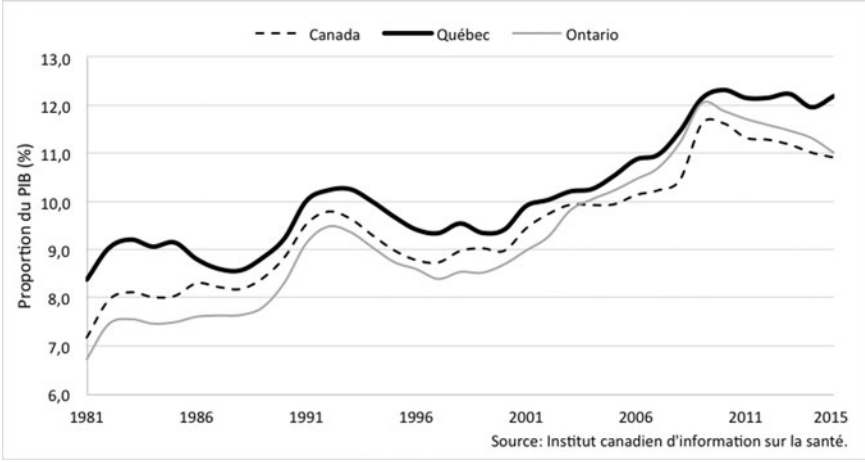
124. ACCAP, 2015, p. 4.
125. *Ibid.*
126. Adapté du site Internet de la RAMQ.
127. Quirion, 2015.
128. ICIS, 2015.

Enfin, la couverture de soins et services non médicaux pour les personnes âgées vise d'abord à les garder dans leur milieu de vie le plus longtemps possible en leur fournissant des soins et de l'aide à domicile offerts par les établissements, les entreprises d'économie sociale ou le secteur privé. Lorsque vient le moment de l'hébergement hors du domicile, des ressources intermédiaires et des CHSLD publics, privés conventionnés ou privés prennent le relais pour des soins de plus en plus complexes et spécialisés pour des personnes en fin de vie.

Concernant les sources de financement du réseau sociosanitaire, elles sont nombreuses, s'appuyant sur les taxes et les impôts prélevés par le gouvernement du Québec et celui du Canada de même que sur des transferts en provenance d'organismes, telles la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) pour le traitement de personnes accidentées.

Pour leur part, les montants consentis à l'ensemble du système de santé québécois (secteurs public et privé) représentent une part importante du PIB (graphique 5.3). Après une forte progression depuis 1981, ce pourcentage a légèrement diminué à partir de 2010, se situant à 12 % en 2015, mais demeurant toujours plus élevé que celui de l'Ontario.

Graphique 5.3
**Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, Canada, Québec et Ontario, 1981-2015[129]**



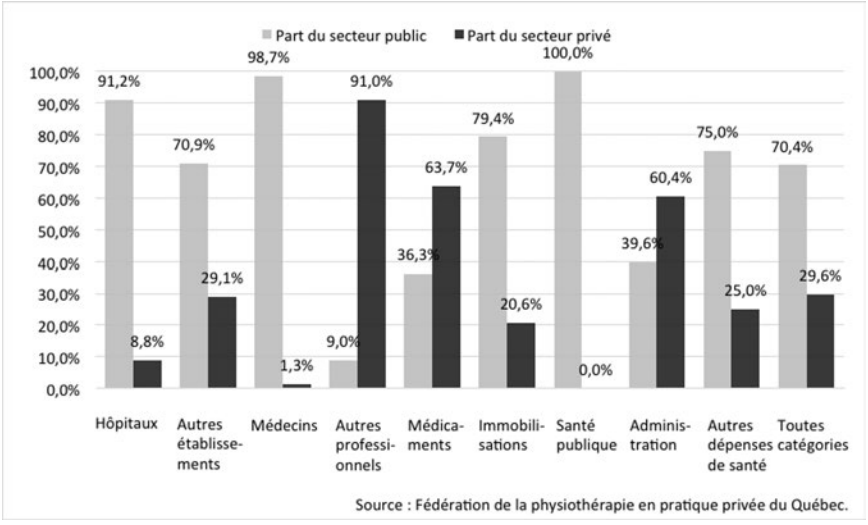

129. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé de 1975 à 2015. Tableau B.1.3.

Il faut rappeler que, comme c'est le cas depuis la mise en place du système de santé et de services sociaux au début des années 1970, au Canada l'essentiel du financement public va au paiement des médecins et des services hospitaliers, les autres professionnels étant rémunérés par le privé dans une proportion de plus de 90 % (graphique 5.4).

Il faut aussi noter que les dépenses du secteur privé[130] accaparent une part de plus en plus grande des dépenses totales de santé (graphique 5.5). Ainsi, depuis 1983, le pourcentage des dépenses de santé du secteur privé au Québec sur le total des dépenses de santé se rapproche de celui de l'Ontario, historiquement plus élevé, se situant à près de 30 % en 2015 (graphique 5.6).

Graphique 5.4

**Poids des secteurs privé/public dans le paiement des soins de santé, Canada (2013)[131]**

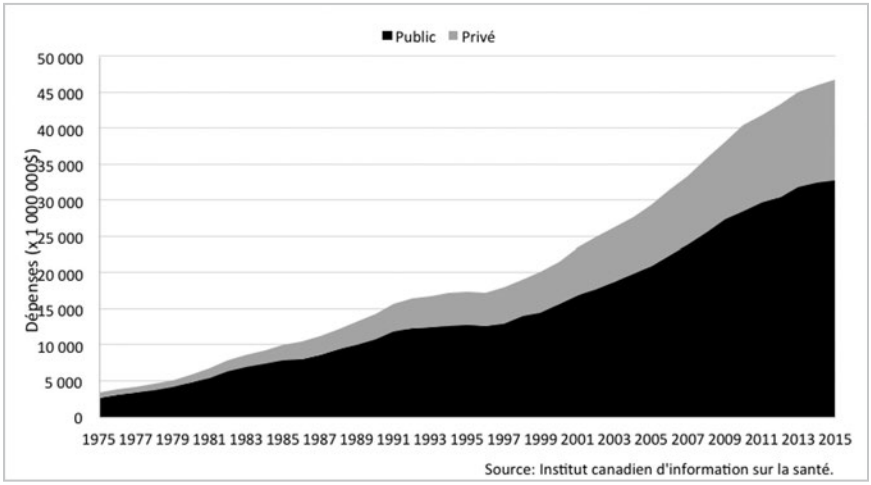



Source : Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec.

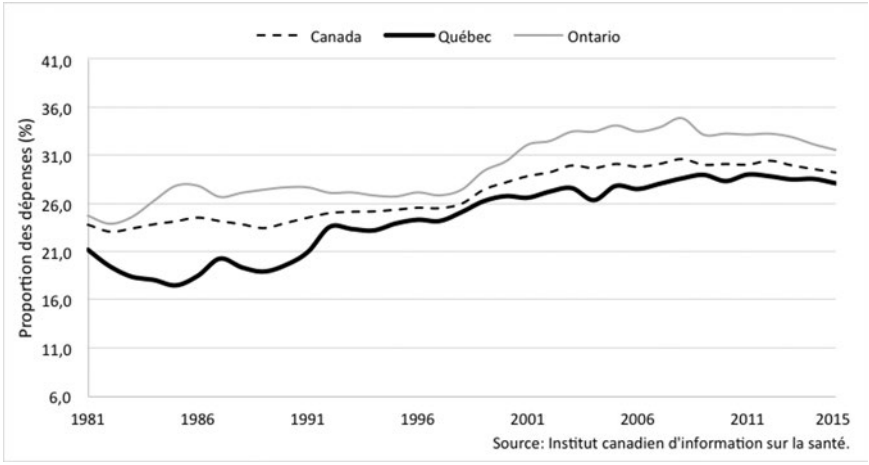
130. Toutes dépenses de santé, incluant les assurances privées et les médicaments, qui ne sont pas assumées par l'État.

131. Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec. 2014. Les marchés émergents pour les cliniquesprivées de physiothérapie. Diagramme 1 : Poids des secteurs privé/public dans le paiement des soins de santé (2013), p. 10.

Graphique 5.5
**Dépenses totales en santé réparties entre les secteurs public et privé, Québec, 1975-2015[132]**




Graphique 5.6
**Dépenses de santé du secteur privé en pourcentage des dépenses totales de santé, Canada, Québec et Ontario, 1975-2015[133]**



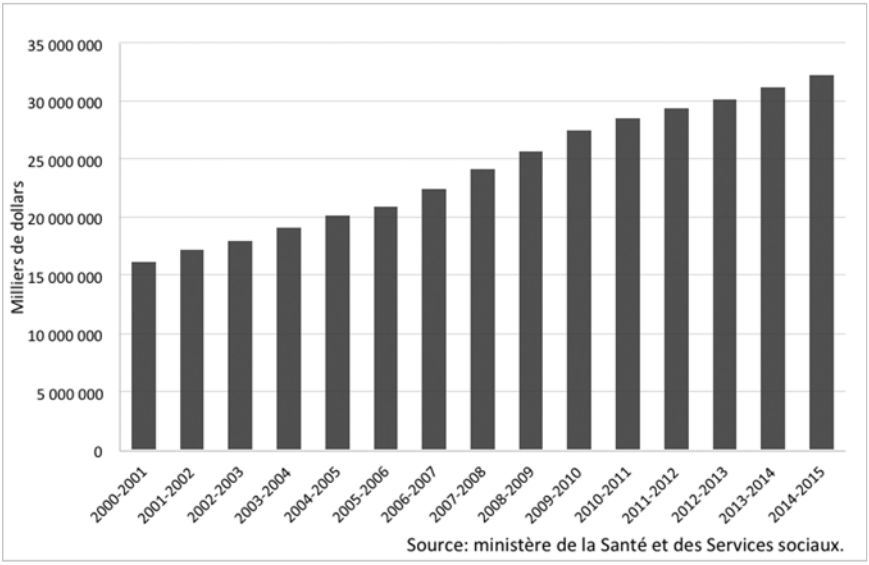

132. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé de 1975 à 2015. Tableau B.2.1 et tableau B.3.1.
133. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé de 1975 à 2015. Tableau B.2.3.

Par ailleurs, le retour à l'équilibre budgétaire pour 2015-2016 que s'est fixé le gouvernement du Québec s'est traduit par un frein important dans les dépenses consacrées à la santé et aux services sociaux. Ainsi, le budget 2015-2016 prévoit des dépenses 32,8 milliards pour le programme Santé et services sociaux, en hausse d'à peine 1,4 % sur l'année précédente. Pour le budget 2016-2017, le gouvernement prévoit des dépenses de 33,7 milliards, une hausse des dépenses de 2,4 % en santé, bien loin des augmentations annuelles des 15 dernières années (graphique 5.7). Les projections de la croissance structurelle annuelle des dépenses de santé prévue par le Secrétariat du Conseil du trésor en 2007 étaient en moyenne de 5,5 % jusqu'en 2018[134]. S'ensuivirent à compter de l'automne 2015 des réductions de postes ou de services dans tous les types d'établissements publics, ressources intermédiaires et organismes communautaires[135]. Par exemple, pour le budget de la santé publique, il s'agit en fait d'une diminution de 1,6 % pour l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et de 30 % pour les directions régionales de santé publique, du jamais vu. Il faut noter par ailleurs dans ce budget l'annonce d'une bonification de 60 millions pour les soins à domicile et la suppression de la contribution santé qui s'applique rétroactivement au 1er janvier 2016. La suppression est effectuée en deux ans et la contribution santé se termine le 31 décembre 2017.

Toutefois, le 25 octobre 2016 le ministre des finances du Québec, lors d'une mise à jour économique, annonce l'abolition de la taxe santé dès janvier 2017 et l'ajout de 100 millions en santé pour les quelques mois qui restent à l'année financière 2016-2017. Ces sommes serviront à augmenter les soins à domicile, ceux en CHSLD et en santé mentale. Pour le ministre, « ces mesures vont obligatoirement libérer des places à l'hôpital. »[136] De plus, à compter de 2017-2018, c'est près de 300 millions de plus par année qui seront injectés dans le domaine de la santé.

134. Gouvernement du Québec. Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008, *op. cit.* p. 7.
135. Pour un suivi des compressions recensées depuis 2014, voir le site Internet de l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques : http://austerite.iris-recherche.qc.ca/culture.
136. http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1004361/urgences-lits-hopitaux-quebec-100-millions-dollars-annonce-investissements-sante-gaetan-barrette-ministre , 7 décembre 2016.

Graphique 5.7
**Montants totaux des dépenses budgétaires consacrées à la santé et aux services sociaux (milliers de dollars), Québec, 2000-2001 à 2014-2015[137]**




## L'organisation

Le 1er avril 2015 a donné le coup d'envoi d'une autre réforme en profondeur des structures du réseau sociosanitaire, notamment l'abolition des agences de santé et de services sociaux[138]. Le ministre assume dorénavant les responsabilités qu'avaient les agences à l'égard des établissements. Cette réforme fait également passer le nombre d'établissements de 182 à 34 qui se répartissent comme suit[139] :

– 22 centres intégrés, dont 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et 9 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Les 13 CISSS se trouvent dans chacune des régions sociosanitaires autres que celles où l'on trouve les 9 CIUSSS. Le réseau territorial de services de santé et de services sociaux (RTSSS) sur lequel se trouve un CISSS ou un CIUSSS est formé des principaux acteurs suivants : GMF

137. Source : Ministère des Finances du Québec, Comptes publics – Volume 2.Compilation : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de la gestion intégrée de l'information et de la performance, juillet 2016.
138. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, L.Q. 2015, c. 1.
139. Pour plus de détails, voir le site Internet du MSSS : http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait.

et cliniques médicales, entreprises d'économie sociale, ressources privées, CHU et instituts universitaires, pharmacies communautaires, organismes communautaires partenaires des autres secteurs, comme le scolaire, le municipal, etc. Le réseau territorial (RTSSS) peut comprendre plusieurs réseaux locaux (RLSSS) correspondant eux aux découpages des territoires des anciens centres de santé et de services sociaux (CSSS).

- 7 établissements universitaires.
- 5 organisations régionales situées dans les régions septentrionales.

Tous ces établissements offrent à la population des services généraux et spécialisés correspondant aux cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, selon qu'ils exploitent un centre local de services communautaires (CLSC), un centre hospitalier (CH), un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) ou un centre de réadaptation (CR). Ces regroupements de missions visent, selon le ministre, une meilleure intégration des services.

Ces établissements sont dirigés par un conseil d'administration et une président-directeur général nommés par le ministre. Selon le type de centre exploité par l'établissement, un directeur des services professionnels et un directeur des soins infirmiers peuvent y travailler. Chaque établissement possède un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), un conseil des infirmières et infirmiers (CII), un conseil multidisciplinaire (CM) et un comité des sages-femmes. Il y a également un commissaire local aux plaintes, un comité des usagers et un comité d'éthique à la recherche et de bioéthique (voir l'encadré 5.4).

**Encadré 5.4**

L'éthique en santé

La création des régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie marque un virage éthique on ne peut plus significatif pour la société québécoise : le passage du paradigme de la charité à celui de la justice. Les soins de santé sont désormais offerts en vertu d'un droit inhérent au fait d'être une personne. Relevant de la sphère de la justice, l'accès aux soins n'est plus à la merci des mouvements du cœur. Il s'inscrit désormais dans une dynamique d'égalité et est conçu comme exigence de la dignité commune. Dans ce nouvel univers moral, il n'y a plus de « bons pauvres » et de « mauvais pauvres », il y a des citoyens qui peuvent compter sur la solidarité de leurs concitoyens pour faire face à la maladie. Son registre s'élargit, alors qu'il était « naturellement » constitué par le réseau familial auquel se substituait, en son absence, le village ou la ville, il est désormais à la dimension de l'État. Cette solidarité se manifeste également dans sa dimension temporelle : la génération d'aujourd'hui a des responsabilités à l'égard de celle qui suivra.

La dynamique de l'égale dignité des personnes et du respect de l'autonomie qui est son corollaire se déploie progressivement et modifie en profondeur les rapports entre les médecins et les malades. Le modèle paternaliste, qui faisait du malade un mineur confiant sa santé au médecin, n'est plus recevable. Le respect de la dignité exige de l'appel à l'autonomie du malade. Le terme « patient » est mis à l'index au profit de termes ayant des implications éthiques et qui sont assez transparents par rapport aux valeurs qu'ils véhiculent : « usager », « bénéficiaire », « client », « patient partenaire ». On se déplace du patient vers l'agent : celui-ci fait maintenant équipe avec le clinicien pour agir dans une perspective de santé. L'information du malade et la prise en compte de ses valeurs, de ses projets de vie, de son histoire sont aujourd'hui au cœur des multiples modèles visant à décrire le juste rapport dans la relation médicale. La médecine se veut centrée sur la personne dans sa singularité.

Le consentement est désormais un élément clé de l'éthique comme du droit médical. On ne peut sous-estimer la portée des orientations inscrites dans la section du Code civil du Québec consacrée aux soins. Le respect de l'autonomie décisionnelle du malade s'identifie à tel point avec le respect de la dignité que l'influence des principes qui devaient en tempérer l'exercice, au profit de la préservation des intérêts des autres ou d'un rapport réaliste au monde, s'amenuise. La sacralisation de la volonté individuelle et la confusion entre l'autonomie et le contrôle sont réfractaires à la prise en compte des limites et des priorisations qu'elle impose.

Le domaine du médicament est fertile lorsqu'il s'agit d'illustrer les impasses d'une éthique sociétale en mal d'intégrer à la fois la solidarité comme condition de possibilité des droits sociaux et la finitude comme invitation au développement d'une sagesse sachant discerner les moments du combat et de la résignation. En effet, dans le contexte d'un régime public garantissant une couverture de base et un accès raisonnable et équitable, la rencontre de la limite est inéluctable ! La volonté d'avoir accès au nouveau médicament, perçu comme le dernier rempart contre la déferlante de la maladie terminale, se heurte au caractère déraisonnable d'en autoriser le remboursement en raison du prix, de la faiblesse de la preuve ou d'un bénéfice cliniquement non significatif.

Le problème est d'autant plus aigu que la doctrine légale du consentement éclairé exige d'informer le malade, non seulement des options remboursées au Québec, mais également de celles qui ont été rejetées. D'ailleurs, les informations relatives aux différentes décisions de remboursement, dans les provinces canadiennes et les grands pays occidentaux, sont colligées dans Internet et donnent souvent lieu à des critiques mettant en question l'équité du régime québécois. Ces critiques illustrent la difficulté d'appréhender correctement le concept d'équité. L'équité dans la répartition des ressources rares est essentiellement une question de proportion ! À proportions égales, une société dont la richesse collective est supérieure à une autre pourra consacrer plus de ressources à la santé, donc offrir une couverture plus large de médicaments. Mais il pourrait également arriver que des sociétés aux ressources comparables aient des priorités différentes pour des raisons d'épidémiologie ou de sensibilités éthiques différentes. On comprendra

également que, dans cette perspective, la discussion sur le caractère équitable de la rémunération des médecins nous amène à déborder la référence à une moyenne nationale ou même à une province dotée d'un niveau de richesse comparable.

D'autres secteurs du système de santé suscitent des questions éthiques similaires : imagerie médicale, traitement génétique, nouvelles technologies, néonatalogie, soins de fin de vie, maladie rare, etc. Assurer un accès raisonnable et équitable à des soins de santé annonce d'emblée que le désir de santé et de bien-être se nourrit d'ambitions et de rêves toujours renouvelés et que la prise en compte réaliste des limites économiques exigera le décentrement de la perspective individualiste vers la perspective sociale et solidaire. Il faut le reconnaître, la culture des droits tend à ignorer que la solidarité, donc la contribution de chacun, est essentielle, comme l'est la mesure dans l'usage. La rencontre des tendances lourdes en matière de croissance économique, de démographie et d'augmentation de la part des dépenses de l'État consacrées à la santé, soulève une inquiétude croissante quant à la pérennité du système de santé. Celle-ci ne peut être assurée que par une conception de l'équité qui inclut la responsabilité à l'égard des générations futures et par une discussion ouverte qui donne priorité au contexte prévisible sur la préservation d'acquis devenus des chevaux de Troie.

Mais ajoutons un autre facteur explicatif à ce tableau. On se réjouit dans bien des milieux du recul du religieux chrétien et de sa morale réduite à un simple dispositif de contrôle social. C'est ignorer qu'au-delà de ce « contrôle social » le religieux chrétien et sa morale étaient également des pourvoyeurs de sens. Elle mettait à la disposition des croyants des cadres interprétatifs rendant possible de faire de l'expérience de l'absurde une expérience où un sens pouvait se profiler : on pense à la mort de l'enfant ou de la mère à la naissance, à la maladie grave qui frappe la personne dans la fleur de l'âge, à l'épidémie qui laisse ses séquelles pour de décennies, etc. Les dispositifs symboliques pour assumer la condition humaine sont en perte de crédibilité au profit des dispositifs techniques issus d'une science qui prend aujourd'hui la relève des religions dans la promesse d'immortalité (voir l'encadré 2.3).

Bernard Keating[140]

Le financement à l'activité est mis de l'avant par le MSSS dans le but de pallier certains inconvénients du budget global. L'établissement reçoit donc un montant fixe établi d'avance (puisqu'il s'agit d'un mode de paiement prospectif) par catégorie d'isopathologies et d'isoressources d'épisodes de soins, appelée *Diagnostic Related Group* (DRG)[141]. Ce mode de financement est dénoncé par plusieurs comme un incitatif pour les établissements à choisir les épisodes de soins qui rapportent le plus. Par exemple, pour une chirurgie de la hanche, privilégier le jeune client financé

140. Professeur associé, Faculté de théologie et de sciences religieuses, Université Laval.
141. AQESSS, 2012, p. 11.

par la SAAQ ou la CSST plutôt qu'une personne de 80 ans. Certains craignent que, dans un deuxième temps, ces épisodes de soins plus « payants » soient offerts par des cliniques privées et que les établissements ne conservent finalement que les cas complexes, les épisodes de soins onéreux.

Également, dans le but de résorber le problème d'accessibilité aux médecins de famille, une loi[142] prévoyant des mesures contraignantes pour les omnipraticiens qui n'atteignent pas les « cibles » prévues en matière de couverture de soins et de population a été adoptée le 10 novembre 2015. Cette loi a été décriée tant par les médecins omnipraticiens que par des défenseurs d'un système public gratuit et universel de santé. Ainsi, peu avant son adoption, une entente est survenue entre le gouvernement et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Sous réserve de l'atteinte d'objectifs provinciaux, notamment de l'inscription de 85 % de la population québécoise auprès d'un médecin de famille, les mesures contraignantes contenues dans la loi touchant la médecine familiale sont actuellement suspendues avant d'être définitivement mises au rancart en 2018. Également, en avril 2016, la RAMQ met en place un guichet unique d'accès à un médecin de famille pour les résidents du Québec qui n'en ont pas encore. La création de ce guichet unique fait suite à une entente signée entre Québec et la FMOQ. Le ministre signale, en mai 2016, qu'un médecin de famille sur quatre respecte les paramètres fixés par la loi.

Enfin, la loi légalise et encadre le montant des frais administratifs afférents à la pratique médicale hors établissement qu'exigent les médecins pour des actes couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). À ce sujet, la Protectrice du citoyen indique que « le glissement graduel vers une contribution directe de plus en plus grande des usagers – les dépenses privées – vient miner un des fondements mêmes du système de santé et de services sociaux : son financement public [143] ». Certains indiquent que cela irait à l'encontre de la Loi canadienne sur la santé. En mai 2016, le ministre fait volte-face et décide d'interdire tous les frais accessoires facturés aux patients. Il prévoit inclure cette question dans les prochaines négociations avec les fédérations médicales.

## CONSTATS ET ENJEUX

En conclusion de ce chapitre sont présentés certains constats pour le Québec et ce qui apparaît aux auteurs comme les principaux enjeux pour l'avenir du système de santé et de services sociaux.

---

142. Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée, L.Q. 2015, c. 25.
143. Saint-Germain, 2015.

Concernant la situation au Québec, le premier constat est que le Canada a fait un choix politique différent de ceux d'autres pays dans le design de son système de santé en ne couvrant que les services médicalement requis en hôpital et médicalement requis chez le médecin. Malgré cette couverture étroite, la contribution financière du fédéral décroît généralement depuis 1977, alors que les besoins et les coûts augmentent dans les provinces qui organisent et offrent les soins. On constate qu'aucune des deux parties, le fédéral ou les provinces, n'a le contrôle sur l'ensemble des outils de formulation de politiques et de financement du système, ce qui est source de tensions et de négociations fréquentes, mais plus ou moins fructueuses entre les deux ordres de gouvernement.

Le second constat concerne les services sociaux, dont les dépenses ne représentent aujourd'hui qu'environ 12 % de la dépense totale de la mission santé et services sociaux du gouvernement du Québec[144]. Ces services sont initialement accessibles dans les centres de services sociaux (CSS) et les centres locaux de services communautaires (CLSC). Dans ces derniers, services médicaux, sociaux et organisation communautaire doivent travailler dans un esprit interdisciplinaire qu'il est difficile d'obtenir alors que les services médicaux se heurtent depuis leur création à la forte opposition de la profession médicale et que l'organisation communautaire disparaîtra sous le coup des compressions budgétaires. Les services sociaux s'y sont maintenus, notamment par les transferts importants du personnel de première ligne des CSS durant les années 1980. Par la suite, les services sociaux destinés aux jeunes et à leur famille sont intégrés au centre jeunesse et les autres services sociaux à d'autres établissements, selon leurs champs de responsabilité (CLSC, CH, CR, etc.). Ces différentes réformes et le transfert en cours en 2016 d'environ 300 travailleurs sociaux des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) vers les groupes de médecine familiale (GMF) traduisent bien la difficulté à reconnaître le caractère spécifique, autonome et interdisciplinaire des pratiques sociales et communautaires qui devaient faire pourtant la particularité du Québec.

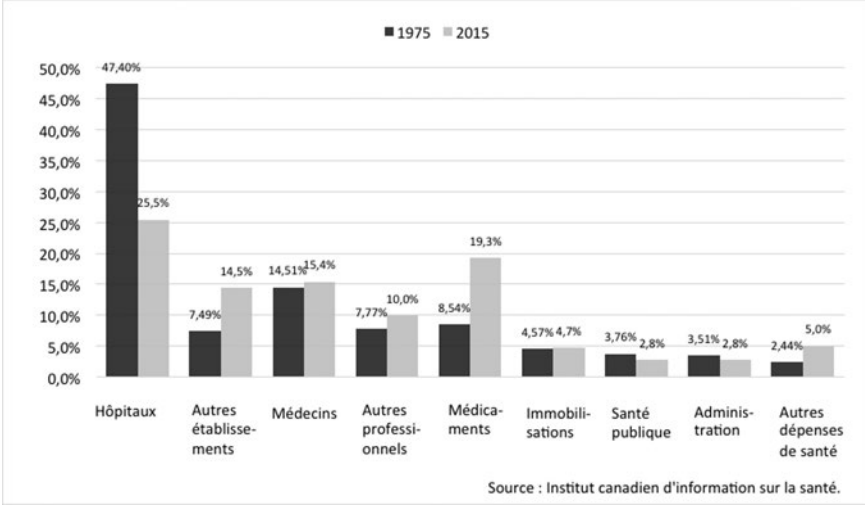
Troisième constat : les modifications importantes dans l'affectation des fonds depuis la mise en place du réseau public de santé et services sociaux. Du côté des établissements, alors qu'en 1975 les dépenses pour les hôpitaux et les autres établissements accaparent respectivement 47 % et 7 % des dépenses totales, ces pourcentages s'établissent à 26 % et 15 % en 2015 (graphique 5.8), résultat entre autres d'une diminution de près de 50 % du nombre de lits de soins physiques de courte durée, ceux-ci passant de 30 000 en 1972 à un peu plus de 15 000. Corolairement, plusieurs centres hospitaliers deviennent des CHSLD. La part plus grande des autres établissements traduit également le vaste mouvement de désinstitutionnalisation

144. Site Internet du MSSS.

des années 1970 à 1990 et le virage ambulatoire débuté en 1995 qui se traduit par une augmentation constante des soins et services à domicile (graphique 5.9). Les médicaments de leur côté voient leur part passer de 9 % à 19 %, une augmentation de plus du double. Pour leur part, les dépenses liées à l'administration et à la santé publique diminuent du quart, de 4 % à 3 % sur la même période. Dans ces deux cas, leur part relative risque vraisemblablement de poursuivre leur diminution, du moins à court terme, étant donné, d'une part, des compressions récentes de 30 % dans les directions régionales de santé publique et de 1,6 % à l'INSPQ et, d'autre part, l'abolition des agences de santé en 2015. Enfin, la part relative de 15 % des dépenses totales consacrée au paiement des médecins au milieu des années 1970 a subi une légère diminution durant les décennies suivantes pour revenir au même niveau en 2014.

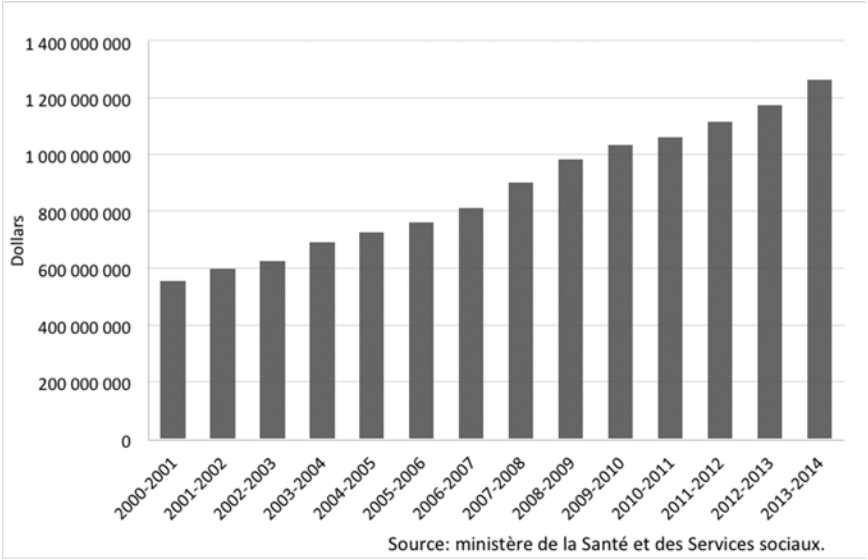
Graphique 5.8

**Répartition des dépenses en santé réparties selon le pourcentage des dépenses totales qu'elles occupent, Québec, 1975 et 2015[145]**




145. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé de 1975 à 2015. Tableau D.1.5.2 et tableau D.1.6.2.

Graphique 5.9
**Coûts directs nets totaux des services à domicile, Québec, 2000-2001 à 2013-2014[146]**

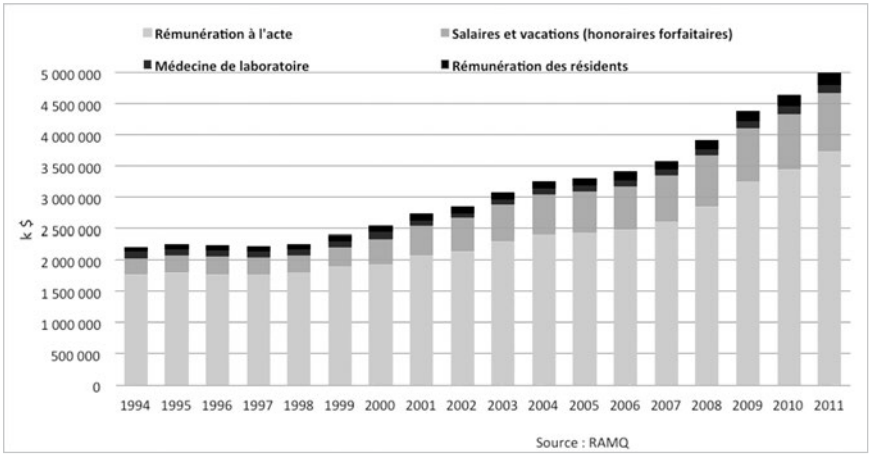



Le quatrième constat soulève le fait que les médecins, bien que rémunérés par la RAMQ depuis 1969, conservent une grande autonomie que les gouvernements tentent de baliser à partir des années 1980, tant en ce qui concerne le cadre que le lieu de leur pratique. Pour plusieurs, le pacte fondamental entre l'État et les médecins, qui consiste à leur laisser une autonomie importante malgré un financement entièrement public dans les systèmes de santé des provinces canadiennes, continue de marquer fortement la capacité des gouvernements des provinces à transformer leur système de santé malgré les réformes successives[147]. La présence au Québec de fédérations médicales syndiquées accentue ce phénomène (voir l'encadré 5.1 sur les organisations médicales). Par exemple, on constate que la rémunération à l'acte continue d'occuper l'essentiel des modes de rémunération des médecins (graphique 5.10). Pourtant la commission Castonguay-Nepveu en recommande déjà l'abandon progressif. Il en va de même d'autres commissions d'enquête, du moins pour la rémunération des services de première ligne. Différents experts[148] ont aussi souvent indiqué les importantes limites de cette pratique qui demeure un frein à des changements en profondeur de la pratique médicale. Également une l'*Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique*

146. Direction de la gestion intégrée de l'information du MSSS, mars 2015.
147. Tuohy, 1992, p. 143.
148. Laberge, Aubin, Vézina et Bergeron, 2000 ; Contandriopoulos, Brousselle, Duhoux et coll., 2015, p. 10-11.

*et la performance du système de santé au Québec* financée par le Fonds de recherche en santé du Québec sera déposerée en décembre 2017[149]. Au début du XXIe siècle, la profession médicale tient toujours une place à part dans le processus de régulation, de sorte que les responsables du système de santé les consultent avant toute décision importante, notamment quand il s'agit de réformes. Pour certains, cette consultation aurait même un caractère obligatoire[150].

Graphique 5.10
**Coût total des programmes administrés par la RAMQ, Québec, 1994 et 2011**




Le cinquième constat est lié au précédent : tous les gouvernements qui se succèdent à la tête du Québec depuis l'instauration de l'assurance maladie conservent un parallélisme structurel entre la Loi sur l'assurance maladie régissant les médecins et la loi régissant les établissements. On maintient aussi un parallélisme structurel entre la loi d'administration financière (budgets fermés) et la Loi sur l'assurance maladie (services ouverts et à décisions autonomes par les médecins).

Un sixième constat qui s'impose est sans doute celui, déjà esquissé, du grand nombre de réformes de structure dont le système de santé québécois est l'objet, la dernière en liste datant du 1er avril 2015. Ainsi, par le jeu des fusions et des regroupements de près de 900 établissements à la fin des années 1980, il n'en reste plus maintenant que 34. Rappelons aussi l'abolition des agences de santé au niveau régional. Cette pléthore de réformes consécutives laisse trop peu de temps aux

149. Pour plus d'informations, voir http://www.frqsc.gouv.qc.ca/fr/partenariat/nos-projets-de-recherche/projet/analyse-des-impacts-de-la-remuneration-des-medecins-sur-leur-pratique-et-la-performance-du-systeme-de-sante-au-quebec-yjoo5ctz1428505877772.
150. Forest et Bergeron, *op. cit.*, p. 64.

acteurs sur le terrain pour les mettre pleinement en œuvre. Par exemple, au regard de l'implantation des réseaux locaux de services (RLS) en 2003, une évaluation exhaustive du ministère de 2010 en arrive à la conclusion qu'un délai de trois à quatre ans s'est avéré insuffisant pour simplement évaluer les changements amorcés par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et leurs partenaires du RLS[151] alors que le gouvernement annonce à l'époque une nouvelle révision de la gouvernance du réseau[152]. En fait, les changements structurels sont très peu sensibles aux processus et au temps que commandent des changements de pratiques et des changements dans les modes d'organisation des services. Les réformes structurelles entreprises jusqu'au début des années 2000 avaient également pour objectif de décentraliser la prise de décision concernant notamment l'allocation des ressources. Jusqu'à ce moment, le ministère confie des pouvoirs accrus aux instances régionales (CRSSS, RRSSS et ASSS) et voit dans la participation de la population aux conseils d'administration des établissements un moyen de démocratiser le système. On constate depuis 2003 que ce n'est plus le cas et que centralisation et déconcentration sont désormais à l'ordre du jour. La centralisation s'observe aussi dans d'autres provinces, à l'exception de l'Ontario et, dans une moindre mesure, la Colombie-Britannique. Au Québec, depuis 2015 la présence de seulement 34 établissements, dont les organigrammes montrent bien le lien d'autorité directe du ministre, témoigne d'une situation sans équivalent au cours des cinquante dernières années. Les récentes actions du ministre qui a aboli le commissaire à la santé et au bien-être et réduit le financement de la santé publique semblent également aller dans le sens d'une centralisation qui laisse de moins en moins de place à la critique.

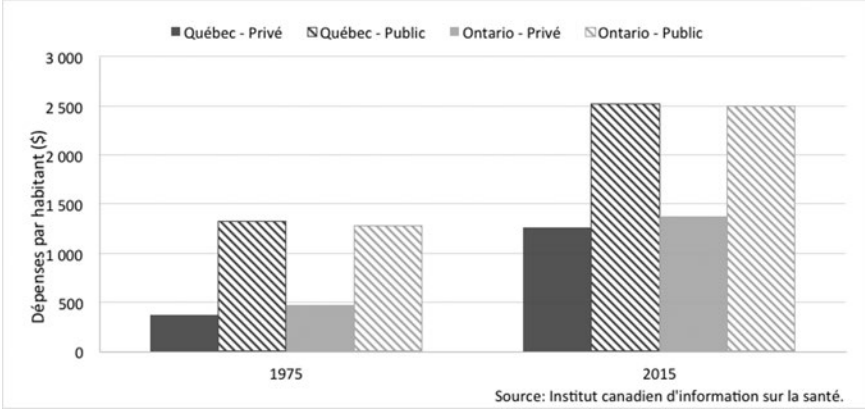
Le septième constat est complémentaire au précédent et rejoint les propos de Lamarche[153]. Ce dernier souligne qu'il y a un déséquilibre entre les efforts consentis au moment d'une réforme pour connaître le motif des changements et les moyens de les réaliser et que l'efficacité des mesures proposées est souvent peu étayée, par exemple en ce qui concerne l'introduction de la concurrence dans un réseau public (rapport Clair), la décentralisation administrative (rapports Castonguay-Nepveu et Rochon) ou encore la déconcentration et la centralisation récentes par l'abolition du niveau régional, les fusions d'établissements, etc. C'est en fait le peu de données probantes, le manque d'information et de rationalité que l'on observe pour la grande majorité des réformes introduites durant toutes ces années.

Enfin, le huitième constat concerne l'évolution de la couverture publique. En fonction de la situation budgétaire des gouvernements ou des cibles qu'ils se fixent, comme l'atteinte du déficit zéro, la couverture gratuite et universelle de nombreux soins ou services fournis par le réseau se modifie au fil des décennies. Nous avons

151. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.
152. Gouvernement du Québec, 2010, *op. cit.*, p. 18.
153. Lamarche, 2008, p. 80.

vu que ce fut le cas pour l'abolition des soins dentaires gratuits aux enfants de plus de 10 ans ou encore pour les soins ophtalmologiques. Plus rarement, la couverture augmente, comme c'est le cas pour les médicaments (couverture d'une partie de la population) ou pour la procréation assistée qui n'est plus couverte depuis 2016. Corollairement, ce qui n'est pas ou n'est plus assuré par l'État est offert par le secteur privé, qui voit sa part relative augmenter au fil du temps, comme le démontre bien l'évolution des dépenses privées et publiques de santé par habitant dont nous pouvons constater la même évolution en Ontario (graphique 5.11).

Graphique 5.11
**Dépenses privées et publiques en santé par habitant (dollars constants de 1997), Québec et Ontario, 1975 et 2015**[154]




Plusieurs de ces constats permettent de souligner que le Québec ne fait pas exception aux autres provinces ou pays développés en ce qui a trait au fait que les réformes entreprises depuis plus d'un demi-siècle tentent avec plus ou moins de succès d'atteindre le meilleur équilibre possible entre accessibilité, qualité des soins et coûts. Cet exercice est d'autant plus difficile à réaliser que plusieurs enjeux jouent à la hausse sur les coûts, tant sur la demande que sur l'offre de services de santé.

Parmi ces enjeux, rappelons ceux des médecins qui, par leur mode de financement, induisent la demande, l'augmentation de l'espérance de vie et les problèmes de maladies chroniques qui en découlent, une population mieux informée, des innovations techniques et thérapeutiques qui se développent à un rythme rapide et nettement plus élevé que l'inflation. Également, au fil de ces décennies, les systèmes de santé des pays industrialisés voient s'amplifier, dans la filiation du SID

154. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé de 1975 à 2015. Tableau B.2.5 et tableau B.3.5.

(*supplier induced demand*), un autre enjeu inquiétant : le surdiagnostic qui a pour effet de transformer en patients des biens portants et souvent à les rendre vraiment malades[155]. Les principaux facteurs contributifs de cette situation sont les médias qui entretiennent la peur de la maladie et le mythe que le dépistage et les traitements agressifs sont toujours la meilleure option, la crainte des poursuites pour faute professionnelle chez les médecins s'ils ne font pas tous les tests et n'explorent pas toutes les anomalies que les nouvelles technologies peuvent révéler lors d'un test de dépistage et l'argent que se partagent médecins, compagnies pharmaceutiques et industries des produits médicaux. Au Québec, la dernière version des guides de pratique sur le cholestérol[156] s'est traduite par une augmentation d'environ un million de Québécois devenus, du jour au lendemain, des patients souffrant d'hyperlipidémie. Pour le reste de leur vie, la plupart d'entre eux prendront chaque jour des médicaments pour contrôler leur cholestérol. Les conséquences du surdiagnostic sont dramatiques tant en raison des coûts qu'il engendre que des préjudices potentiels à la santé. À ce propos, l'Association médicale du Québec (AMQ) a fait récemment du thème du surdiagnostic un élément dominant de son programme. Dans un communiqué daté du 31 mars 2016, l'AMQ indique :

> En moyenne, c'est entre 17 % à 30 % des tests diagnostiques et des interventions médicales qui ont une faible valeur, sont non nécessaires ou même préjudiciables pour la santé des patients. Au Québec, l'AMQ avait évalué que ce phénomène représentait de trois à cinq milliards de dollars dépensés chaque année pour des examens et traitements qui n'apportent rien[157].

Enfin soulignons un dernier enjeu : comment rendre compte objectivement de la part relative des dépenses de santé dans le budget de l'État québécois ? Alors que, selon les gouvernements qui se sont succédé au Québec, cette part augmente constamment, atteignant en 2016 près de 50 % des dépenses de l'État, certains chercheurs et organismes (Vérificateur général du Québec, Institut canadien d'information sur la santé, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques) indiquent que c'est davantage un choix dans la méthode de calcul qu'un fait, évoquant par exemple que les dépenses gouvernementales de santé se sont maintenues dans une fourchette de 30 % à 34 % des revenus du gouvernement depuis trente ans. À ce propos, Béland constate que, selon la source gouvernementale retenue, les dépenses de santé au Québec absorbaient de 20,8 % à 43,4 % des dépenses de programmes et de 18,2 % à 36,0 % de leurs revenus[158]. Après une étude exhaustive des dépenses de santé au Québec, il en arrive à la conclusion,

155. Welch, Schwartz et Woloshin, 2011.
156. Anderson, Grégoire, Hegele et collab., 2013.
157. Association médicale du Québec, 2016.
158. Béland, 2008, p. 200.

contrairement aux données gouvernementales[159] et à celles qui ont été présentées dans le rapport Castonguay[160], que les dépenses de santé « n'écrasent » pas les dépenses des autres composantes de l'activité de l'administration publique au Québec. Il indique aussi que « l'accroissement de la part des dépenses de santé par rapport aux ressources financières du gouvernement est dû tout autant à l'investissement en santé qu'à la réduction volontaire des impôts[161] ». En fait, pour Béland[162], les pressions des dépenses de santé sur les opérations budgétaires du gouvernement du Québec n'expliquent pas à elles seules les restrictions budgétaires imposées aux autres secteurs : en réduisant le fardeau fiscal des Québécois, forcément, la part des dépenses de santé augmente par rapport aux revenus des opérations budgétaires.

Les réformes du système de santé ont été nombreuses au Québec. Malgré une certaine continuité dans les modifications de structure proposées d'une réforme à l'autre, les fruits attendus en matière d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système se font souvent attendre. Au contraire, des structures et, comme nous l'avons souligné, d'autres aspects importants du système, comme le statut des médecins et les modalités de paiement des dispensateurs, ont peu évolué. De même, la part relative du secteur privé ne cesse d'augmenter dans un système qui à l'origine voulait faire en sorte que le citoyen paie selon ses moyens, mais puisse être soigné selon ses besoins. Cela souligne sans doute la distribution du pouvoir, des avantages et des contraintes sur ce qui est devenu une composante fondamentale de notre société.

159. Gouvernement du Québec. Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008, *op. cit.,* p. 18.
160. *Ibid.*, p. 33-35.
161. Béland, 2008, *op. cit.*, p. 201-203.
162. *Ibid.*, p. 181-183.

## ANNEXE

### La couverture publique d'assurance maladie au Québec[163]

*Services médicaux*

Les services médicaux nécessaires sur le plan médical et qui sont rendus par un médecin omnipraticien ou par un médecin spécialiste sont couverts pour tous. Ces services sont, entre autres :

- examens ;
- consultations ;
- actes diagnostiques ;
- actes thérapeutiques ;
- traitements psychiatriques ;
- chirurgie ;
- radiologie ;
- anesthésie.

Sauf rares exceptions, ces services sont couverts peu importe l'endroit où ils sont rendus :

- cabinet privé ;
- centre hospitalier ;
- centre local de services communautaires (CLSC) ;
- centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;
- centre de réadaptation ;
- domicile du patient.

*Services médicaux non couverts*

Les services de santé qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie. Le patient doit payer lui-même pour ces services. Il s'agit, entre autres :

- services rendus pour des raisons esthétiques ;
- acupuncture ;
- traitement des varices par injection et examen effectué à cette occasion, en cabinet privé ;
- psychanalyse (sauf dans un établissement autorisé à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux) ;
- consultations par téléphone, télécopieur ou courrier postal ou électronique.

163. Source : Site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

## Services médicaux

### *Services dentaires*

#### Pour tous

En milieu hospitalier, toute personne assurée a droit à certains services de chirurgie buccale, en cas de traumatisme ou de maladie. Ils sont fournis sans frais. Les examens, l'anesthésie locale ou générale et les radiographies qui y sont liés sont également couverts.

#### Pour les enfants de moins de 10 ans

Ils reçoivent gratuitement des services dentaires, en clinique dentaire ou en milieu hospitalier. Parmi ceux-ci :

- un examen par année ;
- examens d'urgence ;
- radiographies ;
- anesthésie locale ou générale ;
- obturations en amalgame (gris) pour les dents postérieures ;
- obturations en matériau esthétique (blanc) pour les dents antérieures ;
- couronnes préfabriquées ;
- pansements sédatifs, soit des obturations provisoires visant à réduire la douleur ;
- endodontie (elle inclut, dans leur cas, le traitement de canal, l'apexification, la pulpectomie, la pulpotomie et l'ouverture d'urgence de la chambre pulpaire) ;
- extraction de dents et de racines.

Les coûts d'un nettoyage, d'un détartrage et d'une application de fluorure ne sont pas assumés par la Régie pour les enfants de moins de 10 ans.

Les prestataires d'aide financière de dernier recours (depuis au moins 12 mois consécutifs)

Ces prestataires et les personnes à leur charge ont droit, en clinique dentaire ou en milieu hospitalier, aux services suivants :

- un examen par année ;
- examens d'urgence ;
- radiographies ;
- anesthésie locale ou générale ;
- obturations ;
- couronnes préfabriquées ;
- pansements sédatifs ;
- certains traitements du canal de la dent, comme la pulpectomie, la pulpotomie et l'ouverture d'urgence de la chambre pulpaire ;
- extraction de dents et de racines ;
- traitements de canal et l'apexification, avant l'âge de 13 ans ;

- nettoyages et enseignement des mesures d'hygiène, à partir de 12 ans ;
- application de fluorure, de 12 à 15 ans inclusivement ;
- détartrage, à partir de 16 ans ;
- réimplantation d'une dent.

En plus, la couverture comprend, tous les 8 ans, une prothèse inférieure et une prothèse supérieure en acrylique pour les prestataires depuis au moins 24 mois consécutifs. Les coûts de prothèses dentaires partielles amovibles avec squelette de métal ne sont pas assumés par la Régie.

*Services non couverts*

Restent aux frais du patient, peu importe son âge, sa situation et le lieu de prestation :

- orthodontie (par exemple, la pose de « broches ») ;
- apectomie ;
- parodontie, soit les traitements et les greffes des gencives ;
- couronnes autres que préfabriquées ;
- blanchiment ;
- facettes ;
- implants dentaires.

*Services optométriques*

Les personnes qui peuvent bénéficier des services couverts sans avoir à débourser sont les suivantes :

- personnes de moins de 18 ans ;
- personnes de 65 ans ou plus ;
- personnes qui sont prestataires d'une aide financière de dernier recours depuis au moins 12 mois consécutifs âgées de 18 à 64 ans ;
- personnes de 60 à 64 ans qui reçoivent une allocation de conjoint en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse depuis au moins 12 mois consécutifs et qui, sans cette allocation, auraient droit à une aide financière de dernier recours ;
- personnes ayant une déficience visuelle.

*Services couverts*

- examen de l'appareil oculovisuel. Il permet de déceler les troubles de la vision, d'en suivre l'évolution et d'évaluer l'état de santé des yeux ;
- examen spécifique à une condition particulière, comme le strabisme ou l'aniséiconie (une différence entre les images perçues par chaque œil) ;
- évaluation de la vision des couleurs, des champs visuels, des mouvements des yeux et de leur adaptation à la lumière ;

- ordonnance de lunettes ou de lentilles cornéennes à la suite d'un examen, de la prescription d'exercices pour améliorer la vue ou de la recommandation à un autre professionnel de la santé, tel un ophtalmologiste.
- personnes traitées pour le diabète ;
- personnes présentant une myopie de 5 dioptries ou plus.

Services non couverts :

- achat, ajustement et remplacement de lunettes et de lentilles cornéennes ;
- administration de médicaments et d'agents anesthésiques (notamment les gouttes ophtalmiques) lors d'un examen ;
- examen de la vue exigé par un établissement d'enseignement, un employeur, un assureur, un camp de vacances, une association ou un organisme ;
- examen de la vue pour l'obtention d'un permis de conduire un véhicule de promenade ou une motocyclette.

*Autres services couverts*

En plus des services médicaux, dentaires et optométriques, le régime public d'assurance maladie couvre sous certaines conditions une gamme d'autres services de santé qui répondent à des besoins particuliers de certaines clientèles. Ces services sont :

- appareils suppléant à une déficience physique ;
- aides auditives ;
- appareils fournis aux stomisés permanents ;
- prothèses mammaires externes ;
- aides visuelles ;
- prothèses oculaires.

Les personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments bénéficient aussi d'une couverture pour les médicaments requis par leur état de santé (voir le chapitre 6).

## Bibliographie


Alary, Jacques, et Frédéric Lesemann. 1975. *Opération bilan. Rapport de l'équipe-bilan. Études des dimensions sociale et communautaire*, Montréal : École de service social, Université de Montréal.

Anderson, Todd J., Jean Grégoire, Robert A. Hegele et collab. 2013. « Update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult ». *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 29, nº 2, p. 151-167.

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP). 2015. *Faits et statistiques – Les assurances de personnes au Québec, édition 2015*. Montréal : ACCAP, 50 p.

Association des administrateurs d'hôpitaux de la province de Québec (AAHPQ). 1962. *Mémoire de l'Association des administrateurs d'hôpitaux de la province de Québec à la Commission Hall*. SI.

Association des établissements privés conventionnés. « Historique ». http://www.aepc.qc.ca/historique.php. Consulté le 23 février 2016.

Association médicale du Québec. 2016. « Des études pancanadiennes confirment l'existence d'un problème de surdiagnostic (communiqué) », *AMQ*, jeudi 31 mars 2016.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). 2012. *Allocation des ressources aux établissements de santé et services sociaux : pistes et balises pour implanter le financement à l'activité*. Montréal : AQESSS, 34 p.

Béland, François. 2008. « Les dépenses de santé au Québec : une énigme ou un signal d'alarme ? », *Le Privé dans la santé. Le discours et les faits*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, p. 171-205.

Bergeron, Pierre, et France Gagnon. 2003. « La prise en charge étatique de la santé au Québec », *Le système de santé au Québec*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, p. 9-32.

Bienvenue, Louise (dir.). 2011-2012. « Des hommes, des femmes, des enfants et des murs. Nouveaux regards sur les institutions de soins de santé et de charité, XIXe et XXe siècles », *Revue d'histoire de l'Amérique française*. Montréal : Institut d'histoire de l'Amérique française, vol. 65, nos 2-3 : automne 2011 et hiver 2012, p. 227-256.

Champoux, Louis et collab. 1975. *Rapport du groupe d'étude sur le fonctionnement des CLSC au Québec*, Montréal : MAS.

Comité de recherches sur l'assurance santé. 1966. *Premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance santé*, vol. 2, SI.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 2000. *Les Solutions émergentes. Rapport et recommandations*. Québec : MSSS, 411 p.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. 1988. *Le Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec : Les Publications du Québec, 188 p.

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. 2002. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada.* Ottawa : la Commission, 387 p.

Contandriopoulos, Damien, Astrid Brousselle, Arnaud Duhoux et collab. 2015. « Mémoire sur la première partie du projet de loi nº 20 : Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée – Au-delà des carottes et du bâton, quelques pistes pour atteindre les objectifs du projet de loi nº 20 ». Mémoire, Québec : Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale du Québec, 27 p.

Evans, Robert G. (1974). « Supplier-induced demand : Some empirical evidence and implications », *The economics of health and medical care*. Londres : Macmillan, p. 162-173.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. 2011. *Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada*. Ottawa : FCRSS, p. 8.

Forest, Pierre-Gerlier, et Kristina Maud Bergeron. 2005. « Les politiques de réforme du système de santé dans cinq fédérations : une analyse des travaux scientifiques récents », *Politiques publiques comparées dans les États fédérés*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, p. 59-90.

Fournier, Marc-André. 2001. « Les politiques de main-d'œuvre médicale au Québec : bilan 1970-2000 », *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7, nº 2, p. 79-98.

Gagnon, Éric et collab. 2001. *Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*. Québec : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Gouvernement du Canada. 1974. *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, document de travail. Ottawa.

Gouvernement du Canada. Ministère des Finances du Canada. « Historique des transferts en matière de santé et de programmes sociaux ». http://www.fin.gc.ca/fin-fra.asp. Consulté le 14 janvier 2016.

Gouvernement du Québec. 1970. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, vol. IV, *La santé*, tome II, *Le régime de la santé*.

Gouvernement du Québec. 2010. *Vers un système de santé plus performant et mieux financé*. Québec : Budget 2010-2011, 61 p.

Gouvernement du Québec. Groupe de travail sur le financement du système de santé. 2008. *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé – En avoir pour notre argent : des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*. Québec : le Groupe de travail.

Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2003. *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : le Ministère, Direction générale de la santé publique.

Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2002-2003. *Rapport annuel de gestion*. Québec : le Ministère.

Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2006-2007. *Rapport annuel de gestion*. Québec : le Ministère.

Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2010. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux des services de santé et de services sociaux*. Québec : le Ministère, 105 p.

Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Système de santé et de services sociaux en bref ». http://www.msss.gouv.qc.ca. Consulté le 30 mai 2016.

Green, Jerry. 1978. « Physician-Induced Demand for Medical Care », *The Journal of Human Resources*, vol. 13, nº 0, p. 21-34.

Imbeau Louis. 2005. *Politiques publiques comparées dans les États fédérés. L'Allemagne, l'Australie, le Canada, les États-Unis et la Suisse*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 272 p.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2015. *Les médecins au Canada 2014 : rapport sommaire*. Ottawa : ICIS, 16 p.

Laberge, Andrée, Michèle Aubin, Lucie Vézina et Renald Bergeron. 2000. « Delivery of home health care. Survey of the Quebec region », *Canadian Family Physician*, vol. 46, p. 2022-2029.

Lamarche, Paul A. 2008. « De la conception à l'action : le point de vue d'un réformateur du système de santé québécois », dans Pascale Laborier et coll., *Les Réformes en santé et en justice. Le droit et la gouvernance*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, p. 77-82.

Lemieux, Vincent, Pierre Bergeron et collab. 2003. *Le système de santé au Québec – Organisations, acteurs et enjeux*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 528 p.

Mayer, Robert, et Lionel Groulx. 1987. « Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960 », *Rapport de synthèse 42 pour la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec : Les Publications du Québec, p. 4-7.

Morais, Hélène. 2002. *Les services sociaux au Québec : éléments de réflexion pour leur révision*. Moncton : Conférence nationale du travail social, le 10 juin 2002, 16 p.

Musée McCord. « La santé au Québec dans la seconde moitié du XXe siècle ». http://www.museemccord.qc.ca.

Observatoire de l'administration publique. 2012. *L'État québécois en perspective. Le réseau de la santé et les services sociaux*. Québec : ENAP, 13 p.

Petitclerc, Martin, et Louise Bienvenue (dir.). 2012. « À propos de "ceux qui sont en dehors de la société". L'indigent et l'assistance publique au Québec dans la première moitié du XXe siècle », *Revue d'histoire de l'Amérique française.* Montréal : Institut d'histoire de l'Amérique française, vol. 65, nos 2-3 : automne 2011 et hiver 2012, p. 227-256.

Pomey, Marie-Pascale, Mélina Bernier et Jean-Louis Denis. 2016. « Les modes de rémunération des médecins pour accroître la performance : quelles leçons pour le Québec ? », *Le Point en santé et services sociaux*, vol. 11, no 3, p. 37-42.

Québec. 1963. *Discours du budget prononcé à l'Assemblée législative de Québec par l'honorable Jean Lesage, premier ministre et ministre des Finances, le 5 avril 1963*, 163 p.

Québec. Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques. 1962. *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques au ministère de la Santé de la province de Québec*. Québec : la Commission, 157 p.

Québec. Ministère des Affaires sociales. 1973. *Rapport annuel*. Québec : le Ministère.

Quirion, Rémi. 2015. « Orientations gouvernementales pour un gouvernement plus transparent, dans le respect de la vie privée et de la protection des renseignements personnels ». Mémoire. Québec : la Commission des institutions démocratiques du Québec, 22 p.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). « Historique ». http://www.ramq.gouv.qc.ca.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). 2015. *Rapport annuel de gestion 2014-2015*, 120 p.

Rhodes, Roderick, et Arthur William. 1996. « Looking beyond managerialism », *Australian Journal of Public Administration*, vol. 55, no 2, p. 106-109.

Saint-Germain, Raymonde. 2015. « Protectrice du citoyen, lettre au ministre de la Santé et des Services sociaux », *Le Devoir*, 5 octobre 2015.

Tuohy, Carolyn J. 1992. *Policy and Politics in Canada : Institutionalized Ambivalence*. Philadelphie : Temple University Press, 352 p.

Touati, Nassera, et Jean Turgeon. 2013. « Répartition géographique des médecins de famille : quelles solutions à un problème complexe ? », *Santé publique*, vol. 25, no 4, p. 465-473.

Turgeon, Jean. 2003. « Avancez en arrière s'il vous plaît ! La nouvelle réalité des régions sociosanitaires au Québec », *La science politique au Québec : le dernier des maîtres fondateurs*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, p. 199-215.

Turgeon, Jean, et Hervé Anctil. 1994. « Le ministère et le réseau », *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*. Québec : Presses de l'Université Laval, p. 79-106.

Turgeon, Jean, Jacob Robert et Jean-Louis Denis. 2011. « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », *Les tribunes de la santé*, no 30 : printemps 2011, p. 57-85.

Vaillancourt, Yves. 1988. *L'évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 513 p.

Vérificateur général du Québec. 2015. « Chapitre 2 : Rémunération des médecins : conceptions et suivi des ententes », dans *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016. Vérification de l'optimisation des ressources*, 50 p.

Vincent Lemieux et collab. 2003. *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*. Québec : Presses de l'Université Laval, 528 p.

Welch, H. Gilbert, Lisa Schwartz et Steve Woloshin. 2011. *Over-Diagnosis : Making People Sick in the Pursuit of Health*. Boston : Beacon Press, 248 p.

# Chapitre 6

# L'assurance médicaments

*Guy Simard et Jean Turgeon*[1]

***Comme les langues d'Ésope, les médicaments sont en même temps la meilleure et la pire des choses : prévention, soulagement, guérison, élimination des symptômes. Mais aussi mauvaise ordonnance, effets secondaires néfastes, chevauchement, maladies iatrogéniques et couts exorbitants.***

TABLE DES MATIÈRES

**Premières étapes (1970-1990)** . . . . . **208**
Bénéficiaires de l'aide sociale et personnes de 65 ans et plus . . . . . 209
Couvertures particulières. . . . . 209

**Étapes menant à l'implantation du régime général d'assurance médicaments (1990-1995).** . . . . . **211**
Documents d'orientation du ministère de la Santé et des Services sociaux. . . . . 211
Rapports menant à l'implantation du régime général d'assurance médicaments. 212

**Implantation d'un régime général d'assurance médicaments (1995-2000)** . . . . . **215**
Loi sur l'assurance médicaments . . . . . 215
Modifications législatives de 1997 à 1999 . . . . . 218
Rapport sur la couverture des médicaments coûteux . . . . . 218

**Évaluations du régime général d'assurance médicaments (2000-2007)** . . . . . **219**
Rapport d'évaluation du régime général d'assurance médicaments . . . . . 219
Les pistes de révision du MSSS . . . . . 220
Rapport de la commission Clair . . . . . 221
Rapport Montmarquette. . . . . 221
Le document ministériel de 2002 . . . . . 222
Politique du médicament . . . . . 222

1. Les auteurs tiennent à souligner l'apport important de MM. Robert Jacob et Benoit Turmel pour leur travail de relecture et de propositions d'amélioration du texte. Une pensée particulière à M. Jean-Claude Deschênes† pour son soutien tout au long de la rédaction.

**Modifications récentes du régime général d'assurance médicaments (2007-2015)** **223**
Modalités de remboursement des médicaments . . . . . 223
Relations contractuelles avec les fabricants de médicaments . . . . . 224
Révision de la rémunération des pharmaciens . . . . . 224
Nouveaux services pharmaceutiques . . . . . 225
**Portrait de la situation actuelle** . . . . . **225**
**Constats et enjeux** . . . . . **231**
**Bibliographie** . . . . . **235**

Le système de santé québécois se met vraiment en place par l'adoption du programme d'assurance hospitalisation en 1961 et du régime d'assurance maladie au début des années 1970. Bien que la couverture des médicaments consommés en milieu hospitalier par les patients hospitalisés soit assurée par le régime d'assurance hospitalisation, la couverture plus globale des médicaments se développe de façon assez graduelle et ne fait l'objet d'une réflexion plus exhaustive que 25 ans plus tard.

Les réflexions sur la couverture des médicaments et des services pharmaceutiques sont toutefois nombreuses depuis la fin des années 1950 tant au Canada qu'au Québec. Lors des travaux préparatoires à la mise en place des étapes importantes du système de santé et de services sociaux, la question des médicaments est soulevée et des recommandations sont proposées. Par exemple, deux commissions importantes, Hall[2] et Castonguay-Nepveu[3], abordent largement la question de la couverture des médicaments. Elles recommandent d'emblée, pour la population tant canadienne que québécoise, un programme universel de médicaments de façon à assurer un accès le plus adéquat possible à cette technologie. Des solutions partielles sont implantées au cours des ans pour pallier les besoins les plus immédiats, tout en tenant compte des contextes sociopolitique et socioéconomique à ces différentes étapes.

Il est ici important de mentionner le contexte légal particulier touchant le médicament. La Loi canadienne sur la santé[4] établit les principes que doivent respecter les régimes provinciaux d'assurance maladie pour être admissibles au financement partagé fédéral-provincial[5] comme indiqué au chapitre précédent. Le médicament est cependant exclu de la portée de cette loi. En conséquence, la responsabilité de tout programme de médicaments relève entièrement du gouvernement provincial de même que son financement. À ce jour, la portée de la Loi canadienne sur la santé est maintenue et le médicament demeure exclu du cadre de cette loi, bien que le coût des programmes provinciaux de médicaments occupe une part de plus en plus importante du budget et que l'accès aux soins médicamenteux et pharmaceutiques soit primordial et incontournable pour toute la population.

Toutefois, il est important de rappeler le rôle du gouvernement fédéral dans le dossier médicaments. Santé Canada réalise l'homologation de chaque médicament à des fins de distribution au Canada. Un médicament ainsi homologué peut alors être vendu partout au pays. L'inclusion de médicaments dans la couverture d'un programme de médicaments encadré par une loi provinciale relève cependant de

2. Canada. Commission royale d'enquête sur les services de santé, 1964.
3. Québec. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1967.
4. L.R.C. 1985, c. C-6.
5. Administration publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité.

chaque province. Le Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés, également de compétence fédérale, se prononce sur la justesse du prix d'introduction demandé pour ce médicament.

Ce contexte légal particulier se traduit par une loi distincte (Loi sur l'assurance médicaments) des autres lois constituantes du système de santé québécois, soit principalement la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur la santé et les services sociaux. La protection des médicaments se révèle en effet une composante essentielle d'un système de santé à portée nationale. Le médicament est une technologie incontournable pour agir sur la santé physique et mentale d'une population. Cette technologie améliore souvent les résultats des traitements et se substitue de plus en plus à des interventions plus invasives, comme la chirurgie. Par contre, son évolution rapide apporte son lot de problèmes, dont son utilisation optimale, la morbidité voire la mortalité associée à ses effets secondaires, et la forte pression qu'elle exerce sur les coûts des services de santé. L'évolution constante de la médication disponible est remarquable et force les autorités à adapter rapidement le contenu et la portée des protections collectives (assurance publique et assurances privées) contre la maladie.

La nature même du médicament commande dans sa prise en charge par l'État un cheminement différent de celui des autres services de santé. Alors que les services médicaux et hospitaliers se distinguent principalement par une dispensation de services et d'actes comme composante principale, le médicament affiche comme principale composante la consommation d'un produit. En effet, le coût du médicament représente près de 71 % du coût du régime public d'assurance médicaments québécois en 2014[6]. Le rythme de développement, de mise en marché et d'inscription de ces produits a donc un effet déterminant sur l'évolution des coûts du régime.

## PREMIÈRES ÉTAPES (1970-1990)

Au début des années 1970, on assiste à une période effervescente en matière d'assurance santé au Québec. Dans la foulée des travaux de la commission Castonguay, l'Assemblée nationale adopte en 1971 la Loi sur la santé et les services sociaux. Les grandes orientations du système de santé québécois y sont déterminées.

6. Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), 2015.

### Bénéficiaires de l'aide sociale[7] et personnes de 65 ans et plus

Néanmoins, c'est plutôt à la suite de l'adoption de la Loi sur l'aide sociale en 1969 que les assistés sociaux de plus de 30 ans disposent d'une protection médicaments à titre de besoins spéciaux. Les personnes aveugles, invalides ou les mères nécessiteuses peuvent disposer de médicaments par l'entremise des bureaux d'aide sociale que l'on retrouve dans les municipalités du Québec ou encore par l'entremise de communautés religieuses. Le programme (formel) introduit en 1970 pour les bénéficiaires de l'aide sociale prévoit la gratuité des médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste et inclus dans une liste déterminée par le ministre. Ce programme est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) depuis 1972.

Les personnes de 65 ans et plus bénéficieront graduellement de la gratuité des médicaments prescrits inscrits dans la liste. En 1974, les personnes âgées qui touchent mensuellement le maximum de supplément du revenu garanti (SRG), soit environ 25 % des personnes de 65 ans et plus, ont droit à la gratuité des médicaments. En 1975, deux autres groupes de personnes âgées y ont accès : les bénéficiaires de l'allocation au conjoint et celles touchant partiellement ou totalement le SRG. Le programme couvre alors près de 60 % des personnes âgées au Québec. Enfin, en 1977, la gratuité des médicaments s'étend à l'ensemble des personnes de 65 ans et plus[8]. Le financement de ces programmes relève entièrement du gouvernement provincial.

### Couvertures particulières

En plus des programmes mentionnés précédemment et orientés vers des clientèles particulières, des couvertures axées sur des maladies ou des médicaments répondant à des critères restrictifs existent. Les médicaments ainsi couverts sont gratuits.

#### *« Malades sur pied »*

En 1973, la circulaire « Malades sur pied » est mise en place pour permettre à des personnes atteintes de pathologies graves (de nature chronique ou à portée épidémique) de pouvoir continuer à bénéficier de médicaments gratuits à la suite d'une hospitalisation. Cette couverture vise l'ensemble des patients atteints de ces

7. Le bénéficiaire de prestations d'aide sociale portera au cours des ans différentes appellations : bénéficiaire de l'aide sociale, prestataire de l'aide sociale, prestataire de la sécurité du revenu, prestataire de l'assistance emploi et prestataire de l'aide financière de dernier recours. Il est donc à noter que le vocable en vigueur lors des évènements mentionnés dans le texte sera utilisé.
8. Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), 2015.

pathologies. Ainsi, les médicaments prescrits aux personnes atteintes de cancer, de maladies psychiatriques, de tuberculose, de diabète insipide, de fibrose kystique, d'hyperlipoprotéinémie primaire et de glaucome sont couverts. Cette mesure vise à assurer une continuité du traitement, évitant ainsi une nouvelle fois l'hospitalisation. En effet, le traitement de ces maladies nécessite une hospitalisation pendant laquelle les médicaments nécessaires sont fournis gratuitement. La portée de cette circulaire a souvent été sujette à critique y compris au sein du ministère, notamment en ce qui regarde la non-inclusion de certaines maladies graves. Cette critique, comme nous le verrons plus loin, est un point tournant dans l'évolution de la couverture des médicaments au Québec.

*« Patients d'exception »*

Il existe depuis 1982 un programme dit des « patients d'exception ». Initialement appliqué aux clientèles des programmes publics, il est appliqué à l'ensemble de la population à compter de 2005. Ce programme fournit gratuitement des médicaments non inscrits sur la liste quand la gravité et la chronicité de la maladie, de même que le coût du traitement, imposent au bénéficiaire un fardeau financier difficilement acceptable et risquent d'entraîner son hospitalisation. Ce programme, à accès limité pour le patient, sert de soupape pour les situations où un médicament est en cours d'inscription sur la liste de médicaments, n'est pas inscrit à la liste, ou encore pour un traitement autre que celui qui est normalement prévu pour un médicament. En 2014, le coût annuel de ce programme est de 182,3 M $[9].

*Maladies reliées à la santé publique*

Parallèlement à la démarche d'implantation du régime général d'assurance médicaments (section suivante), un programme particulier de gratuité de médicaments pour des maladies ayant un potentiel épidémique est introduit au cours des années 1990. Initialement sont visés les maladies transmises sexuellement et le syndrome du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). L'évolution des connaissances médicales et la disponibilité de médicaments plus efficaces font en sorte qu'aujourd'hui les médicaments pour couvrir la tuberculose et les infections transmises sexuellement et par le sang sont couverts gratuitement pour toute la population par ce programme public qui totalise un peu plus de 42 M $ en 2014[10].

9. RAMQ, 2014.
10. *Ibid.*

## ÉTAPES MENANT À L'IMPLANTATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS (1990-1995)

### Documents d'orientation du ministère de la Santé et des Services sociaux

Dans la foulée de la commission Rochon, le ministère de la Santé et des Services sociaux publie au début des années 1990, à des fins de discussion en commission parlementaire, un document d'orientation sur le financement des services de santé et des services sociaux intitulé *Un financement à la mesure de nos moyens*. Ce document propose de restreindre la croissance des dépenses de santé à un rythme qui ne surpasse pas l'évolution de la richesse collective et tient compte de la capacité de payer de l'État. Les objectifs se rapportant au programme de médicaments proposent d'améliorer le contrôle de leurs prix et d'entreprendre une évaluation du programme de médicaments de la RAMQ afin de réévaluer la gamme et l'étendue des services assurés.

En 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec publie la *Politique de santé et de bien-être*, présentant ainsi les principaux objectifs du gouvernement québécois en matière de santé. Dans ce document d'orientation se retrouvent quelques objectifs ayant un lien étroit avec les programmes de médicaments alors administrés par la RAMQ, tels que la diminution du taux d'incidence des maladies transmissibles sexuellement et la réduction de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et les bénéficiaires de l'aide sociale.

C'est d'ailleurs après la publication de ces documents d'orientation que le gouvernement provincial met en place une contribution de 2 $ par ordonnance pour tous les bénéficiaires de 65 ans et plus qui ne reçoivent pas le maximum de SRG jusqu'à concurrence de 100 $ par année[11]. Visant une consommation plus appropriée des médicaments, cette contribution permet une récupération de 40 millions de dollars annuellement et est maintenue jusqu'en août 1996 pour être remplacée par les dispositions du régime général d'assurance médicaments.

Puisque les médicaments ne sont pas inclus dans la liste des services assurés, ils ne sont pas sujets aux contraintes imposées par la Loi canadienne sur la santé qui empêche, sous peine de pénalités, les provinces de recevoir une contribution financière des usagers pour les services de santé. L'instauration d'une contribution aux usagers est l'une des stratégies mises en œuvre par le gouvernement afin de contrôler l'évolution des coûts du programme de médicaments de la RAMQ[12].

11. Les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes âgées bénéficiant de la prestation maximale de SRG continuent de recevoir leurs médicaments gratuitement.
12. Félix, 2007, p. 44.

## Rapports menant à l'implantation du régime général d'assurance médicaments

Les pressions budgétaires se font de plus en plus fortes sur les dépenses publiques de santé au début des années 1990 alors que le Québec est en récession (voir le chapitre 3). Après la publication de documents d'orientation, le gouvernement annonce le 13 novembre 1993 l'abandon de la directive ministérielle « Malades sur pied ». Le gouvernement y voit une solution au problème d'iniquité soulevé par cette circulaire. Les réactions sont cependant immédiates et très vives. Devant le tollé soulevé, le ministre de la Santé et des Services sociaux se voit dans l'obligation de mettre sur pied, dès le 24 novembre de la même année, un comité chargé de réviser les dispositions de cette directive ministérielle.

### *Rapport du comité de révision de la circulaire « Malades sur pied » (rapport Demers)*

Malgré un mandat très restreint visant à définir les paramètres d'une nouvelle directive ministérielle pour l'accessibilité des médicaments à certains patients ambulatoires, le comité présidé par le docteur Jean Demers réoriente ses travaux à la suite d'un certain nombre de constats. Ainsi, on peut lire dans le rapport déposé en avril 1994 : « Nos consultations, analyses et réflexions nous ont […] permis de préciser la voie dans laquelle il fallait s'engager pour sortir de l'impasse où, depuis une quinzaine d'années, piétinent les divers programmes d'assistance médicaments appliqués par le gouvernement[13]. » Ce rapport renommé *De l'assistance à l'assurance* mentionne que la circulaire « Malades sur pied » est une mesure palliative inadéquate étant donné les problèmes qu'elle cause aux nombreux intervenants : l'usager, le centre hospitalier, le ministère et les professionnels de la santé. Un des constats principaux est que, malgré une dépense de près de 1,4 milliard de dollars en médicaments, presque 1,5 million de Québécois ne possèdent aucune couverture pour les médicaments et ceux-ci se trouvent principalement dans les groupes de la population les plus vulnérables.

Le comité présente une « recommandation principale, à savoir l'instauration d'un régime universel de base d'assurance médicaments complétant notre dispositif de protection sociale contre les risques financiers de la maladie[14] ». Cette prise de position sera déterminante pour la suite du dossier médicaments au Québec.

### *Le rapport Gagnon*

Rapidement après le dépôt du rapport Demers, la ministre de la Santé et des Services sociaux, Lucienne Robillard, forme en mai 1994 un groupe de travail

13. Rapport du Comité de la révision « Malades sur pied », 1994, Lettre de transmission au ministre de la Santé et des Services sociaux.
14. *Ibid.*, p. 3.

présidé par Raynald Gagnon, sous-ministre à la santé. Il est chargé d'analyser la faisabilité d'un régime universel d'assurance médicaments. Dans son rapport soumis en mai 1995, le groupe conclut à la faisabilité d'un régime public universel[15] de base d'assurance médicaments. L'instauration de ce régime provoquerait toutefois, sur la base des coûts de 1993, une augmentation de la dépense publique de 500 millions de dollars par année.

Présentant un aperçu chiffré de la situation, le rapport Gagnon précise que, des 7,2 millions de Québécois en 1993, 4,2 millions sont couverts par le secteur privé et 1,5 million sont couverts par le secteur public. Ainsi, il estime qu'environ 1,5 million de personnes ne sont pas couvertes par une assurance médicaments et qu'elles paient tous leurs médicaments, évalués à 210 millions de dollars. Les personnes bénéficiant d'une assurance privée assument 48 % des coûts de leurs médicaments (estimés à 590 M $). Les prestataires de la sécurité du revenu obtiennent leurs médicaments gratuitement et les personnes de 65 ans et plus déboursent 6,3 % des coûts des produits pharmaceutiques consommés. La consommation annuelle de ces deux groupes assurés par la RAMQ s'élève en 1993 à 721 M $[16] et représente près de la moitié de la consommation totale de médicaments.

Malgré que le mandat confié soit de portée plus large, c'est-à-dire d'envisager la possibilité qu'un régime public soit géré par le secteur public ou privé, le groupe de travail se concentre sur une seule option et conclut à la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments. De plus, dans l'établissement du cadre financier, le groupe de travail introduit des notions importantes (reprises ultérieurement pour certaines) : une contribution gouvernementale provenant du Fonds consolidé du revenu, une contribution de l'assuré lors de la consommation (sous forme de franchise et de coassurance), une contribution des employeurs et une cotisation à l'assurance médicaments prélevée sur le revenu des particuliers qui tient compte de la capacité de payer du particulier.

### *Le rapport Castonguay*

Avant même le dépôt du rapport Gagnon, le gouvernement nouvellement élu du Parti québécois présente en avril 1995 un projet de programme d'assurance médicaments, soit un système d'assurance où chacun contribue selon sa capacité de payer et non basé sur la gratuité des médicaments pour toute la population.

> […] le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Jean Rochon, annonce le 8 septembre 1995 la création [du comité d'experts sur l'assurance médicaments]

15. Le principe **d'universalité** signifie que tous les Québécois ont droit à un régime public d'assurance médicaments.
16. Le montant de 721 millions de dollars exclut les dépenses en établissements hospitaliers.

> ayant le mandat d'examiner les différentes options menant à une couverture équitable des médicaments [et des services pharmaceutiques] pour l'ensemble de la population[17].

Ce groupe présidé par M. Claude Castonguay propose, avec l'appui du secteur privé des assurances, le maintien d'un système mixte, en partie privé et en partie public, mais de caractère général[18], avec une contribution financière des assurés du régime public. Cette mixité favorisant la coexistence d'un régime public et des régimes privés est nouvelle et déterminante pour le futur régime général d'assurance médicaments.

Le rapport déposé en mars 1996, *L'assurance médicaments : des voies de solutions*, présente trois approches de couverture où l'on retrouve de nouveau le principe de paiement d'une franchise et d'une coassurance jusqu'à concurrence d'une contribution annuelle maximale variable selon la capacité de payer des clientèles visées. Toute la population québécoise est couverte. On maintient la gratuité pour certaines clientèles par souci de solidarité sociale. Ainsi, selon le scénario présenté, les enfants de 0 à 18 ans, les prestataires de l'aide sociale ayant des contraintes sévères à l'emploi et les personnes de 65 ans et plus recevant le maximum du SRG reçoivent leurs médicaments gratuitement pendant qu'une franchise annuelle (maximale de 1 000 $), une coassurance (maximale de 20 %) et un plafond annuel de contribution (maximal de 2 000 $) sont modulés pour les autres clientèles publiques couvertes : les prestataires de l'aide sociale aptes au travail, les personnes de 65 ans et plus ne recevant pas le maximum du SRG et les personnes adultes. Il est prévu que les paramètres de franchise, coassurance et plafond annuel seront indexés annuellement.

De plus, on y présente deux modes d'administration possibles. Les 18 à 64 ans non prestataires de l'aide sociale peuvent choisir d'être couverts par un régime privé ou par le régime public pour le premier mode. Le deuxième mode oblige toutes les personnes entre 18 et 64 ans non prestataires de l'aide sociale à être couvertes par un régime privé.

Il est également proposé que le financement de l'assurance médicaments se fasse au moyen d'une prime payable par les assurés et par les revenus généraux de l'État pour les personnes à faible revenu, incluant les prestataires de l'aide sociale et les personnes de 65 ans ou plus. Cette prime sera aussi indexée annuellement.

Déjà, il est permis de prévoir, à partir des réactions à la publication de ce rapport, qu'éventuellement la volonté gouvernementale au regard de la couverture

17. Québec. Comité d'experts sur l'assurance médicaments, 1996, p. 3.
18. Le principe de généralité signifie que toute la population détient une couverture d'assurance médicaments qui peut être publique ou privée.

d'assurance médicaments élargie sera grandement teintée par un souci de contenir et de maîtriser le coût des programmes publics de médicaments.

Bref, les rapports et les publications de différents comités entre 1990 et 1995 confirment qu'un grand nombre de Québécois ne disposent d'aucune assurance médicaments, créant des inégalités, et qu'il y a nécessité d'une réforme. Ainsi, malgré une dépense publique en médicaments qui atteint alors un milliard de dollars par année[19], on dénombre encore de nombreuses personnes à faible revenu sans aucune couverture d'assurance médicaments. Cette situation peut paraître d'autant plus inéquitable que l'aide gouvernementale à l'achat de médicaments se fait alors selon un critère d'âge (65 ans et plus) ou selon la provenance du revenu (prestataires de l'aide sociale). Des travailleurs à faible revenu sont ainsi incités à quitter leur emploi, lorsqu'ils ont à assumer d'importantes dépenses de médicaments. Par ailleurs, des prestataires d'aide sociale voient se dresser devant eux une barrière supplémentaire à leur retour sur le marché du travail, sachant qu'ils perdent alors l'accès gratuit aux médicaments[20].

## IMPLANTATION D'UN RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS (1995-2000)

Rappelons tout d'abord qu'en septembre 1995 le gouvernement s'engage à construire une société solidaire et à procéder en conséquence à une réforme de la fiscalité. De plus, des compressions importantes de plus d'un milliard de dollars sont imposées au réseau de la santé entre 1995 et 1998. Deux consensus émergent lors du Sommet économique de 1996 présidé par Lucien Bouchard : la lutte contre le chômage et l'exclusion sociale et l'élimination du déficit budgétaire (alors à 3,2 milliards de dollars) d'ici l'an 2000. C'est dans ce contexte économique qu'est établi le régime général d'assurance médicaments.

### Loi sur l'assurance médicaments

Dans la foulée des différents rapports (Demers, Gagnon et Castonguay), un projet de loi prévoyant la création d'un régime général d'assurance médicaments (RGAM) est soumis à l'Assemblée nationale par M. Jean Rochon, alors ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux. Ce projet de loi adopté en juin 1996 vise principalement à :

- éliminer les iniquités reliées à la protection disparate et incomplète ;

19. Incluant les dépenses en médicaments pour les établissements de santé (267 M $).
20. Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec, 2001, p. 4.

- diminuer l'écart qui existe entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires en matière de couverture de médicaments ;
- contenir et contrôler le coût des programmes médicaments ;
- soutenir le virage ambulatoire engagé depuis quelques années[21].

Le RGAM est général, à savoir que tous les Québécois pourront obtenir les médicaments d'ordonnance nécessaires à leur condition ; la participation financière des assurés au coût du régime y est prévue, de même que le caractère mixte public-privé du régime qui entre en vigueur le 1er janvier 1997.

Toutefois, devant la réticence des assureurs privés à couvrir sur une base individuelle les personnes de 18 à 64 ans non prestataires de l'aide sociale et n'ayant pas accès à une assurance maladie collective, le régime public est étendu à ceux qu'on nommera les « adhérents », soit des personnes de moins de 65 ans qui n'ont pas accès un régime privé d'assurance collective : des personnes sans travail, des travailleurs autonomes ou bien des travailleurs d'entreprises qui n'offrent pas de régime collectif d'assurance médicaments. De plus, tous les enfants et les étudiants à temps plein de 18 à 25 ans couverts par le régime public ainsi que les prestataires de l'assistance emploi avec contraintes sévères à l'emploi bénéficient de la gratuité totale des médicaments.

Le régime général couvre les médicaments prescrits au Québec dans la mesure où ils sont inscrits sur la liste des médicaments assurés. Cette liste est établie par le ministre sur la base des recommandations du Conseil consultatif de pharmacologie (CCP), et s'applique tant au régime public qu'aux régimes privés, bien que les régimes privés puissent couvrir des médicaments qui ne sont pas inclus dans cette liste. La circulaire « Malades sur pied » est définitivement abandonnée.

Les assurés du régime public paient une prime annuelle variable selon leur revenu. Le montant est calculé et prélevé dans la déclaration de revenu du bénéficiaire. La prime varie selon les revenus et selon la situation familiale (conjoint, enfant à charge, etc.) des personnes. Certains assurés sont ainsi exemptés du paiement de la prime.

L'assuré du régime public doit également payer une contribution à l'achat de médicaments d'ordonnance. Elle est composée de deux parties, soit une franchise (initialement fixée à 25 $ par trimestre) et une coassurance (initialement à 25 %). La contribution à l'achat de médicaments est rapidement ramenée (juillet 1997) sur une base mensuelle (franchise de 8,33 $ par mois) et tient compte de la situation économique des bénéficiaires (assistance emploi, montant de SRG, etc.).

21. *Ibid.*, p. 5.

La contribution de l'assuré lors de l'achat de médicaments, soit la somme de la coassurance et de la franchise, est toutefois sujette à un montant maximal qui s'établit au départ du régime public à :

i. 16,66 $ par mois (200 $ par an) pour les prestataires de l'assistance emploi sans contraintes sévères à l'emploi ou avec contraintes temporaires à l'emploi ainsi que pour les personnes âgées recevant le maximum du SRG ;
ii. 41,66 $ par mois (500 $ par an) pour les personnes âgées qui reçoivent des prestations du SRG inférieures au montant maximal prévu ;
iii. 62,49 $ par mois (750 $ par an) pour les personnes âgées qui ne reçoivent aucunes prestations du SRG ainsi que pour les adhérents du régime.

Le nouveau régime général a peu de conséquences sur les régimes d'assurance privés déjà offerts : seules les couvertures de médicaments en assurance collective sont dorénavant permises (abandon des couvertures de médicaments sur une base individuelle) et il y a obligation de respecter la coassurance maximale, le plafond annuel et au minimum la liste de médicaments du régime public. Les médicaments de la circulaire « Malades sur pied » dorénavant incorporés à la liste de médicaments doivent être couverts par les régimes privés. Aucune contrainte sur la prime payable d'un régime collectif privé n'est imposée. Également, le coût de la couverture pour les enfants des assurés par un régime privé doit être assumé par le régime privé lui-même.

Une disposition importante est cependant introduite pour les régimes collectifs privés qui ne peuvent dorénavant faire une sélection des assurés de ces régimes en se basant sur l'âge, le sexe ou l'état de santé pour la protection des médicaments et des services pharmaceutiques. On ne peut également établir un montant maximal payable annuellement ou pour la vie d'un assuré en ce qui concerne le médicament. Chaque individu adulte qui a accès à une protection d'assurance médicaments en vertu de son travail ou de son activité professionnelle doit obligatoirement y adhérer. La couverture obligatoire d'un individu par un régime privé s'étend aussi à sa ou son conjoint et à ses enfants. Cette obligation peut entraîner une charge financière importante pour certains groupes d'assurés (voir un assuré dont la condition requiert une importante consommation de médicaments). La Loi sur l'assurance médicaments prévoit donc une mise en commun des risques graves pour l'ensemble des assureurs privés collectifs pour la couverture de médicaments. Cette mutualisation des risques touche tous les assureurs privés offrant la couverture de médicaments, mais exclut le régime public d'assurance médicaments. Par cette procédure de partage de risque, le coût pour les assurés ayant une consommation importante de médicaments est réparti sur l'ensemble des assureurs privés et des régimes d'avantages sociaux non assurés offrant une couverture d'assurance médicaments.

### Modifications législatives de 1997 à 1999

De juillet 1997 à juin 1999, des modifications sont apportées au régime public d'assurance médicaments. Le calcul de la contribution maximale est effectué sur une base mensuelle à compter de juillet 1997 et la gratuité des médicaments est étendue aux prestataires de la sécurité du revenu inaptes à l'emploi à partir d'octobre 1999. Un rapport[22] est demandé par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour déterminer et quantifier les répercussions de la contribution financière exigée aux clientèles du régime public d'assurance médicaments. Ce rapport décrit des effets négatifs sur la consommation médicamenteuse des prestataires de la sécurité du revenu ayant des contraintes sévères à l'emploi. À compter du 1er juillet 2007, toute contribution par un prestataire de la sécurité du revenu lors de la consommation de médicaments couverts est retirée.

### Rapport sur la couverture des médicaments coûteux

À partir du milieu des années 1990, le phénomène des médicaments coûteux prend de l'ampleur. Les médicaments coûteux sont des produits entraînant des dépenses importantes et présentant souvent des coûts élevés en regard des avantages de santé qu'ils apportent. Cette situation met de la pression sur le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP) dont le mandat est de recommander au ministre les médicaments à inscrire sur la liste de médicaments. C'est ainsi qu'est mandaté M. Maurice McGregor, ex-président du Conseil d'évaluation des technologies de la santé, afin de réévaluer le cadre décisionnel d'inscription à la liste de médicaments et de faire des propositions sur les modifications pouvant être apportées.

Son rapport livré en 1998 conclut que les critères de décision de valeur thérapeutique et justesse du prix en vigueur depuis la création du CCP en 1971 ne sont plus suffisants et qu'il faut en ajouter pour tenir compte de la nature économique et éthique des choix soulevés par les médicaments coûteux. Il suggère d'ajouter les critères suivants : le rapport coût/efficacité du médicament, ses répercussions économiques sur le système de santé ainsi que l'à-propos de la décision de couverture en regard de l'objectif d'un accès raisonnable aux médicaments pour toute la population inscrit dans la loi. Il propose aussi d'élargir la composition du CCP pour y inclure des experts en économie, épidémiologie et éthique, ainsi que des représentants de la société pour asseoir les jugements de valeur qui sont incontournables dans les décisions sur les médicaments coûteux. Pour la réalisation des évaluations, il suggère une collaboration accrue avec les chercheurs universitaires et les organismes d'évaluation. Enfin, il propose que les recommandations du conseil et les décisions du ministre soient divulguées et expliquées publiquement.

22. Tamblyn et collab., 1999.

La notion d'éthique en matière d'accès aux soins de santé occupe de plus en plus l'actualité et est l'objet de nombreuses interventions dans la société québécoise (voir l'encadré 5.4 sur l'éthique en santé au chapitre précédent).

## ÉVALUATIONS DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS (2000-2007)

La mise en place du régime d'assurance médicaments s'accompagne d'un grave problème pour la composante publique du régime. Les coûts pour l'État augmentent d'environ 15 % par année, de 1997 à 2000, alors qu'au départ le rapport Castonguay[23] a plutôt prévu une augmentation annuelle de l'ordre de 7 %. De plus, la prime payée par les personnes de 65 ans et plus et par les adhérents[24] n'augmente pas durant cette période, l'État ayant plutôt décidé de compenser le manque à gagner à même le Fonds consolidé. Ainsi, dès les premières années, des critiques sur la pertinence et la viabilité du régime public d'assurance médicaments se font entendre.

### Rapport d'évaluation du régime général d'assurance médicaments

La loi instituant le RGAM prévoit que le ministre de la Santé et des Services sociaux doit faire rapport au gouvernement sur les résultats de l'application du régime au plus tard le 1er janvier 2000. Le MSSS publie ainsi, en décembre 1999, un rapport intitulé *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*. Ce rapport fait état d'un certain nombre de constats concernant les principales répercussions sur les différentes clientèles du RGAM, notamment :

- Le RGAM permet effectivement d'assurer près de 1,5 million de personnes jusque-là sans protection de médicaments ;
- La croissance rapide des dépenses en médicaments, soit de 15 % à 20 % par année, entre 1997 et 1999, apparaît comme un des principaux facteurs de risque pour le régime. Il demeure que cette croissance correspond à celle qui est observée dans le reste du Canada, aux États-Unis et ailleurs dans le monde, peu importe que l'on soit en présence de régimes publics ou de régimes privés ;
- Les facteurs explicatifs de cette croissance des dépenses, principalement l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments quelquefois plus efficaces, mais toujours plus coûteux, ainsi que la progression du nombre d'ordonnances, devraient continuer à se manifester au cours des prochaines années ;

23. Québec. Comité d'experts sur l'assurance médicaments, *op. cit.*
24. Le terme « adhérent » désigne la clientèle adulte du régime public de moins de 65 ans ou qui n'est pas prestataire de l'assistance emploi.

- L'accès aux nouveaux médicaments est conforme aux objectifs du régime, l'inscription des nouveaux produits se faisant rapidement au Québec. Il demeure toutefois que l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments coûteux met au jour la fragilité du processus actuel de décision en matière d'inscription ;
- Les études réalisées jusqu'alors font ressortir l'écart significatif entre l'utilisation optimale des médicaments et ce qui est observée dans la réalité. Plusieurs problèmes sont ainsi relevés au niveau de la prescription et de la délivrance des médicaments, du manque de suivi de la thérapie et du comportement des patients par rapport à l'observance.

Le régime général permet donc d'accroître sensiblement l'accès aux médicaments, d'améliorer la cohérence et l'efficacité des politiques sociales et de rendre plus efficaces le fonctionnement de l'assurance maladie et celui de l'assurance hospitalisation. Il demeure cependant que des améliorations s'avèrent nécessaires afin :

– d'améliorer le fonctionnement du régime et d'en faciliter la compréhension par tous les citoyens ;
– d'en assurer la viabilité financière, tout en respectant le principe d'équité[25].

### Les pistes de révision du MSSS

Peu après le dépôt du rapport d'évaluation du régime général d'assurance médicaments, en décembre 1999, le ministère publie, le 2 février 2000, un ensemble de propositions de modifications au RGAM sous le titre *Les pistes de révision du régime général d'assurance médicaments*. Ce document fait mention, entre autres, de sept scénarios visant à rétablir les assises financières du RGAM. Puisque la croissance rapide des dépenses observée durant les années précédentes menace la viabilité du régime, plusieurs mesures proposées visent spécifiquement une meilleure maîtrise des coûts :

- L'adoption d'une politique de prix du médicament remboursé selon la formule du prix le plus bas (soit le prix le moins élevé pour une molécule donnée) ou selon la formule du prix de référence (soit le prix le moins élevé parmi l'ensemble des médicaments d'une sous-classe dont les effets thérapeutiques sont similaires) ;
- À long terme, une révision des critères d'inscription des médicaments sur la liste afin de mieux intégrer les dimensions scientifiques, sociales et économiques ;

25. Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec, 2001, p. 11-12.

- Le renforcement des revues d'utilisation des médicaments afin de favoriser une utilisation optimale des médicaments et l'intégration au mandat du Conseil consultatif de pharmacologie (CCP), de celui du Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) et de celui du Réseau des revues d'utilisation des médicaments (RRUM)[26].

Des mesures financières proposées dans ce document, on a retenu la hausse de la prime maximale annuelle de 175 $ à 350 $ en juillet 2000 et l'indexation annuelle de celle-ci.

Par ailleurs, la Commission parlementaire des affaires sociales mène des consultations à la suite du dépôt du rapport d'évaluation et des propositions ministérielles. Il en ressort un large appui de la part des participants pour un régime universel public d'assurance médicaments, le souhait de l'adoption d'une politique du médicament au Québec, une demande de rembourser les médicaments inscrits sur la liste au prix le plus bas disponible (soit le prix du générique) de concert avec l'abandon de la règle de quinze ans[27].

### Rapport de la commission Clair

En janvier 2001, la Commission sur l'organisation et le financement du système de santé (commission Clair) se prononce sur les médicaments. Ceux-ci sont un des principaux facteurs de la croissance des coûts de la santé. La commission propose de meilleurs mécanismes de contrôle des facteurs de croissance des coûts et de l'arrivée des nouveaux médicaments. Est également recommandée l'adoption d'une politique de partenariat privé-public visant une consommation adéquate de médicaments.

### Rapport Montmarquette

Un nouveau comité est formé en février 2001 pour étudier la faisabilité et la pertinence d'instituer un seul régime d'assurance médicaments, public et universel. Le rapport Montmarquette du nom de son président (M. Claude Montmarquette), intitulé *Pour un régime d'assurance médicaments équitable et viable*, est publié en décembre 2001. Il émet plutôt la recommandation de maintenir la formule actuelle qu'il faudrait adapter aux nouvelles réalités financières. Il rejette donc l'idée d'un régime universel public.

---

26. Le CRUM et le RRUM sont des entités gouvernementales dont le rôle est axé sur la revue de l'utilisation des médicaments en vue d'une utilisation optimale.
27. Cette règle permet au fabricant d'un médicament innovateur de bénéficier du remboursement de son médicament selon son prix initial pendant 15 ans après son introduction à la liste de médicaments même si un ou plusieurs produits génériques de la même molécule sont offerts à un prix inférieur.

### Le document ministériel de 2002

Un document intitulé *L'assurance médicaments : un acquis social à préserver* est publié par le ministère en même temps qu'un projet de loi portant sur des modifications législatives de la Loi sur l'assurance médicaments pour consultation. Le 12 juin 2002 le projet de loi est adopté. Les paramètres de contribution financière (franchise, coassurance et plafond annuel) sont modifiés à la hausse et le principe de leur indexation annuelle est introduit. De plus, le Conseil du médicament est créé. Il reprend, mais avec un cadre renouvelé, les fonctions du CCP pour la mise à jour de la liste de médicaments. La composition et les critères de décisions du nouveau conseil sont élargis dans le sens des recommandations faites dans le rapport McGregor. On passe de 7 à 15 membres, dont quatre sont des citoyens non experts. Les critères de coût-efficacité, de répercussions sur le système de santé et de cohérence avec l'objectif d'un accès raisonnable et équitable aux médicaments sont introduits. On lui donne également pour rôle de favoriser l'utilisation optimale du médicament. La possibilité de conclure des ententes avec un fabricant de médicaments se retrouve dans la loi. De telles ententes doivent permettre de financer des activités d'amélioration de l'utilisation des médicaments.

### Politique du médicament

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, tient en mai 2004 une consultation générale sur l'utilisation optimale du médicament[28]. L'objectif ultime visé est la production d'une politique du médicament. Les intervenants du milieu de la santé y font leurs représentations.

Un projet de politique du médicament est déposé dans les mois qui suivent pour être finalement adopté en février 2007. Dès décembre 2005, une table de concertation privée-publique sur le médicament est mise en place pour favoriser l'usage optimal du médicament.

Cette politique du médicament propose une stratégie intégrée pour guider les actions et les décisions futures en matière de médicament : 29 orientations regroupées en 4 axes s'y retrouvent. Les 4 axes sont un accès amélioré aux médicaments, un prix juste et raisonnable, un usage optimal des médicaments et le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique.

Découleront de cette politique notamment un assouplissement à l'accès aux médicaments dits d'exception, la gratuité des médicaments pour les personnes de 65 ans et plus touchant 94 % ou plus du SRG et pour les prestataires de l'assistance-emploi sans contrainte sévère à l'emploi ainsi que l'indexation encadrée du prix des médicaments inscrits sur la liste en retour d'ententes de mitigation de cette

28. Symposium sur l'utilisation optimale du médicament.

indexation. Le prix maximal d'un premier médicament générique est révisé à la baisse à 60 % du prix du médicament innovateur et à 54 % à l'arrivée d'autres génériques du même médicament. La marge des grossistes[29] est aussi révisée et fixée à au plus 7 %. Le ministre décide de maintenir la « règle de 15 ans » en dépit des nombreuses représentations en faveur de son abolition. Il envisage toutefois de conclure des ententes de risques financiers avec certains fabricants de médicaments, comme cela se fait déjà ailleurs dans le monde. Le pourcentage maximal des ventes de médicaments génériques versé à titre d'allocations professionnelles aux pharmaciens propriétaires par les fabricants de médicaments génériques est fixé à 15 %.

## MODIFICATIONS RÉCENTES DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS (2007-2015)

Depuis le début des années 2010, le gouvernement est engagé dans une démarche d'éradication des déficits budgétaires. Les contraintes financières qui en découlent touchent l'ensemble des secteurs gouvernementaux et le domaine de la santé ne peut y échapper. Les volontés exprimées de recherche d'équité et d'efficience du système de santé se traduisent surtout par des modifications (réalisées ou à venir) ayant pour objectif une réduction du coût des programmes publics de santé. Le régime général d'assurance médicaments est touché par des modifications du mode de remboursement des médicaments couverts, de nouvelles relations contractuelles avec les fabricants de médicaments ou encore par la révision de la rémunération des pharmaciens. Par ailleurs, une évolution de la pratique professionnelle du pharmacien s'inscrit dans un processus gouvernemental d'adaptation du panier de services de santé assurés.

### Modalités de remboursement des médicaments

De nombreuses modifications législatives et administratives ont été apportées depuis le dépôt de la politique du médicament. Elles visent essentiellement toutes un meilleur contrôle du coût des médicaments : baisse de la marge maximale du grossiste à 6,5 % en avril 2012, abandon de la « règle de 15 ans » et de l'indexation du prix des médicaments inscrits sur la liste en 2013, imposition d'un prix maximal payable pour les médicaments de la classe des inhibiteurs à proton (IPP) en 2012 et resserrement de l'usage de la mention « ne pas substituer » pour les médicaments innovateurs en 2015.

29. Le grossiste assure le transport du médicament entre le fabricant et le pharmacien communautaire.

### Relations contractuelles avec les fabricants de médicaments

Faire des recommandations au ministre pour la mise à jour de la liste des médicaments couverts par le régime général relève maintenant de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). L'INESSS a mis en place une structure spécifique, le Comité scientifique d'évaluation des médicaments aux fins d'inscription, pour réaliser cette fonction. Les recommandations de ce comité sont rendues publiques 30 jours après leur transmission au ministre.

Toutefois, le ministre de la Santé et des Services sociaux a ouvert la voie en 2015 à la conclusion d'ententes particulières avec les fabricants de médicaments relativement à l'inscription d'un nouveau médicament sur la liste de médicaments en retour du versement de ristournes ou de rabais de volume de la part du fabricant[30]. Il s'agit d'un tournant important. Cette pratique a cours sur de nombreux territoires, dont d'autres provinces canadiennes. La plupart de ces ententes demeureront confidentielles en vertu d'une disposition légale prévue à cet effet. Le ministre de la Santé et des Services sociaux peut également recourir à une procédure d'appel d'offres pour conclure un contrat d'approvisionnement exclusif avec un fabricant reconnu dans le but d'établir le prix et les conditions d'inscription d'un médicament visé ou d'une fourniture sur la liste des médicaments[31]. Finalement, la loi permet au ministre de recourir à une procédure d'appel d'offres pour conclure un contrat avec un grossiste reconnu prévoyant les conditions d'approvisionnement des pharmaciens propriétaires à l'égard de ce médicament ou de cette fourniture ainsi que la marge bénéficiaire de ce grossiste.

Par ailleurs, le Québec s'est officiellement joint aux travaux de l'Alliance canadienne sur la négociation des prix des nouveaux médicaments, concrétisant ainsi une collaboration attendue avec les autres provinces.

### Révision de la rémunération des pharmaciens

Le ministre de la Santé et des Services sociaux revoit de façon sensible à la baisse la rémunération des piluliers dispensés auprès des clientèles les plus vulnérables du régime public d'assurance médicaments. Il est toutefois prévu qu'en 2016 les ristournes payées aux pharmaciens propriétaires par les fabricants de médicaments génériques ne seront plus soumises à un plafonnement (15 %) pour une période de trois ans.

30. Projet de loi 28.
31. Loi visant à réduire le coût de certains médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments en permettant le recours à une procédure d'appel d'offres (Recueil annuel des lois du Québec : 2016, chapitre 16).

### Nouveaux services pharmaceutiques

Depuis juin 2015[32], les pharmaciens sont autorisés à poser de nouveaux actes jusqu'à ce jour réservés aux médecins. Ces nouveaux services (au nombre de sept) ont été déterminés au terme d'une démarche en collaboration avec le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens. Ils ont pour but de faciliter l'accès aux médicaments et aux services requis par l'état de santé des patients par l'intermédiaire d'un pharmacien dûment formé et disponible.

Cet ajout à la pratique professionnelle pharmaceutique s'inscrit dans une démarche plus globale de réajustement des pratiques des professionnels de la santé. Certains de ces actes sont tarifés et d'autres doivent être dispensés sans rémunération additionnelle par le pharmacien en pharmacie communautaire. Les frais additionnels exigés au patient doivent être couverts par le régime public et les régimes privés d'assurance.

En mars 2015, en vertu de son mandat général d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, le commissaire à la Santé et au Bien-être mène des consultations et publie un rapport portant spécifiquement sur les médicaments d'ordonnances. L'intitulé de ce rapport résume bien l'essence même des recommandations qui y sont présentées : *Agir sur les coûts et l'usage* [des médicaments d'ordonnances] *au bénéfice du patient et de la pérennité du système.* Le commissaire s'inscrit ainsi dans la démarche générale gouvernementale présente depuis le début des années 2010 et qui vise, au-delà du maintien du régime actuel, un meilleur contrôle des coûts et une utilisation optimale des médicaments tout en assurant un accès équitable aux médicaments pour toute la population québécoise.

## PORTRAIT DE LA SITUATION ACTUELLE

L'encadré 6.1 présente la couverture du régime général d'assurance médicaments. On y retrouve les paramètres actuels de la contribution financière et de la prime payables, le cas échéant, par les clientèles.

32. Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 4 juin 2014 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016, L.Q. 2015, c.8.

**Encadré 6.1**

Couverture du Régime public d'assurance médicaments

**Admissibilité**

Le régime public d'assurance médicaments vise les personnes qui ne sont pas admissibles à un régime privé d'assurance collective couvrant les médicaments, les personnes de 65 ans ou plus ainsi que les prestataires d'une aide financière de dernier recours[33]. Les enfants des personnes inscrites au régime public sont aussi couverts par ce régime. Les personnes de 65 ans ou plus qui ont accès à une protection privée peuvent décider de maintenir leur adhésion à ce régime ou de l'abandonner pour s'inscrire au régime public.

Une personne peut être admissible à un régime privé, soit par l'entremise de son emploi, d'une association ou d'un ordre professionnel dont elle est membre ou par l'intermédiaire de son conjoint ou de ses parents. Une personne couverte par un régime privé est en effet obligée d'en faire bénéficier son conjoint.

**Protection**

La protection minimale couvre l'ensemble des médicaments inscrits sur la liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Celle-ci comporte plus de 8 000 médicaments disponibles sur ordonnance qui, pour être remboursés, doivent être fournis par un pharmacien. Les régimes privés peuvent prévoir le remboursement de médicaments non inscrits sur cette liste.

**Contributions et prime**

Certaines personnes assurées par le régime public ont droit à la gratuité, selon certaines conditions. Il s'agit des prestataires d'une aide financière de dernier recours, des personnes de 65 ans ou plus qui reçoivent le supplément de revenu garanti (SRG) complet et des enfants des assurés au régime public[34].

Pour les autres catégories de personnes assurées, les tarifs applicables sont résumés ci-dessous selon les barèmes applicables à partir du 1er juillet 2016[35] :

**À la pharmacie**

- Franchise mensuelle : 18,85 $
- Coassurance : 34,5 %
- Contribution mensuelle maximale : 87,16 $
- La contribution mensuelle maximale est réduite à 52,16 $ pour les personnes de 65 ans ou plus qui reçoivent un paiement partiel au titre du SRG.

**Lors de la déclaration des revenus**

- Prime annuelle variant de 0 $ à 660 $ selon le revenu

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec.

33. Certaines autres personnes peuvent être rendues admissibles sans frais par le ministère responsable du programme d'aide financière de dernier recours.
34. Les enfants sont admissibles sans frais s'ils ont moins de 18 ans ou s'ils sont âgés de 18 à 25 ans, sans conjoint, domiciliés chez leurs parents et aux études à temps plein dans un établissement d'enseignement secondaire, collégial ou universitaire.
35. Comme mentionné dans le texte, les barèmes sont indexés annuellement.

La distribution des médicaments au Québec se caractérise aujourd'hui (2015) par les rôles joués et les responsabilités confiées aux différents intervenants :

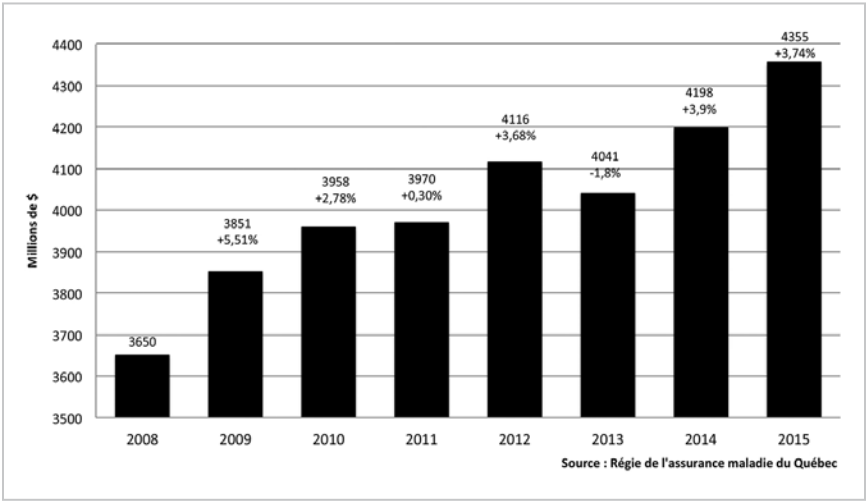
- On compte 2 008 pharmaciens propriétaires et 1 845 pharmacies. Selon l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)[36], la pharmacie moyenne compte 24 employés. Les pharmacies québécoises procurent de l'emploi à 40 000 personnes, pour une masse salariale de 1,2 G $. Dans le cas du régime public d'assurance médicaments, le montant des honoraires est établi par une entente conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'AQPP ; pour les ventes destinées aux assurés des régimes privés, le pharmacien peut établir lui-même ses honoraires.
- Seul un pharmacien peut être propriétaire d'une pharmacie au Québec. Les pharmaciens sont regroupés majoritairement au sein de chaînes ou de bannières de pharmacies, ce qui permet des économies d'échelle (systèmes informatiques, comptabilité, paie, publicité, services de sécurité, etc.).
- La distribution des médicaments entre les fabricants de médicaments et les pharmacies communautaires est assurée par des distributeurs aussi appelés grossistes, au nombre de 12 actuellement[37]. Les chaînes et les bannières de pharmacies privilégient généralement leurs propres activités de grossistes, bien que les grossistes en médicaments ne soient pas tous la propriété de chaînes de pharmacies. En vertu du régime public, le grossiste peut réclamer au pharmacien propriétaire une marge correspondant à 6,5 % de la valeur du produit vendu (avec un maximum de 39 $ pour les produits coûteux). La marge de grossiste n'est pas réglementée pour les médicaments couverts par les régimes privés.
- Les fabricants de médicaments tant innovateurs (à savoir les médicaments protégés par une brevet) que génériques doivent souscrire à l'engagement du fabricant où sont détaillées les conditions que doit respecter le fabricant pour conserver son droit de fournir les médicaments inscrits sur la liste de médicaments. Certaines chaînes de pharmacies et certains grossistes sont aussi présents dans le domaine de la fabrication de médicaments, consolidant davantage le phénomène d'intégration verticale.

36. Site Internet de l'AQPP.
37. Il s'agit de Familiprix inc., du Groupe Jean Coutu (PJC) inc., de McMahon distributeur pharmaceutique inc., McKesson Services pharmaceutiques, Shoppers Drug Mart Ltd., Distribution Pharmaplus inc., GMD distribution inc., Amerisorce Bergen Canada, Kolhl & Frish Ltd., Innomar Strategies Inc., Dex Medical Distribution Inc. et Pharma Trust Med Services Inc.

En plus des éléments présentés ci-dessus, des indicateurs statistiques récents viennent compléter le portrait de la situation actuelle :

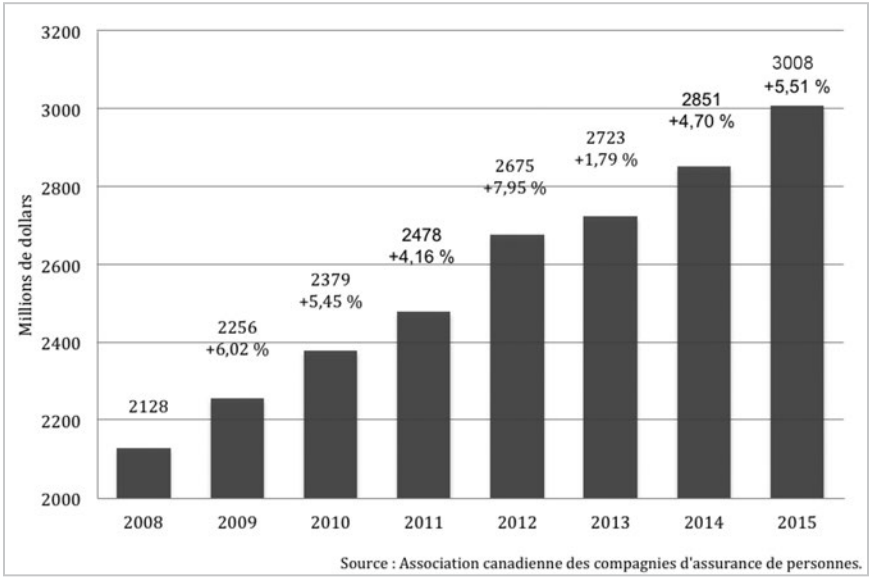
- Les graphiques 6.1 et 6.2 présentent l'évolution entre 2008 et 2015 du coût brut des deux composantes du régime général d'assurance médicaments (RGAM) ; le régime public et les régimes privés. Le régime public couvre environ 40 % de la population québécoise, ce qui permet de déduire que les régimes privés couvrent environ 60 % de la population[38].

Graphique 6.1
**Coût brut – Régime public[39]**




38. Il est difficile d'estimer la population couverte par les régimes privés en raison de la structure même de ce marché (aucun fichier central des assurés privés n'est permis en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels) et du chevauchement de protections pour de nombreux assurés privés.
39. ORIS, RAMQ.

Graphique 6.2
**Coût brut – Régimes privés[40]**

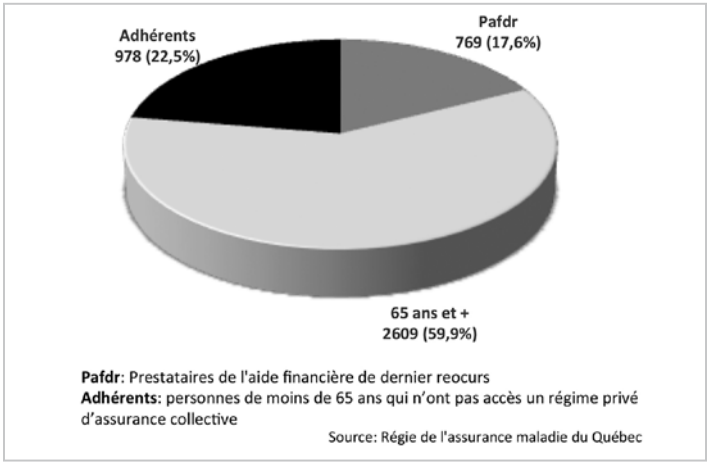



- Le coût brut d'un médicament comprend le prix du médicament, la marge de grossiste et les honoraires du pharmacien communautaire. En 2015, le régime public assume 59 % du coût brut du RGAM, contre 41 % pour les régimes privés. Cette répartition des coûts a évolué lentement au cours des ans, les régimes privés couvrant une proportion croissante des coûts. Le taux de croissance des coûts bruts pour les deux secteurs explique en partie cet état de fait. Pendant que les coûts bruts du régime public ont crû de 2,6 % en moyenne entre 2008 et 2015, les coûts bruts des régimes privés ont connu un taux de croissance moyen de 5,1 %, soit le double. Le coût des médicaments sensiblement plus élevé pour les régimes privés que pour le régime public est soulevé depuis de nombreuses années. La baisse du prix maximal des médicaments génériques en 2010 a des répercussions sur l'ensemble du RGAM alors qu'en 2013 l'abolition de la « règle du 15 ans » et l'implantation d'un prix de référence pour les médicaments de la classe des inhibiteurs à proton (IPP) ont bénéficié surtout au régime public. Les régimes privés ont plutôt bénéficié des modifications apportées aux modalités de remboursement des médicaments dans les contrats d'assurances collectives privés. Par exemple, le remboursement du médicament innovateur au prix du médicament générique.
- Les graphiques 6.3 et 6.4 concernant uniquement le régime public permettent de constater que les personnes de 65 ans et plus comptent en 2015 pour plus de 60 % des coûts brut du régime public. Les pressions démographiques (voir

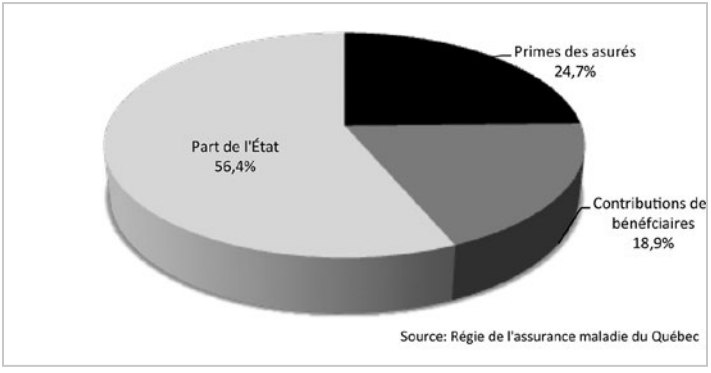
40. Données fournies par l'ACCAP.

le chapitre 2) continueront à s'exercer sur les coûts relatifs à cette clientèle pour le régime public.

Graphique 6.3
**Répartition du coût brut par clientèle (en M $), régime public, 2015**[41]




Graphique 6.4
**Financement du régime public, 2015-2016**[42]




- En 2015-2016, l'État assume 56 % des coûts du régime public alors que les assurés assument 19 % des coûts par la contribution à l'achat et près de 25 % des coûts par le versement de primes. L'évolution de la structure démographique exercera une pression additionnelle sur la portion assumée par l'État à moyen terme selon la structure de financement.

41. ORIS, RAMQ.
42. RAMQ, Rapport annuel de gestion 2015.

## CONSTATS ET ENJEUX

La prise en charge de la couverture de médicaments pour la population québécoise par l'État se fait de façon progressive à partir du début des années 1970. La mise en place de ce troisième pilier du système de santé québécois se fait cependant avec un délai notable par rapport aux deux autres piliers, à savoir l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie. Il faut attendre au milieu des années 1990 avant qu'une loi ne vienne encadrer l'accessibilité des médicaments requis par son état de santé à chaque Québécois. L'implantation du régime général d'assurance médicaments marque un point d'orgue dans la prise en charge de cette couverture de plus en plus importante et incontournable du système de santé québécois.

À la lumière de la rétrospective des évènements marquants présentés dans ce chapitre, certains constats notables doivent être pris en considération au regard de l'évolution globale des programmes de sécurité sociale au Québec au cours des soixante dernières années.

*Constats*

1) Depuis l'implantation du régime général d'assurance médicaments, un consensus se dégage chez les intervenants des milieux privé et public : la nécessité de maintenir un régime québécois de protection des médicaments couvrant toute la population. Du même souffle, tous s'inquiètent de la pérennité d'un tel programme en raison des nombreuses pressions financières, commerciales et professionnelles dont il est et sera l'objet dans le futur. L'adhésion à un régime public universel « gratuit » continue à être présentée comme une solution viable, mais cela reste à démontrer, particulièrement au regard de la capacité de payer de la société québécoise, de sa structure économique et de ses valeurs sociétales.
2) Il est permis de mentionner que, depuis le début du programme de médicaments au Québec, aucun groupe d'intérêt particulier de la société québécoise n'a pris un contrôle prépondérant sur le design et l'évolution du régime général d'assurance médicaments. Le gouvernement, par l'intermédiaire des ministres de la Santé et des Services sociaux qui se sont succédé, a su conserver l'initiative dans l'évolution du régime et en maintenir la vision initiale malgré de nombreux changements. Toutefois, selon le contexte, des intervenants exercent à l'occasion des pressions fortes sur l'autorité gouvernementale. Le régime demeure cependant perfectible et il continuera à alimenter les échanges parmi les intervenants de la société québécoise.
3) Le régime général d'assurance médicaments a été mis en place pour assurer à toute la population un accès raisonnable et équitable aux médicaments et aux services pharmaceutiques requis par l'état de santé des personnes. Il est possible de se prononcer sur l'atteinte des objectifs initiaux et toujours présents :

- L'accessibilité aux médicaments requis a effectivement été atteinte malgré les resserrements des conditions d'inscription sur la liste de médicaments imposés depuis l'implantation du régime ;
- L'équité dans l'accès aux médicaments demeure présente depuis l'instauration des premières mesures de couverture des médicaments. La protection des clientèles plus vulnérables est une composante qui a perduré et même augmenté lors des modifications successives du régime. Les mécanismes de régulation du régime ont toutefois évolué dans le temps, comme nous le verrons ci-après en soulevant à l'occasion des questions d'équité ;
- La maîtrise des dépenses est une préoccupation qui s'impose rapidement dès le début du régime. En plus du contrôle des prix des médicaments inscrits sur la liste et de l'application de procédures de remboursement restrictives (remboursement au prix le plus bas, prix maximal payable, etc.), le taux annuel de croissance des coûts de ce programme a souvent été soulevé par rapport à l'évolution des coûts des autres programmes de santé. La pérennité du régime général a de nombreuses fois été mise en cause pour cette raison ;
- L'utilisation optimale des médicaments n'était pas une préoccupation importante au début de régime général d'assurance médicaments. L'article 2 de cette loi ne mentionne d'ailleurs pas l'utilisation optimale du médicament à titre d'objectif de la loi. L'utilisation optimale s'est cependant imposée à partir des années 2000 pour des raisons sanitaires, mais surtout financières. La production de plus en plus fréquente de guides de pratique ou de prescription en a découlé ;
- Le soutien à l'industrie pharmaceutique québécoise a fréquemment soulevé les passions. Plus présent au début du régime (par exemple : règle de 15 ans, approbation rapide des nouveaux médicaments, disposition du « ne pas substituer », indexation annuelle du prix des médicaments à la liste), ce soutien a perdu de son importance au cours des dernières années. La possibilité récemment mise de l'avant pour des ententes de partage de risques (à divulgation restreinte) entre les fabricants de médicaments et l'État laisse planer des interrogations sur la portée réelle de celles-ci.

4) Les modifications apportées aux mécanismes de régulation du régime général ont été les principaux outils utilisés par l'État pour rectifier le tir au cours des ans. Ces mécanismes de régulation sont de nature économique et professionnelle. Un mécanisme essentiel de régulation demeure la liste des médicaments. Les critères d'inscription d'un médicament sur cette liste ont été resserrés au cours des ans, les modalités de remboursement aux patients révisées, les engagements des fabricants de médicaments et des grossistes relevés. Les pharmaciens communautaires ont vu leur rémunération davantage encadrée (voire interdiction ou limitation des ristournes et diminution de la rémunération pour les piluliers) et leur responsabilité professionnelle augmentée par l'arrivée de nouveaux services pharmaceutiques.

Les contributions des usagers sous forme de franchise, de coassurance et de prime sont révisées annuellement selon l'évolution du coût du programme. Ces indexations ont pour effet d'augmenter les paramètres de contribution de façon marquée, ce qui se traduit par une dégressivité accrue des contributions financières demandées aux usagers. Se pose ainsi la question à savoir jusqu'où cette croissance des contributions sera possible. C'est l'essence même du financement du régime général qui pourrait alors être remis en question.

Il est possible d'affirmer que, hormis l'évaluation du régime général au début des années 2000 et la consultation qui a mené à la publication de la politique du médicament en 2007, c'est par l'adaptation ponctuelle des mécanismes de régulation que les modifications nécessaires ont été apportées au régime général pour tenir compte des conditions socioéconomiques et des valeurs politiques prévalant à ce moment.

### *Quelques enjeux importants*

De nombreux points demeurent préoccupants à ce moment-ci pour la suite des choses. Les enjeux[43] auxquels fait face le régime général d'assurance médicaments sont nombreux. Parmi ceux-ci :

- La viabilité financière. Le financement du régime général d'assurance médicaments demeure le principal enjeu à court et moyen terme. Ce programme accapare une partie de plus en plus grande du budget québécois en santé, 7,7 % en 2016-2017. Faudra-t-il réviser la structure de financement actuelle ? Des gains d'efficience sont encore possibles (par exemple l'usage accru des médicaments génériques ou des appels d'offres), mais ceux-ci ne permettront pas d'éviter un examen approfondi de la question du financement ;
- La démographie générale. La population québécoise continuera à afficher une pyramide des âges dont la proportion des personnes de 65 ans et plus s'accroîtra, appliquant une pression accrue, toutes choses égales par ailleurs, sur la consommation de médicaments par la population québécoise ;
- La disponibilité et l'accessibilité des médicaments. Tant les médicaments actuellement consommés que l'arrivée de nouveaux médicaments sont préoccupants. En effet, les ruptures de stocks sont de plus en plus fréquentes tandis que les nouveaux médicaments, notamment les médicaments biologiques, deviennent disponibles à un coût élevé voire prohibitif dans bien des cas ;

43. En plus des enjeux présentés à la fin du chapitre 5 portant sur le surdiagnostic et la demande accrue de soins de santé induite par le mode de rémunération des médecins.

- L'état des connaissances en santé. L'évolution des connaissances médicales et pharmaceutiques est fort prometteuse, mais elle s'accompagne d'incertitude et de questionnement éthique. Pourra-t-on rendre accessibles toutes ces nouvelles technologies au bénéfice des usagers et à quel coût ? À cela il faut ajouter l'interdisciplinarité professionnelle dans le milieu de la santé. Elle devrait permettre des gains au point de vue sanitaire, mais aussi au niveau financier. De récentes réalisations à ce sujet sont éloquentes ;
- L'industrie pharmaceutique. Dans sa structure et dans sa participation, cette industrie demeure déterminante pour le système de santé en général. La tendance aux fusions entre les principaux fabricants se maintient et confirme l'envergure mondiale de ce marché de même que la mondialisation dans la prise de décision relative au développement de la recherche et de la production de nouveaux médicaments. L'opacité du prix des médicaments et les nombreuses ruptures de stocks en sont des effets notables.

Les attentes de la population québécoise demeurent élevées envers cette technologie du médicament qui devient souvent le principal instrument de traitement pour de nombreuses maladies, particulièrement pour les maladies rares ou orphelines. Il est souvent difficile de comprendre pourquoi un médicament, préventif, curatif ou palliatif, couvert dans une autre province canadienne ou ailleurs dans le monde n'est pas offert au Québec.

## Bibliographie

Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP). http://www.monpharmacien.ca.

Canada. Commission royale d'enquête sur les services de santé. 1964. *Commission royale d'enquête sur les services de santé*. Ottawa : Imprimeur de la reine, vol. 2.

Comité de révision de la circulaire « Malades sur pied ». 1994. *De l'assistance à l'assurance : rapport du Comité de révision de la circulaire « Malades sur pied »*. Québec : le Comité.

Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec. 2001. *Pour un régime d'assurance médicaments équitable et viable : rapport préparé par le Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec*. Québec : le Comité, 78 p.

Félix, Geneviève. 2007. « Implantation du régime général d'assurance médicaments québécois : 1994-2005 ». Mémoire, Montréal : Université du Québec à Montréal, 137 p.

Québec. Comité d'experts sur l'assurance médicaments. 1996. *L'assurance médicaments : des voies de solution. Rapport du Comité d'experts sur l'assurance médicaments.* Québec : le Comité 198 p.

Québec. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. 1967. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.* Québec : Éditeur officiel du Québec, vol. 7.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). 2014. *Statistiques annuelles 2014.*

Tamblyn, Robyn et collab. 1999. *Évaluation de l'impact du régime général d'assurance médicaments : rapport final présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*. Montréal : Université McGill.

# Chapitre 7

# La retraite

*Denis Latulippe et Pierre Plamondon*[1]

***« L'établissement du régime général ne doit point affecter les droits acquis des travailleurs sous les régimes des secteurs publics et privés, ni enrayer le développement de ces régimes. »***

Rapport du Comité interministériel d'étude
sur le Régime de rentes du Québec, 1964[2]

TABLE DES MATIÈRES

**Les premières actions** . . . . . **239**

**Les assises de l'implantation du système (1951-1965)** . . . . . **240**

**Les étapes charnières de l'évolution du système de retraite** . . . . . **243**

Des constats dès 1977 : Cofirentes+ et ses suites . . . . . 245

Agir maintenant pour demain (1985) : une réaffirmation du besoin de réforme 248

Pour vous et vos enfants : garantir l'avenir du Régime de rentes du Québec. . . . 255

L'élan des réformes récentes. . . . . 256

**Le portrait de la situation actuelle** . . . . . **261**

Les revenus des retraités . . . . . 261

La transition travail-retraite. . . . . 265

La préparation de la retraite . . . . . 269

L'évolution du système . . . . . 272

**Conclusion** . . . . . **273**

**Annexe** . . . . . **276**

**Bibliographie** . . . . . **277**

1. Les auteurs tiennent à remercier Jacques Gagné pour sa collaboration à la rédaction de cet ouvrage, de même que Georges Langis et André Villeneuve pour leurs commentaires sur une version antérieure. Ils tiennent aussi à souligner l'excellente collaboration du personnel de Retraite Québec dans l'obtention d'informations, notamment Nathalie Madore, Francis Picotte, Sonia Potvin et Jean-François Therrien. Les auteurs demeurent néanmoins entièrement responsables du contenu.

2. Aussi connu sous le nom de rapport Dupont. Tome I, page 32.

La mise en place du système de retraite au Québec se fonde sur l'idée d'un système à paliers multiples et le développement de régimes de retraite dans les entreprises pour compléter les régimes publics. Par la suite, le nombre limité de travailleurs visés par ces régimes d'entreprises a rendu nécessaire le renforcement des mécanismes individuels d'épargne-retraite de façon à ce que tous puissent compter sur un revenu de retraite suffisant.

Même si le débat sur l'opportunité de renforcer le système par une bonification du Régime de rentes du Québec et du Régime de pensions du Canada a persisté au cours des années, les modifications apportées depuis leur création ont plutôt permis d'adapter ces régimes à des réalités émergentes et d'en renforcer le financement pour assurer leur pérennité. Ce n'est que tout récemment que les autorités politiques ont opté pour une bonification du régime public.

## LES PREMIÈRES ACTIONS

Les régimes de retraite sont créés au Québec dans la deuxième moitié du XIX^e^ siècle. Les premières personnes à en bénéficier sont les employés du gouvernement fédéral à compter de 1870 ; le gouvernement du Québec met sur pied le Régime de retraite des fonctionnaires en 1876 et le Régime de retraite des enseignants en 1880. Puis, en 1887, la Loi sur les sociétés de caisse de retraite permet aux firmes dotées d'une charte fédérale de créer des régimes de retraite où les employeurs ont le choix de cotiser on non. Ce mouvement s'enclenche toutefois très lentement.

Jusqu'en 1907, toucher une rente de retraite se fait presque exclusivement par l'achat de rentes auprès d'une compagnie d'assurance privée : il s'agit d'un « moyen de provisionner à l'avance les prestations de retraite[3] ». Cependant, cette pratique est peu populaire et peu de personnes épargnent en vue de leur retraite[4]. Pour remédier à cela, le gouvernement fédéral met sur pied un système de vente de rentes viagères, un peu semblable à ce que peuvent commercialiser les compagnies d'assurance de l'époque : « La loi permettait au gouvernement de vendre au public des rentes de faible montant à des taux qui, à l'époque, étaient plus avantageux que ceux qu'offraient les sociétés privées[5]. » Ce système connaît toutefois bien peu de succès et est aboli en 1967[6].

---

3. Albert, 2014, p. 4.
4. Il existe moins de 2000 contrats de rentes en 1910.
5. La Loi relative aux rentes de l'État est adoptée en 1908 (*Perspective 2030 : l'avenir des régimes de retraite*, p. 131).
6. Il y avait approximativement 12 000 contrats d'État en 1931 et 3 500 contrats d'assurance privée en 1930.

L'idée de mettre en place une pension de vieillesse apparaît au Canada dès 1893 dans les discussions parlementaires et les programmes électoraux. Par contre, les journaux critiquent fortement cette politique jugée par plusieurs trop interventionniste et visant à lutter contre la pauvreté par un moyen détourné, en accordant une taxe qualifiée d'injustifiée et de « récompense à la paresse » par les entreprises[7]. En 1907, au moment de l'étude des rentes de l'État, la Chambre des communes se penche sur la possibilité d'établir un système de protection pour la retraite. Sir Wilfrid Laurier, premier ministre de l'époque, écarte cette possibilité parce que la validité de la juridiction fédérale n'est pas démontrée.

À l'exception de l'instauration de rentes de retraite pour les vétérans de la guerre de 1914-1918, il faudra attendre en 1927 pour que le gouvernement fédéral mette sur pied un régime de pensions universel. Cette année-là est adoptée la Loi sur les pensions de vieillesse, qui prévoit le versement d'une rente de 20 $ par mois à toute personne indigente de 70 ans ou plus. L'indigence est déterminée en fonction du revenu et de l'actif de la personne, de même que du soutien accordé par les proches. Le régime étant administré par les provinces, l'admissibilité varie d'une province à l'autre. Ce n'est qu'en 1936 que le Québec adhère à ce programme, refusant jusque-là d'assumer 50 % des coûts.

## LES ASSISES DE L'IMPLANTATION DU SYSTÈME (1951-1965)

Divers événements au niveau international viennent influencer la réflexion au Canada relativement à l'instauration d'un programme de remplacement du revenu à la retraite. D'abord les États-Unis instaurent, en 1935, le Social Security Act qui prévoit le paiement de rentes à tous les travailleurs en fonction de leurs salaires cotisables. Ce régime est introduit dans la foulée de la crise économique et du « New Deal » du président Roosevelt. Aussi, au sortir de la Deuxième Guerre mondiale, l'idée de l'assurance vieillesse est de plus en plus mise de l'avant par divers comités et commissions. Au Canada, c'est sous l'influence de la révolution keynésienne et du rapport Beveridge (publié en 1942 au Royaume-Uni et proposant un système de sécurité sociale globale) que progresse cette idée.

Le rapport de 1943 de la commission Marsh propose, pour l'ensemble du Canada, une approche sociale en vertu de laquelle des mécanismes doivent compenser la perte de revenu au moment de la vieillesse[8]. Cette proposition se heurte aux prérogatives provinciales. Par la suite, en 1950, la commission fédérale King-Lesage propose la mise sur pied d'un système de pension de vieillesse pour

7. Québec, 1964, p. 4.
8. Marsh, 1943.

les personnes de 70 ans et plus, auquel s'ajouterait un programme d'aide aux démunis pour les personnes de 65 à 69 ans[9].

La Loi sur la sécurité de la vieillesse, adoptée en 1951, permet de verser une pension de 40 $ par mois à tout Canadien de 70 ans ou plus, sans test de revenu. Le financement du nouveau système universel de pension est assuré par le prélèvement d'un pourcentage de la taxe de vente fédérale, d'un impôt sur le revenu des particuliers (sujet à un plafond de 3 000 $) et d'un impôt sur le revenu des entreprises. Ces taxes et impôts, de même qu'un fonds d'actif dédié à la Sécurité de la vieillesse demeurent en place jusqu'au début des années 1970[10].

La Loi sur l'assistance-vieillesse, adoptée en 1952, permet d'aider les personnes de 65 à 69 ans déclarées sans ressources. Ce programme, financé en parts égales par le gouvernement fédéral et les provinces, demeure sujet aux aléas des pratiques administratives. En 1966, ce régime d'assistance est remplacé par le Supplément de revenu garanti, dont les prestations deviennent fonction du revenu déterminé de façon objective.

En 1962, le gouvernement du Québec crée un comité d'étude sur les caisses de retraite, le comité Dupont. Dès juillet 1963, ce comité reçoit le mandat de concevoir un projet de régime de pension universel, obligatoire, contributif et à avantages transférables[11]. Dix jours plus tard, le gouvernement fédéral fait part de son intention de mettre sur pied un régime de pension pancanadien. L'Assemblée législative du Québec réagit en adoptant, à l'unanimité, une résolution en faveur de la création d'une caisse de retraite publique et universelle.

En avril 1964, en bonne partie grâce aux travaux minutieux du Québec, une entente conclue avec le gouvernement fédéral et les autres provinces permet la mise sur pied, le 1er janvier 1966, à la fois du Régime de rentes du Québec (RRQ) et du Régime de pensions du Canada (RPC) ; ce dernier régime s'applique à l'ensemble des travailleurs canadiens autres que ceux qui résident au Québec.

Les deux régimes sont équivalents, en matière autant de prestations que de cotisations exigées des salariés et des employeurs. D'ailleurs, une entente de transfert entre les deux régimes assure une parfaite coordination des prestations aux personnes ayant cotisé aux deux régimes.

---

9. Canada, 1950.
10. Si des déficits ont été enregistrés dans les premières années, rendant nécessaire une contribution du Fonds consolidé du revenu fédéral, le fonds a été globalement en équilibre durant la période 1952-1972 (Dewetering, 1990 ; Canadian Tax Foundation, 1962 et 1972).
11. Le rapport Dupont propose également la mise sur pied d'une politique générale de la retraite à l'intention des employés de l'État et des employés des réseaux de la santé et de l'éducation. Cette politique ne sera appliquée qu'en 1973 avec la création du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP).

**Encadré 7.1**

Principaux paramètres du Régime de rentes du Québec en 1966

- L'exemption générale est établie à 12 % du maximum des gains admissibles (MGA).
- Le taux de cotisation est établi à 3,6 % des gains cotisables, soit 1,8 % pour le salarié et 1,8 % pour l'employeur. Le travailleur autonome paie 3,6 %.
- La formule de rente de retraite vise à remplacer 25 % des gains cotisables, calculés sur la moyenne de la participation du cotisant au régime entre l'âge de 18 ans et l'âge de la retraite.
- Les rentes sont indexées chaque année pour maintenir leur valeur en fonction de l'inflation, sous réserve d'un plafond de 2 %.
- L'âge pour avoir droit à la rente de retraite est fixé à 68 ans, décroissant graduellement jusqu'à 65 ans en 1970 et les années suivantes. Les bénéficiaires de moins de 70 ans doivent avoir cessé de travailler pour avoir droit à la rente. De 1967 à 1976, une période de transition est établie, de telle sorte que la pleine rente ne sera atteinte qu'après 10 années de cotisation au régime.
- Une rente de conjoint survivant est payable à la veuve si elle a 35 ans ou plus au moment du décès ou si elle a un enfant à charge. La rente cesse en cas de remariage. Elle n'est payable à un veuf que s'il est invalide.
- Pour toucher la rente d'invalidité, un cotisant doit être incapable d'occuper un emploi rémunérateur, quel qu'il soit.

La structure du RRQ, tout comme celle du RPC, ne peut être analysée isolément des autres régimes qui procurent un revenu à la retraite. Le niveau de remplacement du revenu se limite à 25 % des gains du travailleur. De plus, seuls les gains jusqu'à concurrence du salaire industriel moyen sont pris en compte aux fins de prestations et de cotisation. Une telle approche est tout à fait conforme aux objectifs premiers que s'était donnés le comité Dupont : « Le comité est d'avis que le RRQ doit assurer une partie du revenu de l'individu, c'est-à-dire qu'il doit assurer une qualité de vie acceptable pour celui-ci et sa famille et non pas assurer le remplacement complet de son revenu. L'établissement du régime général ne doit point affecter les droits acquis des travailleurs sous les régimes des secteurs publics et privés, ni enrayer le développement de ces régimes[12]. »

Le régime vise donc à fournir un remplacement de base (25 %), jusqu'à concurrence du salaire industriel moyen, en comptant que l'ajout de la pension de la Sécurité de la vieillesse et des régimes privés de retraite, collectifs ou individuels, amène un remplacement global du revenu jugé adéquat.

12. Québec, 1964, p. 32.

La différence la plus marquante entre le RRQ et le RPC est du côté de l'investissement de l'actif des caisses. Du côté québécois, c'est la Caisse de dépôt et placement du Québec qui a la responsabilité d'investir l'excédent des cotisations sur les sorties de fonds. Dans le reste du Canada, cet excédent est prêté aux provinces. Nonobstant la méthode d'investissement, il est acquis que le financement des régimes sera mixte, c'est-à-dire par capitalisation partielle. De plus, les régimes ne devront nécessiter aucune injection de fonds des gouvernements.

Dans les années 1950, bien peu d'entreprises, hormis les grandes entreprises avec une forte présence syndicale, offrent des régimes de retraite à leurs employés. Les principales lacunes des régimes existants sont les suivantes : un financement inadéquat, un réinvestissement de l'actif du régime dans l'entreprise, une perte des sommes accumulées en cas de faillite et la non-transférabilité en cas de cessation d'emploi.

Selon le rapport Dupont, il y a en 1960 environ 8 900 régimes complémentaires de retraite au Canada, dont environ 1400 au Québec. Les deux tiers sont à cotisation déterminée et environ 1,7 million de travailleurs canadiens participent à ces régimes[13].

La Loi sur les régimes supplémentaires de rentes entre en vigueur le 1er janvier 1966. À compter de cette date, tout régime de retraite doit être enregistré auprès de la Régie des rentes du Québec et prévoir les dispositions minimales suivantes :

- Une caisse de retraite, distincte de l'actif de l'employeur, doit être instituée ;
- Les participants qui cessent leur participation au régime après avoir atteint 45 ans et complété 10 années de service auprès de l'employeur ont droit à une rente différée à l'âge normal de retraite.
- Des règles de financement prévoient le montant des cotisations annuelles et le remboursement des déficits.

Les régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER) sont institués en vertu du budget fédéral de 1957. L'objectif est de permettre aux employés en général, et aux travailleurs autonomes en particulier, d'accumuler des sommes en vue de la retraite en bénéficiant d'avantages fiscaux apparentés à ceux des régimes de retraite d'entreprises.

## LES ÉTAPES CHARNIÈRES DE L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE RETRAITE

Depuis la mise en place en 1966 des principales composantes du système de retraite québécois, soit le Régime de rentes du Québec et les régimes complémentaires de retraite[14], le système a grandement évolué. D'abord, il s'est adapté à l'évolution des réalités sociales et économiques. De plus, la question de la couverture

13. Québec, 1964.
14. Il est à noter que les régimes complémentaires de retraite étaient appelés « régimes supplémentaires de rentes » jusqu'en 1990.

offerte par les diverses composantes du système (en fonction du nombre de personnes et du niveau de revenu) a fait l'objet de diverses analyses et a guidé certaines réformes. Finalement, la question du financement du RRQ et des régimes complémentaires de retraite (RCR) a représenté un enjeu de taille.

Du côté des régimes de compétence fédérale, ce sont principalement les questions de l'âge d'admissibilité aux prestations et de la récupération des prestations pour les personnes à plus haut revenu qui ont amené des questionnements et des modifications à la Loi sur la Sécurité de la vieillesse.

Lors sa mise en place, en 1952, la pension de la Sécurité de la vieillesse (PSV) est payable à partir de 70 ans. L'âge d'admissibilité à la PSV sera graduellement diminué de 70 à 65 ans entre 1966 et 1970.

La période de 1966 à 1976 devait permettre aux régimes complémentaires de retraite de prendre leur essor afin de compléter la protection de base offerte par les régimes publics. On observe une certaine croissance de la couverture durant cette période (la proportion de travailleurs participant à un régime de leur employeur passant de 30 % en 1966 à 40 % en 1976), mais cela est nettement en deçà des attentes formulées lors de l'établissement des piliers du système en 1966. La croissance de couverture des régimes de retraite d'employeurs durant cette période provient en grande partie des organismes publics (gouvernement du Québec et municipalités), notamment en raison de l'entrée en vigueur du RREGOP en 1973 (voir l'encadré 7.2).

**Encadré 7.2**

Les régimes de retraite du secteur public québécois

Le 22 décembre 1973, l'Assemblée nationale adopte une loi qui crée le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) et qui constitue la Commission administrative du régime de retraite (CARR) chargée de l'administrer. Rétroactive au 1er juillet 1973, cette loi autorise également la CARR à prendre en charge tout régime de retraite et d'assurances dont l'administration pourra lui être confiée par une loi ou un décret. C'est ainsi que la CARR prend notamment à sa charge l'administration du Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), du Régime de retraite des enseignants (RRE) et du Régime de retraite de certains enseignants (RRCE). Dans leur version actuelle, ces trois régimes sont en vigueur depuis 1965. Ils n'accueillent aucune nouvelle personne depuis le 1er juillet 1973, date d'entrée en vigueur du RREGOP.

Du côté du RRQ, les entrées nettes de fonds du régime (résultant de revenus de cotisation importants et de dépenses en prestations peu élevées), combinées à une conjoncture économique favorable, contribuent à la constitution d'une réserve

relativement importante au cours de la période de 1966 à 1970. Par ailleurs, les premières années d'existence du RRQ sont marquées par la bonification de certaines prestations, la reconnaissance d'une entrée graduelle des femmes sur le marché du travail et la nécessité de tenir compte de leur rôle au sein de la famille :

- On indexe les prestations selon l'évolution de l'indice des prix à la consommation, sans plafond ;
- Les rentes de survivants seront versées aux veufs aux mêmes conditions que pour les veuves à compter de 1975[15] ;
- La situation particulière de femmes est reconnue par des mesures introduites en 1977 : le partage des gains à la dissolution du mariage et le retranchement de la période cotisable des mois pour lesquels une personne a la charge d'un enfant de moins de 7 ans ;
- La rente de retraite cesse d'être réduite en fonction des gains de travail d'une personne, à partir de 1977.

### Des constats dès 1977 : Cofirentes+ et ses suites

Lors de sa mise en place du RRQ, il est établi que les premières prestations complètes seront versées après dix années de fonctionnement du régime. Le RRQ franchit donc en 1976 une première étape de son processus de maturation. En 1966, on anticipe également une croissance de la participation aux régimes complémentaires. Mais le rapport *Cofirentes+*, publié en 1977 par le gouvernement du Québec, dresse un portrait plutôt sombre de l'état du système de retraite québécois.

En ce qui concerne le RRQ, le rapport fait état de l'insuffisance de son taux de cotisation impliquant, s'il reste inchangé, un épuisement de la réserve du régime autour de l'année 2000. On évoque notamment la baisse marquée de la fécondité depuis le milieu des années 1960 pour expliquer la pression financière accrue sur le régime. Le rapport démontre, par ailleurs, que la croissance de la participation aux RCR n'est pas au rendez-vous et que la majorité des travailleurs du secteur privé, en particulier les femmes et les jeunes, n'auront pas accès au moment de leur retraite à des prestations provenant d'un régime d'entreprise. Il ressort de la structure de revenu des personnes âgées une forte dépendance envers le Supplément de revenu garanti, attribué sous condition de ressources, faisant ainsi la preuve de la déficience des régimes dits « contributifs » (RRQ, RCR et REER).

15. Jusqu'à ce moment, seulement les veuves et les veufs invalides y étaient admissibles.

Sur la base de ces constats, le rapport propose une réforme en profondeur du système de protection financière à la retraite. Il suggère une approche permettant d'établir le niveau de prestations nécessaire pour satisfaire les besoins financiers des retraités[16] et un mode de financement permettant d'assurer le versement de ces prestations. En ce qui concerne plus précisément le RRQ, il propose de doubler le taux de remplacement du revenu sur la partie du salaire correspondant à la moitié du maximum des gains admissibles et de modifier à la hausse le taux de cotisation, tout en suggérant le maintien d'un financement par capitalisation partielle. Même s'il n'y a pas eu de suite à ces recommandations, la publication de *Cofirentes+* est l'élément déclencheur d'un important processus de réflexion concernant l'avenir des régimes de retraite au Québec.

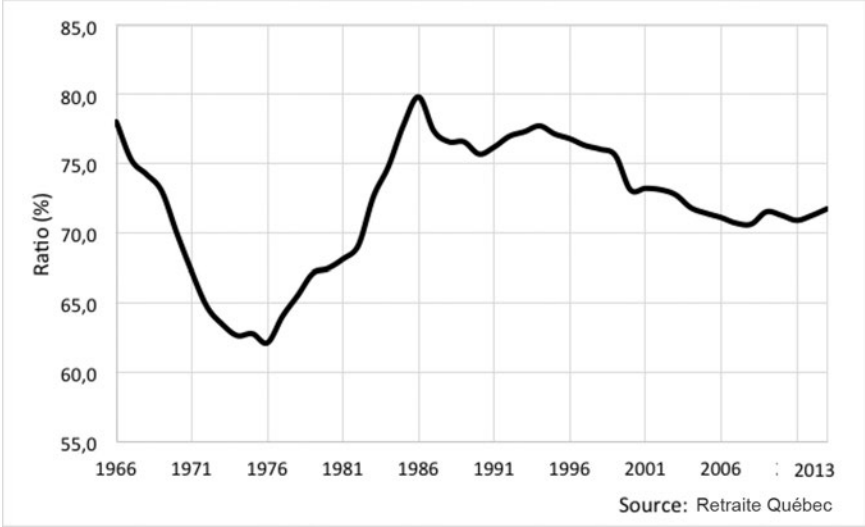
### *Les modifications apportées au MGA*

Il est prévu, à la création du RRQ, que le maximum des gains admissibles (MGA) doit couvrir les gains moyens des travailleurs. En réalité, les modifications apportées au MGA durant les premières années d'existence du RRQ sont insuffisantes pour suivre la croissance des gains moyens, notamment en raison d'une poussée inflationniste, de sorte que la couverture des gains de travail par le régime ne cesse de s'effriter jusqu'au milieu des années 1970. Le niveau du MGA apparaît alors trop faible pour permettre de générer des rentes suffisantes pour le cotisant typique. Il devient nécessaire d'effectuer un rattrapage : le MGA est augmenté de façon accélérée (12,5 % par année) entre 1976 et 1987 afin de graduellement retrouver un niveau proche des gains moyens des travailleurs.

Le graphique 7.1 montre le rattrapage effectué de 1976 à 1987. Il montre aussi qu'une partie importante des gains des travailleurs québécois continue aujourd'hui de ne pas être assujettie au RRQ.

16. *Cofirentes+* considère qu'un taux de remplacement équivalant à 100 % du revenu consommable (ou 90 % du revenu disponible) devrait être garanti au retraité dont les revenus antérieurs correspondent au salaire minimum, le taux de remplacement étant supérieur à 100 % pour des revenus inférieurs au salaire minimum et diminuant progressivement au-delà de ce seuil.

Graphique 7.1
**Ratio des gains admissibles moyens des cotisants au RRQ sur les gains moyens non plafonnés de l'ensemble des travailleurs, 1966-2013[17]**




*La retraite flexible*

Le début des années 1980 est le théâtre de changements importants concernant le concept même de retraite et la possibilité pour les travailleurs de choisir le moment de leur départ à la retraite.

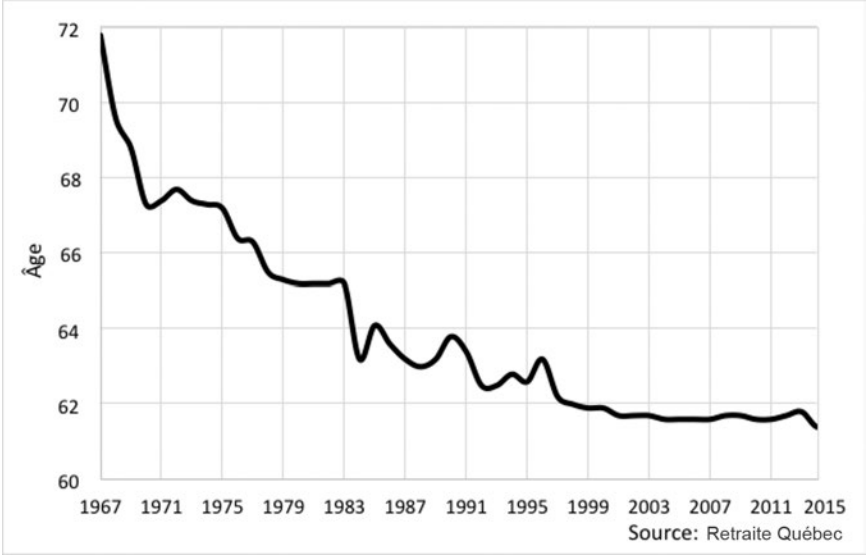
En raison de la récession qui sévit à cette époque, le gouvernement cherche des moyens de favoriser l'emploi des jeunes. On choisit alors d'ajouter de la flexibilité dans le RRQ. On croit que le fait de permettre à des travailleurs de 60 à 64 ans de quitter le marché du travail pour la retraite pourra favoriser l'entrée de jeunes sur le marché du travail. Le gouvernement du Québec abolit d'abord l'âge de la retraite obligatoire en 1981 et quelques années plus tard, en 1984, il introduit le concept de retraite flexible dans les dispositions du RRQ. Il devient alors possible, pour un participant au régime, de demander le versement de sa rente de retraite à partir de 60 ans ou d'en retarder le versement à compter de 70 ans, tout en voyant le montant de sa rente adapté en conséquence. Il est néanmoins nécessaire de cesser de travailler pour pouvoir demander le versement de sa rente avant 65 ans. En parallèle, on facilite l'accès à la rente d'invalidité à compter de 60 ans. Au même moment, le RRQ est bonifié pour les conjoints survivants de 55 à 64 ans. Les

17. Retraite Québec, 2016b, tableaux 5 et 10.

travailleurs âgés étant alors identifiés comme des clientèles à risque, ces mesures visent aussi à renforcer la protection qui leur est offerte.

Le graphique 7.2 montre que l'âge moyen au début du versement de la rente de retraite du RRQ diminue rapidement au cours des premières années d'existence du régime à cause de l'abaissement graduel de l'âge d'admissibilité à la rente de 68 à 65 ans entre 1966 et 1970. Une baisse marquée de l'âge au début du versement de la rente est observée en 1984 au moment de l'entrée en vigueur de la retraite flexible. On observe, depuis une quinzaine d'années, une stabilisation de l'âge en début de rente (malgré le fait, comme on le verra plus loin, que les personnes restent plus longtemps sur le marché du travail).

Graphique 7.2
**Âge moyen du début de versement de la rente du RRQ, 1967-2015**[18]




## Agir maintenant pour demain (1985) : une réaffirmation du besoin de réforme

Durant la période suivant la publication du rapport *Cofirentes+*, plusieurs organismes se penchent sur les questions soulevées dans ce rapport et publient leurs propres études sur le sujet. En 1985, le gouvernement rend public le rapport *Agir maintenant pour demain : une politique québécoise de sécurité du revenu à la retraite* qui constate que, « s'ils n'ont pas tous prescrit les mêmes remèdes, il est tout

18. Retraite Québec, 2016b, tableau 31.

de même fort intéressant de signaler que tous ces rapports ont posé à peu près le même diagnostic sur le système actuel de sécurité financière des personnes âgées : malgré sa complexité et le nombre de régimes qui le forment, il ne répond pas entièrement aux besoins des personnes retraitées[19] ».

### *Le recours au SRG*

Un des problèmes constatés dans *Agir maintenant pour demain* est que « les revenus provenant du Régime de rentes du Québec et de la pension de la Sécurité de la vieillesse ne sont pas suffisants pour exclure un travailleur de l'assistance s'il n'a pas d'épargne, peu importe son revenu avant la retraite[20] ». En effet, en 1984 environ 62 % des personnes âgées au Québec sont admissibles au Supplément de revenu garanti (SRG) pour combler leurs besoins financiers à la retraite, alors que ce régime d'assistance sociale a été créé pour ne couvrir qu'une faible partie des personnes âgées et devait diminuer graduellement en importance grâce aux revenus de retraite offerts par le RRQ et les régimes complémentaires de retraite.

### *L'insuffisance des régimes complémentaires de retraite*

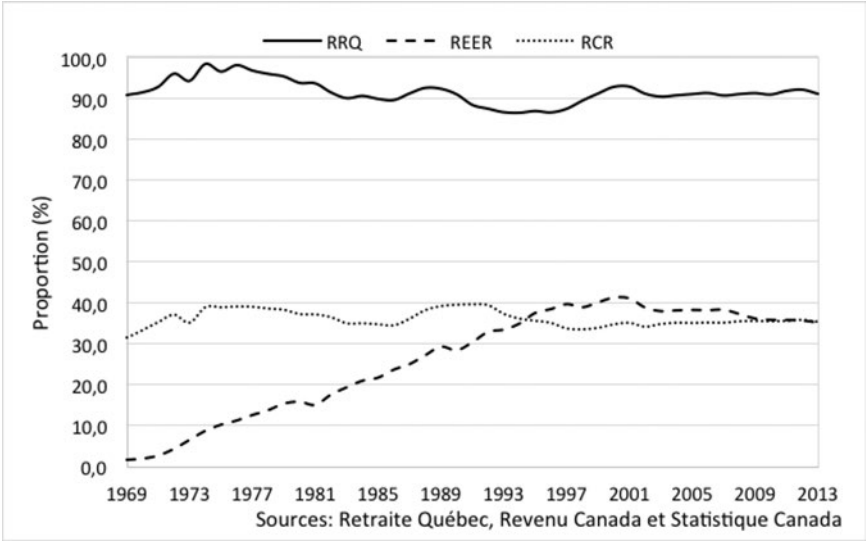
Les études démontrent que les régimes complémentaires de retraite ont besoin d'être améliorés afin de mieux répondre aux besoins des travailleurs, car ils sont relativement inefficaces pour compléter les revenus provenant des régimes publics de l'époque.

> Cela provient surtout du fait que les règles régissant ces régimes n'ont pas été modifiées pour s'adapter à un des changements socio-économiques importants survenus au cours des dernières décennies, à savoir l'accroissement rapide de la mobilité de la main-d'œuvre[21].

Les principaux problèmes, en lien avec les RCR, concernent le faible taux de participation à ces régimes et la difficulté de combiner de façon adéquate les périodes de participation chez différents employeurs afin de placer le travailleur dans la même situation que s'il avait effectué tout son service chez le même employeur. Les revenus tirés d'un RCR sont donc souvent insuffisants pour compléter la PSV et la rente du RRQ, ce qui peut expliquer qu'un bon nombre de travailleurs doivent recourir au SRG lorsqu'ils prennent leur retraite.

19. Gouvernement du Québec, 1985, p. 3.
20. Gouvernement du Québec, 1985, p.16.
21. Gouvernement du Québec, 1985, p. 35.

Graphique 7.3
**Proportion de la population active du Québec qui cotise au RRQ, à un RCR et à un REER, 1969-2013[22]**




Comme le montre le graphique 7.3, la proportion des travailleurs cotisant à un RCR et de ceux cotisant à un REER plafonne à près de 40 % depuis 1995. La proportion des travailleurs du secteur privé participant à un RCR à prestations déterminées est passée d'environ 30 % au tournant des années 1980 à 15 % en 2008. Le nombre de ceux qui participent à un régime de retraite à cotisation déterminée (RRCD) a augmenté pendant cette période, de sorte qu'actuellement c'est un travailleur sur 4 du secteur privé qui peut compter sur un RCR. Certains travailleurs participent à d'autres types de régimes collectifs, comme les REER collectifs et les régimes de participation différée aux bénéfices (RPDB) offerts par certains employeurs. Considérant tous les types de régimes et l'ensemble des travailleurs, des secteurs public et privé, c'est seulement 1 travailleur sur 2, soit 47 %, qui participe à un mécanisme collectif[23].

### *La situation particulière des femmes*

Un autre aspect du RRQ qui pose problème et dont fait état *Agir maintenant pour demain* concerne la situation des femmes qui a beaucoup évolué depuis la

22. Régie des rentes du Québec, 2015d; Retraite Québec, 2016b, tableau 26; Retraite Québec, 2016c, tableau 6; Revenu Canada, *Statistiques fiscales (données finales d'échantillon)*; Statistique Canada, CANSIM 111-0039 et CANSIM 282-0001.
23. Régie des rentes du Québec, 2008.

création du régime en 1966. Le nombre de femmes sur le marché du travail a augmenté de façon importante, mais cela ne signifie pas pour autant que leur retraite est assurée. On souligne dans le rapport que « la présence des femmes sur le marché du travail n'est pas continue. [ ] Ces périodes d'absence se traduisent souvent par un changement d'employeur [ ]. La difficulté de cumuler des crédits de rentes est alors amplifiée par ce phénomène, compte tenu des règles actuelles[24] ». De plus, les femmes ont une espérance de vie plus longue que celle des hommes, faisant en sorte qu'on retrouve plusieurs femmes seules à la suite du décès de leur conjoint. Ces dernières se retrouvent donc désavantagées, premièrement parce que les prestations universelles publiques sont moins généreuses pour les personnes seules et deuxièmement parce que les rentes aux conjoints survivants des régimes privés ne sont pas assez répandues.

*La problématique du financement du RRQ*

En ce qui concerne le RRQ, l'analyse actuarielle du 31 décembre 1982 montre que, dès 1983, les sorties de fonds du RRQ sont supérieures aux cotisations. Les projections indiquent aussi que la situation s'aggravera au cours des prochaines décennies.

La population âgée de 65 ans et plus passera alors de 16 % à 44 % de la population âgée de 20 à 64 ans. Cela signifie que le rapport entre le nombre de cotisants et le nombre de bénéficiaires du Régime passera d'environ 8 pour 1 à près de 2 pour 1. Cette situation obligera le Régime à utiliser d'abord les revenus de placement jusqu'en 1990, puis la réserve jusqu'à son épuisement en 1999[25].

Sans la mise en place de réformes importantes, il faudra au minimum opter pour un financement par répartition pure. Cependant, un tel mode de financement aurait un effet immédiat sur la Caisse de dépôt et placement du Québec qui ne pourrait plus jouer son rôle dans la stimulation de l'économie québécoise. De plus, un financement par répartition pure ne permettrait pas une répartition équitable des coûts entre les générations. Le gouvernement juge donc nécessaire le maintien d'un mode de financement mixte qui doit permettre l'accumulation d'une réserve investie par la Caisse de dépôt. *Agir maintenant pour demain* affirme qu'il est nécessaire de mettre en place une véritable formule de financement selon laquelle des règles permettent de fixer le taux de cotisation du régime en tenant compte de l'évolution financière projetée du régime. On suggère une formule basée sur les entrées et sorties de fonds du régime au cours des 20 prochaines années et un objectif de réserve à la fin de cette période.

24. Gouvernement du Québec, 1985, p. 47.
25. Gouvernement du Québec, 1985, p. 21.

### *Les réformes proposées*

Les constats du rapport incitent le gouvernement à envisager une réforme importante du système de sécurité financière de la retraite dont les objectifs se résument ainsi :

> Une meilleure harmonisation entre les programmes et une utilisation plus rationnelle des ressources financières, l'indépendance face à l'assistance sociale pour la majorité des travailleurs retraités, un meilleur remplacement du revenu de travail à la retraite et la réduction des transferts de coûts entre les générations[26].

En ce qui concerne le RRQ, *Agir maintenant pour demain* propose notamment une majoration du taux de remplacement offert par le régime, un allongement de la période de retranchement pour faibles gains et une bonification des rentes de conjoints survivants.

Le rapport dresse également une série de recommandations concernant les régimes complémentaires de retraite visant à :

- accroître la participation des travailleurs à ces régimes ;
- permettre une acquisition plus rapide et une immobilisation des droits des participants ;
- garantir certains droits minimaux en termes d'intérêt sur les cotisations et de cotisation minimale de l'employeur ;
- faciliter le transfert des droits d'un régime à un autre dans un contexte de mobilité de la main-d'œuvre[27] ;
- mieux protéger les conjoints survivants ;
- instaurer une gestion paritaire des régimes.

Le rapport propose enfin une augmentation de l'aide fiscale à l'épargne-retraite.

### *Amélioration du financement du RRQ*

La première modification concernant le financement du RRQ a lieu en 1986. Il est décidé qu'à compter de 1987, et pour une période de cinq ans, le taux de cotisation du Régime de rentes du Québec soit augmenté de 0,2 % par année. Le taux de cotisation atteint ainsi 4,6 % en 1991. Cela permet de reporter l'épuisement de la réserve. Le rapport actuariel de 1986 émet cependant un avertissement : si les taux de cotisation ne continuent pas à croître après 1991, la réserve deviendra nulle en 2004 et le taux devra être augmenté de façon abrupte à environ 7,2 % dès

26. Gouvernement du Québec, 1985, p. 75.
27. Ce qui inclut, selon les recommandations du rapport, la création d'une agence centrale pour gérer ces transferts.

l'année suivante. On décide donc de continuer l'augmentation du taux de cotisation jusqu'en 1996 de façon à atteindre un taux de 5,6 %. Des mesures similaires sont adoptées au même moment par le Régime de pensions du Canada.

*Réforme des régimes privés*

L'année 1990 constitue une étape déterminante dans l'évolution des régimes privés de retraite au Québec. Tout d'abord, la Loi sur les régimes complémentaires de retraite (qui remplace la Loi sur les régimes supplémentaires de rentes) est adoptée et prévoit notamment les mesures suivantes :

- **Participation** : dans les entreprises offrant un régime de retraite, l'accès au régime devra être offert à tout employé comptant deux années de service et recevant un salaire au moins égal à 35 % du maximum des gains admissibles au RRQ ;
- **Acquisition et immobilisation** : un participant qui quitte un régime aura acquis les cotisations de son employeur s'il compte deux années de participation ;
- **Intérêt minimal sur les cotisations** : le régime doit allouer un intérêt minimal au participant qui quitte le régime ;
- **Cotisation minimale de l'employeur** : la loi impose une cotisation minimale de l'employeur équivalente à 50 % de la valeur de la rente de retraite accumulée par le participant ;
- **Transférabilité** : le régime doit offrir au participant qui quitte le régime la possibilité de transférer ses crédits de rentes dans le régime de son nouvel employeur ou dans un compte immobilisé d'épargne-retraite.
- **Protection des conjoints survivants** : les régimes doivent verser aux conjoints survivants une rente égale au moins à 60 % de la rente de retraite du participant qui décède après l'âge de la retraite (à moins que les deux conjoints aient choisi une autre forme de rente au moment de la retraite) ; si le décès survient avant la retraite, le conjoint a droit à la valeur des crédits de rentes accumulés par le participant.
- **Administration des régimes** : la loi impose la formation d'un comité de retraite qui est chargé de l'administration du régime et qui doit être composé de représentants de l'employeur et des employés et d'un membre indépendant.

En 1991, le gouvernement fédéral modifie de façon significative les règles qui entourent la fiscalité de l'épargne-retraite (les règles fiscales québécoises seront harmonisées en conséquence) :

- **Équité** : l'aide fiscale à l'épargne-retraite devient plus équitable pour tous les contribuables, peu importe le véhicule d'épargne-retraite qu'ils utilisent ;

– **Relèvement des plafonds**: on procède au même moment au relèvement des plafonds de cotisation à l'épargne-retraite.

*Récupération de la pension de la Sécurité de la vieillesse*

Une modification importante de la pension de la Sécurité de la vieillesse a lieu en 1989, alors que le gouvernement fédéral met en place une politique de récupération des prestations visant à réduire les coûts du programme. Cette mesure a fait en sorte que les prestataires ayant un revenu supérieur à 50 000 $ par année doivent rembourser 15 % de chaque dollar de revenu au-delà de ce montant. Ce seuil de revenu est indexé en fonction de l'indice des prix à la consommation. Il atteint 73 756 $ en juillet 2017, de sorte que les prestations sont entièrement remboursées lorsque le revenu annuel de la personne dépasse 119 615 $.

**Encadré 7.3**

Une réforme en profondeur envisagée pour la PSV et le SRG : la Prestation aux aînés

En 1996, le gouvernement du Canada propose une nouvelle prestation aux aînés pour remplacer la PSV et le SRG à partir de 2001. La nouvelle prestation aurait été entièrement non imposable et aurait incorporé les crédits d'impôt au titre de l'âge et du revenu de pension. Le paiement aurait été déterminé en fonction du revenu de l'individu pour les aînés vivant seuls, ou en fonction du revenu combiné des conjoints pour les personnes vivant en couple.

NIVEAU PROJETÉ DE LA PRESTATION AUX AÎNÉ(E)S EN 2001

| REVENU D'AUTRES SOURCES* | PRESTATION NON IMPOSABLE | |
|---|---|---|
| | AÎNÉS VIVANT SEULS | COUPLE ÂGÉS |
| | (dollars par année) | |
| 0 | 11 420 | 18 440 |
| 5 000 | 8 920 | 15 940 |
| 10 000 | 6 420 | 13 440 |
| 15 000 | 5 160 | 10 940 |
| 20 000 | 5 160 | 10 320 |
| 25 000 | 5 160 | 10 320 |
| 30 000 | 4 350 | 9 510 |
| 35 000 | 3 350 | 8 510 |
| 40 000 | 2 350 | 7 510 |
| 45 000 | 1 350 | 6 510 |
| 50 000 | 350 | 5 510 |
| 60 000 | – | 3 510 |
| 70 000 | – | 1 510 |
| 80 000 | – | – |

Source : Gouvernement du Canada*

Dans le livre vert *Pour vous et vos enfants : garantir l'avenir du Régime de rentes du Québec*, le gouvernement du Québec fait valoir que la nouvelle prestation fédérale décourage rait l'épargne en vue de la retraite. Il soutient, par ailleurs, qu'étant basée sur le revenu familial la prestation aux aînés aurait des effets négatifs pour une grande partie des femmes en faisant perdurer leur dépendance vis-à-vis du conjoint mieux nanti. Le livre vert mentionne enfin que ce nouveau régime fédéral financé par les revenus généraux du gouvernement allait rendre l'autonomie financière des futurs retraités largement dépendante de l'état des finances publiques et des priorités budgétaires du gouvernement fédéral. Cette réforme n'a jamais été adoptée.

*Gouvernement du Canada, 1996, p. 30.

### Pour vous et vos enfants : garantir l'avenir du Régime de rentes du Québec

Le gouvernement du Québec publie en 1996 un livre vert sur la réforme du RRQ. Ce dernier souligne que la Loi sur le Régime de rentes du Québec ne prévoit aucun taux de cotisation pour les années 1997 et suivantes. L'analyse actuarielle du RRQ au 31 décembre 1994 a révélé qu'un taux de cotisation maintenu à 5,6 % est nettement insuffisant à long terme. En effet, « le fait que le rapport entre les sorties de fonds et la masse salariale soumise à cotisation passe de 7,8 % en 1995 à 10,7 % vingt ans plus tard, puis à 14,6 % en 2050, illustre l'insuffisance des taux de cotisation prévus dans la loi[28] ». Cette analyse conclut que, « si rien n'est fait, les générations futures paieront un taux de cotisation de 13,0 % pour recevoir les mêmes prestations que les cotisants actuels qui paient un taux de 5,6 %. Il y a là une importante source d'iniquité entre les générations[29] ».

Les conclusions de cette analyse poussent le gouvernement à revoir les taux de cotisation afin de s'assurer que les générations futures ne soient pas pénalisées au profit des générations actuelles. La Loi portant réforme du Régime de rentes du Québec, adoptée le 10 décembre 1997, prévoit une augmentation rapide du taux de cotisation, le faisant passer de 6,0 % en 1997 à 9,9 % en 2003. Les projections faites à l'époque laissent entendre que le taux de 9,9 % pourra être maintenu stable à très long terme. Le niveau du taux de cotisation à 9,9 % est particulièrement important puisqu'il correspond à celui que vise aussi le Régime de pensions du Canada.

Par ailleurs, la loi de 1997 revoit légèrement à la baisse le calcul de la rente de retraite et prévoit un gel de l'exemption générale du régime (la limite inférieure en deçà de laquelle les gains de travail d'une personne ne sont pas assujettis aux

28. Gouvernement du Québec, 1996, p. 50.
29. Gouvernement du Québec, 1996, p. 16.

cotisations au régime). Cette loi établit enfin l'obligation pour le gouvernement du Québec de tenir une consultation publique sur le RRQ tous les 6 ans, de façon à revoir périodiquement l'état de son financement et la pertinence de ses prestations.

### L'élan des réformes récentes

Conditionnée par des coûts croissants et une sensibilisation plus grande en lien avec la retraite prochaine des baby-boomers, la retraite est devenue un sujet de discussion quasiment en continu depuis une quinzaine d'années.

#### *La retraite progressive*

En 1998, le concept de retraite progressive est introduit au RRQ dans le but de cesser de pénaliser les travailleurs qui désirent se retirer progressivement du marché du travail. Deux mesures sont adoptées à cet égard :

- La possibilité pour un salarié, de 55 ans ou plus, après avoir conclu une entente avec son employeur, de diminuer son temps de travail et de continuer à cotiser au régime comme si son salaire n'avait pas été réduit ;
- Le versement de la rente de retraite au cotisant qui a atteint 60 ans si sa rémunération est réduite d'au moins 20 % en raison d'une retraite progressive à la suite d'une entente conclue avec son employeur.

Également à partir de 1998, les bénéficiaires d'une rente de retraite qui continuent de travailler sont tenus de cotiser au régime au même titre que les autres travailleurs. En contrepartie, chaque nouvelle année de gains peut venir remplacer une année antérieure de gains plus faibles et ainsi bonifier la rente versée. Ces mesures s'avèrent toutefois peu populaires.

Les règles du RRQ permettant de combiner revenu de retraite et revenu de travail sont allégées au fil des ans. Le régime reconnaît graduellement le fait que certaines personnes cessent de travailler, demandent le versement de leur rente de retraite, puis recommencent à travailler par la suite. Depuis 2014, une personne de 60 ans ou plus peut demander sa rente de retraite tout en continuant de travailler[30]. Cette mesure vise à offrir encore plus de flexibilité aux personnes qui désirent combiner revenu de travail et revenu de retraite.

30. La personne doit continuer de cotiser au RRQ et reçoit en contrepartie le supplément annuel de rente.

*Réponses à de nouvelles réalités sociales*

Un élément particulier dans l'évolution du RRQ est la reconnaissance des conjoints de même sexe. À la suite du refus de la Régie des rentes du Québec de verser les rentes de conjoints à quatre homosexuels dont les conjoints sont décédés, un long processus judiciaire se conclut en novembre 1998 par un jugement favorable aux plaignants. Le gouvernement adopte en juin 1999 la Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les conjoints de fait qui fait en sorte que les conjoints de même sexe sont maintenant reconnus au même titre que les conjoints de fait au sein du RRQ.

Les consultations publiques de 2003 et 2009 mettent en évidence le fait que les réalités familiales ont changé, laissant entendre qu'il serait judicieux de revoir le fonctionnement de la rente d'orphelin. En effet, lors de la mise en place du RRQ, les enfants demeuraient presque toujours avec le conjoint survivant. Ce n'est plus le cas maintenant, alors qu'un enfant sur quatre vit avec un seul de ses parents. Dans ces situations, le conjoint survivant d'un cotisant décédé n'est pas nécessairement le parent biologique des enfants du cotisant et la rente au conjoint survivant n'est plus la façon idéale de subvenir aux besoins des orphelins. Il est décidé de majorer la rente d'orphelin à partir du 1er janvier 2012 ; elle passe de 69,38 $ par mois en 2011 à 224,62 $ par mois en 2012.

Lors de la consultation publique de 2003, il est également suggéré de transformer la rente de conjoint survivant en une rente temporaire, plutôt que viagère, pour les futurs conjoints survivants de moins de 55 ans. Il s'agit non seulement de diriger l'aide directement vers les orphelins, mais aussi de reconnaître l'interdépendance financière des conjoints, plutôt que la dépendance financière des femmes, dans un contexte où ces dernières sont beaucoup plus présentes sur le marché du travail.

*Instauration d'un mécanisme d'ajustement automatique du taux de cotisation*

Les analyses actuarielles du début des années 2000 révèlent que le taux de cotisation (9,9 %) ne permet pas de maintenir le régime viable à long terme. La consultation publique de 2009 donne deux raisons pouvant l'expliquer : l'espérance de vie s'améliore plus rapidement que prévu et les salaires soumis à cotisation ne progressent pas au rythme escompté.

Le taux de cotisation est donc haussé de 0,15 % par année à partir du 1er janvier 2012 pour atteindre un taux de 10,8 % en 2017. Et afin d'assurer que la réserve demeure positive à long terme, on instaure un mécanisme d'ajustement automatique du taux de cotisation qui s'applique à partir de 2018 et qui est basé sur les résultats de la plus récente analyse actuarielle. En raison d'une démographie moins favorable,

le RRQ doit dorénavant être financé au moyen d'un taux de cotisation plus élevé que celui du Régime de pensions du Canada.

*Augmentation de l'âge d'admissibilité à la prestation de la Sécurité de la vieillesse*

Les projections financières de la PSV indiquent que le coût des programmes de la Sécurité de la vieillesse va augmenter au cours des prochaines décennies, principalement en raison du vieillissement de la population et de la croissance de l'utilisation des comptes d'épargne libres d'impôt (CELI). Afin de diminuer ces coûts, le gouvernement conservateur de Stephen Harper adopte le 12 décembre 2012 un projet de loi faisant en sorte que l'âge d'admissibilité à la PSV passera de 65 ans en avril 2023 à 67 ans en janvier 2029 pour les personnes nées à partir du 1er avril 1958. À la suite de son élection, et comme promis en campagne électorale, le gouvernement de Justin Trudeau annule ces nouvelles dispositions : « Les aînés vulnérables dépendent de ce soutien et, sans lui, ils courent un risque encore plus élevé de vivre dans la pauvreté[31]. »

Depuis 2012, il est néanmoins possible de différer la mise en paiement de la PSV jusqu'à 70 ans, sujet à une revalorisation du montant payable.

*Allégement du fardeau financier des régimes à prestations déterminées et mesures de gestion des risques*

La situation financière des régimes complémentaires de retraite se détériore dans les années 2000. En 2005, la Régie des rentes du Québec publie le document de consultation *Vers un meilleur financement des régimes de retraite à prestations déterminées* qui établit que ces régimes de retraite sont devenus un poids important pour les entreprises et que les règles en vigueur n'incitent pas à financer plus que le minimum requis.

La crise financière de 2008-2009 et le faible niveau des taux d'intérêt depuis la fin des années 1990 font ressortir une gestion des risques déficiente dans plusieurs régimes complémentaires de retraite. Cela force le gouvernement du Québec à consentir des mesures d'allégement temporaires à l'égard du financement des régimes de retraite à prestations déterminées. On cherche à effectuer un meilleur suivi de la santé financière des régimes et à les obliger à constituer des marges suffisantes avant de permettre les congés de cotisation ou les améliorations aux régimes. On crée l'obligation de constituer une provision pour écarts défavorables afin de mieux gérer le risque de non-appariement de l'actif et du passif des régimes de retraite. Par ailleurs, on rend obligatoire une évaluation actuarielle annuelle des régimes de retraite à prestations déterminées pour les régimes déficitaires.

31. Gouvernement du Canada, 2016, p. 197.

**Encadré 7.4**

Les mesures d'allégement des régimes de retraite à prestations déterminées

Diverses mesures sont adoptées à partir de 2009 pour réduire le fardeau du financement des régimes de retraite à prestations déterminées. Les mesures sont reconduites à plusieurs reprises et adaptées à une conjoncture économique en évolution. Ces mesures visent notamment :

- L'allongement de la période d'amortissement des déficits ;
- Le lissage de l'actif, ce qui augmente la valeur de l'actif pris en compte à la date de l'évaluation actuarielle et permet ainsi de réduire le déficit ;
- La consolidation de certains déficits, ce qui réduit la cotisation globale exigée de l'employeur ;
- L'application de nouvelles normes de l'Institut canadien des actuaires, ce qui permet de réduire la valeur des engagements des régimes.

Dans la foulée du rapport du Comité d'experts sur l'avenir du système de retraite québécois (comité D'Amours, 2013) et au terme de plusieurs années marquées par la reconduction de mesures temporaires d'allégement du financement des régimes de retraite à prestations déterminées, des actions législatives sont posées entre 2014 et 2016 de façon à jeter les bases d'une solution plus permanente, dans le but de « favoriser la santé financière et la pérennité de ces régimes ».

Fer de lance de l'action gouvernementale, les nouvelles règles applicables au secteur municipal[32] prévoient le partage en parts égales des déficits passés et des coûts (futurs) des régimes entre la partie patronale et les employés. Par ailleurs, l'argent consacré annuellement au régime de retraite dans une municipalité ne peut plus dépasser 18 % de la masse salariale. Les villes peuvent suspendre temporairement l'indexation des rentes, avec reprise et rétroaction possible lorsque le régime recouvre la rentabilité.

Les modifications aux règles encadrant le financement des régimes de retraite à prestations déterminées du secteur privé expriment un compromis entre la « sécurité des prestations » pour les participants et le respect de la « capacité de payer » des promoteurs[33]. Il s'agit tout d'abord de renoncer au financement sur une base de solvabilité visant à garantir la pleine valeur des droits advenant une terminaison du régime, pour plutôt opter pour un financement fondé sur des projections à plus long terme et incluant la constitution d'une provision de stabilisation. Cette provision de stabilisation est essentiellement un coussin financier qui se constitue

32. Loi favorisant la santé financière et la pérennité des régimes de retraite à prestations déterminées du secteur municipal.
33. Loi modifiant la Loi sur les régimes complémentaires de retraite principalement quant au financement des régimes de retraite à prestations déterminées.

à partir de gains actuariels et de cotisations supplémentaires. Elle permet d'éponger les déficits actuariels et favorise ainsi une plus grande stabilité des cotisations. L'utilisation des excédents d'actif sera également fortement encadrée et tributaire de l'existence d'une provision de stabilisation suffisante[34].

*Le régime volontaire d'épargne-retraite*

Les discussions fédérales-provinciales du début des années 2000 permettent de faire le constat de l'insuffisance de l'épargne-retraite pour les travailleurs de petites entreprises et pour les travailleurs indépendants. Ce constat conduit à la mise en place d'un cadre fédéral pour la création de régimes de pensions agréés collectifs, soit des régimes collectifs d'épargne-retraite administrés par des institutions financières et permettant de réduire les frais de gestion que doivent souvent payer les épargnants individuels.

Dans la foulée de ces travaux, le Québec décide de créer son propre instrument destiné à cette clientèle, le Régime volontaire d'épargne-retraite (RVER). C'est un régime d'épargne-retraite collectif offert par l'employeur et administré par un administrateur autorisé. Il vise principalement les travailleurs salariés qui n'ont accès à aucun régime d'épargne-retraite collectif offert par l'employeur. Le RVER est aussi accessible aux travailleurs autonomes. Fait important, l'adhésion des employés est automatique, mais ils peuvent renoncer à participer au régime.

Les entreprises visées par la loi doivent offrir un RVER au plus tard le 31 décembre 2016 pour les entreprises ayant 20 employés ou plus, et le 31 décembre 2017 pour les entreprises ayant 10 à 19 employés. On vise éventuellement à obliger la mise en place d'un RVER dans toutes les entreprises ayant au moins 5 employés.

Le taux de cotisation par défaut est de 2 % du salaire brut jusqu'à la fin de 2017, de 3 % en 2018 et de 4 % à partir de 2019. L'employeur n'est pas tenu de cotiser au régime. Si l'employeur verse des cotisations, elles sont immobilisées.

L'administration du régime peut être confiée à un gestionnaire de fonds d'investissement, une société de fiducie ou un assureur de personnes.

34. Une troisième loi relative au secteur universitaire a été adoptée. Elle est fortement inspirée par les précédentes. Il s'agit de la Loi sur la restructuration des régimes de retraite à prestations déterminées du secteur universitaire et modifiant diverses dispositions législatives.

## LE PORTRAIT DE LA SITUATION ACTUELLE

Au terme d'une revue des principaux changements ayant marqué l'évolution du système de retraite au fil des ans, la situation actuelle peut être examinée en regard des revenus des retraités, des modalités de transition du travail à la retraite et de la situation des travailleurs en matière de préparation à la retraite. Cette revue est complétée par une étude des perspectives de réforme actuellement considérées.

### Les revenus des retraités

Une étude réalisée par la RRQ fait état de résultats intéressants quant au niveau de revenu à la retraite par rapport aux revenus antérieurs, soit le taux de remplacement à la retraite, de même qu'en regard des sources de revenu à la retraite et de la progression des revenus dans les années suivant la retraite[35]. Cette étude se fonde sur les revenus totaux avant et après la retraite et non pas seulement sur les revenus d'emploi et ceux qui sont tirés de véhicules d'épargne-retraite.

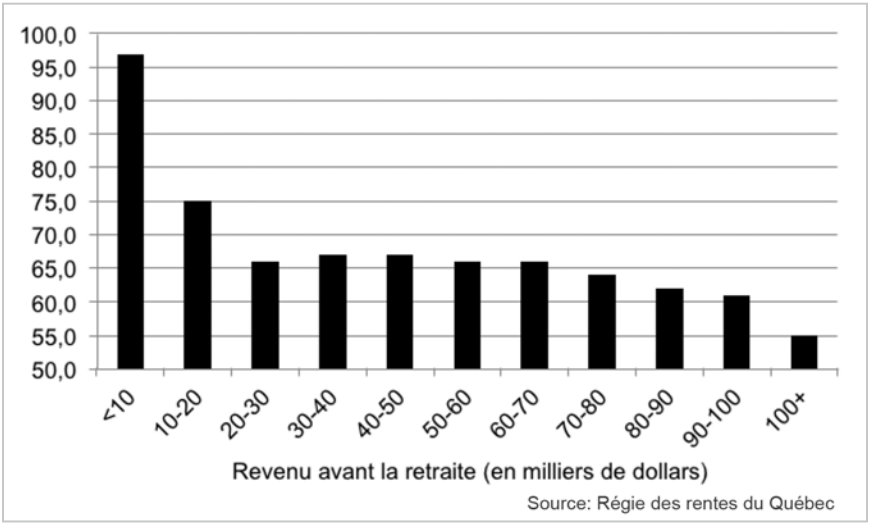
Le taux de remplacement n'a pas varié de façon significative au fil des ans pendant la période étudiée, soit entre 1992 et 2006. Il se situe en moyenne autour de 65 % pour les différentes classes de revenu étudiées, à l'exception des personnes à revenu faible qui peuvent compter sur un taux de remplacement plus élevé et des personnes qui gagnent au-delà de 100 000 $ où le taux de remplacement est plus de l'ordre de 50 %[36].

Aussi, des écarts subsistent au sein d'une même classe de revenu. Les conclusions suivantes peuvent être tirées du graphique A7.1 présentés en annexe, en regard des personnes gagnant entre 20 000 $ et 100 000 $ :

- environ 30 % de la population présente des taux de remplacement inférieurs à 55 % ;
- pour 10 % de la population, le taux de remplacement est inférieur à 40 %.

35. Régie des rentes du Québec, 2010c.
36. Selon cette étude, il y a peu de différence dans le taux de remplacement de revenu des hommes et des femmes (autour de 2 %). Le taux de remplacement de revenu des femmes diffère selon qu'elles vivent seules ou en couple. Les femmes vivant seules ont un taux de remplacement de revenu supérieur à celui des femmes vivant en couple. Pour les hommes, on note peu de différence à ce titre.

Graphique 7.4
**Taux de remplacement de revenu selon le niveau de revenu avant la retraite[37]**

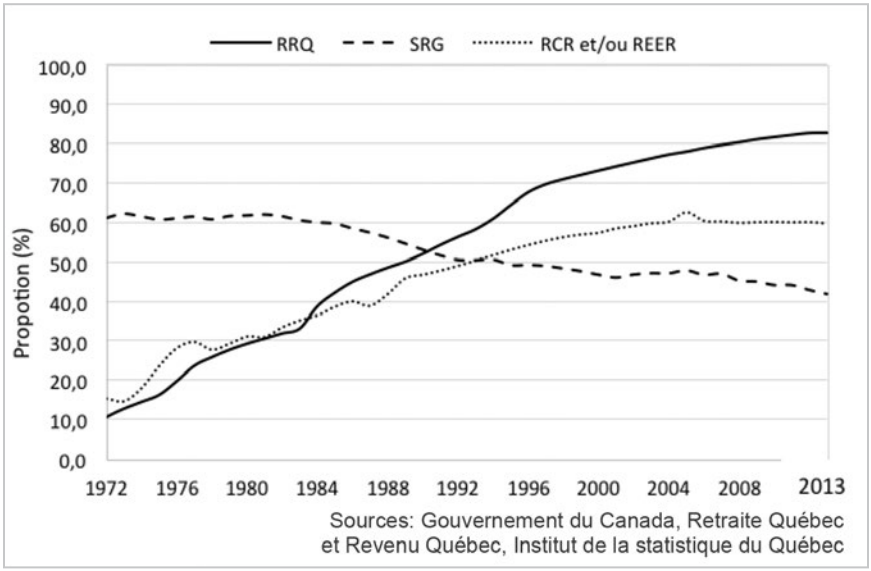



Cette étude vient corroborer le fait qu'une proportion croissante des retraités maintiennent une activité professionnelle et, par conséquent, un revenu de travail en complément du revenu de pension dans les années suivant leur retraite. Les personnes à revenu élevé sont plus nombreuses à maintenir une activité professionnelle au moment de prendre leur retraite, et elles demeurent généralement sur le marché du travail pour une période plus longue après leur retraite (voir le tableau A7.1 en annexe).

Une augmentation du nombre de personnes bénéficiant d'un revenu issu d'un RCR ou d'un REER est constatée pendant un certain nombre d'années et il s'ensuit une réduction de la proportion de personnes âgées touchant le SRG (graphique 7.5)[38]. Par contre, plus récemment, le pourcentage des personnes touchant des revenus privés de retraite (RCR ou REER) plafonne autour de 60 % et la proportion touchant le SRG est stable à près de 50 %.

37. Régie des rentes du Québec, 2010c, p. 20.
38. Les dernières années ont également été caractérisées par une croissance de la proportion des personnes âgées touchant des prestations du RRQ du fait de sa plus grande maturité.

Graphique 7.5
**Bénéficiaires d'un revenu de retraite selon la source, Québec, 1972-2013[39]**

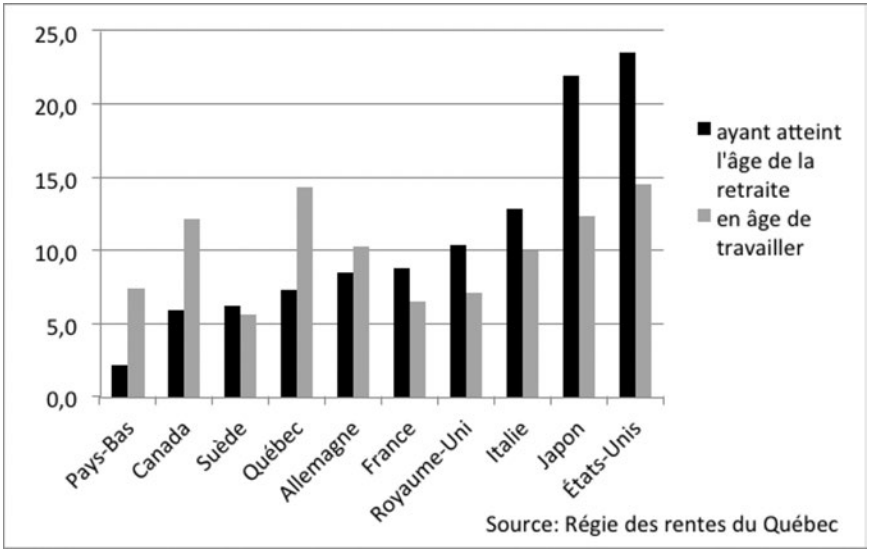



En moyenne, le revenu total des retraités varie peu dans les années suivant la retraite ; il semble progresser à des taux comparables à l'inflation[40]. Les revenus issus des régimes publics sont à la hausse, non seulement parce qu'ils sont indexés, mais également parce que certaines prestations deviennent payables en cours de retraite, notamment la pension fédérale (PSV et SRG) et les rentes de conjoints survivants. À l'inverse, les régimes privés, rarement indexés, subissent une perte de pouvoir d'achat en cours de retraite. Les revenus d'emploi diminuent également progressivement.

Lorsqu'on les compare aux systèmes en vigueur dans d'autres pays développés, nos régimes publics de retraite s'avèrent particulièrement efficaces pour assurer un niveau adéquat de retraite aux travailleurs à faible revenu[41]. Dans le graphique 7.6 sur les taux de pauvreté, les statistiques relatives au Canada et Québec témoignent de taux de faible revenu chez la population retraitée plus faible que chez la population en âge de travailler, alors que la situation inverse, soit des taux de pauvreté plus élevés au sein de la population âgée, prévaut dans d'autres pays développés[42].

39. Gouvernement du Canada ; Retraite Québec, 2016b, tableau 17 ; Revenu Québec, Statistiques fiscales de Revenu Québec (ARQ) ; Institut de la statistique du Québec.
40. Régie des rentes du Québec, 2010c, p. 12.
41. Gouvernement du Québec, 2013.
42. La présence de la PSV et du SRG n'est pas étrangère à cette bonne performance du Canada en regard de la pauvreté chez les aînés. Certains des pays figurant au graphique 7.7 dépensent

Graphique 7.6
**Taux de faible revenu de la population avant et après la retraite*[43]**




* La mesure utilisée correspond à 50 % du revenu médian équivalent disponible de la population, au milieu des années 2000.

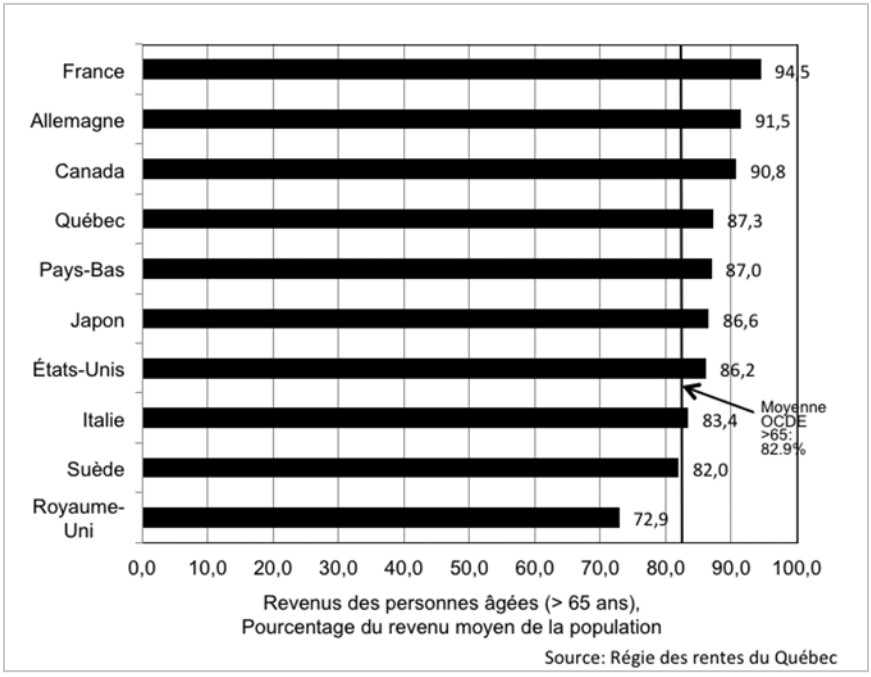
La situation relative de nos retraités par rapport à celle de leurs homologues d'autres pays est également intéressante lorsqu'on la compare sur la base du revenu disponible moyen des personnes de 65 ans et plus par rapport au revenu moyen de la population (graphique 7.7).

plus au titre des pensions publiques, mais misent plus sur des rentes dont le montant est conditionné par les gains de carrière.

43. Régie des rentes du Québec, 2012, p. 64.

Graphique 7.7

**Revenu équivalent disponible moyen des personnes de 65 ans et plus par rapport au revenu moyen de la population, au milieu des années 2000 (en pourcentage)[44]**




## La transition travail-retraite

Alors qu'il se situe autour de 65 ans à la fin des années 1970, l'âge moyen de retrait du marché du travail décroît graduellement pour se situer autour de 60 ans pour une période d'une quinzaine d'années, soit entre 1993 et 2008[45]. Cette période est caractérisée par des taux de chômage relativement élevés, de bons rendements des fonds de retraite, des restructurations d'entreprise et la disponibilité de jeunes travailleurs. Elle est également caractérisée par une participation croissante des femmes au marché du travail. Un creux quant à l'âge moyen de retraite est noté en 1997-1998, autour de 58,5 ans, au moment du programme de départ volontaire dans le secteur public québécois.

Une tendance à la hausse est observée au cours des dernières années, l'âge de retrait du marché du travail passant de 60,0 à 62,3 ans en moyenne entre 2005 et 2014 (graphique 7.8). Bien que le Québec présente traditionnellement un âge de

44. Régie des rentes du Québec, 2012, p. 59.
45. Statistique Canada, 2015, *Enquête sur la population active*.

retraite plus faible que les autres provinces canadiennes, la hausse des dernières années est plus marquée en sol québécois, l'écart de 1,5 année en 2005 ayant été réduit de moitié pendant cette période. Les femmes se retirent généralement du marché du travail plus jeunes que les hommes, soit environ 6 mois plus tôt en moyenne[46].

**Encadré 7.5**

Adaptation des pratiques d'entreprise aux nouvelles réalités de la retraite – Résultats d'une enquête sectorielle

Une transition plus tardive vers la retraite pose certains défis organisationnels.

Une étude menée auprès de grands employeurs du secteur de la finance et des assurances tente de définir les pratiques et les défis envisagés en regard de cessations tardives plus fréquentes.

**Atouts et limites**

Des caractéristiques distinctives des professionnels de 50 à 55 ans comportent plusieurs atouts et quelques limites. Outre l'expérience et les connaissances élevées, les atouts les plus souvent cités sont l'esprit critique, le sens de l'écoute et un sens évident de l'intégrité et de l'éthique. Sans surprise, les limites sont liées à la capacité d'adaptation au changement et à la difficulté à suivre l'évolution des technologies de l'information.

**Enjeux et défis**

Une grande variabilité des enjeux et des défis liés à la présence de professionnels âgés parmi les travailleurs actifs est observée chez les gestionnaires sondés. Certains considèrent que l'enjeu principal réside dans le transfert de connaissances. D'autres, mentionnent que cette catégorie de professionnels est moins performante et moins mobilisée. Aussi, pour les employeurs dont le taux de roulement est faible, la présence de professionnels âgés entraîne une démotivation des jeunes professionnels qui voient leur rythme de progression réduit. Certains employeurs indiquent que les professionnels âgés ne représentent aucun défi de gestion additionnel.

Les pratiques envisagées afin d'optimiser la rétention et la mobilisation des professionnels âgés comportent une modulation des responsabilités (par exemple, des mandats particuliers, des remplacements ponctuels), des stratégies d'accommodement des méthodes de travail (par exemple, l'allégement des horaires, le télétravail) ainsi que des stratégies de transfert de connaissance (par exemple, des programmes de formation, du mentorat).

46. On note toutefois une exception en 1997, où l'âge de la retraite des femmes est inférieur de 1,5 année à celui des hommes. Cette différence est attribuable en grande partie au programme de départ volontaire dans la fonction publique et parapublique québécoise ; Régie des rentes du Québec, 2010c, p. 13.

**Conclusion**

Les atouts des professionnels âgés mentionnés par les gestionnaires sondés permettent de conclure que plusieurs employeurs ont un incitatif à conserver cette catégorie de professionnels.

Par contre, des conditions de succès semblent nécessaires chez les gestionnaires interrogés (culture de gestion personnalisée et flexible, soutien important de la direction, etc.) afin d'assurer la rétention de ces professionnels.

Source : Étude sous la direction de madame Sylvie St-Onge, professeure titulaire au Département de management des HEC Montréal, pour un projet du Pôle de recherche appliquée sur la retraite de Finance Montréal.

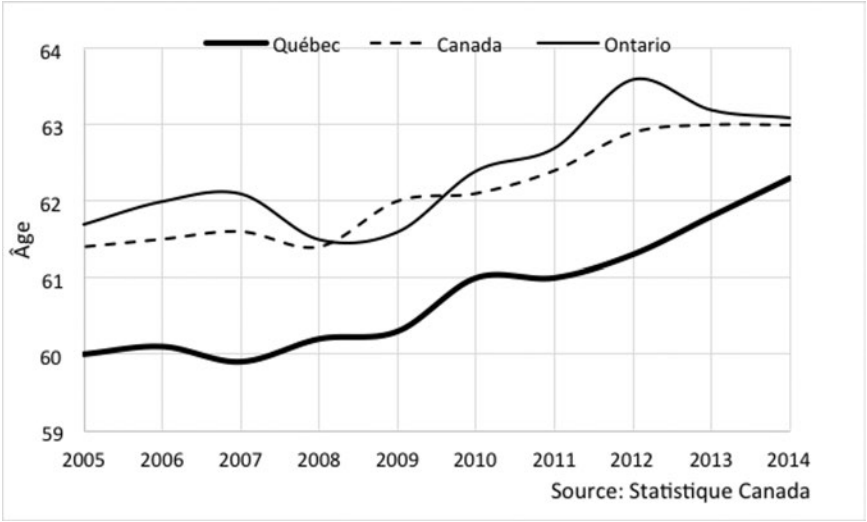
La tendance à la hausse de l'âge de cessation des activités professionnelles ne s'est pas accompagnée d'un relèvement de l'âge moyen de mise en paiement des rentes de retraite du RRQ et du RPC (voir le graphique 7.2). En fait, comme le montre le graphique 7.9, une proportion croissante des prestataires d'une rente de retraite maintiennent une activité professionnelle et une majorité des travailleurs consultés témoignent de leur intérêt pour un passage graduel du travail à la retraite ou pour le maintien d'une présence sur le marché du travail dans les années suivant leur retraite.

L'âge de cessation des activités professionnelles se dissocie graduellement de l'âge de mise en paiement des prestations de retraite, mais il n'en demeure pas moins que le fait d'avoir participé à un RCR ou cotisé à un REER accélère la prise de la retraite[47]. Dans le même esprit, les Québécois qui ont un revenu provenant d'un travail autonome se retirent en moyenne plus de deux ans plus tard que les autres travailleurs (61,7 ans comparativement à 59,6 en 2006)[48].

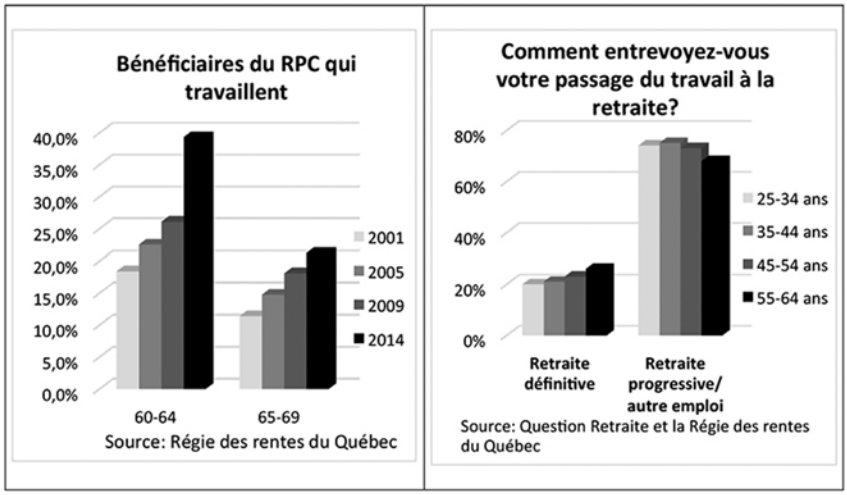
Finalement, le nombre de personnes s'étant retirées du marché du travail entre 60 et 64 ans du fait d'une invalidité les rendant incapables d'occuper leur emploi a diminué de façon significative au cours des 20 dernières années (voir le graphique 7.10).

47. Régie des rentes du Québec, 2010c, p. 35 ; Ostrovsky et Schellenberg, 2009.
48. Régie des rentes du Québec, 2010c, p. 14.

Graphique 7.8
**Évolution de l'âge moyen de prise de la retraite, Québec, Ontario et Canada, 2005-2014[49]**

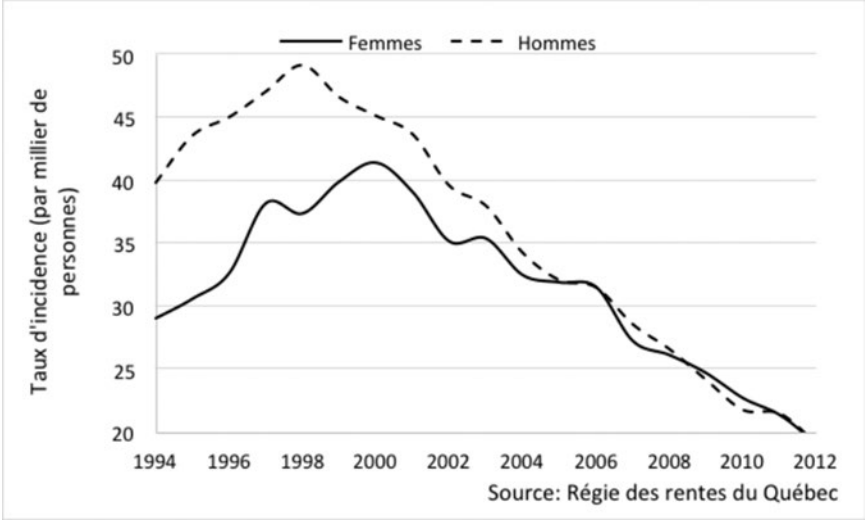



Graphique 7.9
**Transition travail-retraite : l'attrait de la retraite progressive[50,51]**




49. Statistique Canada, 2015.
50. Régie des rentes du Québec.
51. Sondage SOM réalisé pour Question retraite et la Régie des rentes du Québec, 2013.

Graphique 7.10
**Taux d'incidence de l'invalidité, selon le sexe, chez les 60 ans et plus, Québec, 1994-2012[52]**




## La préparation de la retraite

Différentes études ont tenté d'évaluer si les habitudes des travailleurs et travailleuses en regard de la préparation de la retraite sont de nature à leur permettre de s'assurer un revenu adéquat à la retraite. Dans les faits, il s'agit généralement d'estimer la proportion des personnes qui peuvent maintenir leur niveau de vie une fois à la retraite. Il est intéressant de dégager des conclusions d'ensemble de ces études, sujettes à certaines nuances conditionnées par les variantes entre les études :

- Environ le tiers des ménages québécois n'épargnent pas suffisamment pour atteindre un taux de remplacement de 60 % à la retraite, s'ils prennent leur retraite à 65 ans. Ce pourcentage atteint 45 % pour une famille ayant un revenu compris entre 38 000 $ et 67 000 $ et 49 % pour une famille ayant un revenu compris entre 67 000 $ et 92 000 $[53]. L'encadré 7.6 montre d'ailleurs que l'espace fiscal REER est grandement sous-utilisé.
- Cette proportion est réduite de façon significative lorsque sont pris en considération non seulement le patrimoine constitué au titre de la retraite (RCR et REER), mais également les autres éléments d'actif financier constitués au cours de la vie active, ce qui peut notamment inclure une résidence. En supposant la liquidation de ces éléments durant la retraite, la proportion des ménages ne constituant pas un patrimoine suffisant est plus de l'ordre d'environ

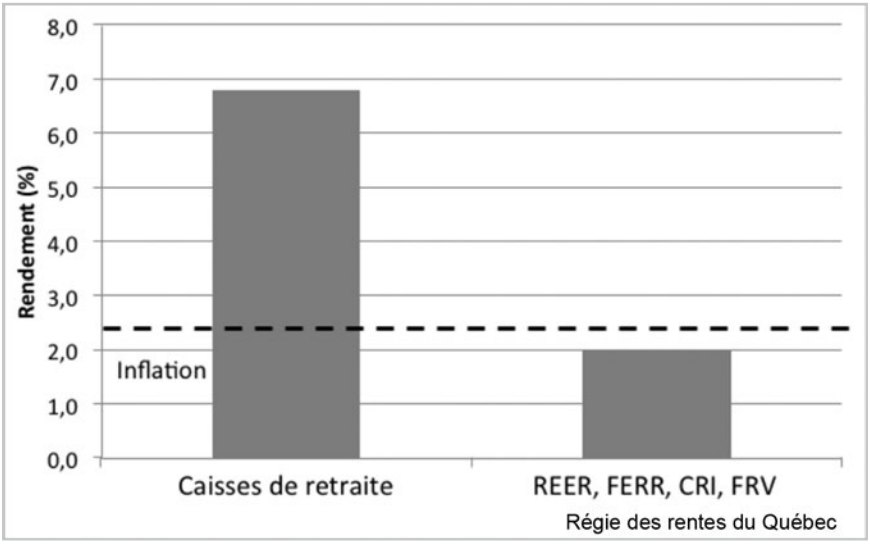
52. Régie des rentes du Québec, 2015c, tableau 12.
53. Gouvernement du Québec, 2013 ; Régie des rentes du Québec, 2008.

1 sur 6. Les personnes davantage à risque demeurent néanmoins celles qui ne cotisent pas suffisamment à leur RCR à cotisation déterminée ou REER collectif et celles n'ayant pas accès à un régime collectif et ne pouvant compter sur un niveau d'épargne suffisante[54].

- Les conclusions des études ne sont pas nécessairement convergentes en ce qui a trait au niveau de revenu escompté à la retraite pour les travailleurs ne cotisant pas à un mécanisme d'épargne-retraite, par rapport à ceux qui y ont accès[55]. Par contre, tous s'entendent pour dire que les travailleurs non couverts ont tendance à opter pour une retraite plus tardive.
- Certaines études font état d'une réduction du niveau de consommation à la retraite, volontaire dans bien des cas, sans qu'il s'ensuive une réduction signification du niveau de vie[56]. Cette situation est conditionnée dans une large mesure par la disponibilité des services publics, notamment au titre de la santé et de la perte d'autonomie en fin de vie.
- Les rendements obtenus sur les mécanismes individuels d'épargne-retraite sont généralement plus faibles que ceux des caisses de retraite, en ce qui a trait tant au choix des investissements qu'aux frais encourus[57]. Le graphique 7.11 en fait état.

Graphique 7.11

**Rendement des caisses de retraite, des REER, FERR, CRI et FRV (1999-2005)[58]**



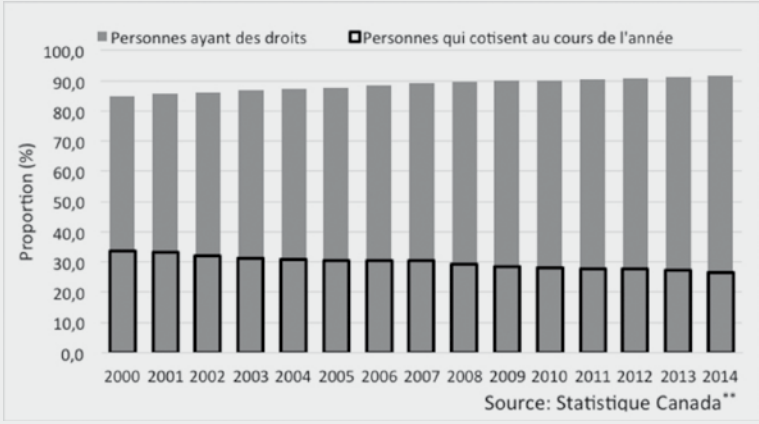

54. Mckenzie, 2015.
55. Ostrovsky et Schellenberg, 2009 ; Régie des rentes du Québec, 2010b.
56. Mckenzie, 2015 ; Mintz, 2009.
57. Gouvernement du Québec, 2013 ; Mintz, 2009 ; Régie des rentes du Québec, 2008.
58. Régie des rentes du Québec, 2008.

- La réduction du nombre de participants aux RCR, notamment ceux à prestations déterminées, pourrait se traduire par une détérioration de la situation dans l'avenir[59].

**Encadré 7.6**

Utilisation de l'espace fiscal REER[60]

Une minorité de Québécois bénéficiant de droits de cotisation cotisent à un REER, et le ratio a tendance à diminuer avec le temps. En 2013, le pourcentage est inférieur à 30 %. Les gens ayant un revenu entre 20 000 $ et 80 000 $ représentent un peu moins des trois quarts des cotisants, pour 44 % du montant de cotisations, comparativement à 25 % des cotisants ayant un revenu supérieur à 80 000 $ pour 55 % des cotisations totales. Les cotisations sont évidemment croissantes avec le revenu, et bien peu de personnes ayant un revenu inférieur à 20 000 $ cotisent. À noter que les régimes publics procurent un niveau de remplacement de revenu à la retraite plus élevé pour ces personnes.




Statistique Canada, CANSIM 111-0039 et CANSIN 111-0040.

Une grande partie des droits de cotisation au REER demeurent donc inutilisés. Chaque année, les cotisations correspondent à environ 45 % des nouveaux droits de cotisation de l'année. Considérant le cumul des droits inutilisés au fil des ans et les retraits avant la retraite, près de 90 % des droits octroyés depuis la réforme de 1991 sont demeurés inutilisés.

59. Baldwin, 2009.
60. Frenken, 1998 ; Statistique Canada.

### L'évolution du système

Les dernières années ont été marquées par la révision des bases de financement des régimes complémentaires de retraite à prestations déterminées et l'introduction du Régime volontaire d'épargne-retraite, mais des échanges se sont également poursuivis à la grandeur du Canada quant à une possible bonification des régimes publics, notamment le RPC.

Les propositions mises de l'avant sont centrées essentiellement sur une augmentation possible du niveau des prestations, par des hausses du taux de remplacement et du maximum des gains admissibles. Reflet d'un souci d'équité intergénérationnelle, les principales options considérées ont en commun de prévoir l'acquisition des prestations supplémentaires uniquement pour les années futures et d'être financées sur une base de pleine capitalisation. Le bien-fondé de ces propositions repose principalement sur l'idée de la couverture de tous les travailleurs, sur la base de bonifications « modestes » et de frais administratifs faibles, évitant une majoration trop importante des charges imputées aux employeurs et laissant une place suffisante aux initiatives privées. Tous ne s'entendent pas sur le poids relatif de ces considérants et sur l'opportunité d'un élargissement du rôle de l'État. Deux propositions ont retenu davantage l'attention :

- Le gouvernement de l'Ontario a mis de l'avant l'idée d'un régime public propre à cette province, en complément au RPC. Basé sur une prestation de 15 % du salaire sujet à un maximum des gains admissibles nettement plus élevé[61], ce régime prévoit une option de retrait pour les employeurs offrant un régime au moins équivalent. Cette proposition fait suite au refus du gouvernement fédéral de Stephen Harper d'aller de l'avant avec une bonification du RPC.
- Au Québec, le Comité d'experts sur l'avenir du système de retraite (comité D'Amours) a plutôt proposé une rente de longévité permettant à tous les travailleurs de bénéficier, à partir de 75 ans, d'une rente supplémentaire à prestations déterminées. Elle permet à tous de mieux gérer le risque de longévité, en concentrant le besoin d'épargne personnelle sur une période allant de la retraite jusqu'à 75 ans. Cette rente correspondrait à 20 % du salaire après 40 ans de participation.

Dans les mois suivant son élection, le gouvernement libéral de Justin Trudeau s'entend avec toutes les provinces, sauf le Québec[62], pour une bonification du RPC : une hausse de 25 % à 33 % du taux de remplacement jumelée à une majoration de 14 % du maximum des gains admissibles. La classe moyenne, souvent ciblée comme étant à risque, est donc doublement visée. Lors des discussions ayant

61. 90 000 $ comparativement à 54 900 $ pour le RRQ et le RPC.
62. Bien que le Québec ne participe pas au RPC, il a droit au chapitre au même titre que les autres provinces, dans le respect des prérogatives constitutionnelles et dans un esprit d'équivalence entre les deux régimes.

mené à cette entente, le Québec privilégie plutôt de fixer le seuil minimal des gains assurés à 50 % du maximum des gains admissibles, évitant une augmentation des cotisations en regard des travailleurs à faible revenu et favorisant un rôle élargi pour le programme fédéral de Supplément de revenu garanti pour ces clientèles[63].

Dans son budget de février 2016, le gouvernement fédéral fait également état de changements à la pension fédérale de la Sécurité de la vieillesse, non seulement le rétablissement de l'âge d'admissibilité à 65 ans, mais également une prestation complémentaire au Supplément de revenu garanti pour les personnes vivant seules ainsi que des prestations plus élevées, en fonction des revenus individuels des membres du couple, pour les couples d'aînés vivant séparés pour des raisons échappant à leur contrôle (comme le besoin de soins de longue durée). Comme les modalités d'indexation de la pension fédérale se traduisent par une détérioration de sa valeur relative au fil des ans, le gouvernement fédéral entend « se pencher sur des façons de formuler un nouvel indice des prix s'appliquant aux aînés qui tiendrait compte du coût de la vie auquel les aînés font face[64] ».

Finalement, bien qu'il existe un large consensus en regard du besoin de flexibilité quant à l'âge de la retraite et de l'importance de ne pas inciter à une retraite trop hâtive, la possibilité de report de l'âge de retraite normal au-delà de 65 ans, notamment pour le RRQ-RPC, n'occupe pas une grande place dans les débats. Il importe de se rappeler que ces régimes demeurent modestes et qu'une très large majorité de travailleurs demandent leur rente bien avant 65 ans.

## CONCLUSION

Quatre constats principaux se dégagent de l'analyse du système de retraite :

- La situation actuelle des retraités est somme toute positive, bien que les statistiques montrent qu'une proportion non négligeable des travailleurs actuels ne seront pas en mesure de maintenir leur niveau de vie à la retraite, à moins d'en différer le début ou de cumuler travail et retraite. De plus, l'allongement de la durée de vie et les faibles taux d'intérêt et de rendement, jumelés à la détérioration relative de la valeur de la Pension de la sécurité de la vieillesse, laissent présager une détérioration de la situation « à âge de retraite égal ».
- Lors de leur instauration en 1966, le RRQ et le RPC sont jugés équivalents, considérant des taux de cotisation identiques et des prestations similaires avec seulement quelques variantes dans les prestations accessoires. Des révisions en profondeur des deux régimes sont considérées, par exemple au Québec

63. A noter que la bonification fédérale est assortie d'un crédit d'impôt limitant la hausse effective des cotisations pour les travailleurs à faible revenu. Comme le prévoit la loi, une consultation publique relative au RRQ doit avoir lieu en 2017.
64. Gouvernement du Canada, 2016, p. 199.

avec les rapports Cofirentes+ et Agir maintenant pour demain. Les régimes sont adaptés à de nouvelles réalités (par exemple, la retraite progressive), mais le niveau relatif de leurs prestations demeure inchangé au fil du temps. Cependant, une bonification du RPC a été convenue récemment entre le gouvernement fédéral et les autres provinces, en vue d'une mise en vigueur à compter de 2019. Par ailleurs, les dernières évaluations actuarielles indiquent que le RPC peut maintenir un financement stable sur la base des dispositions actuelles avec un taux de cotisation de 9,9 % alors qu'un financement adéquat du RRQ nécessite des taux de cotisation plus élevés.

- Les travailleurs du secteur privé sont peu couverts par les RCR, en particulier dans les petites et moyennes entreprises. Le virage se poursuit en faveur de régimes de retraite moins généreux à cotisation déterminée dans lesquels les risques sont assumés en grande partie par les travailleurs. Néanmoins, au Québec, dans la foulée du rapport D'Amours, un nouveau cadre de financement des RCR à prestations déterminées a été adopté dans le but de préserver ce type de régime. Un meilleur partage des risques entre les travailleurs, les employeurs et les retraités est à la base de cette réforme.
- Si les incitations fiscales à l'épargne-retraite datent de nombreuses années, force est de constater que leur utilisation demeure limitée. Qui plus est, le recours à l'épargne individuelle comme mécanisme de préparation à la retraite laisse transcender des lacunes importantes, notamment quant à la gestion des placements et aux des frais qui en découlent. Des actions ont été posées récemment, soit le Régime volontaire d'épargne-retraite, de façon à augmenter et à améliorer la couverture des régimes à cotisation déterminée.

Deux enjeux principaux émergent pour les prochaines années :

- L'adaptation du système, notamment en ce qui a trait à la protection effective des classes moyennes. Fruit d'un choix politique, les décisions afférentes à cette question s'inscriront dans le respect de la tradition d'un système mixte, à savoir une bonification « modeste » de la composante publique (bonification du RRQ…), l'émergence de régimes « hybrides » conférant un niveau relatif de garanties en regard des prestations déterminées et un renforcement de l'efficacité et de l'efficience de l'épargne-retraite. La question est particulièrement aiguë au Québec, du fait que les autres provinces se sont entendues pour une bonification du RPC. L'idée mise de l'avant par Québec de miser sur un rôle accru du Supplément de revenu garanti se traduirait par une grande vulnérabilité des travailleurs québécois à faible revenu à l'égard de ce régime fédéral qui compterait une disproportion de bénéficiaires au Québec.
- Les travailleurs qui opteront pour une cessation plus tardive des activités professionnelles le feront de façon différente de par le passé, soit par une réduction graduelle des activités accompagnée le plus souvent du cumul d'un revenu de travail et d'un revenu de pension. Les régimes de retraite, tant publics que privés, doivent s'adapter à cette nouvelle réalité, dans un souci de flexibilité et d'équité, peu importe le parcours vers la retraite. Cette transition

plus tardive vers la retraite sera d'autant plus opportune considérant la stagnation de la taille de la population active et la rareté de la main-d'œuvre dans certains domaines, mais elle posera certains défis en matière d'organisation du travail. Il faut souhaiter que la flexibilité associée à de telles pratiques constitue une source de valeur ajoutée pour les entreprises et qu'elles sauront faire ce qu'il faut pour y parvenir.

## ANNEXE

Graphique A7.1
**Taux de remplacement de revenu[65]**

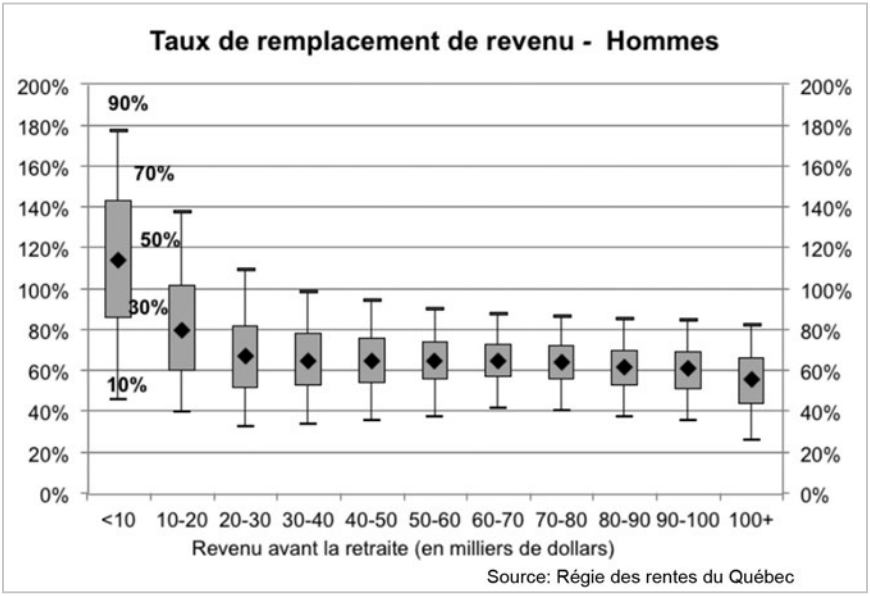



TABLEAU A7.1
**Proportion de retraités ayant un revenu de travail dans l'année qui suit la retraite**

| REVENU TOTAL AVANT LA RETRAITE | HOMMES | FEMMES | TOTAL |
|---|---|---|---|
| Moins de 20 000 $ | 30 % | 19 % | 22 % |
| 20 000 $ – 39 999 $ | 28 % | 18 % | 22 % |
| 40 000 $ – 59 999 $ | 33 % | 20 % | 28 % |
| 60 000 $ – 79 999 $ | 40 % | 24 % | 37 % |
| 80 000 $ et plus | 50 % | 36 % | 48 % |
| **Total** | **35 %** | **20 %** | **29 %** |

Source : Régie des rentes du Québec, 2010c.

65. Régie des rentes du Québec, 2010c. Données non publiées de l'étude en question.

## Bibliographie


Albert, Jean-Paul, 2014, *Guide sur les régimes de retraite et les avantages sociaux au Québec*, Montréal, Lexis Nexis, 755 p.

Baldwin, Robert, 2009, *Research Study on the Canadian Retirement Income System*, Toronto, Ministry of Finance, Government of Ontario, 83 p.

Canada, Chambre des communes Sénat, Joint Committee on Old Age Security, 1950, *Report, J. H. King and Jean Lesage, chairmen*, Ottawa, King's Printer.

Canadian Tax Foundation, 1961-62, *The National Finances : An Analysis of the revenues and expenditures of the Government of Canada.*

Canadian Tax Foundation, 1972-73, *The National Finances : An Analysis of the revenues and expenditures of the Government of Canada.*

Clark, Robert M., 1960, *Economic security for the aged in the United States and Canada : a report prepared for the Government of Canada (tomes I et II)*, Ottawa.

Conseil économique du Canada, 1979, *Perspective 2030 : l'avenir des régimes de retraite*, Ottawa, le Conseil, 155 p.

Dewetering, June, 1990, *The Old Age Security Fund*, Ottawa, Parliamentary Research Branch, http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/MR/mr58-e.htm.

Frenken, Hubert, 1998, « REER : profiter des droits de cotisation inutilisés », *Perspective*, Statistique Canada, 39 pages.

Québec, 1964, Comité interministériel d'étude sur le Régime de rentes (Dupont et collab.), *Rapport du Comité interministériel d'étude sur le Régime de rentes du Québec (tomes I et II)*, 185 p. et 347 p.

Gouvernement du Canada, 1996, *La prestation aux aîné(e)s : assurer l'avenir. Budget 2016*, ministère des Finances, Ottawa, 74 p.

Gouvernement du Canada, 2016, *Assurer la croissance de la classe moyenne – Budget 2016*, ministère des Finances Canada, Ottawa, 308 p.

Gouvernement du Québec, 1985, *Agir maintenant pour demain : une politique québécoise de sécurité du revenu à la retraite*, 80 p.

Gouvernement du Québec, 1977, Comité d'étude sur le financement du Régime de rentes du Québec et sur les régimes supplémentaires de rentes, *Cofirentes+ : la sécurité financière des personnes âgées au Québec*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 126 p.

Gouvernement du Québec, 1996, *Pour vous et vos enfants : garantir l'avenir du Régime de rentes du Québec* (document de consultation), 50 p.

Gouvernement du Québec, 2013, Comité d'experts sur l'avenir du système de retraite québécois (comité D'Amours), *Innover pour pérenniser le système de retraite : un contrat social pour renforcer la sécurité financière de tous les travailleurs québécois*, Québec, Régie des rentes du Québec, 219 p.

Marsh, Leonard, 1943, *Report on social security for Canada*, Ottawa, E. Cloutier, Printer to the King, 145 p.

Mckenzey & Company, 2015*, Préparation à la retraite au Canada : bâtir sur des acquis solides*, 28 p.

Mintz, Jack M., 2009, *Rapport sommaire des travaux de recherche sur le niveau adéquat du revenu de retraite*, ministère des Finances du Canada, Ottawa, 33 p.

Ostrovsky, Y et S. Grant, 2009, *Pension Coverage, Retirement Status, and Earnings Replacement Rates among a Cohort of Canadian Seniors*, Statistique Canada, 30 p.

Question retraite et Régie des rentes du Québec, 2013, *Sondage SOM réalisé pour Question retraite et la Régie des rentes du Québec*, mai 2013.

Régie des rentes du Québec, 1997, *Les régimes complémentaires de retraite – Statistiques 1994*.

Régie des rentes du Québec, 1999, *Le Régime de rentes du Québec – Statistiques 1998*.

Régie des rentes du Québec, 2003, *Adapter le Régime de rentes aux nouvelles réalités du Québec*, 66 p.

Régie des rentes du Québec, 2005, *Vers un meilleur financement des régimes de retraite à prestations déterminées*, 87 p.

Régie des rentes du Québec, 2005, *Fière de bâtir votre avenir depuis 40 ans*.

Régie des rentes du Québec, 2008, *Vers un Régime de rentes du Québec renforcé et plus équitable*, 69 p.

Régie des rentes du Québec, 2009, *Évolution de la retraite anticipée – Données de 1992 à 2006*, 19 p.

Régie des rentes du Québec, 2010a, *Portrait du marché de la retraite au Québec*, 2e édition, 78 p.

Régie des rentes du Québec, 2010b, *Constats et enjeux concernant le système de retraite québécois*, 87 p.

Régie des rentes du Québec, 2010c, *La transition travail-retraite, données de 1991 à 2007*, 45 p.

Régie des rentes du Québec, 2012, *Évaluation du système québécois de sécurité financière à la retraite par rapport à celui d'autres pays industrialisés*, 93 p.

Régie des rentes du Québec, 2015a, *Régimes complémentaires de retraite – Statistiques de l'année 2012*, 39 p.

Régie des rentes du Québec, 2015b, *Régime de rentes du Québec – Statistiques de l'année 2014*, 92 p.

Régie des rentes du Québec, 2015c, *Évolution de la clientèle de la rente d'invalidité de 1970 à 2010.*

Régie des rentes du Québec, 2015d, *Rapport annuel de gestion 2014*, 195 p.

Retraite Québec, 2016a, *Régimes complémentaires de retraite – Statistiques de l'année 2013*, 39 p.

Retraite Québec, 2016b, *Régime de rentes du Québec – Statistiques de l'année 2015*, 92 p.

Statistique Canada, 2015, *Enquête sur la population active*.

# Chapitre 8

# La santé et la sécurité au travail

*André Beauchemin et Gilles Binet*[1]

***Le régime de santé et sécurité du travail a poursuivi son évolution à l'intérieur du cadre défini en 1931, un programme sans égard à la faute entièrement financé par les employeurs. La prévention des lésions professionnelles s'est imposée petit à petit comme l'objectif prioritaire pour assurer sa pérennité.***

TABLE DES MATIÈRES

**Les premières actions** . . . . . **281**

**Les assises du régime actuel** . . . . . **284**
Le contexte des années 1970 . . . . . 284
L'adoption de la Loi sur la santé et la sécurité du travail en 1979 . . . . . 286
L'adoption de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles en 1985 . . . . . 288

**Les étapes d'évolution du régime** . . . . . **293**
L'évolution du programme de prévention . . . . . 293
L'évolution du programme d'indemnisation et de réadaptation . . . . . 297
Le financement du régime . . . . . 299

**La situation actuelle** . . . . . **303**
Le programme de prévention . . . . . 304
Le programme d'indemnisation et réadaptation . . . . . 305
Le financement du régime . . . . . 306

**Constats et enjeux** . . . . . **307**

**Annexe –** L'indemnisation des victimes d'actes criminels . . . . . 310

**Bibliographie** . . . . . **313**

1. Les auteurs tiennent à remercier Anne St-Martin, Louise Tremblay, Lalina Lévesque, Lucie Lizotte et Jacques Aubin qui ont gentiment fourni les informations désirées, ainsi bien sûr que Roland Longchamps qui a agi à titre de conseiller-réviseur.

Dans la grande majorité des pays entraînés dans la révolution industrielle, l'indemnisation des victimes d'accidents du travail a été l'objet de la première mesure de sécurité sociale mise en place, dans la plupart des cas dès la fin du XIX^e siècle ou au début du XX^e. Maintenant les régimes d'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont généralement considérés comme des régimes d'assurance publique. En outre, ces régimes comportent la plupart du temps une importante composante de prévention des accidents et des maladies. C'est certainement le cas au Québec puisque le système de protection contre les accidents du travail repose essentiellement sur deux grandes lois, l'une traitant principalement de prévention et l'autre, de l'indemnisation et de la réadaptation des victimes, ainsi que du financement du régime.

## LES PREMIÈRES ACTIONS

À l'instar des autres pays industrialisés, le Québec légifère d'abord en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, en cherchant à contrer les abus dont ces derniers peuvent être victimes dans leurs milieux de travail. L'Acte des manufactures du Québec, adoptée en 1885, est la première loi québécoise relative aux conditions de travail des ouvriers. Cette loi s'inspire d'une loi ontarienne adoptée l'année précédente, elle-même inspirée d'une loi britannique antérieure. Elle couvre tout établissement industriel et prévoit des normes concernant l'aménagement et l'entretien des lieux de travail, l'âge et les heures de travail des ouvriers.

Le Canada crée en 1886 la Commission royale sur les relations du travail avec le capital au Canada, à la suite de revendications du monde ouvrier qui critiquait le nombre élevé d'accidents du travail, les piètres conditions de vie des ouvriers et les abus dont ils étaient victimes. Le rapport dévastateur de cette commission entraîne un resserrement de l'application de l'Acte des manufactures du Québec et son remplacement éventuel par la Loi des établissements industriels en 1894. Pour ce qui est de la compensation des conséquences d'un accident du travail, c'est en 1909 qu'est adoptée la première loi à ce sujet. Auparavant, en l'absence de tout régime particulier, ce sont les règles générales de la responsabilité civile qui s'appliquaient. Pour obtenir réparation, le travailleur devait poursuivre son patron devant les tribunaux de droit commun et prouver le dommage subi, la faute du patron ou de l'un de ses préposés, ainsi que la relation entre la faute et le dommage subi. Dans les faits, le travailleur ne réussissait pas souvent à prouver le lien de causalité : il a été estimé que la proportion des accidentés du travail qui réussissaient à obtenir une compensation se situait entre 12 % et 25 %[2]. Le Québec crée en 1907 la Commission chargée d'étudier les recours auxquels donnent lieu les accidents du

2. CSST, 2003, p. 5.

travail (commission Globensky), qui recommande l'adoption « d'une loi en vertu de laquelle les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail donneraient droit, au profit de la victime ou à ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise[3] ».

Le Québec innove en devenant la première province canadienne à légiférer en matière d'indemnisation des victimes d'accidents du travail. La Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail et la réparation des dommages qui en résultent entre en vigueur en 1910. Elle introduit un système de responsabilité patronale individuelle avec administration judiciaire. Le travailleur accidenté n'a plus à démontrer la faute du patron, mais il doit encore s'adresser aux tribunaux de droit commun et démontrer, entre autres, la qualification de l'événement ayant causé des dommages comme accident du travail. En pratique, le seul effet concret de cette loi est d'alléger le fardeau de preuve des accidentés.

Au cours des années suivantes, la plupart des autres provinces canadiennes adoptent une approche bien différente. Le juge en chef de la Cour suprême de l'Ontario, William Meredith, est chargé par le gouvernement ontarien d'étudier les lois qui régissent en d'autres pays la responsabilité des employeurs dans la compensation des accidents du travail. Dans son rapport déposé en 1913, il rejette le système d'inspiration britannique basé sur la responsabilité individuelle des employeurs et recommande plutôt l'adoption du modèle allemand, qui reconnaît la responsabilité collective des employeurs. L'Ontario retient cette solution en 1914 et, à l'exception du Québec, les principales provinces canadiennes lui emboîtent le pas au cours des années suivantes. À cette époque, dans toutes les provinces sauf le Québec et la Saskatchewan, c'est une commission indépendante qui administre un fonds d'accident, auquel contribuent les employeurs, et qui verse toutes les indemnités aux travailleurs accidentés.

Les syndicats ouvriers dénoncent les conditions existant au Québec et exigent l'adoption du modèle ontarien. Le gouvernement forme en 1922 la Commission d'étude sur la réparation des accidents du travail (commission Roy), composée de représentants du patronat et des travailleurs, qui ne peut dégager de consensus. La Loi relative aux accidents du travail de 1928 fixe les paramètres des différentes compensations à verser aux travailleurs accidentés, mais elle continue de reconnaître la responsabilité individuelle de l'employeur, en ajoutant une obligation pour ce dernier de détenir une police d'assurance pour couvrir les réclamations à venir. La Loi concernant la Commission des accidents du travail *(CAT)*, également en 1928, crée un organisme chargé de l'administration de la loi précédente, afin surtout de déjudiciariser le régime : la Commission « connaît et décide, à l'exclusion de tout autre tribunal, et en dernier ressort, de toutes les affaires se rapportant à l'octroi

3. CSST, *op. cit.*, p. 6.

des bénéfices […] » (article 13). La loi lui accorde également le pouvoir d'inspecter les milieux de travail, de prescrire des mesures de prévention et de « promouvoir la réhabilitation des ouvriers victimes d'accidents du travail » (article 14). Les syndicats ouvriers maintiennent toutefois leurs pressions.

En 1931, la Loi des accidents du travail (LAT), qui reproduit à toutes fins utiles la loi ontarienne, instaure un nouveau régime d'indemnisation dont les fondements demeurent ceux du régime actuel. D'ailleurs on parle encore du « contrat social » de 1931 : en vertu de ce contrat, les employeurs sont tenus collectivement responsables des accidents du travail et ils doivent financer entièrement un régime d'indemnisation des victimes. Les travailleurs renoncent au droit d'exercer un recours contre leur employeur, mais ils ont droit aux compensations du régime sans avoir à démontrer la faute de quiconque.

Entre autres innovations, la LAT :

- crée un fonds d'accident financé par les cotisations des employeurs et devant payer les indemnités aux victimes, les frais d'administration et les autres dépenses reliées à l'administration de la loi ;
- sépare les employeurs entre ceux qui doivent contribuer au fonds d'accident (cédule I) et ceux qui demeurent individuellement responsables du paiement des indemnités (cédule II) : les premiers sont regroupés par classes selon leurs activités et paient une cotisation qui dépend de leurs risques ; les seconds regroupent essentiellement les entreprises de transport par train ou par bateau, de téléphone ainsi que les gouvernements ;
- étend l'application de la loi aux maladies industrielles et introduit une présomption de relation entre certains travaux exercés et les maladies contractées par les travailleurs : cette mesure donne suite à une recommandation de la Commission des assurances sociales (commission Montpetit), créée en 1930 par le gouvernement du Québec et chargée de revoir le système de sécurité sociale.

Jusqu'aux années 1970, la LAT est fréquemment modifiée, mais seulement pour adapter certains paramètres comme le maximum de la rémunération assurable et le quantum des indemnités. Quant à la prévention des accidents et des maladies industrielles, quelques gestes administratifs sont faits, touchant principalement l'inspectorat du travail. De même, des actions prises dans différents domaines, comme l'environnement, l'hygiène publique, la salubrité et la sécurité des immeubles, ont des répercussions sur les conditions de travail, mais sans vision d'ensemble pour la santé et la sécurité des travailleurs. « Au fur et à mesure de l'émergence des problèmes et, aussi, selon l'importance que le public leur accordait, l'État a été amené à créer ou à modifier des lois et des règlements dont elle confiait

l'administration à divers ministères et organismes spécialisés[4]. » Il faut attendre les années 1970 avant que l'activité législative se remette sérieusement en branle.

## LES ASSISES DU RÉGIME ACTUEL

### Le contexte des années 1970

Au fil des ans, des voix de plus en plus nombreuses réclament des actions concrètes en matière de prévention et des modalités d'indemnisation des victimes mieux adaptées aux besoins. En 1978, dans la présentation du livre blanc *Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs*, on rappelle qu'« il ne se passe pas de semaine sans que soient portés à l'attention de l'ensemble des citoyens des faits qui mettent en évidence la gravité des risques et des dangers auxquels s'exposent régulièrement un grand nombre de travailleurs, les insuffisances du système et son impuissance à solutionner les véritables problèmes ».

La prévention revient en tête des priorités au début des années 1970 avec la refonte des Règlements concernant la salubrité et la sécurité du travail dans les mines et des Règlements concernant les établissements industriels et commerciaux, plusieurs dispositions de leurs versions antérieures étant largement désuètes. Le gouvernement adopte également le Code de sécurité pour les travaux de construction, qui demeure aujourd'hui une composante essentielle de l'activité réglementaire en prévention.

Pour l'indemnisation des victimes, la première réforme d'importance survient en 1975 avec l'adoption de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose et de silicose dans les mines et carrières (LIVASMC). Cette loi répond à une problématique particulière et vise un secteur d'activité bien précis, mais elle introduit déjà le principe de remplacement du revenu. Des modifications sont apportées à la LAT en 1977 et 1978, notamment pour confier à la Commission des affaires sociales (CAS) la responsabilité d'entendre les contestations des décisions de la CAT, fixer les indemnités à 90 % du revenu net plutôt qu'à 75 % du revenu brut, reconnaître le statut de conjoint aux personnes vivant maritalement et remplacer les rentes de décès d'un montant fixe par des prestations équivalentes à un pourcentage de l'indemnité à laquelle le travailleur aurait eu droit s'il avait survécu.

Les années 1970 donnent également lieu à d'intenses activités gouvernementales dans plusieurs des provinces canadiennes, surtout en matière de prévention. De leur côté, les États-Unis adoptent dès 1970 l'Occupational Safety and Health Act et créent l'Occupational Safety and Health Administration, organisme qui regroupe toute la force d'inspection et d'intervention légale du pays. Ces activités

4. Québec. Ministère d'État au Développement social, 1978, p. 63.

dans les territoires voisins trouvent écho dans le livre blanc de 1978, qui propose une série de mesures concrètes pour améliorer la santé et la sécurité du travail, ainsi que les principes de base à retenir pour élaborer un nouveau régime d'indemnisation.

Le livre blanc dresse d'abord une série de constats et de lacunes. En matière de prévention, on observe que :

- plusieurs lois et règlements contiennent des dispositions particulières visant la santé et la sécurité des travailleurs (7 lois et 20 règlements) et six administrations distinctes exercent une responsabilité reconnue dans le domaine ;
- malgré tous ces efforts, on n'est pas en présence d'un ensemble structuré et cohérent, mais d'une série de dispositions particulières établies au fil des ans pour répondre à des besoins immédiats ;
- le morcellement des responsabilités n'a pas empêché des juxtapositions de juridictions, de sorte qu'il est possible que deux ou trois organismes interviennent au même endroit pour les mêmes fins ;
- le cadre juridique existant se caractérise par une absence quasi totale de droits et de pouvoirs pour les travailleurs, l'attention des législateurs semblant s'être concentrée à peu près exclusivement sur les rôles des employeurs et des inspecteurs ;
- la réglementation visant spécifiquement la santé au travail est particulièrement désuète.

En matière d'indemnisation et de réadaptation des victimes, le livre blanc conclut notamment que :

- le Québec se retrouve avec un double standard, puisque la LIVASMC a des modalités différentes, basées sur des principes qui pourraient fort bien s'appliquer à tous ;
- la LAT n'offre pas une compensation adéquate des dommages subis par les victimes, pour deux raisons principales : premièrement, elle n'accorde pas de compensation pour certaines pertes non économiques reconnues par les tribunaux (souffrance, perte de jouissance de la vie) ; deuxièmement, le travailleur atteint d'une incapacité partielle permanente reçoit la même rente viagère, peu importe qu'il soit retourné à son travail antérieur (surcompensation) ou qu'il se retrouve sans emploi (sous-compensation) ;
- les prestations versées en cas de décès sont souvent discriminatoires ou insuffisantes ;
- dans bien des cas, le travailleur doit démontrer qu'il s'agit bien d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ce qui peut s'avérer difficile, surtout pour les maladies ;
- la LAT fait peu de place à la réadaptation sociale des victimes.

Pour corriger ces lacunes, le livre blanc propose d'entreprendre une vaste réforme en inversant les priorités retenues jusqu'alors, donc en privilégiant les préoccupations liées à la prévention avant celles qui sont liées à la compensation des victimes d'accidents et de maladies.

### L'adoption de la Loi sur la santé et la sécurité du travail en 1979

Le Projet de loi sur la santé et la sécurité du travail (projet de loi 17) vient essentiellement concrétiser les intentions gouvernementales exprimées dans le livre blanc de 1978. De vives objections sont immédiatement soulevées de la part tant des associations syndicales et patronales que de la communauté médicale. M[e] Lionel Bernier résume ainsi le climat de l'époque :

> Le monde médical n'acceptait pas la critique globale sur l'apport négatif des médecins spécialistes en médecine du travail. Il estimait que le projet de loi allait marginaliser la médecine du travail. Le monde patronal dénonçait l'affaiblissement du droit de gérance des employeurs, les pouvoirs décisionnels des comités paritaires en santé et sécurité du travail, la fonction du représentant à la prévention dans l'entreprise, les services de santé étatisés, la structure technocratique énorme ainsi que les coûts exorbitants que cette réforme allait imposer aux entreprises. Enfin, le monde syndical considérait que la loi entravait l'action syndicale en santé et sécurité du travail. La concertation avec la partie patronale était dénoncée comme un leurre[5].

Le projet de loi 17 donne lieu à d'âpres débats au cours desquels tous les intervenants restent campés sur leurs positions, mais il est finalement adopté en décembre 1979.

La Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) a pour grand objectif l'élimination à la source du risque d'accidents du travail et de maladies professionnelles, notamment en favorisant la prise en charge de la prévention par le milieu de travail avec la participation active des travailleurs et des employeurs. À cette fin, elle établit un cadre normatif contenant des mécanismes de prévention applicables aux établissements et aux chantiers de construction. Pour les établissements, il est prévu qu'un comité paritaire de santé et sécurité soit constitué, qu'un programme de prévention et un programme de santé propre à l'établissement soient élaborés, et qu'un représentant à la prévention soit désigné parmi les travailleurs. Dans le secteur de la construction, étant donné qu'il est régi par des dispositions particulières en matière de relations de travail, la loi prévoit des mécanismes participatifs particuliers : un comité de chantier et un représentant à la prévention choisi parmi les travailleurs du chantier. Pour faciliter cette prise en charge, la loi prévoit également de confier à de nouvelles associations sectorielles paritaires (ASP) des activités de formation, information, recherche et conseil auprès des entreprises ; elles reçoivent une

5. Bernier, 2014, fascicule 1, paragraphe 11.

subvention annuelle pour pourvoir à leurs besoins. De même, il est prévu que des associations syndicales et patronales peuvent jouer un rôle pour soutenir les employeurs et les travailleurs en matière de formation et d'information en SST, et qu'elles peuvent recevoir une subvention discrétionnaire à cette fin. Enfin, la loi précise le rôle et les responsabilités du réseau de la santé publique en matière d'élaboration des programmes de santé et de soutien aux intervenants en SST.

La LSST contient plusieurs dispositions visant à réduire les risques présents dans les milieux de travail, notamment en précisant les obligations des travailleurs et des employeurs. Elle fixe les montants des amendes imposées à quiconque contrevient à la loi ou aux règlements et à quiconque agit de manière à compromettre la santé, la sécurité ou l'intégrité physique d'un travailleur. Elle introduit aussi un nouveau droit pour le travailleur, celui de refuser d'exécuter un travail qui l'expose à un danger pour sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique. Autre innovation : la loi permet à la travailleuse enceinte d'être retirée d'un travail qui comporte des dangers pour elle ou l'enfant à naître, d'être affectée à d'autres tâches et, le cas échéant, d'obtenir des indemnités de remplacement du revenu. C'est l'origine du programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, devenu plus tard le programme Pour une maternité sans danger (PMSD).

Finalement, la loi crée la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et lui confie, en plus des responsabilités antérieurement dévolues à la CAT, la responsabilité de promouvoir la prévention et de surveiller l'application de la loi, notamment en :

- Établissant les priorités d'intervention ;
- Fixant le rythme d'implantation des mécanismes de prévention et les conditions particulières, s'il y a lieu, qui s'appliquent aux entreprises de différents secteurs ou de différentes catégories ;
- Soutenant les intervenants en SST et en aidant à l'implantation des mécanismes de participation des travailleurs et des employeurs ;
- Vérifiant le respect des obligations faites aux différents intervenants et en sanctionnant les manquements à ces obligations ;
- Percevant auprès des employeurs les sommes requises pour payer toutes les dépenses découlant de l'application de la loi.

La loi prévoit également que le gouvernement peut constituer un organisme de recherche : l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) mène et finance des recherches visant la prévention des accidents et des maladies et la réadaptation des victimes.

Étant donné l'ampleur de cette réforme, une approche d'implantation graduelle des mécanismes de prévention est retenue : les entreprises du Québec se retrouvent classées dans 32 secteurs d'activité économique, lesquels sont réunis en 6 groupes

dits prioritaires, en fonction de paramètres comme la nature des activités exercées, la fréquence et la gravité des lésions professionnelles. L'objectif est d'assujettir progressivement les entreprises de tous les groupes prioritaires, en commençant par les groupes plus risqués, à la réglementation concernant les comités de santé et de sécurité, les programmes de prévention et de santé, et le représentant à la prévention. De la même façon, il est anticipé que tous les secteurs d'activité seront dotés à terme d'une association sectorielle paritaire et leur financement est alors assuré par le fonds général de la CSST.

La LSST vise donc la prise en charge de la prévention dans tous les milieux de travail, avec des mesures de soutien appropriées. On convient à cette époque qu'il s'agit d'une réforme profonde et innovatrice, qui place le Québec à l'avant-garde en matière de prévention des accidents et des maladies reliés au travail.

### L'adoption de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles en 1985

En matière d'indemnisation et de réadaptation des travailleurs victimes d'accidents ou de maladies, le livre blanc a déjà relevé à la fin des années 1970 plusieurs lacunes du régime en place depuis près de cinquante ans, et avancé quelques pistes de réforme. C'est également l'occasion d'actualiser le régime en tenant compte de l'implantation de plusieurs mesures de sécurité sociale en matière de santé, de retraite et de sécurité du revenu. Toutefois, la conjoncture n'est pas favorable à la recherche d'un consensus, notamment à cause des répercussions des décisions du tribunal d'appel, soit la CAS, remettant en question l'approche suivie par la CSST (la CAT jusqu'à 1980) pour déterminer la rente viagère à verser dans les cas d'incapacité permanente.

La rente viagère était calculée en fonction du pourcentage d'incapacité permanente du travailleur et, jusqu'en 1979, la CAT établissait ce pourcentage selon un barème basé surtout sur l'incapacité physique de la victime. La CAS a entrepris d'annuler régulièrement les décisions de la CAT au motif qu'elle ne tenait pas compte de l'inaptitude de la victime à reprendre le travail. L'interprétation de la CAS a ensuite été confirmée par la Cour suprême du Canada. Les décisions de la CAS à cet égard, en réglant des problèmes de sous-compensation, mais en n'intervenant pas dans les situations de surcompensation, ont modifié fondamentalement l'équilibre financier du régime. Les conséquences étaient telles que le statu quo ne pouvait pas être maintenu indéfiniment.

En novembre 1983, le ministre du Travail dépose à l'Assemblée nationale le Projet de loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelle*s* (projet de loi 42). Les positions des parties patronale et syndicale sur ce projet s'avèrent diamétralement opposées. Me Bernier les résume comme suit :

> En général, les représentants des travailleurs réclamaient le maintien de la rente viagère, plus de droits garantissant la sécurité du revenu et la réadaptation, de meilleurs bénéfices, moins d'interventions bureaucratiques de la CSST et plus de pouvoirs aux médecins traitants. De leur côté, les représentants des employeurs dénonçaient l'ampleur de la réforme, la multiplication des droits pour les travailleurs ainsi que les présomptions qui ouvraient la porte aux abus. Ils réclamaient ni plus ni moins le retrait du projet de loi et son remplacement par un projet qui amenderait la Loi des accidents du travail dans ses aspects essentiellement périmés (la rente viagère et le calcul du pourcentage d'incapacité de travail que les tribunaux avaient identifiés comme nécessitant une nouvelle interprétation)[6].

À la même époque, la CSST est attaquée de toutes parts au sujet de sa gestion du régime et elle ne trouve que très peu d'appuis, y compris dans les milieux politiques. Le gouvernement décide donc de convoquer en décembre 1983 une commission parlementaire sur l'administration du régime pour permettre une discussion séparée des problèmes administratifs et des problèmes légaux.

Par la suite, le projet de loi 42 est soumis en commission parlementaire à l'automne 1984 pour son étude article par article. L'intensité des débats est telle que la commission parlementaire dure 135 heures, soit un record pour un projet de loi du Québec. La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) est finalement adoptée en mai 1985 et son entrée en vigueur est fixée au 19 août 1985.

### *Les dispositions de la loi*

La LATMP confirme d'abord le contrat social de 1931 : les employeurs sont collectivement responsables et assument le financement du régime ; le travailleur accidenté ne peut pas poursuivre son employeur, mais il est assuré d'être indemnisé. Cependant, les termes du contrat sont modifiés considérablement. La loi crée un nouveau régime d'indemnisation pour pertes économiques et introduit aussi plusieurs nouveautés au chapitre des droits et obligations des parties concernées : le droit à la réadaptation physique, sociale et professionnelle, l'assignation temporaire d'un travailleur jusqu'à ce qu'il devienne capable d'exercer son emploi, le droit de retour au travail, l'obligation pour l'employeur de verser à la victime 90 % de son salaire net pour les quatorze premiers jours d'absence du travail (remboursé ensuite par le régime).

Il est d'abord précisé que la loi est d'ordre public et que nul ne peut s'y soustraire, si ce n'est pour offrir des dispositions plus avantageuses[7]. Pour sa part,

---

6. Bernier, *op. cit.*, paragraphe 8.
7. Dans les faits, très peu d'employeurs offrent des dispositions plus avantageuses, mais le défaut de l'employeur de se conformer à ses obligations ne peut empêcher un travailleur d'exercer ses droits. La loi s'applique au travailleur victime d'un accident du travail survenu au Québec ou

le travailleur autonome n'est pas automatiquement couvert par la loi, mais il peut s'inscrire à la CSST pour bénéficier de la protection qu'elle accorde. Afin de faciliter l'accès au régime pour le travailleur, la loi crée une série de présomptions en sa faveur, dont la présomption qu'une blessure survenue au travail est une lésion professionnelle. De même, la loi établit une liste de maladies reliées à des risques particuliers, avec la présomption que le travailleur exposé à tel risque et atteint d'une telle maladie est atteint d'une maladie professionnelle ; cette liste peut être modifiée par règlement pour y ajouter de nouvelles maladies.

En matière de compensation financière, la loi met fin au versement de rentes viagères, tant pour le travailleur atteint d'une incapacité permanente que pour ses survivants en cas de décès, et assure une meilleure intégration avec les régimes de protection du revenu à la retraite. On reconnaît également la notion d'interdépendance financière entre les conjoints, plutôt que la dépendance, et l'on introduit l'idée d'une rente temporaire au décès complétée par le paiement d'un montant forfaitaire. L'encadré 8.1 présente les détails des compensations financières prévues par la loi.

**Encadré 8.1**

Dispositions de compensations financières introduites en 1985

Les dispositions introduites en 1985 au moment de l'adoption de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) sont, pour l'essentiel, encore en vigueur aujourd'hui.

La perte de revenu du travailleur est compensée par une indemnité égale à 90 % de son revenu net, soit son revenu brut duquel on soustrait la valeur des impôts qui seraient payables aux deux ordres de gouvernement, ainsi que les cotisations sociales. La loi précise que ce revenu brut est sujet à un maximum revu annuellement équivalant à 150 % de la rémunération moyenne des travailleurs. Des modalités particulières s'appliquent à la situation de certains travailleurs (étudiants, travailleurs saisonniers ou occasionnels, personnes exerçant plus d'un emploi). Toutefois le revenu brut servant au calcul de cette indemnité ne peut être inférieur au revenu déterminé sur la base du salaire minimum. Lorsque le travailleur ne peut retourner à l'emploi qu'il occupait avant sa lésion, mais qu'il devient capable, au terme de son processus de réadaptation, d'exercer un emploi convenable moins rémunérateur, il continue de recevoir une indemnité de remplacement du revenu réduite d'un montant correspondant au revenu qu'il peut retirer de cet emploi convenable.

d'une maladie professionnelle contractée au Québec, et dont l'employeur a un établissement au Québec lorsque l'accident survient ou la maladie est contractée ; elle peut aussi s'appliquer lors d'un événement survenu hors Québec à certaines conditions.

Lorsque le travailleur atteint l'âge de 65 ans, son indemnité décroît de 25 % chaque année, de sorte qu'elle prend fin à 68 ans. Ainsi, l'indemnité du travailleur diminue progressivement pendant qu'il accède à d'autres formes de soutien financier. De plus, une modification au Régime de rentes du Québec prévoit que, pour une victime recevant une pleine indemnité pendant plus de deux ans, sa période d'indemnisation est retranchée de la période cotisable aux fins de calculer sa rente de retraite.

Pour le travailleur avec une incapacité permanente, une indemnité forfaitaire pour préjudice corporel s'ajoute, laquelle tient compte du déficit anatomo-physiologique et du préjudice esthétique qu'il a subis, ainsi que des douleurs et de la perte de jouissance de la vie qui en résultent : le montant de cette indemnité est égal au produit du pourcentage, n'excédant pas 100 %, de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique par un montant qui varie selon l'âge du travailleur et dont le maximum est de 50 000 $ en 1985.

De même, la rente viagère accordée auparavant au conjoint survivant est remplacée, d'une part, par une rente temporaire équivalente à 55 % de l'indemnité de remplacement du revenu à laquelle le travailleur aurait eu droit au moment de son décès et versée pour une période de 1 à 3 ans, selon l'âge du conjoint. D'autre part, le conjoint reçoit une indemnité forfaitaire égale au produit du revenu brut annuel d'emploi du travailleur par un facteur entre 1 et 3, en fonction de l'âge du conjoint lors du décès du travailleur ; cette indemnité forfaitaire ne pouvait être inférieure à 50 000 $ en 1985. De leur côté, les enfants mineurs reçoivent une rente mensuelle de 250 $ jusqu'à leur majorité, et les enfants majeurs aux études une indemnité forfaitaire de 9 000 $.

Enfin, la loi prévoit que tous ces montants sont revalorisés annuellement selon une méthode basée sur l'indice des prix à la consommation, et que les indemnités versées aux victimes ou à leurs survivants ne sont pas imposables.

La LATMP instaure un droit de retour au travail en faveur de la victime d'une lésion professionnelle : lorsque le travailleur est redevenu capable d'exercer son emploi, il a le droit de réintégrer le même emploi dans l'établissement où il travaillait ou, sinon, de réintégrer un emploi équivalent chez son employeur. Ce droit est maintenu pour une période d'un an ou deux ans, selon la taille de l'établissement. La loi consacre aussi le droit à la réadaptation du travailleur ayant subi une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique. Elle oblige la CSST à préparer et mettre en œuvre, avec la collaboration du travailleur, un plan individualisé de réadaptation qui peut comprendre différentes mesures visant sa réadaptation physique, sociale et professionnelle.

La loi reconnaît au travailleur le droit à l'assistance médicale que requiert son état, en précisant que l'assistance médicale comprend les services de professionnels de la santé, les soins ou traitements fournis par un établissement de santé, les médicaments, les orthèses et prothèses, ainsi que les soins, traitements et aide

technique que la CSST détermine par règlement. Elle précise que le coût de l'assistance médicale est entièrement à la charge du régime et qu'aucun montant ne peut être réclamé au travailleur pour une prestation d'assistance médicale à laquelle il a droit. Alors qu'avant 1985 la CSST pouvait décider de la nature, de la nécessité, de la suffisance et de la durée des soins et traitements requis, c'est dorénavant le médecin traitant du travailleur qui a cette autorité et la CSST est liée par son opinion. Le travailleur peut recourir au professionnel de la santé et à l'établissement de santé de son choix. Enfin, alors que dans l'ancien régime la CSST assumait le paiement des factures soumises par les médecins, malgré le mandat confié à cette fin à la RAMQ, la réforme est l'occasion de conclure une entente pour que la RAMQ devienne le seul intervenant pour la rémunération des médecins et que la CSST la rembourse pour les frais découlant des lésions professionnelles.

La LATMP met également en place un nouveau processus de révision et d'appel des décisions de la CSST. Elle crée des bureaux de révision paritaires (BRP) formés d'un président et de deux membres représentant les travailleurs et les employeurs, qui sont chargés de réviser les décisions de la CSST en première instance. Elle crée également la Commission d'appel en matière de lésion professionnelle (CALP), un organisme relevant alors du ministère de la Justice, à laquelle elle accorde une compétence exclusive pour entendre tout appel interjeté en vertu de la LATMP ou la LSST.

### *Le financement du régime*

Au chapitre du financement, la LATMP n'a pas apporté de gros changements. Elle prévoit notamment que toutes les sommes requises pour l'application de la loi, sauf à l'époque pour les services d'inspection, doivent être perçues auprès des employeurs.

Elle reconduit également l'essentiel des responsabilités antérieurement confiées à la CSST de fixer les modalités de financement du régime. Celle-ci doit choisir son mode de financement de manière à faire face à ses dépenses au fur et à mesure de leur échéance et à éviter d'obérer les employeurs dans le futur à cause de paiements à faire pour des lésions professionnelles survenues dans les années antérieures. Aussi la loi impose à la CSST d'évaluer à la fin de chaque année le montant de la réserve actuarielle requise, compte tenu du mode de financement qu'elle a choisi, les sommes ainsi gardées en réserve étant confiées à la Caisse de dépôt et placement du Québec (CDPQ). La loi confirme ainsi la complète autonomie de la CSST dans la détermination des taux de cotisation.

Aux fins de calculer la contribution de chaque employeur au financement du régime, la CSST doit établir annuellement une liste d'unités de classification qu'elle regroupe en secteurs, classer chaque employeur dans une ou plusieurs unités de classification selon les activités économiques exercées dans ses établissements et le cotiser au taux applicable à cette ou ces unités[8].

## LES ÉTAPES D'ÉVOLUTION DU RÉGIME

Le régime mis en place par la LSST a maintenant plus de 35 ans et celui de la LATMP, plus de 30 ans. Le programme de prévention prévu par la LSST fait l'objet d'une intense activité réglementaire au début des années 1980, puis cette activité s'arrête complètement ; quant au cadre législatif, il évolue très peu. Pour sa part, le programme d'indemnisation et de réadaptation introduit par la LATMP n'évolue pratiquement pas, sur le plan tant réglementaire que législatif, si ce n'est pour le volet du processus de révision et d'appel des décisions de la CSST. Par contre, les règles de financement du régime sont modifiées considérablement, dans un contexte où la situation financière de la CSST connaît d'importantes fluctuations.

### L'évolution du programme de prévention

Rappelons que les mécanismes de prévention créés par la LSST devaient être implantés graduellement par voie réglementaire dans les 32 secteurs d'activité compris dans six groupes prioritaires. Le tableau qui suit indique comment les activités économiques ont été regroupées.

8. Des dispositions particulières visent les employeurs tenus personnellement au paiement des prestations : ce sont les entreprises de transport ferroviaire ou maritime, interprovincial ou international, donc une partie de ceux qui étaient antérieurement assujettis à la Cédule II de la LAT. Ces employeurs ne paient pas de cotisation annuelle, mais ils doivent rembourser à la CSST les sommes que celle-ci engage dans le traitement des réclamations de leurs travailleurs ; ils doivent soumettre à cet effet une caution à la CSST. Les ministères et organismes du gouvernement du Canada sont dans une situation semblable, la LATMP ayant prévu qu'une entente à ce sujet puisse être conclue pour couvrir les employés visés par la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État.

TABLEAU 8.1
**Groupes prioritaires**

| GROUPE 1 | GROUPE 4 |
|---|---|
| 1. Bâtiment et travaux publics<br>2. Industrie chimique<br>3. Forêt et scieries<br>4. Mines, carrières et puits de pétrole<br>5. Fabrication de produits en métal | 16. Commerce<br>17. Cuir<br>18. Fabrication de machines (sauf électriques)<br>19. Tabac<br>20. Textile |
| **GROUPE 2** | **GROUPE 5** |
| 6. Industrie du bois (sans scierie)<br>7. Caoutchouc et produits en matière plastique<br>8. Fabrication d'équipements de transport<br>9. Première transformation des métaux<br>10. Produits minéraux non métalliques | 21. Autres services commerciaux et personnels<br>22. Communication, transport d'énergie et autres services publics<br>23. Imprimerie, édition<br>24. Produits du pétrole et du charbon<br>25. Produits électriques |
| **GROUPE 3** | **GROUPE 6** |
| 11. Administration publique<br>12. Aliments et boissons<br>13. Meuble<br>14. Papier<br>15. Transport et entreposage | 26. Agriculture<br>27. Bonneterie et habillement<br>28. Enseignement et services connexes<br>29. Finances, assurances et affaires immobilières<br>30. Services médicaux et sociaux<br>31. Chasse et pêche<br>32. Industries manufacturières diverses |

Le processus réglementaire prévoit deux étapes : un projet de règlement d'abord adopté par le conseil d'administration de la CSST, puis soumis au gouvernement pour approbation. Le processus se met en branle dès l'adoption de la Loi, mais s'arrête complètement en 1984. Le gouvernement refuse alors d'approuver le projet d'étendre l'application de certains mécanismes au groupe 3, ce qui aurait pour effet d'assujettir le secteur de l'administration publique. Depuis cette époque, les dispositions visant le comité de santé et de sécurité et le représentant à la prévention sont en vigueur dans les entreprises des groupes 1 et 2 seulement ; l'obligation d'avoir un programme de prévention, qui inclut le programme de santé, vise les entreprises des groupes 1, 2 et 3 ; les entreprises des groupes 4, 5 et 6 ne sont assujetties à aucun mécanisme de prévention. Les dispositions de la loi au sujet des mécanismes propres au secteur de la construction (comité de chantier, représentant à la prévention) ne sont jamais mises en vigueur. Cette question du manque de mécanismes participatifs pour favoriser la prévention dans une majorité des entreprises du Québec est au cœur des revendications des associations de travailleurs depuis trois décennies. Divers scénarios sont examinés au fil des ans ; ils visent à assouplir les modalités législatives pour en faciliter l'application dans tous les secteurs d'activité, notamment avec le projet de loi 60, Loi visant principalement la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail et son application aux domestiques, présenté à l'Assemblée nationale en 2012. Ce projet meurt au feuilleton.

Les associations sectorielles paritaires (ASP) créées par la LSST connaissent une évolution comparable. Le livre blanc de 1978 pose comme objectif que tous les secteurs d'activité soient dotés d'une ASP. Cependant, toutes les ASP existant présentement sont constituées dans la première moitié des années 1980. Certaines évoluant dans des secteurs en décroissance (textile, imprimerie) doivent même se regrouper avec d'autres. L'évolution du programme de prévention est également influencée par certaines décisions des tribunaux. Ainsi, dans une importante décision rendue en 1988, la Cour suprême du Canada statue que la LSST intervient dans le champ des relations de travail et que les entreprises de compétence fédérale sont plutôt assujetties aux dispositions du Code canadien du travail, donc qu'elles ne sont pas visées par la LSST. Depuis ce temps, ces entreprises (transport interprovincial, institutions financières, communications, etc.) ne financent pas les programmes prévus par la LSST et paient un taux de cotisation moindre.

**Encadré 8.2**

Pour une maternité sans danger

Un programme introduit par la LSST, Pour une maternité sans danger (PMSD), mérite une attention particulière. Il commence en 1981 et connaît une croissance constante pendant trois décennies parce que ses modalités d'application et la nature des risques couverts s'élargissent constamment. De plus, puisqu'il s'agit d'un programme de prévention, l'objectif prioritaire est d'inciter l'employeur à éliminer les dangers auxquels la travailleuse est exposée et, à défaut, à la réaffecter dans un poste ne comportant pas de danger : ce n'est que lorsque ces deux mesures ne peuvent réussir que le retrait avec compensation doit être envisagé.

Or, ce qu'on constate maintenant, c'est que 75 % des travailleuses admises au programme sont retirées de leur emploi. Dans les faits, le PMSD est souvent considéré comme une extension du congé de maternité, dont l'application est quasi automatique pour certaines occupations, mais à un degré quelque peu variable selon les régions du Québec. On estime qu'à l'heure actuelle 50 % des travailleuses enceintes bénéficient de ce programme.

Le taux de cotisation spécifique pour le PMSD est de 0,17 $ par 100 $ de masse salariale en 2016, alors qu'il était de 0,01 $ la première année, et le montant des indemnités versées annuellement dépasse maintenant 230 millions de dollars. La possibilité de resserrer les modalités d'application est abordée à quelques reprises, lors de débats fortement médiatisés, mais sans résultat concret. Toutefois, une certaine harmonisation est faite avec le Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) en 2006, alors qu'il est convenu que le retrait préventif cesse quatre semaines avant l'accouchement pour les travailleuses bénéficiaires du RQAP.

Sur le plan législatif, aucune modification n'a pour effet de bonifier ou de réduire la portée des objectifs de la LSST en 1980. Deux séries d'amendements méritent cependant d'être signalées. En premier lieu, la loi est modifiée en 2002 afin de créer le Fonds de la santé et de la sécurité du travail (FSST), une fiducie d'utilité sociale dont le patrimoine est affecté au versement des sommes payables en vertu des lois qu'applique la CSST. Des amendements confient également à la CSST une plus grande autonomie, ce qui a pour effet de clore le débat qui durait sur l'inclusion ou non des résultats financiers de la CSST dans le périmètre comptable du gouvernement. La LSST est ensuite modifiée en 2009, essentiellement pour augmenter les montants des amendes et les fixer au niveau qu'ils auraient s'ils avaient été indexés au coût de la vie depuis 1980.

Malgré toutes ces difficultés de mise en œuvre de la LSST, force est de constater que des activités de prévention sont réalisées à l'échelle du Québec et qu'elles donnent des résultats, comme en témoigne le tableau qui suit.

TABLEAU 8.2
**Répartition des dossiers ouverts et acceptés par catégorie et année, 1984-2014**

| | 1984 | 1989 | 1994 | 1999 | 2004 | 2009 | 2014 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Lésions professionnelles*** | **347 662** | **251 557** | **169 113** | **160 340** | **152 799** | **115 720** | **109 708** |
| Dossiers acceptés** | n/d | 218 730 | 135 948 | 138 627 | 132 906 | 95 597 | 88 046 |
| **Accidents du travail*** | **343 413** | **243 776** | **158 463** | **150 080** | **143 345** | **106 575** | **97 890** |
| Dossiers acceptés** | n/d | 214 720 | 131 372 | 133 406 | 128 104 | 91 380 | 82 321 |
| **Maladies professionnelles*** | **4 110** | **7 781** | **10 650** | **10 260** | **9 454** | **9 145** | **11 818** |
| Dossiers acceptés** | n/d | 4 010 | 4 576 | 5 221 | 4 802 | 4 217 | 5 725 |
| **Décès** | **139** | **181** | **130** | **164** | **176** | **185** | **164** |
| Accidents du travail | n/d | 158 | 98 | 95 | 85 | 62 | 57 |
| Maladies professionnelles | n/d | 23 | 32 | 69 | 91 | 123 | 107 |

* Dossiers ouverts au cours de l'année, observés au 1er mars de l'année suivante.
** Depuis 1996, dossiers pour lesquels, au 1er mars de l'année suivante, la dernière décision rendue est « demande d'indemnisation acceptée »,
Source : CSST, Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information.

Le nombre annuel de lésions professionnelles acceptées par la CSST chute fortement au cours de cette période de 30 ans, une tendance d'autant plus remarquable que l'activité économique s'accroît fortement. La diminution du nombre de lésions est attribuable uniquement aux dossiers d'accidents du travail, puisque ceux de maladies professionnelles augmentent. Cette tendance se vérifie également avec les dossiers relatifs à des décès. Ce tableau appelle cependant quelques réserves : d'une part, il est décidé en début de période de ne plus ouvrir de dossier pour un accident sans absence du travail et n'entraînant que des soins médicaux, ce qui fait baisser fortement le bilan annuel. D'autre part, il est constaté que ce sont surtout

les accidents occasionnant de courtes périodes d'absence du travail qui voient leur nombre diminuer, de sorte que cette diminution ne se répercute pas proportionnellement dans le coût du régime. Par ailleurs, il est souvent allégué que des accidents du travail ne sont pas rapportés à la CSST, auquel cas l'employeur et le travailleur accidenté conviennent plutôt d'un arrangement mutuellement avantageux. Bien que ce phénomène existe manifestement, il n'est pas possible, en l'absence de dénonciations de la part des travailleurs, d'en évaluer l'ampleur.

### L'évolution du programme d'indemnisation et de réadaptation

Depuis 1985, l'environnement dans lequel évolue le régime d'indemnisation et de réadaptation se transforme sous bien des aspects. On peut constater, entre autres, que la participation au marché du travail augmente chez les travailleurs plus âgés, les connaissances et les pratiques médicales évoluent considérablement, notamment avec l'apport de nouvelles technologies, la proportion des travailleurs occupant un emploi atypique (travailleurs autonomes, occasionnels, à temps partiel) s'accroît, la place qu'occupe le secteur privé dans la fourniture de services de santé est de plus en plus importante. Ces phénomènes seraient susceptibles de remettre en question notamment certaines modalités d'accès au régime ou à la réadaptation, les règles de reconnaissance des maladies professionnelles, les pratiques d'intervention en réadaptation, les modalités de calcul des indemnités pour éviter les situations de sous-compensation ou de surcompensation, les mécanismes de suivi pour garantir l'accès et la qualité des services de santé.

Or, le programme mis en place par la LATMP est encore sensiblement le même 30 ans plus tard. La nécessité de le mettre à jour et d'y apporter des modifications pour en accroître l'efficacité est largement partagée, mais la recherche d'un consensus de toutes les parties concernées fait en sorte qu'aucun des scénarios envisagés au fil des ans ne peut aboutir. Entre autres, des hypothèses concrètes sont élaborées en 2009, alors que la CSST demande à un groupe de travail formé de représentants des travailleurs et des employeurs et d'un président indépendant de lui formuler des recommandations visant tous les aspects de la SST. Après plus d'un an de travaux, le président constate que les positions des parties sont irréconciliables et doit se résoudre à présenter un rapport à titre personnel[9].

Très peu d'amendements seulement sont donc apportés aux dispositions relatives à l'indemnisation et à la réadaptation. On peut citer l'introduction en 1992 de certains pouvoirs réglementaires concernant l'assistance médicale, ainsi que la bonification en 2009 de certaines indemnités de décès versées aux parents

9. Comité patronal consultatif, 2010.

du travailleur décédé[10]. En fait, comme l'explique l'encadré 8.3, les principales modifications à la LATMP ont trait au processus d'appel et de révision des décisions.

Au printemps 2015, dans son rapport intitulé *Vérification de l'optimisation des ressources*, dont le chapitre 4 fait état de ses travaux auprès de la CSST, le Vérificateur général du Québec conclut que « la capacité d'adaptation du régime aux changements sociétaux est lente. Plusieurs enjeux d'importance pouvant nuire à l'efficacité et à l'efficience du régime de santé et de sécurité du travail ont été soulevés au cours des années sans qu'une décision claire et officielle soit prise en temps opportun à leur égard[11] ». Parmi les enjeux méritant une attention particulière, le Vérificateur mentionne notamment l'adaptation au système de santé actuel, en ce qui a trait tant aux services offerts par divers fournisseurs qu'aux médicaments, l'adaptation aux défis du marché du travail moderne, l'évolution des connaissances scientifiques, ainsi que l'augmentation importante du volume de contestations des décisions de la CSST.

**Encadré 8.3**

Modernisation du processus d'appel et de révision

Des changements apportés à ce chapitre à compter de 1992 visent surtout à déjudiciariser le système. On modifie la procédure d'évaluation médicale avec la création du Bureau d'évaluation médicale (BEM) qui remplace l'arbitrage médical, on introduit un processus de conciliation volontaire au BRP et l'on prévoit qu'en matière d'indemnisation et de réadaptation une décision du BRP portant sur un objet inférieur à 1 000 $ ne peut pas être contestée à la CALP, sauf exception (disposition retirée en 1997).

Une réforme en profondeur est ensuite introduite en 1996 avec le projet de loi 79, appelé « projet de loi sur la déjudiciarisation » : la Loi instituant la CLP et modifiant diverses dispositions législative*s* adoptée l'année suivante abolit les BRP et la CALP pour les remplacer, respectivement, par un mécanisme de révision administrative et un nouvel organisme, la Commission des lésions professionnelles (CLP). Lors de la présentation du projet à l'Assemblée nationale, le ministre du Travail indique que « cette réforme vise essentiellement à humaniser, à simplifier, à accélérer tout le processus de révision et d'appel des décisions de la CSST[12] ». Le ministre prévoit alors que cette réforme va entraîner d'importantes économies pour la CSST en frais juridiques et administratifs, sans compter les épargnes que les parties vont réaliser en frais de représentation, frais d'avocats, etc. Les années

10. Dans ce dernier cas, la modification adoptée fait suite à un événement médiatisé qui met en lumière une différence de traitement importante selon que la victime est indemnisée par la SAAQ ou par la CSST, différence d'autant plus évidente lorsqu'il s'agit d'un accident d'automobile survenu dans le cadre du travail, donc sous la responsabilité de la CSST.
11. Vérificateur général du Québec, 2015, p. 15.
12. Allocution du ministre du Travail, Matthias Rioux, lors de l'adoption du principe du projet de loi 79, 27 novembre 1996.

suivantes donnent plutôt lieu à une multiplication des recours exercés par les travailleurs et les employeurs.

De l'entrée en vigueur de cette réforme en 1998 jusqu'à aujourd'hui, le processus de révision et d'appel des décisions de la CSST repose donc sur les trois acteurs suivants : le BEM, qui relève du ministère du Travail et qui intervient en cas de divergences d'opinions entre le médecin traitant du travailleur et le médecin désigné par l'employeur ou la CSST ; la Direction de la révision administrative (DRA), qui examine sur dossier toutes les demandes de révision faites à la suite d'une décision rendue par la CSST ; la CLP, un tribunal administratif qui dépend du ministère du Travail, qui décide de toutes les contestations des décisions de la CSST et qui tente de régler le plus de litiges possible par la conciliation.

On constate que le nombre de demandes de révision augmente fortement de 1998 à 2014 pour ces trois niveaux d'appel, alors que le nombre d'évènements inscrits au cours de la même période diminue de plus du tiers. En particulier, le nombre de dossiers ouverts à la DRA, soit près de 49 000 en 2014, double et celui de la CLP, plus de 30 000 en 2014, triple. On peut comparer la situation du Québec avec celle des autres provinces canadiennes, qui ont toutes un niveau d'appel interne et aussi, pour la plupart, un niveau d'appel externe. Pour chaque niveau, le nombre de dossiers ouverts au Québec est supérieur, et de loin, à la somme des dossiers ouverts dans toutes les autres provinces.

## Le financement du régime

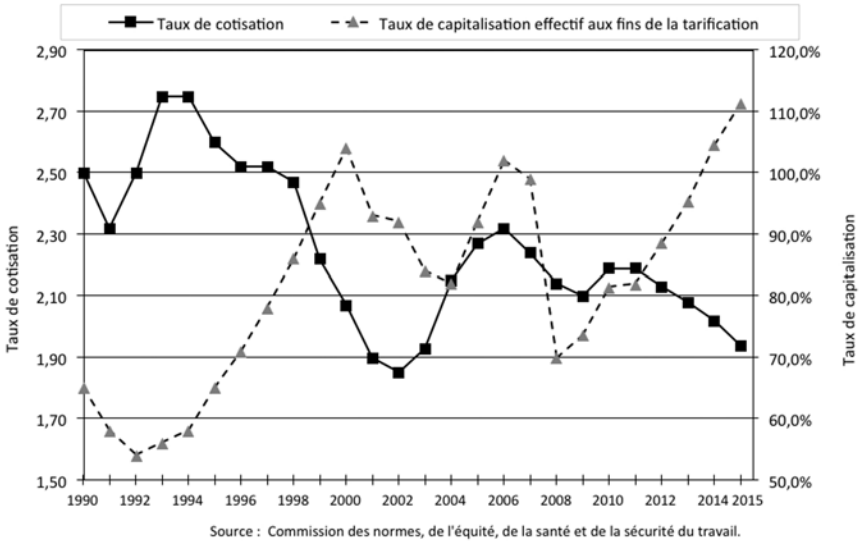
Le financement du régime s'appuie sur les cotisations des employeurs, qui doivent être suffisantes, mais aussi réparties entre eux de façon équitable. Au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, le taux de capitalisation du régime est inférieur à 70 % : il est donc nécessaire de prendre des mesures exceptionnelles pour redresser la situation. De plus, il s'avère souhaitable de revoir les objectifs de tarification des employeurs afin qu'elle supporte davantage les missions de la CSST. La présente section traite de ces deux volets.

### *La capitalisation*

Le taux de capitalisation du régime à une date donnée exprime la valeur de l'actif détenu par le FSST, en proportion du montant que représentent à cette date ses engagements, notamment envers les bénéficiaires du régime. Le taux de capitalisation du fonds dépend donc du niveau des taux de cotisation décrétés pour chaque année et de l'évolution de l'expérience. Lorsque le fonds affiche un déficit accumulé à la fin d'une année, les taux de cotisation des années subséquentes doivent être augmentés afin de le récupérer. Le rythme et l'ampleur de cette récupération exigent la recherche d'un compromis entre les intérêts des associations

d'employeurs, qui souhaitent éviter les hausses de cotisation, et ceux des associations de travailleurs, qui veulent s'assurer que le FSST détienne une réserve suffisante pour assurer le respect des obligations envers les victimes.

Graphique 8.1
**Évolution des taux de cotisation et de capitalisation, 1990-2015[13]**




Source : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Cette recherche de compromis permet l'adoption par le conseil d'administration de la CSST d'une politique de capitalisation qui dicte, à partir de principes acceptés, la façon de réagir aux sources d'écart pouvant se présenter entre la tarification et les états financiers. Cette façon de faire permet de dépolitiser la décision de tarification annuelle. La politique de capitalisation est en vigueur depuis 1990. Elle constitue une forme de précédent en matière de régimes publics d'assurance prévoyant l'indexation des prestations à l'inflation et amène l'Institut canadien des actuaires à établir des normes de pratique spécifiques en la matière. Depuis l'adoption de la politique, le taux de capitalisation du régime évolue en dents de scie, alors que les résultats de la CSST sont grandement affectés par quelques épisodes de crises, notamment l'importante récession du début des années 1990, le repli des marchés financiers au début des années 2000 et la débâcle financière de 2008. La politique de capitalisation permet chaque fois de régulariser la situation sur un horizon acceptable. Des modifications sont apportées au besoin, mais

13. Graphique transmis par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

l'objectif de la pleine capitalisation du régime est toujours maintenu. Le graphique 8.1 indique comment les taux de cotisation et de capitalisation évoluent au cours de la période de 1990 à 2015.

*La tarification des employeurs*

Alors que la promotion de la prévention s'impose dans les années 1980 comme l'objectif central du régime de SST, il est vite constaté que la tarification des employeurs ne le supporte pas suffisamment : ceux-ci sont essentiellement assujettis à un taux de cotisation qui dépend de la nature de leurs activités économiques, peu importe leur expérience en matière de lésions professionnelles. Il existe alors un mécanisme d'ajustement en fonction du dossier d'expérience, le programme « Mérite-Démérite », mais sa portée est jugée trop limitée. Les employeurs souhaitent que leurs efforts de prévention soient reconnus et se traduisent par une réduction de leur taux de cotisation. Pour leur part, les organisations syndicales craignent qu'un régime de tarification personnalisée (*experience rating*) induise d'autres comportements moins désirables, par exemple qu'il crée un incitatif à contester l'admissibilité des réclamations ; elles reconnaissent toutefois que de tels régimes découlent de sains principes d'assurance.

Une réforme introduite en 1990 met en place une tarification qui incite davantage à la prévention : la loi accorde alors à la CSST le pouvoir de déterminer par règlement les modalités d'accès et les conditions d'application d'une tarification à taux personnalisé et d'une tarification rétrospective. Alors que les plus petits employeurs demeurent assujettis au taux de cotisation applicable à leur activité économique, la tarification à taux personnalisé s'adresse aux entreprises de taille moyenne. À partir d'un certain volume de cotisation annuelle, leur expérience en matière de lésions professionnelles est prise en compte graduellement afin de la comparer à l'expérience moyenne des employeurs exerçant la même activité : on leur attribue un taux inférieur au taux correspondant à leur activité si leur expérience est meilleure et un taux supérieur si leur expérience est moins bonne. Pour les grandes entreprises, la tarification est encore plus réactive : leur cotisation d'une année donnée est ajustée rétrospectivement pour tenir compte des lésions survenues au cours de cette année et des coûts qu'elles ont engendrés pendant cette année et les deux années suivantes.

Une seconde phase de cette réforme, entrée en vigueur en 1999, accroît l'incitatif à la prévention et ajoute un incitatif à la réintégration des travailleurs à leur emploi. Le bassin des employeurs assujettis à une tarification réactive est alors considérablement élargi et le coût des prestations porté au dossier de l'employeur est davantage pris en compte. « La grande différence est que la CSST calcule maintenant le taux personnalisé à partir du coût des lésions professionnelles porté au compte de l'employeur pendant une période de référence de quatre ans, en

prévoyant une provision pour les années subséquentes. L'innovation, on le comprend facilement, met l'accent sur la gravité des lésions, par rapport à leur fréquence. Plus grande est l'entreprise, plus ce principe s'applique[14]. »

C'est également à l'occasion de cette réforme qu'est introduit le concept de mutuelle de prévention, soit un regroupement d'employeurs réunis aux fins de l'assujettissement à une tarification personnalisée. Le regroupement de plusieurs petits employeurs permet à chacun d'accéder à une tarification personnalisée sur la base de l'expérience du groupe : ainsi les efforts de chacun pour empêcher la survenance des lésions professionnelles ou pour en atténuer les conséquences profitent à l'ensemble du groupe[15].

Le tableau qui suit permet de voir comment l'assujettissement à une tarification réactive a évolué au fil des ans, de 1985 à 2013.

TABLEAU 8.3
**Répartition du nombre d'employeurs par mode de tarification, 1985-2013**

| | 1985-1989 | 1990-1994 | 1995-1998 | 1999-2003 | 2004-2008 | 2009-2013 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TU | 160 523 | 169 661 | 172 305 | 144 925 | 140 008 | 143 049 |
| Mérite-Démérite | 5 370 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TP | 0 | 9 559 | 9 439 | 31 767 | 29 118 | 28 211 |
| TP (mutuelle) | 0 | 0 | 0 | 7 943 | 21 201 | 27 617 |
| Rétro | 0 | 520 | 779 | 1 156 | 1 362 | 1 484 |
| TOTAL | 165 893 | 179 740 | 182 523 | 185 791 | 191 688 | 200 362 |

Note : TU : taux de l'unité, TP : taux personnalisé, TP(mutuelle) : taux personnalisé, employeur en mutuelle, Rétro : régime rétrospectif Source : CSST, Direction de l'actuariat et de l'imputation.

Le nombre d'employeurs assujettis à une tarification réactive augmente de façon importante, d'environ 5 000 en moyenne pendant la période 1985-1989 à plus de 57 000 pendant la période 2009-2013. Quant à la proportion des cotisations qui est sujette à une tarification réactive, elle croît régulièrement, passant de 59 % en moyenne en 1985-1989 à 87 % en 2009-2013. À elle seule, la cotisation des employeurs du régime rétrospectif représente 34 % de l'ensemble. Cependant, comme il est mentionné dans l'encadré 8.4, une préoccupation importante découle

14. Froment, 1999, p. 10.
15. La loi privilégie l'approche contractuelle en matière de mutuelle de prévention : la CSST peut conclure une entente avec un groupe d'employeurs aux conditions prévues par le Règlement-cadre concernant les ententes relatives au regroupement d'employeurs aux fins de l'assujettissement à des taux personnalisées et aux modalités de calcul de ces taux. Toute entente doit favoriser la prévention des lésions professionnelles et le retour au travail des victimes.

de la proportion croissante des coûts qui ne sont pas imputés aux employeurs du fait de mesures d'exception.

**Encadré 8.4**

Tarification et mesures d'exception

Les employeurs québécois sont donc de plus en plus assujettis à une tarification qui tient compte des coûts portés à leur dossier. Par contre, une proportion maintenant très importante des coûts résultant des lésions professionnelles n'est pas imputée aux employeurs dont les travailleurs ont subi un accident ou une maladie. Ce sont les coûts résultant d'événements pour lesquels l'employeur a recours à une mesure d'exception permettant que ces coûts soient plutôt imputés aux employeurs d'une unité ou de toutes les unités, par exemple lorsque l'accident est attribuable à un tiers ou lorsque le travailleur est déjà handicapé quand la lésion professionnelle se manifeste.

Parce que les coûts non imputés étaient beaucoup moins importants en 1990 que présentement, il avait alors été convenu qu'ils seraient financés de la même façon que les coûts imputés aux dossiers d'employeurs, donc en quelque sorte par une surprime ajoutée à la cotisation.

Cette mesure nuit objectivement à l'objectif d'équité de la tarification, en vertu duquel l'employeur devrait être cotisé en fonction des coûts qu'il génère. Le mode de financement de ces coûts est remis en question quand leur proportion passe de 13 % des coûts totaux en 1994 à plus de 28 % depuis le début des années 2000. Des scénarios sont examinés et une large consultation est tenue au milieu des années 2000, mais toutes les associations d'employeurs se liguent alors pour exiger le maintien du *statu quo*. Ainsi, s'il est indéniable que la tarification des employeurs est devenue de plus en plus incitative, il n'est pas certain qu'elle soit maintenant aussi équitable qu'il y a 25 ans.

## LA SITUATION ACTUELLE

Près de 4 millions de travailleurs sont actuellement protégés en cas de lésion professionnelle par un régime d'assurance publique auquel contribuent environ 200 000 employeurs. Les indicateurs de résultats du régime sont favorables : le nombre annuel de lésions a diminué considérablement depuis quelques décennies, malgré une hausse importante de l'activité économique, la pleine capitalisation du régime est maintenant une réalité et le taux moyen de cotisation atteint un niveau historiquement bas. Le tableau suivant présente la répartition des besoins financiers de la tarification de 2016, qui correspondent à un taux moyen de cotisation de 1,84 $ par 100 $ de rémunération assurable.

TABLEAU 8.4
**Besoins financiers de 2016**

| CATÉGORIE | BESOINS FINANCIERS (EN MILLIONS $) | TAUX MOYEN DE COTISATION* | POURCENTAGE % |
|---|---|---|---|
| Programmes de réparation | 1 720,3 | 1,23 | 66,8 |
| Programme Pour une maternité sans danger | 238,9 | 0,17 | 9,3 |
| Programmes de prévention | 128,8 | 0,09 | 5,0 |
| Frais d'administration | 418,3 | 0,30 | 16,2 |
| Frais de financement des tribunaux administratifs | 59,4 | 0,04 | 2,3 |
| Autres | 27,3 | 0.02 | 1.1 |
| ***Total partiel*** | ***2 593,0*** | ***1,85*** | ***100,7*** |
| ***Éléments de capitalisation*** | ***-18,2*** | ***-0,01*** | ***-0,7*** |
| **Total** | **2 574,8** | **1,84** | **100,0** |

* Le taux de cotisation est exprimé par 100 $ de masse salariale assurable. Celle-ci est estimée à 140,3 milliards de dollars en 2016.

La présente section décrit sommairement l'état de situation actuel relativement au programme de prévention, au programme d'indemnisation et réadaptation et au financement du régime.

## Le programme de prévention

Pour 2016, une somme représentant 5 % des besoins financiers est prévue en regard de la prévention. La majeure partie de cette somme est versée au réseau public en santé au travail, qui réalise des activités d'évaluation, de surveillance médicale et d'information auprès des travailleurs et des employeurs, ainsi que des activités de gestion des demandes de retrait préventif pour le PMSD[16].

16. Bien qu'il dispose d'un budget annuel important, il est manifeste que le réseau ne serait pas en mesure d'assumer le mandat que lui confie la LSST dans la production du programme de santé spécifique à un établissement, si cette disposition s'appliquait à l'ensemble des secteurs d'activité : il n'aurait pas les ressources suffisantes.

TABLEAU 8.5
**Besoins financiers des programmes de prévention en 2016**

| CATÉGORIE | BESOINS FINANCIERS (EN MILLIONS $) | TAUX MOYEN DE COTISATION |
|---|---|---|
| Programmes de services de santé au travail | 75,3 | 0,05 |
| Programmes de formation et information | | |
| Associations sectorielles paritaires | 18,4 | 0,01 |
| Associations d'employeurs ou de travailleurs | 12,2 | 0,01 |
| Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail | 22,9 | 0,02 |
| **Total** | **128,8** | **0,09** |

C'est donc une somme importante qui est investie en prévention annuellement par le régime, d'autant plus que ce montant n'inclut pas le coût des activités de la CSST elle-même (inspection, promotion, politiques). Il n'inclut pas non plus les dépenses effectuées en entreprises à cette fin. La loi ne s'appliquant qu'à un nombre restreint de secteurs d'activité, il est estimé que 77 % des établissements ne sont pas touchés par l'obligation d'avoir les mécanismes prévus par la loi. Ainsi, 10 000 employeurs ayant des établissements de plus de 20 travailleurs, représentant 2,3 millions de travailleurs, ne sont pas tenus, entre autres, de constituer un comité de santé et de sécurité. Cependant, certaines enquêtes ont démontré qu'un grand nombre d'entreprises ont implanté des mécanismes similaires sur une base volontaire.

Il reste que beaucoup de travailleurs n'évoluent pas dans une entreprise active en prévention, contrairement à l'un des grands objectifs de la LSST. De même, on estime que seulement 34 % des employeurs du Québec sont couverts par une association sectorielle paritaire. Les comparaisons avec les autres provinces canadiennes révèlent qu'elles ont maintenant, pour la plupart, devancé le Québec dans l'application des mesures de prévention.

Pour les syndicats, l'obligation d'implanter des mécanismes de prévention paritaire dans tous les secteurs est la principale, voire l'unique, priorité d'action afin d'améliorer la LSST. Pour le patronat, les dispositions actuelles de la loi sont beaucoup trop contraignantes, et leur efficacité n'est pas démontrée. Les employeurs souhaitent également que le PMSD soit plutôt rattaché au RQAP ou, à défaut, que son application soit grandement resserrée.

### Le programme d'indemnisation et réadaptation

La principale dépense du régime provient des bénéfices à verser aux victimes de lésions professionnelles, selon les catégories présentées au tableau suivant.

TABLEAU 8.6
**Débours et passif des indemnités en 2015 (000 $)**

| TYPE D'INDEMNITÉ | DÉBOURS EN 2015 | PASSIF AU 31 DÉCEMBRE 2015 |
|---|---|---|
| Frais d'assistance médicale et de réadaptation | 493 720 | 3 292 730 |
| IRR consolidation médicale et réadaptation | 582 151 | 1 208 147 |
| IRR post-réadaptation | 625 307 | 6 083 630 |
| Préjudice corporel | 122 397 | 407 070 |
| Décès | 37 601 | 211 239 |
| Rentes LAT | 65 512 | 577 634 |
| Maternité sans danger | 231 922 | 73 042 |
| **Total** | **2 158 610** | **11 853 492** |

Les indemnités de remplacement du revenu représentent la plus grande partie des bénéfices versés ou mis en réserve, avec une part grandissante pour les indemnités en période de post-réadaptation. Cependant les bénéfices reliés à l'assistance médicale ont connu une forte croissance : ils représentent maintenant plus de 25 % du passif actuariel, contre 16 % en 1985.

Le régime québécois, comparativement à celui des autres provinces, contient plusieurs dispositions plus favorables au travailleur. Par exemple, l'indemnité est basée sur la capacité de gain, au moins égale à la rémunération au salaire minimum, dès le 15e jour d'absence, comparativement à 3 mois ou 6 mois ailleurs ; l'opinion du médecin traitant est prépondérante ; il n'y a pas de limite au nombre de traitements de physiothérapie, alors qu'il est d'au plus 20 ou 30 traitements ailleurs ; la période de recherche d'emploi est d'une année, comparativement à 12 semaines ailleurs.

Les organisations patronales exigent que la LATMP soit modifiée sous tous ces aspects. Elles souhaitent aussi que des dispositions viennent empêcher le cumul des indemnités de remplacement du revenu et des rentes du régime de retraite de l'entreprise, une situation de plus en plus fréquente. Elles demandent enfin que soit transféré à la SAAQ, en tout ou en partie, le coût des accidents d'automobile qui surviennent à l'occasion du travail. Pour leur part, les organisations syndicales ont peu de revendications à l'égard de la LATMP, si ce n'est pour hausser le salaire maximum assurable et prévoir des balises pour limiter le recours à l'assignation temporaire du travailleur à un autre emploi.

### Le financement du régime

Au 31 décembre 2015, l'actif du FSST atteint 15 milliards de dollars et son passif à considérer aux fins de la tarification 13,5 milliards, pour un taux de capitalisation de 111,2 %. De plus, une récente modification de la politique de

capitalisation favorisera davantage la stabilité du taux de cotisation : « Le conseil d'administration de la CSST a renforcé le principe de la pleine capitalisation en permettant l'accumulation d'un surplus de 10 % du passif actuariel lors de la matérialisation de gains sur les marchés financiers. Ce surplus permettra d'atténuer des hausses de taux de cotisation attribuables à des rendements défavorables du fonds. En contrepartie, aucune mesure corrective ne sera prise lorsque des pertes sur les marchés financiers entraînent un déficit de moins de 5 % du passif actuariel. Ainsi, à l'avenir, les variations du taux de cotisation seront davantage liées aux opérations du régime[17]. »

Conformément à cette politique, le taux moyen de cotisation a été fixé à 1,84 $ pour 2016, soit le taux le plus bas depuis l'implantation de la LATMP. Ce taux se compare avantageusement à celui de l'Ontario et se rapproche de ceux des provinces les plus performantes à cet égard, soit l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba, d'autant plus que les autres provinces n'ont pas à financer un programme comme le PMSD et que plusieurs d'entre elles ne financent pas la prévention par des cotisations aux employeurs.

## CONSTATS ET ENJEUX

Le régime de santé et sécurité du travail mis en place au début des années 1980 donne de bons résultats. Il a tout de suite placé la prévention des lésions professionnelles au premier rang de ses priorités, ce qui a certes contribué à la diminution importante du nombre d'accidents du travail rapportés chaque année. De même, les victimes de lésions professionnelles ont reçu des prestations d'assistance médicale, des indemnités financières et des services de réadaptation qui répondent globalement à leurs besoins, ce qui se confirme dans les taux de satisfaction très élevés obtenus lors d'enquêtes auprès de la clientèle. La situation financière du régime était fort précaire au tournant des années 1990, et la CSST s'est résolument engagée à atteindre sa pleine capitalisation à l'intérieur d'un délai raisonnable ; bien que le régime demeure vulnérable à des chocs externes, il est maintenant capitalisé et son taux de cotisation se situe à un niveau historiquement bas.

Les grands objectifs de la LSST et de la LATMP doivent donc être maintenus. Toutefois, des irritants demeurent, voire s'accentuent avec le temps, et des éléments de contexte ont évolué significativement, de sorte que la nécessité d'apporter des correctifs à l'un ou l'autre des volets du régime est maintenant largement partagée.

Le principal enjeu pour le gouvernement à l'heure actuelle est de trouver un moyen de faire évoluer le régime, étant donné que les parties concernées, principalement les associations de travailleurs et d'employeurs, ne s'entendent pas sur

17. CSST. Service des évaluations actuarielles, Direction de l'actuariat, 2015, p. 7.

les améliorations à y apporter. Il n'y a pas non plus de sentiment d'urgence, vu notamment la bonne santé financière du régime, mais cela ne peut pas justifier de maintenir le *statu quo* indéfiniment. Il y a plusieurs pistes de solution qui ont déjà été soulevées, dont bon nombre ont fait l'objet de discussions entre les acteurs du monde du travail. Lorsqu'une révision des deux lois sera au programme, il y aura intérêt à y intégrer une clause de révision périodique : à intervalles réguliers, par exemple aux cinq ans ou dix ans, il faudrait se pencher sur les résultats obtenus et décider des améliorations à apporter au régime pour le mettre à jour et en accroître l'efficacité. À l'occasion de cette révision périodique, le conseil d'administration de la CNESST[18] aurait aussi à dresser un bilan de l'exercice de ses pouvoirs réglementaires, au-delà de la réglementation annuelle récurrente.

Si l'on veut étendre encore davantage la préoccupation de la prévention, il faudrait revoir les dispositions visant les mécanismes de prévention afin qu'ils soient mieux adaptés au contexte de chaque secteur d'activité et qu'ils puissent être implantés partout. Il faudrait également se donner les moyens d'offrir du soutien-conseil et des activités de formation et d'information aux entreprises qu'on ne réussit pas à joindre présentement.

En matière d'indemnisation et de réadaptation, il y aurait notamment lieu de revoir les règles de gestion de l'assistance médicale et les modalités d'accès à la réadaptation pour les adapter au contexte actuel en matière de fourniture de services en soins de santé et aux nouvelles pratiques médicales ; de même les dispositions visant la réintégration au marché du travail pourraient obliger la CNESST à offrir du soutien à la recherche d'emploi, en contrepartie de l'obligation faite au travailleur de collaborer au processus.

Diverses options devraient également être considérées afin d'améliorer l'harmonisation entre les bénéfices offerts par les programmes de sécurité sociale. On peut songer par exemple aux dispositions de la LAAQ touchant le calcul des indemnités de remplacement du revenu, le concept de capacité de gain, le niveau des indemnités forfaitaires pour préjudice non pécuniaire. On pourrait également assurer une meilleure coordination avec le RRQ pour éviter que certains travailleurs, en particulier ceux qui deviennent capables d'exercer un emploi moins rémunérateur, soient pénalisés au moment du passage à la retraite. De façon plus générale, il faudrait revoir les dispositions particulières visant les travailleurs âgés pour les adapter au contexte d'une main-d'œuvre vieillissante. Enfin, les règles du PMSD pourraient être mieux arrimées aux dispositions du RQAP.

---

18. La Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) a vu le jour le 1er janvier 2016. Elle poursuit les mandats respectifs de la Commission des normes du travail, de la Commission de l'équité salariale et de la CSST.

En matière de tarification, il y aurait lieu d'analyser l'évolution des coûts non imputés aux dossiers des employeurs pour s'assurer que leur financement est équitable.

Il semble également souhaitable de revoir le processus de révision et d'appel des décisions de la CNESST pour diminuer le volume de contestations, réduire le coût du système et en atténuer les conséquences dues à la lourdeur et aux délais.

Finalement, la question de la gouvernance, qui n'a guère évolué depuis 1980 et s'avère très différente de celle des autres provinces, a retenu récemment l'attention du Vérificateur général : elle devrait faire l'objet d'un examen attentif visant à améliorer l'efficacité de la prise de décision au sein de l'organisme.

## ANNEXE

### L'indemnisation des victimes d'actes criminels

Le gouvernement du Québec a mis en œuvre La Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (Loi sur l'IVAC) en 1972 et en a alors confié la gestion à la Commission des accidents du travail. « En promulguant cette loi, l'État québécois reconnaissait les problèmes sociaux causés par la criminalité grandissante sur son territoire et, par le fait même, prenait fait et cause pour les victimes de violence. Trop souvent, ces victimes ne pouvaient obtenir réparation du préjudice qu'elles avaient subi, l'agresseur étant insolvable ou introuvable dans la majorité des cas. Dès lors, les personnes victimes de violence ayant subi une lésion corporelle ou un choc psychologique ou nerveux à la suite d'un acte criminel ont pu bénéficier des mesures prévues par cette loi[19]. »

Cette loi a institué un régime d'indemnisation au bénéfice des victimes d'un des actes criminels inscrits dans l'annexe à la loi : ce régime comprend des services d'assistance médicale, des indemnités pour incapacité totale temporaire et incapacité permanente, des indemnités de décès ainsi que des services de réadaptation. Afin d'éviter la mise en place d'un système nouveau et complètement autonome, le gouvernement a décidé que les prestations du régime seraient celles du seul régime d'indemnisation public existant à l'époque, celui de la Loi sur les accidents du travail (LAT), et que la gestion en serait confiée à la CAT. Ainsi, la Loi sur l'IVAC demeure sous la responsabilité du ministre de la Justice, mais les indemnités aux victimes sont versées par la CAT (la CSST depuis 1980) et lui sont ensuite remboursées, avec des frais de gestion, par le gouvernement. Il est financé sur la base des déboursés annuels et aucun passif n'est inscrit dans les comptes publics relativement aux rentes en paiement. Le même arrangement existe pour la Loi visant à favoriser le civisme[20].

Depuis l'adoption de la loi, le nombre de personnes indemnisées a connu une forte croissance. De 1972 à 2015, la direction dédiée à l'administration de cette loi à la CAT, puis à la CSST, a reçu plus de 145 000 demandes de prestations et autorisé le versement d'indemnités totalisant plus de 1 milliard 575 millions de dollars. Depuis l'an 2000, le nombre annuel de demandes présentées en vertu de la Loi sur l'IVAC a augmenté de plus de 100 %. Le tableau qui suit présente les données les plus récentes disponibles.

---

19. CSST. Direction de l'IVAC, 2015, p. 7.
20. L'Assemblée nationale a adopté en décembre 1977 la Loi visant à favoriser le civisme : en vertu de cette loi, toute personne qui se blesse ou décède en portant secours à une autre dont la vie ou l'intégrité physique est en danger peut obtenir réparation du préjudice qu'elle a subi. Comme pour la Loi sur l'IVAC, les prestations auxquelles ont droit les sauveteurs et sauveteuses sont celles que prévoit la LAT.

TABLEAU A8.1
**IVAC : prestations versées et frais d'administration (milliers de dollars)**

| TYPES DE PRESTATIONS | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | VARIATIONS DE 2015 PAR RAPPORT À 2014 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Assistance médicale | 13 548 | 15 652 | 20 080 | 21 500 | 22 632 | 5,3 % |
| Réadaptation | 7 562 | 9 850 | 12 070 | 11 881 | 14 330 | 20,6 % |
| Incapacité temporaire | 22 541 | 25 421 | 26 290 | 30 850 | 33 548 | 8,7 % |
| Stabilisation sociale et économique | 2 189 | 2 079 | 2 116 | 2 150 | 2 088 | -2,9 % |
| Allocations spéciales et frais funéraires | 186 | 248 | 174 | 339 | 263 | -22,5 % |
| Incapacité permanente des victimes et rentes aux personnes à charge | 34 200 | 36 537 | 38 630 | 40 875 | 38 294 | -6,3 % |
| Totaux des prestations | 80 225 | 89 787 | 99 359 | 107 595 | 111 154 | 3,3 % |
| Frais d'administration | 11 304 | 12 337 | 14 305 | 16 918 | 15 166 | -10,4 % |
| **Totaux** | **91 529** | **102 124** | **113 664** | **124 513** | **126 321** | **1,5 %** |

**Enjeux**

- La loi sur l'IVAC a été souvent critiquée, souvent étudiée, mais, près de 45 ans plus tard, les indemnités que reçoivent les victimes d'actes criminels sont encore essentiellement les mêmes. Dans son rapport remis au gouvernement en 2008, le groupe de travail présidé par M[e] Madeleine Lemieux reconnaissait que ces bénéfices sont mal adaptés aux besoins actuels des victimes et il formulait plusieurs recommandations visant une refonte en profondeur du régime : « Les propositions du groupe de travail visent à adapter le régime aux besoins particuliers des victimes d'actes criminels et non à le calquer en totalité ou en partie sur un autre régime d'indemnisation[21]. » La réforme espérée ne s'est cependant pas concrétisée.
- En comparaison avec toutes les provinces canadiennes, le régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels du Québec est le plus coûteux, et de loin.
- Plusieurs scénarios visant une réforme en profondeur ont été envisagés au fil des ans. Aucun n'a été retenu à ce jour, la principale difficulté étant d'ordre financier : puisque les victimes du passé continueront d'être indemnisées selon les dispositions actuelles, l'introduction d'un nouveau régime sera susceptible d'augmenter les coûts à court terme. Un programme spécial limité dans le temps devrait être dédié au rachat des rentes viagères versées aux bénéficiaires de l'ancien régime.
- Le groupe Lemieux proposait notamment d'élargir le champ des actes criminels donnant droit à une compensation, de limiter le droit aux indemnités de remplacement du revenu aux seules personnes qui occupaient un

21. Groupe de travail sur la révision du régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels, 2008, p. 122.

emploi au moment du crime et de les verser pendant un maximum de trois ans, de remplacer les rentes viagères par des indemnités forfaitaires aux survivants des victimes ou aux personnes ayant subi un préjudice corporel et psychique permanent, d'investir davantage dans la réadaptation des victimes et leur retour à une vie normale, enfin de mieux coordonner le régime de l'IVAC avec les autres programmes de sécurité sociale (assurance maladie, sécurité du revenu).

– Les lacunes constatées demeurent et vont s'amplifier avec le temps. Un régime spécifique devrait donc être mis en place pour mieux cibler les victimes et mieux répondre à leurs besoins, tout en évitant de se substituer à d'autres programmes.

## Bibliographie


Assemblée nationale du Québec. 2012. *Projet de loi 60 : Loi visant principalement la modernisation du régime de santé et sécurité du travail et son application aux domestiques*. Québec : Éditeur officiel du Québec, 26 p.

Bernier, Lionel. 2014. Fascicule 1.« Fondements du droit de la santé et de la sécurité du travail », dans *Santé et sécurité du travail,* vol. 1, coll. « JurisClasseur Québec. Droit du travail », Montréal : LexisNexis, p. 35-37.

Blouin, Boulard, Jean-Paul Deschênes et Michel Pérusse. 1984. *Régimes de santé et sécurité du travail*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 285 p.

Comité patronal consultatif soumis au groupe de travail présidé par M. Viateur Camiré. 2010. *Groupe de travail chargé de faire des recommandations concernant le régime québécois de santé et de sécurité du travail*. Montréal : Conseil du patronat du Québec, 163 p.

Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec. Direction des services juridiques. 2003. *Historique du régime québécois de santé et de sécurité du travail*. Montréal : la Commission, 38 p.

Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec. 2011. *La modernisation du régime de santé et sécurité du travail*. 21 p.

Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec. Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC). 2015. *Rapport annuel d'activité 2014*, 36 p.

Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec. Service des évaluations actuarielles, Direction de l'actuariat. 2015. *La politique de capitalisation du régime de santé et sécurité au travail*. Québec : la Commission.

Froment, Dominique. 1999. « La réforme de la tarification : l'équité au service de la prévention », *Prévention au travail*, printemps 1999, vol. 12, nº 2.

Groupe de travail sur la révision du régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels. 2008. *L'indemnisation des personnes victimes d'actes criminels : une question de solidarité et d'équité*. Québec, 179 p.

Québec. Commission de la santé et de la sécurité du travail. 1986. *Loi annotée sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*. Montréal : la Commission, 309 p.

Québec. Ministère d'État au Développement social. 1978. *Santé et sécurité au travail : politique québécoise de la santé et la sécurité des travailleurs*. Québec : ÉOQ, 289 p.

Plasse, Micheline. 1988. *Santé et sécurité du travail : de la confrontation à la concertation*. Montréal : éditions Agence d'Arc inc., 155 p.

Pontaut, Alain. 1985. *Santé et sécurité : un bilan du régime québécois de santé et sécurité du travail, 1885-1985*. Montréal : Boréal Express, 249 p.

Vérificateur général du Québec. 2015. « Chapitre 4 : Lésions professionnelles : indemnisation et réadaptation des travailleurs », dans *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016. Vérification de l'optimisation des ressources*, 50 p.

# Chapitre 9

# Le régime d'assurance automobile

*Gilles Binet et André Beauchemin*[1]

***« Notre choix s'est précisé à partir du moment où nous nous sommes rendu compte que la protection dans le domaine corporel devrait être assumée par l'État comme le sont les accidents du travail. »***

Lise Payette, ministre, 21 avril 1977

TABLE DES MATIÈRES

**Les premières actions** . . . . . **317**
L'évolution de l'assurance automobile : le volet législatif . . . . . 317
La nécessité d'implanter une réforme . . . . . 319

**Les véritables assises** . . . . . **320**
Le Comité d'étude sur l'assurance automobile (1971-1974) . . . . . 320
Les suites au rapport Gauvin . . . . . 326
La réforme adoptée par le gouvernement péquiste . . . . . 328

**Les étapes charnières** . . . . . **332**
Les principales modifications législatives . . . . . 332
L'évolution de l'indemnisation . . . . . 333
Le financement du régime . . . . . 336

**Le portrait de la situation** . . . . . **340**

**Constats et enjeux** . . . . . **344**

**Bibliographie** . . . . . **346**

1. Les auteurs tiennent à remercier Jean-Louis Gauvin qui a agi à titre de conseiller-réviseur, Suzanne Masson, Linda Bellware, Josée Genois, Martin Breton et Clermont Girard pour le soutien accordé dans la préparation de ce chapitre. Les auteurs demeurent seuls responsables des informations présentées.

Le régime d'assurance automobile du Québec voit le jour à la fin des années 1970 à la suite de vifs débats que suscite le rapport d'une commission d'enquête paru en 1974, soit le *Rapport du comité d'étude sur l'automobile* (aussi connu comme le rapport Gauvin, du nom de son président, M. Jean-Louis Gauvin, actuaire). Ce comité a été créé en 1971 à la demande du gouvernement en vue d'évaluer la situation en matière d'assurance automobile.

En mettant en place un régime d'indemnisation des dommages corporels sans égard à la responsabilité administré par une société d'État, le gouvernement québécois fait preuve d'audace en empruntant une voie dans laquelle peu de nations se sont déjà engagées. Par l'application du concept de risque social aux accidents d'automobile[2], comme cela se fait depuis longtemps dans les accidents du travail, on abolit le droit de poursuite en échange d'une compensation universelle visant à compenser les dommages corporels causés aux victimes de la route. Cela bouscule le Québec et s'inscrit dans la foulée des changements amenés par la Révolution tranquille. On crée une nouvelle section de la sécurité sociale au Québec.

L'organisme public mis en place pour administrer le régime, la Régie de l'assurance automobile, se voit rapidement confier la responsabilité de la délivrance des permis de conduire et de l'immatriculation des véhicules automobiles et, quelques années plus tard, des responsabilités en sécurité routière.

L'indemnisation des dommages matériels à la suite d'accidents d'automobile subit aussi une révolution en 1978, notamment par l'introduction de l'indemnisation directe, mais reste dans le domaine de l'assurance privée. N'étant pas compris dans le domaine de la sécurité sociale, ce volet de la réforme de l'assurance automobile ne fait pas l'objet d'attention dans le présent chapitre.

## LES PREMIÈRES ACTIONS

### L'évolution de l'assurance automobile : le volet législatif

Au moment où l'automobile arrive sur les routes au début du XX^e^ siècle, ce sont les dispositions du Code civil qui régissent la réparation des dommages causés par son utilisation. Rapidement, le législateur éprouve le besoin d'encadrer « l'utilisation des véhicules à moteur et la responsabilité des usagers de ce nouveau moyen de locomotion[3] ». Des lois adoptées en 1904 et en 1906 traitent de l'usage de l'automobile, mais laissent la réparation des dommages sujette aux dispositions du Code civil. C'est en 1907 qu'une nouvelle loi réglemente de façon particulière la responsabilité du propriétaire d'automobile. Jusqu'à l'adoption de la Loi sur

2. Nous faisons référence ici au concept de tout véhicule mû par sa propre force et destiné à un usage sur les chemins publics au sens de la Loi sur l'assurance automobile du Québec.
3. Belleau, 1998, p. 7.

l'assurance automobile en 1978, la réparation des dommages causés par une automobile est fondée sur le principe de la responsabilité civile.

L'encadré 9.1 présente une chronologie des lois sur l'automobile qui se succèdent jusqu'à la mise en vigueur du régime d'assurance automobile en 1978. On observe que l'activité législative du premier quart de siècle est suivie d'une longue pause avant qu'on revienne avec des changements au début des années 1960. Même si la loi de 1961 crée un fonds d'indemnisation[4] pour indemniser les victimes d'accident dont le responsable est insolvable ou inconnu, il est étonnant de constater qu'elle ne cherche pas à régler certains problèmes fondamentaux qui auraient pu être solutionnés en rendant l'assurance obligatoire à tous les propriétaires de véhicules. Cette mesure est appliquée dans quelques pays européens et dans certains États chez nos voisins du Sud. Il semble qu'on s'y oppose ici pour différentes raisons, mais que les « oppositions les plus virulentes […] sont toujours venues de l'industrie de l'assurance[5] ». On craint qu'une telle intervention ouvre la porte à plus de contrôle sur les activités d'assurance. Les assureurs voulaient conserver le droit de refuser certains risques.

Le concept de présomption de faute évolue au cours des années, rendant plus ou moins facile la possibilité pour les victimes d'obtenir compensation. La jurisprudence disponible sur le concept de responsabilité absolue en vertu duquel le propriétaire du véhicule aurait été considéré responsable de tout dommage même sans avoir fait de faute permet d'en savoir peu sur son application effective. C'est dans ce contexte que se développe l'assurance responsabilité protégeant les usagers de la route contre les conséquences financières des dommages causés à autrui. Ce n'est qu'au début des années 1970 que les assureurs offrent une modeste couverture d'assurance sans égard à la responsabilité en cas de dommages corporels.

4. Ce fonds était administré par les assureurs et financé par une cotisation prélevée sur les primes d'assurance responsabilité.
5. Belleau, 1998, p. 40.

**Encadré 9.1**

Chronologie de lois sur l'assurance automobile jusqu'en 1978

| ANNÉE | LOI | COMMENTAIRES |
|---|---|---|
| 1904 | Loi concernant les automobiles | Courte loi ayant pour but de protéger les conducteurs de voitures hippomobiles. Impose des amendes. |
| 1906 | Loi concernant les véhicules moteurs | Prévoit notamment l'immatriculation des véhicules et la délivrance des permis. |
| 1907 | Loi amendant la loi concernant les véhicules moteurs | Impute le propriétaire du véhicule d'une responsabilité interprétée comme absolue. |
| 1912 | Loi amendant les Statuts refondus de 1909 concernant les véhicules moteurs | Étend la responsabilité au conducteur du véhicule, mais clarifie le concept d'une faute présumée. Le propriétaire peut se dégager de sa responsabilité en démontrant son absence de faute. |
| 1924 | Loi concernant les véhicules automobiles | Maintient les dispositions de 1912 concernant la faute. |
| 1961 | Loi pour assurer l'indemnisation des victimes d'accidents d'automobile | Crée un fonds d'indemnisation permettant d'indemniser en cas de dommage causé par un véhicule non identifié ou d'insolvabilité du responsable.<br>Le propriétaire est responsable des dommages causés par le véhicule à moins de démontrer qu'il n'est imputable à aucune faute de sa part, du conducteur ou d'un passager, sauf en cas de vol ou de réparation et autres circonstances en dehors de chemins publics. |
| 1978 | Loi sur l'assurance automobile | Indemnisation de toutes les victimes d'accidents d'automobile sans égard à la responsabilité pour les dommages corporels. |

Sources : J.-L. Baudoin, « La nouvelle législation québécoise sur les accidents de la circulation », *Revue internationale de droit comparé*, vol. 31, n°2, avril-juin, p. 381-394 ; Claude Belleau, *L'assurance automobile sans égard à la responsabilité : historique et bilan de l'expérience québécoise*. Québec : Les Publications du Québec, 179 pages.

## La nécessité d'implanter une réforme

La nécessité d'implanter une réforme de l'assurance automobile est reliée au mauvais bilan routier et au coût de l'assurance automobile dans les années 1960. Lors d'un colloque tenu en 2004[6], on rappelle que « cette période des années 60 a vu au Québec comme ailleurs un accroissement phénoménal du nombre de véhicules en circulation ; ainsi au Québec, le nombre de véhicules a presque doublé de 1960 à 1970. Durant la même période, le nombre de décès est passé de 853 par année en 1960 à 1655 en 1970, soit une augmentation légèrement supérieure à celle des véhicules en circulation. Quant au taux de décès par 100 000 habitants, il croissait de 16,6 en 1960 à 27,5 en 1970 [il était de 22,3 pour l'ensemble des

6. Colloque « L'avenir du régime québécois d'assurance automobile », organisé par la Chaire d'assurance et de services financiers L'Industrielle Alliance de l'Université Laval tenu le 25 mars 2004.

autres provinces], accordant au Québec le plus mauvais record des provinces canadiennes [l'augmentation du taux était de 66 % pour le Québec comparativement à 17 % pour l'ensemble des autres provinces]. Cette croissance des décès s'est continuée et ainsi, en 1972, le nombre de décès dépassait 2 000. [En 2004], il est de l'ordre de 700 [et en 2015 il est inférieur à 400][7] ».

« L'augmentation de la fréquence des accidents de la route au Québec et de la fréquence des décès dans les années 1960 et au début des années 1970 est survenue alors que le régime de la responsabilité selon la faute était en place. [ ] Au début des années 1970, les assurés ont subi des hausses importantes des primes d'assurance automobile[8]. » Par ailleurs, de plus en plus d'études démontrant les déficiences d'un système d'indemnisation basé sur la faute devenaient disponibles et des groupes revendiquaient des réformes en profondeur s'inspirant des orientations de la Saskatchewan qui avait étatisé l'assurance automobile depuis 1946 et de celles du Manitoba qui s'apprêtait à le faire.

Un comité d'étude est créé en 1971 et fait rapport en 1974. Il a le mandat de trouver des explications et des solutions à l'augmentation des coûts des primes d'assurance automobile au Québec ainsi que des solutions pour indemniser de façon optimale les victimes d'accident de la route. Le comité d'étude jouit des pouvoirs de commission d'enquête et peut au besoin contraindre des témoins à comparaître.

## LES VÉRITABLES ASSISES

### Le Comité d'étude sur l'assurance automobile (1971-1974)

Le comité, dirigé par l'actuaire Jean-Louis Gauvin, fait une revue exhaustive de la documentation, entend les principaux acteurs du domaine de l'assurance et effectue des visites pour observer le fonctionnement de régimes au Canada, aux États-Unis et en Europe. Il confie à une firme le soin de faire une enquête sur des dossiers (2 250) de réclamations choisis au hasard parmi 10 compagnies d'assurance. Les résultats de cette analyse jouent un grand rôle dans la définition de problèmes reliés à l'indemnisation. Ils permettent au comité de produire diverses estimations de coût et, par la suite, sont très utiles au gouvernement du Québec pour ses propres analyses.

7. Gauvin, 2004, p. 1.
8. Gauvin, 2004, p. 2.

### *L'expérience hors Québec*

Le comité Gauvin prend connaissance des rapports proposant différentes mesures destinées à améliorer le sort des victimes d'accidents d'automobile ailleurs dans le monde. On y retrouve un consensus sur la nature des problèmes du système d'indemnisation fondé sur la faute, mais la recherche de solutions acceptables pour tous les intervenants fait l'objet de certaines difficultés, de sorte que beaucoup de ces rapports n'ont pas donné lieu à des actions concrètes. L'idée d'une assurance obligatoire procurant une indemnisation aux victimes d'accidents d'automobile sans égard à leur responsabilité fait son chemin, mais les résistances à l'abandon de la faute comme fondement à l'indemnisation sont importantes. Les principales études mentionnées dans le rapport Gauvin sont rapportées dans l'encadré 9.2. La première, soit le rapport Columbia, remonte aux années 1930. Le régime de la Saskatchewan mis en place en 1946 s'inspire de ce rapport. Il introduit le concept de l'indemnisation sans égard à la responsabilité, mais retient le droit de poursuite pour tout dommage excédant les indemnités de base, contrairement aux conclusions du rapport Columbia. Par choix politique, l'assurance automobile fait l'objet d'une étatisation pour les dommages autant corporels que matériels.

**Encadré 9.2**

Inventaire d'études sur l'indemnisation des victimes d'accidents d'automobile

| | |
|---|---|
| *Rapport Columbia* | Columbia Council for Research In The Social Sciences, *Report by the The Committee to Study Compensation for Automobile Accidents*, Philadelphia, International Printing Co., 1932. |
| *Enquête Conard* | A. Conard et collab., *Automobile Accident Costs and Payments –– Studies in the Economics of Injury Reparation*, Ann Arbour, University of Michigan Press, 1964. |
| *Le projet Keeton-O'Connell* | R.E. Keeton et J. O'Connell, *Basic Protection for the Traffic Victim : A Blueprint for Reforming Automobile Insurance*, Boston, Little, Brown & Company, 1965. |
| *Rapport Wootton* | British Columbia, Royal Commission on Automobile Insurance, *Report of the Commissioners*, Victoria, Colombie-Britannique, 1968. |
| *Le projet Tunc* | A. Tunc, *La sécurité routière. Esquisse d'une loi sur les accidents de la circulation*, Paris, Dalloz, 1966. |
| *Rapport Woodhouse* | New Zealand, Royal Commission on Inquiry, *Compensation for Personal Injury in New Zealand*, The Honourable Mr Justice Woodhouse (président), Wellington, Government Printer, 1967. |
| *Rapport du surintendant des assurances de l'État de New York* | New York, Automobile Insurance Department, *Automobile Insurance… For Whose Benefit ?* New York, State of New York insurance Department, 1970. |

Source : Claude Belleau. 1998. *L'assurance automobile sans égard à la responsabilité : historique et bilan de l'expérience québécoise*. Québec : Les Publications du Québec, 179 pages.

Le Manitoba, en 1971, et la Colombie-Britannique, en 1973, empruntent la voie de la Saskatchewan. Il est à noter que la Colombie-Britannique n'applique pas la recommandation du rapport Wootton qu'elle a commandé, soit d'abandonner complètement la faute comme fondement de l'indemnisation, cette proposition étant jugée trop radicale[9].

La Nouvelle-Zélande fait figure de pionnier en mettant en place un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité pour les dommages corporels qui couvre tous les types d'accidents en 1972 à la suite du rapport Woodhouse.

### *Les déficiences de l'indemnisation au Québec*

« Les principales critiques [formulées dans le rapport Gauvin] à l'égard du régime de responsabilité selon la faute sont les suivantes :

- le régime de responsabilité avec faute empêche l'indemnisation totale ou partielle de plusieurs victimes ;
- le régime détermine arbitrairement les victimes qui ont droit à l'indemnisation ;
- l'évaluation des dommages avec un paiement final et libératoire se fait au détriment des victimes avec dommages élevés ;
- le régime est lent à indemniser les victimes et ne facilite pas la réadaptation des victimes[10]. »

« Le premier but de ce régime était de faire supporter à l'individu la conséquence de ses actes ; avec la venue de l'automobile, on lui adjoint comme second but d'indemniser les victimes des accidents causés par ces véhicules. Dans les faits, le régime s'acquitte mal de ces deux obligations. [ ] La crainte de la responsabilité qui, au surplus, est couverte par une assurance, ne saurait mieux prévenir ou corriger le comportement dangereux de l'automobiliste, que la peur de l'accident lui-même[11]. »

Selon le comité, le processus d'indemnisation du régime d'assurance automobile en application laisse beaucoup de victimes non indemnisées (28 % des victimes blessées selon les estimations) puisque, par définition, tous les conducteurs responsables des accidents, et les passagers membres de leur famille, ne sont pas indemnisés. L'indemnisation est également mise en danger lorsque le responsable est insolvable ou inconnu.

---

9. Le Manitoba en 1993 migre vers un système d'indemnisation sans égard à la responsabilité et la Saskatchewan fait de même en 1995, sauf que les résidents peuvent se prévaloir de rester assujettis à un système avec droit de poursuite comme antérieurement.
10. Gauvin, 2004, p. 2-3.
11. Comité d'étude sur l'assurance automobile, 1974, p. 179-180.

Aussi, le comité croit qu'à cause du régime selon la faute les victimes qui ont droit à une indemnisation sont déterminées de façon arbitraire, pour plusieurs raisons :

- la difficulté d'établir une preuve : souvent par l'absence de témoins ou le délai important entre l'accident et l'audience en cour qui diminue la qualité de la preuve ;
- le caractère aléatoire de la détermination de la faute dû au jugement essentiellement subjectif et partiellement arbitraire du tribunal. En effet, les juges se fient plus aux dommages qu'au comportement du conducteur lors d'un accident ;
- la non-indemnisation des victimes si la cause de l'accident n'est pas un individu, mais un facteur étranger au conducteur ;
- les distorsions qu'une preuve de responsabilité entraîne : les demi-vérités plaidées au tribunal afin d'éviter de lourdes conséquences financières en cas de perte de procès ;
- la plupart du temps les juges ne tranchent pas en faveur d'une seule personne, mais partagent la responsabilité entre les deux parties lorsque la cause ou le coupable de l'accident ne peuvent pas être identifiés clairement.

Par ailleurs, pour ce qui est du montant de l'indemnisation, le comité croit que la détermination du seul versement d'indemnité est faite selon des méthodes peu scientifiques : d'abord, nul ne connaît véritablement l'avenir de la victime ; ensuite, les victimes sont souvent sous-compensées dans le cas de pertes majeures et surcompensées dans le cas de petites et moyennes pertes (voir le tableau 9.1) car, afin d'éviter les frais juridiques, les deux parties veulent éviter le recours aux tribunaux (c'est le cas d'approximativement 70 % des victimes avec blessures corporelles[12]).

Finalement, le montant déterminé ne peut pas être réévalué malgré l'inflation et son paiement comporte un délai important. De tels délais ne sont pas de nature à encourager la réadaptation des victimes. On observe ainsi que 42 % des victimes avec blessures corporelles seulement ne sont pas encore indemnisées après 12 mois (voir le tableau 9.2).

12. Comité d'étude sur l'assurance automobile, 1974, p. 198.

TABLEAU 9.1
**Rapport compensation/perte pour les victimes de blessures corporelles selon une enquête menée par le Comité d'étude sur l'assurance automobile**

| CATÉGORIE DE PERTE ($) | NOMBRE DE CAS | PERTE MOYENNE ($) | COMPENSATION MOYENNE ($) | RAPPORT COMPENSATION/ PERTE |
|---|---|---|---|---|
| 1 – 50 | 660 | 20 | 26 | 1,27 |
| 51 – 200 | 361 | 110 | 145 | 1,32 |
| 201 – 400 | 148 | 282 | 379 | 1,34 |
| 401 – 1 000 | 167 | 653 | 1 024 | 1,57 |
| 1001 – 3 000 | 155 | 1 804 | 2 141 | 1,19 |
| 3 001 – 10 000 | 135 | 5 698 | 4 741 | 0,83 |
| 10 001 et plus | 65 | 37 133 | 14 951 | 0,40 |
| **Total** | **1 691** | **2 168** | **1 325** | **0,61** |

Source : Comité d'étude sur l'assurance automobile, 1974, p. 194.

TABLEAU 9.2
**Délais de règlement des sinistres**

| DÉLAIS DE RÈGLEMENT EN MOIS | BLESSURES CORPORELLES SEULEMENT* | | DOMMAGES MATÉRIELS SEULEMENT** | | BLESSURES CORPORELLES ET DOMMAGES MATÉRIELS*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | % DES CAS RÉGLÉS | | % DES CAS RÉGLÉS | | % DES CAS RÉGLÉS | |
| | EN NOMBRE | EN MONTANT | EN NOMBRE | EN MONTANT | EN NOMBRE | EN MONTANT |
| 1 | 5 | - | 32 | 25 | 4 | 1 |
| 2 | 7 | - | 23 | 20 | 9 | 2 |
| 3 | 6 | 1 | 13 | 12 | 10 | 3 |
| 3-6 | 17 | 3 | 16 | 17 | 23 | 7 |
| 6-9 | 11 | 4 | 6 | 7 | 13 | 7 |
| 9-12 | 12 | 8 | 3 | 4 | 8 | 5 |
| 12-18 | 19 | 12 | 3 | 4 | 8 | 8 |
| Plus de 18 | 23 | 72 | 3 | 11 | 25 | 67 |

* Comprend 1 559 cas dont la moyenne est de 2 264 $.
** Comprend 16 617 cas dont la moyenne est de 257 $.
*** Comprend 1 070 cas dont la moyenne est de 313 $.
Source : Comité d'étude sur l'assurance automobile, 1974, p. 203.

### *Les coûts et le financement du régime selon la responsabilité*

Dans son rapport, le comité Gauvin faisait remarquer que « l'ensemble des assurés du Québec reçoivent, pour chaque dollar de prime d'assurance, un peu plus de 0,59 $ en indemnités[13] ». Les comparaisons avec les régimes du Manitoba

13. Comité d'étude sur l'assurance automobile, 1974, p. 218.

et de la Saskatchewan indiquent que les assurés de ces provinces reçoivent plus de 0,80 $ par dollar de prime[14].

Finalement, le comité a le mandat d'analyser les hausses importantes des primes d'assurance. Voici ce qui en ressort : « Dans une large mesure, la hausse des primes découle de facteurs extérieurs imposés à l'industrie. En effet, la principale cause de cette augmentation est la hausse du coût des demandes d'indemnisation. Au niveau des frais d'exploitation, le taux d'augmentation est inférieur à celui des salaires qui en constituent la principale composante, mais cela ne signifie pas que toutes les économies possibles à cet égard aient été réalisées[15]. »

### *Les propositions du rapport Gauvin*

Un article paru en 1979 dans une revue de droit résume bien les propositions du rapport Gauvin. « Le Comité propose [ ] une réforme en profondeur de l'ensemble des mécanismes juridiques touchant les accidents de la route. Il recommande en premier lieu l'abolition du régime basé sur la faute et la substitution d'une assurance véhicule à l'assurance responsabilité. L'assureur couvrirait désormais le risque pour le propriétaire, les passagers et le piéton victime et indemniserait directement ces personnes sans pouvoir par la suite se retourner et poursuivre "le responsable" en justice. Le Comité recommande ensuite une assurance obligatoire universelle couvrant les dommages matériels et les dommages corporels. Il recommande enfin une indemnisation sous forme de rente basée sur la perte économique nette, comprenant en plus le remboursement de toutes les dépenses matérielles encourues par la victime à la suite de l'accident (soins médicaux, prothèse, rééducation, etc.)[16]. »

Dans le livre bleu sur la réforme de l'assurance automobile, le gouvernement exprime sa compréhension du rapport Gauvin dans les termes suivants.

« En matière de dommages corporels, la solution proposée par le comité Gauvin élimine entièrement la responsabilité avec faute et son corollaire, le droit de recours contre le tiers responsable. Désormais, on ne recherche plus le responsable, toutes les victimes étant indemnisées. La compensation de ces dommages est prévue dans un régime de base universel et un régime supplémentaire.

Le régime de base est conçu de façon à compenser toutes les pertes de revenu (net d'impôts) subies par 85 % de la population. Le 15 % qui n'est pas indemnisé entièrement peut souscrire une assurance supplémentaire. C'est ainsi que le régime de base compense les pertes de revenu, les frais médicaux et de réadaptation, les frais funéraires. Il accorde des montants forfaitaires pour le décès d'une personne

14. Comité d'étude sur l'assurance automobile, 1974, p. 223.
15. Comité d'étude sur l'assurance automobile, 1974, p. 274.
16. Baudouin, 1979, p. 383.

non soutien de famille et plafonne à 10 000 $ les indemnités pour mutilation et dommages moraux.

Au chapitre des dommages matériels, le rapport Gauvin prévoit une assurance directe, c'est-à-dire que l'assureur indemnise directement son assuré. Il ne s'agit pas, à strictement parler, de l'abandon de la responsabilité, puisqu'elle sert à déterminer qui aura droit à des indemnités et dans quelle mesure. […]

Quant aux coûts, le comité s'attache principalement à recommander des réformes au niveau de l'administration des assureurs, notamment la mise en marché faite de façon directe par l'assureur (le courtier n'ayant plus qu'un rôle de conseiller rémunéré comme tel), l'évaluation des dommages matériels effectuée par des centres d'évaluation dont l'administration est commune à tous les assureurs et le contrôle gouvernemental des frais d'administration des assureurs.

Contrairement à ce que certains ont pu écrire ou dire, le comité Gauvin ne recommande pas l'étatisation. Cette dernière n'est conçue que comme un moyen ultime ne devant être utilisé qu'au cas où les mesures visant l'administration privée du régime proposé par le comité ne pourraient être appliquées[17]. »

## Les suites au rapport Gauvin

On distingue trois phases entre la parution du rapport Gauvin et les travaux du gouvernement québécois à compter de novembre 1976 : les réactions immédiates de la communauté (mai à septembre 1974), la commission parlementaire sur le rapport Gauvin (octobre 1974 à janvier 1975) et les travaux du gouvernement libéral (se terminant en octobre 1976).

### *Les réactions de la communauté*

Le rapport Gauvin fait l'objet d'une grande attention médiatique. Les quotidiens et les groupes d'intérêt expriment leur position par rapport aux recommandations du comité, certains se montrant fortement en désaccord tandis que d'autres se prononcent fortement en faveur des propositions.

### *La commission parlementaire sur le rapport Gauvin*

La commission consacre 16 séances de travail à l'étude de 22 mémoires venant principalement des organismes et des groupes les plus directement touchés[18]. Les contributions de deux organismes, soit le Bureau d'assurance du Canada et le

17. Québec. Ministère des Consommateurs, Coopératives et Institutions financières, 1977, p. 14-15.
18. Belleau, 1998, p. 82.

Barreau du Québec, feront l'objet d'une attention particulière au moment d'établir l'argumentaire du gouvernement péquiste. Elles ont en commun de maintenir le droit de poursuite pour les réclamations les plus lourdes malgré la démonstration dans le rapport Gauvin que ce sont celles qui sont indemnisées le plus inadéquatement.

### La proposition du Bureau d'assurance du Canada

« Le Bureau d'assurance du Canada […] reconnaissait de grands mérites au rapport Gauvin, mais cela ne l'a pas empêché de faire la promotion de ses propres propositions de réforme [ ]. Baptisé "AutoBac", ce projet avait le réel mérite de proposer une assurance sans égard à la faute suffisamment riche pour couvrir 85 % des sinistres corporels. Le Bureau d'assurance du Canada rejetait par contre avec force le principe de l'abandon absolu du régime basé sur la faute au motif qu'un système d'indemnisation sans égard à la responsabilité ne compensait pas de façon appropriée les victimes gravement atteintes. Le système basé sur la faute devait donc être maintenu pour assurer l'indemnisation des victimes ayant subi les dommages les plus sérieux. »

« En matière de dommages corporels, le Bureau d'assurance du Canada propose un régime de base sans égard à la responsabilité complété par un régime supplémentaire à base de faute. Toute victime reçoit une compensation minimale et le principe de la responsabilité détermine les victimes pouvant obtenir davantage. Le droit de recours est donc maintenu au-delà du régime de base et il est limité pour ce qui est des pertes non économiques aux préjudices graves[19]. »

### La proposition du Barreau du Québec

« Le Barreau du Québec, pour sa part, a mené une charge à fond de train à la fois contre les propositions du rapport Gauvin et contre celles du Bureau d'assurance du Canada. Pour garantir une protection minimale et automatique des victimes, il a proposé d'augmenter le montant des indemnités au chapitre B [assurance individuelle] et de rendre cette protection obligatoire. Pour le reste, le Barreau s'est porté à la défense du régime d'indemnisation traditionnel et il a sévèrement critiqué le jugement de la commission Gauvin sur le fonctionnement du système basé sur la faute. Il a soutenu avec vigueur que le principe de la réparation intégrale du droit commun conduisait à une meilleure indemnisation des victimes[20]. »

19. Belleau, 1998, p. 82-83.
20. Belleau, 1998, p. 83.

« La proposition du Barreau est d'apporter certaines modifications au système actuel d'assurance automobile qui demeurerait un régime basé sur la responsabilité et en vertu duquel les victimes conservent le droit de s'adresser aux tribunaux.

Le Barreau conserve donc le schéma de la police d'assurance automobile actuelle. Il propose d'introduire l'obligation de l'assurance de responsabilité pour un montant de 50 000 $. Le chapitre B [de l'assurance individuelle] deviendrait obligatoire avec suppression du droit de subrogation et les indemnités qui y sont prévues seraient légèrement améliorées. […]

Au-delà de ces indemnités, il faut continuer à poursuivre le responsable pour obtenir pleine compensation de ses dommages[21]. »

### *Les travaux du gouvernement libéral*

#### Le rapport Desjardins

Le gouvernement constitue un nouveau comité pour étudier le rapport Gauvin présidé par le juge de la Cour du Québec André Desjardins. Le 9 juillet 1975, le ministre William Tetley signe le rapport qui propose quatre scénarios de réforme dont les caractéristiques couvrent un large spectre allant de propositions se rapprochant de celle du Barreau du Québec jusqu'à l'application des recommandations du rapport Gauvin et même au-delà en recommandant l'étatisation complète de l'assurance automobile. Le rapport n'a pas de suite.

#### La proposition du gouvernement libéral

« [Le 30 juillet[22]] 1975, madame Lise Bacon a succédé au ministre Tetley à la direction du ministère des Consommateurs, Coopératives et Institutions financières. [ ] Dès décembre 1975, [ ] elle déclarait que le gouvernement avait non seulement décidé de reporter à une session ultérieure l'adoption d'une loi sur l'assurance automobile, mais aussi qu'il ne retiendrait pas le principe de la non-responsabilité intégrale préconisé par le rapport Gauvin[23]. » L'étatisation est rejetée et la recommandation est d'adopter un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité partiel dans la lignée de la position du Barreau du Québec.

## La réforme adoptée par le gouvernement péquiste

En novembre 1976, le Parti québécois arrive au pouvoir et madame Lise Payette succède à madame Lise Bacon. Un chantier est rapidement mis en place et une

21. Québec. Ministère des Consommateurs, Coopératives et Institutions financières, 1977, p. 16.
22. Site Internet de l'Assemblée nationale du Québec.
23. Belleau, 1998, p. 88-89.

proposition de réforme est présentée en avril 1977 dans le livre bleu intitulé *Pour une réforme de l'assurance automobile*. La réforme proposée par le gouvernement préconise un régime d'assurance automobile obligatoire et public pour l'indemnisation des dommages corporels. En effet, le gouvernement choisit non pas d'améliorer le système d'assurance automobile, mais d'y apporter de grands changements. En plus de cela, la réforme du régime a pour objectif d'enrayer le problème du bilan routier à la source. Les principaux objectifs de cette réforme sont une meilleure indemnisation et dans un délai plus court de toutes les victimes de dommages corporels, une diminution de la fréquence et de la gravité des accidents routiers par l'établissement de mesures de sécurité routière et le développement des entreprises d'assurance québécoises ainsi que la canalisation des fonds générés par l'assurance automobile vers le secteur public.

Un des principes de base de l'abolition du droit de poursuite est le fait que le maintien du droit de poursuite imposerait un fardeau aux moins nantis parce qu'ils devraient se procurer une assurance responsabilité. On peut s'attendre à ce que les plus nantis aient les moyens de se procurer une assurance pour se protéger contre les dommages pouvant excéder la couverture du régime s'ils en sentent le besoin. La protection du régime vise à couvrir la totalité des besoins de 85 % de la population, ce qui est au-delà de ce qui est indiqué comme pourcentage minimal dans la Convention 121 de l'Organisation internationale du travail concernant les prestations des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Une tournée de consultation suit le dépôt du livre bleu puis deux projets de loi sont déposés à l'Assemblée nationale intitulés Loi constituant la Régie de l'assurance automobile du Québec et Loi sur l'assurance automobile, respectivement en juin et août 1977. La Régie de l'assurance automobile du Québec (RAAQ) voit le jour le 1er septembre 1977 après l'adoption du projet de loi la constituant à la fin d'août. M. Robert de Coster en est désigné président-directeur général. En plus de l'administration du nouveau régime d'assurance, la RAAQ se voit confier l'administration du Fonds d'indemnisation qui n'allait plus avoir d'utilité désormais que pour les dommages matériels.

S'ensuit d'octobre à décembre 1977 une commission parlementaire fort animée sur le projet de loi sur l'assurance automobile où les partis d'opposition et plusieurs groupes mènent une lutte. Par ailleurs, des groupes manifestent leur appui au projet et certains estiment qu'il ne va pas assez loin, réclamant l'étatisation complète de l'assurance automobile[24].

24. Il est intéressant de noter que l'Institut canadien des actuaires ne produit pas d'opinion lors des diverses consultations malgré l'importance des aspects actuariels. Cela s'explique probablement par le fait que l'organisme est encore jeune et ne dispose pas des moyens pour participer aux débats publics.

C'est le 1er mars 1978 qu'entre en vigueur le nouveau régime d'assurance automobile québécois et voici ses principales dispositions :

- « au niveau des blessures corporelles un régime d'indemnisation sans égard à la faute administré par un monopole étatique ;
- aucune subrogation et aucun recours envers les tiers ;
- l'indemnisation directe des dommages matériels par l'assureur du véhicule selon diverses options de couverture, assurance obligatoire ;
- libre concurrence entre les assureurs privés avec dépôt de leur tarification auprès de l'Inspecteur général des institutions financières (IGIF)[25] ».

Les dispositions de la Loi sur l'assurance automobile sur l'indemnisation des victimes et le financement du régime sont décrites sommairement dans les prochaines sections.

*Les prestations aux victimes d'accidents d'automobile*

Le régime couvre toutes les victimes possibles d'un accident d'automobile survenu au Québec. Sont exclus les accidents survenant en dehors des chemins publics. Le Québécois qui subit un dommage à l'étranger peut se prévaloir du régime ou tenter d'obtenir réparation en vertu du régime étranger. L'étranger victime d'un accident d'automobile au Québec est indemnisé dans la mesure où il n'est pas responsable. La RAAQ est subrogée dans les droits de la victime lors d'un accident impliquant un résident québécois à l'étranger ou un non-résident québécois au Québec. La personne qui subit un accident d'automobile au travail est indemnisée par le régime des accidents du travail et celle qui est victime d'un acte criminel peut choisir d'être indemnisée en vertu de la Loi d'indemnisation des victimes d'actes criminels. Les indemnités prévues sont les suivantes.

- Indemnités de frais de santé, réadaptation et autres frais sans maximum. Il est à noter que les frais hospitaliers et médicaux sont à la charge des régimes publics d'hospitalisation et de services médicaux.
- Indemnités pour blessures, mutilations, souffrances, douleurs, inconvénients et pertes de jouissances de la vie. L'indemnité est établie en appliquant un pourcentage correspondant au préjudice subi à un montant de 20 000 $, lequel est ajusté annuellement selon l'indice des prix à la consommation.
- Indemnités pour incapacité. Ces indemnités visent à compenser la perte économique que subit une victime tout en fournissant une incitation pour les victimes à se réadapter et à retourner sur le marché du travail. Les indemnités sont versées aux deux semaines et équivalent à 90 % du revenu net sur

25. Gauvin, 2004, p. 3.

la base du revenu brut de la victime n'excédant pas 18 000 $[26] annuellement (évoluant annuellement selon un indice des salaires). Des dispositions particulières s'appliquent aux personnes qui n'occupent pas un emploi au moment de l'accident pour déterminer le revenu brut présumé, soit les personnes au foyer, les personnes sans emploi mais sur le marché du travail, les personnes de 65 ans ou plus, les étudiants majeurs et les mineurs. L'indemnité est versée tant que la personne n'est pas en mesure d'exercer son occupation ou celle qu'elle aurait pu exercer au moment de l'accident pour un maximum de 5 ans. Un mécanisme incitatif est prévu, de sorte que, si la personne retourne à un emploi dont elle tire un revenu inférieur, elle continue de recevoir une indemnité réduite. Après la période de cinq ans, la rente continue d'être versée si la personne est incapable d'exercer tout emploi, sauf dans les cas des mineurs et des personnes de plus de 65 ans où des règles différentes s'appliquent. Dans le cas où la personne tire un revenu d'emploi, ou le tirerait d'un emploi qu'elle pourrait occuper, une indemnité réduite continue de lui être versée.

- Indemnités de décès. Le régime paie les frais funéraires jusqu'à concurrence de 1 000 $. Si la personne décédée est soutien de famille, les survivants reçoivent un montant périodique basé sur un pourcentage de l'indemnité de remplacement du revenu à laquelle aurait eu droit la victime si elle était devenue incapable d'exercer tout emploi après l'accident. Ce pourcentage varie de 55 % à 80 % selon le nombre de personnes à charge. La rente est versée au conjoint sa vie durant sauf dans le cas où il est âgé de moins de 35 ans et n'a pas d'enfant où elle cesse après cinq ans. La rente est versée aux autres personnes à charge pendant la période de dépendance. Dans le cas où la personne décédée est majeure sans conjoint ni personne à charge, la succession a droit à 2 000 $. Si elle est mineure, le père et la mère se partagent 4 000 $.

Les rentes versées pour incapacité ou aux survivants de victimes décédées sont revues annuellement en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation. Elles sont réduites des rentes d'invalides ou aux survivants de personnes décédées versées par le Régime de rentes du Québec et la pension de Sécurité de la vieillesse[27].

Il est intéressant de noter que les prestations sont différentes de celles du régime des accidents du travail alors qu'on pourrait s'attendre à ce qu'elles soient les mêmes, du moins pour les travailleurs. Cela est relié au fait que le régime des accidents du travail était considéré inadéquat et faisait lui-même l'objet de travaux visant à améliorer l'indemnisation des travailleurs accidentés. Le régime d'assurance

26. Le maximum annuel des gains admissibles au Régime de rentes du Québec est de 10 400 $ en 1978.
27. Le régime des accidents du travail étant premier payeur, la personne accidentée de la route à l'occasion du travail peut recevoir des prestations du régime d'accidents d'automobile en excédent. Cette disposition a été modifiée en 1985 avec l'adoption de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles où la CSST devient le seul payeur.

automobile ouvre la voie à une nouvelle approche en matière d'indemnisation, principalement en ce qui concerne la réadaptation et la détermination de la perte de capacité de gains.

*Le financement du régime*

Le mode de financement du régime est celui de la pleine capitalisation, les contributions de différentes sources pour un exercice financier devant être suffisantes pour couvrir le coût total des accidents survenus durant cette année et les frais d'administration. Comme les versements de rentes s'effectuent pendant de longues périodes, cela implique l'accumulation d'actifs, lesquels sont confiés à la Caisse de dépôt et placement du Québec, et la détermination d'un passif actuariel aux états financiers.

Le principe de base en matière de financement est de faire contribuer les usagers de la route. En vertu du système de tarification alors mis en place, le financement du régime se fait au moyen d'une contribution annuelle par conducteur, fixée à 14 $ en 1978 et d'une contribution par véhicule. Cette dernière varie selon le type de véhicule pour tenir compte du risque ; elle était de 84 $ en 1978 pour un véhicule de promenade. S'ajoute à ces deux sources une modeste somme provenant d'une taxe de 0,01 $ sur l'essence (disparue en 1983). Le coût du régime est estimé à 385 millions de dollars pour la première année alors qu'on estime que, si tous les propriétaires de véhicules devaient souscrire une assurance responsabilité pour dommages corporels, ils débourseraient 432 millions[28], ce qui signifie une baisse de la prime d'assurance moyenne. Les estimations de coût sont fondées sur des hypothèses conservatrices en ce sens qu'elles incluent des marges pour incertitude, sauf en ce qui concerne l'hypothèse du taux de rendement réel à long terme qui, à 2 %, pouvait être jugé libéral en raison de la conjoncture économique à court terme[29].

## LES ÉTAPES CHARNIÈRES

### Les principales modifications législatives

Les lois sur la Régie de l'assurance automobile et sur l'assurance automobile ont subi plusieurs changements depuis leur entrée en vigueur. Les changements

28. Québec. Ministère des Consommateurs, Coopératives et Institutions financières, 1977, p. 66.
29. Voir la discussion entre un député et un actuaire lors de la commission parlementaire. Québec, Assemblée nationale, Commission permanente des consommateurs, coopératives et institutions financières, *Journal des débats* : commissions parlementaires, 2e session, 31e législature, 6 décembre 1977, p. B-8671 et suivantes.

concernant l'indemnisation sont concentrés en 1990[30] et en 2000. En revanche, plusieurs interventions législatives en matière de financement sont observées, mais celles de 2004 sont les plus intéressantes car elles modifient la gouvernance en matière de gestion financière. L'évolution du régime est discutée principalement sous l'angle de l'indemnisation et du financement.

## L'évolution de l'indemnisation

### *Les changements de 1990*

La réforme de l'indemnisation de 1990 vise principalement à corriger la sous-indemnisation des blessés les plus gravement atteints et à réduire la sur-indemnisation de certaines catégories d'accidentés. Les principaux changements de la réforme sont présentés ainsi :

- « hausse substantielle des indemnités forfaitaires versées à titre de dommages non pécuniaires ;
- calcul de l'indemnité de remplacement de revenu fondé sur la perte réelle de revenu subie par la victime en raison de l'accident ;
- versement de l'indemnité de décès au conjoint et aux personnes à charge de la victime décédée, sous forme de montant forfaitaire ;
- introduction de dispositions législatives prescrivant le remboursement de frais d'aide personnelle à domicile, de frais de garde, de frais d'accompagnement occasionnés par l'accident et de frais d'expertise médicale[31]. »

Les premier et dernier éléments visent à corriger la sous-indemnisation des blessés les plus graves. On libéralise l'accès au remboursement de frais occasionnés par la condition de la personne accidentée dans une logique d'indemnisation de la perte économique, tandis que la majoration de l'indemnité forfaitaire vise probablement à répondre aux attentes des assurés qui souhaitent maintenir ces prestations à un niveau comparable à celui du droit commun. Il faut bien reconnaître qu'elles contrebalancent en partie l'effet de deux mesures qui réduisent les indemnités pour perte économique. D'une part, la période de l'indemnité de remplacement du revenu pendant laquelle la personne accidentée est incapable d'exercer son emploi est réduite de 5 à 2 ans ; la personne qui ne trouve pas d'emploi jugé convenable continue de recevoir la pleine indemnité pendant une période maximale d'un an. D'autre part, l'indemnité de remplacement du revenu cesse

30. Lors de cette réforme, la Régie de l'assurance automobile est devenue la Société de l'assurance automobile, mais cela n'a pas eu d'incidence sur les missions de base de l'organisme.
31. Loi annotée sur l'assurance automobile, introduction.

d'être versée à 68 ans alors qu'elle était payée jusqu'au décès selon les dispositions originales[32].

Le changement apporté à l'indemnisation des personnes qui ne sont pas en emploi à temps plein au moment de l'accident ainsi que des mineurs et des étudiants (voir puce 2) est une mesure visant à éliminer la sur-indemnisation. Ainsi, on détermine désormais l'indemnité au cours des 180 premiers jours suivant l'accident des personnes sans emploi, avec emploi à temps partiel ou temporaire, selon la perte réelle de revenu plutôt que sur la base d'un revenu potentiel. À compter du 181e jour, on établit comme auparavant une perte de capacité de gain. Les modifications cherchent à reconnaître les changements sociaux en abolissant la notion de « personne au foyer[33] » tout en bonifiant les frais accordés au conjoint qui a la garde des enfants.

La disposition concernant la cessation du versement de l'indemnité de remplacement du revenu à l'âge présumé de retraite semble avoir été inspirée par les dispositions de la LATMP qui est entrée en vigueur en 1985. Il faut noter toutefois que la LATMP prévoit certaines mesures pour mitiger les répercussions de la cessation du versement de l'indemnité de remplacement de revenu au moment de la retraite alors que ce n'est pas le cas pour les prestataires du régime d'assurance automobile. La LATMP modifie aussi considérablement l'indemnisation aux conjoints en abolissant la rente viagère au conjoint de personnes accidentées décédées pour la remplacer par une combinaison d'un montant forfaitaire basé sur le revenu brut de la personne décédée et d'un versement périodique pour une courte période allant de 1 à 3 ans exprimé en pourcentage du revenu net présumé de la personne décédée. Les dispositions de la LAAQ vont plus loin. En effet, à compter de 1990, la LAAQ ne verse plus que des montants forfaitaires[34]. Ainsi la rente viagère versée au conjoint dont le montant dépendait du nombre d'enfants à charge est remplacée par une indemnité forfaitaire basée sur le revenu servant au calcul de l'indemnité de remplacement du revenu auquel elle aurait eu droit le 181e jour qui suit l'accident. L'indemnité est établie en multipliant ce revenu brut par un coefficient qui varie de 1 à 5 selon l'âge de la personne accidentée au décès. Les enfants ont aussi droit à un montant forfaitaire en fonction de leur âge variant de 19 000 $ à 35 000 $ ; de plus, dans le cas où la personne accidentée décédée n'a pas de conjoint, le montant prévu pour ce dernier s'ajoute à cette somme.

32. La personne accidentée de plus de 65 ans à l'emploi a droit à une indemnité de remplacement du revenu pendant une période de quatre ans décroissant à raison de 25 % par année.
33. La personne au foyer ayant comme principale activité de garder des enfants de moins de 16 ans est généralement considérée comme une « personne sans emploi ».
34. La LATMP verse encore des versements périodiques, mais ceux qui sont versés au conjoint sont de durée suffisamment courte pour être associés à des montants forfaitaires.

Cette nouvelle approche est justifiée par des changements dans la dynamique familiale. Elle reconnaît la présence de familles monoparentales et présume d'une maturité des assurés en matière de planification financière de sorte qu'il n'est plus nécessaire de veiller à ce que les indemnités soient utilisées correctement pour éviter que les personnes à charge de personnes accidentées décédées ne dilapident les fonds rapidement et deviennent un fardeau pour la société.

Bien que la LATMP et la LAAQ prévoient toutes les deux des indemnités forfaitaires à titre de dommages non pécuniaires, les écarts sont grands en ce qui concerne les sommes allouées. Les modifications à la LAAQ font passer l'indemnité maximale, de 42 743 $ qu'elle était en 1989, à 125 000 $ en 1992. L'indemnité maximale payable aux accidentés du travail était de 68 362 $ en 1992. Il faut rappeler que cette indemnité est introduite dans la LATMP en 1985 et que son niveau est fixé de façon à reconnaître le principe qu'un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité doit allouer ses ressources en priorité à la perte économique. Il semble cependant que les pressions pour que l'indemnisation des dommages non pécuniaires se rapproche davantage de celle qui est accordée par les tribunaux de droit commun pour les victimes d'assurance automobile aient contribué à s'écarter de ce principe, d'autant plus que les tentatives des assureurs privés de mettre en marché un produit offrant des prestations en sus des maxima du régime public ont été infructueuses. Les détenteurs de véhicules et les conducteurs semblent disposés à mettre en commun des ressources pour offrir davantage de prestations aux personnes accidentées alors qu'on observe une approche différente en accidents du travail.

Finalement, il convient de rappeler que c'est en 1990 qu'on introduit les réductions d'indemnité aux personnes incarcérées à la suite d'un acte criminel commis lors de l'accident d'automobile. La réduction varie de façon inversement proportionnelle au nombre de personnes à charge (de 25 % à 10 %).

### *Les changements de 2000*

Une nouvelle modification législative apporte des changements à l'indemnisation en 2000. Ils sont de beaucoup moins importants que ceux de 1990 et visent principalement la bonification de la compensation de pertes non économiques.

1. L'indemnité forfaitaire pour séquelles permanentes devient une indemnité pour préjudice non pécuniaire couvrant désormais aussi bien les souffrances et inconvénients temporaires que les séquelles permanentes. Le maximum est haussé de façon significative de 138 445 $ en 1999 à 175 000 $ en 2000.
2. Le montant forfaitaire pour personnes décédées sans personne à charge passe de 18 420 $ en 1999 à 40 000 $ en 2000.

Ces modifications contribuent à creuser l'écart de l'indemnisation entre les accidents d'automobile et les accidents du travail.

De légères modifications sont aussi apportées aux indemnités de remplacement du revenu et à l'aide personnelle à domicile.

## Le financement du régime

### *Quelques notions de base*

Même si les dispositions de la loi de 1978 sont suffisamment claires pour que le mode de financement de la pleine capitalisation puisse s'appliquer de façon cohérente et équitable sans trop de souci, son application s'avère problématique au cours des premières décennies. Paradoxalement, l'évolution favorable de certains facteurs complique la tâche des décideurs. En réaction à ces difficultés, les dispositions législatives adoptées en 2004 visent à préciser certaines modalités de l'application du mode de capitalisation et à réduire le risque d'intervention politique. Les faits saillants sont présentés en deux étapes dans les sections suivantes (l'avant et l'après 2004).

Deux termes utilisés par la SAAQ sont utilisés pour discuter de l'évolution financière, soit le taux de financement et le taux de capitalisation. Le premier, lorsqu'il est supérieur à 100 %, indique que les revenus annuels de contribution sont suffisants pour couvrir les besoins financiers de l'année (le coût des indemnités relatives aux accidents dans l'année et les frais d'administration qui s'y rattachent). Le second, lorsqu'il est supérieur à 100 %, indique que les actifs sont suffisants pour couvrir les indemnités qui seront versées dans le futur pour les accidents survenus jusqu'alors en incluant les frais de gestion[35]. Il faut viser un taux de capitalisation égal ou supérieur à 100 % si l'on souhaite respecter les objectifs d'équité et favoriser la viabilité financière ; les contributions d'assurance sont établies de façon à ce que le fonds rembourse les surplus ou récupère les déficits en vue de maintenir le taux de capitalisation autour de l'objectif.

Il convient de rappeler que les contributions au régime d'assurance sont toujours versées en même temps que les droits d'émission ou de renouvellement du permis de conduire et de l'immatriculation. Quelle que soit l'ingéniosité manifestée pour bien distinguer la contribution d'assurance du reste de la facture imposée aux conducteurs et propriétaires de véhicules, la difficulté semble toujours bien présente pour les assurés de distinguer séparément le coût d'assurance du régime public.

---

35. Il va de soi qu'un taux inférieur à 100 % indique une insuffisance des contributions pour couvrir les besoins de l'année et qu'un taux de capitalisation inférieur à 100 % indique une insuffisance d'actifs.

*De la mise en vigueur du régime aux changements de 2004*

Une évolution favorable de la situation financière du régime dans les années 1980, due à une importante amélioration du bilan routier et aux rendements sur les actifs supérieurs aux attentes, finit par provoquer des remous. En effet, la SAAQ demeure prudente dans ses estimations et ne réussit pas à réduire les contributions des usagers de la route. Le gouvernement pose certains gestes.

1. Le gouvernement transfère des coûts des services de santé attribuables aux usagers de la route et demande à la SAAQ de verser une somme aux organismes responsables du transport ambulancier ;
2. Il adopte une série de lois de 1986 à 1993 en vertu desquelles il ordonne à la SAAQ de transférer des centaines de millions de dollars au fonds consolidé, justifiant au départ ce geste par des besoins d'investissement en infrastructure en sécurité routière.

Le tableau 9.3 présente un sommaire de l'information financière relative aux transferts.

TABLEAU 9.3
**Prélèvements du gouvernement (milliers de dollars)**

| ANNÉE DU VERSEMENT AU FONDS CONSOLIDÉ | ANNÉE DE L'ÉCRITURE COMPTABLE À LA RÉSERVE DE STABILISATION | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1987* | 1990** | 1992*** | 1993**** | |
| **1988** | 50 000 | | | | 50 000 |
| **1989** | 75 000 | | | | 75 000 |
| **1990** | 75 000 | 112 500 | | | 187 500 |
| **1991** | | 150 000 | | | 150 000 |
| **1992** | | 150 000 | | | 150 000 |
| **1993** | | 105 000 | 275 000 | | 380 000 |
| **1994** | | 86 250 | | 675 000 | 761 250 |
| **1995** | | 21 250 | | 325 000 | 346 250 |
| **Total** | **200 000** | **625 000** | **275 000** | **1 000 000** | **2 100 000** |
| **Réserve de stabilisation au 31 décembre de l'année** | 603 963 | 1 071 783 | 1 554 953***** | 657 174 | |
| **Passif actuariel** | 2 542 100 | 2 938 200 | 2 820 200 | 2 984 700 | |

* Loi modifiant la loi sur l'assurance automobile, L.Q. 1987, c. 88, art. 155.4.
** Loi modifiant la loi sur l'assurance automobile du Québec et autres dispositions législatives, L.Q. 1990 c. 19, art. 23.1.
*** Loi modifiant la loi sur l'assurance automobile, L.Q. 1992 c. 51, art. 23.
**** Loi modifiant la loi sur l'assurance automobile du Québec et autres dispositions législatives, L.Q. 1993 c. 57, art. 23.5 et 23.6.
***** L'excédent à distribuer aux assurés de 1 068 679 $ a été ajouté à la réserve de stabilisation.

Le conseil d'administration de la SAAQ s'oppose aux transferts à compter de 1990 en soulignant que le surplus appartient aux assurés et doit leur être retourné. Une demande de recours collectif contre la SAAQ et le procureur général du Québec est déposée au nom des personnes qui ont payé des droits, frais et contributions d'assurance au moment de l'obtention de leur permis de conduire et de l'immatriculation de leur véhicule de 1988 à 1992 pour invalider les lois. La Cour supérieure donne raison aux demandeurs en 1994, mais la Cour d'appel en 1996 inverse la décision en considérant que les actifs sont des biens qui appartiennent au domaine public. Il est intéressant de rappeler que les actuaires ont pu démontrer que leurs expertises ont été effectuées de façon prudente et conforme à la saine pratique actuarielle et que les contributions n'ont pas été délibérément établies à un niveau permettant de générer des surplus excessifs, comme le prétendaient les demandeurs.

Au cours des années 1995 à 2004, le taux de financement évolue pour devenir de beaucoup inférieur à 100 % en 2004 (soit 62 %), les contributions des conducteurs et propriétaires de véhicules de promenade demeurant à 130 $ alors que les besoins financiers connaissent une croissance importante. Le taux de capitalisation se maintient à un niveau raisonnable en raison de revenus de placements favorables, ce qui cause des difficultés au moment où les surplus cessent d'être au rendez-vous au début des années 2000. Une détérioration inattendue du bilan routier complique la situation.

Avant de quitter cette période, il faut noter que des premiers gestes sont faits dans les années 1990 en vue d'améliorer l'équité en matière de tarification en introduisant à compter de 1992 la tarification du permis de conduire selon les points d'inaptitude.

### *Les modifications de 2004*

En 2004, le gouvernement crée le Fonds d'assurance et une fiducie d'utilité sociale administrée par la SAAQ destinée uniquement au financement du régime, ce qui, en principe, permet de mieux protéger le fonds contre les transferts vers le fonds consolidé et de rassurer les usagers. Cette nouvelle structure a pour effet d'exclure les résultats de la SAAQ du périmètre comptable du gouvernement. Comme la situation financière s'est détériorée (en 2004, le taux de financement est de 62 % alors que le taux de capitalisation est de 92 %), deux dispositions particulières sont introduites pour encadrer le redressement souhaité.

1. le taux de financement doit être ramené à 100 % au plus tard en 2015 ;
2. tout déficit doit être amorti sur une période maximale de 15 ans.

Le gouvernement modifie ainsi les pratiques en matière de détermination des contributions en accordant à la SAAQ la responsabilité de les déterminer après

avoir obtenu l'avis du Conseil d'experts indépendant devant tenir une consultation publique et lui faire des recommandations. Le Conseil d'experts est formé de trois membres représentatifs des milieux de l'actuariat, des finances et de l'assurance, nommés par le gouvernement. Son mandat consiste à revoir la démarche suivie par la Société et à vérifier les données utilisées à l'appui des modifications envisagées aux contributions d'assurance automobile. Le Conseil d'experts doit également tenir une consultation publique pour obtenir l'avis des personnes et des groupes concernés[36].

Depuis l'adoption des modifications, le Conseil d'experts a réalisé trois mandats pour donner suite aux propositions de la SAAQ portant sur les années de tarification 2007 à 2018 selon le calendrier du tableau 9.4. Les propositions sont produites après expertise actuarielle. Il est prévu que la SAAQ fera une nouvelle proposition pour la tarification s'appliquant à compter de 2019, ce qui signifie que le Conseil d'experts devra faire rapport en 2017-2018.

TABLEAU 9.4
**Conseil d'experts**

| ANNÉE DE RÉALISATION DU MANDAT | TARIFICATION PORTANT SUR LES ANNÉES |
|---|---|
| 2005 – 2006 | 2007 – 2012 |
| 2011 | 2013 – 2015 |
| 2014 – 2015 | 2016 – 2018 |

Les objectifs de financement fixés dans la loi ont été atteints avant les échéances. Ainsi, les taux de financement et de capitalisation dépassent 100 % respectivement en 2009 et en 2013. Le Fonds d'assurance est frappé par la crise financière de 2008, mais la reprise des marchés financiers, l'amélioration du bilan routier, la suite de l'intensification d'efforts en sécurité routière ainsi que des améliorations au processus de gestion des réclamations contribuent à dépasser les objectifs. Plusieurs mesures sont adoptées pour améliorer l'équité de façon à ce que les contributions de chaque catégorie de cotisants équivalent à leur risque, tout en évitant les chocs tarifaires. Par exemple, la tarification sur les points d'inaptitude est mise à jour et les contributions pour les motos reflètent leur expérience. La SAAQ jette les bases d'une politique de gestion des surplus et déficits qui la guide dans sa proposition pour les années 2016 à 2018. Les contributions pour les années 2016 à 2018 sont fixées de façon à ce que le taux de financement vise 100 %. L'Institut canadien des actuaires participe aux consultations publiques du Conseil d'experts.

Il semble que la mise en place du Conseil d'experts serve bien les intérêts de tous les intervenants. Il agit comme intermédiaire entre les usagers payeurs et le

36. Site Internet du Conseil d'experts sur les contributions d'assurance automobile.

conseil d'administration de la SAAQ et joue un rôle important en matière d'information et d'éducation.

## LE PORTRAIT DE LA SITUATION

Le régime public d'indemnisation des accidentés de la route est administré par la SAAQ, dont le modèle d'affaires englobe aussi la prévention et le contrôle de l'accès au réseau routier et du transport des personnes et des biens. Le régime offre une protection universelle pour tous les Québécois, même quand ils ont un accident d'automobile à l'étranger.

Les pertes économiques d'une grande partie de la population sont compensées, ce qui laisse aux plus nantis le soin de se procurer une protection complémentaire s'ils le désirent pour les pertes excédant le salaire maximal annuel (SMA) considéré à des fins d'indemnisation. Les personnes accidentées de la route ont toutefois la responsabilité de gérer leurs indemnités en espèces de façon à ce qu'ils prévoient un revenu de retraite suffisant pour leurs besoins, car les prestations d'indemnité de remplacement du revenu cessent à 68 ans. Le régime d'indemnisation protège leur patrimoine en leur offrant les services que requiert leur situation tout au long de leur vie. Les préjudices non pécuniaires sont compensés au moyen d'un barème dont le maximum semble généreux à plus de trois fois le SMA. La SAAQ a investi dans le réseau de la santé de façon à développer des centres de traumatologie qui font bénéficier aux blessés graves de traitements à la fine pointe de la technologie. La réadaptation est au centre des préoccupations en vue de permettre aux personnes accidentées de reprendre autant que possible la vie la plus normale possible.

Au Canada, le Manitoba et la Saskatchewan sont les seules provinces à avoir mis en place des régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité[37]. Ils prévoient des prestations similaires à celles du régime québécois. Le tableau 9.5 présente un sommaire de certaines prestations pour ces deux régimes.

37. Il convient de noter que le régime de la Saskatchewan se distingue par le fait que le droit de poursuite est maintenu pour les pertes au-delà des maximums prévus par la loi et que les résidents peuvent renoncer à la protection du régime pour être indemnisés en vertu du régime de responsabilité.

TABLEAU 9.5
**Indemnités* en 2016 – Données comparatives**

| INDEMNITÉS | RÉGIME DU QUÉBEC | RÉGIME DU MANITOBA[2] | RÉGIME DE LA SASKATCHEWAN[2] |
|---|---|---|---|
| Indemnité de remplacement du revenu | 90 % du revenu net, calculé sur la base d'un revenu brut annuel, qui ne peut excéder 71 500 $ | 90 % du revenu net, calculé sur la base d'un revenu brut annuel, qui ne peut excéder 93 000 $ | 90 % du revenu net, calculé sur la base d'un revenu brut annuel, qui ne peut excéder 94 539 $ |
| Indemnité de frais de garde | Maximum hebdomadaire : de 426 $ à 581 $ (1 à 4 personnes et plus) | Maximum hebdomadaire : de 441 $ à 579 $ (1 à 4 personnes et plus) | Maximum hebdomadaire : de 425 $ à 847 $ (1 à 4 personnes) |
| Indemnité forfaitaire pour étudiants | 5 107 $ / année scolaire ratée au primaire<br>9 371 $ / année scolaire ratée au secondaire<br>9 371 $ / session ratée au postsecondaire (max : 18 741 $ par année) | 5 177 $ / année scolaire ratée au primaire<br>9 593 $ / année scolaire ratée au secondaire<br>19 191 $ / année scolaire ratée au postsecondaire | 5 390 $ / année scolaire ratée au primaire<br>10 014 $ / année scolaire ratée au secondaire<br>20 028 $ / année scolaire ratée au postsecondaire |
| Indemnité forfaitaire pour les inconvénients, comme la perte de jouissance de la vie, la souffrance psychique et la douleur | 238 965 $ au maximum | 152 281 $ au maximum | 192 561 $ au maximum<br>235 186 $ pour blessure catastrophique |
| Frais de garde | Maximum hebdomadaire : de 128 $ à 256 $ (1 à 4 personnes) | Maximum hebdomadaire : de 114 $ à 229 $ (1 à 4 personnes et plus) | |
| Aide personnelle à domicile | Un montant maximal de 853 $ par semaine | | Un montant maximal de 847 $ par semaine |
| Remplacement de main-d'œuvre dans une entreprise familiale | Maximum hebdomadaire de 851 $ avec pièces justificatives durant les 180 premiers jours | Maximum hebdomadaire de 760 $ avec pièces justificatives durant les 180 premiers jours | |
| Décès | Frais funéraires : 5 107 $<br>Conjoint : 1 à 5 fois le revenu brut du décédé selon son âge (de 68 148 $ à 357 500 $)<br>Autre personne à charge : forfaitaire selon son âge (de 1 an à 16 ans)<br>Sans personne à charge : 54 621 $ | Frais funéraires : 8 301 $<br>Consultation en cas de deuil : 3 472 $<br>Conjoint : 1 à 5 fois le revenu brut du décédé selon son âge (de 60 914 $ à 465 000 $)<br>Autre personne à charge : 13 565 $<br>Parent pas à charge : 13 565 $ | Frais funéraires : 10 078 $<br>Frais thérapie de deuil : 1 343 $<br>Frais pour orientation professionnelle du conjoint : 671 $<br>Frais pour retour aux études du conjoint : 46 215 $<br>Indemnité hebdomadaire viagère au conjoint de 50 % du revenu net de la personne accidentée au moment de l'accident plus 5 % par personne à charge de moins de 21 ans. Peut être cumulée (minimum de 69 322 $).<br>Des montants forfaitaires sont prévus au décès de personnes sans conjoint ou enfant à charge : ils varient selon l'âge de la victime et le lien avec les personnes admissibles aux indemnités. |

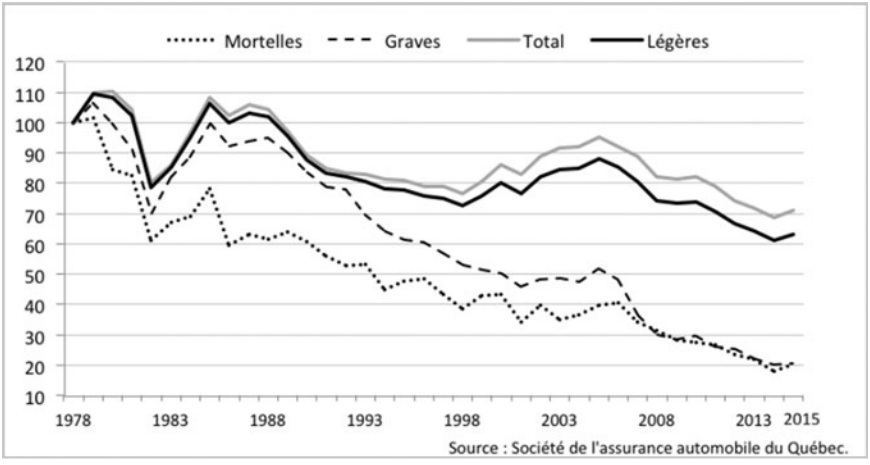
* Certaines indemnités ne figurent pas dans ce tableau.

** Le Manitoba et la Saskatchewan prévoient des dispositions particulières en cas de blessure catastrophique et des prestations sont prévues à compter de 65 ans à titre de prestations de retraite. En Saskatchewan, il y a un maximum de 6 719 606 $ pour frais médicaux et de réadaptation.

Le Fonds d'assurance du régime québécois est en bonne santé financière. Son taux de capitalisation est de 122 % au 31 décembre 2015 et une politique de capitalisation permet de le maintenir dans un corridor de 100 % à 120 % au moyen de variations dans les contributions. Pour les années 2016 à 2018, les contributions de la majorité des conducteurs et propriétaires seront réduites. Les pratiques de tarification visent à répartir le risque de la façon la plus équitable possible entre les usagers de la route à l'intérieur des contraintes qu'impose un financement par conducteur et propriétaire de véhicule. La contribution annuelle d'un conducteur et propriétaire de véhicule de promenade, peu élevée à 119 $ en 2016, reflète un bilan routier favorable.

Le graphique 9.1 permet de constater l'évolution du bilan routier depuis 1978.

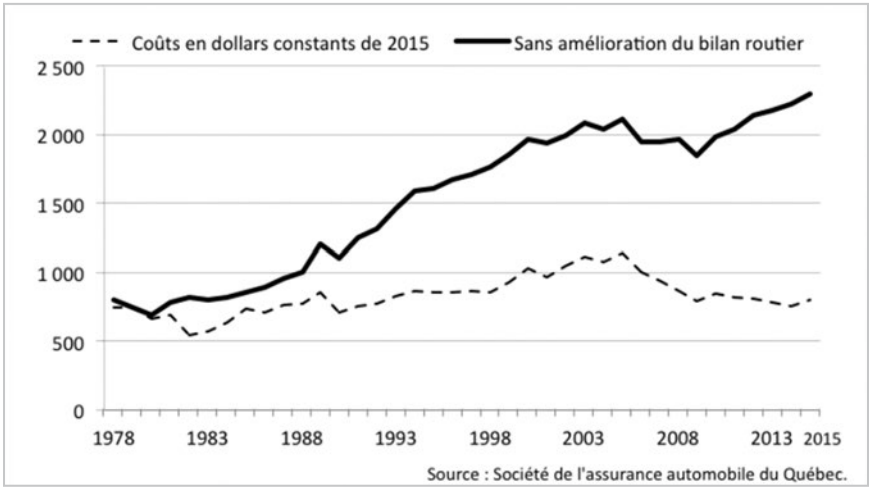
Graphique 9.1
**Nombre de personnes accidentées selon la nature des blessures (indice 1978 = 100), de 1978 à 2015**[38]




On s'attend à ce que les principaux facteurs influençant le coût du régime pour les usagers de la route soient le bilan routier et les paramètres économiques tels que les salaires, le rendement sur les actifs et l'inflation. Même si toute société cherche à atteindre l'objectif zéro en matière de survenance d'accidents, il faut reconnaître que plus on s'y approche, plus les gains sont difficiles à réaliser. Le graphique 9.2 présente le coût du régime lié à l'indemnisation en dollars constants de 2015 et permet de constater l'importance du bilan routier sur son évolution. Ainsi, le coût de 2015 (793,7 millions) représente environ le tiers de ce qu'il serait si le bilan routier était le même qu'en 1979 (2 295,1 millions).

38. Source : SAAQ, Données et statistiques, 2015, p. 6.

Graphique 9.2
**Coût lié à l'indemnisation (en millions de dollars) tel qu'évalué au 1er juillet de l'année d'accident[39]**




Note : Le coût est établi sur la base d'un taux de rendement réel de 3,00 % et il exclut les frais de gestion du régime et ceux du Tribunal administratif du Québec. Ce coût prend en considération les déboursés effectués jusqu'au 31 décembre 2015 et le passif actuariel établi à cette date.

L'administration d'un régime d'indemnisation visant à compenser la perte économique à long terme est un défi considérable et requiert un personnel hautement qualifié. La détermination d'un emploi correspondant aux capacités résiduelles d'une personne accidentée est un processus complexe et il est normal qu'une proportion de la clientèle utilise les mécanismes de contestation prévus dans la loi. On observe que des personnes accidentées insatisfaites se regroupent et manifestent publiquement leur mécontentement de façon conjoncturelle ou au moyen d'associations. La SAAQ rapporte néanmoins un taux de satisfaction de 82 % de la clientèle. Toute société démocratique demeure vulnérable aux pressions de groupes ayant un intérêt à s'opposer systématiquement aux programmes de protection sociale et doit demeurer vigilante en s'assurant que les mécanismes d'éducation et d'information sont efficients pour donner un éclairage sur les véritables enjeux.

Peu de provinces, d'États ou de pays sont allés dans une direction analogue à celle du Québec, ce qui fait en sorte que le Québec est destiné à innover lorsqu'il se retrouve dans un environnement changeant. Parmi les territoires qui sont allés plus loin que le Québec en matière d'indemnisation sans égard à la responsabilité, il y a la Nouvelle-Zélande qui offre une protection universelle pour tous les types

39. Source : SAAQ, Données et statistiques, 2015, p. 10.

d'accidents. La distance géographique n'en fait pas une référence avec laquelle il est facile de cheminer.

## CONSTATS ET ENJEUX

Depuis son entrée en vigueur en 1978, diverses modifications ont été apportées au régime québécois d'indemnisation des victimes d'accidents de la route en vue d'améliorer son efficience en ce qui concerne autant l'indemnisation que le financement. Le régime est pleinement capitalisé et les contributions des usagers sont établies selon de sains principes actuariels pour couvrir les besoins financiers.

En matière de prévention des accidents de la route, on ne peut que saluer les gains réalisés depuis l'entrée en vigueur du régime. Le défi consiste à maintenir les acquis et à poursuivre l'amélioration. Le prix à payer pour l'assurance par les usagers évoluera en fonction des résultats en la matière.

Sous l'angle de la protection sociale, il est difficile de déceler objectivement de grosses failles. On peut noter toutefois quelques éléments à surveiller. L'un de ceux-ci est la cessation des indemnités de remplacement du revenu à 68 ans qui peut rendre vulnérables les victimes qui n'auront pas pris soin de planifier en conséquence. En comparaison, le Manitoba et la Saskatchewan prévoient des indemnités à la retraite. Plusieurs services paramédicaux sont remboursés jusqu'à concurrence d'un maximum. Lorsque les prix sont supérieurs, c'est la victime qui doit assumer la différence, ce qui peut être associé à un ticket modérateur susceptible d'être un frein à l'utilisation. Il faut éviter que cela compromette la santé de la victime.

Des victimes se plaignent de ne pas être traitées équitablement. Au cours de 2015, les revendications portaient sur l'absence d'indemnisation en regard de douleurs chroniques et la détermination de l'emploi convenable. Lorsqu'un régime d'indemnisation est en bonne santé financière, il devient vulnérable aux critiques qui prétendent que cet état est le résultat de pratiques d'indemnisation restrictives. La recherche d'un équilibre entre une indemnisation juste et équitable et le prix à payer pour une protection adéquate est un défi que doivent relever toutes les parties. Il faudrait étudier l'opportunité d'introduire dans la loi un mécanisme de révision périodique des indemnités, par exemple tous les 5 ou 10 ans, pour garantir que les prestations correspondent aux besoins des assurés. Dans la recherche de l'équilibre, il est possible que le régime soit indéfiniment vulnérable aux tenants d'un retour à un droit de poursuite pour apporter les correctifs.

Au Québec, les victimes d'accidents de la route, du travail et d'actes criminels sont protégées par des régimes dont les prestations ne sont pas identiques. Comme société, il faut se questionner si cette apparente iniquité est acceptable.

La tarification fait l'objet de pressions de groupes qui souhaiteraient une plus grande solidarité entre les types de véhicules au détriment d'une reconnaissance des coûts associés à chaque type de véhicule. Cela aurait pour effet de rapprocher la prime des plus hauts risques vers celle du groupe de véhicules de risque moindre. La SAAQ semble déterminée à appliquer les principes actuariels d'équité en matière de tarification et à reconnaître les différents types de risques. De nouvelles technologies ont fait leur apparition dans les dernières années en vue de mesurer le risque des conducteurs. La SAAQ doit demeurer à l'affût de ces innovations et tester leur utilité pour raffiner davantage la tarification. Il faut s'attendre à ce que les nouvelles technologies créent toutes sortes de situations auxquelles le régime devra s'adapter.

## Bibliographie

Baudouin, Jean-Louis. 1979. « La nouvelle législation québécoise sur les accidents de la circulation », *Revue internationale de droit comparé*, vol. 31, nº 2, avril-juin, p. 381-394.

Belleau, Claude. 1998. *L'assurance automobile sans égard à la responsabilité : historique et bilan de l'expérience québécoise*. Québec : Les Publications du Québec, 179 p.

Comité d'étude sur l'assurance automobile. 1974. *Rapport du Comité d'étude sur l'assurance automobile*. Québec : Éditeur officiel du Québec, 412 p.

Conseil d'experts sur les contributions d'assurance automobile. 2011. *Rapport du Conseil d'experts sur le financement du régime public d'assurance automobile*. Québec : le Conseil, 54 p.

Conseil d'experts sur les contributions d'assurance automobile. 2015. *Rapport du Conseil d'experts sur les contributions d'assurance automobile concernant le financement du régime public d'assurance automobile du Québec*. Québec : le Conseil, 67 p.

Conseil d'experts sur les contributions d'assurance automobile. http://www.conseilexpert.aauto.ca. Consulté le 13 décembre 2016.

Gauvin, Jean-Louis. 2004. « Les origines et l'avenir du régime québécois d'assurance sans égard à la responsabilité ». Colloque « L'avenir du régime québécois d'assurance automobile », Québec : jeudi le 25 mars 2004.

Gauvin, Jean-Louis. 1974. *Processus de calcul et modèle mathématique : rapport du Comité d'étude sur l'assurance automobile*. Québec : ministère des Institutions financières, Compagnies et Coopératives, Service des assurances, 64 p.

Gouvernement du Québec. 1991. *Loi annotée sur l'assurance automobile : changements apportés au régime d'indemnisation des dommages corporels.*

Québec. Ministère des Consommateurs, Coopératives et Institutions financières. 1977. *Pour une réforme de l'assurance automobile : texte rendu public par madame Lise Payette, ministre des Consommateurs, Coopératives et Institutions financières*. Québec : Éditeur officiel du Québec, 73 pages.

Rousseau-Houle, Thérèse. 1998. « Le régime québécois d'assurance automobile, vingt ans après », *Les Cahiers de droit*, vol. 39, nos 2-3, p. 213-232

Société de l'assurance automobile du Québec. 2014. *Bilan routier.* Québec : Les Publications du Québec, 24 p.

Société de l'assurance automobile du Québec et Contrôle routier. 2000. *Rapport d'activité 2000*. Québec : Les Publications du Québec, 108 p.

Société de l'assurance automobile du Québec. 2016. *Rapport annuel de gestion 2015*. Québec : Les Publications du Québec, 179 p.

Société de l'assurance automobile du Québec. 2014. *Données et statistiques 2014*. Québec : Les Publications du Québec, 28 p.

Tunc, André. 1987. « L'assurance automobile au Québec : bilan d'une réforme », *Revue internationale de droit comparé*, vol. 39, nº 2 : avril-juin 1987, p. 453-457.

# Chapitre 10

# L'assurance-chômage

*Michel Bédard*

***Initialement conçu pour assurer un revenu temporaire en cas de chômage, ce régime en est venu à couvrir, à des conditions similaires, différentes absences temporaires du marché du travail en plus de chercher, du moins dans le discours, à favoriser l'employabilité.***

TABLE DES MATIÈRES

**Le temps d'avant** . . . . . **349**
Le Québec au début du xx^e^ siècle . . . . . 349
L'entre-deux-guerres . . . . . 350
L'amendement constitutionnel de 1940 . . . . . 352

**Première époque : de 1940 à 1971** . . . . . **353**
Le régime d'assurance-chômage de 1940 . . . . . 353
De 1942 à 1956, la prospérité des quinze premières années . . . . . 355
De 1957 à 1971, augmentation des coûts . . . . . 358

**Seconde époque : de 1971 à 1996** . . . . . **359**
Un nouveau départ, la Loi de l'assurance-chômage de 1971 . . . . . 359
Les suites de la loi de 1971 . . . . . 361
« Dépenses à des fins productives » et « mesures actives » : de 1977 à 1996 et plus 365
Une flopée d'amendements : 1991, 1993 et 1994 . . . . . 367
Les projets pilotes . . . . . 368

**Troisième époque : de 1996 à 2016** . . . . . **369**
La « réforme » de 1996 : l'assurance-emploi remplace l'assurance-chômage . . . . . 369
Les suites de la réforme de 1996 . . . . . 372
Les surplus de l'assurance-emploi et leur confiscation en 2010 . . . . . 373
De 1997 à 2015, l'ère des projets pilotes . . . . . 375
2016, un nouveau gouvernement à Ottawa . . . . . 377

**Portrait de la situation** . . . . . **378**
Principales dispositions en vigueur . . . . . 378
Analyse de l'expérience . . . . . 380
**Constats et enjeux** . . . . . **384**
**Annexe –** Principales modifications mises en œuvre en 1996 . . . . . 388
**Bibliographie** . . . . . **391**

Pour tracer l'histoire de l'assurance-chômage au Québec, il faut d'emblée se référer à l'histoire du régime telle qu'elle se développe à l'échelle du Canada. La protection offerte aux salariés du Québec relève dès ses débuts, en 1940, d'une loi adoptée par le Parlement fédéral, loi qui s'applique sur l'ensemble du territoire canadien. Cela ne nous empêchera pas d'adopter une perspective québécoise pour témoigner de mouvements, faits ou données qui sont propres au Québec, ou qui y ont une résonance particulière.

On pense par exemple aux réactions politiques et aux mouvements populaires ou régionaux qui se manifestent au Québec à l'occasion des multiples « réformes » du régime d'assurance-chômage, ou aux velléités exprimées plus d'une fois par différents partis politiques en vue de rapatrier ce régime au Québec.

## LE TEMPS D'AVANT

### Le Québec au début du xx$^{e}$ siècle

Au tournant des années 1900, la majorité de la population du Québec vit encore en campagne, environ 60 %, et la plupart des fermes pratiquent une agriculture de subsistance[1]. Vingt ans plus tard, c'est l'inverse : 56 % de la population vit désormais dans les villes[2]. Comme le souligne François Bisson en se référant au sociologue français G. Friedmann, « la naissance du chômage, lié au travail du monde moderne, se comprend dans le contexte général du passage d'une société rurale à une société urbaine[3] ».

Après avoir souligné le rôle de Montréal comme métropole industrielle du Canada entre 1880 et 1920, le même auteur souligne l'influx de travailleurs et de chômeurs qui s'ensuit : « Au cours des années 1900-1910, les populations issues de la forte immigration et de l'exode rural qui affluent à Montréal, porte d'entrée importante du Canada, comprennent une masse d'ouvriers manuels en recherche d'emploi… Le chômage prenant une acuité particulière dans les grandes villes industrielles du tournant du 20$^{e}$ siècle, instaurer un bureau de placement public gratuit pour les chômeurs devenait une nécessité pour une agglomération telle que Montréal[4]. »

Le gouvernement du Québec crée ses premiers bureaux de placement publics en 1911 : « Le bureau d'enregistrement instauré au début du 20$^{e}$ siècle constitue en fait la première institution concrète permanente pour aider les chômeurs au

1. Dauphin, 2007, p. 5.
2. Lacoursière, 1997, p. 145.
3. Bisson, 2007, p. 13.
4. *Ibid.*, p. 65 et 66.

Québec[5]. » En 1918, le gouvernement fédéral s'immisce dans cette compétence provinciale en promulguant une loi fédérale de coordination des bureaux de placement. Toutes les provinces signent l'entente fédérale-provinciale sur le placement de la main-d'œuvre, entente qui leur permet de recevoir un financement soumis aux objectifs du système pancanadien.

### L'entre-deux-guerres

Toujours en 1918, l'ancien ministre du Travail et futur premier ministre du Canada, William Lyon Mackenzie King, endosse le principe d'une assurance-chômage et reconnaît la responsabilité de l'État, en écrivant : « Insurance against unemployment recognizes that an isolated human being, not less than a machine, must be cared for when idle. It recognizes also that nothing is so dangerous to the standard of life, or so destructive of minimum conditions of healthy existence, as widespread or continued unemployment. Where idleness is the fault of the social order, rather than of the individual concerned, it places the onus on the State to safeguard its own assets, not more in the interest of the individual than in the interest of social well-being[6]. »

Dès 1919, l'Organisation internationale du travail (OIT) – qui vient d'être créée sous l'égide du traité de Versailles – adopte, lors de sa première conférence à Washington, la Recommandation (nº 1) sur le chômage. Cette recommandation demande aux pays membres d'organiser « un système effectif d'assurance contre le chômage, soit au moyen d'une institution du gouvernement, soit en accordant des subventions du gouvernement aux associations dont les statuts prévoient en faveur de leurs membres le paiement d'indemnités de chômage ».

Confirmant l'intérêt qu'on porte à cette question, et pour donner suite à la recommandation d'une commission royale d'enquête en 1919, le gouvernement fédéral examine un projet d'assurance-chômage en 1920. Mais il est vite oublié, alors qu'une reprise de l'économie permet d'absorber les surplus de main-d'œuvre observés au lendemain de la grande guerre. Au Québec, l'économie se développe rapidement au cours des années 1920, surtout dans les domaines des ressources naturelles, des mines et de l'hydroélectricité. Dès cette époque, cependant, on reconnaît que le chômage saisonnier pose un sérieux problème, non seulement au Québec, mais dans l'ensemble du Canada.

Le 24 octobre 1929, le krach de New York marque le début de la Grande Dépression qui persiste jusqu'au début de la Seconde Guerre mondiale. Le chômage

5. *Ibid.*, page 112.
6. King, 1918, p. 346.

atteint de nouveaux sommets[7], la pauvreté afflige une part importante de la population.

En septembre 1930, le gouvernement fédéral adopte la Loi allouant des secours pour remédier au chômage. Considérant que « le chômage […] est en premier lieu du ressort du provincial et municipal », cette loi permet de financer 50 % du coût des programmes d'assistance et de travaux publics mis en œuvre par les provinces et les municipalités. Un mois plus tard, Ottawa et Québec concluent une entente à cet effet, entérinée en décembre par l'Assemblée législative du Québec, par la Loi de l'aide aux chômeurs[8]. Reconduite en 1931, l'aide aux travaux publics est supplantée dès 1932 par l'assistance directe, qu'on appelle aussi *secours direct*[9]. Les montants dépensés par les gouvernements canadiens à cette époque (tableau 10.1) sont importants, puisqu'ils représentent en moyenne 3 % du produit national brut de 1932 à 1938.

TABLEAU 10.1
**Les dépenses de secours pour l'ensemble des gouvernements du Canada, de 1931 à 1938, et leur part du PNB[10]**

| | Année financière close le 31 mars | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1931 | 1932 | 1933 | 1934 | 1935 | 1936 | 1937 | 1938 |
| | Milliers de dollars | | | | | | | |
| **Dépenses par l'intermédiaire d'organismes provinciaux-municipaux:** | | | | | | | | |
| Canada | 3 140 | 33 531 | 33 806 | 28 020 | 43 307 | 40 694 | 51 541 | 54 547 |
| Provinces | 9 199 | 41 972 | 37 461 | 39 071 | 74 341 | 69 518 | 59 165 | 79 466 |
| Municipalités | 4 764 | 16 216 | 20 837 | 22 974 | 23 471 | 24 000 | 23 123 | 18 341 |
| Total partiel | 17 103 | 91 719 | 92 104 | 90 065 | 141 119 | 134 212 | 133 829 | 152 354 |
| **Plus : dépenses directes du Canada** | | | | | | | | |
| | 1 292 | 4 765 | 2 915 | 7 879 | 17 353 | 38 722 | 26 463 | 12 802 |
| **Total des dépenses réunies** | | | | | | | | |
| | 18 395 | 96 484 | 95 019 | 97 944 | 158 472 | 172 934 | 160 292 | 165 156 |
| **Produit national brut** | | | | | | | | |
| | 5 463 250 | 4 473 250 | 3 733 500 | 3 611 250 | 4 052 000 | 4 384 250 | 4 785 750 | 5 248 750 |
| **Ratio des dépenses de secours au PNB** | | | | | | | | |
| | 0,3 % | 2,2 % | 2,5 % | 2,7 % | 3,9 % | 3,9 % | 3,3 % | 3,1 % |

7. Le taux de chômage a pu atteindre de 20 % à 30 % pendant les années 1930, selon diverses sources, bien qu'il n'y avait pas à cette époque de mesure fiable pour la statistique de la main-d'œuvre.
8. Loi de l'aide aux chômeurs, 1930 (sanctionnée le 11 décembre 1930), Bibliothèque nationale du Québec (http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=122419).
9. Bolduc, 1951, p. 34.
10. Sirois et Rowell, 1940, tableau 33 ; Statistique Canada (statistiques historiques, calcul du PNB pour l'année financière par interpolation).

La crise qui frappe le pays est générale. En 1934, on assiste à la création de la Banque du Canada, jugée nécessaire pour réglementer le système monétaire et économique du pays. En 1935, à la veille d'élections fédérales, prenant modèle sur le *New Deal* de Roosevelt, le gouvernement conservateur de R.B. Bennett adopte huit mesures pour remédier au chômage, la principale étant la Loi sur le placement et les assurances sociales, dans le but d'instituer un régime d'assurance-chômage. C'est une proposition adaptée du régime en vigueur au Royaume-Uni depuis 1911, un régime à prestations uniformes.

### L'amendement constitutionnel de 1940

La loi de 1935 n'est jamais mise en œuvre. La Cour suprême du Canada en 1936 puis le Comité judiciaire du Conseil privé de Londres en janvier 1937 en confirment la non-constitutionalité[11]. Six provinces conviennent d'un amendement constitutionnel, mais trois s'y s'opposent : l'Alberta, le Nouveau-Brunswick et le Québec de Maurice Duplessis. Le débat sur cette question se poursuit de 1937 à 1940 au fil de discussions et de rapports, l'Ontario faisant alliance avec le Québec en 1938. Cependant, après l'élection du libéral Adélard Godbout le 25 octobre 1939, redevable aux libéraux d'Ottawa pour sa campagne électorale, l'opposition du Québec tombe, avec l'appui de l'opinion publique québécoise et l'encouragement des syndicats catholiques[12].

Au début de 1940, toutes les provinces acceptent un amendement constitutionnel, pressées entre autres par l'état de guerre. Cet amendement est adopté le 10 juillet 1940, ajoutant « l'assurance-chômage » à la liste des compétences du gouvernement central. La Loi sur l'assurance-chômage est adoptée le 10 août 1940.

D'aucuns voient dans cet amendement et dans la création du régime d'assurance-chômage un moment clé, où « l'on assiste aux premiers changements dans la conception et la pratique de la politique de la protection sociale » au Canada, reflétant en particulier « l'entrée de la notion de droit social dans la conception de la politique[13] ».

Face à une crise économique d'envergure semblable, les deux fédérations nord-américaines adoptent des solutions opposées, soit des régimes d'assurance-chômage fragmentés aux États-Unis (en 1935) contre un régime centralisé au Canada. Trois facteurs semblent s'imposer comme explication à cette divergence : premièrement, l'autonomisme moins exacerbé des provinces canadiennes en comparaison des États américains (surtout ceux du Sud), sauf pour le Québec de Maurice Duplessis,

11. On remarque que Louis St-Laurent, futur premier ministre du Canada, est un des trois avocats qui plaide au nom du gouvernement du Canada, en faveur de la constitutionalité de cette loi.
12. Charbonneau, 2000, p. 147.
13. Jalbert, 1992, p. 12.

comme, jusqu'en 1940, pour l'Alberta de William Aberhart ; en deuxième lieu, la pression financière exercée sur les provinces et les municipalités au cours des années 1930 par un chômage généralisé, en particulier par une population flottante de 70 000 à 100 000 chercheurs d'emploi, surtout dans les prairies de l'Ouest canadien[14], mais aussi en Ontario et en Colombie-Britannique ; et, enfin, l'entrée en guerre du Canada en septembre 1939, qui balaie les dernières réticences de ceux qui s'opposeraient à un régime national d'assurance-chômage.

Le professeur d'économie politique de l'Université Duke, Pablo Beramendi, soutient une thèse semblable, observant qu'à l'ouest du Canada on retrouve un grand nombre de chômeurs mobiles, issus d'une immigration récente[15]. Entre 1901 et 1931, la population des trois provinces des Prairies passe en effet de 350 000 à 2 350 000, celle de la Colombie-Britannique de 179 000 à 694 000[16]. Quant aux finances des provinces, elles ne sont guère reluisantes à cette époque, leurs sources de financement étant limitées.

## PREMIÈRE ÉPOQUE : DE 1940 À 1971

### Le régime d'assurance-chômage de 1940

Le régime de 1940 ressemble à celui proposé en 1935 par les conservateurs de R.B. Bennett, sauf que le montant des prestations, au lieu d'être uniforme, varie en rapport avec les gains antérieurs des assurés. Les détails en sont largement tracés par les actuaires du gouvernement fédéral sur la base des principes actuariels s'appliquant à l'assurance commerciale, en particulier ceux de l'assurance collective :

- Un risque assuré (celui de la perte involontaire d'un emploi),
- Des prestations servies sous des conditions précises (aptitude au travail, disponibilité et recherche d'emploi),
- Des prestations normalisées dont le versement ne dépend ni des besoins ni des moyens dont peuvent disposer les assurés,
- Un financement par des cotisations dont le montant est fonction de la rémunération,
- L'application des principes de franchise (délai de carence de 9 jours) et de coassurance (remplacement partiel des gains salariaux).

14. Illustre bien cette crise la « Marche sur Ottawa » en juillet 1935, qui se termine par une répression policière causant une centaine de blessés à Regina (http://bilan.usherbrooke.ca/bilan/pages/evenements/21542.html).
15. Beramendi, 2012, chapitre 5, North America's Divide, p. 103-134.
16. Statistique Canada, Statistiques historiques du Canada : Population et migration, tableau A2-14 : Population du Canada, par province, dates de recensement, 1851 à 1976 (http://www.statcan.gc.ca/pub/11-516-x/sectiona/4147436-fra.htm).

Seul le chômage est visé, car il n'est pas question à cette époque de prestations pour d'autres motifs. La formule qui régit la durée des prestations est dite de « proportionnalité » : le prestataire reçoit une journée de prestations par cinq jours de cotisations versées durant les cinq dernières années, moins une journée par trois jours de prestations reçues durant les trois dernières années. Ainsi faut-il cinq ans d'emploi continu avant de toucher des prestations pour le maximum d'un an. On exige un minimum de 180 jours de cotisations pour avoir droit aux prestations (l'équivalent de 30 semaines, pour celui qui travaille 6 jours par semaine), ce qui signifie que la durée minimale des prestations est de 6 semaines.

Le régime prend effet en juillet 1941. Débute aussitôt le prélèvement de cotisations patronales et ouvrières ainsi que le versement de la contribution du gouvernement fédéral (correspondant à 20 % des cotisations combinées des employeurs et des travailleurs)[17]. Les prestations sont versées à compter de janvier 1942. Ne sont couverts que les salariés des secteurs industriels et commerciaux, excluant des emplois à salaire relativement élevé, des emplois jugés instables (par exemple, en agriculture, foresterie ou pêche) ou des emplois à faible risque (par exemple, gouvernements, forces armées, hôpitaux ou enseignement). On estime que près de 2,5 millions de travailleurs sont assurés en 1941, soit environ 42 % de la population active.

Les fonds du régime sont déposés dans un compte distinct, hors du périmètre comptable du gouvernement, et les surplus sont investis en obligations du gouvernement fédéral. Un comité consultatif appuie la Commission d'assurance-chômage pour le suivi des opérations et des paramètres du régime. La Commission, elle, est un organisme tripartite, constitué d'un représentant patronal, d'un représentant issu du monde ouvrier et d'un président nommé par le gouvernement fédéral.

S'engageant dans un domaine relativement inconnu, Ottawa cherche à se prémunir contre les abus ou les mésusages. D'où les dispositions très prudentes du régime de 1940. Cette attitude se maintient pendant les trois premières décennies du régime, mais les surplus d'exploitation constatés au fil des ans, l'acquisition d'expérience administrative ainsi que de données de plus en plus complètes, en plus des pressions émanant de secteurs particuliers, finissent par entraîner des améliorations au régime.

17. En outre, les coûts d'administration du régime d'assurance-chômage sont à la charge du gouvernement.

### De 1942 à 1956, la prospérité des quinze premières années

Le total des montants annuels versés reste modeste pendant la durée de la guerre, n'atteignant que 6 % des revenus annuels perçus dans l'année 1944-1945. Ce n'est que dans l'année financière se terminant le 31 mars 1946 que le régime commence à décoller, quand les montants versés représentent, enfin, 39 % des revenus de l'année. Bien sûr, le bilan financier du régime est confortable, les excédents annuels continuent même de s'accumuler jusqu'en 1954.

Aussi longtemps que dure l'effort de guerre, on apporte peu de changements au régime d'assurance-chômage. De 1945 à 1950, ce ne sont encore que de légères modifications, en particulier le relèvement des plafonds de contribution et des prestations, pour tenir compte de l'augmentation des salaires.

Le 31 mars 1949, la nouvelle province de Terre-Neuve (aujourd'hui Terre-Neuve-et-Labrador) se joint au Canada. Les travailleurs de cette province qui sont au chômage au moment de l'accession deviennent immédiatement admissibles à 6 mois de prestations, sur la foi de leurs derniers salaires, ces prestations étant payées par le Trésor fédéral.

Une modification importante du régime d'assurance-chômage survient en 1950, lorsqu'on introduit les prestations dites supplémentaires. Ces prestations ouvrent la voie, quelques années plus tard, aux prestations saisonnières. En 1952, le délai de carence passe de 9 à 5 jours (il sera d'une semaine jusqu'en 1971).

En novembre 1950, la Commission d'assurance-chômage adopte un règlement qui empêche les femmes récemment mariées (depuis 2 ans ou moins) de recevoir des prestations en cas de perte d'emploi, à moins qu'elles aient travaillé au moins 15 semaines depuis leur mariage.

TABLEAU 10.2
**Bilan du Compte d'assurance-chômage de 1941 à 1971**[18]

| ANNÉE FINANCIÈRE SE TERMINANT LE 31 MARS | TAUX DE CHÔMAGE (%) | PRESTATIONS VERSÉES | RECETTES | SURPLUS (DÉFICIT) ANNUEL | SOLDE CUMULATIF | TAUX DE RÉSERVE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | (en millions de dollars) | | | | | |
| 1942 | | 0,0 | 44,0 | 44,0 | 44,0 | 1 584,1 |
| 1943 | | 0,7 | 70,8 | 70,0 | 114,0 | 159,2 |
| 1944 | | 1,7 | 78,0 | 76,3 | 190,3 | 110,5 |
| 1945 | | 5,0 | 82,7 | 77,7 | 268,0 | 54,0 |
| 1946 | | 32,0 | 81,2 | 49,2 | 317,2 | 9,9 |
| 1947 | 3,1 | 43,1 | 98,8 | 55,6 | 372,9 | 8,6 |
| 1948 | 2,2 | 34,9 | 109,8 | 74,9 | 447,7 | 12,8 |
| 1949 | 2,4 | 49,8 | 131,6 | 81,8 | 529,5 | 10,6 |
| 1950 | 3,0 | 85,8 | 138,9 | 53,1 | 582,6 | 6,8 |
| 1951 | 3,3 | 90,0 | 171,9 | 81,9 | 664,6 | 7,4 |
| 1952 | 2,5 | 90,2 | 203,8 | 113,6 | 778,2 | 8,6 |
| 1953 | 2,9 | 135,8 | 209,2 | 73,4 | 851,6 | 6,3 |
| 1954 | 3,4 | 186,9 | 216,5 | 29,7 | 881,3 | 4,7 |
| 1955 | 4,6 | 257,6 | 217,0 | -40,6 | 840,7 | 3,3 |
| 1956 | 4,2 | 215,2 | 228,7 | 13,5 | 854,2 | 4,0 |
| 1957 | 3,7 | 231,3 | 251,7 | 20,4 | 874,6 | 3,8 |
| 1958 | 5,2 | 385,1 | 254,7 | -130,4 | 744,2 | 1,9 |
| 1959 | 6,8 | 478,6 | 234,2 | -244,4 | 499,8 | 1,0 |
| 1960 | 6,3 | 415,2 | 281,3 | -133,9 | 365,9 | 0,9 |
| 1961 | 7,0 | 513,9 | 332,7 | -181,2 | 184,7 | 0,36 |
| 1962 | 6,8 | 454,7 | 336,7 | -118,1 | 66,6 | 0,15 |
| 1963 | 5,8 | 403,2 | 346,3 | -56,9 | 9,7 | 0,02 |
| 1964 | 5,3 | 365,7 | 356,8 | -8,8 | 0,9 | 0,00 |
| 1965 | 4,5 | 335,0 | 374,7 | 39,6 | 40,5 | 0,12 |
| 1966 | 3,8 | 297,8 | 398,8 | 101,0 | 141,5 | 0,48 |
| 1967 | 3,5 | 307,0 | 423,7 | 116,7 | 258,2 | 0,84 |
| 1968 | 4,0 | 388,6 | 433,0 | 44,4 | 302,7 | 0,78 |
| 1969 | 4,5 | 459,1 | 538,8 | 79,7 | 382,3 | 0,83 |
| 1970 | 4,7 | 542,1 | 617,9 | 75,8 | 458,1 | 0,85 |
| 1971 | 5,8 | 758,1 | 623,6 | -134,5 | 323,6 | 0,43 |
| 1/4/71-31/12/71 | 6,2 | 589,7 | 501,5 | -88,1 | 235,5 | 0,30 |

18. Données de l'auteur ; Statistique Canada.

**Encadré 10.1**

La commission Tremblay de 1953

Au début de 1953, le gouvernement du Québec crée la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels (commission Tremblay). Le motif immédiat de la création de cette commission est indiqué à l'alinéa 2. b) de l'arrêté en conseil du 19 février 1953, soit : « les empiétements du pouvoir central dans le domaine de la taxation directe, en particulier […] en matière d'impôt sur le revenu, sur les corporations et sur les successions ». Depuis 1942, Ottawa a investi le champ des impôts directs et refuse de s'en départir. Le rapport de la commission évalue, en 1956, à 300 millions de dollars les pertes encourues par le Québec depuis 1947, par le défaut des deux ordres de gouvernement d'en arriver à une entente sur ces questions[19].

Le rapport Tremblay, a-t-on écrit, s'inscrit dans une « perspective traditionaliste et antimoderne sur ce qu'est le monde, l'homme et la vie[20] », en particulier par son refus de toute mesure socialisante. Pourtant, fruit de vastes consultations et expression de la pensée de nombreux experts, il apporte une réflexion poussée sur la place de la nation québécoise dans la Confédération, dans un monumental ouvrage de presque 2 000 pages, sans compter ses 11 annexes. On comprend aussi à sa lecture les contraintes financières que devait alors affronter le gouvernement du Québec, contraintes qui sont atténuées quand Ottawa et Québec en viennent à une entente sur le droit du Québec à prélever son propre impôt sur le revenu des particuliers. L'entente est provoquée par le coup de force du Québec, qui a imposé cet impôt au début de 1954, contraignant le gouvernement fédéral à plier en 1956 en acceptant que l'impôt provincial soit déduit de l'impôt fédéral.

Ne peut-on voir dans ce dénouement, du moins en partie, un apport financier essentiel à ce que pourra devenir l'État québécois à partir des années 1960 ?

En ce qui concerne l'assurance-chômage et la sécurité sociale en général, l'analyse et les propositions de l'économiste François-Albert Angers, autant que celles des autres experts de la commission, prônent leur rapatriement au Québec, avec le but d'y substituer la prévoyance individuelle ou mutualiste, et rejettent l'intervention directe et socialisante de l'État. Ces propositions n'auront pas de suite.

À partir de 1955[21], on élimine le terme négatif qui, dans la formule de proportionnalité, restreint la durée des prestations pour ceux qui ont déjà été prestataires. La nouvelle règle est celle du « 2 pour 1 » : il faut encore travailler 30 semaines pour se qualifier, mais le prestataire a désormais droit à 1 semaine de prestations pour

19. Pour tous les détails concernant cette commission, voir la bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec : http://bibliotheque.assnat.qc.ca/content.php ?pid=513865&sid=4255771.
20. Foisy-Geoffroy, 2007, p. 263.
21. On modifie également le calcul des contributions, qui se fait sur base hebdomadaire à partir de ce moment et non plus sur base quotidienne, par souci de simplicité administrative.

chaque 2 semaines de travail, dans une fourchette allant de 15 à 36 semaines de prestations.

En 1955, les prestations supplémentaires deviennent des prestations saisonnières, payables pour au plus 15 semaines entre le 1er janvier et le 15 avril de chaque année, au bénéfice de ceux qui ont récemment épuisé leurs prestations ou qui ont travaillé au moins 15 semaines depuis le dernier 31 mars.

Le montant hebdomadaire des prestations est augmenté pour que le taux maximal corresponde à environ la moitié du salaire moyen. Enfin, par l'ajout graduel de nouvelles catégories de travailleurs au cours des 15 premières années, la Loi sur l'assurance-chômage de 1955 couvre désormais quelque 75 % des 4,4 millions de travailleurs que compte la population active.

Jusqu'en 1954, le régime enregistre des excédents annuels, le taux de chômage ne dépassant jamais 5 %, se fixant le plus souvent autour de 3 %. Cependant, au cours de l'année se terminant le 31 mars 1955 survient un premier déficit annuel.

### De 1957 à 1971, augmentation des coûts

Les années financières 1955-1956 et 1956-1957 voient de modestes excédents annuels, mais, à partir de l'année financière qui s'ouvre le 1er avril 1957, apparaissent des déficits qui finissent par drainer les réserves du régime.

Le taux de chômage au Canada s'est approché de 5 % en 1957, puis a atteint 7 % en 1958 pour se maintenir à un niveau relativement élevé jusqu'en 1963. Le régime d'assurance-chômage fait ainsi face à des recours plus intensifs, plombés aussi par les changements à la formule de proportionnalité et par l'introduction des prestations saisonnières.

En outre, on admet les pêcheurs indépendants, leurs prestations ne pouvant être servies que pendant la morte-saison, entre le 1er janvier et le 31 mars de chaque année. C'est également en 1957 que le règlement discriminatoire à l'encontre des femmes mariées est aboli.

En 1961, le coût annuel des prestations franchit pour la première fois le cap des 500 millions de dollars. Le gouvernement fédéral crée le Comité d'enquête relatif à la Loi sur l'assurance-chômage. Dans son rapport déposé en novembre 1962 (le rapport Gill), le comité analyse le fonctionnement financier du régime, mais de façon plutôt limitée, se bornant à considérer les données d'ensemble, sans regarder dans le détail par âge ou par sexe, ni par région ou secteur industriel. Ses recommandations cherchent à rétablir un système restrictif, et à refonder le régime selon une interprétation stricte des principes d'assurance. Le gouvernement conservateur, minoritaire, n'y donne pas suite.

Au 31 mars 1964, un chômage persistant vide les réserves du Compte d'assurance-chômage, qui passent à moins d'un million de dollars. La situation s'améliore

par la suite : grâce à une reprise économique qui se poursuit jusqu'en 1969, les réserves du régime se rétablissent et représentent l'équivalent de 10 mois de prestations au 31 mars 1970.

Au Québec, à partir de 1967, la commission Castonguay-Nepveu revoit l'ensemble des questions touchant à la santé et au bien-être des citoyens. Le cinquième volume publié par cette commission, en 1971, traite des « fondements d'une politique de sécurité du revenu ». Paru après la publication en juin 1970 du livre blanc fédéral sur l'assurance-chômage, ce cinquième volume en tient compte et, s'il vise surtout des questions relevant de la province, certaines recommandations s'alignent avec les objectifs du livre blanc, soit de rendre le régime fédéral universel et d'augmenter le montant et la durée de ses prestations[22].

Une époque se termine le 31 décembre 1971, quand un nouveau régime d'assurance-chômage est introduit. En fait, certaines parties du nouveau régime entrent en vigueur à la mi-1971, mais c'est avec l'année 1972 que débute vraiment cette nouvelle ère. L'ancien régime ferme ses livres avec des réserves de 236 millions de dollars, moins de 4 mois en équivalence de prestations.

## SECONDE ÉPOQUE : DE 1971 À 1996

### Un nouveau départ, la Loi de l'assurance-chômage de 1971

Après le rapport Gill, il y a d'autres études et propositions visant à moderniser le régime d'assurance-chômage. Mais ce sont les travaux menés à l'interne par des experts de la Commission d'assurance-chômage qui conduisent à une refonte en profondeur du régime[23]. Le résultat de ces travaux se retrouve dans le livre blanc de 1970, *L'assurance-chômage dans les années 1970*. On a dit de la réforme qui s'ensuit qu'elle constitue « la pièce maîtresse du projet de "société juste" » mis de l'avant par les libéraux lors de l'élection de 1968[24].

Le gouvernement du Québec reçoit mal les propositions fédérales. Le ministre québécois du Travail écrit à son homologue fédéral peu après la publication du livre blanc d'Ottawa, lui reprochant d'avoir conçu ce projet « à l'écart des autres préoccupations sociales du Québec », et de ne pas faire une juste part « au vaste problème du partage des tâches et de la coordination des actions respectives de nos gouvernements[25] ». Sont critiqués, en particulier, l'assujettissement proposé des employés de l'État québécois, peu menacés par le chômage, l'introduction des

22. Gouvernement du Québec, 1971, chapitre VII, Recommandations 69 à 77.
23. Cousineau, 1969.
24. Campeau, 2001, p. 150.
25. Cournoyer, 1970.

nouvelles prestations de maladie et de maternité, l'exclusion de groupes vulnérables et le chevauchement des services de main-d'œuvre.

La loi de 1971 adopte pourtant une vision large de ce que devrait être la solidarité sociale, ce qui se traduit d'abord par la quasi-universalisation du régime à l'ensemble des travailleurs salariés, sans égard à leur occupation, leur secteur industriel ou leur niveau de rémunération : même les employés des secteurs publics ou des forces armées versent dorénavant des cotisations, peu importe leur risque de chômage. Avec une nuance : les salariés des gouvernements provinciaux n'y sont soumis qu'avec l'accord de leur gouvernement. Après une valse-hésitation qui dure jusqu'en février 1972, le gouvernement du Québec finit par y souscrire[26] sachant que la loi fédérale lui laisse un droit de retrait, étant admis que la constitution canadienne empêche un ordre de gouvernement, fédéral ou provincial, d'imposer des taxes ou impôts à l'autre ordre.

La solidarité sociale s'exprime aussi par l'introduction de deux nouvelles prestations, l'une et l'autre pour 15 semaines, d'une part pour les personnes ne pouvant travailler par suite de maladie ou d'accident, d'autre part pour les femmes avant et après la naissance d'un enfant. Là aussi, le gouvernement du Québec (ou de toute province) obtient un droit de retrait, pour l'ensemble des salariés travaillant sur le territoire de la province.

Une troisième manifestation de solidarité sociale est l'engagement du Trésor fédéral de prendre à sa charge les coûts excédentaires des prestations, dans le cas où le taux de chômage canadien viendrait à dépasser le niveau de 4 %. Ainsi espère-t-on inciter le gouvernement canadien à intervenir pour empêcher une telle situation de perdurer. Les simulations des experts indiquent un point mort avec un taux de chômage de cet ordre, c'est-à-dire que le nouveau régime s'autofinance sans apport du Trésor fédéral.

Les chômeurs ont droit aux prestations à partir du moment où ils ont cotisé au régime pour au moins huit semaines. La durée des prestations varie entre 18 et 51 semaines, selon un système complexe conjuguant la durée d'emploi de l'assuré, le taux de chômage national ainsi que le taux de chômage régional. Peut-être pour amoindrir des hausses de coûts prévisibles, le délai de carence, qui est d'une semaine depuis les années 1950, passe à 2 semaines.

Ces prestations sont versées au taux ordinaire de 66 ⅔ % des gains assurables, ou au taux majoré de 75 % pour les salariés à faible revenu ayant des personnes à charge. Les plafonds de cotisation et de prestations sont également rehaussés à un

26. Adoption concrétisée par le décret no 491-72 du 22 février 1972. Seuls les membres de la Sûreté du Québec ne sont pas assujettis à la Loi sur l'assurance-chômage.

niveau comparable à cette époque au salaire hebdomadaire moyen[27]. Ces maximums seront indexés par la suite.

L'employeur paie lui-même 1,4 fois la cotisation de ses salariés. Les taux de cotisation sont fixés chaque année par la Commission d'assurance-chômage – sans recourir au Parlement comme auparavant.

### Les suites de la loi de 1971

Que le nouveau régime soit plus généreux que ses versions antérieures, on s'en rend compte en 1972 au fur et à mesure que s'enregistrent les déboursés mensuels, déboursés que ne suffisent pas à combler les cotisations, même avec l'apport des nouveaux assurés[28]. La seule contribution gouvernementale se chiffre alors à près de 900 millions de dollars, contre 100 millions auparavant.

La situation minoritaire du gouvernement ne permet pas de changements significatifs aux dispositions du régime avant 1976. Entretemps, la Commission d'assurance-chômage augmente les taux de cotisation en 1973, puis à nouveau en 1974 et en 1976. À partir de 1976 interviennent des amendements à la loi, principalement pour en rendre l'accès plus difficile et en réduire le montant : élimination du taux de prestations élevé pour bas salariés avec personnes à charge, accès aux prestations assujetti aux taux de chômage régionaux, en plus d'une réduction à 60 % du taux de prestations général. On introduit en outre une obligation de remboursement partiel pour les prestataires à revenu élevé (150 % maximum assurable), de même que des prestations de « travail partagé », permettant de réduire le temps de travail d'un groupe d'employés au sein d'une entreprise, en lieu et place de mises à pied. Le temps réduit est compensé au prorata par le régime d'assurance-chômage.

Le gouvernement apporte également plusieurs modifications pour abaisser les frais incombant au Trésor fédéral. Ainsi, on remplace par un taux variable[29] le taux de chômage de 4 % servant à calculer la contribution du gouvernement, on transfère au Compte d'assurance-chômage le coût de mesures dites à « fins productives » (formation professionnelle et création d'emploi) et au secteur privé les frais

27. Ces prestations font désormais partie du revenu imposable de ceux qui les reçoivent, les cotisations étant elles déductibles aux fins de l'impôt sur le revenu.
28. Le total des prestations atteint 1,9 milliard de dollars en 1972, quand le taux de chômage se pointe à 6,3 %, alors que les déboursés au cours des dernières années de l'ancien régime atteignaient une moyenne annuelle d'environ 700 millions de dollars. On avait par ailleurs prévu des prestations d'environ un milliard de dollars à un taux de chômage de 6,5 %. *Des faits et des chiffres, l'assurance-chômage au cours des années 70*, septembre 1970, Imprimeur de la reine, Ottawa (cité dans Valcin, 1971, p. 451-470).
29. Une moyenne de huit ans.

d'administration du Service national de placement, frais payés par le gouvernement depuis la création de ce service en 1940.

Par suite de tous ces changements et à cause de l'évolution des taux de chômage, le taux de cotisation des travailleurs grimpe à 1,8 % des gains assurables en 1981, le double de 1972. Une sévère récession s'installe à la fin de 1981, le taux de chômage au Canada dépassant 10 % jusqu'en 1985, niveau qui se maintient jusqu'en 1987 au Québec. Après une augmentation du taux de cotisation à 2,3 % en 1983, on maintient un taux stable pendant les années suivantes, permettant l'élimination des déficits du Compte d'assurance-chômage en 1988.

Il y a peu de changements importants au cours des années 1980, années qui voient cependant plusieurs études se pencher sur le régime d'assurance-chômage :

- L'assurance-chômage dans les années 1980 : un rapport du Groupe de travail sur l'assurance-chômage[30].
- Rapport de la Commission royale sur l'union économique et les perspectives d'avenir du Canada[31].
- Rapport de la Commission d'enquête sur l'assurance-chômage[32].
- Building on our Strengths : Report of the Royal Commission on Employment and Unemployment[33].

Les conclusions de ces rapports diffèrent souvent, à la fois dans leur analyse et dans les solutions qu'ils proposent, mais les uns et les autres s'entendent pour réduire la générosité du régime d'assurance-chômage. Pour le moment, ces rapports alimentent le débat.

Un changement attire peu l'attention, quoiqu'il ait son importance : sur la recommandation du Vérificateur général du Canada, le Compte d'assurance-chômage est inscrit en 1986 dans le périmètre comptable du gouvernement fédéral, pour la première fois depuis 1940. Avec cette fiscalisation du régime, les gouvernements vont bientôt sentir l'intérêt de réduire les dépenses du régime d'assurance-chômage et de piger dans ses recettes pour boucler leur budget général.

On arrive ainsi à 1990, quand a lieu le premier de plusieurs changements d'envergure, qui affectent radicalement la nature et les activités du régime d'assurance-chômage. Nous y reviendrons, après avoir examiné l'évolution des mesures dites « actives » à partir de 1977.

30. Canada, 1981.
31. Gouvernement du Canada, 1985.
32. Canada, 1986.
33. Terre-Neuve, 1986.

TABLEAU 10.3

**Bilan du Compte d'assurance-chômage de 1972 à 2014**[34]

| Année | Taux de chômage annuel (%) | Taux de cotisation des employés (%) | Coûts (en millions de dollars) | | | Revenus (en millions de dollars) | | | Intérêts reçus ou versés (-) | Excédent (déficit) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Prestations | Administration, etc. | **Total des coûts** | Cotisations et autres | Gouvernement | **Total des revenus** | | Annuel | Cumulatif (au 31 déc.) |
| 1972 | 6.2 | 0.90 | 1 868 | 122 | **1 990** | 723 | 880 | **1 603** | **- 1** | - 388 | - 152 |
| 1973 | 5.5 | 1.00 | 2 004 | 140 | **2 144** | 893 | 917 | **1 810** | **- 16** | - 350 | - 502 |
| 1974 | 5.3 | 1.40 | 2 116 | 162 | **2 278** | 1 514 | 875 | **2 389** | **- 27** | 85 | - 418 |
| 1975 | 6.9 | 1.40 | 3 130 | 191 | **3 321** | 1 949 | 1 707 | **3 656** | **- 14** | 321 | - 97 |
| 1976 | 7.1 | 1.65 | 3 332 | 205 | **3 537** | 2 473 | 1 356 | **3 829** | **8** | 301 | 204 |
| 1977 | 8.1 | 1.50 | 3 900 | 236 | **4 136** | 2 547 | 1 788 | **4 335** | **12** | 210 | 414 |
| 1978 | 8.4 | 1.50 | 4 508 | 275 | **4 783** | 2 833 | 2 255 | **5 088** | **20** | 327 | 741 |
| 1979 | 7.5 | 1.35 | 3 947 | 270 | **4 217** | 2 806 | 1 295 | **4 101** | **25** | - 91 | 650 |
| 1980 | 7.5 | 1.35 | 4 332 | 491 | **4 823** | 3 118 | 1 037 | **4 155** | **12** | - 656 | - 6 |
| 1981 | 7.6 | 1.80 | 4 757 | 639 | **5 396** | 4 706 | 1 001 | **5 707** | **26** | 337 | 331 |
| 1982 | 11.0 | 1.65 | 8 454 | 754 | **9 208** | 4 784 | 1 784 | **6 568** | **- 89** | -2 729 | -2 397 |
| 1983 | 12.0 | 2.30 | 10 063 | 813 | **10 876** | 7 005 | 2 822 | **9 827** | **- 409** | -1 458 | -3 854 |
| 1984 | 11.4 | 2.30 | 9 859 | 897 | **10 756** | 7 615 | 2 902 | **10 517** | **- 453** | - 692 | -4 546 |
| 1985 | 10.5 | 2.35 | 10 117 | 901 | **11 018** | 8 741 | 2 901 | **11 642** | **- 522** | 101 | -4 446 |
| 1986 | 9.6 | 2.35 | 10 395 | 920 | **11 315** | 9 599 | 2 831 | **12 430** | **- 463** | 653 | -3 792 |
| 1987 | 8.8 | 2.35 | 10 325 | 954 | **11 279** | 10 193 | 2 785 | **12 978** | **- 275** | 1 424 | -2 368 |
| 1988 | 7.8 | 2.35 | 10 715 | 965 | **11 680** | 11 855 | 2 654 | **14 509** | **- 105** | 2 724 | 356 |
| 1989 | 7.6 | 1.95 | 11 372 | 1 047 | **12 419** | 10 352 | 2 765 | **13 117** | **60** | 758 | 1 113 |
| 1990 | 8.2 | 2.25 | 13 369 | 1 209 | **14 578** | 12 845 | 2 437 | **15 282** | **222** | 926 | 2 161 |
| 1991 | 10.3 | 2,25/2,80 | 17 691 | 1 270 | **18 961** | 14 760 | - - - | **14 760** | **- 5** | -4 205 | -2 045 |
| 1992 | 11.2 | 3.00 | 19 102 | 1 255 | **20 357** | 17 885 | - - - | **17 885** | **- 255** | -2 631 | -4 676 |
| 1993 | 11.4 | 3.00 | 17 972 | 1 300 | **19 272** | 18 469 | - - - | **18 469** | **- 405** | -1 208 | -5 884 |

34. Rapports de l'Actuaire du régime d'assurance-chômage ; Comptes publics du Canada ; Données de l'année civile, sauf années financières de 2003-2004 à 2008-2009 ;Le surplus cumulatif au 31 déc. 2008, soit 57 043 millions de dollars, a été effacé en juillet 2010.

TABLEAU 10.3
**Bilan du Compte d'assurance-chômage de 1972 à 2014 (suite)**

| Année | Taux de chômage annuel (%) | Taux de cotisation des employés (%) | Coûts (en millions de dollars) | | | Revenus (en millions de dollars) | | | Intérêts reçus ou versés (-) | Excédent (déficit) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Prestations | Administration, etc. | **Total des coûts** | Cotisations et autres | Gouvernement | **Total des revenus** | | Annuel | Cumulatif (au 31 déc.) |
| 1994 | 10.4 | 3.07 | 15 463 | 1 271 | **16 734** | 19 327 | - - - | **19 327** | **- 310** | 2 283 | -3 601 |
| 1995 | 9.5 | 3.00 | 13 505 | 1 326 | **14 831** | 19 180 | - - - | **19 180** | **- 82** | 4 267 | 666 |
| 1996 | 9.6 | 2.95 | 12 806 | 1 364 | **14 170** | 19 091 | - - - | **19 091** | **78** | 4 999 | 5 665 |
| 1997 | 9.1 | 2.90 | 12 014 | 1 348 | **13 362** | 19 379 | - - - | **19 379** | **278** | 6 295 | 11 960 |
| 1998 | 8.3 | 2.70 | 11 697 | 1 315 | **13 012** | 19 623 | - - - | **19 623** | **680** | 7 291 | 19 251 |
| 1999 | 7.6 | 2.55 | 11 629 | 1 382 | **13 011** | 18 880 | - - - | **18 880** | **976** | 6 844 | 26 095 |
| 2000 | 6.8 | 2.40 | 11 078 | 1 362 | **12 440** | 18 885 | - - - | **18 885** | **1 488** | 7 933 | 34 028 |
| 2001 | 7.2 | 2.25 | 13 288 | 1 483 | **14 771** | 18 436 | - - - | **18 436** | **1 286** | 4 951 | 38 979 |
| 2002 | 7.7 | 2.20 | 14 383 | 1 592 | **15 975** | 18 502 | - - - | **18 502** | **1 033** | 3 561 | 42 540 |
| 2003 | 7.6 | 2.10 | 14 938 | 1 529 | **16 467** | 17 678 | - - - | **17 678** | **1 175** | 2 385 | 44 925 |
| 2003-2004 | 7.5 | 2,10/1,98 | 15 070 | 1 581 | **16 651** | 17 976 | - - - | **17 976** | **1 096** | 2 421 | 46 233 |
| 2004-2005 | 7.1 | 1,98/1,95 | 14 748 | 1 636 | **16 385** | 17 733 | - - - | **17 733** | **968** | 2 316 | 48 549 |
| 2005-2006 | 6.6 | 1,95/1,87 | 14 418 | 1 632 | **16 050** | 16 996 | - - - | **16 996** | **1 323** | 2 269 | 50 818 |
| 2006-2007 | 6.3 | 1,87/1,80 | 14 178 | 1 636 | **15 814** | 17 205 | - - - | **17 205** | **1 912** | 3 303 | 54 120 |
| 2007-2008 | 6.0 | 1,80/1,73 | 14 374 | 1 689 | **16 063** | 16 969 | - - - | **16 970** | **1 926** | 2 833 | 56 953 |
| 2008-2009 | 6.6 | 1,73/1,73 | 16 335 | 1 801 | **18 136** | 17 280 | 124 | **17 404** | **950** | 218 | 57 171 |
| 2009 | 8.3 | 1.73 | 20 985 | 1 970 | **22 955** | 16 910 | 1 190 | **18 100** | - - - | -4 855 | -4 855 |
| 2010 | 8.1 | 1.73 | 20 200 | 1 850 | **22 050** | 17 395 | 1 582 | **18 977** | - - - | -3 073 | -7 928 |
| 2011 | 7.5 | 1.78 | 18 169 | 2 030 | **20 199** | 18 548 | 421 | **18 969** | - - - | -1 231 | -9 158 |
| 2012 | 7.3 | 1.83 | 17 336 | 1 770 | **19 107** | 20 153 | - 11 | **20 142** | - - - | 1 035 | -8 124 |
| 2013 | 7.1 | 1.88 | 17 053 | 1 644 | **18 697** | 21 619 | | **21 619** | - - - | 2 922 | -5 201 |
| 2014 | 6.9 | 1.88 | 17 693 | 1 641 | **19 333** | 22 801 | | **22 801** | - - - | 3 467 | -1 734 |

### « Dépenses à des fins productives » et « mesures actives » : de 1977 à 1996 et plus

En 1977, le gouvernement transfère au Compte d'assurance-chômage la responsabilité financière des prestations accordées aux individus qui suivent un cours de formation professionnelle. En même temps, il autorise des projets de création d'emploi, également financés par le Compte. L'expression « dépenses à des fins productives » en souligne l'intention, mais on vise d'abord une source de financement commode, les fonds d'assurance-chômage, à témoin ce commentaire : « Cette nouvelle vocation du régime permet ainsi à l'État fédéral de jouer un rôle important dans ce domaine, tout en réduisant la part de ces dépenses supportée par les recettes générales du Trésor[35]. »

Plusieurs voient dans ces changements, en particulier en 1990 et en 1996, une contre-vérité : les déclarations officielles parlent de l'importance des nouveaux investissements, mais les sommes investies augmentent peu, une fois prises en compte les réductions des budgets émargeant aux fonds généraux. Décrivant la situation, la Commission des partenaires du marché du travail parle même, en 2000, d'un tour de passe-passe : « Les fonds ne proviennent plus du Trésor fédéral, mais de la caisse de l'assurance-chômage, tour de passe-passe plus ou moins perceptible dans la mesure où ce compte est intégré au Fonds du revenu consolidé. On dissimule ainsi le fait que le gouvernement fédéral se retire de plus en plus du financement de la formation de la main-d'œuvre […][36]. »

De même, la Commission canadienne de mise en valeur de la main-d'œuvre critique en 1992 la démarche du gouvernement : « La Commission tient à signaler ses préoccupations concernant […] les récentes réductions des recettes générales affectées au financement des programmes de formation et d'emploi, l'utilisation des fonds de l'assurance-chômage pour financer autre chose que le soutien du revenu, et le recours de plus en plus fréquent aux fonds de l'assurance-chômage à des fins productives plutôt qu'aux recettes générales pour financer les programmes de formation et d'emploi[37]. » Un autre ouvrage parle plus simplement, en 1995, de *creative financing*[38].

C'est une modification essentielle du rôle du régime, jusqu'alors centré sur l'objectif de remplacement partiel des revenus d'emploi. En 1990 puis à nouveau en 1996, les gouvernements conservateur et libéral recourent à de nouveaux transferts et de nouvelles imputations de coûts au Compte d'assurance-chômage, pour

35. Campeau, 2001, p. 168.
36. Bérubé, 2000.
37. *Programmes d'utilisation des fonds de l'assurance-chômage à des fins productives en 1993*, Commission canadienne de mise en valeur de la main-d'œuvre, Ottawa, 1992 (cité dans Campeau, 2001, p. 239). Créée par Ottawa en 1991, cette commission a été dissoute en 1999.
38. Battle et Torjman, 1995, p. 13.

financer des mesures de formation et d'autres. On effectue en même temps des compressions aux prestations de remplacement de revenu.

En 1990, par exemple, le gouvernement conservateur met en œuvre la Stratégie de développement de la main-d'œuvre, prévoyant investir 1,3 milliard de dollars de plus par an au titre des *mesures actives* du régime d'assurance-chômage, en contrepartie d'une réduction correspondante des prestations de remplacement de revenu. Il s'agit de payer les cours et les allocations supplémentaires de formation, ainsi que les prestations et frais afférents pour l'aide au travail indépendant, pour la mobilité et pour le retour en emploi.

Le vocabulaire ici, qui parle de *mesures actives*, n'est pas sans importance. Par antinomie, il évoque le stéréotype du chômeur « passif », principal responsable de son sort – stéréotype ancré dans l'histoire de la condition ouvrière[39]. Le ministre des Finances tient le même discours en 1995 : « Nous devons passer d'un système de soutien passif favorisant la dépendance à des mesures d'aide actives à l'indépendance[40]. »

L'énoncé même d'un tel stéréotype, outre l'injure adressée aux sans-emploi, risque pourtant de nuire aux objectifs des *mesures actives*. Une étude française de 2006 fait l'observation suivante : « […] une telle situation [de stigmatisation] entraîne de nombreuses répercussions sur l'insertion sociale et professionnelle des personnes sans emploi, les conduisant à adopter des comportements confirmant les stéréotypes négatifs véhiculés à l'encontre de leur groupe[41] ». S'y ajoutent les effets sur la santé mentale et physique des personnes visées, également mis en évidence dans le texte cité.

En 1992, les *mesures actives* financées par le régime canadien d'assurance-chômage atteignent 1,8 milliard de dollars (dont 1,6 milliard pour la formation), contre 440 millions en 1990. Les montants consacrés à ces dépenses stagnent par la suite, avec le constat qu'en 2013 leur valeur réelle (en dollars constants) a diminué de presque la moitié[42].

Les évaluations faites de telles mesures peuvent expliquer, en partie du moins, cette stagnation. Des études témoignent de certains résultats positifs, mais aussi de beaucoup d'incertitude. Un auteur parle en 2015 du « "messy" world of ALMP evaluations[43] » (ALMP : *active labour market policies*). S'y ajoute, dans une méta-analyse de 2010, le fait qu'on retrouve peu d'études fiables du rapport coûts/bénéfices des *mesures actives* : « Our reading of the ALMP literature also points to a number of limitations of the most recent generation of studies. Most importantly,

39. Loriaux, 2015.
40. Ministère des Finances du Canada, 1995.
41. Bourguignon et Herman, 2006, p. 8.
42. Gouvernement du Québec, 2013, p. 81.
43. Bredgaard, 2015, p. 449.

few studies include enough information to make even a crude assessment of the benefits of the programme relative to its costs[44]. »

Une récente étude au Canada, bien qu'elle se dise limitée[45], aborde cette question des coûts/bénéfices[46]. Pour la plupart des *mesures actives* financées par les fonds d'assurance-chômage, dit-on, les coûts peuvent se rentabiliser sur une période variant de 6 à 10 ans, pourvu qu'on adopte une perspective sociale. On entend ici une rentabilité globale, calculée en combinant les coûts et les bénéfices autant pour les participants que pour le gouvernement. La rentabilité fiscale, elle, n'est pas évaluée.

Au titre des *mesures actives*, on assiste à un virage important en 1996, quand une nouvelle direction politique confie aux provinces la gestion de la plus grande partie des fonds relevant du Compte d'assurance-emploi. Le gouvernement du Québec y souscrit en 1997, s'engageant ainsi plus fortement dans les champs de la formation et des mesures de retour en emploi, domaines revendiqués depuis longtemps. Bien qu'elle soit soumise à des objectifs pancanadiens, à des comptes rendus annuels et à des budgets fixes, la province conserve une autonomie appréciable. Cette question est traitée au chapitre 12.

### Une flopée d'amendements : 1991, 1993 et 1994

Le gouvernement fédéral n'a eu de cesse, depuis le milieu des années 1970, de réduire ses contributions au régime d'assurance-chômage. Il y met le point final en 1991 en se retirant du financement du Compte d'assurance-chômage, une mesure prévue pour 1990, mais que l'opposition du Sénat retarde d'un an. Subissent le même retard des mesures visant à réduire le coût des prestations de 1,3 milliard de dollars par an, pour financer la Stratégie de développement de la main-d'œuvre, décrite précédemment :

- l'augmentation des conditions d'admissibilité aux prestations, s'étalant désormais de 10 à 20 semaines, au lieu de 10 à 14 semaines ;
- la réduction des durées de prestations dans les régions à faible taux de chômage ;
- la réduction à 50 % du taux de prestations en cas de départ volontaire, d'inconduite ou de refus d'emploi, assorti d'une période d'exclusion variant entre 7 et 12 semaines ;
- l'abolition de l'âge limite de 65 ans.

Il faut tenir compte, à partir de 1991, d'une augmentation dramatique des taux de chômage, qui ne retombent sous la barre de 10 % qu'en 1995 au Canada,

44. Card, Kluve et Weber, 2010, p. F476.
45. On n'a publié que les résultats sommaires des analyses pertinentes, ce qui rend difficile d'en apprécier la portée.
46. Gouvernement du Canada, 2015, chapitre III, section 3.2.

et en 1998 en ce qui concerne le Québec. Pour contenir ses propres déficits, le gouvernement fédéral augmente les taux de cotisation de 30 % en juillet 1991.

En avril 1993, c'est le taux de prestations qu'on abaisse à 57 % pour deux ans, et l'on exclut du service des prestations toute personne qui quitte volontairement son emploi ou qui en est congédié pour inconduite. Une manifestation d'opposition à ces propositions a bien eu lieu à Montréal, deux mois plus tôt, regroupant 45 000 personnes par -20 °C, mais n'a pu que retarder le projet de quelques mois[47]. Le gouvernement du Québec, par contre, qui espère conclure une entente avec Ottawa sur la formation de la main-d'œuvre, s'est déjà inscrit en faveur de ces mesures[48].

On peut aussi voir dans ces actions du gouvernement fédéral l'effet de la décision qui, en 1986, fait passer le Compte d'assurance-chômage dans le périmètre comptable du gouvernement fédéral. L'assurance-chômage sert désormais d'instrument fiscal, autant ses recettes que ses dépenses.

De même, quand le ministre du Développement des ressources humaines annonce, le 30 janvier 1994, une réforme du régime d'assurance-chômage, il se verra damer le pion par le ministre des Finances quelques semaines plus tard. Ce dernier annonce en effet, le 22 février 1994, l'essentiel des changements exigés du régime d'assurance-chômage, visant à épargner 2,4 milliards de dollars par an :

- Le taux de prestations est réduit à 55 % ;
- Le minimum requis pour se qualifier aux prestations passe de 10 à 12 semaines d'emploi ;
- La durée des prestations est réduite, en particulier dans les régions à taux de chômage élevé.

Adoptés rapidement, les changements de 1994 ont « donné lieu aux réductions d'admissibilité à l'assurance-chômage les plus importantes depuis la création du programme », selon une analyse préparée pour le ministère en 1998[49].

### Les projets pilotes

Un changement qui attire peu d'attention en 1994 est celui qui autorise le gouvernement à mettre en œuvre, par voie réglementaire, des projets pilotes, projets qui peuvent déroger aux dispositions de la Loi sur l'assurance-chômage et s'appliquer à tout prestataire, employé, employeur ou région[50]. Seule condition à ces projets : une durée d'application maximale de trois ans, rien n'empêchant cependant de les reconduire.

47. Dion, 1993, p. A1.
48. Pépin, 1992, A12.
49. Kuhn et Sweetman, 1998, p. 1.
50. Articles 109 et 110 de la Loi sur l'assurance-emploi, L.C. 1996, ch. 23.

Le premier de ces projets pilotes prend effet le 30 juin 1996 pour une période de trois ans. Il permet aux prestataires de ne pas soumettre de déclaration bihebdomadaire pour prouver leur admissibilité continue aux prestations de maternité ou parentales, pourvu qu'ils rendent compte de tout changement de statut. Il y a eu 19 projets pilotes distincts depuis 1996, affectant les gains partiels à déclarer en cours de prestation, visant le calcul du taux de prestation, permettant de prolonger les prestations sous certaines conditions, ou créant d'autres exceptions à la loi, souvent dans des régions touchées par un taux de chômage plus élevé.

Ces projets pilotes doivent engendrer, après une mise à l'essai, une ou des modifications de fond[51], mais ils servent aussi de palliatifs plus ou moins temporaires, parfois reconduits avec de légers changements. Cette capacité de contourner le débat démocratique et l'autorité étendue qu'elle accorde au gouvernement du jour, peuvent être remises en question.

La plupart de ces projets pilotes donnent lieu à des évaluations, lesquelles sont rendues publiques soit à l'occasion du Rapport annuel de contrôle et d'évaluation de l'assurance-emploi, soit sous forme de publications distinctes.

## TROISIÈME ÉPOQUE : DE 1996 À 2016

### La « réforme » de 1996 : l'assurance-emploi remplace l'assurance-chômage

À l'approche de l'an 2000, le gouvernement déclare son intention de créer un « système d'assurance-emploi pour le Canada du XXIe siècle[52] ». Le nouveau système passe par une réforme du régime d'assurance-chômage en 1996, réforme qui s'ajoute aux compressions effectuées en 1991, 1993 et 1994. On change de vocabulaire, certes, mais on cherche à présenter une image positive de ce qui est une commande budgétaire.

Après deux ans de délibérations et de consultations entreprises en 1994, les velléités de réforme du ministre du Développement des ressources humaines cèdent à nouveau le pas devant les objectifs fiscaux du ministre des Finances. Il s'agit de compressions de 10 %[53], qu'on prévoit réaliser en 2001-2002 : le coût des prestations doit baisser de 1,9 milliard de dollars, passant de 17,4 à 15,5 milliards de dollars. Pour justifier le nouveau vocable d'assurance-emploi, le gouvernement promet de réinvestir 800 millions de dollars en prestations et mesures d'emploi.

---

51. Article 109 de la Loi sur l'assurance-emploi, L.C. 1996, ch. 23.
52. Expression utilisée par le ministre Lloyd Axworthy quand il dépose son projet au Parlement fédéral, ainsi que le pamphlet : *Un système d'emploi pour le Canada du xxie siècle : guide des dispositions législatives sur l'assurance-emploi*, Développement des ressources humaines Canada, Ottawa, 1er décembre 1995.
53. En fait, 11 % selon les documents de l'époque. Gouvernement du Canada, 1996.

Cinq ans plus tard, le coût réel des prestations en 2001-2002 est inférieur de presque 4 milliards de dollars, ou de 25 %, à ce qu'on a prévu, s'établissant à 11,7 milliards de dollars[54]. Ce résultat est attribuable d'abord à la baisse du chômage et du nombre de demandeurs de prestations, ce que confirme le ministère en 2002, en indiquant que les épargnes attribuables à la réforme de 1996 sont bel et bien de 10 %[55].

Quant aux sommes qu'on prévoyait réinvestir pour la formation et pour le retour en emploi, elles ne se manifestent guère, et le total engagé ne dépasse pas ce qui était prévu sous l'ancien gouvernement, en 1990. La Loi sur l'assurance-emploi de 1996 offre d'ailleurs sensiblement les mêmes mesures d'emploi qu'auparavant : formation professionnelle, services d'aide à l'emploi, aide à la création d'emploi et au travail indépendant et subventions salariales.

L'année 1996 marque tout de même un tournant important, alors que la gestion des mesures d'emploi est confiée aux provinces. Les interventions concernant le marché du travail constituent en effet un champ que le Québec revendique depuis toujours, tous partis et gouvernements confondus (chapitre 12).

D'aucuns voient aussi dans cette cession « le prix que le gouvernement fédéral pense devoir payer pour faire passer l'ensemble des réformes et des coupures budgétaires dont les conséquences sur les budgets provinciaux sont considérables[56] ». On peut enfin croire que le gouvernement fédéral procède ainsi par souci d'efficacité, le gouvernement précédent n'ayant eu qu'un succès mitigé avec la création en 1991 de la Commission canadienne de mise en valeur de la main-d'œuvre (organisme aboli à la fin de 1999).

Sauf pour la dévolution des prestations et des mesures d'emploi aux provinces, le branle-bas de réforme en 1996 en vaut-il la peine, au vu d'une réduction conjoncturelle des coûts qui en éclipse les conséquences ? Et faut-il s'interroger sur le fait que, malgré cette dernière donnée et l'engagement pris en 1996, les sommes affectées aux prestations et aux mesures d'emploi n'augmentent pas ? Quoi qu'il en soit, les changements qui, dans la nouvelle Loi sur l'assurance-emploi, concernent les prestations de remplacement de revenu sont nombreux et complexes, au point d'en rendre la compréhension et aussi la critique difficiles[57].

Prenons comme exemple un des changements les plus marquants, le remplacement des semaines par les heures d'emploi, pour fixer le droit aux prestations et leur durée. Les nouveaux paramètres sont établis en multipliant par 35 les semaines requises selon l'ancienne loi. L'exigence minimale de 12 à 20 semaines (en vigueur

54. *Comptes publics du Canada 2001-2002*, page 93 : Compte d'assurance-emploi, Tableau des prestations et mesures de soutien pour l'exercice terminé le 31 mars 2002.
55. La Commission de l'assurance-emploi du Canada, 2001, p. 69.
56. Théret, 1999, p. 69-70.
57. Vingt-trois modifications mises en œuvre en 1996 sont présentées à l'annexe I.

depuis 1994) devient donc 420 à 700 heures d'emploi assuré. Les nouveaux actifs, eux, devront travailler 910 heures avant de se qualifier, au lieu de 26 semaines. Cette conversion aux heures peut sembler mineure, et le gouvernement la présente comme une mesure d'équité.

Le ministre du Développement des ressources humaines se félicite, le 1er décembre 1995, de protéger enfin 500 000 travailleurs à temps partiel, dont l'exclusion du régime d'assurance-chômage constituait « une situation injuste, surtout au moment où le travail à temps partiel connaît une croissance importante[58] ».

Cette mesure a pourtant pour effet de favoriser les travailleurs saisonniers au détriment des travailleuses à temps partiel. Le 25 janvier 1996, un communiqué du ministère admet que cette mesure aura « un effet disproportionné sur les femmes, en augmentant le nombre d'heures requises pour avoir accès au régime et en réduisant le nombre de semaines de prestations[59] ». Les chômeurs ayant exercé un travail à temps partiel, en majorité des femmes, vont subir une perte de 19 % ou 215 millions de dollars[60]. « Seulement 120 000 d'entre eux paieront réellement des cotisations ; les 380 000 autres obtiendront un remboursement de leurs cotisations[61]. »

Beaucoup de travailleurs saisonniers, par contre, sortent gagnants du passage aux heures, comme tous ceux qui travaillent de longues heures par semaine[62].

Ajoutons que le gouvernement demeure muet sur un changement crucial : à partir de 1997, les cotisations ne sont plus prélevées sur une base hebdomadaire, mais sur la rémunération globale soumise à une limite annuelle, comme pour le RRQ et le RPC. Divers recoupements permettent aujourd'hui d'évaluer la ponction additionnelle due à cette *annualisation* à 700 millions de dollars par année[63].

---

58. Communiqué de presse : *Le ministre Axworthy annonce un nouveau système d'assurance-emploi : un nouveau système qui remplacera l'actuel régime d'assurance-chômage*, 1er décembre 1995, Ottawa.
59. Développement des ressources humaines Canada (DRHC), 1996.
60. *Idem*, annexe II, tableau 8 : Incidence de la réforme selon le travail à temps partiel/à plein temps et le sexe – 2001-2002.
61. Gouvernement du Canada, 1996.
62. Une étude préparée pour le ministère en 2000 confirme que « le passage d'un régime fondé sur le nombre de semaines à un système de calcul reposant sur le nombre d'heures a eu pour effet de redistribuer le nombre de semaines de prestations au profit des travailleurs saisonniers, en général des hommes, qui font de longues heures, au détriment des travailleurs ayant un emploi pendant une partie de l'année ou qui occupent un poste à temps partiel, soit en majorité des femmes » (Green et Riddell, 2000, p. 40).
63. Estimation validée par une augmentation de 8,9 % du total des gains assurés entre 1996 et 1997, dont on doit soustraire l'effet de la réduction du taux de cotisation (de 2,95 % à 2,90 %) et l'effet de trop-payés plus élevés sous le nouveau système.

Malgré cette augmentation des cotisations, les prestations vont à nouveau baisser, du fait que le maximum assurable, qui est fixé à 845 dollars au début de 1996, est abaissé à 750 dollars à compter de juillet. Les prestations maximales sont donc fixées à 413 $ par semaine, une baisse de 11 % sur le montant qui pouvait être versé pendant les six premiers mois de l'année. Ce maximum reste en vigueur jusqu'en 2006.

### Les suites de la réforme de 1996

La plupart des modifications faites dans les 5 à 10 ans après 1996 constituent des allégements, en particulier à l'égard des prestataires fréquents. C'est le reflet des surplus observés autant pour le Compte d'assurance-emploi que pour le solde budgétaire du gouvernement fédéral.

La règle d'intensité, qui peut réduire à 50 % le taux des prestations des chômeurs fréquents, est abolie le 1er octobre 2000. Dans sa dernière année complète d'application, en 1998-1999, 44 % des prestataires sont touchés par cette règle, et pas moins de 80 % des prestataires fréquents[64].

Une des modifications apportées en 1996 prévoit que, sur la base du revenu annuel, une partie ou la totalité des prestations perçues soit remboursée après la fin de l'année. Le taux de remboursement croît en fonction du montant de revenus déclarés aux fins de l'impôt sur le revenu. La formule est modifiée à compter de l'an 2000 pour prévoir un taux de remboursement maximal de 30 %, ainsi que pour augmenter le seuil de revenu à partir de laquelle elle s'applique. En outre, ne sont plus appelés à rembourser ceux qui présentent une première demande, pas plus que les demandeurs de prestations spéciales (maladie et parentales).

On a tôt fait de constater que les « petites semaines » de travail réduisent le taux des prestations et découragent l'emploi à temps partiel. En 1997, le gouvernement adopte des projets pilotes dans des régions à taux de chômage élevé, projets dont l'analyse l'amène en 2001 à modifier la loi pour permettre l'exclusion des petites semaines dans le calcul des prestations. Par contre, sujet à de légères modifications, le système fondé sur les heures reste tel quel[65].

Dans un autre registre, un important changement intervient en 2000, quand les prestations parentales passent de 15 à 35 semaines. On peut dorénavant recevoir des prestations maternité-parentales pendant un total combiné de 50 semaines. Ce dernier changement met la table pour une revendication renouvelée du Québec, soit d'instituer son propre régime d'assurance parentale. Cette revendication est

64. La Commission de l'assurance-emploi du Canada, 2000, annexe 2, tableau 2.16.
65. Comme modification, on va au moins relaxer l'accès aux prestations spéciales (maladie et parentales) en 2001, en exigeant 600 heures de travail au lieu de 700. En juillet 2016 sera supprimée l'exigence particulière de 910 heures imposée aux nouveaux actifs.

formulée dès 1996 lors de négociations avortées entre Ottawa et Québec, négociations qui aboutissent finalement en 2005 (chapitre 11). Rappelons ici que les provinces ont depuis 1972 le droit de se retirer du régime fédéral en ce qui concerne les prestations de maladie autant que celles de maternité et parentales, à la condition d'instituer un régime comparable (ou plus généreux) pour l'ensemble des travailleurs de la province.

### Les surplus de l'assurance-emploi et leur confiscation en 2010

Les changements survenus après 1996 s'inscrivent dans un contexte de surplus croissants au Compte d'assurance-chômage, et, à compter de l'année financière 1997-1998, d'excédents budgétaires au niveau du Trésor fédéral[66]. Les surplus à l'assurance-chômage se manifestent dès 1994, mais, à partir de 1998, ils dépassent le montant requis pour constituer une réserve de stabilisation : au plus 15 milliards de dollars selon les estimations de l'actuaire en chef du régime[67]. Le gouvernement libéral puisera dans ces fonds jusqu'en 2006 pour payer ses dépenses générales, à hauteur de 51 milliards de dollars, malgré les critiques répétées du Vérificateur général du Canada à partir de 1999, qui affirme même en 2003 et 2004 que le gouvernement ne respecte pas « l'esprit de la Loi sur l'assurance-emploi ».

Le Parti conservateur, qui, dans l'opposition, avait déclaré en 2005 que ces surplus appartenaient aux cotisants[68], y ajoute 6 milliards de dollars à partir de 2006. Légitimé par la Cour suprême du Canada, le même gouvernement efface la totalité des surplus en juillet 2010, rétroactivement au 31 décembre 2008. Le solde excédentaire du Compte atteint alors 57 milliards de dollars. En conséquence de cette confiscation, le gouvernement se voit « obligé » en 2012 d'augmenter les taux de cotisation de l'assurance-emploi, pour parfaire aux déficits encourus de 2009 à 2011, pour un montant de 9,2 milliards de dollars.

On estime que le gouvernement du Québec, ses institutions et ses municipalités ont été mis à contribution pour un montant d'environ 1,5 milliard de dollars entre 1994 et 2008, auquel s'ajoutent pour le Trésor québécois des pertes fiscales évaluées

66. Tableaux de référence financiers, ministère des Finances, Ottawa (http://www.fin.gc.ca/pub/frt-trf/index-fra.asp).
67. Rapports annuels de l'actuaire en chef sur les taux de cotisation de l'assurance-emploi, 1997 à 2002.
68. Peter Van Loan, porte-parole du Parti conservateur du Canada : « Nous croyons que le surplus appartient aux personnes qui ont cotisé à l'assurance-emploi, c'est-à-dire les travailleurs et les employeurs du Canada. Tous les fonds excédentaires autres que ceux qui sont nécessaires pour alimenter la réserve selon des calculs actuariels devraient être rendus aux travailleurs et aux employeurs canadiens. » Source : *Rétablir la bonne gestion financière et l'accessibilité du régime d'assurance-emploi*, rapport du Comité permanent du développement des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées, Parlement du Canada, février 2005 (page 60).

à environ 1,2 milliard de dollars, le tout représentant le transfert de quelque 2,7 milliards de dollars des fonds publics du Québec au Trésor fédéral[69]. Pour l'ensemble des provinces et municipalités du Canada, la « contribution » des ordres subalternes de gouvernement au Trésor fédéral est estimée à 12 milliards de dollars pendant cette période.

**Encadré 10.2**

### Un faux pas de 5 millions de dollars : l'Office de financement de l'assurance-emploi

Créé le 18 juin 2008, l'Office de financement de l'assurance-emploi du Canada (OFAEC) est une société d'État prétendûment indépendante, responsable de fixer les taux de cotisation de l'assurance-emploi. Cet organisme commence ses activités à l'automne 2009 et est dissous à l'automne 2012. L'Office ne joue aucun rôle significatif pendant cette période, servant de paravent pour les taux fixés de 2011 à 2013.

Composé d'un conseil d'administration de sept membres, l'Office doit établir des comités de vérification, de placement et des ressources humaines. Il engage un actuaire, produit deux plans d'entreprise quinquennaux, des états financiers trimestriels et annuels, et tient trois assemblées publiques annuelles.

Les coûts d'exploitation de l'OFAEC, pendant ses 36 mois d'existence, sont de 4,2 millions de dollars. Ajoutons-y les frais encourus lors de la mise sur pied de l'Office (écriture de la Loi sur l'Office de financement de l'assurance-emploi du Canada, frais de planification et autres) et ceux des huit révisions de cette loi, pour arriver à près de cinq millions de dollars. Malgré la bonne foi de ses membres, cette dépense n'a servi qu'à illustrer les indécisions du gouvernement.

Le mot final revient à deux anciens hauts fonctionnaires du ministère des Finances, qui décrivent en juin 2013 cette aventure comme un « embarras » pour le gouvernement[70]. Un reportage de la CBC en janvier 2012 en disait autant[71], et a peut-être contribué à mettre un terme à ce qui ne fut, somme toute, qu'un stratagème mal conçu.

69. Gouvernement du Québec, 2013, p. 57.
70. Clark et Devries, 2013.
71. Weston, 2012.

### De 1997 à 2015, l'ère des projets pilotes

De 1997 à 2016, il y a quelque quatre-vingts modifications à la loi ou aux règlements sur l'assurance-emploi, bien que certains soient de moindre importance. La Loi sur l'assurance-emploi, déjà complexe, est sans cesse retouchée et adaptée.

En juillet 2000, on refait les frontières des régions économiques de l'assurance-emploi, établissant 58 régions là où il y en avait 54. Du coup, se créent des mouvements de protestations là où les nouvelles limites font ressortir des taux de chômage plus bas, avec une perte concomitante de prestations. Les chômeurs de la région de Charlevoix au Québec créent le mouvement des Sans-Chemise, le taux de chômage assigné à leur région passant de 17 % à 10 % sans que l'emploi se soit amélioré[72]. Une vague de protestations déferle aussi sur la région d'Edmundston au Nouveau-Brunswick[73]. Ces deux régions obtiennent finalement une modification des méthodes de calcul du taux de chômage, dès septembre 2000.

Par la suite, les principaux changements sont ceux qui visent le calcul du taux des prestations ainsi qu'une prolongation des prestations dans certaines régions à fort taux de chômage. Comme nous l'avons indiqué plus haut, le calcul du taux des prestations fait l'objet d'un projet pilote dès 1997, pour exclure les « petites semaines », une mesure d'application générale à partir de 2001. D'octobre 2005 à avril 2013, de nouveaux projets pilotes font intervenir les meilleures semaines d'emploi parmi les 26 dernières, encore dans des régions choisies.

Plusieurs rapports sur le travail saisonnier font état de la difficulté qu'ont les prestataires dans certaines régions à joindre les deux bouts, lorsque se terminent leurs prestations avant que ne reprenne l'activité de travail : au Québec comme au Nouveau-Brunswick, on appelle cette période le « trou noir[74] ». De juin 2004 à septembre 2012, le régime d'assurance-emploi ajoute cinq semaines à la durée des prestations, en vertu de quatre projets successifs. Habituellement limitée à des régions choisies, cette mesure s'applique à tout le pays de mars 2009 à septembre 2010, quand le taux de chômage pointe à plus de 8 % à la suite de la crise financière de 2008.

Bien que ces mesures soient temporaires et incertaines, elles sont bien reçues. Mais quand, à partir de 2012, on y met fin, des mouvements de protestations se déclenchent, principalement au Québec[75] et dans les provinces maritimes. Deux

---

72. *Des chômeurs touchés par la réforme de l'assurance-emploi envoient leurs chemises à Ottawa*, 2000, p. C10.
73. Duval, 2000, p. 3.
74. Toupin, 2002, p. B1.
75. Par exemple :
    - Fournier et Gélinas, 2013, p. 24 ;
    - *Réforme de l'assurance-emploi – Une coalition promet une « cascade » de manifestations*, 2013, p. 12 ;
    - RCQC, 2013.

commissions d'enquête provinciales sont créées : au Québec, la Commission nationale d'examen sur l'assurance-emploi[76] et, en Atlantique, le Comité consultatif sur l'assurance-emploi des premiers ministres de l'Atlantique[77].

Les conclusions des deux groupes se rejoignent. La Commission nationale d'examen sur l'assurance-emploi (CNEAE) soumet son rapport au gouvernement du Québec le 27 novembre 2013. Après avoir tracé l'historique du régime d'assurance-chômage, la Commission examine les cinq principales modifications de 2012 et 2013, à savoir :

- La catégorisation des prestataires, comportant une redéfinition de l'emploi convenable, des temps de déplacement acceptables et des démarches raisonnables de recherche d'emploi (d'application nationale et permanente) ;
- Le calcul des prestations sur les 14 à 22 meilleures semaines des 52 dernières, selon le taux de chômage régional (d'application nationale et permanente) ;
- Les gains permis pendant la réception de prestations (nouveau projet pilote) ;
- La fin du projet pilote des cinq semaines supplémentaires ;
- Le traitement des plaintes par le nouveau Tribunal de la sécurité sociale.

Sur la foi de mémoires, avis et témoignages, d'audiences publiques, d'analyses internes et commandées, s'appuyant aussi sur des rencontres avec des représentants du ministère fédéral, la CNEAE conclut à une réforme bâclée, menée sans consultations et avec peu ou pas d'analyse d'impact.

- La catégorisation des prestataires en trois groupes, à savoir les travailleurs de longue date, les prestataires fréquents et les prestataires occasionnels, est arbitraire et peut obliger des chômeurs à prendre des emplois non convenables, au préjudice autant des individus que des employeurs, à l'encontre également des normes de l'Organisation internationale du travail.
- Le calcul des prestations selon les meilleures semaines d'emploi est approprié, mais pas en fonction des taux de chômage régionaux, puisque, « pour une même rémunération, le taux des prestations sera différent d'une région à l'autre, même pour les prestations de maternité, parentales et de maladie ».
- La nouvelle formule visant les gains permis pendant une période de prestations impose un taux marginal d'imposition excessif aux prestataires. Au lieu de pouvoir travailler jusqu'à deux jours sans subir de réduction de ses prestations, on leur soustrait désormais 50 % de toute rémunération, les décourageant de prendre de tels emplois.
- La fin du projet pilote de cinq semaines supplémentaires prive quelque 42 500 chômeurs du Québec, dans des régions à fort taux de chômage, de revenus qui leur permettaient de subsister entre les saisons d'activité. S'il faut

76. Gouvernement du Québec, 2013.
77. Comité consultatif sur l'assurance-emploi du Conseil des premiers ministres de l'Atlantique, 2014.

apporter des solutions à la problématique du travail saisonnier, cela ne doit pas se faire en sabrant les revenus des plus démunis.

- La création du Tribunal de la sécurité sociale ne répond à aucun besoin exprimé par les partenaires du marché du travail, ni même à quelque inquiétude exprimée par des hauts fonctionnaires fédéraux lors de comparutions devant des comités du Sénat ou de la Chambre des communes.
- La Commission du Québec rappelle l'appropriation des surplus de 57 milliards de dollars par le gouvernement fédéral et demande la création d'une caisse autonome, avec représentation paritaire des partenaires du marché du travail.
- Les coûts du régime d'assurance-emploi atteignent en 2013 un creux historique, à moins de la moitié de ce qu'il en coûtait dans les années 1970. Et les investissements au titre de la formation et d'autres mesures de retour en emploi ont, en termes réels, reculé depuis 25 ans.
- La CNEAE souligne la prépondérance législative du Québec dans le domaine du travail et, tout en réclamant le rapatriement au Québec de l'assurance-emploi, elle avance l'hypothèse d'une entente administrative, dans un but d'efficacité et de cohérence des outils, programmes et budgets destinés à la main-d'œuvre.

### 2016, un nouveau gouvernement à Ottawa

Les libéraux font campagne à l'automne 2015 principalement sur la promesse de financer des infrastructures, au prix d'éventuels déficits budgétaires, mais leur plateforme électorale comprend également plusieurs engagements à l'égard du régime d'assurance-emploi[78] :

- Réduire le délai de carence à une semaine à partir de 2017.
- Éliminer l'exigence majorée de 910 heures de travail pour les nouveaux actifs.
- Annuler les changements apportés en 2012 « qui ont contraint les travailleurs sans emploi à s'éloigner de leur collectivité et à accepter des emplois moins bien rémunérés ».
- Augmenter de 500 millions de dollars par année les investissements en formation professionnelle.
- Permettre de prolonger à 18 mois le congé parental, en réduisant les prestations.
- Bonifier les prestations de compassion.
- Empêcher l'utilisation des fonds d'assurance-emploi à d'autres fins.

Les trois premières mesures sont annoncées dans le budget du 22 mars 2016. On augmente aussi de 125 millions de dollars les investissements en formation

78. Parti libéral du Canada, 2015.

financés par les fonds d'assurance-emploi. Est cependant reconduit jusqu'en 2018 le projet pilote de 2012, en vertu duquel on soustrait des prestations la moitié des gains obtenus de l'emploi exercé par un prestataire. La durée maximale des accords de travail partagé passe de 38 à 76 semaines.

Les prestataires de 15 régions touchées par une forte augmentation du chômage deviennent admissibles à 5 semaines de prestations supplémentaires, jusqu'à concurrence de 50 semaines. Les travailleurs dits de longue date des mêmes régions deviennent admissibles à des prestations supplémentaires pouvant atteindre 20 semaines, à concurrence de 70 semaines de prestations. Le choix des 15 régions se fait sur une base inédite ; il ne s'agit plus de viser les régions à fort taux de chômage, mais celles où le taux de chômage a augmenté de façon « appréciable et soutenue ».

Comme résultat, en juin 2016, ont droit à des durées prolongées les chômeurs de trois régions dont le taux de chômage ne dépasse pas la moyenne nationale, ceux de cinq régions dont le taux de chômage dépasse cette moyenne de peu (deux points de pourcentage ou moins) et ceux de sept régions dont le taux de chômage dépasse 11 %. La Gaspésie n'est pas incluse, même si elle conserve un taux de chômage de 17 %.

## PORTRAIT DE LA SITUATION

### Principales dispositions en vigueur

Au début de 2016, le régime d'assurance-emploi couvre 15,3 millions de travailleurs[79], soit 85 % des personnes en emploi au Canada. Les travailleurs autonomes, au nombre de 2,8 millions, sont exclus[80].

Le régime offre quatre principaux types de prestations : les prestations régulières (visant le chômage proprement dit), les prestations parentales (à la naissance ou à l'adoption d'un enfant), les prestations de maladie et les prestations pour soins familiaux.

En cas de chômage, la rupture d'emploi doit être involontaire, sauf pour des circonstances telles que le harcèlement, le besoin de suivre un conjoint qui prend un emploi ailleurs, le non-paiement du salaire ou des conditions de travail dangereuses. Les chômeurs ont droit aux prestations régulières s'ils ont travaillé au moins 420 heures au cours de la dernière année, pour ceux qui demeurent dans une région

79. Statistique Canada, série CANSIM 276-0011, moyenne pour les 12 mois se terminant en mars 2016. Cela inclut les membres à plein temps des forces armées, soit environ 44 000 personnes.
80. Statistique Canada, série CANSIM 282-0011.

justifiant un taux de chômage d'au moins 13 %. Il faut 700 heures là où le taux de chômage est de 6 % ou moins.

Les prestations régulières peuvent s'étendre sur 14 à 45 semaines, selon le nombre d'heures travaillées au cours de la dernière année et le taux de chômage régional. Il faut en tout temps pouvoir et vouloir travailler, et être à la recherche d'un emploi. Devront rembourser une partie des prestations reçues ceux dont le revenu annuel net dépasse 125 % du maximum assurable.

Sont aussi prévues des prestations de travail partagé, qui permettent le maintien en emploi d'un groupe d'employés, mais à temps réduit, lors du ralentissement temporaire d'activité affectant une entreprise.

Il faut 600 heures de travail pour avoir droit aux autres types de prestations. Hors Québec, les prestations parentales accordent 15 semaines de prestations à la mère, plus 35 autres semaines qui peuvent être partagées entre le père et la mère. Au Québec, ces prestations relèvent d'un régime provincial dont les paramètres sont plus souples et généreux.

Les prestations de maladie sont de 15 semaines[81], tandis que les prestations pour soins familiaux peuvent durer 26 ou 35 semaines : 26 semaines pour celui qui doit s'occuper d'un membre de famille gravement malade, risquant de décéder dans les 26 semaines ; ou 35 semaines pour le parent qui doit s'occuper d'un enfant gravement malade ou blessé.

Par exception, les pêcheurs indépendants (on en compte environ 20 500[82]) sont aussi assurés, mais leur droit aux prestations dépend de la rémunération tirée de la pêche, et la durée des prestations est dans leur cas invariable, soit 26 semaines au cours de la morte-saison. Les autres travailleurs indépendants peuvent, depuis 2010, choisir de s'assurer, mais n'auront droit qu'aux prestations ne relevant pas du chômage : prestations parentales, de maladie ou pour soins familiaux. Seulement 16 300 personnes ont exercé ce choix depuis 2010[83].

Le calcul des prestations est fait comme suit : 55 % de la moyenne des 14 à 22 meilleures semaines de rémunération au cours de la dernière année, les périodes plus courtes s'appliquant dans les régions à taux de chômage élevé. Les personnes à faible revenu familial qui ont des enfants à charge peuvent bénéficier d'un taux majoré. Les prestations maximales sont de 537 $ par semaine en 2016.

81. Les prestations de maladie sont, pour environ 40 % des assurés, fournies par un régime collectif d'employeur.
82. Rapport de contrôle et d'évaluation de l'assurance-emploi 2014-2014, section 3.2.1.
83. Millette, 2015, tableau 38.

Le délai de carence de deux semaines s'appliquant avant le premier versement est ramené à une semaine à compter de 2017[84].

Les prestataires du régime d'assurance-emploi, ainsi que ceux qui l'ont été au cours des années récentes, peuvent bénéficier de programmes de formation professionnelle et de programmes leur fournissant une expérience de travail, soit auprès d'un employeur, soit par la création de leur propre entreprise. Tous les chômeurs peuvent aussi se prévaloir de services d'aide à l'emploi, par exemple service de consultation ou de placement.

Le régime d'assurance-emploi se finance à même les cotisations des travailleurs et de leurs employeurs. Les employeurs sont tenus de verser 1,4 fois la cotisation de leurs employés. Les limites aux fins de cotisation et de prestations sont indexées annuellement, les taux de cotisation sont aussi revus chaque année.

### Analyse de l'expérience

Le Tableau 10.4 qui suit indique les coûts du régime d'assurance-emploi pour 2014, la dernière année pour laquelle des données complètes sont disponibles[85].

Sur cette base, les prestations de chômage versées sous le régime représentaient 51 % des coûts totaux du régime en 2014, les prestations spéciales en représentaient 32 %, les programmes d'emploi 10 % et les frais administratifs 8 %. Les coûts totaux du régime, 21,2 milliards de dollars en 2014, constituent près de 4 % de la rémunération assurée globale (et 1,1 % du PIB[86]). La rémunération assurable, elle, représente 63 % des salaires et traitements versés au Canada[87].

On peut mettre en relief les pertes ou gains financiers encourus dans chaque province et territoire, au titre de l'ensemble des dépenses financées par le régime d'assurance-emploi – y compris les coûts des programmes d'emploi ainsi que les frais administratifs[88]. C'est ce qu'illustre le tableau 10.5.

---

84. Un différé d'indemnisation s'ajoute si le salarié reçoit une indemnité de licenciement ou une paie de vacances lors de la rupture d'emploi.
85. Afin de déterminer le taux de cotisation d'équilibre, nous ajoutons, aux coûts directs affichés par le régime, les coûts indirects (ou pertes de revenus) que constituent deux réductions de cotisation : celle visant le Régime québécois d'assurance parentale et celle visant les régimes collectifs d'assurance-salaire en cas de maladie.
86. Le PIB au Canada en 2014 est de 1 973 043 millions de dollars (CANSIM 380-0063).
87. Les salaires et traitements versés en 2014 sont de 859,4 millions de dollars (CANSIM 380-0063).
88. En divisant ces coûts par la rémunération assurable émanant des salariés de chaque province, on établit le coût relatif des prestations dans chaque province et territoire, ce qui permet d'établir le transfert vers une province ou territoire, ou à partir de telle province ou de tel territoire.

TABLEAU 10.4
**Coûts du régime d'assurance-emploi en 2014, Canada (taux de chômage : 6,9 %)[89]**

| | Coûts directs | Coûts indirects | Coûts totaux | Répartition |
|---|---|---|---|---|
| | *- - - - - - (en millions $) - - - - - -* | | | |
| Prestations de revenu - Partie I | | | | |
| Prestations régulières | 10 603 | | 10 603 | 49,9% |
| Prestations de pêcheur | 268 | | 268 | 1,3% |
| Prestations pour travail partagé | 20 | | 20 | 0,1% |
| *Total partiel- prestations de chômage* | *10 891* | | *10 891* | *51,3%* |
| Parentales | 3 605 | 1 029 [1] | 4 634 | 21,8% |
| Maladie | 1 358 | 865 [2] | 2 223 | 10,5% |
| Soignant | 12 | | 12 | 0,1% |
| Soins familiaux | 14 | | 14 | 0,1% |
| *Total partiel - prestations spéciales* | *4 989* | | *6 883* | *32,4%* |
| Remboursements | - 227 | | - 227 | -1,1% |
| Total - prestations de revenu | 15 653 | | 17 547 | 82,7% |
| Programmes d'emploi - Partie II | 2 040 | | 2 040 | 9,6% |
| Total - Partie I et Partie II | 17 693 | | 19 587 | 92,3% |
| Frais administratifs | 1 663 | | 1 663 | 7,8% |
| Autres (créances douteuses, pénalités, intérêts) | - 22 | | - 22 | -0,1% |
| **Dépenses nettes** | **19 334** | **1 894** | **21 228** | **100,0%** |
| Rémunération assurable nette : | | | 539 847 [3] | |
| Taux de cotisation d'équilibre [4] : - travailleurs | | | 1,64% | |
| - employeurs | | | 2,29% | |
| - total | | | 3,93% | |

Note 1 : réductions de cotisations visant le Régime québécois d'assurance parentale.
Note 2 : réductions de cotisations visant les régimes collectifs d'assurance-salaire.
Note 3 : tenant compte des remboursements de trop-payés aux particuliers.
Note 4 : le taux qui équilibrerait recettes et dépenses.

Pour le Québec, on estime ainsi, pour l'année 2014, à 1 milliard de dollars le montant du transfert financier par l'entremise du régime d'assurance-emploi, en faveur des assurés de la province. Deux facteurs expliquent ces surcoûts : d'abord, un taux de chômage plus élevé que la moyenne canadienne, ensuite une utilisation plus intensive du régime par les chômeurs. En ce qui concerne le second facteur, on constate que le rapport des prestataires aux chômeurs est en moyenne, au fil des ans, 15 % plus élevé au Québec que dans l'ensemble du Canada.

Il importe de mettre ces données en perspective, en effectuant le même calcul pour chacune des provinces et chacun des territoires du Canada. On constate alors l'importance que prennent ces transferts, en particulier dans les provinces maritimes. Ainsi, à Terre-Neuve-et-Labrador, alors qu'un salarié et son employeur auraient cotisé un montant maximal combiné de 2 200 dollars en 2014, s'ajoutait une subvention ou un transfert de 2 800 $ par salarié. En comparaison, le transfert moyen reçu par un salarié du Québec est de 250 $.

89. Calculs et données fondés sur le Rapport de l'actuaire en chef pour 2016.

TABLEAU 10.5
**Transferts financiers vers (+) ou de (-) chaque province du Canada, en vertu du régime d'assurance-emploi, en 2014[90]**

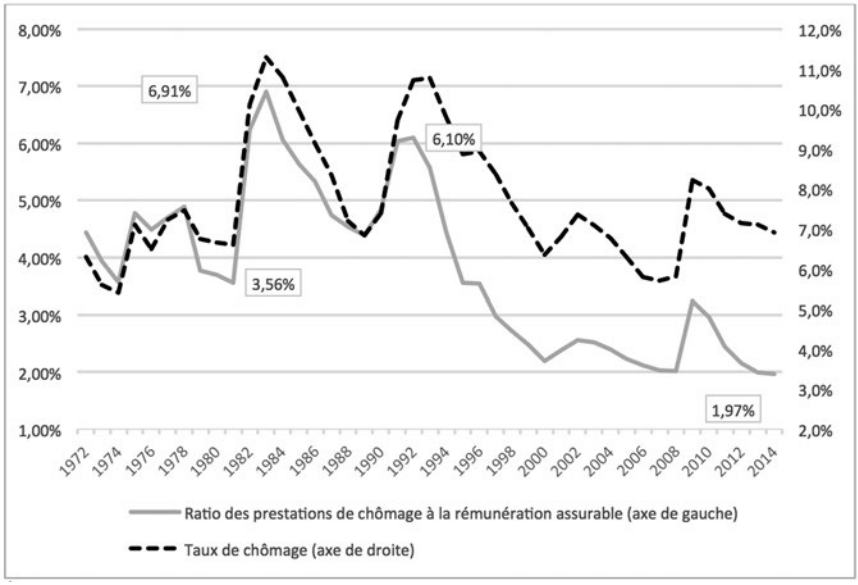
| | Transfert vers (+) ou de (-) la province (en millions de dollars) | Nombre annuel de salariés | Transfert par salarié |
|---|---|---|---|
| | | | |
| Terre-Neuve-et-Labrador | + 760 | 271 000 | 2 800 $ |
| Île-du-Prince-Édouard | + 190 | 79 000 | + 2 410 $ |
| Nouvelle-Écosse | + 400 | 474 000 | + 840 $ |
| Nouveau-Brunswick | + 600 | 385 000 | + 1 560 $ |
| Québec | + 1 030 | 4 176 000 | + 250 $ |
| Ontario | -1 270 | 6 956 000 | - 180 $ |
| Manitoba | - 110 | 665 000 | - 170 $ |
| Saskatchewan | - 150 | 592 000 | - 250 $ |
| Alberta | -1 300 | 2 517 000 | - 520 $ |
| Colombie-Britannique | - 140 | 2 385 000 | - 60 $ |
| Yukon | + 10 | 25 000 | + 400 $ |
| Territoires du Nord-Ouest | - 10 | 33 000 | - 300 $ |
| Nunavut | 0 | 23 000 | 0 $ |
| | | | |
| Total | 0 | 18 581 000 | 0 $ |

Un regard en arrière nous permet de jeter un peu de lumière sur l'évolution des coûts du régime. Comme l'illustre le graphique 10.1, le coût des prestations de chômage se situait en 2014 à environ la moitié d'il y a 35 ans, en 1981, à taux de chômage comparable. Ou encore au tiers de ce qu'il en coûtait au pic des récessions du début des années 1980 ou 1990.

Sans surprise, le coût des prestations de chômage suit l'évolution du taux de chômage. Mais, à compter des années 1990, les compressions apportées au régime ont des répercussions considérables que viennent accentuer les modifications observées dans la composition des chômeurs. En particulier, une proportion croissante d'entre eux restent sans travail pour plus d'un an (ou n'ont jamais travaillé) : 38 % en 1997 contre 21 % en 1989[91]. Ils ne sont donc pas admissibles aux prestations.

90. Estimations fondées sur le Rapport d'évaluation et de contrôle pour 2014-2015.
91. Bédard, 1998.

Graphique 10.1
**Ratio des prestations de chômage[1] à la rémunération assurable, 1972-2014, et taux de chômage[92]**

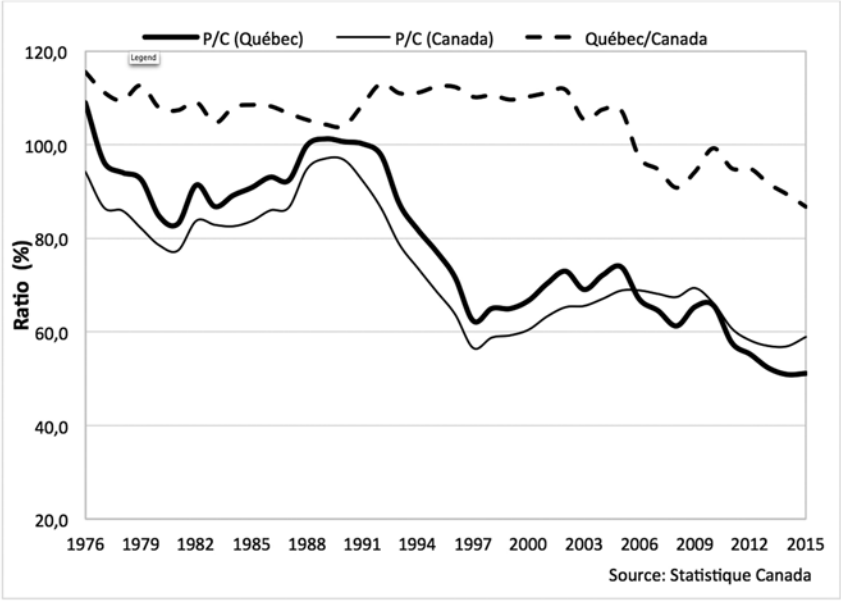



* Les prestations sont limitées aux prestations ordinaires de chômage, de pêcheurs et de travail partagé.

Le graphique 10.2 confirme et explique les tendances du graphique précédent, en montrant la tendance des rapports entre le nombre de *prestataires et le nombre de chômeurs*, au Canada et au Québec, de 1976 à 2015 : tendance haussière dans les années 1980, chute de 1990 à 1997, stabilité relative par la suite jusque vers 2010, suivie d'une nouvelle baisse. Le déclin des rapports *prestataires/chômeurs* dans la première demie des années 1990 est particulièrement marqué, dû à deux facteurs : la série de compressions pratiquées pendant cette période, mais aussi les changements dans la composition des chômeurs, tel que nous l'avons noté plus haut.

92. Rapports de l'actuaire en chef.

Graphique 10.2
**Rapports prestataires/chômeurs, Québec vs Canada, 1972-2015[93]**




La chute des rapports prestataires/chômeurs se manifeste dans toutes les provinces bien que les écarts entre les provinces demeurent marqués tout au long de la période. Les provinces maritimes en particulier conservent des rapports beaucoup plus élevés que ceux qu'on voit en Ontario ou dans l'Ouest. Ainsi, si le Canada, au contraire des États-Unis, conserve un régime unique, le régime canadien semble s'être adapté, certains diraient morcelé, en fonction des conditions du marché du travail dans chaque région du pays. Le tableau 10.5 sur les transferts financiers en rend compte sur la base des résultats de 2014.

## CONSTATS ET ENJEUX

Au moins quatre constats émergent de l'historique du régime d'assurance-chômage ; il s'en dégage des pistes de réflexion pour l'avenir du régime. D'abord, le régime assume au fil du temps de nouvelles missions et de nouveaux coûts, qui à la fois élargissent et diluent sa mission de base. En second lieu, après 1972 se développent deux axes parallèles : celui de la différentiation régionale et celui de la complexité. En troisième lieu, le régime d'assurance-chômage, d'abord conçu

93. Statistique Canada, CANSIN 276-0001, 276-0021 et CANSIM 282-0002.

comme un arrangement tripartite et autonome, se transforme à compter des années 1990 en un outil financier et budgétaire au service du gouvernement fédéral. Enfin la question d'une dévolution possible continue de se poser.

### *Des missions diverses*

Le régime regroupe aujourd'hui des missions diverses : prestations de pêche en 1957, prestations de maladie et de grossesse depuis 1972, prestations parentales et d'adoption implantées graduellement sur 20 ans, à compter des années 1980, prestations pour soignants en 2003, prestations optionnelles aux travailleurs indépendants en 2010 et prestations pour parents d'enfants gravement malades en 2013. Ces protections, assimilées au régime d'assurance-chômage, bénéficient de son organisation et de son réseau, mais héritent aussi de ses contraintes et conditions d'admissibilité, de son délai de carence et de son taux de prestations.

D'autres missions sont progressivement confiées au régime. En 1972, ce sont les frais d'administration du régime d'assurance-chômage, auparavant à la charge de l'État. Si cette mesure est fondée, ce sont ensuite, en 1980, les coûts du service national de placement et, en 1991, ceux des programmes de formation et d'employabilité. Bien qu'on invoque alors une nouvelle ère de « mesures actives », il s'agit autant sinon plus de délester le budget général du gouvernement fédéral.

### *Différentiation et complexité croissante du régime*

Par étapes, débutant en 1972, le régime qui fournit depuis 1940 une protection uniforme aux sans-emploi se différencie et se particularise : certains chômeurs seront favorisés, s'ils ont la « chance » de vivre dans des régions où le taux de chômage est élevé. Les autres s'accommodent de conditions moins généreuses.

En 1972, on lie la durée des prestations au taux de chômage régional, en distinguant 16 régions au pays. En 1977, c'est l'admission au système qu'on arrime au taux de chômage régional, la faisant varier de 10 à 14 semaines. Les règles varieront par la suite, l'admissibilité au système finit par se fixer à une plage variant de 420 à 700 heures en 1996. En même temps, et bien que moins généreux, le régime dépend de plus en plus des conditions régionales, le nombre de régions passant à 48 en 1978, à 62 en 1990, puis à 54 en 1996, à 58 en 2000 et 62 en 2014.

Depuis 1996, quatre paramètres règlent le droit aux prestations, soit les heures travaillées, le nombre de semaines travaillées, la rémunération et le taux de chômage régional : les heures travaillées et le taux de chômage régional déterminent l'admissibilité ; la rémunération, le nombre de semaines travaillées et le taux de chômage régional déterminent le taux de prestation ; et les heures travaillées et le taux de chômage régional déterminent la durée des prestations.

*L'assurance-emploi à la remorque du budget fédéral*

Le régime d'assurance-emploi est soumis aux vents budgétaires. Dès les années 1970, le gouvernement, qui s'est engagé à soutenir le régime lorsque le taux de chômage dépassera 4 %, réduit graduellement sa contribution. Sont par la suite transférés au régime les coûts du Service national de placement en 1980, ainsi que ceux de mesures de formation et d'employabilité en 1977, 1990 et 1996. Bien qu'il cesse de contribuer au financement du régime, le gouvernement effectue des compressions aux prestations de 1990 à 1996 – mesures qui seront en partie levées à compter de 1997, quand s'améliore la situation budgétaire du Trésor fédéral.

De 1994 à 2008, le gouvernement intègre à ses propres résultats financiers les excédents du régime. Il se les attribue de façon définitive en juillet 2010[94], qui efface un solde cumulatif de 57 milliards de dollars[95]. Ce détournement de cotisations ouvrières et patronales représente la plus forte ponction jamais effectuée sur ces fonds.

En 2012, le gouvernement fait adopter une formule qui fixerait les taux de cotisation de manière à atteindre un solde nul au bout de sept ans[96]. Il en reporte toutefois l'application d'année en année jusqu'en 2017, pour ne pas nuire à l'atteinte de ses objectifs budgétaires.

Une longue liste d'intervenants, organisations patronales, syndicales autant qu'instituts de politique publique ont recommandé de mettre le Compte d'assurance-emploi à l'écart des opérations budgétaires du gouvernement fédéral, pour répondre à des principes de bonne gouvernance et aux besoins et mérites du régime. Les dispositions en vigueur en 2016 laissent toutefois ce régime aussi vulnérable que par le passé, alors que la protection contre le chômage proprement dit ne représente plus que 51 % des coûts du régime.

*Le champ de compétences*

Il est vraisemblable que, si le sujet venait sur le tapis aujourd'hui, les provinces ne consentiraient pas à confier un régime d'assurance-chômage au gouvernement fédéral. L'amendement de 1940 a été arraché dans un contexte de crise économique, d'état de guerre et de faiblesse des gouvernements provinciaux. Comme le souligne la Commission nationale d'examen sur l'assurance-emploi, en 2013 : « La presque totalité du champ législatif propre au domaine du marché du travail relève de la

94. Loi sur l'emploi et la croissance économique (L.C. 2010, ch. 12), articles 2195 et 2196.
95. Tel que rapporté dans les États financiers du gouvernement du Canada pour 2009-2010 (pages 2.4 et 4.15).
96. Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable (L.C. 2012, ch. 19), articles 609 et 619.

compétence constitutionnelle des provinces. L'assurance-emploi représente donc une exception. »

L'avantage financier d'un milliard de dollars qu'en tire le Québec peut sembler important dans l'absolu, mais il l'est beaucoup moins quand on l'envisage sur une base per capita, soit 250 $ par salarié. En comparaison, la péréquation apporte 10 milliards de dollars par an au Québec, et l'ensemble des transferts fédéraux au Québec représente quelque 21 milliards de dollars[97].

Au Québec comme dans d'autres provinces, certains ont argué que la différentiation régionale qui marque le régime canadien peut, à bien des égards, ne pas favoriser le développement ordonné du marché du travail. D'autres arrangements peuvent être envisagés, en particulier une dévolution administrative avec compensation. Une telle dévolution permettrait au Québec, comme à d'autres provinces, de mieux conjuguer l'ensemble des politiques affectant la main-d'œuvre et la sécurité du revenu des individus.

Une révision d'ensemble du régime canadien d'assurance-chômage semble par ailleurs opportune, vu le temps écoulé depuis le dernier examen, en 1996, et les changements économiques, financiers, démographiques, sociaux et technologiques observés depuis lors.

97. Soutien fédéral aux provinces et aux territoires, ministère fédéral des Finances, Ottawa, site Web consulté en juin 2016 : https ://www.fin.gc.ca/fedprov/mtp-fra.asp.

## ANNEXE

### Principales modifications mises en œuvre en 1996

*Droit aux prestations*

1. À partir de 1997, les heures remplacent les semaines, autant pour l'admissibilité que pour la durée des prestations ; la conversion se fait en multipliant par 35 les semaines requises précédemment.
2. La durée maximale des prestations s'étale de 36 à 45 semaines, selon le taux de chômage régional, au lieu de 36 à 50 semaines (30 juin 1996).
3. Pour se qualifier, les nouveaux actifs doivent compter 26 semaines de travail au 30 juin 1996 et 910 heures à partir de 1997, au lieu des 20 semaines de l'ancienne loi.
4. On applique des pénalités variables en cas de fraude, qui peuvent doubler les heures requises pour se qualifier.
5. Les pêcheurs indépendants font exception : désormais, seule leur rémunération détermine leur admissibilité et le taux de leurs prestations, et leur durée maximale de prestations est de 26 semaines (à partir de 1997).

*Cotisations et financement*

6. On réduit rétroactivement le maximum assurable à 750 $ par semaine à compter du 1er janvier 1996, au lieu de 845 $ par semaine selon l'ancienne loi.
7. À partir de 1997, on calcule les cotisations sur la totalité des gains, jusqu'à 39 000 $ par an (soit 52 fois 750 $). Ce plafond sera maintenu jusqu'en 2006, puis indexé.
8. À partir de 1997, il n'y a plus de minimum pour devenir assuré.
9. À partir de 1997, on rembourse les cotisations des travailleurs qui gagnent moins de 2 000 $ dans une année. Ce seuil n'est pas indexé.
10. Les futurs taux de cotisation devront viser une stabilité relative au cours d'un cycle économique (1997).
11. Le Programme pour l'embauche de nouveaux travailleurs offre des remboursements partiels des cotisations d'assurance-emploi aux petites entreprises ayant subi une augmentation de leurs cotisations en 1997 et 1998, si elles ont embauché de nouveaux employés. Un programme semblable a été institué pour les années 1999 et 2000.

*Prestations*

12. Les prestations maximales baissent à 413 $ par semaine à partir du 30 juin 1996, soit 55 % du maximum annuel divisé par 52, contre 465 $ en première moitié d'année.
13. À partir de 1997, les prestations maximales sont fonction du maximum annuel assurable divisé par 52.
14. On calcule les prestations sur les 26 dernières semaines de rémunération, avec un diviseur minimal variant de 14 à 22 semaines, en fonction du taux de chômage.
15. Le taux des prestations est de 55 %, moins un point de pourcentage par tranche de 20 prestations ordinaires reçues au cours des 5 dernières années (excluant les prestations d'avant juillet 1996), sujet à un taux minimal de 50 % (règle d'intensité).
16. Le taux des prestations est majoré pour ceux qui reçoivent les prestations familiales pour enfants et dont le revenu familial net ne dépasse pas 25 921 $ (seuil maintenu constant par la suite). Le taux majoré est de 60 % en 1996, 65 % en 1997, 70 % en 1998, 75 % en 1999 et 80 % en 2000.
17. Permission de gagner 50 $ par semaine sans réduire les prestations, ou 25 % du taux de prestations si plus élevé (1997).

*Remboursement des prestations*

18. Les personnes dont le revenu annuel net dépasse 125 % du maximum annuel assurable doivent rembourser 30 % des prestations de la dernière année, pourvu qu'ils n'aient pas reçu plus de 20 prestations ordinaires dans les 5 dernières années (1996).

    Pour ceux qui ont reçu plus de 20 prestations ordinaires au cours des 5 dernières années (excluant les prestations d'avant juillet 1996), si leur revenu annuel net excède le maximum annuel assurable (39 000 $), ils doivent rembourser au moins 50 % des prestations de la dernière année. Le taux de remboursement croît avec le nombre de prestations, et atteint 100 % si plus de 120 prestations ont été versées.

*Les prestations et les mesures d'emploi*

19. Les mesures d'emploi sont offertes aux prestataires, y compris ceux qui l'ont été au cours des 36 derniers mois, cette période allant à 60 mois pour ceux qui ont reçu des prestations parentales.
20. À partir de 1997, les dépenses à ce titre sont sujettes à une limite de 0,8 % de la rémunération assurable totale.
21. La gestion de ces mesures est dévolue aux provinces.

22. Le gouvernement crée, à même les recettes générales du Trésor fédéral, le Fonds transitoire pour la création d'emplois, établi pour une période de trois ans avec un budget de 300 millions de dollars.

*Suivi*

23. À partir de 1997, le gouvernement fait le suivi de la Loi sur l'assurance-emploi et des épargnes produites chaque année, dans des rapports publics.

## Bibliographie


Battle, K., et S. Torjman. 1995. *How Finance Re-Formed Social Policy*. Caledon Institute of Social Policy. Ottawa, avril 1995, 22 pages. (http://www.caledoninst.org/Publications/Detail/?ID=474)

Bédard, Marcel. 1998. *Analyse de la couverture assurée par le régime d'assurance-emploi,* Développement des ressources humaines Canada, 64 pages. (https://web.archive.org/web/20010417152823/http://www.hrdc-drhc.gc.ca/arb/publications/research/abw-98-35f.shtml)

Beramendi, Pablo. 2012. *The Political Geography of Inequality : Regions and Redistribution*. Cambridge University Press, 320 pages.

Bérubé, Michel. 2000. *Loi favorisant le développement de la formation de la main-d'œuvre. La formation professionnelle continue au Québec. Historique, enjeux, réglementation*, Direction des politiques de main-d'œuvre. Février 2000 (brève mise à jour en 2002). CPMT. Montréal, 46 pages. (http://www.cpmt.gouv.qc.ca/publications/pdf/RECHERCHE_Loi_devel_main.pdf)

Bisson, François. 2007. « L'état et le placement des chômeurs au Québec. Les premiers bureaux d'emploi publics, 1909-1932 », thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en histoire. Université du Québec à Montréal, 354 pages. (http://www.archipel.uqam.ca/3530/)

Bolduc, Yvon. 1951. « Les objectifs de la politique économique du gouvernement fédéral (1920-1950) », thèse de maîtrise en sciences économiques. Université d'Ottawa, 113 pages. (https://www.ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/22598/1/EC56040.PDF)

Bourguignon, David, et Ginette Herman. 2006. *Je suis chômeur(se), je suis stigmatisé(e) : des conséquences de la stigmatisation aux stratégies de défense de soi*. Lille, France. Institut national de l'orientation et de l'insertion professionnelles, Association pour la formation professionnelle des adultes, 11 pages. (http://tinyurl.com/Bourguignon-Herman)

Bredgaard, Thomas. 2015. « Evaluating what works for whom in active labour market policies », *European Journal of Social Security*, 17(4), p. 436-452, novembre 2015.

Card, David, Jochen Kluve et Andrea Weber. 2010. « Active Labour Market Policy Evaluations : A Meta-Analysis », *The Economic Journal*, University of York, UK, vol. 120, nº 548, p. F452-F477.

Campeau, Georges. 2001. *De l'assurance-chômage à l'assurance-emploi*. Montréal. Les Éditions du Boréal, 396 pages.

Canada. 1981. *L'assurance-chômage dans les années 1980 : un rapport du Groupe de travail de l'assurance-chômage*. Ottawa : Emploi et Immigration Canada, 141 pages.

Canada. 1986. *Rapport de la Commission d'enquête sur l'assurance-chômage* (commission Forget). Ottawa : la Commission, 103 pages.

Charbonneau, François. 2000. « La crise de la conscription pendant la Seconde Guerre mondiale et l'identité canadienne-française », thèse présentée comme exigence partielle de la maîtrise en science politique. Université d'Ottawa, 207 pages. (http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/ftp01/MQ57096.pdf).

Clark, Scott, et Peter Devries. 2013. « The government quietly deep-sixes an EI embarrassment. » 7 juin 2013. iPolitics.ca, URL : http://ipolitics.ca/2013/06/07/the-government-quietly-deep-sixes-an-ei-embarrassment.

Comité consultatif sur l'assurance-emploi du Conseil des premiers ministres de l'Atlantique. 2014. *Rapport final du groupe consultatif : étude panatlantique sur l'impact des récents changements au régime d'assurance-emploi*, juin 2014, 119 pages. (http://cap-cpma.ca/images/Rapportfinaldugroupconsultatif.pdf)

Cournoyer, Jean. 1970. Lettre du ministre du Travail du Québec, M. Jean Cournoyer, au ministre fédéral du Travail, M. Bryce Mackasey, le 18 novembre 1970, publiée dans le journal *Le Devoir* le 27 janvier 1971 (http://tinyurl.com/Cournoyer1970).

Cousineau, Guy. 1969. *Report of the Study for Updating the Unemployment Insurance Programme*. Commission d'assurance-chômage. Ottawa, 5 volumes.

Dauphin, Roma. 2007. *La croissance de l'économie du Québec au 20e siècle*. Institut de la statistique du Québec, 17 pages. (http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs47440).

« Des chômeurs touchés par la réforme de l'assurance-emploi envoient leurs chemises à Ottawa », *La Presse*, mercredi 6 septembre 2000, page C10.

Développement des ressources humaines Canada (DRHC). 1996. « Analyse de l'incidence de l'assurance-emploi selon le sexe », présenté au Comité permanent du développement des ressources humaines de la Chambre des communes, le 24 janvier 1996. Assurance-emploi : prestations d'assurance, 24 janvier 1996, Ottawa.

Dion, Jean. 1993. « « On est 45 000, à -25 °C, M. Valcourt » – La bataille contre la réforme de l'assurance-chômage ne fait que commencer, avertissent les syndicats », *Le Devoir*, 8 février 1993, p. A1.

Duval, Gilles. 2000. « Redécoupage des régions économiques de l'assurance-emploi – Les travailleurs saisonniers quittent la rue à Edmundston », *L'Acadie nouvelle*, 21 juillet 2000, page 3.

Foisy-Geoffroy, Dominique. 2007. « Le Rapport de la commission Tremblay (1953-1956), testament politique de la pensée traditionaliste canadienne-française », *Revue de l'histoire de l'Amérique française*, vol. 60, n° 3, p. 257-294.

Fournier, Johanne, et Geneviève Gélinas. 2013. « Réforme de l'assurance-emploi – Les Gaspésiens manifestent par milliers », *Le Soleil*, Nos régions, 27 janvier 2013, page 24.

Gouvernement du Canada. 1985. *Rapport de la Commission royale sur l'union économique et les perspectives d'avenir du Canada* (commission Macdonald). Ministre des Approvisionnements et Service Canada.

Gouvernement du Canada. *Rapports annuels de l'actuaire en chef sur les taux de cotisation de l'assurance-emploi, 1997 à 2002*, Développement des ressources humaines Canada, Ottawa. URL : http://www.osfi-bsif.gc.ca/fra/oca-bac/ar-ra/ei-ae/Pages/default.aspx.

Gouvernement du Canada. 1995. *Un système d'emploi pour le Canada du XXIe siècle : guide des dispositions législatives sur l'assurance-emploi*. Développement des ressources humaines Canada. Ottawa, 1er décembre 1995, 31 pages.

Gouvernement du Canada. 1996. *Faits saillants : analyse détaillée du projet de loi sur l'assurance-emploi*. Développement des ressources humaines. Ottawa, 18 avril 1996.

Gouvernement du Canada. 2013. *Tableaux de référence financiers*, ministère des Finances du Canada. Ottawa, octobre 2013. URL : http://www.fin.gc.ca/pub/frt-trf/index-fra.asp.

Gouvernement du Canada. 2016a. *Rapport de contrôle et d'évaluation de l'assurance-emploi, 2014-2015*, Emploi et développement social Canada. Ottawa, avril 2016. URL : http://www.edsc.gc.ca/fr/rapports/assurance_emploi/controle2015/index.page.

Gouvernement du Canada. 2016b. *Soutien fédéral aux provinces et aux territoires*, ministère des Finances du Canada, Ottawa, site Web consulté en juin 2016, URL : https://www.fin.gc.ca/fedprov/mtp-fra.asp.

Gouvernement du Québec. 1971. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social,* vol. 5, tome 2. Québec, 277 pages.

Gouvernement du Québec. 2013. *Réforme de l'assurance-emploi : des correctifs pressants et des perspectives d'avenir*. Rapport de la Commission nationale d'examen sur l'assurance-emploi. Québec, novembre 2013, 102 pages. (http://www.cneae.gouv.qc.ca/)

Green, David A. (Université de la Colombie-Britannique) et W. Craig Riddell (Université de la C.-B. et IRCA). *Les effets de l'adoption des critères d'admissibilité fondés sur les heures de travail*, préparé pour Développement des ressources humaines Canada, novembre 2000, 86 pages.

Jalbert, Lizette. 1992. *L'état interventionniste de providence canadien en perspective.* Université du Québec à Montréal. Groupe de recherche et d'étude sur les transformations sociales et économiques. Cahier nº 9, février 1992, 55 pages.

King, William Lyon Mackenzie. 1918. *Industry and humanity : a study in the principles underlying industrial reconstruction*. Thomas Allen. Toronto, 567 pages. (https://archive.org/details/industryhumanit00king)

Kuhn, Peter J., et L. Arthur Sweetman. 1998. *La durée de l'emploi avant sa cessation et l'admissibilité à l'assurance-chômage*. Rapport final préparé pour Développement des ressources humaines Canada, mai 1998, 82 pages. (http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/rhdcc-hrsdc/RH64-94-1998-fra.pdf)

La Commission de l'assurance-emploi du Canada. 2000. *Rapport de contrôle et d'évaluation 2000*. Développement des ressources humaines Canada, 22 décembre 2000. Ottawa, 130 pages.

La Commission de l'assurance-emploi du Canada, 2002. *Rapport de contrôle et d'évaluation 2001*. Développement des ressources humaines. 28 mars 2002. Ottawa, 70 pages.

Lacoursière, Jacques. 1997. *Histoire populaire du Québec*, tome 4 : 1896 à 1960. Sillery, Septentrion, 416 pages.

Loriaux, Florence. 2015. *Le chômeur suspect. Histoire d'une stigmatisation*. Bruxelles. Éditeur CARHOP-CRISP, 284 pages.

Millette, Michel. 2015. *Rapport actuariel 2016 sur le régime d'assurance-emploi*. Bureau du surintendant des institutions financières du Canada, Ottawa. 92 pages. (http://www.osfi-bsif.gc.ca/Fra/oca-bac/ar-ra/ei-ae/Pages/EI2016.aspx)

Ministère des Finances du Canada. 1995. *Discours du budget*. Le ministre des Finances. Ottawa, 27 février 1995, 38 pages.

Parlement du Canada. 2005. *Rétablir la bonne gestion financière et l'accessibilité du régime d'assurance-emploi*, rapport du Comité permanent du développement des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées. Ottawa, février 2005, 72 pages.

Parti libéral du Canada. 2015. *Le bon plan pour renforcer la classe moyenne*, 97 pages. (https://www.liberal.ca/files/2015/10/Le-bon-plan-pour-renforcer-la-classe-moyenne.pdf)

Pépin, André. « Assurance-chômage : Bourbeau approuve entièrement les mesures fédérales », *La Presse*, 4 décembre 1992, page A12.

RCQC. 2013. « Manifestation contre la réforme de l'assurance-emploi : 15 000 personnes attendues », *Huffington Post*, 27avril 2013 (http://quebec.huffingtonpost.ca/2013/04/27/manifestation-reforme-assurance-emploi_n_3168475.html).

« Réforme de l'assurance-emploi – Une coalition promet une « cascade » de manifestations », *Le Nouvelliste* (Trois-Rivières), Économie, 5 mars 2013, page 12.

Sirois, Joseph et Newton Wesley Rowell. 1940. *Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*. Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces. Ottawa : Imprimeur du roi, vol. 3.

Statistique Canada. 2014. Statistiques historiques du Canada : Population et migration, tableau A2-14 : Population du Canada, par province, dates de recensement, 1851 à 1976 (http://www.statcan.gc.ca/pub/11-516-x/sectiona/4147436-fra.htm).

Terre-Neuve. 1986. *Building on our Strengths : Report of the Royal Commission on Employment and Unemployment* (Commission House). St. John's : The Commission, 54 pages.

Théret, Bruno. 1999. « De l'assurance-emploi au régime national de prestations pour enfants : l'État-providence canadien aux risques de la mondialisation et de la désagrégation de la fédération », *Discours et politiques des années 1994-1999*. IRIS, CNRS – Université Paris Dauphine. Paris, mai 1999, 157 pages.

Toupin, Gilles. 2002. « Le trou noir du chômage, « Mais moi j'ai un enfant de 9 ans et, cet enfant-là, il faut qu'il mange. C'est normal. » – Réginald Boucher, travailleur saisonnier au chômage sans prestation d'assurance-emploi », *La Presse Plus*, 22 mars 2002, page B1. (http://collections.banq.qc.ca:81/lapresse/src/cahiers/2002/03/23/B/82812_20020323B.pdf)

Valcin, Yvon. 1971. « Le Livre blanc sur l'assurance-chômage : une évaluation », *Relations industrielles*, vol. 26, n° 2, 1971. Département des relations industrielles de l'Université Laval, p. 451-470.

Weston, Greg. 2012. « EI financing agency spends millions doing nothing », reportage de la CBC, 21 janvier 2012. URL : http://www.cbc.ca/news/politics/ei-financing-agency-spends-millions-doing-nothing-1.1137805.

# Chapitre 11

# La politique familiale

*Ruth Rose*

***« Au moment où nous centrons nos énergies pour relancer l'emploi sur de nouvelles bases économiques, nous ne devons pas oublier que cette relance passe par une meilleure conciliation travail-famille, par des politiques plus équitables et plus incitatives au travail. Nous ne devons pas oublier non plus que la finalité de cette relance, c'est de nous assurer que nos enfants pourront vivre dans une société plus juste, qui leur aura donné toutes les chances de réussite. »***

Lucien Bouchard, premier ministre du Québec, 1996[1]

TABLE DES MATIÈRES

**Le soutien financier aux familles avec enfants** . . . . . **398**
Les premières actions . . . . . 399
Les assises du système actuel . . . . . 407
L'évolution récente du système . . . . . 411
Portrait de la situation actuelle . . . . . 415

**Le financement des services de garde à l'enfance** . . . . . **417**
Les premières actions . . . . . 419
Les assises du système actuel . . . . . 425
Les étapes charnières de l'évolution récente du système . . . . . 431

**Les congés et les prestations parentales** . . . . . **434**
Les premières actions . . . . . 435
Les assises du système actuel . . . . . 441

**Constats et enjeux pour l'avenir** . . . . . **447**

**Annexe** . . . . . **452**

**Bibliographie** . . . . . **455**

1. Communiqué 23 du Sommet sur l'économie et l'emploi, Politique familiale : le Québec fait le choix de ses enfants. Ce paragraphe a été repris dans l'avant-propos du livre blanc (Gouvernement du Québec, 1997) qui expliquait le détail de la nouvelle politique.

L'objectif premier d'une politique familiale est d'aider les familles à assurer les besoins essentiels des enfants, mais cet objectif a deux dimensions. Selon la notion d'équité horizontale, on veut aider toutes les familles puisque leurs besoins sont plus importants que ceux des ménages sans enfants ayant le même niveau de revenu.

Selon le principe d'équité verticale, on veut aider davantage les familles pauvres parce qu'elles sont moins en mesure de payer pour les besoins des enfants à partir de leurs propres ressources. Pour faire cela, on doit créer des programmes dont les montants accordés diminuent à mesure que le revenu familial augmente. On appellera ces programmes des programmes d'assistance ou sous condition de ressources. Malheureusement, la multiplication de programmes d'assistance peut créer une « trappe de pauvreté », en ce sens que chaque hausse du revenu engendre une diminution des programmes d'aide et le revenu disponible à la famille augmente peu. On parle alors du taux marginal implicite d'imposition qui, dans certaines circonstances, peut dépasser 100 %. Historiquement, ce sont les familles bénéficiaires d'une aide financière basée sur le revenu pour les services de garde qui ont été les plus touchées par ce phénomène.

La politique familiale a aussi des objectifs particuliers, notamment accroître la fécondité, appuyer le développement optimal des enfants et promouvoir la participation des femmes au marché du travail ou, au contraire, faciliter la décision de rester au foyer pour s'occuper des enfants.

Le but du présent texte est de tracer l'histoire du développement de la politique familiale au Canada et au Québec depuis le début du XX^e^ siècle, mais avec l'accent sur les développements les plus récents. Ici, nous traiterons des trois principales composantes de la politique familiale dont les objectifs et les modalités s'entrecroisent dans le temps : le soutien financier aux familles avec enfants, les services de garde à l'enfance et les congés et prestations familiales.

Comme c'est le cas avec tous les programmes sociaux, les compétences respectives du fédéral et du provincial ont été un enjeu dans les trois composantes de la politique familiale. Alors que, constitutionnellement, ce domaine relève du provincial, le gouvernement fédéral y est intervenu principalement en raison de son pouvoir de dépenser et a généralement pris l'initiative. Pour cette raison, nous allons traiter les politiques fédérales avant celles du Québec.

## LE SOUTIEN FINANCIER AUX FAMILLES AVEC ENFANTS

**Encadré 11.1**

### Les programmes de soutien financier et leurs objectifs

Selon la clientèle qu'ils visent et leurs effets à différents niveaux de revenu, les programmes de soutien financier peuvent être catégorisés en cinq types de mesures.

Une *mesure universelle* est versée à toutes les familles qui ont des enfants, indépendamment de leur revenu, et vise essentiellement l'équité horizontale. Cependant, une telle allocation peut avoir une première tranche plus généreuse pour les familles à revenu faible et être modulée selon le rang, le nombre ou l'âge des enfants. Avec une allocation imposable, le montant retenu après impôt diminue à mesure que le revenu augmente.

Une *mesure d'assistance* attribue un montant qui diminue à mesure que le revenu familial augmente et vise, ainsi, l'équité verticale. Les mesures d'assistance peuvent être très variées, prenant la forme non seulement d'une allocation financière, mais aussi, par exemple, d'une politique de logement pour les familles[2].

Le troisième type de mesure est un *supplément au revenu du travail* (SRT) dont l'objectif est d'encourager les personnes bénéficiaires de l'aide de dernier recours à entrer sur le marché du travail et à y rester. Les suppléments sont une forme d'assistance qui vise les petits salariés en excluant les personnes qui ne sont pas sur le marché du travail. Comme les autres programmes d'assistance, leur récupération contribue à un taux marginal implicite d'imposition élevé. L'insertion sur le marché du travail pose des défis particuliers pour les personnes ayant des enfants à charge, notamment les mères monoparentales.

Les *mesures fiscales* constituent le quatrième type de soutien financier, en exemptant de l'impôt la partie du revenu qui sert pour les besoins essentiels des enfants ou même ceux de la personne qui en prend soin. Néanmoins, selon le type de mesure, l'effet peut être régressif. Une *déduction ou une exemption* donne une économie d'impôt plus importante aux contribuables les mieux nantis en raison du caractère progressif de nos régimes fiscaux. Dans les années 1980, la plupart des exemptions personnelles ont été converties en *crédits d'impôt non remboursables* afin que le pourcentage de réduction d'impôt soit le même pour tous les contribuables. À ce titre, il ne faut pas confondre un *crédit non remboursable*, qui n'est pas accessible

2. Ici nous considérons que les montants prévus pour les enfants (en sus des montants pour les adultes) à l'aide sociale ou dans des programmes comme les crédits pour les taxes de vente ou les suppléments au revenu du travail font partie de la politique familiale. Certaines composantes des programmes d'assistance sociale, notamment les pensions aux mères qui ont été mises en place à partir des années 1920, font aussi partie de la politique familiale, mais nous ne les traiterons pas de façon systématique ici parce qu'elles font l'objet du chapitre sur l'aide sociale.

aux plus pauvres, avec un *crédit remboursable* qui est généralement un programme d'assistance administré par le régime fiscal.

Le cinquième type de mesure est *catégoriel,* destiné aux enfants d'une personne bénéficiaire d'un autre programme comme le Régime de rentes du Québec, la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP*),* ou les prestations accordées pour les membres des familles des militaires et vétérans. Ces prestations peuvent être accordées pour tous les enfants dans la catégorie ou être attribuées sous condition de ressources[3].

À certaines époques, la combinaison des mesures d'assistance destinées aux plus pauvres avec des mesures fiscales dont seulement les riches peuvent en bénéficier a eu pour effet de laisser des familles de la classe moyenne avec peu ou pas de soutien. Ces familles sont trop riches pour être admissibles aux mesures d'assistance, mais trop pauvres pour bénéficier des mesures fiscales.

## Les premières actions

### *Les premières politiques fédérales*

Des pensions pour les femmes, les veuves et les enfants des soldats constituent une première forme de soutien aux enfants pendant la Première Guerre mondiale. La première mesure d'ordre général pour les enfants est l'exemption pour enfants dans le régime fiscal établi en 1918 au fédéral. Seules les familles ayant assez de revenus pour payer de l'impôt sont touchées par cette mesure.

Entre 1916 et 1920, cinq provinces adoptent des lois prévoyant des pensions pour les mères nécessiteuses, un des premiers programmes d'aide sociale. Toutefois, seule la Colombie-Britannique met en vigueur sa loi avant la Grande Dépression des années 1930. Le Québec adopte un tel programme en 1937. Seules les veuves ou les mères abandonnées « de bonnes mœurs » y sont admissibles[4].

Le programme d'allocations familiales, mis en vigueur en juillet 1945, représente le plus important programme social du gouvernement fédéral jusqu'à la deuxième moitié des années 1950[5]. Quoique la Loi sur les allocations familiales soit votée au Parlement à l'unanimité[6], elle suscite beaucoup de controverses. Les

3. Nous mentionnons ce cinquième type de mesure parce qu'à certains moments de l'histoire les législateurs ont préféré supprimer ces mesures reliées à des situations particulières, à la faveur de mesures plus universelles visant l'ensemble des familles à faible revenu. Ces mesures sont abordées dans d'autres chapitres du livre, en fonction des programmes auxquels ils se rattachent.
4. Guest, 1993, chapitre 5, Vaillancourt : 1988, chapitre 6.
5. Vaillancourt, 1988, p. 371.
6. Guest, 1993, p. 184.

syndicats, ainsi que plusieurs intervenantes ou intervenants sociaux, s'y opposent pendant longtemps, y voyant un frein à l'établissement du « salaire familial », c'est-à-dire un salaire suffisamment élevé pour permettre à un homme de subvenir aux besoins de sa famille.

Au Québec, l'Église catholique et les nationalistes conservateurs voient la Loi sur les allocations familiales comme une incursion inconstitutionnelle du gouvernement fédéral dans un domaine de compétence provinciale. Ils insistent pour que les allocations soient versées aux pères afin de maintenir leur autorité sur la famille et de garder les femmes au foyer. Seule une lutte coordonnée par Thérèse Casgrain réussit à casser cette décision et, même au Québec, les chèques sont envoyés aux mères dès le départ.

La loi prévoit des prestations pour tout enfant de moins de 16 ans, davantage pour ceux de 13 à 15 ans et un montant moindre à partir du cinquième enfant afin d'apaiser une critique courante dans le Canada anglais voulant que ce programme constitue « une manœuvre politique destinée à faire croître le taux de natalité des Canadiens français catholiques[7] ». De plus, les allocations sont réduites lorsque le revenu familial dépasse 1 200 $ et, à 3 000 $, l'allocation est nulle[8]. Les Indiens et Inuits (alors appelés Esquimaux) ne sont admissibles qu'à partir de 1947 et les nouveaux immigrants doivent attendre trois ans avant d'en recevoir (exigence réduite à un an en 1949).

En vertu de l'idéologie keynésienne courante à l'époque, les allocations familiales visent à restreindre les salaires en temps de guerre et à stabiliser la consommation après la guerre afin d'éviter un retour à la récession des années 1930. Au cours des années 1940, 1950 et 1960, plusieurs petites réformes des politiques fédérales sont adoptées, notamment en ce qui a trait aux montants qui, néanmoins, n'augmentent pas aussi rapidement que le coût de la vie.

### *Les premières politiques québécoises*

En 1954, le gouvernement du Québec crée des exemptions fiscales pour les enfants de 16 à 21 ans et ceux de plus de 21 ans inscrits dans les programmes d'études postsecondaires puisqu'alors ces enfants ne sont pas admissibles ni aux allocations ni aux exemptions fiscales fédérales.

En 1967, le Québec crée son propre régime d'allocations familiales. Alors que les montants fédéraux sont les mêmes pour chaque enfant, ceux du Québec augmentent avec le rang de l'enfant, favorisant ainsi les familles nombreuses[9]. Au Québec, ni les allocations familiales du fédéral ni celles du Québec ne sont

7. Guest, 1993, p. 182.
8. Vaillancourt, 1988, p. 368.
9. Ministère de la Famille et du Bien-être Social, 1969, p. 17.

imposables et il n'y a pas d'exemptions pour les enfants de moins de 16 ans. Donc, le soutien financier offert par le Québec pour ces enfants est le même, peu importe le revenu familial. Toutefois, pour les enfants de 16 à 20 ans et ceux de 21 ans et plus aux études, les exemptions québécoises, tout comme celles du régime fédéral, se trouvent à procurer un avantage plus important aux familles aisées.

### *1974 à 1993 au fédéral : l'universalité cède la place à une politique d'assistance*[10]

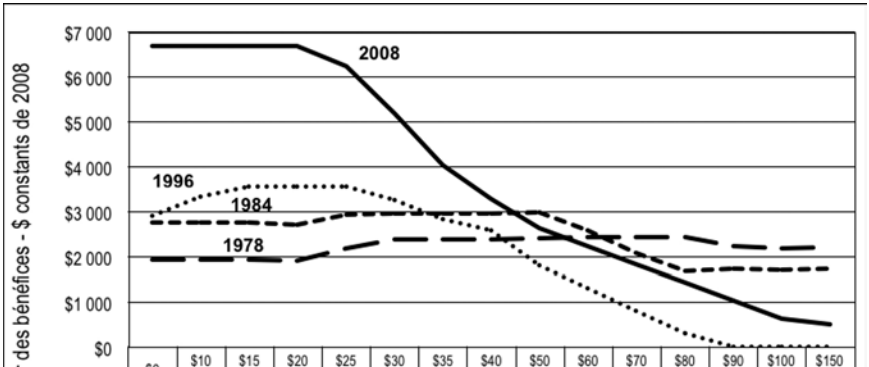
En 1974, le gouvernement fédéral majore le montant des allocations familiales, inclut les enfants de 16 et 17 ans et instaure une indexation automatique au coût de la vie dans une période de forte inflation. En même temps, le Québec profite d'une nouvelle flexibilité fédérale pour moduler les allocations fédérales et ses propres allocations en faveur des enfants de 12 à 17 ans et des familles ayant au moins trois enfants. Cette politique, qui favorise les familles nombreuses, dure jusqu'en 1997.

Entre 1974 et 1978, la combinaison d'une allocation universelle imposable et d'une exemption fiscale fait en sorte que les familles à revenu élevé reçoivent davantage de soutien que les plus pauvres (voir le graphique 11.1). En 1979, afin de corriger partiellement cette violation du principe d'équité verticale, le gouvernement fédéral réduit les allocations familiales de 22 % et instaure un crédit remboursable de 200 $ par année destiné aux familles les moins nanties. Au début, la majorité des familles de la classe moyenne reçoivent le plein montant. Cependant, à partir de 1982, afin de diminuer les dépenses et de combattre une inflation de plus de 10 % par année, une bonne partie du régime fiscal, incluant le seuil à partir duquel le crédit est récupéré, est gelée et ensuite réduite.

Le graphique 11.1 montre qu'en 1984 les familles dont le revenu familial est inférieur à 60 000 $ (en dollars constants de 2008) ont bénéficié de la réforme de 1979. Toutefois, l'importance de l'exemption pour enfants fait toujours en sorte que les familles dont le revenu se situe entre 25 000 $ et 50 000 $ reçoivent plus d'aide que celles qui gagnent moins que 25 000 $.

10. Ces historiques, au fédéral et au Québec, ont été reconstitués à partir des *Bulletins SSQ sur les lois sociales*, des formulaires d'impôt et des brochures publiées par les deux ordres de gouvernement.

Graphique 11.1
**Bénéfices familiaux fédéraux, famille biparentale avec 2 enfants d'âge scolaire, 1978, 1984, 1996 et 2008 (en dollars constants de 2008)**




| | $0 | $10 000 | $15 000 | $20 000 | $25 000 | $30 000 | $35 000 | $40 000 | $50 000 | $60 000 | $70 000 | $80 000 | $90 000 | $100 000 | $150 000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1978 | $1 933 | $1 933 | $1 933 | $1 908 | $2 184 | $2 390 | $2 398 | $2 398 | $2 413 | $2 439 | $2 446 | $2 446 | $2 251 | $2 188 | $2 220 |
| 1984 | $2 754 | $2 754 | $2 754 | $2 719 | $2 942 | $2 953 | $2 965 | $2 965 | $2 989 | $2 581 | $2 084 | $1 674 | $1 736 | $1 715 | $1 740 |
| 1996 | $2 907 | $3 319 | $3 553 | $3 553 | $3 553 | $3 255 | $2 831 | $2 581 | $1 810 | $1 310 | $810 | $310 | $0 | $0 | $0 |
| 2008 | $6 688 | $6 688 | $6 688 | $6 688 | $6 242 | $5 195 | $4 045 | $3 294 | $2 640 | $2 240 | $1 840 | $1 440 | $1 040 | $640 | $511 |

En 1988, les deux ordres de gouvernement convertissent l'ensemble des exemptions personnelles, y compris celles pour les enfants, en crédits non remboursables[11]. Désormais, l'économie d'impôt est la même pour tous, sauf pour les plus pauvres qui paient peu ou pas d'impôt.

En 1989, le gouvernement fédéral met fin à l'universalité des allocations familiales pour les familles dont le revenu familial dépasse 50 000 $, tout en gardant les crédits d'impôt remboursables. La décision en 1992 de traiter désormais les couples en union de fait comme des conjoints aux fins fiscales signifie aussi une réduction importante du soutien accordé à un grand nombre de responsables de familles monoparentales vivant dans une famille reconstituée.

Finalement, en 1993, le gouvernement fédéral consolide les allocations, les crédits non remboursables et les crédits remboursables en une seule mesure d'assistance, la Prestation fiscale pour enfants du Canada (PFE)[12]. De plus, le régime fiscal, y compris la nouvelle prestation, est toujours désindexé pour le premier 3 % d'inflation, ce qui signifie que les contribuables paient de plus en plus d'impôt et

11. Ces exemptions sont calculés au taux de 17 % au fédéral (le taux d'imposition le plus faible) et de 20 % au Québec (un taux moyen parmi cinq taux d'imposition). Par la suite, lorsque les régimes fiscaux ont été modifiés, le fédéral a toujours gardé le taux d'imposition le plus faible pour calculer ses crédits non remboursables, alors que le Québec a toujours gardé le taux moyen, plus généreux.
12. Revenu Canda Impôt, 1992.

que le pouvoir d'achat du soutien reçu pour leurs enfants diminue (voir la ligne 1996 du graphique 11.1).

*Les suppléments au revenu du travail : une innovation québécoise*[13]

En 1979, le Québec est la première province canadienne à créer un supplément au revenu du travail, soit le SUPRET auquel sont admissibles tous les ménages avec enfants mineurs ainsi que les personnes seules et les couples de 30 ans et plus sans enfant. Ce programme est inspiré du Earned Income Tax Credit (EITC*)* aux États-Unis, qui représente la seule mesure à portée large de soutien aux familles dans ce pays.

Le but d'un SRT est d'encourager les personnes bénéficiaires de l'aide de dernier recours à entrer sur le marché du travail et à y rester[14]. L'aide sociale constitue une « trappe à pauvreté » puisque tout autre revenu fait diminuer la prestation, généralement à un taux de 100 %, sans compter la perte des bénéfices spéciaux qui y sont associés et les coûts associés au travail (cotisations sociales, garderie, transport, vêtements, etc.). La trappe de l'aide sociale est particulièrement aiguë dans le cas des familles monoparentales en raison des frais de garde et parce qu'il n'y a qu'un seul gagne-pain potentiel. Le supplément redonne au bénéficiaire une partie du montant récupéré de la prestation d'aide sociale dans une proportion qui, au Canada, a varié entre 8 % et 33 % selon le type de ménage, le programme et l'époque.

En 1993, au moment où le gouvernement fédéral consolide ses trois autres programmes dans la Prestation fiscale pour enfants, il ajoute un modeste Supplément du revenu gagné, ce qui fait croître l'aide jusqu'à un revenu d'environ 15 000 $ (en dollars constants de 2008 – voir la ligne de 1996 dans le graphique 11.1). À partir de 1998, ce supplément perd son rôle d'inciter au travail et est offert à toutes les familles à faible revenu. Paradoxalement, cette nouvelle approche a davantage de succès pour favoriser l'entrée au marché du travail des mères monoparentales[15].

En 1988, le Québec remplace le SUPRET par le programme d'Aide aux parents pour leur revenu du travail (APPORT), excluant ainsi les personnes seules et les couples sans enfants. Ce programme n'a jamais bien fonctionné (voir l'encadré 11.2).

13. Rose, 1998a. À moins d'avis contraire, toutes les informations sur les suppléments au revenu du travail viennent de cette publication.
14. Les trois programmes québécois qui se sont succédé (SUPRET, APPORT et la Prime au travail) ont été étroitement coordonnés à l'aide sociale. Puisque le programme d'aide sociale permet de gagner un certain montant sans récupération, le supplément commence après ce niveau de gains. De plus, les prestations atteignent leur maximum au point où l'aide sociale devient nulle.
15. Ministère des Finances du Canada, 1997, p. 11-12.

**Encadré 11.2**

Les hauts et surtout les bas du programme APPORT

Puisque le programme APPORT vise à offrir un supplément à l'aide sociale dès qu'il y a des gains d'emploi, dans le mois suivant la demande, il verse 75 % du montant estimé de la prestation, quitte à faire un ajustement à la fin de l'année.

Malheureusement, jusqu'à 50 % des bénéficiaires, occupant souvent des emplois précaires, doivent rembourser une partie de l'argent reçu, d'autant plus que tout revenu d'une autre source (assurance-chômage, pension alimentaire, rente de conjoint survivant ou d'orphelin, etc.) est déduit de la prestation APPORT.

Selon les années, la prestation APPORT est récupérée à des taux variant entre 40 % et 45 % alors que d'autres programmes d'assistance sont récupérés dans le même intervalle de revenu. Par exemple, entre 1998 et 2004, lorsqu'il y a des frais de garde et plus d'un enfant, le taux implicite marginal d'imposition atteint 100 % sur des revenus situés entre 15 000 $ et 20 000 $ pour les familles monoparentales et près de 100 % entre 20 000 $ et 25 000 $ pour les familles biparentales.

On a estimé que le taux de participation au programme APPORT n'a jamais dépassé 50 % des ménages théoriquement admissibles et, à la fin du programme, le taux est inférieur à 20 %[16]. En comparaison, aux États-Unis, le taux de participation à l'EITC, administré par le régime fiscal, a été estimé à environ 85 %.

En 2005, lors du remaniement complet de la politique québécoise de soutien financier aux familles, l'APPORT est remplacé par la Prime au travail, administrée par le régime fiscal et ayant un taux de récupération de seulement 10 %. Bien que les personnes sans enfants soient admissibles à la Prime, les montants qui leur sont payés sont faibles. L'administration annuelle a l'inconvénient que le supplément des gains se produit entre six et dix-huit mois après que le bénéficiaire eut subi une baisse de ses prestations d'aide sociale. Toutefois, le bénéficiaire potentiel peut demander un paiement anticipé partiel. Le nouveau système réduit ainsi le problème de trop-perçus et le taux de participation est beaucoup plus élevé que dans le cas de l'APPORT.

En 2007, le gouvernement fédéral instaure la Prestation fiscale pour le revenu de travail (PFRT). Le Québec profite de la flexibilité permise pour l'harmoniser avec sa propre Prime au travail. Dans cette perspective, les personnes sans enfants reçoivent davantage de la PFRT que les personnes avec enfants qui, elles, sont mieux desservies par la Prime au travail.

16. Ministère des Finances du Québec, 2004.

### *1981 à 1996 au Québec : une approche nataliste*

Alors qu'au début du xx[e] siècle le Québec a l'indice synthétique de fécondité le plus élevé du Canada, à 5,3 en 1920 et 3,8 en 1950, ce taux est tombé à 1,63 en 1980 et à 1,39 en 1985, un des taux les plus faibles dans les pays industrialisés (chapitre 2). La natalité est donc devenue un enjeu important de la politique familiale.

En 1981, le Québec crée l'Allocation de disponibilité pour les enfants de moins de 7 ans. Cette allocation vise, d'une part, à reconnaître le travail auprès des enfants des femmes au foyer et, d'autre part, à aider les mères en emploi à payer les frais de garde lorsque leur revenu est trop faible pour profiter de la déduction fiscale afférente. Cette allocation donne davantage pour le premier enfant, alors que l'Allocation de jeune enfant universelle, qui la remplace en 1998, est pondérée en faveur des familles nombreuses.

Les années 1986 à 1988 marquent un tournant pour la politique familiale du Québec, basé en grande partie sur le *Livre blanc sur la fiscalité des particuliers* publié par le ministre des Finances en 1985. Au diapason des politiques fédérales de la même époque, les nouvelles mesures québécoises encouragent la natalité chez les familles biparentales et facilitent la possibilité que la mère reste au foyer en augmentant l'exemption fiscale pour la conjointe ou le conjoint. En même temps, le soutien aux familles monoparentales est coupé, notamment dans les programmes d'aide sociale, le programme APPORT et les mesures fiscales. Alors que le gouvernement fédéral est en train de réduire, et éventuellement d'abolir, son allocation universelle et les mesures fiscales pour les enfants, en 1986, Québec instaure des exemptions pour enfants (devenues des crédits non remboursables en 1988)[17].

En 1988, le Québec crée les Allocations de naissance et plusieurs municipalités emboîtent le pas. En 1996, l'allocation de naissance pour le premier enfant est de 500 $, celle pour le deuxième de 1 000 $ (sur deux ans) et celle pour le troisième de 8 000 $, étalée sur cinq ans en raison de 1 600 $ par année. Les allocations familiales, plutôt modestes, ainsi que les allocations fédérales favorisent également les familles nombreuses[18].

---

17. Ministère des Finances du Québec, 1985.
18. En 1988, une famille recevait des deux gouvernements 356 $ par année pour un premier enfant, 513 $ pour un deuxième, 1 104 $ pour un troisième et 1 139 $ pour un quatrième et ceux de rang supérieur. On ajoutait les allocations de jeune enfant : 100 $ pour le premier enfant de moins de 6 ans, 200 $ pour le deuxième et 500 $ pour chacun des autres, ainsi que les allocations de naissance. Donc, pour un troisième enfant de moins de 6 ans, la famille recevait 3 204 $ pendant 5 ans, davantage pour le quatrième et les suivants. Le gouvernement fédéral offrait également un crédit remboursable de 489 $ aux familles dont le revenu familial était inférieur à 23 760 $, montant qui diminuait de 5 % du revenu qui dépassait ce seuil.

D'autres modifications sont apportées en 1988 pour rendre le système plus cohérent :

- Pour les familles sans autre revenu, les besoins des enfants sont couverts en partie par un supplément à l'aide sociale et en partie par les prestations pour enfants ;
- À mesure qu'il y a des gains de travail, le programme APPORT prend la relève, atteignant son maximum, au point où les gains sont suffisants pour rendre la famille inadmissible à l'aide sociale ;
- La Réduction d'impôt à l'égard de la famille est créée afin d'assurer que les familles dont le revenu les rend admissibles au programme APPORT ne paient pas d'impôt ;
- Lorsque le revenu familial est suffisamment élevé pour que la famille paie de l'impôt, les crédits non remboursables pour enfants prennent la relève et constituent, avec les allocations familiales, un plancher universel[19].

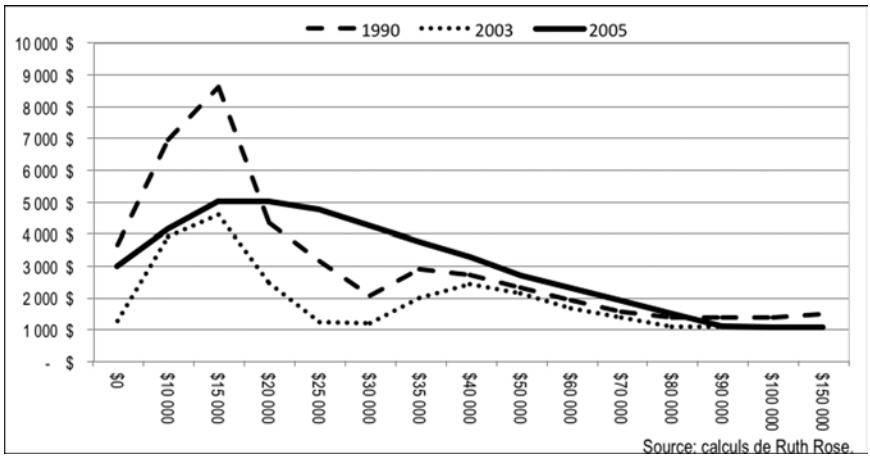
La ligne 1990 du graphique 11.2 illustre l'importance du programme APPORT qui accorde plus d'argent pour les deux enfants d'une famille biparentale (mais pas pour une famille monoparentale) que le supplément prévu à l'aide sociale.

Entre 1988 et 1997, l'aide sociale, le programme APPORT et les allocations familiales ne sont pas indexés au même rythme que le régime fiscal, ce qui défait rapidement la cohérence du régime. Dans le graphique 11.2, on voit que, déjà en 1990, les petits salariés gagnant 30 000 $ reçoivent moins d'aide que les familles avec des revenus plus élevés. La réforme de 1998 n'a pas rétabli la cohérence et, rendu en 2003, l'insuffisance du soutien aux petits salariés est encore plus évidente.

Est-ce que la politique familiale de cette période, axée sur les allocations pour les jeunes enfants dans les familles nombreuses a eu un effet positif sur la natalité ? D'après une recension des recherches[20], les opinions diffèrent sur cette question. On doit toutefois constater que le nombre de naissances au Québec est passé de 83 600 en 1987 à 98 013 en 1990, mais qu'il est redescendu à 85 130 en 1996 et à 79 724 en 1997[21]. À ce moment, un nouveau gouvernement péquiste a décidé de privilégier une autre approche.

19. En 1990, les crédits donnent une économie d'impôt plus importante que le montant des allocations familiales fédérales et provinciales combinées pour les enfants de plus de 6 ans. Par contre, pour les enfants plus jeunes, l'Allocation de disponibilité et l'Allocation de naissance pour le troisième enfant et ceux de rang supérieur sont plus importantes que les mesures fiscales.
20. Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 2004 p. 30.
21. ISQ, 2015a, p. 36.

Graphique 11.2
**Bénéfices familiaux offerts par le Québec, famille biparentale avec 2 enfants d'âge scolaire, 1990, 2003 et 2005 (en dollars constants de 2005)**




## Les assises du système actuel

### *1994 à 2006 au fédéral : plus d'argent pour les pauvres*

Entre 1977 et 1996, les dépenses du gouvernement fédéral au chapitre des enfants passent de 8,057 milliards à 5,779 milliards de dollars (en dollars constants de 1998). Par enfant, le montant annuel moyen passe de 1 098 $ à 803 $[22]. En 1996 et 1997, le gouvernement fédéral remanie la plupart de ses programmes sociaux cherchant à réduire ses dépenses, mais aussi à les rendre plus visibles. En 1996, il abolit le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), le dernier régime important par lequel il paye la moitié des coûts des programmes sociaux provinciaux. En particulier, le RAPC finançait la moitié des programmes d'aide sociale et l'aide financière pour la garde des enfants des familles à faible revenu (voir la section 2 pour les services de garde et le chapitre 12 pour la question du RAPC).

Entre 1996 et 2000, le gouvernement fédéral maintient stable la prestation de base pour les enfants à 1 020 $ (avec un supplément de 75 $ à partir du troisième enfant). Le taux de récupération (2,5 % pour un enfant et de 5,0 % pour deux

22. Rose, 1998b. Avec la disparition de la composante universelle de la politique fédérale entre 1978 et 1996, ce sont les familles dont le revenu était supérieur à environ 40 000 $ (en dollars constants de 2008) qui ont perdu ; à 90 000 $, la perte était de 2 251 $ pour deux enfants. Lorsqu'on compare 1984 et 1996, on constate que les familles ayant un revenu supérieur à 35 000 $ ont été perdantes (voir le graphique 11.1).

enfants et plus) est suffisamment faible pour qu'une large proportion des familles reçoivent au moins une partie de la prestation. En 1997 et 1998, le gouvernement fédéral investit 850 millions de dollars dans le supplément de revenu de travail payable aux familles dont le revenu se situe entre 3 750 $ et 25 921 $[23].

En 1998, la PFE devient la Prestation fiscale canadienne pour enfants (PFCE). En 1999 et 2000, le supplément, qui a perdu son rôle d'inciter au travail, est encore bonifié de 107 % pour le premier enfant, de 160 % pour le deuxième et de 197 % pour les autres. Afin d'accommoder ces augmentations, les taux de récupération pour les familles de deux enfants et plus sont accrus. Le seuil à partir duquel la prestation de base est récupéré l'est aussi. Ces taux élevés de récupération du supplément, qui atteindront éventuellement 33,3 % pour les familles ayant au moins trois enfants avec un revenu assez modeste, constituent une partie importante de la trappe de pauvreté qui caractérise nos régimes fiscaux et de transferts encore aujourd'hui[24].

Finalement, à partir de juillet 2001, les prestations et le supplément sont indexés, les taux et les seuils de récupération étant revus chaque année selon la volonté politique du gouvernement. En 2005, le taux de récupération de la prestation de base est réduit (de 2,5 % à 2,0 % pour un enfant et de 5 % à 4 % pour les familles ayant deux enfants ou plus).

Puisque l'augmentation du supplément de la PFCE permet aux provinces de réduire les montants prévus pour les enfants dans les programmes d'aide sociale, le gouvernement annonce dans le budget de 1997 que l'accroissement des fonds dans le Supplément de la PFCE « comportera l'obligation pour les provinces et territoires de réinvestir des ressources équivalentes pour venir en aide aux enfants des familles à faible revenu qui travaillent[25] ». Les gouvernements provinciaux et fédéral créent alors la Prestation nationale pour enfants[26]. En vertu de cet accord, les provinces ont le droit de réduire l'aide sociale accordée aux familles du même montant que la bonification du nouveau Supplément à la PFCE pourvu que les fonds soient réinvestis dans des services pour les enfants ou les familles à faible revenu. Dans le cas de six provinces, au moins une partie de ces fonds ont servi pour élargir les services de garde à l'enfance[27].

En février 1999, le gouvernement fédéral et neuf provinces, à l'exception du Québec, signent l'Entente-cadre sur l'union sociale, qui « visait essentiellement à clarifier le rôle du gouvernement canadien dans le domaine social, à circonscrire

23. Ministère des Finances du Canada, 1997.
24. Ministère des Finances du Québec, 2014.
25. Ministère des Finances du Canada, 1997, p. 21.
26. En anglais on parle d'un National Children's Agenda qui traduit mieux la notion d'une approche à un ensemble de programmes plutôt que d'une seule prestation.
27. CRRU, 2000 : ii

le pouvoir fédéral de dépenser[28] ». De portée plus large que les prestations familiales, les provinces et le gouvernement fédéral se sont entendus pour mettre l'accent d'abord sur les personnes handicapées et les enfants vivant dans la pauvreté. Plus tard, il y a aussi eu des volets importants pour les communautés autochtones.

Le Québec refuse de signer l'Entente-cadre, mais profite quand même des fonds investis dans le Supplément à la PFCE pour éliminer les principaux montants prévus pour les enfants à l'aide sociale. Comme nous allons le préciser dans la section suivante, il remanie ses propres programmes pour enfants de façon à assurer les besoins essentiels des enfants de famille pauvre par des prestations fédérales et provinciales payables indépendamment des gains de travail. Désormais, les parents désireux de quitter l'aide sociale, surtout les mères monoparentales, n'ont plus à gagner assez pour subvenir aux besoins des enfants en plus de leurs propres besoins. C'est aussi à ce moment que le Québec crée son programme de services de garde à 5 $ par jour. Le résultat de cette combinaison de politiques est une réduction significative de familles avec enfants bénéficiaires de l'aide sociale et une hausse généralisée du taux d'activité des femmes avec enfants de moins de 6 ans.

En juillet 2003, le gouvernement fédéral introduit un nouveau volet pour les enfants handicapés. Initialement de 1 600 $, il est bonifié à 2 000 $ en juillet 2005 et à 2 300 $ en juillet 2007 et indexé par la suite. Toutefois, cette prestation est récupérée lorsque la prestation de base devient nulle. Le Québec, pour sa part, offre une prestation universelle pour les enfants handicapés depuis 1985.

### *1997 à 2004 au Québec : l'accent sur la conciliation travail-famille*

Lors du Sommet sur l'économie et l'emploi de 1996, le premier ministre péquiste Lucien Bouchard annonce un revirement de la politique familiale, laquelle sera basée désormais sur le soutien au droit des femmes d'exercer un emploi.

En abolissant les allocations de naissance et de jeune enfant, le Québec renonce à l'approche nataliste dont plusieurs éléments visaient à encourager les mères vivant avec un conjoint à avoir plus de deux enfants et à rester à la maison pour s'en occuper, du moins jusqu'à ce que le plus jeune entre à l'école. En lieu et place, le gouvernement décide de miser sur une politique de services de garde à 5 $ par jour et le nouveau Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) (voir les sections sur ces composantes plus loin et la discussion sur vision politique au chapitre 1).

En même temps, une nouvelle allocation familiale unifiée, accordée principalement aux familles les plus pauvres, remplace les montants pour enfants prévus à l'aide sociale et au crédit remboursable pour la taxe de vente du Québec (TVQ), ainsi que l'ancienne allocation familiale et une bonne partie du programme

28. Asselin, 2001.

APPORT. Au niveau maximal, l'allocation unifiée combinée à la PFCE fédérale donne 2 600 $ pour le premier enfant d'une famille biparentale, 3 900 $ pour le premier enfant d'une famille monoparentale et 2 400 $ pour chacun des autres enfants[29]. Les crédits non remboursables pour enfants restent pour les familles à revenu plus élevé et doivent assurer « l'universalité de l'aide accordée aux familles[30] ».

Entre 1998 et 2000, chaque fois que le gouvernement fédéral augmente le Supplément à la PFCE, le Québec diminue l'Allocation unifiée de façon à maintenir inchangés les montants totaux. De plus, ces montants et les crédits d'impôt non remboursables ne sont pas indexés à la hausse du coût de la vie entre 1994 et 2000. Donc le pouvoir d'achat du soutien financier aux enfants diminue pendant cette période.

Le taux marginal implicite de taxation (pour l'ensemble des programmes et l'impôt) peut dépasser 100 % dans le cas des familles monoparentales avec jeunes enfants dont le revenu passe de 15 000 $ à 20 000 $. Non seulement elles perdent l'allocation unifiée à un taux de 50 %, mais une aide pour les frais de garde intégrée au programme APPORT est récupérée à un taux de 43 %. Dans le cas des familles biparentales, c'est la combinaison de la récupération de l'allocation unifiée, du supplément fédéral et des impôts et cotisations usuelles qui fait grimper le taux marginal implicite de taxation sur les revenus entre 21 000 $ et 35 000 $ (voir la ligne 2003, sur le graphique 11.2).

La réforme de 1997-1998 n'apporte pas de nouveaux fonds à la politique québécoise parce que les investissements dans l'expansion du réseau de services de garde sont financés par une diminution importante dans le soutien financier aux familles. Ainsi, le gouvernement du Québec dépense 3 081 millions de dollars sur le soutien financier aux familles et les services de garde en 1995-1996, et 3 174 millions de dollars en 2003-2004 (en dollars constants de 2003). En huit ans, les dépenses totales augmentent donc de 3 % en termes réels[31].

---

29. Ces montants sont établis pour correspondre à la valeur nominale des crédits d'impôt non remboursables dont profitent les familles plus aisées. Ainsi, le crédit, calculé à un taux de 23 %, donne une économie d'impôt de 598 $ pour le premier enfant d'une famille biparentale, de 897 $ pour le premier enfant d'une famille monoparentale et de 552 $ pour chacun des autres enfants. Soulignons que l'allocation unifiée est récupérée à un taux de 50 % des revenus qui dépassent 15 332 $ dans le cas d'une famille monoparentale et de 30 % à partir d'un seuil de 21 825 $ dans le cas d'une famille biparentale. Ces seuils sont aussi ceux auxquels la prestation du programme APPORT remanié se termine.
30. Gouvernement du Québec, 1997, p. 15.
31. Calculs de l'auteure à partir des documents des ministres des Finances et de la Régie des rentes du Québec (Rose, 2003). Le soutien financier aux familles passe de 2 589 millions de dollars en 1995-1996 à 1 517 millions en 2003-2004. Les allocations de naissance et de jeunes enfants, la partie enfant de l'aide sociale et du crédit pour la TVQ sont abolies. En même temps, l'allocation familiale de base, le programme APPORT et les dépenses fiscales à l'égard des familles sont réduits. En contrepartie, les dépenses sur les services de garde préscolaires et en milieu scolaire augmentent, passant de 492 millions à 1 657 millions millions de dollars.

## L'évolution récente du système

### *2005 à 2016 au Québec : un réinvestissement dans le soutien aux enfants*

Une des revendications du contingent québécois de la Marche mondiale des femmes de 2000 était d'améliorer de façon significative les prestations pour familles avec enfants en instaurant une composante universelle, complétée par une mesure sous condition de ressources pour les familles à revenu faible ou modeste[32]. Cette revendication est d'abord présentée au gouvernement péquiste en place qui priorise alors le développement des services de garde.

En 2003, les libéraux sont élus, entre autres sur la base d'une promesse de réduire les impôts d'un milliard de dollars par année. Lors des consultations en vue du budget de 2004-2005, quatorze groupes de femmes déposent un mémoire qui recommande « que les prochains budgets visent principalement l'amélioration du niveau de vie des personnes seules gagnant moins que 30 000 $ et des familles ayant de revenus inférieurs à 50 000 $ ainsi que les familles nombreuses[33] ». Ce mémoire démontre qu'entre 1994 et 2002 les réductions d'impôt ont bénéficié surtout aux contribuables dont le revenu se situe en haut de ces seuils. En même temps, la désindexation et les compressions dans les programmes de sécurité du revenu ont réduit le revenu disponible des contribuables dont le revenu est inférieur à ces seuils, surtout dans le cas des familles comptant au moins deux enfants.

Le mémoire souligne qu'il n'est pas possible de rectifier le tir pour les familles les plus pauvres et les petits salariés en baissant les impôts. Il demande que le gouvernement, au lieu d'utiliser le milliard disponible pour les réductions d'impôt, renfloue le soutien financier aux enfants sous la forme de crédits d'impôt remboursables. En réponse, le budget 2004-2005 remplace les quatre anciens programmes par le Soutien aux enfants (injection de 547 millions de dollars) et la Prime au travail (243 millions de dollars) pour un total de 790 millions de dollars dirigés principalement vers les familles ayant un revenu inférieur à 50 000 $. L'instauration d'un « régime unique d'imposition » absorbe les 219 derniers millions de dollars[34] ».

La Prime au travail corrige plusieurs des problèmes reliés au programme APPORT. Parce qu'elle est administrée par le régime fiscal, il y a beaucoup moins de trop-perçus qui doivent être remboursés. Donc les familles admissibles sont plus portées à la réclamer. De plus, le taux de récupération est seulement de 10 %,

32. Voir le chapitre 1 et Rose, 2004.
33. Rose, 2004, section IV.2.
34. Les ménages sans enfants et ayant un revenu inférieur à 30 000 $ bénéficient d'une part du régime unique d'imposition, mais aussi du fait qu'ils deviennent admissibles à la Prime au travail, alors qu'ils n'avaient pas droit au programme APPORT (ministère des Finances du Québec, 2004).

ce qui le rend accessible à une grande partie des petits salariés et réduit leur taux marginal implicite de taxation.

Le nouveau programme de Soutien aux enfants accorde un maximum de 2 000 $ pour un premier enfant, 1 000 $ pour le 2e et le 3e enfant, 1 500 $ pour le 4e enfant et les suivants, ainsi qu'un supplément de 700 $ pour les familles monoparentales. Les familles monoparentales ayant un revenu inférieur à 31 600 $ ont droit au plein montant. Pour les familles biparentales, le seuil est de 42 800 $[35].

Les familles à faible salaire sont les principales bénéficiaires de la réforme (voir la ligne 2005 du graphique 11.2 en comparaison avec celle de 2003). À titre d'exemple, le gouvernement prévoit que le revenu disponible d'une famille monoparentale avec un enfant gagnant 20 000 $ sera augmenté de 2 432 $. Avec deux enfants, le gain devait être de 2 807 $. Pour une famille biparentale ayant deux enfants et gagnant 25 000 $, le gain serait de 4 004 $[36].

### *2006 à 2015 au fédéral : retour de l'universalité et des mesures régressives*

En 1993, la prestation fédérale est assortie d'un supplément pour les enfants de moins de 7 ans. De même nature que l'Allocation de disponibilité du Québec créée en 1981, ce supplément vise à donner une petite reconnaissance aux mères qui s'occupent de leurs propres enfants, et il est réduit de 25 % du montant déduit pour les frais de garde. Ce supplément est en vigueur jusqu'en 2006 alors qu'il est de 249 $.

En juillet 2006 le gouvernement fédéral conservateur de Stephen Harper abolit le supplément pour jeunes enfants et annule le programme de transferts aux provinces pour aider à développer des services de garde mis en place par le gouvernement libéral de Paul Martin. À la place, il introduit des mesures axées sur un soutien direct aux parents, dont :

- en 2006, la Prestation universelle pour la garde des enfants (PUGE) : un montant de 1 200 $ par année pour les enfants de moins de 6 ans (notez que les enfants de 6 ans étaient admissibles au supplément pour jeunes enfants, mais pas à la PUGE). Cette prestation est imposable, généralement pour les

35. Ces seuils sont ceux où la Prime au travail se termine. En haut de ce seuil, le Soutien aux enfants est récupéré à un taux de 4 %, jusqu'à ce qu'il atteigne un plancher universel de 553 $ pour un premier enfant, de 510 $ pour chacun des autres et un supplément de 276 $ pour une famille monoparentale. Ces derniers montants représentent la valeur des crédits d'impôt non remboursables pour enfants qui disparaissent avec la réforme (20 % de 2 765 $, 2 550 $ et 1 380 $ respectivement).

36. Ministère des Finances du Québec, 2004, p. 26-29.

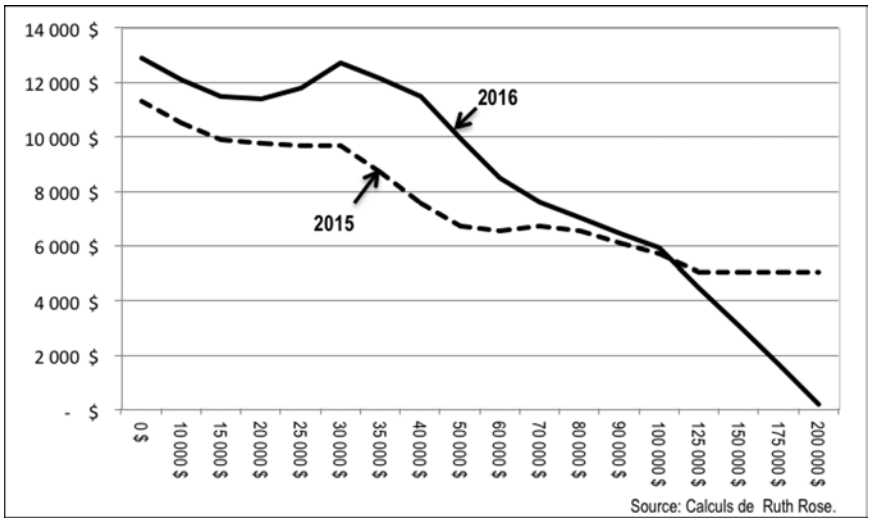
mères[37], et vise soit à aider avec les frais de garde, soit à reconnaître les soins accordés aux enfants par les mères ;

- en 2007, des crédits d'impôt non remboursables de 2 000 $ pour les enfants de moins de 18 ans[38] ;
- en 2014, une « baisse d'impôt pour les familles » permettant au parent dont le revenu est beaucoup plus élevé que celui de son conjoint de transférer une partie de son revenu à l'autre parent afin de profiter du fait que le taux marginal d'imposition de celui-ci est plus faible[39] ;
- en 2015, une bonification substantielle de la PUGE : 1 920 $ par année pour les enfants de moins de 6 ans et 720 $ pour les enfants de 6 à 17 ans. Le crédit non remboursable pour enfants créé en 2007 est aboli.

La ligne 2015 du graphique 11.3 montre les montants d'aide reçus du gouvernement fédéral pour les enfants québécois, selon le niveau de revenu, dans le cas d'une famille ayant deux enfants d'âge préscolaire et où tout le revenu est gagné par le père.

37. Dans le cas des femmes qui n'ont pas de revenu propre, la PUGE réduit le montant du crédit d'impôt non remboursable que peut réclamer leur conjoint à leur égard. Dans ce cas, la PUGE est effectivement taxée au taux marginal du conjoint. Au départ, l'imposition de la PUGE a été fortement critiquée parce qu'elle aurait affecté les montants accordés par les autres programmes fédéraux et provinciaux sous condition de ressources dont la PFCE, le crédit d'impôt pour la TPS et le Soutien aux enfants du Québec. Alors, il a fallu modifier les formulaires d'impôt des deux ordres de gouvernement pour éviter ce problème. La PUGE est donc incluse dans le revenu imposable, mais déduite du revenu net dans le calcul de l'admissibilité à plusieurs autres programmes.
38. Dans les autres provinces, ces crédits donnent une économie d'impôt de 300 $, au Québec de 250 $ en raison de l'abattement fiscal.
39. L'économie d'impôt maximale est de 2 000 $ pour les familles les plus riches (1 670 $ au Québec en raison de l'abattement du Québec). Le Québec n'a pas suivi le gouvernement fédéral à ce chapitre.

Graphique 11.3
**Bénéfices familiaux fédéraux, famille biparentale avec deux enfants d'âge préscolaire et un seul revenu, Québec, 2015 et 2016 (en dollars constants de 2015)**




Notes pour le graphique 11.3 :
En 2015, les montants comprennent la Prestation fiscale canadienne pour enfants (PFCE) et son supplément, la Prestation universelle pour la garde des enfants, nette de l'impôt fédéral, la Baisse d'impôt pour les familles et la partie du Crédit pour la TPS accordé pour les enfants. Ils comprennent également la différence entre la Prestation fiscale pour revenu du travail (PFRT) accordée à une famille et celle qui est accordée à un couple sans enfants, montant qui est négatif dans le cas des familles québécoises. Si les gains étaient partagés de façon égale entre les deux parents, le montant pour la baisse d'impôt pour les familles (1 670 $) aurait été nul. En même temps, la famille aurait payé moins d'impôt, mais plus de cotisations sociales.
En 2016, les montants comprennent l'Allocation canadienne pour enfants (en présumant que les montants prévus à partir du 1er juillet s'appliquent à l'ensemble de l'année) ainsi que les parties de la PFRT et du crédit pour la TPS attribués pour les enfants. Dans ce cas aussi, la partie de la PFRT prévue pour les enfants est négative, ce qui explique le fait que les familles ayant des revenus de 30 000 $ reçoivent plus pour leurs enfants que celles ayant des gains de 15 000 $ ou 20 000 $. Ailleurs au Canada, ce phénomène n'existe pas.

### *2016 au fédéral : nouvel abandon de l'universalité*

Lors des élections de 2015, le Parti libéral promet de remplacer la PFCE, la PUGE et la Baisse d'impôt pour les familles par l'Allocation canadienne pour enfants (ACE), modulée selon le niveau de revenu et sans composante universelle. Cette nouvelle allocation prend effet le 1er juillet 2016[40].

Pour les familles ayant un revenu inférieur à 30 000 $, l'ACE est de 6 400 $ par enfant de moins de 6 ans et de 5 400 $ pour chaque enfant de 6 à 17 ans. Le graphique 11.3 compare les montants que reçoivent les familles du Québec en 2015 et en 2016 selon le niveau de revenu, en dollars constants de 2015. On constate que, pour cette famille biparentale avec deux enfants d'âge préscolaire et

40. Projet de loi C-15, articles 27 à 33.

tout le revenu gagné par le père, ce sont toutes les familles dont le revenu est inférieur à environ 100 000 $ qui sont gagnantes. Pour les familles dont les enfants sont âgés de 6 à 17 ans, les montants totaux sont plus faibles dans les deux années. Puisque les taux de récupération de l'ACE sont plus faibles que ceux qui sont rattachés au supplément de l'ancienne prestation, les taux marginaux implicites d'imposition pour les familles à revenu modeste sont allégés[41].

Comme c'est le cas avec la PFCE, le gouvernement fédéral permet aux provinces de moduler, jusqu'à une certaine mesure, les montants accordés selon l'âge ou le rang de l'enfant, mais le Québec ne s'est pas encore prévalu de cette possibilité.

Soulignons aussi, comme cas d'espèce en matière de coordination de politiques, que l'abolition de la PUGE fait perdre au Québec les recettes fiscales qu'il prélevait sur cette prestation. En 2013, les contribuables imposables ont déclaré 400 millions de dollars à ce chapitre. Avec un taux minimal d'imposition de 16 %, le Québec a récupéré au moins 64 millions de dollars à ce chapitre. En 2015, le montant a probablement été trois fois plus grand[42].

### Portrait de la situation actuelle

Le graphique 11.4 illustre les montants accordés par les deux ordres de gouvernement pour une famille biparentale ayant deux enfants d'âge préscolaire à partir de juillet 2016[43]. Par rapport à 2015, il ne reste que deux programmes fédéraux,

41. Sur les revenus se situant entre 30 000 $ et 65 000 $, les taux de récupération seront de 7 % pour un premier enfant, de 13,5 % pour deux enfants, de 19 % pour trois enfants et de 23 % pour quatre enfants. En haut de 65 000 $, les taux de récupération seront de 3,2 %, 5,7 %, 8 % et 9,5 % selon le nombre d'enfants.

42. Le montant déclaré à titre de la PUGE provient du ministère des Finances du Canada (2016) tableau 2. L'estimation des recettes du Québec à ce chapitre est conservatrice. D'une part, environ 40 % des contribuables imposables ayant déclaré des sommes au chapitre de la PUGE sont assujettis à des taux marginaux d'imposition supérieurs à 16 % (ministère des Finances et Revenu Québec, 2016). D'autre part, si un contribuable non imposable a transféré des crédits (non remboursables) à son conjoint, la PUGE est, à toutes fins utiles, imposée entre les mains du conjoint. Nous estimons que le montant réclamé à titre de la PUGE serait trois fois plus élevé en 2015 qu'en 2013, parce que le montant a été augmenté de 1 200 $ par enfant de moins de 6 ans à 1 920 $ et un nouveau volet de 720 $ a été instauré pour les enfants de 6 à 17 ans.

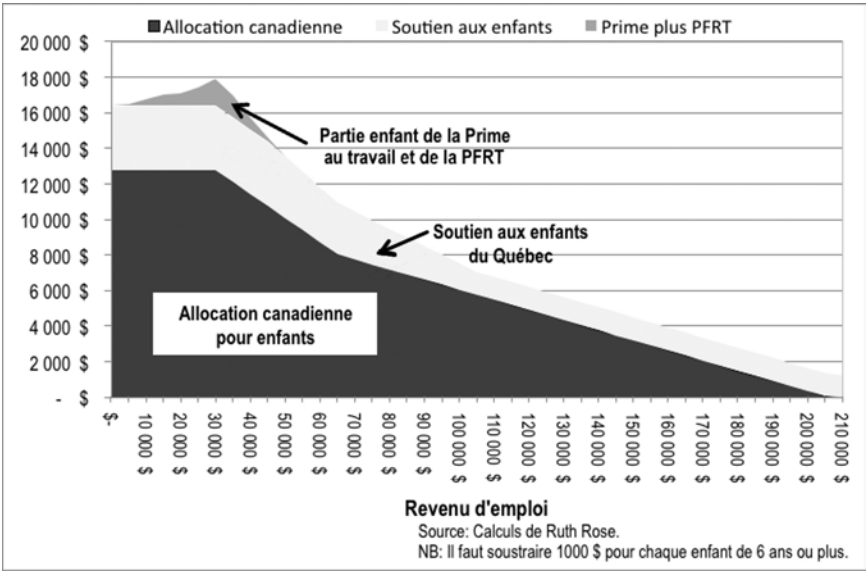
43. Ce graphique ne tient pas compte de quelques centaines de dollars versés pour les enfants vivant dans des familles à faible revenu à titre de crédit pour la TPS fédérale, de crédit de solidarité du Québec, de l'allocation logement du Québec ou comme rabais pour la contribution santé. Le Québec offre un maximum de 3 114 $ à titre de la prime au travail aux familles biparentales, alors que le maximum pour un couple sans enfant n'est que de 872 $. Toutefois la Prestation fiscale pour le revenu de travail (PFRT) offre jusqu'à 2 553 $ pour un couple sans enfant et seulement 996 $ pour un couple avec enfants. Le montant inscrit dans le graphique 11.4 représente la différence entre la Prime au travail et la PFRT, soit le montant attribuable à la présence d'enfants.

l'Allocation canadienne pour enfant (ACE) et la Prestation fiscale pour le revenu de travail (PFRT).

Au Québec, à part l'indexation, les programmes n'ont pas été modifiés depuis 2005 : il s'agit du Soutien aux enfants et de la Prime au travail. En 2016, aux familles les plus pauvres, Québec donne 2 392 $ pour le premier enfant et 1 291 $ pour chacun des autres, avec un supplément de 839 $ pour les familles monoparentales. Le montant minimal offert par le gouvernement du Québec aux familles les plus riches est de 1 291 $ pour deux enfants plus 335 $ pour les familles monoparentales[44].

Dans l'ensemble, les trois quarts des fonds pour les familles ayant des revenus inférieurs à 35 000 $ viennent de l'ACE.

Graphique 11.4
**Bénéfices familiaux fédéraux et du Québec, famille biparentale avec deux enfants d'âge préscolaire, juillet 2016 (annualisé)**




Six des autres provinces canadiennes et les trois territoires ont des prestations pour enfants pour les familles à faible revenu ou des mesures de supplément au revenu du travail, mais aucun de ces programmes n'a l'envergure de celui du Québec et aucun n'a de composante universelle[45].

44. Retraite Québec, 2016, p. 15.
45. ARC, 2016.

Le gouvernement du Québec projette de dépenser 2,1 milliards de dollars pour le Soutien aux enfants en 2015 ou 1 425 $ en moyenne par enfant et 2 517 $ par famille[46]. La Prime au travail coûte environ 300 millions de dollars, dont une partie est destinée aux personnes sans enfants[47].

Selon un rapport du directeur parlementaire du budget, le système en vigueur en 2015-2016 (PUGE, PFCE et son supplément) aurait coûté 18,1 milliards de dollars en 2017-2018, alors que la nouvelle Allocation canadienne pour enfants coûtera 22,4 milliards, une augmentation de 4,3 milliards. Toutefois, il souligne que l'ACE n'est pas indexée, donc que les montants n'augmenteront que très lentement, alors que la PFCE et le supplément (mais pas la PUGE) étaient indexés[48].

## LE FINANCEMENT DES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE

> *Pour la famille « atomique » d'aujourd'hui, il faut qu'on organise au plus tôt, aussi universellement présente que la petite école traditionnelle, une institution qui, de la pouponnière à la maternelle, puisse accueillir les marmots du voisinage avec autant de chaleur que de compétences.*
>
> René Lévesque, *Le Jour*, 1975[49]

Le premier objectif des services de garde au XIXe siècle était de permettre aux femmes d'occuper un emploi. La conciliation famille-travail demeure un des objectifs fondamentaux aujourd'hui. Mais la provision de services éducatifs de bonne qualité aux jeunes enfants, comme c'est le cas avec l'enseignement primaire et secondaire, est un deuxième objectif primordial. L'enjeu central est de décider quelle partie du coût de la garde et de l'éducation de la petite enfance revient à la société dans son ensemble et quelle partie revient aux parents individuels. Comme pour le soutien monétaire aux enfants, les questions d'équité horizontale, d'équité verticale et de taux marginal implicite d'imposition se posent.

Il y a d'autres enjeux à la politique des services de garde, d'abord en ce qui concerne la disponibilité des places abordables sur l'ensemble du territoire, la qualité des services et les conditions de travail du personnel. Selon les recherches, la formation des éducatrices, leurs salaires et leurs conditions de travail sont les principaux déterminants de la qualité[50]. Au Québec comme ailleurs, cette préoccupation s'est traduite, entre autres, par un débat sur la place des garderies à but lucratif (BL) dans le réseau, débat présent à toutes les époques.

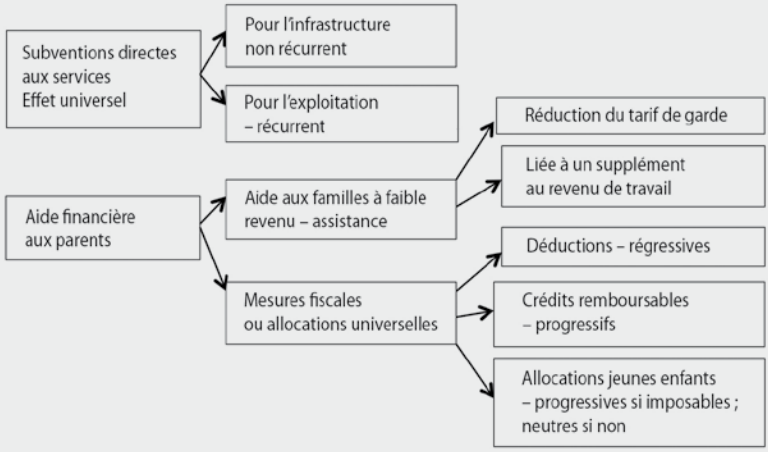
---

46. Retraite Québec, 2016, p. 19.
47. Gouvernement du Québec, 2016 : vii.
48. Directeur parlementaire du budget, 2016.
49. Cité dans RGQ (1979 : 1).
50. Friendly, 1994.

**Encadré 11.3**

## Financement des services de garde à l'enfance

Essentiellement, les gouvernements peuvent ou bien offrir des subventions directes aux services ou bien donner une aide financière aux parents. Les subventions directes peuvent s'appliquer à l'infrastructure physique et être largement non récurrentes (construction des locaux, achat et entretien d'équipements, etc.) ou aux frais d'exploitation, ce qui requiert des montants récurrents. Une subvention d'exploitation peut être aussi simple qu'un montant par place, modulé selon l'âge des enfants à garder, ou constituer un programme détaillé selon les composantes des frais d'exploitation. Dans certaines provinces, comme l'Ontario, elles prennent la forme d'une subvention spécifique pour les salaires du personnel afin de promouvoir l'équité salariale pour une profession typiquement féminine.




La forme d'aide aux parents la plus utilisée au Canada est une exonération des frais de garde sous forme soit d'un tarif réduit à la garderie, soit d'un paiement aux parents en fonction des frais payés et du revenu familial. Le Québec a aussi utilisé le programme APPORT pour subventionner une partie des frais de garde des petits salariés et actuellement d'autres provinces rattachent l'aide aux frais de garde à une mesure d'incitation au travail.

Finalement, diverses mesures fiscales, dont certains volets des prestations familiales prévues pour les jeunes enfants, servent soit pour aider à financer les frais de garde, soit pour compenser les mères qui restent à la maison pour s'occuper de leurs enfants.

## Les premières actions[51]

*Avant 1960 : une approche à la pièce*

La salle d'asile Saint-Joseph, ouverte en 1858 et tenue par les sœurs grises, accueille une centaine d'enfants sur une base journalière. De cette date, jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale, bon nombre de salles d'asile et d'orphelinats résidentiels, dont la plupart des enfants ont encore une mère, accueillent les enfants de la classe ouvrière. Pendant une certaine période, le gouvernement provincial contribue 25¢ par enfant par mois, mais ces garderies sont financées surtout par les maisons religieuses ou, dans le cas de la communauté anglophone, par des organismes charitables dirigés par les femmes aisées. Jusqu'en 1968, seul le Montreal Day Nursery desservant les mères anglophones bénéficie d'une subvention gouvernementale, exception faite de la période de guerre de 1939 à 1945.

Dès 1929, les patronnes de la Garderie Saint-Enfant-Jésus mènent une campagne en faveur d'un réseau de garderies pour les poupons, les enfants d'âge préscolaire et les écoliers, arguant que les garderies de jour coûteraient moins cher que des orphelinats et des pensionnats en plus d'être plus propices au développement des enfants. À cette époque, la réponse du gouvernement est non pas de créer des services de garde, mais plutôt de préconiser le retour à la maison des femmes. Néanmoins, ce n'est qu'en 1937 qu'on adopte la Loi d'assistance aux mères nécessiteuses pour aider les chefs de famille monoparentale, du moins les veuves de « bonne conduite morale ». En effet, les immigrantes, les femmes séparées ou divorcées et les mères célibataires en sont exclues.

C'est la Deuxième Guerre mondiale qui amène une politique gouvernementale significative à l'égard des garderies. En 1942, le gouvernement fédéral offre de subventionner 50 % du déficit d'exploitation des garderies dont 75 % des places sont réservées aux enfants des mères travaillant dans les industries de guerre. L'autre 50 % doit être financé par les provinces. Seuls le Québec et l'Ontario signent une entente à cet égard. En Ontario, 28 garderies pour les enfants de 2 à 5 ans et 42 centres pour les enfants d'âge scolaire voient le jour. Plusieurs groupes de femmes demandent que ces garderies soient ouvertes à toutes les travailleuses, arguant que tout travail industriel est nécessaire pour l'effort de guerre.

Au Québec, seulement six garderies, dont quatre pour les anglophones, voient le jour ; une des garderies francophones est même obligée de fermer faute de clientèle. L'Église catholique et le mouvement nationaliste continuent de s'opposer au travail des femmes mariées et voient dans la politique des garderies une intrusion du gouvernement fédéral dans les affaires de la famille.

51. Sauf indication contraire, l'historique jusqu'en 1996 est tiré de Desjardins (2002).

Après la guerre, les anglophones demandent qu'on maintienne leurs garderies et les subventions, mais le gouvernement du Québec se retire de ce domaine jusqu'à la fin des années 1960. Au cours des années 1950 et 1960, la situation ressemble à celle qui existait avant la guerre : 27 garderies privées (souvent de si piètre qualité que quelques enfants y sont décédés) desservant principalement des anglophones et des immigrantes. Lors de la création des allocations familiales en 1944, plusieurs analystes y voient une compensation minime aux femmes qui n'ont pas d'autre choix que de se retirer du marché du travail pour laisser la place aux ex-soldats.

*Les années 1960 et 1970 : les débuts d'une politique*

La question des garderies revient sur la scène politique à la fin des années 1960, décennie qui voit une croissance notable de la participation des femmes au marché du travail et un progrès important dans le développement de la sécurité sociale au Canada. Au Québec, c'est la Révolution tranquille. La Commission royale d'enquête sur le statut de la femme[52] considère la création d'un réseau de garderies publiques comme une condition essentielle à l'égalité des femmes. Elle prône l'établissement d'un office ou d'une agence dans chaque province pour établir et superviser un réseau de garderies et pour appliquer des normes. Elle demande au gouvernement fédéral de financer 50 % des coûts d'exploitation et 70 % des coûts de capital (pendant une période initiale de 7 ans) et de fournir un service de consultation aux provinces.

Pour le mouvement féministe naissant, dont la Fédération des femmes du Québec fondée en 1966, et le Front de libération des femmes du Québec créé en 1969, la mise sur pied d'un réseau de garderies publiques est une priorité. En même temps, le milieu éducatif et des organismes communautaires font valoir l'importance des services éducatifs pour la petite enfance. Tant du côté fédéral que du côté provincial, les décideurs continuent de défendre l'idée qu'il est mieux pour les enfants de rester à la maison avec leur mère et considèrent les garderies comme une mesure palliative pour les femmes pauvres qui n'ont d'autre choix.

Malgré l'absence de soutien du Québec, les femmes et des groupes populaires plus radicaux créent des garderies, profitant de projets pilotes du Québec ou des programmes Perspectives jeunesse et Initiatives locales financés par le gouvernement fédéral. Ces garderies vivotent entre les subventions à court terme, les frais payés par les parents et une grande partie de bénévolat de la part des employées qui, par exemple, continuent à travailler tout en recevant de l'assurance-chômage. La fin du programme Initiatives locales annoncée en décembre 1972 aggrave la précarité des garderies populaires.

52. 1970 : recommandations 115 à 120.

En 1972, le Québec adopte un cahier de normes pour les garderies, une des dernières provinces à le faire. La même année, les deux ordres de gouvernement instaurent une déduction fiscale pour frais de garde de 500 $ par enfant.

En raison des pressions du Comité de liaison des garderies populaires, du mouvement féministe et des centrales syndicales, le ministre des Affaires sociales, Claude Castonguay, accepte d'organiser un grand colloque en avril 1973. Des quelque 250 garderies alors en place, la majorité sont à but lucratif et financées entièrement par les parents. Environ 70 garderies sans but lucratif sont issues de projets du programme Initiatives locales et gouvernées par les parents et le personnel. Seulement dix sont financées par le ministère des Affaires sociales.

En 1974, la ministre d'État aux Affaires sociales, Lise Bacon, signe une entente avec le fédéral en vertu du RAPC et met en place « le plan Bacon », créant ainsi le premier programme québécois général de soutien aux services de garde[53]. Ce programme offre une aide financière aux familles les plus pauvres, principalement les responsables de famille monoparentale puisque le revenu des familles biparentales où les deux parents travaillent est généralement trop élevé pour les rendre admissibles. Québec accepte de subventionner les familles pauvres qui fréquentent les garderies à but lucratif, même si Ottawa ne verse pas sa part dans ces cas. Le plan recueille alors l'appui de l'Association des propriétaires de garderies privées.

Pour leur part, les garderies sans but lucratif (SBL) sont très critiques à l'égard du plan Bacon, parce qu'il met fin à la plupart des subventions d'exploitation et que seulement une petite minorité des parents sont admissibles à l'aide financière. En conséquence, les garderies sont obligées de hausser les tarifs. À l'automne 1974, à cause de la terminaison des subventions fédérales, 54 des 70 garderies populaires ont dû fermer leurs portes, malgré une augmentation des tarifs.

L'Année internationale des femmes de 1975 et l'élection du Parti québécois en 1976, beaucoup plus ouvert à la création d'un réseau de garderies sans but lucratif, amènent des développements importants :

- élargissement de l'accès à l'aide financière qui, à partir de 1978, est versée directement aux garderies au lieu de transiter par les parents ;
- création de subventions pour le démarrage, l'aménagement et le dépannage ;
- subventions pour le fonctionnement des associations de garderies qui mène à la création du Regroupement des garderies sans but lucratif du Québec (RGQ) ;

53. Ministère des Affaires sociales, Québec, 1974. La création du RAPC en 1967 a ouvert la porte à un financement fédéral de 50 % des coûts des services de garde pour les prestataires d'aide sociale. En 1972, à la suite d'une conférence canadienne sur la garde de jour, ce programme est étendu aux familles à faible salaire, c'est-à-dire celles qui sont « susceptibles d'être dans le besoin » sans cette aide. Ce programme finance l'aide financière aux parents, mais aussi la moitié des subventions aux garderies attribuables aux familles admissibles à cette aide.

– subvention spéciale pour les enfants handicapés ;
– subventions à l'exploitation des garderies SBL gérées par les parents.

Les dépenses de 1,2 million de dollars en 1974-1975 sont passées à 7,2 millions en 1977-1978 et à 16,2 millions en 1979-1980. Le nombre de garderies (avec et sans but lucratif) passe de 220 en 1974 à 381 en 1980 et le nombre de places double de 9 596 à 17 483 (voir le graphique 11.6).

Néanmoins, le rapport d'un comité interministériel[54] continue d'affirmer que la garde des enfants relève d'abord de la famille et que l'État ne devrait jouer qu'un rôle de soutien. De son côté, le regroupement RGQ réclame un financement direct aux garderies égal à 80 % des coûts d'exploitation, en plus de l'aide au démarrage, au renouvellement de l'équipement et pour le loyer[55]. Il juge que les services de garde en milieu familial sont de moindre qualité et viables financièrement seulement parce que les conditions de travail des femmes qui les offrent sont inacceptables.

Le ministre Lazure répond à la pression croissante en instaurant une subvention de 2 $ par jour par place autorisée. La Loi sur les services de garde à l'enfance adoptée à la fin de 1979 crée l'Office des services de garde à l'enfance (OSGE) pour administrer les programmes, inspecter les garderies et les soutenir sur le plan technique. Elle prévoit des subventions directes aux garderies et aux agences de supervision de la garde en milieu familial et encourage les commissions scolaires à créer des garderies en milieu scolaire. Les garderies à but lucratif sont admissibles aux subventions, à condition qu'elles appartiennent à un individu et ne constituent pas une chaîne commerciale. La loi définit aussi les haltes-garderies et les jardins d'enfants qui ne sont toutefois pas admissibles à des subventions et, au début, n'ont pas besoin de permis.

*Les années 1980 à 1996 : la politique progresse*

Différentes actions sont posées durant les années 1980, sous l'impulsion de l'Office des services de garde à l'enfance :

– des normes concernant les lieux physiques et les qualifications minimales pour le personnel ;
– une politique pour les enfants handicapés et la promotion de la santé en association avec les CLSC et les Départements de santé publique ;
– une politique concernant la garde en milieu familial et la mise en place d'agences pour gérer ces services dans toutes les régions ;
– une subvention additionnelle pour les poupons visant à assurer que les parents ne paient pas plus cher pour les enfants de moins de 18 mois ;

54. Comité interministériel sur les services d'accueil à la petite enfance (1978).
55. RGQ (1979).

– une politique pour faciliter la création de garderies pour les employés du secteur public avec l'obligation d'offrir la moitié des places aux enfants du quartier ;
– un programme de subvention aux municipalités pour qu'elles offrent des locaux gratuits ou à frais réduits.

Des subventions pour la mise sur pied et le fonctionnement des services de garde en milieu scolaire sont accordées par le ministère de l'Éducation. En 1987, 428 services offrent 18 961 places.

Le Groupe d'étude sur la garde des enfants constate qu'en 1984-1985, parmi l'ensemble des provinces, c'est le Québec qui dépense le plus par enfant pour les services de garde : 142 $ comparativement à une moyenne de 116 $ au Canada. Le Québec offre des subventions directes aux garderies, mais moins que l'Alberta ou le Manitoba. Québec a aussi modulé l'aide financière financée par le RAPC de façon à rendre admissibles le plus grand nombre de familles possible à des montants modestes. Cette approche leur permet de réclamer du fédéral 50 % du coût des subventions directes aux garderies pour ces familles. Mais ce sont surtout les allocations de jeune enfant (la partie versée aux mères qui travaillent) qui augmentent les dépenses totales du Québec relativement à celles des autres provinces[56].

Les années 1980 voient aussi le début de la syndicalisation et les revendications du personnel de garderie. Améliorer les conditions de travail signifie des hausses substantielles des tarifs pour les parents qui constituent la majorité aux conseils d'administration des garderies SBL et qui résistent à ces hausses. Le fait que les subventions gouvernementales soient fonction du revenu autonome des garderies aggrave le problème puisque les garderies en milieu aisé ou situées dans des édifices publics sont doublement choyées. En conséquence, les syndicats revendiquent une table centrale de négociation avec la présence du gouvernement et une augmentation des subventions aux garderies pour pouvoir payer les hausses de salaire[57].

En mai 1994, le ministre des Finances libéral, André Bourbeau, annonce une augmentation de l'exonération financière pour les familles à revenu faible ainsi que le remplacement de la déduction fiscale par un crédit d'impôt qui rembourse 75 % des frais encourus pour les familles ayant un revenu inférieur à environ 18 000 $[58]. Le ministre affirme que cette mesure permettrait aux garderies de hausser les tarifs de 1,43 $ par jour afin d'accroître les salaires de tout le personnel d'un dollar par

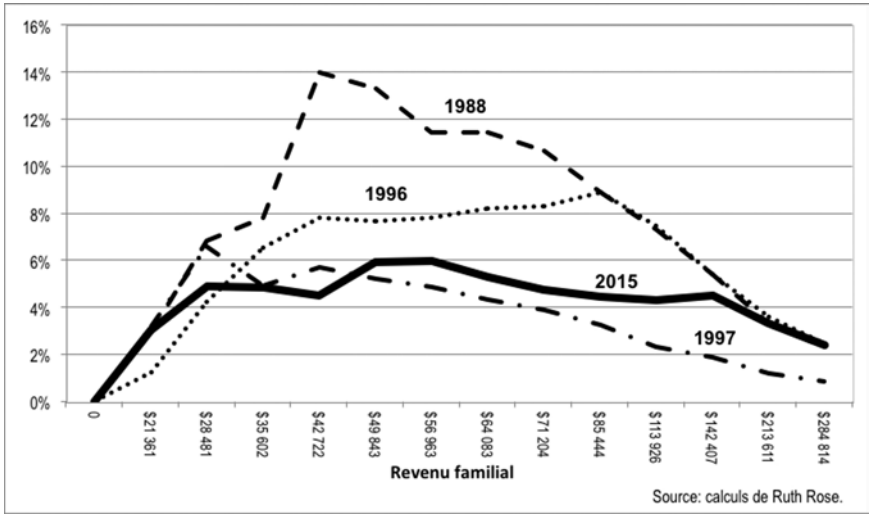
56. Blain, 1985.
57. Montpetit, 30 mars 1994.
58. Ce pourcentage diminue progressivement à mesure que le revenu familial augmente jusqu'à un plancher de 26,4 %, soit le taux marginal d'imposition le plus élevé à l'époque. Le taux est de 40 % pour les familles dont le revenu se situe entre environ 30 000 $ et 50 000 $.

heure sans nuire au revenu disponible des parents[59]. Cette solution est loin de satisfaire les revendications des syndicats et des garderies. Les parents voient les montants qu'ils doivent payer chaque semaine pour la garde et font difficilement le lien avec les remboursements au moment de la déclaration de revenus. Seules les garderies BL sont satisfaites de cette approche qui ne les discrimine pas.

Le graphique 11.5 compare, pour une famille biparentale avec deux enfants d'âge préscolaire, le pourcentage du revenu familial payé pour les services de garde, net des exonérations et des mesures fiscales ou autres visant à aider à payer ces frais, en 1988, 1996 et 1997 et 2015.

Graphique 11.5

**Frais de garde en pourcentage du revenu, famille biparentale avec deux enfants d'âge préscolaire, Québec, 1988, 1996, 1997 et 2015 (en dollars constants de 2015)**




Notes pour le graphique 11.5 :

- On présume que l'homme gagne les premiers 17 000 $ du revenu familial, la femme le deuxième bloc de 11 000 $ ; ensuite la femme gagne 40 % du revenu familial. Les premiers calculs ont été effectués en dollars constants de 1996. Un revenu de 21 361 $ en 2015 était l'équivalent de 15 000 $ en 1996 et l'intervalle de 7 120 $ utilisé dans le graphique valait 5 000 $.
- En 1988 et 1996, le nombre de jours de garde a été fixé de façon à ce que les frais ne dépassent pas 80 % du revenu de la femme. En 1997, le nombre de jours a été fixé au même niveau qu'en 1996. En 2015, on a présumé que, si les gains de la femme sont équivalents à ceux d'un travail à temps plein au salaire minimum, elle utilise la garde à temps plein. Pour un salaire inférieur, le nombre de jours est établi en proportion de ce point de référence.
- En 1988 et 1996, les frais de garde quotidiens sont les moyens estimés par l'OSGE : 15,47 $ en 1988 et 20,56 $ en 1996. En 1998, ils sont de 5 $ et en 2015 de 7,30 $ pour les revenus inférieurs à 50 000 $ et de 8 $ pour les revenus se situant entre 50 000 $ et 75 000 $ avec une contribution additionnelle sur les revenus supérieurs à 75 000 $.
- L'aide pour les frais de garde comprend l'exonération financière et l'APPORT en 1988 et 1996, la déduction fiscale du Québec en 1988 et le crédit remboursable en 1996. La déduction fiscale fédérale s'applique pour les quatre années. On tient compte également de l'effet de la déduction fédérale sur les montants reçus pour la PFCE et d'autres crédits remboursables. On ne tient pas compte de l'allocation de jeune enfant en 1988 ou 1996 ni de la PUGE en 2015 parce que ces prestations sont versées aussi aux familles qui n'ont pas de frais de garde.

59. Ministère des Finances du Québec, 1994.

En 1988, le fardeau est le plus lourd pour les familles dont le revenu se situe entre environ 35 000 $ et 85 000 $ (en dollars constants de 2015). Le revenu de ces familles est trop élevé pour bénéficier de l'exonération financière ou du programme APPORT, mais trop faible pour profiter beaucoup des déductions fiscales fédérale et provinciale. La politique devient plus équitable pour la classe moyenne à la suite de la conversion de la déduction fiscale québécoise en crédit remboursable en 1994, mais les frais de garde continuent d'accaparer environ 8 % du revenu brut de ces familles.

### Les assises du système actuel

#### *La politique de 1997 : une approche universaliste*

Réélu en 1994, le Parti québécois annonce, lors du Sommet sur l'économie et l'emploi d'octobre 1996, une nouvelle politique de services de garde à 5 $ par jour. Dès septembre 1997, les centres de la petite enfance (CPE), qui vont remplacer les garderies SBL doivent offrir des places à tarif réduit aux enfants de 4 ans. Chaque année un autre groupe d'âge est desservi jusqu'en septembre 2000 quand le programme est étendu aux enfants de moins de 2 ans. Pendant la période de transition, jusqu'à ce qu'il y ait suffisamment de places dans les services SBL, les parents continuent d'être admissibles à l'exonération et au crédit d'impôt remboursable.

En même temps, la maternelle à temps plein est offerte à tous les enfants de 5 ans et de nouvelles classes de prématernelle à mi-temps sont ouvertes pour les enfants de 4 ans des milieux défavorisés. Sans que la maternelle à 5 ans soit obligatoire, le taux de fréquentation frise 100 %. En 2012-2013, 21,1 % des enfants de 4 ans participent à un programme de prématernelle[60]. Des programmes à temps plein sont offerts à partir de 2013.

La garde en milieu scolaire est également admissible à la contribution à taux réduit et le Québec adopte une loi obligeant les commissions scolaires à offrir un service de garde là où un nombre suffisant de parents le demandent[61]. Québec a déjà le réseau de garde en milieu scolaire le plus développé de toutes les provinces et le nombre de places augmente de 71 867 en 1995-1996 (dont 44 150 pour de réguliers) à 305 743 en 2014[62].

60. MEESR, 2015.
61. L.R.Q. ch, I-13-3, Loi sur l'instruction publique, article 256 adopté en 1997.
62. Le chiffre pour 1996 provient du Rapport annuel de l'OSGE, celui de 2014 de Friendly et collab. (2015), p. 124. Nous n'avons pas pu trouver de statistiques pour la garde en milieu scolaire sur les sites du ministère de l'Éducation, du ministère de la Famille ou de l'Institut de la statistique du Québec.

Comme le montre le graphique 11.6, la première expansion du nombre de places pour les enfants d'âge préscolaire se produit surtout en milieu familial à mesure que les gardiennes informelles deviennent des « responsables de garde en milieu familial », rattachées à un bureau coordonnateur dont la plupart sont initialement administrés par un CPE[63]. Ce faisant, leurs clients deviennent admissibles au tarif de 5 $ par jour et la responsable doit acquérir une certaine formation et respecter des normes. En 1998, il y a 21 761 places en milieu familial, un nombre qui quadruple pour atteindre 87 192 en 2005. Durant la même période, le nombre de places en CPE passe de 36 606 à 72 057. Après 2005, la croissance est beaucoup plus lente dans les deux types de gardes SBL, mais ce n'est qu'en 2016 que le nombre de places en CPE dépasse légèrement le nombre de places en milieu familial. Un sondage effectué en 2004 indique que, pour les enfants de moins de 2 ans, les parents préfèrent la garde au domicile de l'enfant ou en milieu familial. Toutefois, même pour les enfants de 4 ans, 21,8 % des parents préfèrent la garde en milieu familial[64].

### *La place des garderies à but lucratif*

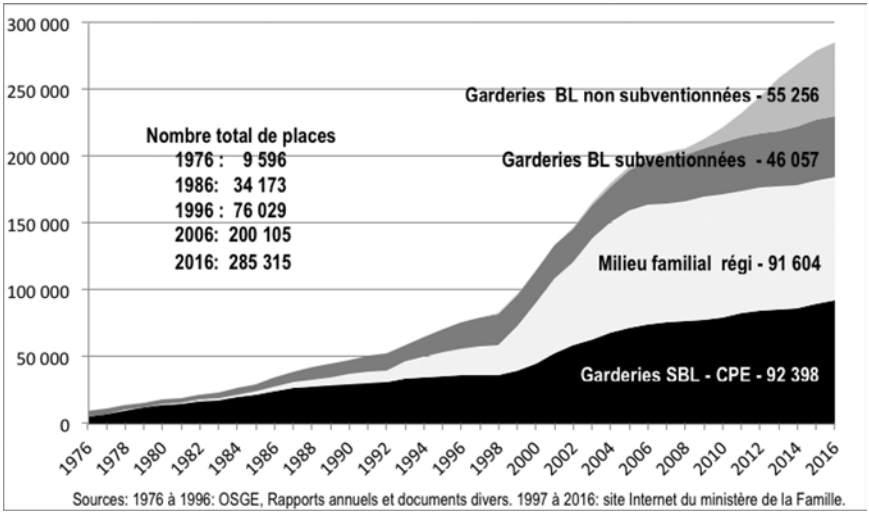
Le graphique 11.6 permet aussi de déceler les différences d'approche entre les gouvernements libéraux et péquistes. Entre 1985 et 1996, sous un gouvernement libéral, le nombre de places en garderie à but lucratif passe de 5 310 à 19 842, alors que le nombre en garderie SBL passe de 21 773 à 36 708. En général, les péquistes mettent l'accent sur la conciliation famille-travail et les garderies sans but lucratif, croyant que ces dernières offrent des services éducatifs de meilleure qualité ainsi que de meilleures conditions de travail au personnel. À plusieurs reprises, ils ont appliqué un moratoire sur le développement des services à but lucratif[65].

Pour leur part, les gouvernements libéraux sont portés à mettre l'argent entre les mains des parents, voulant que ceux-ci puissent alors choisir entre les types de garderies, la garde en milieu familial ou la garde à la maison par les parents ou autrui. C'est principalement sous les gouvernements libéraux que le nombre de places en garderie à but lucratif a augmenté.

---

63. En 2005, cherchant à économiser, le gouvernement réduit le nombre de bureaux coordonnateurs des RSG d'environ 900 à 130 en confiant cette responsabilité seulement à certains CPE ou à d'autres organismes SBL indépendants.
64. ISQ, 2006.
65. D'une part, on remet en question la qualité des services là où la rémunération des éducatrices est généralement plus faible (Tremblay et collab., 2003 ; ISQ, 2015b). D'autre part, dans le cas des garderies BL subventionnées, le gouvernement a dû intervenir pour interdire des frais supplémentaires pour des activités additionnelles ou même pour que l'horaire des services s'étende au-delà de 16 h 30. Cette pratique crée des iniquités selon le revenu des parents et selon que les enfants fréquentent une garderie avec ou sans but lucratif (Cauchy, 24 août 2006).

Graphique 11.6
**Nombre de places en services de garde, selon le type de service, Québec, 1976 à 2016**




Ayant d'abord refusé d'appliquer la nouvelle politique aux garderies à but lucratif, en juin 1997, la ministre de l'Éducation, Pauline Marois, annonce que les parents qui utilisent ces garderies seront admissibles à la politique de frais réduits, à condition que ces garderies acceptent de devenir sans but lucratif sur une période de cinq ans. Entretemps, elles auront droit à des subventions moindres que celles des CPE. Selon madame Marois, « nous couvrons à peine les frais et pas les profits[66] ». Entre 1998 et 2003, le nombre de places en garderie à but lucratif a stagné à environ 24 000. Le nombre recommence à croître après l'élection du gouvernement libéral de Jean Charest en 2003.

### *La politique favorise la participation des femmes au marché du travail*

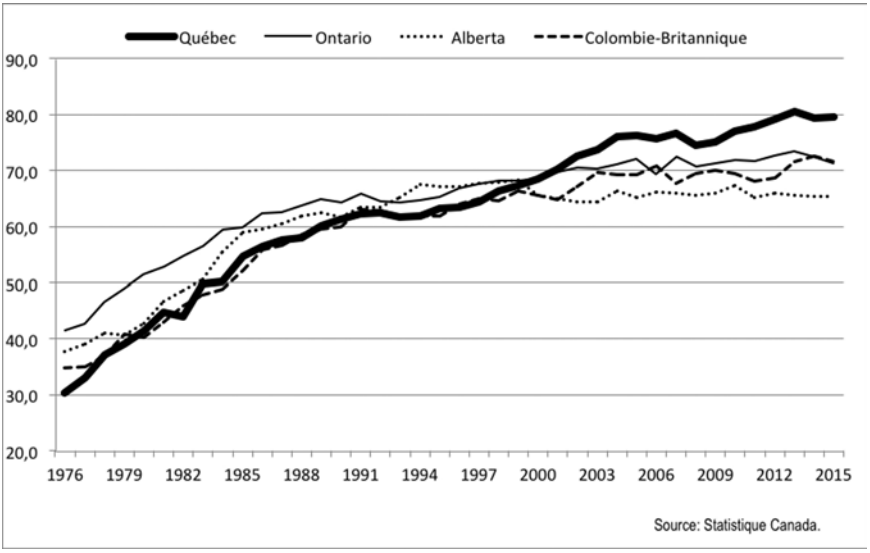
La nouvelle politique de garde à 5 $ par jour est si bien accueillie par les parents que la croissance du nombre de places est insuffisante pour répondre à la demande jusqu'à très récemment. Plusieurs critiques soulignent que les parents les mieux éduqués et les mieux nantis ont été les premiers à occuper les places disponibles, rendant difficile l'accès aux familles plus pauvres. En effet, le tarif de 5 $ par jour représente une augmentation pour ces familles puisqu'avec l'exonération financière et l'allocation pour jeunes enfants elles payaient moins auparavant[67]. Jusqu'en 2005, le programme APPORT prévoit une subvention additionnelle allant jusqu'à

66. Cloutier, 1997.
67. Presse canadienne, 27 mai 1999.

3 $ par jour, mais l'intervalle de revenu dans lequel cette subvention est octroyée est très restreint. Les autres problèmes avec le programme APPORT (récupération à un taux de 40 % et obligation fréquente de rembourser les montants reçus) font que peu de parents se prévalent de cette subvention additionnelle.

L'atteinte de l'objectif de promouvoir l'accès des mères de famille au marché du travail par la conciliation famille-travail se manifeste rapidement, comme le montre le graphique 11.7. Malgré une croissance continue du taux d'activité des femmes ayant un enfant de moins de 6 ans, le Québec traîne derrière les autres provinces, notamment l'Ontario, jusqu'à la fin des années 1990. À partir de 2000, lorsque les places à 5 $ commencent à être largement disponibles, Québec dépasse les autres provinces (à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard qui accommode le plus fort pourcentage d'enfants en services de garde). En 2015, le taux d'activité des mères avec jeunes enfants est de 79,7 % au Québec, de 71,4 % en Ontario, de 71,7 % en Colombie-Britannique et de seulement 65,4 % en Alberta. En effet, les services de garde peuvent coûter jusqu'à 15 000 $ par année pour un poupon et 12 000 $ pour un enfant de 2 à 5 ans dans ces trois provinces[68].

Graphique 11.7
**Taux d'activité des femmes ayant un enfant de moins de 6 ans, Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique, 1976 à 2015[69]**




68. Friendly et collab., 2015.
69. Statistique Canada, CANSIM 282-0211.

Toutefois, l'avantage du Québec se manifeste surtout pour les mères vivant avec un conjoint. Les autres provinces offrent encore une aide financière relativement généreuse pour les familles à faible revenu, disproportionnellement de celle des mères monoparentales. Ces familles peuvent donc payer moins que le tarif de 7,30 $ par jour en vigueur au Québec en 2015. Par contre, pour les femmes avec conjoint, le revenu du mari réduit rapidement l'aide financière qui devient nulle à un revenu familial autour de 40 000 $ ou 50 000 $. Ainsi, en 2015, 79,3 % des mères du Québec ayant un enfant de moins de 6 ans et vivant avec un conjoint sont actives, mais c'est le cas de seulement 66,5 % des mères monoparentales. En Ontario, les taux respectifs sont de 71,2 % et de 63,5 %, en Alberta de 65,0 % et de 76,6 %. Dans cette dernière province, où l'aide sociale est peu généreuse, les monoparentales travaillent plus souvent que les mères ayant un conjoint.

**Encadré 11.4**

### Les salaires et les conditions de travail dans les centres de la petite enfance

La période après l'adoption de la politique familiale de 1997 n'est pas de tout repos. Les nouveaux CPE et les services de garde en milieu scolaire se plaignent que les subventions octroyées par Québec, combinées aux 5 $ payés par les parents, sont insuffisantes pour fonctionner. Les travailleuses et les syndicats mènent des grèves pour demander de meilleurs salaires et un régime de retraite. En 2003, le gouvernement accepte de mettre sur pied un régime de retraite à prestations déterminées pour le secteur des services de garde et le rend même obligatoire pour les CPE et les garderies à but lucratif subventionnées[70].

En ce qui concerne les salaires, plusieurs conventions collectives comportant des hausses salariales significatives ont déjà été signées quand la Loi sur l'équité salariale, adoptée en 1996, change la donne. Les CPE et les garderies employant au moins 10 salariées doivent faire un exercice d'équité salariale. Le gouvernement accepte de négocier avec les syndicats et l'Association québécoise des CPE (AQCPE) une « démarche type », un genre de plan sectoriel, signé en 2006. Le gouvernement accepte aussi de financer la mise en place de l'équité salariale pour tout CPE ou garderie qui décide d'appliquer le plan[71].

70. Loi favorisant l'établissement d'un régime de retraite à l'intention d'employés oeuvrant dans le domaine des services de garde à l'enfance (L.R.Q., ch. E-12.011). Voir site du ministère de la Famille et des Aînés (MFA) : www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde.

71. AQCPE, 2006. Puisque la plupart des CPE et garderies n'ont pas de catégorie d'emploi à prédominance masculine, ils n'étaient pas obligés d'appliquer un plan d'équité salariale avant mai 2007. Les organismes qui en ont devaient payer une rétroactivité jusqu'en 2001. Les échelles salariales en vigueur dans les CPE sont affichées sur le site de Famille Québec, <www.mfa.gouv.qc.ca >.

**Encadré 11.5**

### Le statut des responsables de garde en milieu familial

Un autre litige important concerne les responsables de garde en milieu familial (RSG). En 2002, le commissaire général du travail statue que les responsables de services de garde en milieu familial à Blainville sont des salariées du CPE qui les coordonne et qu'elles ont donc le droit de se syndiquer[72]. Le gouvernement porte la décision en appel et, en 2003, adopte le projet de loi 8 affirmant que les RSG sont des travailleuses autonomes, mais leur donnant le droit d'adhérer à des associations représentatives et de négocier des ententes avec le gouvernement. La Confédération des syndicats nationaux (CSN) et la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) portent plainte devant l'Organisation internationale du travail ainsi que les tribunaux. En octobre 2008, la Cour supérieure invalide la loi et le gouvernement n'interjette pas appel.

Toutefois, en 2009, le gouvernement adopte une loi[73] qui impose le statut de travailleuse autonome aux RSG, mais, en même temps, leur permet d'être représentées par un syndicat ou une autre association. Ayant un rôle similaire à celui d'un syndicat tel que le spécifie le Code du travail, une association représentative est choisie par vote majoritaire et toutes les responsables de services de garde d'un bureau coordonnateur doivent y adhérer et payer la cotisation. Une association a le droit d'entreprendre « une action concertée dans le but d'amener le ministre à conclure une entente collective » (articles 49-55).

Une entente collective spécifie le montant de la subvention par jour d'occupation pour les enfants de 59 mois ou moins ainsi qu'un supplément pour les enfants de 17 mois ou moins et les enfants handicapés. Des montants différents sont alloués pour des enfants d'âge scolaire. Cette subvention comprend des montants pour les journées d'absence, c'est-à-dire l'équivalent de jours fériés et de vacances annuelles, ainsi qu'une compensation de l'ordre de 18,6 % pour les protections sociales, notamment le RRQ, le RQAP, la CSST et une cotisation à la RAMQ. Une association peut également négocier une assurance collective ou un régime de retraite[74]. L'entente prévoit un mécanisme pour régler des mésententes.

En tant que travailleuse autonome, aux fins de l'impôt, une responsable de service de garde peut déduire les dépenses encourues de son revenu brut, y inclus les salaires payés à une remplaçante ou une assistante, lesquelles ne sont pas couvertes par l'entente collective.

---

72. Corriveau, 12 février 2002. Puisque plus de 95 % des RSG sont des femmes, nous utilisons le féminin.
73. Loi sur la représentation de certaines personnes responsables d'un service de garde en milieu familial et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (L.R.Q., c. R-24.0.1).
74. Entente collective intervenue entre la ministre de la Famille et la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) mandataire dûment autorisé aux fins d'agir au bénéfice de la Fédération des intervenantes en petite enfance du Québec (CSQ) et des responsables d'un service de garde en milieu familial. Cette entente a été signée le 30 janvier 2015 et reste en vigueur jusqu'au 31 mars 2019. Le régime de retraite qui couvre les employées des CPE exclut spécifiquement les RSG et leurs employées, mais couvre le personnel d'un bureau coordonnateur.

## Les étapes charnières de l'évolution récente du système

*Augmentation des tarifs des services de garde*

En 2003, le gouvernement libéral nouvellement élu adopte une loi augmentant le tarif à 7 $ par jour à partir de septembre 2004[75], malgré des contestations vigoureuses de la part des associations des CPE, des parents et des syndicats. Avec l'abolition du programme APPORT à la faveur de la Prime au travail en 2005, même la possibilité pour les parents les plus pauvres de payer moins que le 7 $ par jour est disparue.

En 2008, pour obtenir l'appui de l'Action démocratique du Québec pour l'adoption de son budget, le gouvernement minoritaire de Jean Charest augmente le crédit d'impôt remboursable de façon substantielle. Ainsi, en 2009, le taux minimal de 26 % s'applique aux revenus supérieurs à 100 550 $ plutôt qu'à 85 535 $ en 2008. L'objectif déclaré est « d'assurer la neutralité entre le coût net de garde que doivent supporter les familles qui ne bénéficient pas d'une place à contribution réduite et celui que doivent supporter les familles qui en bénéficient[76] ». Cela procure également un coup de pouce significatif aux garderies à but lucratif non subventionnées qui ont connu une expansion importante à partir de cette date, comme le montre le graphique 11.6. Le crédit est bonifié à plusieurs reprises par la suite[77].

Finalement, en 2014, le gouvernement libéral sous Philippe Couillard instaure une nouvelle « contribution additionnelle pour services de garde éducatifs à l'enfance subventionnée » pour les familles ayant un revenu net supérieur à 50 000 $. Cette nouvelle mesure a évidemment pour objectif de réduire le coût des services pour le gouvernement du Québec, mais aussi d'accroître les montants que les parents peuvent réclamer du gouvernement fédéral à titre de déduction pour frais de garde.

Dès l'instauration de la politique de 5 $ par jour, le Québec, appuyé par le Bloc québécois à Ottawa, essaie de négocier une entente avec le fédéral pour se faire transférer la valeur de la déduction que les parents québécois ne réclament que très peu et qui représente une économie importante pour Ottawa comparativement à ce qu'il accorde aux parents dans les autres provinces.

La ligne 2015 du graphique 11.5 illustre l'effet de la hausse des frais pour les familles biparentales avec deux enfants d'âge préscolaire ayant un revenu supérieur à environ 50 000 $. Soulignons que la contribution additionnelle pour le deuxième enfant est égale à la moitié de celle pour le premier enfant et nulle pour le troisième enfant et les suivants. D'une perspective d'équité horizontale, cette hausse des frais

75. Le tarif est revu annuellement depuis 2015. En 2016, il est de 7,55 $ par jour.
76. Ministère des Finances du Québec, 2008, p. A.61.
77. En 2015, le seuil pour le taux de 26 % était de 153 425 $.

de garde fait en sorte que le revenu disponible d'un couple ayant deux enfants en service de garde et des gains de travail de plus de 100 000 $ est plus faible que celui d'un couple sans enfants, même en tenant compte des prestations pour enfants (Soutien aux enfants, PFCE et PUGE nette de l'impôt). La situation est pire en 2016 puisque la nouvelle Allocation canadienne pour enfants accorde encore moins de soutien aux familles à revenu élevé. Dans les autres provinces où les frais de garde sont beaucoup plus élevés, l'iniquité est encore plus flagrante.

### *Les tergiversations du gouvernement fédéral*

La question des services de garde a été un enjeu politique au fédéral au cours des dernières années, incluant lors de la campagne électorale de 2015. En fait, les actions récentes s'inscrivent dans une tradition de « chemins tortueux » où les actions mises de l'avant par le gouvernement fédéral évoluent au rythme du programme politique et ne sont pas à la hauteur des orientations préalablement définies.

En 1984, le gouvernement fédéral libéral met sur pied le Groupe d'étude sur la garde des enfants[78]. Ce groupe recommande que « le gouvernement fédéral prenne l'initiative de l'élaboration d'un système national de garde des enfants au Canada » en négociant avec chaque province une entente de partage des coûts d'un réseau de services sans but lucratif pour les enfants d'âge préscolaire et de 6 à 12 ans. Il propose que, pour les provinces les plus pauvres, le gouvernement fédéral assume jusqu'à 40 % des frais opérationnels et la province 10 %, laissant le dernier 50 % aux parents. Pour les provinces les plus riches, la part gouvernementale doit être partagée 25 %-25 %. Le rapport prévoit également une subvention fédérale de 20 % des coûts non récurrents pour créer des places. La déduction fiscale et une version modifiée de l'aide financière pour les parents les plus pauvres financée par le RAPC resteraient en place pour aider à payer les frais.

Malheureusement, le gouvernement conservateur minoritaire de Brian Mulroney remplace le gouvernement libéral avant même que le Groupe d'étude termine ses travaux[79]. Le nouveau gouvernement crée son propre comité d'étude et, en 1988, il dépose un projet de loi prévoyant l'octroi d'un montant forfaitaire pour chaque province afin de les encourager à créer 200 000 nouvelles places sur une période de sept ans[80]. Selon le projet, chaque province a le choix soit de

78. En 1986, le Groupe d'étude sur la garde des enfants, sous la présidence de Katie Cook, sociologue de la Colombie-Britannique, publie son rapport, avec une vingtaine d'études détaillées.
79. Anecdote personnelle de l'auteure, membre du Groupe d'étude Katie-Cooke : lors d'un déjeuner avec les membres du groupe, la ministre libérale responsable de la Condition féminine, Judy Erola, explique qu'à l'automne elle aime planter des bulbes de tulipes pour pouvoir, au printemps, jouir de belles fleurs. Le groupe d'étude a planté beaucoup de bulbes aux couleurs variées. Malheureusement, ces bulbes ont pourri dans la terre à cause des refus de tous les gouvernements fédéraux subséquents de les laisser fleurir.
80. Projet de loi C-144.

continuer avec le RAPC, soit d'accepter un nouveau système de subventions en bloc. Dans les faits, la somme prévue de 4 milliards de dollars pour les services de garde sur une période de 7 ans constitue une réduction par rapport aux montants que le gouvernement prévoyait dépenser par le RAPC de toute façon. Dans un contexte d'hésitation du Sénat à adopter la loi en raison des critiques, le gouvernement met fin à la session parlementaire afin de tenir de nouvelles élections avant que la loi puisse être adoptée[81].

Réélu avec une majorité, le gouvernement Mulroney se contente d'ajouter, en 1991, un supplément de 203 $ aux allocations familiales pour les enfants de moins de 7 ans. Puisque 25 % des frais de garde réclamés aux fins d'impôt sont déduits de ce montant, le supplément profite aux familles n'utilisant pas les services de garde ou utilisant des services informels sans reçu, ainsi qu'aux familles dont le revenu est trop faible pour profiter de la déduction. De plus, à partir de 1990, le gouvernement commence à limiter les montants versés en vertu du RAPC aux provinces les plus riches (Ontario, Colombie-Britannique et Alberta). Bref, cette première tentative d'instaurer un programme pancanadien de services de garde se solde par une réduction des investissements fédéraux.

Les services de garde figurent également parmi les enjeux électoraux de 1993. Le budget de 1994 du Parti libéral qui en sort gagnant prévoit 360 millions de dollars sur deux ans à partir de 1995 pour créer des places additionnelles selon les priorités exprimées par les provinces. Le gouvernement vote aussi 100 millions sur 4 ans pour financer des projets pilotes et la recherche[82]. Toutefois dans le contexte d'une réforme d'à peu près toutes les dimensions de la sécurité sociale canadienne, le gouvernement fédéral abolit le RAPC, mettant fin à son principal programme de soutien aux services de garde. Dans ce contexte, les provinces refusent de s'engager à investir leur part des subventions aux services de garde en contrepartie des sommes promises par le gouvernement fédéral. À la place, l'Entente-cadre sur l'union sociale décrite plus haut permet quelques investissements dans les services de garde de la part des provinces. Bref, la deuxième tentative d'instaurer un programme pancanadien de services de garde se solde par une réduction des investissements fédéraux.

Les élections de 2004 retournent un gouvernement libéral minoritaire sous Paul Martin qui doit compter sur le Nouveau Parti démocratique (NPD) pour faire passer sa loi. Dans ce contexte, le budget de l'année suivante prévoit des investissements additionnels de 225 millions en 2005, 300 millions en 2006 et 350 millions chaque année par la suite pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants, plus des montants supplémentaires pour les services de garde des enfants des Premières Nations[83].

---

81. Friendly, 1994, p. 171-178.
82. Gouvernement du Canada, 1994.
83. Ministère des Finances du Canada, 2005, p. 84.

Ces sommes sont très modestes comparativement aux 2,9 milliards en 2001 recommandés par le Groupe d'étude comme contribution fédérale à un programme pancanadien de services de garde[84]. Les montants prévus sont effectivement versés en 2005 et 2006. Toutefois, comme nous l'avons mentionné dans la section précédente, le gouvernement conservateur de Stephen Harper, élu en 2006, opte plutôt pour la Prestation universelle pour la garde d'enfants (PUGE) dont l'objectif est de permettre aux parents de « choisir les services de garde d'enfants qui correspondent le mieux aux besoins de leur famille – qu'il s'agisse d'un service de garde formel, d'arrangements informels avec des voisins ou des membres de la famille, ou d'un parent qui reste à domicile[85] ».

Ainsi, la troisième tentative d'instaurer un programme pancanadien de services de garde se solde par des investissements modestes à ce titre, surtout pour les fonds non récurrents de démarrage. En consacrant des sommes d'environ 2 milliards à la PUGE, le gouvernement fédéral opte plutôt pour des allocations versées directement aux parents.

Finalement, lors les élections d'octobre 2015, Thomas Mulcair, leader du NPD, propose de créer un million de places en garderie à un maximum de 15 $ par jour en partageant les frais avec les provinces[86]. Échaudées par des initiatives du gouvernement fédéral qui crée de nouveaux programmes et ensuite retire l'argent unilatéralement, les provinces accueillent cette proposition froidement.

Le gouvernement libéral de Justin Trudeau alors élu opte plutôt pour un transfert de 250 millions de dollars aux provinces chaque année pour créer de nouvelles places en garderie, mais n'offre pas de subventions pour les coûts d'exploitation des services. En incluant un supplément de 1 000 $ pour les enfants de moins de 6 ans dans l'Allocation canadienne pour enfants, il suit le modèle du gouvernement conservateur précédent.

## LES CONGÉS ET LES PRESTATIONS PARENTALES

Un régime d'assurance parentale « vise à soutenir les parents dans les soins qu'ils apportent aux nouveau-nés ou aux enfants adoptés[87] » et à faciliter la conciliation travail-famille. En aidant les jeunes, surtout les femmes, à réaliser leurs projets familiaux tout en participant pleinement au marché du travail, une telle

84. Groupe d'étude sur la garde des enfants, 1986, p. 398.
85. Ministère des Finances du Canada, 2006 : 103. Ce budget a aussi promis 250 millions par année à partir de 2007-2008 pour financer le démarrage de nouvelles places en garderie, mais sans engager de fonds pour l'exploitation de ces services.
86. NPD, 2015. Dans le cas du Québec, Thomas Mulcair propose de négocier un transfert d'argent pour aider à financer les programmes déjà en place.
87. Gouvernement du Québec, 1997, p. 25.

politique cherche aussi à promouvoir la natalité dans le contexte du vieillissement de la population.

Outre le niveau de soutien offert aux nouveaux parents, le principal enjeu lié aux prestations de maternité, parentales et d'adoption (MPA) est la couverture. Dans la plupart des pays, les prestations parentales sont offertes en vertu de régimes d'assurance sociale, c'est-à-dire aux personnes qui ont été sur le marché du travail et qui ont cotisé au régime. Toutefois, il n'est pas toujours facile de couvrir les travailleuses et travailleurs autonomes. Par ailleurs, certains pays offrent également des prestations à montant fixe aux parents qui n'ont pas été sur le marché du travail dans la période qui précède immédiatement la naissance ou l'adoption.

Une politique périnatale doit être complétée par des mesures qui favorisent le retour sur le marché du travail, notamment la coordination avec les normes du travail, les services de garde et d'autres mesures de conciliation famille-travail, comme des horaires flexibles ou des congés pour responsabilités familiales.

## Les premières actions

### *L'assurance-chômage : les premières prestations*

La naissance du mouvement féministe moderne à la fin des années 1960 est aussi à l'origine des premiers congés et des prestations de maternité au Canada. Ainsi, la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada (commission Bird) recommande :

> […] que la Loi sur l'assurance-chômage soit amendée de façon à permettre aux cotisants de toucher des allocations de chômage pendant une période d'au moins 18 semaines […] (a) lorsqu'elles s'absentent temporairement de leur travail pour des raisons de maternité ou (b) lorsqu'au cours d'une période durant laquelle elles bénéficient des allocations de l'assurance-chômage, elles deviennent incapables de travailler pour raisons de maternité[88].

La Loi sur l'assurance-chômage de 1970 prévoit des prestations de maternité de 15 semaines à un taux de remplacement de 66 2/3 % du salaire après une période de carence de 2 semaines. Alors qu'il ne faut que 8 semaines de travail assurable pour se qualifier pour des prestations de chômage, il en faut 20 pour les prestations de maternité. De plus, les prestataires doivent avoir travaillé au moins 10 des 20 semaines précédant la 30e semaine avant la date prévue pour l'accouchement, condition connue comme la « règle des 10 semaines magiques ». Le but de cette règle est d'assurer qu'une femme ayant déjà conçu un enfant n'entre pas sur

88. Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada, 1970, recommandation 17.

le marché du travail dans le seul but de se qualifier pour les prestations d'assurance-chômage[89].

En 1984, la règle de « dix semaines magiques » est abolie. Toutefois, on maintient l'exigence d'une période de qualification plus longue pour les prestations spéciales (maternité, maladie et, plus tard, parentaux et pour soignants). En même temps, on instaure 15 semaines de prestations d'adoption accessibles à la mère ou au père[90].

À plusieurs reprises, des litiges donnent lieu à des améliorations des prestations parentales, même lorsque le plaignant n'a pas gain de cause. Ainsi, un père biologique allègue qu'il est discriminatoire de permettre à un père adoptif de bénéficier de prestations alors qu'un père biologique n'y a pas droit. Les cours lui donnent raison et, en 1990, le gouvernement instaure 10 semaines de prestations parentales autant pour les parents biologiques que pour les parents adoptifs, hommes et femmes[91].

La transformation de l'assurance-chômage (AC) en assurance-emploi (AE) en 1997 augmente les exigences pour être admissibles aux prestations MPA. Alors qu'auparavant 20 semaines d'un minimum de 15 heures pour un total de 300 heures étaient requises, après la réforme, il faut avoir cumulé 700 heures de travail (réduit à 600 heures en 2001)[92]. Ainsi, les travailleuses saisonnières ou les étudiantes qui travaillent seulement l'été ou à temps partiel, par exemple, ont plus de difficultés à se qualifier.

### *Le droit de prendre un congé et les normes du travail*

Il ne faut pas confondre les prestations avec le droit de prendre un congé et de pouvoir retourner à son emploi par la suite. En 1970, la commission Bird constate que beaucoup d'employeurs mettent fin à l'emploi des femmes lorsque la grossesse les empêche de travailler. Seuls la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick obligent les employeurs à accorder un congé de maternité d'au moins 12 semaines et protègent leur emploi pendant 16 semaines. La commission recommande :

> […] l'amendement de la loi [fédérale] sur les justes méthodes d'emploi et l'adoption de lois provinciales et territoriales visant à assurer à toutes les employées (a) le droit à un congé de maternité de 18 semaines ; (b) le droit à un congé obligatoire de six semaines après l'accouchement à moins que l'employée ne puisse produire un

89. Statistique Canada, 1995.
90. Statistique Canada, 1995, p.16.
91. Schachter v. Canada [1992] 2 SCR 679,1992 CanLII 74 (SCC). Toutefois, les parents adoptifs peuvent avoir droit à 15 semaines de prestations s'ils démontrent que l'enfant a besoin de leur présence.
92. EDSC, 2016, annexe 7.

certificat médical attestant que son état de santé lui permet de travailler et (c) l'interdiction de renvoyer l'employée pour quelque raison que ce soit pendant ce congé de maternité auquel elle a droit[93].

Le Québec crée un congé de maternité lors de l'adoption de la Loi sur les normes du travail en 1979. Aujourd'hui ce congé est de 18 semaines avec prolongation de deux semaines si la fin du congé se produit moins de deux semaines après la date de l'accouchement. Une femme a aussi droit à des congés pour les examens médicaux reliés à sa grossesse, en cas d'interruption de grossesse et lorsqu'elle est admissible à un retrait préventif[94].

À l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant (ou d'une interruption de grossesse à compter de la vingtième semaine de la grossesse), le père et la mère ont droit à cinq jours de congés, dont les deux premiers sont rémunérés si le salarié justifie 60 jours de service continu. Ce n'est qu'en 1997 que le Québec instaure des congés parentaux et que la période est augmentée à 52 semaines. Ce congé peut prendre fin aussi tard que 70 semaines après la naissance ou l'adoption ou même 104 semaines dans certaines circonstances. Plusieurs modifications, dont la création d'un congé de paternité de cinq semaines, sont adoptées en 2002 en préparation à la mise en place prochaine du RQAP.

En 1990, le Québec crée des congés pour événements familiaux, c'est-à-dire le droit de prendre quelques journées par année pour s'occuper d'un enfant ou d'un proche qui a des problèmes de santé. Des journées sont aussi prévues en cas de funérailles ou pour le mariage de certains proches. Plus récemment, afin de se coordonner avec les nouveaux programmes à l'AE, le Québec a aussi créé des congés pour prendre soin d'un proche ou d'un enfant gravement malade, lorsqu'un enfant mineur est disparu et en cas de décès d'un conjoint ou un enfant par suicide ou comme résultat d'un acte criminel[95].

Le droit de prendre un congé comprend le droit de retourner au même poste après le congé avec les mêmes avantages, y compris le salaire auquel la personne aurait eu droit si elle était restée au travail[96]. Le droit de prendre un congé ne

93. Commission royale d'enquête, 1970, recommandation 16).
94. En cas d'une interruption de grossesse avant la vingtième semaine précédant la date prévue de l'accouchement, une femme a droit à trois semaines de congé, sans salaire, avec possibilité de prolongation pour des raisons médicales. Dans le cas d'une interruption de grossesse qui survient à compter de la vingtième semaine de grossesse, une femme a droit à un plein congé de maternité de 18 semaines. Une femme a le droit de s'absenter, sans limite mais sans rémunération, pour un examen médical relié à sa grossesse. La question du retrait préventif est abordée plus en détail dans le chapitre 8 traitant de santé et sécurité au travail.
95. Commission des normes du travail, 2015.
96. En, en cas d'abolition ou de mutation de poste, le salarié a le droit d'exercer les mêmes droits que s'il avait été présent. Il ou elle a aussi le droit de postuler à des postes qui s'ouvrent pendant le congé, de cumuler des vacances pendant cette période et de maintenir la participation aux régimes d'assurance collective et de retraite moyennant le paiement de la part de l'employé.

comporte pas de salaire, à moins qu'une convention collective ou une politique de l'employeur le prévoie.

Encore aujourd'hui, le Code canadien du travail qui s'applique aux travailleuses sous compétence fédérale (banques, transport et commerce interprovincial, organismes publics fédéraux, etc.) protège l'emploi des personnes qui « ont accompli au moins six mois consécutifs d'emploi continu auprès du même employeur avant le début de leur congé[97] ». Certaines provinces ont aussi des conditions de même nature, ce qui veut dire qu'une femme enceinte ou prévoyant adopter un enfant peut perdre son emploi si elle est nouvellement engagée et qu'elle prend un congé parental.

### *Les premières politiques québécoises en matière de prestations de maternité*

Déjà à la fin des années 1970, le Québec est à l'avant-garde en matière de prestations de maternité. En 1978, il crée le Programme d'allocation de maternité (PRALMA) qui offre aux Québécoises admissibles aux prestations de maternité de l'AC une allocation de 240 $ afin de leur assurer un revenu pendant les deux semaines de carence de l'AC. En 1980-1981, 35 000 femmes en ont bénéficié[98].

En 1978, le gouvernement du Québec accorde également à la plupart des employées des secteurs public et parapublic, un congé de maternité de 20 semaines avec rémunération alors que les prestations de maternité de l'AE durent 15 semaines en plus des deux semaines de carence[99]. Cette rémunération complémentaire existe encore, quoiqu'elle ait été modifiée en fonction de la prolongation des prestations parentales à l'AE et avec la création du RQAP. Elle a fait modèle pour d'autres grands employeurs au Québec et au Canada.

Finalement, comme il a été discuté au chapitre 8, la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* du Québec prévoit depuis 1979 la possibilité pour une femme enceinte ou qui allaite de demander une réaffectation de tâche si son poste est dangereux pour elle, son fœtus ou son bébé. Si l'employeur ne peut pas la réaffecter, une femme a le droit de demander un retrait préventif avec protection du droit de retourner au travail. Depuis 1985, le Code canadien du travail[100] offre la même

97. site www.edsc.gc.ca/fr/emplois/milieu_travail/normes_travail/droits/conges.page.
98. Direction des Politiques de sécurité du revenu, 1981.
99. Pendant ce congé, l'employeur verse une indemnité basée sur 93 % du salaire habituel de base pendant les deux semaines de carence et les trois semaines qui suivent la fin des prestations de l'AE. Pendant les 15 semaines où une femme reçoit des prestations de l'AE, l'employeur verse la différence entre 93 % de son salaire habituel et les prestations reçues. Ces informations sont basées sur la convention collective 1979-1982 des syndicats affiliés à la Fédération des affaires sociales (CSN).
100. L.R.C. ch. L-2, Partie II, section VII.

protection, mais ce n'est qu'au Québec qu'on indemnise la femme par le Programme de maternité sans danger[101].

Il faut souligner que le droit d'être réaffectée ou de prendre un retrait préventif s'applique seulement dans le cas où c'est la nature de l'emploi qui est en cause et non pas si la grossesse est difficile ou si la femme a un autre problème médical la rendant inapte au travail temporairement. Dans ces cas, elle devient normalement admissible à des prestations de maladie de l'AE ou d'une assurance salaire offerte par son employeur. Par contre, ailleurs qu'au Québec, une femme enceinte en santé qui s'est retirée du travail en raison d'un risque relié à l'emploi n'a pas droit ni à une indemnité liée à la santé et sécurité au travail ni à des prestations de maladie de l'AE.

### *1997 à 2005 : le fédéral fait obstacle à la création du RQAP*

Le sommet socioéconomique d'octobre 1996 est aussi l'occasion pour Québec d'annoncer la création d'un Régime québécois d'assurance parentale (RQAP). Toutefois, afin de financer ce régime, il faut négocier le rapatriement des sommes de l'AE qui servent pour payer les prestations MPA. La Loi sur l'assurance-emploi[102] spécifie qu'un employeur ou une province qui offre un régime d'assurance parentale équivalent ou supérieur aux dispositions de l'AE peut demander une réduction du taux de cotisation. Québec a demandé de négocier en vertu de cette clause.

Les premières négociations aboutissent à une mésentente sur le pourcentage de la réduction du taux de cotisation, donc sur la valeur globale des sommes à transférer[103]. Lorsque le Québec essaie de reprendre les négociations, le premier ministre, Jean Chrétien, sert une fin de non-recevoir, alléguant que le Québec n'a pas démontré qu'il offre un régime au moins équivalent à celui de l'assurance-emploi. Pour y répondre, le Québec adopte le projet de loi 140 sur l'assurance parentale en juin 2001, mais attend pour mettre la loi en vigueur.

Entretemps, le gouvernement Chrétien apporte plusieurs améliorations à l'assurance-emploi, notamment l'augmentation du nombre de semaines de prestations parentales de 10 à 35. De plus, la deuxième période de deux semaines de carence est supprimée lorsque le deuxième parent prend une partie des prestations parentales.

---

101. CSST, 2015.
102. Loi sur l'assurance-emploi, L.C. 1966 ch. 23, article 69(2).
103. Québec argumente que le taux doit être fixé en fonction du coût de l'ensemble des prestations au Canada. Le fédéral veut que l'on tienne compte seulement des prestations payées au Québec, un montant plus faible puisque le taux de natalité est alors plus faible au Québec.

D'autres modifications ont peut-être découlé de contestations juridiques :

- Allégation que les dispositions particulières s'appliquant aux personnes qui « deviennent ou redeviennent membres de la population active » (règle DEREMPA) discriminent à l'égard des femmes qui ont une interruption de travail en raison de leurs responsabilités à l'égard de jeunes enfants[104]. Même si la cause est perdue, le gouvernement modifie la loi pour exempter les personnes qui ont reçu des prestations MPA depuis 5 ans de la règle DEREMPA[105]. En 2016, le gouvernement Trudeau abroge la règle DEREMPA[106].
- Allégation que la norme de 700 heures pour déterminer l'admissibilité aux prestations MPA est discriminatoire à l'égard des femmes en raison de leurs responsabilités familiales qui les amènent souvent à travailler à temps partiel. La cause est perdue[107], mais la poursuite a peut-être influencé la décision du gouvernement Chrétien de réduire l'exigence pour les prestations spéciales de 700 heures à 600 heures en 2001.

On peut soupçonner que le principal objectif du premier ministre Chrétien est de démontrer qu'un régime québécois n'est plus nécessaire. Lorsque le Québec demande de reprendre les négociations, le premier ministre canadien répond qu'il faut attendre pour voir les résultats des réformes.

Le Québec fait un renvoi à la Cour d'appel du Québec pour savoir si le gouvernement fédéral a compétence en matière de prestations de maternité et parentales. En janvier 2004, la Cour statue dans le négatif. Le nouveau premier ministre fédéral, Paul Martin, appelle de la décision à la Cour suprême qui, en 1995, infirme la décision précédente, confirmant ainsi la compétence fédérale en matière de prestations parentales[108].

---

104. Périgny v. Canada (Procureur général) 2003 CAF 94 (CANLII). En vertu de la règle DEREMPA, adoptée en 1979, une personne qui n'avait pas travaillé 14 semaines au cours de l'année précédant l'année de référence devait cumuler 20 semaines de travail dans l'année de référence. En 1997, la règle a été rendue encore plus stricte, puisque désormais, si l'on n'avait pas cumulé au moins 490 heures (14 semaines fois 35 heures) dans l'année précédente, il fallait 910 heures (26 semaines fois 35 heures) au cours de l'année de référence. Les personnes qui ne sont pas soumises à cette règle ont besoin de 420 à 700 heures selon le taux de chômage dans leur région.
105. Disposition applicable à compter d'octobre 2000. EDSC, 2016, annexe 7.
106. Ministère des Finances du Canada, 2016, p. 79-80.
107. Lesiuk (C.A.), 2003 CAF 3 [2003] 2 C.F. 697. La Cour d'appel rejette la plainte de madame Lesiuk en partie parce qu'elle juge la preuve insuffisante. Pour une discussion plus approfondie de l'argument que l'utilisation des heures de travail comme critère d'admissibilité à l'assurance-emploi est discriminatoire à l'égard des personnes travaillant à temps partiel, donc à l'égard des femmes, voir Rose (2015).
108. Renvoi relatif à la Loi sur l'assurance-emploi (Can.), art. 22 et 23, [2005] 2 RCS 669, 2005 CSC 56 (CANLII).

## Les assises du système actuel

### *Le démarrage du Régime québécois d'assurance parentale*

En dépit du recours à la Cour suprême, Paul Martin accepte de négocier avec le Québec. Une entente de principe est conclue avant les élections fédérales de 2004 et les deux parties signent une entente finale le 1er mars 2005. L'adoption d'un nouveau projet de loi en juin 2005 permet au RQAP de démarrer le 1er janvier 2006[109].

Les employeurs du Québec et leurs employés versent une cotisation à ce régime depuis ce moment et bénéficient d'une baisse du taux de cotisation basé sur le coût des prestations MPA ailleurs au Canada[110]. Les personnes admissibles doivent recevoir du RQAP au moins autant que si elles étaient admissibles à l'assurance-emploi :

À presque tous les égards, le RQAP est plus généreux que les prestations MPA offertes par l'assurance-emploi (voir l'annexe 1 pour une comparaison détaillée) :

- Aux parents biologiques, le RQAP offre 55 semaines de prestations, dont 5 semaines de paternité. L'AE offre 50 semaines de prestations et aucune prestation de paternité, même si le gouvernement Trudeau est en train d'envisager cette possibilité.
- Le taux de remplacement du salaire est plus avantageux au RQAP (70 % pendant 30 semaines et 55 % pendant 25 semaines), comparativement à 55 % pendant 50 semaines à l'AE.
- Aux parents adoptifs, le RQAP offre 37 semaines de prestations au lieu de 35 semaines, dont 12 semaines à 70 % du salaire.
- Le RQAP offre un régime optionnel avec une période de prestations plus courte (43 semaines) et un taux de remplacement de 75 %.

---

109. Projet de loi 108 : Loi modifiant la Loi sur l'assurance parentale et d'autres dispositions législatives.
110. En 2016, le rabais de cotisation de l'assurance-emploi est de 0,36 % pour les salariés et de 0,504 % pour les employeurs. Le taux de cotisation au RQAP est de 0,548 % pour les salariés, de 0,767 % pour les employeurs et de 0,973 % pour les travailleuses et travailleurs autonomes. Lors des négociations, le Québec demande que la baisse de cotisation s'applique à partir du 1er janvier 2005 afin de lui permettre de constituer une caisse avant l'entrée en vigueur du régime, tout comme l'assurance-chômage l'a fait en 1940. Québec argue que les parents qui reçoivent des prestations MPA en 2005 ont versé des cotisations en 2004 et avant, donc que leurs prestations sont déjà financées. Au terme des négociations, il est convenu que le Québec rembourse le coût des prestations reçues de l'assurance-emploi en 2006 par les parents qui ont commencé leur période de prestations en 2005, créant ainsi une dette de 346,6 millions de dollars qui n'est remboursé complètement qu'en 2015 (CGAP, 2015). En contrepartie, le fédéral transfère une somme de 200 millions de dollars pour appuyer la mise en œuvre du RQAP (Entente finale Canada-Québec sur le Régime québécois d'assurance parentale).

- Le RQAP permet à une femme de commencer ses prestations jusqu'à 16 semaines avant la date prévue d'accouchement, comparativement à 8 semaines à l'AE.
- Il n'y a pas de délai de carence au RQAP.
- Il est plus facile de se qualifier pour le RQAP puisque le critère est d'avoir gagné 2 000 $ au lieu de 600 heures de travail assurable.
- Le revenu maximal assurable est plus élevé d'environ 40 %, soit le même niveau que pour l'assurance pour les accidents du travail et les maladies professionnelles et l'assurance automobile.
- Les travailleuses et travailleurs autonomes sont couverts[111].

En fait, le RQAP se veut plus généreux et mieux adapté à la situation de l'ensemble des travailleurs que l'assurance-emploi, réduisant ainsi le manque à gagner pour les nouveaux parents. Il est aussi plus inclusif, notamment pour les pères, les travailleuses et travailleurs autonomes et les personnes combinant salariat et gains autonomes.

### *Les autres prestations familiales à l'assurance-emploi*[112]

Depuis janvier 2004, l'AE offre des prestations de soignant (appelées aussi prestations de compassion) aux personnes qui prennent soin d'un membre de leur famille gravement malade qui risque de décéder au cours des 26 prochaines semaines. En janvier 2016, le nombre maximal de semaines de prestations passe de 6 à 26. L'exigence d'une mort imminente est souvent critiquée puisque beaucoup de personnes gravement malades ou ayant subi un accident ne sont pas nécessairement à risque de mourir, mais nécessitent quand même des soins intensifs de la part de leurs proches. En 2014-2015, 6 244 nouvelles demandes sont établies, dont 1 046 au Québec.

Depuis juin 2013, l'AE offre 35 semaines de prestations aux parents qui fournissent des soins ou du soutien à un enfant mineur gravement malade ou blessé. En 2014-2015, 2 560 parents canadiens, dont 637 québécois, se prévalent de ces prestations. Ce sont très majoritairement des femmes qui prennent les deux types de prestations pour des soins apportés à des proches.

Dans la même année, le gouvernement fédéral a créé un nouveau programme, le Soutien du revenu pour les parents d'enfants assassinés ou disparus (PEAD). Sont admissibles les parents qui subissent une perte de revenu parce qu'ils

111. Pour l'assurance-emploi, ce n'est qu'à partir de 2010 que les travailleurs autonomes ont le droit d'adhérer pour avoir accès aux prestations spéciales (maladie, MPA, compassion, pour parents d'enfants gravement malades). Voir le chapitre 10 pour plus d'informations.
112. À moins d'avis contraire, les informations pour cette section proviennent de EDSC (2016), annexe 7.

s'absentent de leur travail afin de surmonter les difficultés liées au décès ou à la disparition de leur enfant attribuable à une infraction probable au Code criminel. Ce programme, qui offre un maximum de 35 semaines de prestations d'un maximum de 350 $ par semaine, ne relève pas de l'AE ; les travailleuses et travailleurs autonomes y sont admissibles[113].

### Portrait statistique des congés et des prestations parentales

À la fin des années 1990, le nombre de naissances au Québec poursuit sa chute, passant de 79 724 en 1997 à 72 010 en 2000 et restant très faible jusqu'en 2005 (76 341). Avec l'entrée en vigueur du RQAP, le nombre atteint un sommet de 88 618 en 2011 et l'on prévoit le maintien d'un nombre de cet ordre pour plusieurs années[114].

Le graphique 11.8a montre les prestataires de maternité en pourcentage du nombre de naissances au Canada en dehors du Québec et au Québec pour cinq années repères. Le graphique 11.8b compare, selon le sexe, le nombre de personnes recevant des prestations parentales au nombre de naissances pour les mêmes années. Les années ont été choisies pour mettre en relief l'effet des changements politiques.

Le pourcentage de Canadiennes, hors Québec, qui reçoivent des prestations de maternité augmente de 47 % en 1996 à 61 % en 2004, malgré les critères d'admissibilité plus stricts adoptés en 1997 et les modifications plus généreuses du régime d'assurance-emploi en 2001. Par contre, ce pourcentage stagne à partir de 2004 à un taux avoisinant 60 %. Environ 3 % de moins de femmes reçoivent des prestations parentales que des prestations de maternité, mais les proportions ont suivi les mêmes mouvements.

Même avant l'adoption du RQAP, 4 % ou 5 % de plus de Québécoises que de Canadiennes recevaient des prestations de maternité. En 2008 et 2015, le ratio entre le nombre de nouvelles prestataires de maternité et le nombre de naissances est de 81 %, 20 points de pourcentage plus élevés qu'au Canada et supérieur de 15 points de pourcentage au ratio du Québec avant l'instauration du RQAP. Les taux d'activité plus élevés des femmes en âge de procréer, les critères d'admissibilité au régime plus souples et peut-être la plus grande sensibilisation des Québécoises à ce programme contribuent à expliquer ces différences.

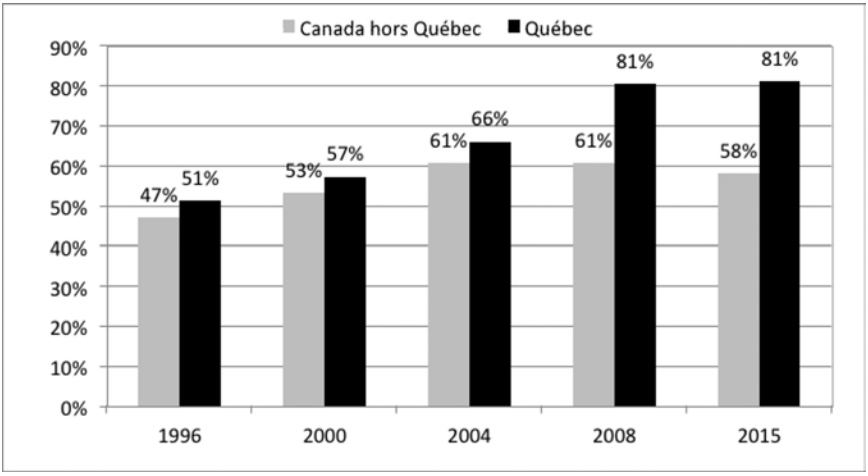
Pour les hommes, les différences sont encore plus marquées, sans doute à cause des prestations de paternité réservées aux pères dans le RQAP. Ainsi, en 1996 et 2000, seulement 2 % ou 3 % des pères prennent une partie des prestations parentales au Canada. En 2004, le pourcentage augmente à 10 % à la suite de la hausse du

113. Informations trouvées à <www.servicecanada.gc.ca/fra/sc/pead/index.shtml>.
114. ISQ, 2015a, p. 36.

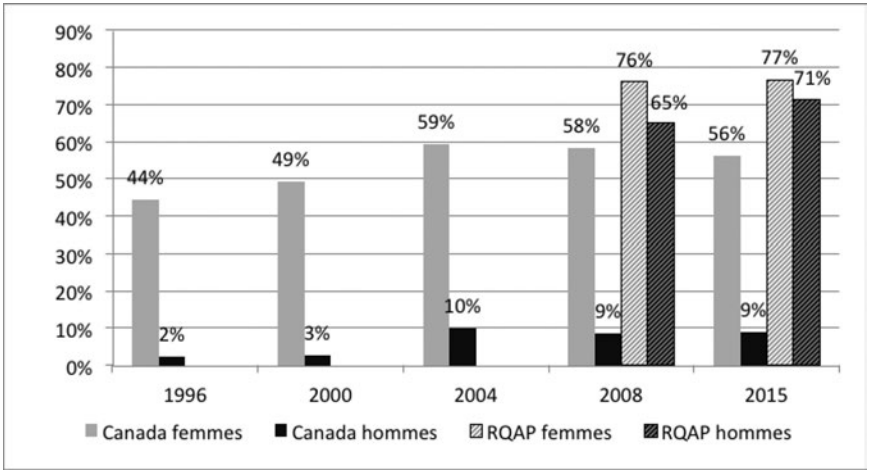
nombre de semaines de 10 à 25, mais il n'augmente pas par la suite. D'autres données indiquent qu'environ le tiers des Canadiens qui ont pris des prestations parentales avant 2006 résidaient au Québec, indiquant que les pères québécois sont déjà plus susceptibles de profiter du régime que les hommes ailleurs au Canada. En 2008, au Québec, 65 % des nouveaux pères prenaient des prestations de paternité et 18 % une partie des prestations parentales en plus. En 2015, les pourcentages sont de 71 % et 24 % respectivement.

Le graphique 11.8 ne montre pas le taux d'utilisation des prestations d'adoption. Nous n'avons pas pu trouver de données systématiques sur le nombre d'adoptions au Canada afin de comparer le nombre de personnes recevant des prestations d'adoption. Toutefois, on peut constater que le nombre de personnes hors Québec recevant des prestations d'adoption passe de 900 en 1996 à 2 260 en 2004 pour ensuite diminuer à 1 580 en 2015. En 1996, les Québécois comptent pour 42 % des prestataires d'adoption, un pourcentage beaucoup plus élevé que leur pourcentage de la population, mais le pourcentage diminue à 29 % en 2004 et à 27 % en 2015.

Graphique 11.8a
**Prestataires de maternité en pourcentage du nombre de naissances, Canada et Québec, 1996 à 2015**



Graphique 11.8b
**Prestataires parentaux en pourcentage du nombre de naissances, selon le sexe, Canada et Québec, 1996 à 2015**




Sources et notes des graphiques 11.8a et 11.8b :

Naissances : Statistique Canada : CANSIM, tableau 102-4513. Le nombre de naissances a été réduit de 3,5 % pour tenir compte des naissances multiples puisqu'un parent n'a pas droit à plus d'un congé, quel que soit le nombre d'enfants nés d'un même accouchement.

Prestataires, Canada et Québec 1996, 2000 et 2004 : *Assurance-emploi. Rapports de contrôle et d'évaluation* – il s'agit de nouveaux prestataires de l'année

Prestataires Québec et RQAP 2008 et 2015 : site www.cgap.gouv.qc.ca, statistiques officielles. Il s'agit de nouveaux prestataires de l'année. Le pourcentage d'hommes prenant des prestations est basé sur le nombre d'hommes (et quelques femmes conjointes de mères ayant accouché) qui ont reçu des prestations de paternité. De plus, 18 % des nouveaux pères en 2008 et 24 % en 2015 ont pris une partie des prestations parentales.

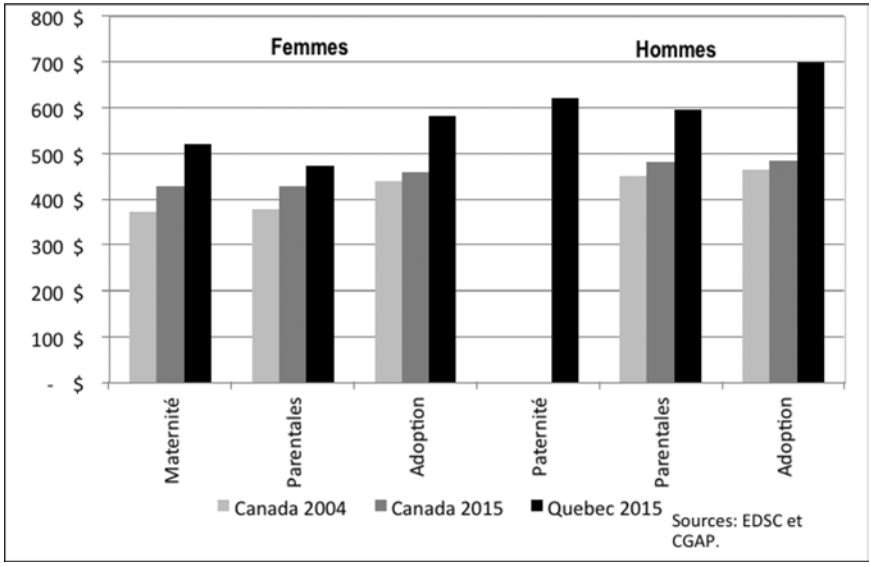
Prestations d'adoption : les chiffres sur les personnes ayant reçu des prestations parentales ne comprennent pas celles ayant reçu des prestations d'adoption.

Le graphique 11.9 compare, pour 2004 et 2015, les prestations hebdomadaires moyennes au Québec et au Canada, selon le sexe et le type de prestations. Avant l'instauration du RQAP, les prestations de maternité versées aux mères québécoises étaient un peu plus faibles que les moyennes canadiennes (chiffres non montrés dans le graphique 11.9) reflétant, sans doute, les salaires plus faibles au Québec. En 2015, la prestation moyenne au Québec est de 519 $ comparativement à 427 $ dans le reste du Canada, résultat peu surprenant étant donné que le RQAP remplace de 70 % à 75 % des gains, comparativement à 55 % à l'AE. L'écart est moindre pour les prestations parentales – 429 $ au Canada et 473 $ au Québec – puisque le taux de remplacement au Québec est aussi de 55 % pendant 20 des 32 semaines.

Dans toutes les comparaisons, les hommes reçoivent plus que les femmes puisqu'ils gagnent davantage. Au Québec et au Canada, les parents adoptifs sont généralement plus âgés et gagnent plus cher que les parents biologiques ; les

prestations d'adoption moyennes sont donc plus élevées que les prestations de maternité ou parentales.

Graphique 11.9
**Prestations parentales hebdomadaires moyennes, selon le sexe, Canada et Québec, 2004 et 2015 (en dollars constants de 2015)[115]**




Le graphique 11.10 montre la répartition des prestataires du RQAP selon le sexe, le type de travailleur, le choix du régime et le type de prestations en 2015. Aux fins de l'exercice, les personnes qui sont à la fois salariées et autonomes (mixtes) sont regroupées avec les autonomes. En 2015, 55 % des travailleuses autonomes et 43 % des travailleuses mixtes choisissent le régime particulier, comparativement à seulement 19 % des salariées. La durée plus courte des prestations leur permet de retourner plus rapidement à leur entreprise, en plus du fait que le taux de remplacement est plus élevé à 75 %. Chez les hommes, entre 25 % et 30 % des trois groupes choisissent le régime particulier, mais les hommes sont généralement liés par le choix fait par leur conjoint préalablement.

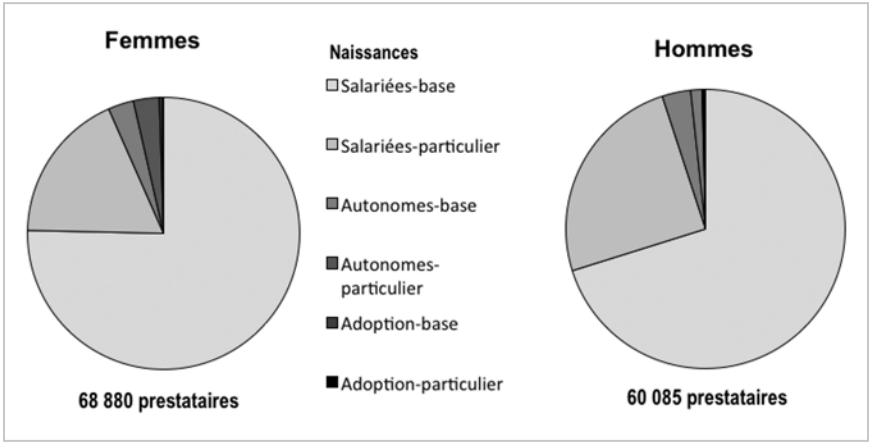
Par contre, lorsque seuls les pères sont admissibles au RQAP, 75 % optent pour le régime particulier. C'est peu surprenant puisque, dans la plupart de ces cas, la famille compte sur un seul salaire et la mère est à la maison avec l'enfant de toute façon. Lorsque les mères seules prennent des prestations, 28 % choisissent le régime

115. Site EDSC, 2016 ; CGAP, statistiques officielles, décembre 2015.

particulier, comparativement à 18 % lorsque les deux parents partagent les prestations[116].

Graphique 11.10

**Répartition des prestataires du RQAP selon le sexe, le type de travailleur, le régime de base ou particulier et le type de prestations (naissance ou adoption), 2015[117]**




Source : CGAP.

## CONSTATS ET ENJEUX POUR L'AVENIR

*La spécificité du Québec et les retombées des programmes*

Deux constats principaux ressortent de cette étude. Tout d'abord, la spécificité du Québec : sur les trois volets, le soutien financier aux familles avec enfants, le financement des services de garde à l'enfance et les prestations et congés parentaux, le Québec a de loin les meilleurs programmes en Amérique du Nord.

Aucune autre province canadienne ni aucun État américain n'offre une prestation aux enfants avec une composante universelle, complémentaire aux prestations fédérales, comme le Soutien aux enfants du Québec.

Aucune autre province ni aucun État n'offre de places en services de garde à contribution réduite à l'ensemble des parents. Le crédit d'impôt remboursable pour frais de garde avec un taux qui diminue à mesure que le revenu augmente et un plancher universel est aussi unique. En 2014, le pourcentage d'enfants de 0 à 5 ans pour lesquels il y a une place disponible dans une installation est parmi les

116. CGAP, 2016.
117. CGAP, statistiques officielles, décembre 2015.

plus élevés au Canada, dépassé seulement par l'Île-du-Prince-Édouard[118]. Pour la garde en milieu scolaire et en milieu familial, le Québec dépasse de beaucoup toutes les autres provinces. En 2013-2014, le Québec compte pour 58 % du total des dépenses publiques pour les services de garde au Canada[119].

Le Régime québécois d'assurance parentale est plus généreux que l'assurance-emploi du Canada et aucune autre province n'a établi son propre régime. Aux États-Unis, il n'y a même pas de régime public de prestations parentales.

L'autre constat de premier plan : ces programmes ont eu un effet positif significatif sur l'activité des femmes ayant de jeunes enfants et sur la fécondité.

### *Le soutien financier aux enfants*

Ce qui ressort de l'historique des programmes de soutien financier aux familles avec enfants est la complexité des programmes et le remaniement continuel, particulièrement au niveau fédéral, remaniement auquel le Québec doit s'adapter périodiquement. Au Québec, particulièrement dans la période de 1986 à 2004, cinq programmes distincts, dont deux reliés au régime fiscal et deux autres basés sur le revenu familial, ont aussi donné lieu à des incohérences où les petits salariés recevaient moins que des familles plus riches. De plus, des taux marginaux implicites de taxation extrêmement élevés ont découragé la participation au marché du travail, contrairement à l'objectif déclaré de la politique. Depuis 2005, les deux programmes, le Soutien aux enfants et la Prime au travail, sont beaucoup plus simples et plus cohérents.

Par contre, au fédéral, la succession de gouvernements ayant des valeurs et des objectifs différents a donné lieu à une multiplication de programmes et aussi, à certaines époques, à un manque d'équité à l'égard des petits salariés. L'Allocation canadienne aux enfants du gouvernement Trudeau, entrée en vigueur en juillet 2016, a la vertu de la simplicité, mais les familles les mieux nanties ne reçoivent rien, ce qui est un manquement au principe d'équité horizontale entre les familles avec enfants et les ménages sans enfants. L'absence d'une indexation statutaire est aussi une lacune.

### *Le financement des services de garde*

Dès les années 1970, le Québec a cherché à bâtir un système de services de garde abordables et accessibles à l'ensemble des familles, comme c'est le cas avec

118. Dans ce ratio, la source ne tient pas compte des places en milieu familial parce que la plupart des provinces ne peuvent fournir une répartition de ces places selon le groupe d'âge. Toutefois, le Québec compte pour 65 % des places supervisées en milieu familial au Canada.
119. Friendly et collab., 2015.

l'éducation primaire et secondaire. La poursuite de cet objectif a culminé dans la mise en place de la politique de places à 5 $ par jour en 1997. Néanmoins, le tarif actuel de 7,55 $ par jour en 2016 peut constituer un obstacle au travail des mères monoparentales, dont le taux d'activité est toujours beaucoup plus faible que celui des mères ayant un conjoint.

Malgré au moins trois promesses de le faire, le gouvernement fédéral a toujours refusé d'investir dans un réseau pancanadien de services de garde. Lors de l'abolition du RAPC en 1997, il a retiré unilatéralement sa contribution aux programmes provinciaux d'aide financière aux parents pour les services de garde, y inclus pour les subventions directes aux garderies mises en place par le Québec. De plus, la déduction fiscale fédérale pour frais de garde ne respecte ni le critère d'équité verticale ni celui d'équité horizontale et elle a des interactions inattendues avec les prestations pour enfants. Les parents québécois qui utilisent les places à contribution réduite bénéficient peu de la déduction fiscale pour frais de garde du fédéral. Puisque cette mesure représente la principale contribution du gouvernement fédéral au financement des services de garde, le Québec doit assumer le manque à gagner. C'est la principale justification pour l'augmentation des tarifs pour les familles les plus riches en 2015. Comme les tarifs élevés dans les autres provinces, ce nouvel élément risque de créer des entraves à l'activité des femmes vivant avec un conjoint qui, en général, ne sont pas admissibles à l'aide financière pour frais de garde.

Au Québec, la qualité des services de garde et la place des garderies à but lucratif demeurent des enjeux importants. Des différences d'orientation entre les partis se succédant au gouvernement expliquent en grande partie l'évolution en dents de scie du nombre de places en garderies à but lucratif.

### *Les prestations de maternité, de paternité, parentales et d'adoption*

Le régime québécois semble bien fonctionner et son introduction, en parallèle au développement des services de garde, a sûrement contribué au redressement du nombre de naissances depuis 2005.

C'est en raison de la répartition constitutionnelle des compétences particulière au Canada que les prestations MPA relèvent du régime fédéral d'assurance-emploi, lequel est mal conçu pour ce rôle. Les délais de carence, les faibles taux de remplacement du revenu, les critères élevés d'admissibilité ont tous été établis en fonction de l'objectif de ne pas rendre les prestations de chômage trop attrayantes et d'inciter les chômeurs à retourner au travail le plus rapidement possible. Par contre, l'objectif des prestations MPA est d'encourager les parents à s'occuper de leurs enfants et de ne pas travailler. Le Québec a choisi de configurer le RQAP de façon à amenuiser ces inconvénients. Si le régime d'AE était plus généreux, le Québec serait moins seul à assumer les coûts d'un régime d'assurance parentale adéquat.

Les règles qui limitent l'accès aux prestations du chômage pour les personnes qui ont bénéficié des prestations MPA (de l'AE ou du RQAP) sont un autre exemple de l'incongruité d'une intégration des prestations parentales à l'assurance-emploi.

On peut toutefois poser des questions sur la possibilité de rendre admissibles au RQAP les femmes qui n'ont pas été sur le marché du travail au cours de la période de référence, notamment les étudiantes et d'autres très jeunes femmes, les mères d'une famille nombreuse qui ont pris un congé parental prolongé, les immigrantes récentes et les femmes vivant dans des régions éloignées où il y a peu d'emplois. La grande majorité de ces femmes vont passer beaucoup d'années sur le marché du travail et vont donc cotiser au RQAP sans pouvoir en bénéficier pleinement. Tout comme les prestataires du RQAP, elles ne sont pas en mesure de travailler ou d'étudier pendant la période périnatale et ont besoin d'un revenu.

### En résumé

Deux enjeux principaux, qui affectent la plupart des programmes de sécurité sociale au Canada, ressortent de cette analyse. Le premier a trait à l'interférence résultant de la double compétence fédérale-provinciale. Aucun des deux ordres de gouvernement n'est capable de créer des programmes cohérents et efficaces en conséquence. La multiplication des programmes résultant des jeux électoraux des différents partis politiques ajoute à l'incohérence.

Le Québec a souvent contesté l'intervention du fédéral dans ses domaines de compétence, en demandant le droit de se retirer du programme fédéral avec compensation. À plusieurs reprises, le gouvernement fédéral a lancé l'idée d'offrir des transferts importants aux provinces pour les services de garde, mais aucune de ses promesses ne s'est matérialisée. De plus, les provinces sont légitimement méfiantes de la bonne volonté du gouvernement fédéral d'investir dans un programme et de maintenir ses investissements à plus long terme. Un transfert direct aux provinces concrétiserait l'obligation morale du fédéral de contribuer à ce service essentiel pour les enfants canadiens.

Dans le domaine des prestations parentales, le fédéral a réussi à bloquer la mise sur pied du RQAP pendant neuf ans, tout en n'ayant pas la compétence pour instaurer un régime d'assurance parentale canadienne vraiment adapté aux besoins des parents.

Le deuxième enjeu a trait à l'équilibre entre l'équité horizontale et l'équité verticale. À défaut de hausser les impôts des plus riches, les gouvernements ont tendance à les exclure des programmes sociaux. Ainsi, le gouvernement Trudeau a réduit les prestations pour enfants pour les parents appartenant à la classe moyenne supérieure, alors que le gouvernement Couillard a haussé les frais de garde qu'ils doivent payer. Mais de telles politiques reviennent à taxer parmi les contribuables à revenu élevé seulement ceux qui ont des enfants. Que dirait la société si l'on appliquait ce principe au financement de l'éducation primaire et secondaire ou aux soins de santé ?

Dans l'intérêt de la solidarité sociale et de l'équité fiscale, il y a lieu de remettre en question l'exclusion des contribuables à revenu élevé des programmes sociaux qui visent à répondre aux besoins essentiels de citoyenneté dans une société. Si ces contribuables paient leur part d'impôt, ils devraient aussi bénéficier des programmes financés par les impôts, pour qu'ils se sentent parties prenantes de cette société. Un tel principe n'empêche pas d'offrir une aide additionnelle aux ménages à revenu faible, tout en se souciant de ne pas créer des taux marginaux implicites de taxation excessifs et de ne pas pénaliser les ménages qui ne sont ni pauvres ni riches.

## ANNEXE

TABLEAU A11.1

**Comparaison entre les prestations de maternité, parentales et d'adoption de l'assurance-emploi fédérale et du Régime québécois d'assurance parentale, 2016.**

| PARAMÈTRE | ASSURANCE-EMPLOI | RÉGIME QUÉBÉCOIS D'ASSURANCE PARENTALE | |
|---|---|---|---|
| | | RÉGIME DE BASE | RÉGIME PARTICULIER |
| **Durée et montant des prestations en pourcentage de la rémunération hebdomadaire moyenne (RHM)** | | | |
| Prestations de maternité | 15 semaines à 55 % | 18 semaines à 70 % | 15 semaines à 75 % |
| Prestations de paternité | Aucunes | 5 semaines à 70 % | 3 semaines à 75 % |
| Prestations parentales | 35 semaines à 55 % | 32 semaines<br>7 semaines à 70 %<br>25 semaines à 55 % | 25 semaines à 75 % |
| Total en cas de naissance | 50 semaines à 55 % | 55 semaines dont 30 à 70 % et 25 à 55 % | 43 semaines à 75 % |
| Prestations d'adoption | 35 semaines à 55 % | 37 semaines<br>12 semaines à 70 %<br>25 semaines à 55 % | 28 semaines à 75 % |
| **Autres caractéristiques** | | | |
| Couverture | Travailleuses et travailleurs salariés ; autonomes s'ils s'inscrivent pour des prestations spéciales un an avant | Travailleuses et travailleurs salariés et autonomes | |
| Critère d'admissibilité | 600 heures de travail assurable | Avoir gagné 2 000 $ dans l'année de référence | |
| Délai de carence | 2 semaines pour un des parents<br>(1 semaine – janvier 2017) | Aucun | |
| Revenu maximal assurable | 50 800 $ | 71 500 $ | |
| Période de référence | Les 52 semaines précédentes ; possibilité de prolongation jusqu'à 104 semaines dans certains cas | | |

| PARAMÈTRE | ASSURANCE-EMPLOI | RÉGIME QUÉBÉCOIS D'ASSURANCE PARENTALE | |
|---|---|---|---|
| | | RÉGIME DE BASE | RÉGIME PARTICULIER |
| **Autres caractéristiques** | | | |
| Méthode de calcul de la rémunération hebdomadaire moyenne (RHM) | Les 14 à 22 meilleures semaines de rémunération (selon le taux régional de chômage) de la période de référence. | La moyenne des revenus assurables des 26 dernières semaines de la période de référence – aussi peu que 16 semaines s'il n'y a pas 26 semaines avec revenu assurable. | |
| Gains pendant les prestations (revenus concurrents) | Maternité : réduit de 100 % des gains<br>Parentales : réduit de 50 % des gains jusqu'à concurrence de 90 % RHM | Maternité : réduit de 100 % des gains<br>Paternité et parentales : peut garder 25 % des prestations (minimum 50 $) ; excédent déduit à 100 %. | |
| Supplément pour familles à faible revenu | Permet d'augmenter les prestations jusqu'à 80 % du RHM si le revenu familial net est inférieur à 25 921 $. | Majoration afin que les prestations soient au moins égales à celles que la personne aurait reçues de l'assurance-emploi si elle y était admissible. | |
| Période de prestations : maternité | Au plus tôt : 8 semaines avant la date prévue d'accouchement<br>Au plus tard : 17 semaines après la date la plus tardive de la date prévue ou la date réelle de l'accouchement ; possibilité de prolongation | Au plus tôt : la 16e semaine précédant la date prévue d'accouchement<br>Au plus tard : 18 semaines après la semaine de l'accouchement avec possibilité de prolongation | |
| Période de prestations : paternité, parentale et adoption | Au plus tôt : la semaine d'accouchement. Adoption : à l'arrivée de l'enfant ou 2 semaines plus tôt en cas d'adoption hors Québec.<br>Au plus tard : la 52e semaine suivant l'accouchement ou l'arrivée de l'enfant en vue de l'adoption avec possibilité de prolongation de 52 autres semaines. | | |

Sources : Assurance-emploi : site http://www.edsc.gc.ca/fr/rapports/assurance_emploi/maternité_parentales.page et Loi sur l'AE, L.C. 1996, ch. 23 à jour au 6 juin 2016.
RQAP : site www.rqap.gouv.qc.ca, Manuel d'interprétation de l'assurance parentale.

C'est dans le calcul de la rémunération hebdomadaire moyenne afin d'établir la prestation qu'il y a le plus de différence entre les deux régimes. Au départ, le RQAP était le plus généreux parce qu'il se base sur le revenu moyen dans les 26 dernières semaines, pourvu qu'il y ait au moins 16 semaines avec un revenu assurable. S'il y a moins de 16 semaines, le régime va utiliser les autres semaines de la période de référence pour faire monter le nombre à au moins 16 semaines. Pour l'AE, des modifications récentes font en sorte que l'on regarde les meilleures 14 à 22 semaines au cours de la période de référence selon le taux régional de chômage. Selon le profil du prestataire individuel, l'une ou l'autre méthode peut être avantageuse. Lorsque la méthode de l'AE donne le meilleur résultat, un prestataire du RQAP peut demander une majoration de sa prestation.

Il y a aussi des différences en ce qui concerne la réduction des prestations lorsque le prestataire a d'autres gains pendant le congé. Dans les deux cas, tout gain est déduit à 100 % des prestations de maternité. Dans le cas des prestations de paternité, parentales ou d'adoption, le RQAP permet de garder 25 % de la prestation avec un minimum de 50 $ par semaine, ce qui est la règle de base à l'AE. Toutefois, cette règle implique qu'une personne peut garder plus au début de la période de prestations quand le taux de remplacement est de 70 % qu'à la fin quand il n'est que de 55 %. Aussi, la personne qui choisit le régime particulier a le droit de garder davantage que les personnes qui choisissent le régime de base puisque le taux de remplacement est de 75 %.

À l'AE, depuis le 5 août 2012, en vertu d'un projet pilote, une personne peut garder 50 % de ses gains jusqu'à concurrence de 90 % de sa rémunération hebdomadaire moyenne. Là aussi, si la règle fédérale est plus avantageuse que la règle du RQAP, un prestataire peut demander une majoration de sa prestation.

## Bibliographie


Agence du revenu du Canada (ARC). 2016. *Allocation canadienne pour enfants et les programmes provinciaux et territoriaux connexes pour la période de juillet 2016 à juin 2017,* 28 pages.

Asselin, Robert B. 2001. *L'Union sociale canadienne : questions relatives au partage des pouvoirs et au fédéralisme fiscal*, Bibliothèque du Parlement, Service d'information et de recherche parlementaires, 13 pages.

Association québécoise des centres de la petite enfance (AQCPE). 2006. *Guide administratif du CPE en matière d'équité salariale, Guide du participant pour une session de formation.*

Blain, Christine. 1985. « Le financement public de la garde des enfants au Canada », étude venant appuyer le rapport du Groupe d'étude sur la garde des enfants, série 1, Ottawa : Condition féminine Canada, 66 p.

Cauchy, Clairandrée. 2006. « Contestation des nouveaux règlements sur la tarification des services. Les garderies privées s'adressent à la cour », *Le Devoir*, 24 août 2006, p. A-3.

Childcare Resource and Research Unit (CRRU). 2000. *Early childhood care and education in Canada : Provinces and Territories : 1998*, Toronto, 146 pages.

Cloutier, Mario. 1997. « Québec assumera une partie des coûts des garderies à but lucratif », *Le Devoir*, 6 juin 1997, p. A2.

Comité interministériel sur les services d'accueil à la petite enfance. 1978. *Rapport*, Québec, Éditeur officiel, 126 pages.

Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). 2015. *Programme pour une maternité sans danger*, URL : www.csst.qc.ca.

Commission des normes du travail. 2015. *Loi sur les normes du travail, ses règlements et Loi sur la fête nationale, Interprétation et jurisprudence*, Gouvernement du Québec, 307 pages.

Commission royale d'enquête sur la situation de la femme. 1970. *Rapport*, Ottawa : Information Canada, 488 p.

Conseil de gestion de l'assurance parentale (CGAP). 2015. *Rapport actuariel du Régime québécois d'assurance parentale au 31 décembre 2014,* 37 pages.

Conseil de gestion de l'assurance parentale (CGAP). 2016. « Le RQAP a 10 ans », *Bulletin statistique,* 9 pages.

Corriveau, Jeanne. 2002. « Les syndicats sont sur le seuil de la porte des garderies en milieu familial », *Le Devoir*, 12 février 2002, p. A-3.

. 2002. *Faire garder ses enfants au Québec… une histoire toujours en marche*, 3e édition, Les Publications du Québec.

Directeur parlementaire du budget. 2016. *Analyse financière des prestations fédérales pour enfants,* Ottawa, 27 pages.

Direction des politiques de sécurité du revenu. 1981. *Le guide descriptif des programmes de sécurité du revenu au Québec*, 99 pages.

Emploi et Développement social Canada (EDSC). 2016. *Rapport de contrôle et d'évaluation de l'assurance-emploi 2014-2015*, Ottawa, 384 pages.

*Entente finale Canada-Québec sur le Régime québécois d'assurance parentale*. 2005. URL : www.mfa.gouv.qc.ca.

Friendly, Martha. 1994. *Child Care Policy in Canada*, Don Mills, Ontario : Addison-Wesley Publishers Limited, 294 pages.

Friendly, Martha, Bethany Grady, Lyndsay MacDonald et Barry Forer. 2015. *Early Childhood Education and Care in Canada 2014*, Toronto : Childcare Resource and Research Unit, 148 pages.

Gouvernement du Canada. 1994. *Garde d'enfants et développement de l'enfant. Un document d'information*, dans la série « La sécurité sociale dans le Canada de demain », 29 pages.

Gouvernement du Québec. 1997. *Les enfants au cœur de nos choix. Nouvelles dispositions de la politique familiale,* livre blanc.

Gouvernement du Québec. 2016. *Dépenses fiscales – Édition 2015*, 304 pages.

Groupe d'étude sur la garde des enfants. 1986. *Rapport*, Condition féminine Canada, 457 pages.

Guest, Dennis. 1993. *Histoire de la sécurité sociale au Canada*, traduit de l'anglais par Hervé Juste, Boréal, 475 pages.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). 2006. *Enquête sur les besoins et les préférences des familles en matière de services de garde, 2004*, Québec, 567 pages.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). 2015a. *Le bilan démographique du Québec, édition 2015*, Gouvernement du Québec, 168 pages.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). 2015b. *Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs – Grandir en qualité 2014*, Tome 3 : *Qualité des services de garde éducatifs dans les garderies non subventionnées (GNS)*. URL : www.stat.gouv.qc.ca.

Ministère des Affaires sociales Québec. 1974. *Politique en matière de services de garde.*

Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEESR). 2015. *Indicateurs de l'éducation, édition 2014,* Gouvernement du Québec, 84 pages.

Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille. 2004. *Natalité et interventions publique.* Recherche et rédaction par Laurent Roy, gouvernement du Québec.

Ministère de la Famille et du Bien-être social. 1969. *Orientation pour une nouvelle politique des allocations familiales du Québec,* gouvernement du Québec.

Ministère des Finances du Canada. 1997. *Ensemble vers un régime national de prestations pour enfants*, budget 1997, 24 pages.

Ministère des Finances du Canada. 2005. *Le plan budgétaire de 2005,* 466 pages.

Ministère des Finances du Canada. 2006. *Le plan budgétaire de 2006*, 326 pages.

Ministère des Finances du Canada. 2016. *Assurer la croissance de la classe moyenne*, budget 2016, 310 p.

Ministère des Finances du Québec. 1985. *Discours sur le budget, budget 1985-1986*, Gouvernement du Québec.

Ministère des Finances du Québec. 1994. *Discours sur le Budget et renseignements supplémentaires, budget 1994-1995*.

Ministère des Finances du Québec. 2004. *Réduction d'impôt, budget 2004-2005*, 70 pages.

Ministère des Finances du Québec. 2008. *Budget 2008-2009, Renseignements additionnels sur les mesures du budget*, 13 mars 2008, 208 pages.

Ministère des Finances du Québec. 2014. *La fiscalité des particuliers au Québec*, document d'information produit lors des consultations de la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise, 142 pages.

Ministère des Finances et Revenu Québec. 2016. *Statistiques fiscales des particuliers – Année d'imposition 2013*, 342 p.

Montpetit, Caroline. 1994. « Grève générale illimitée dans les garderies », *Le Devoir*, 30 mars 1994, p. A-3.

Nouveau Parti démocratique (NPD). 2015. *Bâtir le pays de nos rêves. Le plan de Tom Mulcair pour apporter du changement à Ottawa*. URL : http://www.npd.ca/plateforme/aider-les-familles.

Office des services de garde à l'enfance (OSGE), diverses années, *Rapports annuels.*

Presse canadienne. 1999. « Les garderies à 5 $ coûtent très cher aux démunis », *La Presse*, 27 mai 1999, p. B-8.

Regroupement des garderies sans but lucratif du Québec inc. (RGQ). 1979. *Budget global, Pour la reconnaissance du droit aux garderies : un financement direct et adéquat*, document rédigé par Ruth Rose-Lizée, 57 pages.

Retraite Québec. 2016. *Soutien aux enfants, Statistiques de l'année 2015*, 37 pages.

Revenu Canada Impôt. 1992. « La prestation fiscale pour enfants », Brochure d'information T4114(F).

Rose, Ruth 1998a. « Politiques pour les familles pauvres : suppléments au revenu gagné et revenus minimums garantis », dans R.B. Dandurand, P. Lefebvre et J.-P. Lamoureux (dir.), *Quelle politique familiale à l'aube de l'an 2000 ?* Montréal : L'Harmattan, p. 247-288.

Rose, Ruth. 1998b. « Sous prétexte d'aider les pauvres, on étend l'appauvrissement », *Possibles*, vol. 22, n$^{os}$ 3-4, été-automne, p. 95-115.

Rose, Ruth. 2003. « Un programme universel et abordable pour l'accès aux services de garde à l'enfance », Mémoire soumis par dix-neuf groupes de femmes lors de la consultation sur les scénarios de développement et de financement des services de garde, tenue par le ministre de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, Claude Béchard, et la ministre déléguée à la Famille, Carole Théberge, le 28 août, 25 p.

Rose, Ruth. 2004. « Pour un état socialement responsable », mémoire présenté par 14 groupes de femmes au ministre des Finances, M. Yves Séguin, lors des consultations prébudgétaires, Budget 2004-2005, 30 p.

Rose, Ruth. 2015. « Les femmes et l'assurance-emploi : une lutte pour la reconnaissance de l'égalité », *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (REMEST)*, vol. 10, n° 1, p. 82-107.

SSQ Groupe financier (diverses années). *Bulletin SSQ sur les lois sociales,* URL : https://ssq.ca/documents.

Statistique Canada. 1995. « Statistiques sur l'assurance-chômage 1995 », n° 73-202S au catalogue.

Tremblay, Richard, Christa Japel et Sylvana Côté. 2003. « Les petits Québécois sont-ils bien gardés ? Première étude exhaustive sur la qualité des services de garde », *Le Devoir*, 10 septembre 2003, p. A-11.

Vaillancourt, Yves. 1988. *L'évolution des politiques sociales au Québec 1940-1960*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 513 pages.

# Chapitre 12

# Les politiques de sécurité du revenu et de main-d'œuvre

*Yvon Boudreau*

***« On vous demandera d'entreprendre la mise en œuvre d'une vaste politique sociale. Celle-ci verra l'assistance sociale comme un tout qui doit être cohérent et faire partie intégrante de la politique d'ensemble de l'État. Orientées vers la prévention et la réadaptation, ces mesures s'attaqueront aux causes de la dépendance sociale autant qu'à ses effets. »***

Jean Lesage, premier ministre du Québec, 1966[1]

TABLE DES MATIÈRES

**Politiques de sécurité du revenu** . . . . . **461**
La crise économique de 1929-1930 bouleverse l'ordre établi . . . . . 461
Premières interventions du gouvernement du Québec . . . . . 462
Les années 1960-1970 : assises du régime d'aide sociale . . . . . 466
Réforme de 1988-1989 : étape charnière dans l'évolution de l'aide sociale . . . . . 470
Portrait et enjeux . . . . . 473

**Politiques de main-d'œuvre** . . . . . **477**
Les premières actions : Ottawa et Québec . . . . . 478
Les années 1960 : Ottawa et Québec . . . . . 483
L'étape charnière : la bataille pour le rapatriement des fonds fédéraux de l'assurance-emploi . . . . . 485
Mise en place d'Emploi-Québec et de la Commission des partenaires du marché du travail . . . . . 489
Portrait et enjeux . . . . . 490

**Bibliographie** . . . . . **495**

1. Discours du trône, Québec, 25 janvier 1966.

## POLITIQUES DE SÉCURITÉ DU REVENU

### La crise économique de 1929-1930 bouleverse l'ordre établi

Avant la crise universelle de 1929, les chefs de famille, essentiellement les hommes, assument la responsabilité de pourvoir aux besoins essentiels des femmes, des enfants et des parents âgés. Lorsqu'ils ne sont pas en mesure de s'acquitter de ces responsabilités, les chefs de famille confient les enfants et autres dépendants à des parents immédiats. Le soutien de l'État n'étant pas envisageable (même difficilement concevable), la famille demeure le noyau central de la vie en société, l'unique et ultime recours de sécurité.

Dans les cas extrêmes, les orphelinats, gérés par les communautés religieuses, accueillent les enfants « illégitimes » ou abandonnés de même que les orphelins proprement dits. Les « écoles de réforme », pour leur part, prennent en charge les jeunes délinquants et ceux qui risquent de le devenir. L'État encadre minimalement ces établissements qui, à de rares exceptions près, sont gérés par des institutions religieuses[2].

Avant la grande dépression économique, au Québec comme dans la plupart des sociétés et pays, les interventions de l'État envers les « miséreux et les nécessiteux » sont très timides. Les quelques mesures mises en place visent à protéger plus la société que les pauvres. Le plus souvent, l'État se contente de subventionner (maigrement) des établissements religieux qui se vouent à diverses formes de charité collective[3].

Par exemple, il a fallu attendre 1921 avant que le gouvernement du Québec adopte la première Loi de l'assistance publique, loi qui reconnaît un droit d'assistance aux enfants placés dans les crèches et les orphelinats. Cette loi permet aux institutions d'obtenir enfin des subventions pour certains enfants jugés indigents (financement de la part du gouvernement du Québec, de la municipalité et de l'institution religieuse). Les ressources allouées étaient cependant nettement insuffisantes pour permettre à ces établissements d'offrir des services adéquats à ces enfants.

À l'intention des délinquants réels et potentiels, le gouvernement s'est vu contraint d'agir plus tôt. Une première loi de protection des mineurs, la Loi des écoles de réforme et d'industrie, inspirée du modèle britannique, est votée au Québec dès 1869. Cette loi vise à dispenser hors des prisons une formation et un encadrement aux jeunes de 10 à 16 ans. La loi déléguait la prise en charge de ces écoles à des congrégations religieuses.

---

2. Daigle, Turmel, Fleury-Potvin et Lapointe, 2006.
3. Mathieu et Lacoursière, 1991.

Bref, un certain ordre social s'est établi Québec au sein du foyer familial et avec la participation active du clergé et des communautés religieuses. La crise de 1929-1930 va bouleverser cet ordre et conférer à l'État un rôle de plus en plus actif dans la lutte contre la misère, la pauvreté et le chômage chronique.

En effet, dans la foulée du grand krach de 1929, le chômage et la pauvreté explosent, au Québec, au Canada et dans de nombreux pays. Pierre Fortin a décrit, au chapitre 3, le contexte économique de l'époque. De nombreuses familles se retrouvent pratiquement sans ressources pour assurer leur propre subsistance. Les gouvernements, même les plus conservateurs, ne peuvent demeurer indifférents face à la montée inexorable du chômage, de la pauvreté et de la misère.

### Premières interventions du gouvernement du Québec

D'abord pris au dépourvu par la crise, les gouvernements réagissent en 1930-1931 en mettant sur pied une série de mesures. En 1930, le chef du Parti conservateur du Canada, Richard Bennett, remporte les élections fédérales, après avoir soutenu durant la campagne électorale que « le Parti conservateur va trouver du travail pour tous ceux qui veulent travailler, dût-il périr s'il échoue ».

C'est ainsi qu'en comptant sur l'appui financier du gouvernement fédéral le gouvernement du Québec fait adopter la Loi d'aide aux chômeurs (sanctionnée en décembre 1930). Elle prévoit la remise d'argent aux municipalités pour la mise en chantier de travaux publics, ce qui permet de soulager temporairement le problème du chômage. Les mesures s'adressent avant tout aux pères de familles nombreuses. Les femmes et les célibataires sont pratiquement exclus de ces emplois. En 1931, à Montréal, près d'un tiers de la population dépend de l'aide qui s'élève à 3,16 $ par semaine pour une famille de deux personnes, et à 6,43 $ pour une famille de neuf personnes.

Au début, l'aide est accordée sous forme de coupons échangeables dans des commerces désignés pour l'alimentation, l'habillement, le logement et le combustible des nombreux chômeurs. Devant la rigidité de ce système et les pressions des commerçants, les coupons sont par la suite remplacés par des chèques. Rapidement, l'aide aux chômeurs devient insuffisante et le gouvernement offre graduellement des « secours directs » pour soulager la misère des plus démunis. Lorsque le gouvernement libéral de Louis-Alexandre Taschereau fait adopter cette mesure à l'automne 1931, il devient le premier au Québec à donner une aide financière à des citoyens aptes à travailler, sans exiger un travail en retour[4].

Dans sa recherche de solutions au chômage chronique qui sévit dans les villes, le gouvernement libéral de Louis-Alexandre Taschereau décide d'encourager, à

4. Université de Sherbrooke.

compter de 1931, la colonisation en régions éloignées. Les régions concernées par cette mesure sont le Lac-Saint-Jean et surtout l'Abitibi et le Témiscamingue. Au cours des deux années suivantes, quelques milliers de familles tentent d'améliorer leur sort en allant s'y installer. Ce plan prévoit le versement d'octrois de 600 $ sur deux ans à chaque père de famille chômeur qui accepte de s'établir sur une terre de colonisation. Ce mouvement est encouragé par le gouvernement fédéral qui, à compter de 1931, suspend l'immigration en provenance de l'Europe ; désormais, les seuls immigrants européens admis au Canada sont les cultivateurs ayant un capital suffisant pour s'établir immédiatement dans une zone rurale.

Ce retour à la campagne connaît un succès très mitigé. Il s'agit en effet d'une agriculture de survivance dictée davantage par la dépression économique que par un réel souci de développement de ces régions. De plus, le manque de préparation des « nouveaux colons » et la piètre qualité de plusieurs terres ne permettent pas de soulager véritablement la misère. Près du tiers des bénéficiaires de l'aide à la colonisation vont revenir en milieu urbain.

Un autre projet élaboré afin de limiter les effets de la crise économique est la coopération. Des coopératives sont mises sur pied dans plusieurs domaines (agriculture, finances, pêche). Au niveau financier, le mouvement des coopératives d'épargne et de crédit, lancé par le fonctionnaire fédéral Alphonse Desjardins, prend de l'expansion et plus de 300 caisses populaires sont fondées dans les années 1930.

### *Les mesures du gouvernement Duplessis*

Malgré les mesures d'assistance aux chômeurs, la crise perdure. Elle ne prendra véritablement fin qu'en 1939, après le début de la Seconde Guerre mondiale.

Cette longue période de dépression économique a aussi d'importantes répercussions politiques au Québec. Elle « favorise » notamment l'élection, en 1936, de Maurice Duplessis, chef de l'Union nationale.

Le nouveau gouvernement conservateur adopte deux mesures associées à la sécurité sociale :

- Loi des pensions de vieillesse (1936) ;
- L'assistance aux mères nécessiteuses (1937).

#### Les pensions de vieillesse

Comme indiqué plus tôt (voir le chapitre 7), le Québec s'est joint au programme fédéral de pension de vieillesse en 1936. Le nouveau régime représente certes une amélioration par rapport aux œuvres de bienfaisance qui avaient prévalu jusqu'alors. Mais les gouvernements conservent la même conception relative à la

responsabilité familiale à l'égard des soins à pourvoir aux parents âgés. Les demandeurs de la pension de vieillesse doivent démontrer que leurs enfants adultes se trouvent dans l'impossibilité de subvenir à leurs besoins essentiels. Les fonctionnaires encouragent même certains parents âgés à intenter des poursuites judiciaires à leurs enfants pour frais de subsistance dans le but de décharger l'État de ses responsabilités ou, tout au moins, de réduire les prestations.

Cette conception conservatrice de la famille explique le faible nombre de bénéficiaires de la pension de vieillesse[5].

### Loi d'assistance aux mères nécessiteuses et aux aveugles (1937)

Au début des années 1930, la Commission des assurances sociales de Québec (commission Montpetit) recommande au gouvernement du Québec d'adopter une loi d'assistance aux mères nécessiteuses. Les promoteurs de la loi, des médecins, des féministes et des travailleurs sociaux, font valoir avec force que le noyau familial représente le meilleur environnement pour éduquer les enfants. Leur vision marque une rupture avec les pratiques antérieures qui privilégiaient les orphelinats et les refuges.

Instituée par le premier ministre Maurice Duplessis, la loi québécoise est plus sévère que celle qui est suggérée par la commission Montpetit[6]. Elle impose aux mères :

- d'avoir au moins deux enfants de moins de 16 ans ;
- d'être mariées ;
- d'être sujets britanniques depuis au moins quinze ans (la commission recommandait 3 ans) ;
- d'avoir résidé dans la province durant les sept dernières années ;
- de produire deux certificats : l'un provenant d'un ministre du culte, l'autre d'une personne désintéressée, et de démontrer une véritable situation de pauvreté.

Le programme a une forte connotation morale. On y exclut les mères séparées (le divorce n'existe pas à l'époque) ou dont le mari est en prison, de même que les immigrantes récemment arrivées.

En 1938, le gouvernement verse des allocations de 400 $ par année en moyenne par famille à quelque 5 000 femmes chefs de famille. Le programme coûte

5. Comme il est indiqué au chapitre 7, ce n'est qu'en 1952 que fut introduite une pension universelle.
6. Québec, 1932-1933.

2 000 000 $. La même année, l'Ontario vient au secours de 12 000 femmes et dépense 5 000 000 $[7].

En complément de l'aide accordée aux mères nécessiteuses, le gouvernement du Québec adopte, en 1937, la Loi de l'assistance aux aveugles (de plus de 40 ans). Il faudra attendre 1943 pour que la pension passe de 20 $ à 25 $ par mois et en 1947 pour qu'y soient admissibles les aveugles de 21 ans et plus[8].

Jusqu'au début des années 1940, quelque 235 fonctionnaires administrent les lois sur les pensions de même que l'aide aux mères nécessiteuses et aux aveugles. En 1941, 79 325 pensions de vieillesse, 2 762 pensions aux aveugles et 12 112 allocations aux mères nécessiteuses sont versées par les organismes chargés de leur application.

Malgré leurs indiscutables limites, ces lois marquent tout de même un tournant dans l'histoire des politiques sociales au Québec. Elles annoncent en quelque sorte une plus grande participation de l'État à l'égard d'enjeux sociaux, enjeux autrefois pris en charge par les organismes de charité.

Jusqu'à la Révolution tranquille, la sécurité sociale s'illustre au Québec par la gestion de plusieurs programmes d'assistance qui ciblent des clientèles particulières : Assistance aux mères nécessiteuses, Allocations aux personnes aveugles, Aide aux personnes invalides, Allocations sociales, Allocations scolaires, Assistance aux personnes âgées, Assistance publique d'aide aux personnes en difficulté. Chaque programme comporte ses propres critères d'admissibilité et prévoit des prestations différentes. La gestion relève du gouvernement, mais surtout des municipalités, des églises et des communautés religieuses. La distribution de l'aide est basée principalement sur des motifs « dits » charitables et sur la valeur morale. Ces programmes comportent une large part de discrimination à l'égard de nombreuses personnes en situation de pauvreté.

Il y a trois exceptions à ce mode de prise en charge des programmes de sécurité sociale : d'une part, l'assurance-emploi (chapitre 10) et des pensions de vieillesse (chapitre 7), administrées par le gouvernement fédéral et, d'autre part, les indemnisations offertes aux accidentés du travail gérés par la Commission des accidents du travail qui fut créée en 1931 (chapitre 8) et qui sera remplacée par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) en 1979[9].

7. Chronologie historique des femmes du Québec, 2000.
8. Commend, 2001.
9. La CSST deviendra, en 2016, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

*Création du ministère du Bien-être social et de la Jeunesse (1946)*

Le gouvernement de Maurice Duplessis procède à la création du ministère du Bien-être social et de la Jeunesse en 1946. Le premier titulaire de ce ministère est Paul Sauvé. Le mandat du ministère du Bien-être social et de la Jeunesse consiste à « veiller au bien-être social de la population et à aider la jeunesse dans la préparation et l'orientation de son avenir ». Le nouveau ministère agit notamment dans le domaine des œuvres sociales (interventions auprès des démunis, santé, loisirs, etc.) de même que dans l'éducation, surtout en matière d'apprentissage[10].

C'est ainsi que ce ministère se voit confier la responsabilité de « l'enseignement spécialisé » à l'exception des Hautes Études commerciales (HEC) et des écoles des beaux-arts de Montréal et de Québec. Le ministre est aussi chargé de l'administration des écoles professionnelles, des écoles d'industries et des écoles de réforme[11].

## Les années 1960-1970 : assises du régime d'aide sociale

Dans la foulée de la Révolution tranquille, le gouvernement du Québec déploie des efforts afin d'harmoniser les diverses mesures d'assistance sociale et de les sortir de la dynamique de la charité chrétienne. Ce processus s'échelonne tout de même sur une dizaine d'années.

Le droit à l'aide sociale avait pourtant été reconnu par la Déclaration universelle des droits de l'homme dès 1948. La mise en place du Régime d'assistance publique du Canada en 1966 facilite aussi la création d'un régime d'aide sociale au Québec. L'enjeu de l'incitation au travail, en particulier pour les jeunes de moins de 30 ans, va cependant se poser avec une acuité constante.

*1961 : création du comité d'étude sur l'assistance publique*

Le gouvernement libéral forme un comité d'étude sur l'assistance publique (commission Boucher), dont les recommandations favorisent un accroissement du rôle de l'État dans le domaine de l'assistance publique[12].

Les commissaires étudient quatre sujets :

- l'échelle de taux d'allocation selon les régimes économiques ;
- le régime des taux fixes et le régime basé sur le budget du groupe familial ;
- les divers modes de collaboration des œuvres privées avec les services publics de bien-être ;

10. Université de Sherbrooke.
11. Tremblay, Blais et Simard, 1989.
12. Comité composé de 3 membres : J. Émile Boucher, Marcel Bélanger et Claude Morin, et dont le rapport a été déposé en 1963.

– l'ensemble du problème de l'assistance à domicile, ses répercussions financières et sociales, la prévention et la réhabilitation.

La commission Boucher propose la mise en place d'un programme unifié d'aide sociale et le droit à la reconnaissance sociale pour toute personne, quelle que soit la cause du besoin. Selon les commissaires, « le gouvernement du Québec devrait, dans les limites de ses attributions, intensifier l'application d'une politique économique et sociale d'ensemble orientée vers la solution de problèmes dont le ministère de la Famille et du Bien-être social doit, en grande partie, supporter les conséquences sans être pour autant en mesure de corriger toutes les causes[13] ».

Le rapport Boucher fait valoir que « la solution du chômage ne peut se trouver que dans une croissance économique équilibrée qui permette de fournir à toute personne un emploi approprié à sa formation technique et professionnelle ainsi qu'à son état de santé. C'est un leurre de croire que, pour la majorité des chômeurs assistés, le remède résiderait dans une sorte de travaux forcés […][14] ».

### *1966 : Création du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC)*

Le gouvernement fédéral met sur pied le Régime d'assistance publique du Canada. Le RAPC se présente d'abord comme une bonification des anciennes lois fédérales de partage de coûts dans le domaine de l'assistance publique.

En vertu du RAPC, le financement fédéral (50 %) est conditionnel au respect de certaines normes par les provinces, dont la mise sur pied d'un mécanisme de détermination du montant de la prestation en fonction des seuls besoins de la personne, la reconnaissance d'un droit d'appel aux personnes assistées sociales et l'interdiction d'un délai de résidence pour pouvoir bénéficier de l'aide. De plus, le RAPC interdit aux provinces d'exiger d'une personne assistée sociale une forme quelconque de travail comme condition pour recevoir l'aide.

Dans les derniers mois de négociations fédérales-provinciales menant au RAPC, le programme initial avait été bonifié pour couvrir l'assistance aux mères nécessiteuses, certains soins de santé, des services de « bien-être social à l'enfance » et certains services administratifs. Toutefois, le RAPC demeure une loi de « dernier recours » conçue avant tout pour partager les coûts de l'aide sociale. Ainsi, dans sa conception même, le RAPC répond davantage aux besoins financiers de l'aide sociale qu'à une prise en charge des services sociaux proprement dits[15].

Par-delà ces restrictions, le régime laisse aux provinces le soin de déterminer quels programmes seront offerts et quelles sommes y seront affectées.

---

13. Université de Sherbrooke.
14. Centre justice et foi, 2008.
15. Vaillancourt, 1992.

*1969 : adoption de la Loi de l'aide sociale*

Le gouvernement du Québec adopte le 12 décembre 1969 la première loi d'aide sociale qui reconnaît le droit à l'aide, quelle que soit la cause du besoin. Cette loi, qui fait suite aux recommandations du rapport Boucher, définit la notion de famille, de « chef de famille » et d'enfant à charge, ce qui aura une incidence importante pour les femmes monoparentales. Elle prend effet le 1er novembre 1970.

Le droit à l'aide sociale est créé, sans contenir une obligation de travailler en compensation. Il s'agit d'un droit et non d'un privilège. Il n'y a pas de discrimination entre les demandeurs, sauf pour les personnes de moins de 30 ans qui demeurent assujetties à une série d'exceptions, à moins d'être reconnus « inaptes au travail » par un médecin. Autrement, les jeunes reçoivent une allocation de 150 $ par mois, soit environ le tiers de la prestation de base versée aux 30 ans et plus.

*1974-1979 : plafonnement de l'aide sociale et incitation au travail*

La préoccupation de l'incitation au travail va marquer le régime d'aide sociale jusqu'à nos jours. En 1974, le gouvernement décide de plafonner les prestations à 50 % du salaire minimum. Dès lors, le gouvernement du Québec, quel que soit le parti au pouvoir, va multiplier les initiatives afin de creuser l'écart entre le montant des prestations d'aide sociale et le revenu de travail provenant d'un emploi au salaire minimum : hausses du salaire minimum (malgré de courtes périodes de gel, notamment de 1981 à 1985, puis de 1994 à 1997), plafonnement ou réduction des prestations d'aide sociale pour les personnes dites aptes au travail, allocations offertes aux personnes (surtout aux chefs de famille) travaillant au salaire minimum, traitement particulier pour les jeunes et développement de la notion « d'employabilité ».

En 1979, le gouvernement du Québec instaure trois programmes d'aide à l'emploi, associés à la gestion de l'aide sociale :

- Programme d'emploi temporaire (20 semaines) ;
- Jeunes volontaires (bénévolat) ;
- Supplément de revenu de travail (SUPRET).

Les deux premiers programmes s'adressent aux prestataires de moins de 30 ans aptes au travail. Ils ont pour objectif d'inciter les jeunes à participer à des activités de travail (généralement communautaire) en échange d'une hausse (d'environ 100 $ par mois) de leur prestation d'aide sociale.

Ces programmes vont fortement contribuer à consolider de nombreux organismes communautaires. Ces derniers vont ainsi pouvoir bénéficier d'une « main-d'œuvre » gratuite, ce qui va leur permettre de prendre de l'expansion et

d'étendre leurs services et leur territoire. Le gouvernement verse en outre à plusieurs organismes communautaires certaines compensations pour le travail d'encadrement et d'accompagnement des jeunes prestataires. C'est ainsi que fut constituée la base de l'économie sociale qui sera officiellement reconnue à compter de 1996.

Le principal problème auquel fait face le gouvernement, gestionnaire de l'aide sociale, avec ces programmes destinés aux jeunes, tient au fait que ces « actions volontaires » et ces « emplois temporaires » ne débouchent pas sur de véritables emplois. L'expérience de travail qu'acquièrent les jeunes assistés sociaux ne leur permet pas d'intégrer en grand nombre le marché du travail, de sortir de la pauvreté et de la dépendance.

Quant au programme de Supplément de revenus du travail (SUPRET), il s'adresse aux travailleurs qui occupent des emplois au salaire minimum. Il s'inscrit dans l'optique de l'incitation au travail et constitue en quelque sorte un programme de prévention de la dépendance à l'aide sociale. Le SUPRET est remplacé plus tard (en 1989) par le programme d'Aide aux parents pour leurs revenus de travail (voir le chapitre 11) qui verse une allocation aux travailleurs faiblement salariés ayant des enfants à charge, puis, plus récemment (2006), par la Prime à l'emploi. L'objectif demeure toujours le même : s'assurer qu'il soit plus avantageux de travailler, même au salaire minimum, que de s'en remettre à l'aide sociale.

Ce qui va contribuer fortement à réduire le nombre de prestataires d'aide sociale, ce sont les réformes des allocations familiales. Ruth Rose a traité de ces enjeux au chapitre précédent. Jusqu'alors, le régime d'aide sociale avait pour objectif de « couvrir » les besoins de base de tous les membres d'une famille, y compris ceux des enfants. Le crédit d'impôt remboursable pour le soutien aux enfants versé par le gouvernement du Québec de même que la prestation universelle pour la garde d'enfants ou la prestation fiscale canadienne pour enfants ont pour effet de verser un montant aux familles pour les besoins des enfants, quel que soit le statut de la famille[16].

Le Québec profite de cette occasion pour créer l'Allocation unifiée pour enfants.

Le régime d'aide sociale ne couvre désormais que les besoins des adultes de plus de 18 ans et les besoins essentiels des enfants doivent être couverts uniquement par les prestations familiales, ce qui rend beaucoup plus facile pour les parents, surtout les mères monoparentales, de quitter l'aide sociale même si leur emploi ne paie que le salaire minimum. C'est ce que certains observateurs ont appelé « sortir les enfants de l'aide sociale ». En entrant sur le marché du travail, la famille ne perd

16. En 1998, le gouvernement fédéral met fin au Régime d'assistance publique du Canada, lequel finançait la moitié des programmes provinciaux de l'aide sociale et l'aide financière pour les frais de garde. Il réinjecte une partie des fonds du RAPC dans les prestations pour enfants, sous la forme d'un supplément de revenu garanti en supplément pour les enfants de toutes les familles à faible revenu.

plus la contribution de l'aide sociale pour leurs enfants et, en plus, elle est généralement admissible à une prestation du programme d'Aide aux parents pour leurs revenus de travail (APPORT), un programme de supplément au revenu du travail.

En 1984, le gouvernement présente un projet d'éducation permanente : Énoncé d'orientation et plan d'action en éducation des adultes pour que la formation de la main-d'œuvre corresponde « aux exigences de développement économique ». Pauline Marois, alors ministre de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu, dépose le projet de loi 65 qui vise à « établir à l'intention des bénéficiaires de l'aide sociale des programmes d'activité de travail ou de formation en vue de développer leur aptitude à l'emploi[17] ».

Ces programmes s'adressent particulièrement aux jeunes qui reçoivent une prestation d'aide sociale majorée s'ils prennent part à ces activités de formation. Ils vont demeurer jusqu'à aujourd'hui, même s'ils comportent des critères quelque peu différents. Ils vont être utiles aux prestataires qui persévèrent dans la poursuite de leurs études jusqu'à l'obtention d'un diplôme, surtout un diplôme de formation professionnelle. Ces jeunes vont réintégrer alors le marché du travail avec succès. La lacune principale de ce type de programme tient au fait que plus de 50 % des jeunes participants abandonnent le parcours de formation et demeurent longtemps à l'aide sociale.

### Réforme de 1988-1989 : étape charnière dans l'évolution de l'aide sociale

#### *Le contexte*

La crise économique de 1980-1981 fait basculer à l'aide sociale des milliers de chômeurs. La lente reprise économique qui suit ne permet pas la réintégration à l'emploi de tous ces chômeurs. En 1986, près de 75 % des prestataires d'aide sociale sont « aptes au travail ». La réforme va porter largement sur la différenciation entre les aptes et les personnes ayant des contraintes réelles à l'emploi.

- Durant la campagne électorale de 1985, le Parti libéral du Québec prend l'engagement de réformer l'aide sociale et d'accorder aux jeunes de moins de 30 ans le même niveau de prestation que celui qui est offert aux autres bénéficiaires (les jeunes recevaient alors 189 $ par mois contre 487 $ pour les autres prestataires).
- Le gouvernement rend public en 1987 un document d'orientation intitulé *Pour une politique de sécurité du revenu*. Il présente un projet de loi à cette fin (1988). Il instaure aussi de nouvelles mesures de contrôle à l'aide sociale, dont les visites à domicile qui seront dénoncées sous l'épithète « escouades des bouboumacoutes ».

17. Québec, 1984.

- La Loi sur la sécurité du revenu adoptée en décembre 1989 introduit les changements suivants :
  - Fin de la discrimination à l'égard des jeunes. Tous les prestataires de même condition sont désormais traités de la même façon. L'incitation au travail est cependant appliquée avec rigueur, surtout chez les jeunes, le gouvernement exprimant le souci de ne pas rendre attractive l'aide sociale. De plus, afin de minimiser les coûts associés à cette « parité » offerte aux jeunes prestataires, le projet de loi prévoit des clauses relatives, d'une part, à la responsabilité parentale et, d'autre part, au « partage du logement ». La première disposition stipule que la responsabilité des parents de pourvoir aux besoins fondamentaux des enfants ne prend pas fin lorsque ces derniers atteignent l'âge de 18 ans ; la loi prévoyait à l'intention des jeunes une période de deux ans nécessaire à l'acquisition du statut « d'indépendant » de leurs parents, période au cours de laquelle ils devaient avant tout faire appel à leurs parents. Quant à la composante « logement », elle permet en fait de faire des économies en tenant compte de la situation des jeunes qui demeurent chez leurs parents. Cette disposition s'applique cependant à toute situation de partage de logement ; il n'y a donc pas de discrimination, sur le plan juridique du moins.
  - Le régime fait une distinction très nette et systématique entre les personnes aptes au travail et celles qui ne peuvent raisonnablement pas occuper un emploi. Les prestations et les démarches d'incitation au travail sont différentes. L'État ne se reconnaît désormais que le devoir et l'obligation de pourvoir aux besoins essentiels des personnes jugées inaptes au travail.
  - Une « composante logement » est introduite dans le régime de l'aide sociale afin de tenir compte du supplément que doivent supporter les personnes qui vivent seules et les chefs de famille monoparentale.
  - Les prestataires aptes au travail sont fortement incités à participer à des activités de formation ou préparation à l'emploi. Leur prestation est alors majorée et des efforts sont déployés pour leur procurer un véritable travail.
  - L'implantation à grande échelle d'un programme de subvention salariale à l'intention des employeurs communautaires et privés qui acceptent d'embaucher un prestataire de l'aide sociale, le Programme d'aide à l'intégration à l'emploi (PAIE). Ces orientations contribuent à accroître de nouveau l'expansion des organismes communautaires qui peuvent accueillir de nouvelles cohortes de travailleurs (et non pas seulement de « volontaires »). Ce mouvement a, dans une large mesure, donné naissance à l'économie sociale (en dehors du mouvement coopératif qui existe déjà et dont le développement n'est pas lié au travail d'ex-assistés sociaux).

*Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2002)*

Le gouvernement présente, en 2002, une loi ambitieuse qui vise à « guider le gouvernement et l'ensemble de la société québécoise vers la planification et la réalisation d'actions pour combattre la pauvreté, en prévenir les causes, en atténuer les effets sur les individus et les familles, contrer l'exclusion sociale et tendre vers un Québec sans pauvreté ».

Cette loi institue une stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et crée le Conseil consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale de même que l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

Le conseil consultatif est composé de quinze membres votants, principalement issus des organismes de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et autres organismes communautaires et syndicaux. Il y a deux membres non votants (provenant du secteur public québécois). Le conseil produit périodiquement des avis à l'intention du ministre responsable de la sécurité du revenu, bien que les sujets abordés touchent un ensemble de préoccupations sociales.

Quant à l'observatoire, le Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, il se veut un lieu d'observation, de recherche et d'échanges visant à fournir des informations fiables et rigoureuses en matière de pauvreté et d'exclusion sociale. Il est composé de onze membres nommés par le ministre. Ce sont des personnes « en provenance des milieux gouvernemental, universitaire et de la recherche dont la compétence et l'expertise sont reconnues en matière de pauvreté ou d'exclusion sociale, ainsi que des personnes œuvrant auprès des individus en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale[18] ».

La Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale prévoit aussi la création du Fonds québécois d'initiatives sociales. Ce fonds est destiné à soutenir différentes initiatives de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, surtout au niveau régional. La grande majorité des sommes (93 %) sont confiées aux conférences régionales des élus (CRE), à la Ville de Montréal et à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. La contribution du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale au Fonds pour 2014-2015 est de 20,4 millions de dollars[19].

Cette loi très particulière n'a pas changé structurellement le régime de l'aide sociale et n'a pas eu non plus une grande influence sur le niveau de l'aide financière accordée aux diverses catégories de prestataires. Elle a toutefois élargi quelque peu le débat sur la pauvreté et l'exclusion sociale et donné davantage de voix aux personnes en situation de pauvreté.

18. Gouvernement du Québec, 2016.
19. Gouvernement du Québec, 2015.

## Portrait et enjeux

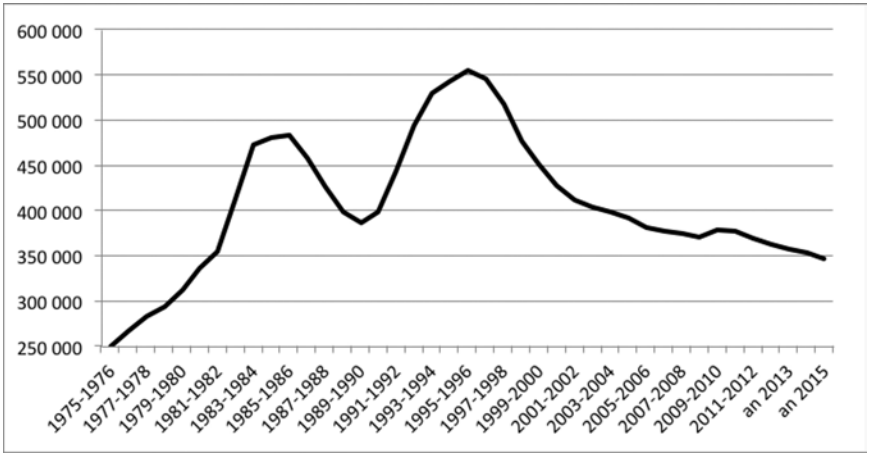
Même si d'autres changements sont apportés depuis 1990, les fondements du régime de la sécurité du revenu, définis en 1989, sont demeurés les mêmes :

- Il y a toujours une différence marquée dans le traitement des personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi et les prestataires qui n'en ont pas.
- Les mesures d'incitation à retourner aux études, à s'engager dans une activité d'intégration sociale ou économique ou à accepter un emploi dans le secteur communautaire ou privé sont toujours en vigueur.
- L'écart entre le revenu d'un emploi au salaire minimum et le montant de la prestation d'aide sociale est plus grand que jamais. Cela résulte à la fois de l'amélioration de la situation de l'emploi, du relèvement presque continu du taux de salaire minimum, des primes à l'emploi et du fait que les enfants sont pour ainsi dire « sortis de l'aide sociale », comme mentionné précédemment.

### *Les prestataires d'aide sociale aujourd'hui*

Comme le montre le graphique 12.1, le nombre de prestataires de l'aide sociale diminue constamment. En fait, le nombre de personnes adultes qui dépendent de l'aide sociale a fortement augmenté dans la foulée de la crise économique de 1981-1982, puis dans celle de 1990. Il diminue depuis lors, mais il demeure élevé, compte tenu de l'embellie qu'a connue le marché du travail au Québec au cours des vingt dernières années.

Graphique 12.1
**Nombre d'assistés sociaux, Québec, 1975-2015[20]**




20. MESS, Direction des politiques des prestations.

La situation des prestataires de l'aide sociale en date du 31 mars 2016 est résumée dans le tableau 12.1.

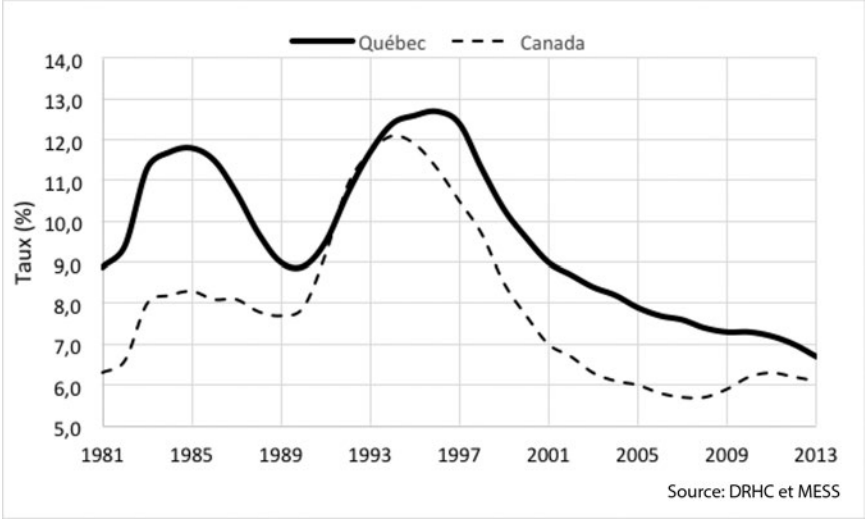
TABLEAU 12.1
**Situation des prestataires de l'aide sociale au 31 mars 2016**

| | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE DE MÉNAGES** | | |
| | Personnes seules | 254 534 |
| | Couples sans enfant | 11 216 |
| | Familles monoparentales | 37 586 |
| | Coupes avec enfants | 14 089 |
| | Conjoints d'étudiants | 808 |
| | Total des ménages prestataires | 318 223 |
| Enfants dans les ménages de prestataires | | 93 483 |
| **NOMBRE D'ADULTES** | | |
| | Hommes | 184 018 (53,50 %) |
| | Femmes | 159 854 (46,50 %) |
| | Total | 343 872 |
| Adultes sans contrainte sévère à l'emploi (théoriquement aptes au travail) | | 208 619 (60,70 %) |
| Adultes avec contraintes sévères à l'emploi | | 159 854 (46,50 %) |
| **MOINS DE 20 ANS** | | |
| | Sans contrainte sévère à l'emploi | 5 355 (69,70 %) |
| | Avec contraintes sévères à l'emploi | 2 328 (31,30 %) |
| **DURÉE CUMULATIVE À L'AIDE SOCIALE** | | **POURCENTAGE DE PRESTATAIRES** |
| | 120 mois (10 ans) et plus | 55,50 % |
| | 48 à 120 mois (4 à 10 ans) | 21,70 % |

### *Fort taux de dépendance à l'aide sociale*

Comme le précise le graphique 12.2, bien que l'on ait réduit presque de moitié le taux de dépendance à l'aide sociale au Québec au cours des vingt dernières années, il demeure plus élevé que dans le reste du Canada. Il subsiste deux exceptions : Terre-Neuve-et-Labrador et, tout récemment, l'Ontario.

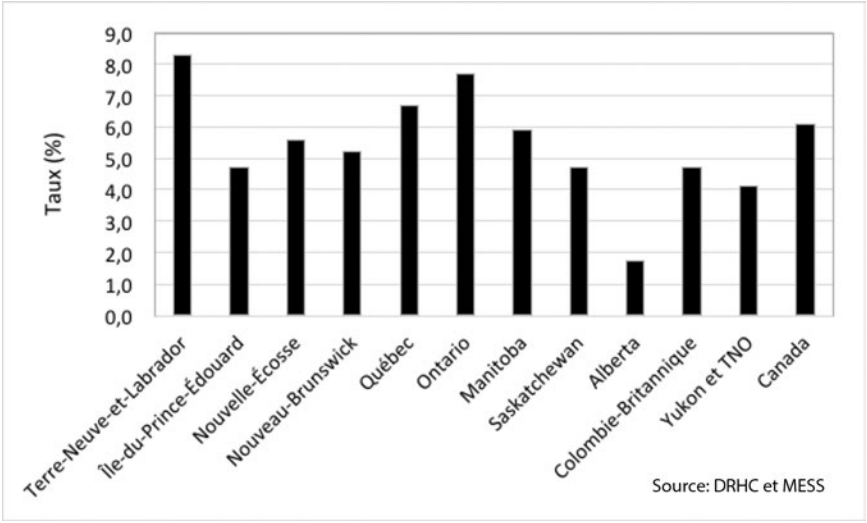
Graphique 12.2
**Taux d'assistance sociale Canada vs Québec, entre 1981 et 2013 (%)[21]**




Le taux de dépendance à l'aide sociale pour chacune des provinces est présenté au graphique 12.3. La dépendance à l'aide sociale n'est probablement pas étrangère à nos difficultés d'intégration des immigrants au marché du travail puisque, sur l'île de Montréal, 51,5 % des bénéficiaires de l'aide sociale aptes au travail sont nés hors Canada.

21. Source : Ressources humaines et développement des compétences Canada, Direction de la production et de l'analyse de l'information sur les programmes sociaux, MESS, Direction des politiques et des prestations, 20 mars 2014.

Graphique 12.3
**Taux d'assistance sociale au Canada, par province et territoire, 2013 (%)[22]**




**Encadré 12.1**

## Repousser l'admissibilité à l'aide sociale à 20 ou 21 ans ?

Au Québec et ailleurs au Canada, l'âge d'admissibilité à l'aide sociale est établi à 18 ans. Les jeunes qui ont des enfants à charge peuvent y avoir accès plus tôt.

Selon les chiffres fournis par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, près de 40 % des personnes qui font une première demande à l'aide sociale sont elles-mêmes issues d'une famille à l'aide sociale. La dépendance intergénérationnelle à l'égard de l'aide sociale a été démontrée par plusieurs chercheurs.

Les jeunes prestataires, dans une très forte proportion, sont aptes au travail, mais ils ne possèdent aucune qualification professionnelle et très peu ou pas d'expérience de travail. Le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale propose à ces jeunes des mesures de formation ou diverses expériences de travail ou d'insertion sociale. Mais plus de la moitié des jeunes prestataires abandonnent les « programmes » favorisant l'intégration à l'emploi et risquent de demeurer longtemps à l'aide sociale.

Aide-t-on vraiment les jeunes en les accueillant à l'aide sociale ? À l'intention des jeunes qui n'ont pas de contrainte à l'emploi, ne pourrait-on pas leur offrir plutôt des parcours personnalisés de formation et des expériences de travail entre 18 et

22. Rapport entre le nombre de prestataires de l'assistance sociale et la population ayant moins de 65 ans. NB. Les données excluent le Nunavut qui comptait alors un pourcentage d'assistés de 43 %. Source : Idem graphique 12.2.

21 ans ? On s'attaquerait ainsi aux causes premières du recours de ces jeunes à l'aide sociale et au risque de dépendance à long terme.

D'autres sociétés ont mis en place des dispositifs plus dynamiques et moins problématiques que l'aide sociale pour venir en aide aux jeunes chômeurs. C'est notamment le cas de la Commission européenne avec son programme Garantie pour la jeunesse.

La « garantie pour la jeunesse » est une initiative adoptée en 2013 qui propose à tous les jeunes de moins de 25 ans, qu'ils soient inscrits au chômage ou non, une offre de qualité, dans les quatre mois suivant la fin de leur scolarité ou la perte de leur emploi. Cette offre doit consister en un emploi, un apprentissage, un stage ou une formation continue et être adaptée aux besoins et à la situation de chacun.

Il y a quelque 5 300 prestataires de moins de 20 ans au Québec. L'offre de parcours personnalisés de formation et d'aide à l'emploi ne représente donc pas un fardeau important pour le ministère.
Ne devrait-on pas encourager un débat sur cet enjeu de l'admissibilité hâtive des jeunes à l'aide sociale ?

## POLITIQUES DE MAIN-D'ŒUVRE

Comme indiqué à la section précédente, les gouvernements ne peuvent pas se contenter d'émettre des chèques aux personnes et aux familles qui ne réussissent pas à subvenir à leurs besoins essentiels en raison d'insuffisance de ressources financières. Ils souhaitent aussi s'attaquer à certaines causes associées à la pauvreté et au chômage, notamment par des interventions en matière d'éducation et de formation. Bref se développent des politiques dites de main-d'œuvre.

Les politiques de main-d'œuvre réfèrent à diverses interventions publiques qui favorisent le développement de l'emploi et l'intégration au travail des personnes à la recherche d'emploi. Ces politiques comprennent, d'une part, des modes de soutien du revenu des personnes sans emploi qui sont aptes au travail (prestataires d'assurance-chômage et d'aide sociale), des mesures de développement des compétences (en sus de la formation initiale offerte par les établissements d'enseignement) et même des initiatives de création ou de soutien de l'emploi. Divers mécanismes pour améliorer le fonctionnement du marché du travail sont aussi mis en place : politiques industrielles, planification sectorielle de la main-d'œuvre, services de placement, aide personnalisée à la recherche d'emploi, concertation employeurs-syndicats et même programmes de création d'emplois dans des situations de fort ralentissement économique.

## Les premières actions : Ottawa et Québec

Dans le domaine de la lutte au chômage, de l'emploi, de la formation et l'adaptation de la main-d'œuvre, les actions du gouvernement fédéral et celles du Québec se croisent, le plus souvent dans un climat de tension. Les enjeux du respect des compétences et le souci de la complémentarité d'action des deux ordres de gouvernement sont constamment présents à toutes les étapes de l'élaboration des politiques et des mesures destinées à améliorer le fonctionnement du marché du travail et à favoriser le développement des compétences et de l'emploi.

Le gouvernement fédéral justifie ses interventions directes dans le domaine de la formation et de l'emploi au nom de la prospérité économique du pays. Il agit aussi parce que, pendant de nombreuses années, la plupart des provinces n'ont pas la capacité d'investir dans ce domaine. Pour sa part, le gouvernement du Québec, alléguant les compétences constitutionnelles des provinces en matière d'éducation et de formation, s'oppose constamment à ces interventions fédérales et cherche à « limiter les dégâts », en réclamant que l'aide financière d'Ottawa soit encadrée dans des ententes fédérales-provinciales en vertu desquelles le Québec choisit ses propres priorités ou que l'argent lui soit transféré.

Il convient donc de présenter distinctement les premières actions du gouvernement fédéral et celles du gouvernement du Québec.

### *Les premières actions fédérales*

1901 : soutien financier du gouvernement canadien offert aux provinces pour le développement de l'enseignement technique et professionnel

Le gouvernement fédéral se préoccupe du lien entre le développement économique et la formation professionnelle dès le début du XX^e^ siècle, sous Wilfrid Laurier, premier ministre canadien. Durant les premières décennies, la population canadienne s'urbanise peu à peu : au début du siècle, la population est aux deux tiers rurale ; à la fin de la Première Guerre mondiale, plus de 50 % des Canadiens vivent en ville. Pendant cette période, la force de travail augmente de 50 %. Il semble alors important de donner à la main-d'œuvre un minimum de formation pour lui permettre d'occuper les emplois des secteurs manufacturiers en expansion[23]. C'est dans cette optique que le gouvernement fédéral offre de financer le développement d'écoles techniques dans les provinces. Une première initiative est prise par le Québec en 1905.

23. Bérubé, 2007.

### 1910 : création de la Commission royale sur l'enseignement industriel et technique

Plusieurs organisations, notamment l'Association des manufacturiers canadiens, font pression sur le gouvernement fédéral afin qu'il intervienne pour favoriser la création d'écoles techniques de manière à assurer la prospérité industrielle et le commerce extérieur du Canada. En 1910, le gouvernement Laurier crée une commission royale dirigée par J.W. Robertson de Montréal. Le gouvernement québécois de Lomer Gouin s'oppose à la création de cette commission, faisant valoir que « tout ce qui touche à l'instruction publique, que ce soit l'enseignement spécial ou l'enseignement général, est du ressort exclusif des provinces[24] ».

Dans son rapport déposé en 2013, la commission royale recommande notamment :

- La création, par les provinces, d'un réseau d'établissements d'enseignement professionnel et technique ;
- La création d'un fonds (fédéral) pour aider les provinces à créer des écoles techniques ;
- La création de conseils locaux et provinciaux de développement rural et industriel ;
- La création, au niveau fédéral, d'une « conférence de développement ».

Les suites du rapport de la commission, qui ne sont données qu'après la guerre, inaugurent une série d'interventions du gouvernement fédéral dans le champ de la formation technique, constitutionnellement occupé par les provinces.

### 1919 : adoption de la Loi (fédérale) de l'enseignement technique

Cette loi prévoit un fonds de 100 millions à dépenser en 10 ans par les provinces, chacune ne pouvant recevoir chaque année que la somme qu'elle a mise elle-même. Le Québec est d'ailleurs la dernière province à conclure une entente avec Ottawa à ce sujet. Il finit par se plier aux exigences fédérales afin de ne pas perdre sa part des 10 M $ offerts.

Périodiquement, des lois semblables sont promulguées et le développement d'écoles techniques se fait ainsi au gré du financement du gouvernement fédéral disponible.

### 1931 : adoption à Ottawa de la Loi sur le soulagement du chômage et l'assistance à l'agriculture

Il s'agit d'une initiative visant à créer un régime fédéral d'assurance-chômage, dans le contexte de la grande dépression économique. Cette loi n'est jamais promulguée puisque le Conseil privé (de Londres) l'invalide en 1937, en

24. Inchauspé, 1997.

reconnaissant qu'il s'agit d'un champ de compétence provinciale, selon la constitution canadienne.

1940 : amendement constitutionnel et assurance-chômage

Ayant obtenu l'accord unanime des provinces, le gouvernement fédéral modifie la loi constitutive du pays afin de lui permettre d'intervenir en matière d'indemnisation des chômeurs. Le régime d'assurance-chômage peut ainsi être créé, ce qui est fait l'année suivante. Les premières prestations sont versées en 1942[25].

1942 : adoption de la loi fédérale sur la coordination de la formation professionnelle[26]

Cette loi, adoptée pendant Deuxième Guerre mondiale, réitère la volonté du gouvernement fédéral de soutenir financièrement le développement de la formation professionnelle sur une période de dix ans (1942-1952). Elle s'applique finalement jusqu'en 1957. Le gouvernement fédéral accorde la priorité à la formation offerte dans les industries de guerre, au profit d'abord des vétérans démobilisés, puis des chômeurs et des travailleurs à l'emploi des entreprises du secteur des ressources naturelles.

Plusieurs ententes particulières sont conclues avec les provinces, avant d'être intégrées dans une entente consolidée en 1948, soit sur la formation des apprentis (1944) ou la construction de centres de formation professionnelle (1945). Dans un premier temps, le gouvernement du Québec refuse les subventions versées en vertu de la loi de 1942.

En 1957, la Commission royale d'enquête sur les perspectives économiques du Canada (commission Gordon)[27] recommande de bâtir plus d'écoles techniques postsecondaires, de façon à préparer un plus grand nombre de jeunes à un marché du travail offrant des emplois plus complexes et plus exigeants.

*Les premières actions du gouvernement du Québec*

Pendant plusieurs années, le gouvernement du Québec agit principalement en réaction aux initiatives fédérales en matière de formation. Il lui arrive de refuser les subventions fédérales, mais il utilise le plus souvent les ententes fédérales-provinciales comme mécanisme servant à financer la formation professionnelle et technique et à encadrer le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral.

25. Voir chapitre 10.
26. Son titre anglais est Vocational Training Coordination Act. (Bérubé, 2007).
27. La commission, présidée par Walter Gordon, traite d'un grand nombre d'enjeux, notamment l'acquisition des ressources et des entreprises canadiennes par des compagnies étrangères.

La création de certaines institutions québécoises vise aussi à réagir au « monopole » de la formation que détient le ministère de l'Éducation et à son refus d'adapter son offre de formation aux nouveaux besoins des adultes et de l'économie.

### 1868 : création d'un premier ministère de l'Instruction publique

Le ministère de l'Instruction publique remplace l'ancien Bureau d'éducation. Le premier ministre Pierre-Joseph-Olivier Chauveau, qui en est le premier titulaire, entend « continuer à diriger le domaine de l'éducation et à y maintenir la prépondérance de l'État ».

Ce ministère est aboli en 1875 à la suite des pressions de l'Église catholique. Le clergé juge en effet qu'il est seul en mesure de dispenser un enseignement adéquat aux jeunes et que l'État ne doit pas intervenir dans les questions scolaires. L'éducation est alors confiée à l'autorité du département de l'Instruction publique, formé d'un comité catholique et d'un comité protestant. Cette situation demeure pratiquement inchangée jusqu'en 1964, alors que s'amorce la laïcisation de l'éducation et que l'État établit un réseau d'éducation public.

### 1905 : fondation des premières écoles techniques

Le premier ministre Lomer Gouin crée les premières écoles techniques à compter de 1905. Il précise que ces écoles techniques se situent à « un degré inférieur à l'école polytechnique[28] ». De telles écoles voient le jour à Montréal et Québec, puis à Shawinigan, Trois-Rivières et Hull. L'École des hautes études commerciales accueille ses premiers étudiants en 1910.

Le clergé exprime une certaine méfiance à l'égard de ces écoles « spéciales », mais y consent à condition que l'on maintienne la base de l'enseignement classique : « Nos collèges classiques ne peuvent pas devenir des institutions hybrides où les sciences industrielles et commerciales absorberaient la meilleure part de l'attention des enfants et des jeunes gens[29]. »

### 1911 : implantation des premiers bureaux de placement de la main-d'œuvre

La Loi relative à l'établissement de bureaux de placement pour les ouvriers est adoptée en 1910, sous le gouvernement libéral de Lomer Gouin. Le Québec devient ainsi la première province canadienne à se doter, à compter de 1911, d'un système gouvernemental de bureaux de placement pour ouvriers. Ces bureaux gouvernementaux viennent remplacer ou concurrencer les agences privées d'emploi (il y en

28. Cette dernière avait été créée en 1873.
29. Belhumeur, 2004.

avait 22 à Montréal) qui, très souvent, exploitent une main-d'œuvre abondante et vulnérable.

Les ouvriers se plaignent en effet de l'absence de bureaux honnêtes, sous la direction du gouvernement. En présentant cette loi, le ministre des Travaux publics, Louis-Alexandre Taschereau, futur premier ministre du Québec, rapporte que « des ouvriers paient 2 $ ou 3 $ pour se procurer un emploi quelconque. Après une semaine, les patrons les mettent à la porte de la manufacture et les pauvres ouvriers sont de nouveau sur le pavé. Quant aux revenus, ils vont dans le gousset du contremaître et du chef du bureau de placement[30] ».

Le chômage atteignant des taux alarmants dans les centres urbains industriels, l'instauration de bureaux d'emploi publics apparaît désormais comme une solution novatrice pour aider surtout les journaliers et les ouvriers des secteurs les plus précaires à se trouver des emplois nécessitant des qualifications peu élevées. Malgré sa dimension charitable d'aide à l'indigent sans travail, le geste est quand même avant-gardiste, en ce sens que l'État n'interfère plus seulement dans le marché du travail pour des questions d'hygiène ou de dangers à l'usine, mais pour occuper un rôle de distributeur d'emplois, aux dépens d'agences de placement privées[31].

### 1930-1945 : initiatives du ministre du Travail en formation professionnelle[32]

Dans les années 1930, la proportion des élèves fréquentant les écoles professionnelles et techniques nouvellement créées ne représente que 3 % de la population scolaire. C'est dire que ces écoles ont peu d'influence sur la formation des ouvriers.

Le champ libre sera occupé progressivement par le ministère du Travail. Il va intervenir et légiférer d'abord pour des raisons de sécurité (électriciens, plombiers, conducteurs de machines fixes), puis pour des motifs associés à la paix sociale. Les employeurs manœuvrent en effet pour faire baisser les salaires, compte tenu de l'abondance de main-d'œuvre pendant la grande dépression économique. C'est ce contexte qui favorise la mise en place de comités paritaires (patrons-syndicats) dont les premières actions portent sur les conditions de travail. Graduellement, ces comités vont s'intéresser à la formation en milieu de travail et à l'apprentissage.

### 1945 : adoption de la Loi d'aide à l'apprentissage

Le ministre Antonio Barrette fait adopter par l'Assemblée législative la Loi d'aide à l'apprentissage qui prévoit l'ouverture de centres d'apprentissage, doublés de centres de réadaptation pour les infirmes, les accidentés du travail et les blessés

30. Bisson, 2007.
31. Gouvernement du Québec, 2011.
32. Inchauspé, 1997.

de guerre, en marge des écoles techniques et des écoles d'arts et métiers. Cette loi donne aux comités paritaires relevant du ministère du Travail le pouvoir d'enseigner. Les villes sont également reconnues comme des centres d'apprentissage (surtout dans le secteur de la construction). Les centres d'apprentissage relevant du ministère du Travail voient le jour. La loi prévoit une collaboration entre les commissions d'apprentissage et les écoles d'enseignement spécialisé, mais, dans les faits, cette collaboration n'a jamais eu lieu.

### Les années 1960 : Ottawa et Québec

Des débuts de la Révolution tranquille jusqu'en 1997 (alors qu'est conclue l'Entente de principe Canada-Québec sur le développement du marché du travail), le « dossier » de la main-d'œuvre et de la formation professionnelle est entré dans une phase de grande tension entre le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec. Le gouvernement fédéral multiplie les initiatives et le gouvernement du Québec cherche à y faire obstacle et réclame des transferts financiers sous diverses formes.

#### *Les initiatives fédérales*

En plus de gérer le programme d'assurance-chômage et d'en effectuer plusieurs réformes (chapitre 11), le gouvernement fédéral, au nom du soutien à l'économie canadienne et grâce à son pouvoir de dépenser, s'engage activement dans la formation des jeunes et de la main-d'œuvre active.

1960 : adoption de la Loi sur l'assistance à la formation technique et professionnelle

Cette loi encadre le financement des accords avec les provinces. Celle-ci autorise le gouvernement fédéral à financer la formation des chômeurs, en remboursant jusqu'à 75 % des coûts encourus par les provinces à cette fin. Le financement partagé moitié-moitié continue de s'appliquer à l'égard des autres clientèles.

Le dispositif vise notamment ceux qui ont quitté l'école secondaire sans un diplôme et les personnes handicapées. Le cofinancement s'applique également aux frais administratifs, ce qui inclut le salaire des enseignants et des superviseurs et les frais de gestion de la formation professionnelle.

1967 : adoption par Ottawa de la Loi sur la formation professionnelle des adultes

Cette loi, qui remplace celle de 1960, reconnaît que la formation constitue un élément clé d'une politique nationale efficace de main-d'œuvre. Un nouveau ministère de la Main-d'œuvre et de l'Immigration est chargé d'appliquer les

dispositions de cette loi grâce à ce que l'on appelle ultérieurement le Programme de formation de la main-d'œuvre du Canada.

La mise en œuvre de cette loi apporte un changement important dans les interventions fédérales. Le financement fédéral ne se fait plus par le moyen de « subventions » aux provinces (ou aux établissements), mais par des « achats de cours », au bénéfice des chômeurs et, dans une moindre mesure, des personnes en emploi. Les moyens portent à la fois sur la formation en établissement scolaire et la formation en entreprise. Le Québec exige (et obtient) d'effectuer lui-même ces achats en vertu d'ententes négociées avec le gouvernement fédéral. Le Québec crée à cette fin, en 1967, un comité mixte fédéral-provincial afin d'encadrer les « subventions conditionnelles » offertes par Ottawa en vertu de la Loi sur la formation professionnelle des adultes.

Le gouvernement fédéral pousse encore plus loin ses interventions dans les années 1980. Il fait adopter, en 1982, la Loi nationale sur la formation et lance, en 1985-1986, le programme Planification pour l'emploi. Il s'agit d'un programme d'envergure par lequel le gouvernement fédéral gère lui-même des programmes de formation et d'aide à l'emploi ou offre aux provinces un financement conditionnel au respect de « normes nationales ». En 1985, le budget de la Planification de l'emploi s'élevait à 2,1 milliards de dollars, dont 650 millions alloués aux achats de formation encadrés par les ententes fédérales-provinciales.

### *Le cheminement du gouvernement du Québec*

Dans la foulée de la Révolution tranquille, le gouvernement du Québec énonce avec force certaines positions de principe et cherche à modifier la constitution canadienne ou, à tout le moins, à encadrer le pouvoir fédéral de dépenser. C'est ainsi que :

- Le premier ministre Jean Lesage déclare, en 1965, que le Québec doit instaurer une politique de main-d'œuvre et d'emploi ;
- Le premier ministre Daniel Johnson, en 1968, demande que le placement et la formation de la main-d'œuvre soient attribués exclusivement aux provinces (Conférence constitutionnelle du 17 juillet) ;
- Le ministre des Affaires sociales du Québec (Claude Castonguay) réclame, en 1971, une responsabilité prioritaire dans la conception de la politique sociale.

En 1969, le gouvernement du Québec prend une orientation décisive. Il fait adopter la Loi sur la formation et la qualification professionnelle de la main-d'œuvre. Il poursuit ainsi deux objectifs : se positionner par rapport aux initiatives du gouvernement fédéral et réagir à la « rigidité » du système québécois d'éducation, incapable, dira le ministre du Travail et de la Main-d'œuvre, de répondre aux besoins des adultes.

La mise en œuvre de cette loi est marquée par la création de onze commissions de formation professionnelle de la main-d'œuvre chargées de définir les besoins de main-d'œuvre au niveau régional et de préparer des activités d'adaptation et de formation de la main-d'œuvre. Ces commissions de formation professionnelle sont aussi chargées d'administrer, en vertu des accords Canada-Québec, les fonds provenant du gouvernement fédéral aux fins de formation (achat de cours et soutien à la formation en entreprise). Ces accords Canada-Québec sont périodiquement renouvelés, au terme de tensions entre les deux ordres de gouvernement.

Ainsi, le gouvernement du Québec se dote d'un outil qui ressemble à un service public d'emploi[33] et il consacre le partage des responsabilités entre le secteur de l'emploi et celui de l'éducation. Il appartient au secteur de l'emploi de définir les besoins de main-d'œuvre et de qualification et d'exercer une influence sur le secteur de l'enseignement afin que ces besoins soient pris en compte dans l'évolution des programmes de formation initiale et continue. De plus, les budgets pour l'adaptation de la main-d'œuvre active demeurent dans le giron du ministère responsable de la main-d'œuvre et de l'emploi.

### L'étape charnière : la bataille pour le rapatriement des fonds fédéraux de l'assurance-emploi

À partir de l'échec de l'Accord constitutionnel de Victoria (1970, chapitre 1), le Québec revendique le rapatriement de la formation de la main-d'œuvre. À cet égard, il y a une remarquable continuité dans les prises de position et les décisions des gouvernements successifs au Québec, continuité qui transcende les partis politiques.

En 1982, le rapport de la Commission d'étude sur la formation des adultes (commission Jean), *Apprendre : une action volontaire et responsable*, étoffe la position québécoise. Mais le gouvernement fédéral fait la sourde oreille à ce genre de revendications. Il est appuyé en cela par les autres gouvernements provinciaux qui, en général, s'accommodent des « politiques nationales » et des ententes bilatérales en matière de financement de la formation.

Reprenant les démarches entreprises par les gouvernements antérieurs, le ministre André Bourbeau (gouvernement Bourassa) associe, à compter de 1989-1990, les partenaires du marché du travail et mène une vaste offensive en faveur du rapatriement des fonds fédéraux dédiés à la main-d'œuvre.

33. Il y manque deux éléments importants : le régime d'assurance-emploi administré par le gouvernement fédéral et un véritable service de placement.

Il invoque les impératifs de l'adaptation des travailleurs dans la foulée de la libération des échanges commerciaux et la nécessité de mettre fin au fouillis qui sévit dans le domaine de la gestion des programmes de main-d'œuvre.

### *Deux éléments déclencheurs*

Deux éléments extérieurs vont contribuer, bien qu'indirectement, à raffermir le « dossier » québécois.

En premier lieu, le gouvernement fédéral crée la Commission royale d'enquête sur l'union économique et les perspectives de développement du Canada (commission Macdonald). Mise sur pied en 1982 par le gouvernement de Pierre Trudeau, son rapport est remis en 1985 au premier ministre Brian Mulroney.

Les orientations marquantes de ce rapport sont :

- une plus grande confiance aux mécanismes du marché plutôt qu'aux interventions du gouvernement ;
- un accord de libre-échange avec les États-Unis ;
- des réformes importantes à apporter aux programmes de sécurité du revenu afin d'accroître l'efficacité économique et l'équité sociale, tout en reconnaissant le bien-fondé de maintenir la portée de l'État-providence.

Le deuxième élément externe est la conclusion de l'Accord de libre-échange Canada–États-Unis en 1987. Cet accord n'est ratifié qu'en 1988, après l'élection fédérale dont l'enjeu central est précisément le projet d'accord. Les libéraux fédéraux et la province de l'Ontario s'y opposent farouchement. Le Québec y est très favorable. La conséquence prévisible de l'abolition de plusieurs tarifs douaniers prévus dans l'accord est la perte de milliers d'emplois, principalement dans le secteur de la transformation du bois (production de meubles notamment), du textile, de l'habillement et du cuir (43 % de la main-d'œuvre canadienne de ces secteurs « mous » sont au Québec). Il y a là un urgent besoin d'adaptation et de recyclage de la main-d'œuvre.

### *La lutte pour le « guichet unique »*

Entre 1987 et 1992, le gouvernement Bourassa reprend le combat en faveur de la création d'un « guichet unique » en matière de main-d'œuvre. Il fait valoir cinq arguments principaux :

- Un nouvel ordre économique s'est instauré et il y a un urgent besoin d'adapter la main-d'œuvre aux changements qui ont lieu dans les milieux de travail ;
- Le Québec détient depuis longtemps une prépondérance législative incontestable, en matière de formation, de travail et d'emploi : Loi sur les normes du travail, Code du travail, santé et sécurité du travail, exercice des professions, apprentissage, qualification professionnelle dans plusieurs domaines,

licenciements collectifs, éducation et formation des jeunes, formation professionnelle des adultes.

- Les programmes fédéraux comportant des « normes pancanadiennes » n'apportent pas de réponse adaptée et adéquate aux réalités très diverses des marchés du travail au Canada, marchés qui varient d'une province à l'autre et même d'une région à l'autre ;
- Il est impossible de rapprocher l'administration fédérale du secteur de l'éducation et de la formation qui relève des provinces ;
- La coexistence sur un même territoire d'une organisation fédérale et d'une structure québécoise de main-d'œuvre est source de lourdeur, de complexité et d'inefficacité.

En 1990, le ministre de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu, André Bourbeau, procède à la première structuration du partenariat en matière de main-d'œuvre par la création de la Conférence permanente sur l'adaptation de la main-d'œuvre. Présidée par le ministre, cette conférence regroupe :

– les présidents des trois grandes centrales syndicales du Québec actives dans le secteur privé (FTQ, CSN et CSD) ;
– les trois plus importantes associations patronales : Conseil du patronat, Fédération des chambres du commerce du Québec et Association des manufacturiers canadiens, section Québec ;
– le président de la Confédération des caisses populaires et d'économie Desjardins (M. Claude Béland).

La Conférence permanente adopte à l'unanimité le principe et les grandes modalités de fonctionnement « d'un guichet unique » en matière de main-d'œuvre :

– transfert inconditionnel au Québec des budgets dédiés aux « mesures actives » de main-d'œuvre, budgets qui proviennent de « la caisse » d'assurance-emploi ;
– délégation au Québec de la responsabilité d'administrer, à la place du gouvernement fédéral, les prestations d'assurance-emploi. Le montant des prestations et autres services du régime d'assurance-chômage que reçoivent alors les Québécois dépasse d'environ un milliard de dollars par année le montant des cotisations versées par les travailleurs et les employeurs du Québec. Le gouvernement du Québec ne souhaite donc pas « rapatrier » le régime, d'autant qu'il eut fallu procéder à un amendement constitutionnel à cette fin. La revendication porte sur une délégation administrative[34].

34. À l'instar de ce qui fut fait plus tard au sujet de l'administration de la TPS au Québec. Pour ce qui est du « gain financier » que comporte le régime d'assurance-emploi, le professeur Pierre Fortin l'a estimé de l'ordre d'un milliard de dollars par année (sur la base de l'année 2012) dans une analyse réalisée en 2013 pour le compte de la Commission nationale d'examen sur l'assurance-emploi.

Ainsi, il n'y aurait plus au Québec qu'un seul réseau de main-d'œuvre. Ce consensus est d'autant plus facile à négocier que le ministre associe les partenaires syndicaux et patronaux à la gestion des futurs programmes de main-d'œuvre, de formation et d'emploi. Le gouvernement s'inspire en cela des modèles tripartites de gestion des services publics d'emploi qui sont en place depuis plusieurs années en Europe.

Afin de consolider le consensus québécois et de renforcer sa position de négociation avec le gouvernement fédéral, le gouvernement Bourassa pose deux gestes importants :

- Il publie en 1991 l'énoncé de politique sur le développement de la main-d'œuvre : Partenaires pour un Québec compétent et compétitif. Cet énoncé est généralement bien accueilli dans les milieux économique, social et politique.
- Il fait adopter, en 1992, la Loi sur la Société québécoise de développement de la main-d'œuvre. Cette société encadre désormais les commissions de formation professionnelle. Elle deviendrait la structure administrative d'accueil des fonds qui seraient transférés du gouvernement fédéral. Elle se veut le « guichet unique » en matière de main-d'œuvre.

Les propositions du gouvernement du Québec sont accueillies plutôt timidement par les autres provinces et avec une certaine hostilité par l'administration fédérale. Le dossier chemine difficilement. Il faudra un choc politique pour provoquer un certain déblocage.

Ce choc vient de deux référendums. En premier lieu, le gouvernement Mulroney, soucieux de la réintégration du Québec dans la constitution canadienne[35], conclut une entente à cette fin en août 1992, avec les gouvernements, provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec des représentants des Premières Nations. Cet accord, négocié à Charlottetown, donne lieu à un référendum en octobre 1992.

Le gouvernement Bourassa inclut, parmi les conditions que pose le Québec pour accepter l'amendement constitutionnel, le transfert au Québec des budgets et des responsabilités de gestion de l'assurance-emploi. Le gouvernement Mulroney souscrit à cette demande. Le référendum est cependant battu au Québec et dans cinq autres provinces.

En octobre 1995, un autre référendum se tient, au Québec cette fois. Il porte sur la souveraineté. Le résultat serré (victoire du non par 50,58 % des voix) incite le gouvernement Chrétien à « lâcher du lest ». Le dossier le plus emblématique de la rigidité du gouvernement fédéral est celui de la main-d'œuvre.

35. Le Québec n'est pas signataire de la constitution canadienne depuis le rapatriement unilatéral de la constitution par P.E. Trudeau en 1982.

En 1997, l'Entente de principe Canada-Québec sur le développement du marché du travail est conclue. Elle porte sur le transfert quasi inconditionnel des fonds provenant du Compte de l'assurance-emploi, fonds dédiés principalement aux « clientèles admissibles » de l'assurance-emploi. Pour l'exercice financier 1998-1999, un montant de 584 M $ est ainsi transféré au gouvernement du Québec.

La délégation au Québec de la gestion des prestations d'assurance-emploi ne fait pas partie de l'entente.

Le gouvernement fédéral conserve certaines responsabilités en matière de main-d'œuvre, en plus de la gestion de l'assurance-emploi. C'est ainsi que les programmes destinés aux jeunes et aux personnes handicapées continuent d'être administrés par le gouvernement central.

### Mise en place d'Emploi-Québec et de la Commission des partenaires du marché du travail

En 1997, l'Assemblée nationale adopte la Loi sur le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et instituant la Commission des partenaires du marché du travail. Dans la foulée du rapatriement des mesures actives d'emploi du gouvernement fédéral vers le gouvernement du Québec, les services publics d'emploi sont gérés par une unité autonome de service, Emploi-Québec, dirigé par un sous-ministre associé qui est aussi secrétaire général de la Commission des partenaires du marché du travail. Cette dernière agit un peu à la manière du conseil d'administration d'Emploi-Québec.

Selon les termes de la loi, la Commission des partenaires « a pour fonctions de participer à l'élaboration des politiques et mesures gouvernementales dans les domaines de la main-d'œuvre et de l'emploi, ainsi qu'à la prise de décisions relatives à la mise en œuvre et à la gestion des mesures et programmes relevant du ministre dans ces domaines, notamment quant à la programmation, aux plans d'action et aux opérations qui s'y rattachent ».

La commission est composée des membres suivants, nommés par le gouvernement :

- un président, qui devient un dirigeant à plein temps de la commission ;
- six membres représentant la main-d'œuvre québécoise (essentiellement les syndicats) ;
- six membres représentant les entreprises (les associations patronales et l'Ordre des conseillers en ressources humaines) ;
- deux membres issus des organismes communautaires actifs dans les domaines de la main-d'œuvre et de l'emploi ;
- deux représentants du milieu de l'enseignement (secondaire et collégial) ;

– le sous-ministre adjoint responsable d'Emploi Québec et le secrétaire général de la commission sont d'office membres de la commission.

Cette structure partenariale est reproduite dans chacune des régions administratives du Québec. Ce sont les conseils régionaux de développement de la main-d'œuvre.

## Portrait et enjeux

### *Accalmie dans les relations fédérales-provinciales*

La ratification de l'Entente de principe Canada-Québec sur le développement du marché du travail met fin à des années de tension dans les relations fédérales-provinciales en matière de main-d'œuvre, de formation professionnelle et d'emploi.

L'entente de 1997 n'est jamais véritablement remise en question. Quelques mois avant les élections fédérales d'octobre 2015, le ministre fédéral de l'Emploi et du Développement social a exprimé l'intention de revoir certains objectifs des accords avec les provinces, mais ce souhait n'a pas été repris par le nouveau gouvernement[36]. Le plus récent budget fédéral propose d'augmenter les crédits de ces ententes de 125 millions en 2016-2017 (fonds provenant du Compte de l'assurance-emploi ; les crédits sont donc destinés aux personnes qui sont admissibles à l'assurance-emploi).

Les ententes de 1997 conclues avec la plupart des provinces et des territoires[37] sont pour ainsi dire complétées en 2008 par les Ententes relatives au marché du travail qui, elles, visent particulièrement les travailleurs et les chômeurs qui ne sont pas admissibles à l'assurance-emploi. Ces ententes sont reconduites en 2014 jusqu'en 2020. Des crédits de l'ordre de 800 M $ par année, provenant du Trésor fédéral, y sont affectés. Dans le récent budget, le gouvernement fédéral a fait part de son intention d'augmenter de 50 M $ en 2016-2017 les crédits alloués à ces budgets de formation.

En somme, même si ces ententes comportent des clauses pour que l'un ou l'autre des signataires puisse y mettre en fin, moyennant un préavis d'au moins un an, l'histoire nous apprend que ce genre d'accord n'est pratiquement jamais aboli.

36. L'ex-ministre ne menaçait aucunement d'abolir ces ententes.
37. Le Québec a été la 6e province à ratifier cette entente. L'Ontario l'a conclue en 1999.

Il subsiste encore des différends entre le gouvernement du Québec et le gouvernement fédéral en matière de formation, mais les ententes sur le marché du travail ont réduit les zones de friction et facilité la mise en place d'un réseau unifié de main-d'œuvre où les partenaires nationaux et régionaux sont très engagés.

*Réelle embellie du marché du travail*

Comme l'a montré Pierre Fortin au chapitre 3, le Québec a fait d'importants gains sur le marché du travail au cours des vingt dernières années : hausse significative de la participation au marché du travail, en particulier chez les femmes, création presque constante d'emplois chaque année et diminution du taux de chômage.

*Le sous-investissement des entreprises dans la formation de la main-d'œuvre*

Les systèmes d'éducation et d'enseignement supérieur et technique demeurent les premiers responsables de la formation de base et de la formation initiale qui préparent les jeunes à devenir des citoyens actifs et responsables, notamment sur le marché du travail.

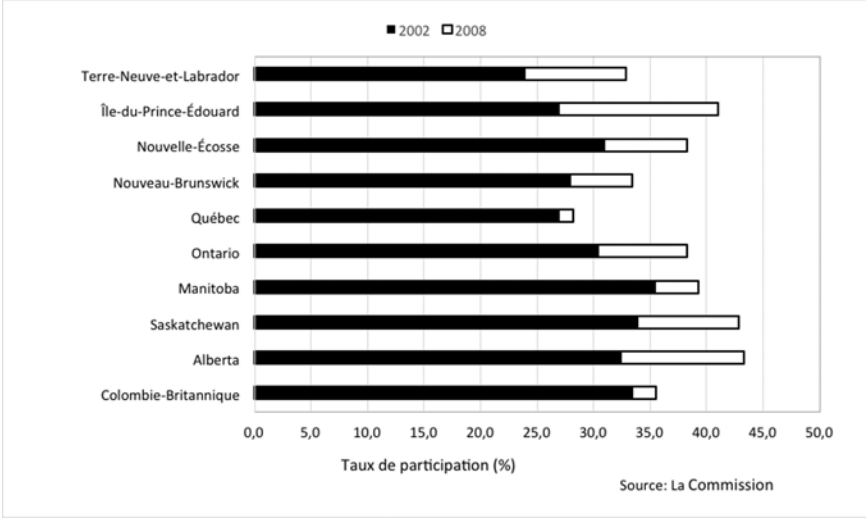
La contribution des employeurs à l'adaptation et à la formation des personnes à leur emploi est cependant essentielle, dans un contexte de changements technologiques où il faut « apprendre tout au long de la vie ». La compétitivité des entreprises passe inévitablement par des investissements dans la formation de la main-d'œuvre.

Or, de longue date, le Québec est aux prises avec un réel sous-investissement des entreprises en matière de formation de la main-d'œuvre. Le gouvernement du Québec a déployé diverses stratégies afin de renverser cette tendance :

- Crédits d'impôt offerts aux entreprises pour les dépenses en formation ;
- Adoption d'une loi obligeant les employeurs à investir au moins 1 % de la masse salariale de leur entreprise dans la formation de la main-d'œuvre (le Québec est le seul en Amérique du Nord à s'être doté d'une telle loi) ;
- Subventions ciblées offertes aux entreprises pour diverses catégories de dépenses en matière de formation.

Les résultats demeurent décevants. Les comparaisons interprovinciales révèlent que les autres provinces que le Québec progressent plus rapidement à l'égard de la formation qui constitue une composante déterminante de la compétitivité des entreprises et de la productivité. Des statistiques à cet égard sont présentées au graphique 12.4.

Graphique 12.4
**Participation des Canadiens de 25 à 64 ans à des études ou de la formation liées à l'emploi, selon la province, 2002 et 2008**

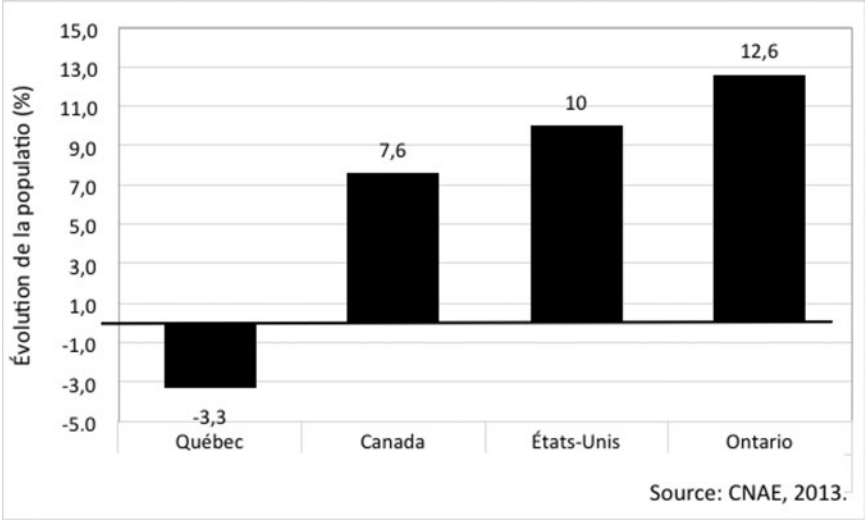



*Diminution des personnes disponibles au travail*

Les tendances démographiques du Québec vont marquer profondément le marché du travail québécois dans l'avenir prévisible. Le Québec va aussi se démarquer des autres provinces, en particulier de l'Ontario, par une diminution nette du nombre de personnes disponibles au travail. Le graphique 12.5 illustre bien cette différenciation.

Cela devrait faciliter la réduction du taux de chômage, mais pose le défi de l'accroissement de la productivité.

Graphique 12.5
**Évolution de la population en âge de travailler, au Québec et ailleurs en Amérique du Nord, entre 2010 et 2030 (en pourcentage)[38]**

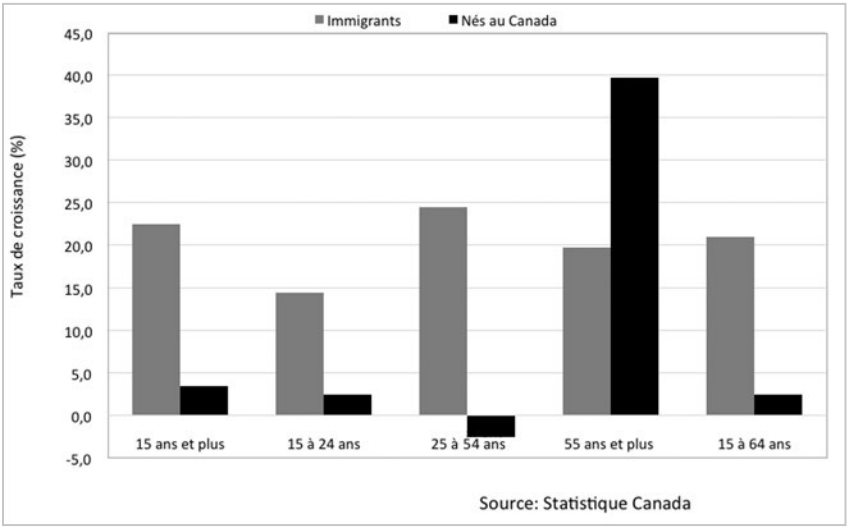



*La difficile intégration des immigrants au marché du travail*

Étant donné la situation démographique du Québec, surtout du point de vue des personnes disponibles au travail, l'immigration représente depuis quelques années la première source de croissance de la main-d'œuvre disponible au Québec. Des données par groupe d'âge sont présentées au graphique 12.6.

38. Commission nationale d'examen sur l'assurance-emploi (CNAE, 2013), Réforme de l'assurance-emploi : des correctifs pressants et des perspectives d'avenir, rapport, novembre 2013.

Graphique 12.6
**Taux de croissance de la population active : immigrants vs personnes nées au Québec, 2006 à 2012[39]**




Le défi d'intégrer ces personnes au marché du travail demeure entier. Force est de constater que le Québec, malgré un contexte théoriquement favorable, n'a pas fait beaucoup de progrès à ce chapitre. Les données figurant au tableau 12.2 et présentant le taux de chômage en fonction du nombre d'années au Canada sont probantes à cet égard.

TABLEAU 12.2
**Taux de chômage selon l'origine**

| CATÉGORIE | TAUX DE CHÔMAGE* |
|---|---|
| Nés au Canada | 7,90 % |
| Immigrants récents (5 ans ou moins) | 20,80 % |
| Immigrants au Québec de 5 à 10 ans | 12,50 % |
| Immigrants au Québec depuis 10 ans | 8,30 % |

* Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, 2014.

39. Compilation spéciale du ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion à partir des données de l'Enquête sur la population active de Statistique Canada.

## Bibliographie


Belhumeur, Émilie. 2004. *L'essor de l'enseignement moderne au Québec*. Bilan du siècle. Université de Sherbrooke, 21 février 2014. URL : http://bilan.usherbrooke.ca/bilan/pages/collaborations/7196.html.

Bérubé, Michel. 2007. *Petite histoire des relations Canada-Québec autour des politiques sur la formation de la main-d'œuvre*. Cahiers de l'Alliance de recherche universités-communautés. Université Laval, 30 p. (https://www.aruc.rlt.ulaval.ca/sites/aruc.rlt.ulaval.ca/files/ct-2007-002_michel_berube_dr_formation_02022007.pdf).

Bisson, François. 2007. *L'État et le placement des chômeurs au Québec : les premiers bureaux d'emploi publics, 1909-1932*. Université du Québec à Montréal, août 2007, 354 p. (http://www.archipel.uqam.ca/3530/1/D1571.pdf)

Centre justice et foi. 2008. Revue *Relations*, février 2008.

Chronologie historique des femmes du Québec. 2000. *Le « dominium » indépendant*. Mis à jour le 29 janvier 2000. URL : http://pages.infinit.net/histoire/femmes5.html.

Commend, Susanne. 2001. *Les Instituts Nazareth et Louis-Braille, 1861-2001 : une histoire de cœur et de vision*. Septentrion, 326 p.

Daigle, Johanne, André Turmel, Virginie Fleury-Potvin et Sophie Lapointe. 2006. *La catégorie d'orphelin en milieu institutionnel : quelques paramètres pour la région de Québec, 1850-1950*. Départements d'histoire et de sociologie. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval, p. 113-134 (http://quebec400e.cieq.ca/publications/pdf/GeoHistorique/orphelin.pdf).

Gouvernement du Québec. 2011. *Les 80 ans du ministère du Travail : au diapason d'une société en évolution*. Ministère du Travail du Québec, 50 p. (https://www.travail.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/Documents/historique/Histoire-MTRAV.pdf).

Gouvernement du Québec. 2013. *Réforme de l'assurance-emploi : des correctifs pressants et des perspectives d'avenir*. Rapport de la Commission nationale d'examen sur l'assurance-emploi. Québec, novembre 2013, 102 p. (http://www.cneae.gouv.qc.ca/).

Gouvernement du Québec. 2015. *Rapport annuel de gestion 2014-2015*. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 217 p. (http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/ADMIN_rapport_annuel_2014-2015.pdf).

Gouvernement du Québec. 2016. Travail, Emploi et Solidarité sociale Québec. Mis à jour le 17 juin 2016. URL : http://www.mess.gouv.qc.ca/cepe/presentation.asp.

Inchauspé, Paul. 1997. *Relations entre formation professionnelle et systèmes éducatifs : étude historique et tendances actuelles*. Outremont : Société québécoise de développement de la main-d'œuvre. 17 avril 1997, 30 p. (http://www.collegeahuntsic.qc.ca/sites/default/files/public/documents/archives-paul-inchauspe/83-formation-professionnelle-systemes-educatifs-paul-inchauspe.pdf).

La Commission. 2011. *Le vieillissement de la main-d'œuvre et l'avenir de la retraite : des enjeux pour tous, un effort de chacun.* Commission nationale sur la participation au marché du travail des travailleuses et travailleurs expérimentés de 55 ans et plus, 146 p. (http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/GD_rapport_commission_nationale.pdf).

Mathieu, Jacques, et Jacques Lacoursière. 1991. *Les Mémoires québécoises*. Les Presses de l'Université Laval, 383 pages.

Québec. 1932-1933. *Commission des assurances sociales de Québec : premier et deuxième rapports*. La Commission, 332 p. (http://bibliotheque.assnat.qc.ca/content.php?pid=513865&sid=4520478).

Québec. 1984. *Journal des débats*. Assemblée nationale, 15 mars 1984.

Tremblay, Arthur, Robert Blais et Marc Simard. 1989. *Le ministère de l'Édition et le Conseil supérieur : antécédents et création, 1867-1964*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 426 p.

Université de Sherbrooke. *Bilan du siècle : une base intégrée d'information sur le Québec*. URL : http://bilan.usherbrooke.ca/.

Vaillancourt, Yves. 1992. *Un bilan québécois des quinze premières années du Régime d'assistance publique du Canada (1966-1981) : la dimension sociale*. Département de travail social, Université du Québec à Montréal. « Service social », vol. 41, nº 2, p. 19-47. (https://www.erudit.org/revue/ss/1992/v41/n2/706568ar.pdf)

# Chapitre 13

# La Caisse de dépôt et placement du Québec

*Bernard Morency et Diane Lemieux*[1]

***« Réservoir de capitaux le plus important qui soit jusqu'ici dans cette province, la Caisse est appelée à remplir une fonction diversifiée et nécessaire. Alimentée par les contributions provenant de toute la population, elle doit être administrée de façon à respecter […] le double critère de la sécurité des dépôts et du développement accéléré du Québec*[2]*. »***

Jean Lesage, premier ministre du Québec, 9 juin 1965

TABLE DES MATIÈRES

**Introduction : La naissance d'une grande institution québécoise** . . . . . **499**
Au service des déposants . . . . . 499
Un grand gestionnaire de fonds . . . . . 500
Un réservoir de capitaux pour le développement du Québec . . . . . 500
Une vision pérenne . . . . . 501

**Les déposants** . . . . . **501**
La Régie des rentes, premier déposant . . . . . 501
Les caisses de retraite . . . . . 502
Les fonds du ministère des Finances . . . . . 504
Les régimes d'assurance . . . . . 505
Les besoins diversifiés des déposants . . . . . 506

**Les sommes à investir** . . . . . **507**
Les dépôts et revenus de placement . . . . . 507
Les retraits . . . . . 509

1. Les auteurs tiennent à remercier Sarah Marchand et Patrice Bégin pour leur contribution à ce texte.
2. Les citations dans l'introduction sont tirées des notes d'allocution de Jean Lesage à l'occasion de la présentation du projet de loi de la Caisse de dépôt et placement du Québec, en deuxième lecture, le 9 juin 1965. Le document peut être consulté sur le site Web de la Caisse : www.cdpq.com/sites/all/files/medias/fr/lacaisse/documents/discours_jean_lesage_1965_fr.pdf.

**Les placements** . . . . . **510**
Investir « en bon père de famille » . . . . . 511
Battre l'inflation . . . . . 512
Les actions prennent du poids . . . . . 512
L'immobilier prend de l'ampleur . . . . . 513
Les infrastructures, véhicule de placement à long terme . . . . . 514
Évolution sur le demi-siècle . . . . . 514
Diversification géographique des investissements . . . . . 515

**Partenaire du développement économique** . . . . . **517**
Financer l'essor de l'État et la Baie-James . . . . . 518
Quand la construction va… . . . . . 519
Partenaire des entreprises québécoises . . . . . 519
Au cœur de l'économie québécoise . . . . . 520

**Rendement et risque** . . . . . **520**
La diversification . . . . . 521
Les risques . . . . . 521
Sophistication de la gestion des risques . . . . . 522
Deux périodes difficiles . . . . . 522
Transformations majeures dans la gestion des risques . . . . . 523
Les rendements . . . . . 524

**Constats et enjeux : quel avenir pour la Caisse ?** . . . . . **525**
Un actif en croissance moins rapide . . . . . 526
Le défi des rendements . . . . . 526
L'économie québécoise : mondialiser, innover et entreprendre . . . . . 527
Un demi-siècle plus tard . . . . . 528

## INTRODUCTION : LA NAISSANCE D'UNE GRANDE INSTITUTION QUÉBÉCOISE

Lorsque le gouvernement fédéral de Lester B. Pearson met de l'avant son intention de créer un régime de pension à l'échelle canadienne, quelques-uns parmi les artisans de la Révolution tranquille préparent déjà une solution toute québécoise. Ces cotisations de travailleurs, ces milliards de dollars, représentent l'occasion de créer une institution financière de première importance. En mettant sur pied son propre régime public de rentes, l'État peut du même coup créer un réservoir de capitaux qui aidera au développement économique et social du Québec. Ainsi naît la Caisse de dépôt et placement du Québec.

Cinquante ans plus tard, la vision des architectes de la Caisse s'est pleinement matérialisée, sans doute au-delà de leurs espérances. Créée autour de la seule Régie des rentes (RRQ) et détenant au bout de sa première année d'exploitation un actif de 183 millions de dollars, elle gère à la fin de 2015 les actifs de 34 déposants, représentant 248 milliards de dollars, soit 1 355 fois plus.

### Au service des déposants

Au moment de la présentation de la Loi sur la Caisse de dépôt et placement du Québec, le 9 juin 1965[3], le premier ministre Lesage précise formellement que le nouvel organisme « doit être orienté de façon à servir le plus efficacement possible les intérêts de ceux qui seront appelés à y déposer une fraction de leurs revenus ». La Caisse est d'abord fiduciaire de l'argent de ses déposants, les travailleurs, et, par l'entremise du gouvernement et de ses organismes, de tous les citoyens du Québec.

La Caisse est alimentée au départ par les cotisations des travailleurs à la nouvelle Régie des rentes et le premier ministre évoque des prévisions actuarielles qui font état d'actifs qui pourraient atteindre quatre milliards de dollars au bout de 20 ans. Cela fait sourire quand on sait qu'en 1985 les actifs sous gestion atteignaient plutôt 25 milliards de dollars. Néanmoins, les artisans de cette institution prévoyaient déjà une telle progression, précisant qu'à l'avenir « […] le gouvernement pourra lui transmettre l'administration d'autres comptes ».

L'ajout d'autres déposants est donc déjà inscrit dans la loi constitutive de la Caisse, Lesage mentionnant par exemple le Fonds de la Commission des Accidents du Travail et celui de la Commission du Salaire minimum. Sur le demi-siècle écoulé, bien des déposants se joignent effectivement à la RRQ, multipliant ainsi les entrées de fonds : régimes de retraite, régimes d'assurance et, plus tard, fonds du gouvernement lui-même.

---

3. La loi est sanctionnée le 15 juillet 1965.

### Un grand gestionnaire de fonds

Ces dépôts, les gestionnaires de la Caisse doivent les placer et les faire fructifier. Dès le départ, les grandes orientations d'investissement sont précisées et correspondent aux objectifs de développement mentionnés par Lesage. Les obligations gouvernementales figurent bien entendu en haut de la liste. Les besoins de financement de l'État québécois sont particulièrement importants à cette époque.

Il est également prévu que la Caisse investisse dans l'immobilier, par l'achat d'immeubles ou par le crédit hypothécaire, ainsi que dans les entreprises privées, par l'achat d'actions ou d'obligations. Au fil des décennies, répondant aux besoins de déposants de plus en plus nombreux et aux défis économiques et financiers qui se succèdent, la Caisse offre des véhicules de placement de plus en plus diversifiés.

Quelques années après le début de ses activités, l'institution détient le plus important portefeuille de placements en actions canadiennes du pays. Au long des décennies, elle investit dans les marchés financiers, acquiert des actions étrangères, des placements privés, des infrastructures et bâtit l'un des dix plus importants portefeuilles immobiliers au monde. Ces placements permettent de rapporter au Québec les dividendes escomptés par les déposants.

### Un réservoir de capitaux pour le développement du Québec

Les créateurs de l'institution avaient un dessein, « la Caisse ne devant pas seulement être envisagée comme un fonds de placement au même titre que tous les autres, mais comme un instrument de croissance, un levier plus puissant que tous ceux qu'on a eus dans cette province jusqu'à maintenant ». Au fil des ans, la Caisse s'est acquittée de cette responsabilité de diverses façons.

Au départ, il s'agit principalement de contribuer au financement des organismes publics et de jouer un rôle de premier plan afin « […] d'élargir le marché pour ces titres, d'intensifier le volume des transactions, d'éviter qu'apparaissent des différences irrégulières de rendement pour diverses échéances ». Dans son allocution, le premier ministre va jusqu'à comparer le rôle de la Caisse à celui de la Banque du Canada, du moins à l'égard des titres du gouvernement canadien.

La contribution au développement du Québec passe ainsi par le financement des obligations émises par le gouvernement, Hydro-Québec, les commissions scolaires (beaucoup d'écoles seront construites dans ces années-là) ou les municipalités. Il s'agit d'une contribution cruciale pour le développement économique, mais aussi social du Québec.

Par la suite, la Caisse a élargi son action en utilisant les fonds de son réservoir de capitaux pour appuyer le développement du secteur privé au Québec, que ce

soit par des investissements directs dans les entreprises, par l'achat de titres boursiers québécois ou par l'acquisition ou le développement d'immeubles.

### Une vision pérenne

Avec cette loi constitutive, les assises de ce qu'allait devenir la Caisse de dépôt et placement du Québec étaient posées pour les 50 années à venir et au-delà. Il y eut bien sûr quelques modifications législatives sur cette longue période, certaines significatives, mais aucune n'aura modifié les lignes tracées par les architectes des années 1960 qui, pour reprendre les mots du président et chef de la direction Michael Sabia, ont fait preuve de vision. « Ils ont osé. Et ils ont innové. Ils étaient animés par un état d'esprit. Celui d'entreprendre quelque chose qui n'existait pas encore[4]. »

## LES DÉPOSANTS

Pour que la Caisse devienne ce réservoir de capitaux évoqué par Lesage, la condition est la création du Régime des rentes du Québec, source première de dépôts fort importants. À mesure que les années passent, de nouveaux déposants s'ajoutent, chacun avec ses objectifs de rendement et sa tolérance au risque : régimes de retraite, régimes d'assurance, fonds gouvernementaux. De sorte qu'au bout de 50 ans, la Caisse sert 34 déposants.

### La Régie des rentes, premier déposant

En 1966, première année d'activités de la Caisse, la Régie des rentes constitue le premier et seul déposant. Prévoyant qu'elle demeurerait la plus importante source de dépôts dans l'avenir, les dirigeants de la Caisse en concluent que « […] les besoins et objectifs de cet organisme sont ceux que la Caisse doit s'appliquer à satisfaire[5] ». Ces besoins et objectifs se traduisent par le souci de protéger le capital et de privilégier des investissements à long terme.

Cette première année, la Régie dépose une somme de 178,5 millions de dollars sur un peu plus de 10 mois. À ce moment, les deux millions de cotisants surpassent de beaucoup les presque 3 000 bénéficiaires, assurant pour les années à venir des

4. Caisse de dépôt et placement du Québec, « 50e de la Caisse : un esprit d'innovation qui traverse les décennies », allocution du président et chef de la direction Michael Sabia prononcée le 27 mai 2015 au Cercle canadien de Montréal, [En ligne], [www.cdpq.com/sites/all/files/medias/fr/nouvelles-medias/allocutions/documents/allocution-msabia_50-de-la-caisse_cercle-canadien.pdf].
5. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel de gestion* 1966, p. 5.

dépôts nets d'une grande ampleur[6]. Alors que les premières estimations actuarielles escomptent un rendement de 5 %, la Caisse obtient un résultat de 6,4 % à son premier exercice financier[7]. Dans les années qui suivent, la RRQ demeure de loin le plus important déposant, mais n'est plus le seul[8].

En 1979, les actifs de la Régie des rentes constituent 62 % de l'avoir total des déposants à la Caisse. À la fin de 2015, son actif de 57,1 milliards de dollars constitue une somme fort importante, mais ne compte plus que pour moins du quart (23 %) du total.

Soulignons que, dans les années 1990, les sorties de fonds de la RRQ dépassent les revenus (cotisations + revenus de placement) à plusieurs reprises. En 1994, par exemple, le montant des prestations versées atteint 4,4 milliards de dollars, tandis que les revenus s'élèvent à 2,8 milliards. C'est ainsi que l'actif net de la RRQ à la valeur marchande a légèrement diminué de 1991 à 1998, passant de 15,7 milliards à 15,5 milliards en sept ans[9].

Dans une évaluation actuarielle de 2012, la Régie prévoit que, de 2019 à 2062, les revenus de placement combleront l'écart entre les cotisations et les retraits, ce qui limitera la croissance du fonds[10]. C'est donc dire qu'à moins d'un changement important, pour les décennies à venir, les avoirs de la RRQ devraient constituer une proportion de moins en moins importante de l'actif total géré par la Caisse.

### Les caisses de retraite

Jusqu'en 1970, outre la RRQ, les déposants sont issus d'organismes gouvernementaux responsables de fonds d'assurance. Le portrait commence à changer quand l'Office de la construction du Québec confie à la Caisse les fonds du Régime supplémentaire de rentes pour les employés de l'industrie de la construction du Québec. Ce déposant devient rapidement un des plus importants, alors que les caisses de retraite en viennent à constituer la majorité des dépôts à la Caisse. Dans

6. Retraite Québec, « L'évolution du Régime de rentes du Québec en chiffres », [En ligne], [www.rrq.gouv.qc.ca/fr/regie/historique/Pages/histoire_chiffres.aspx].
7. « Ce rendement, supérieur au taux de 5 % ayant servi aux estimations actuarielles du Régime des rentes du Québec […] ». Caisse de dépôt et placement du Québec, Rapport annuel de gestion 1966, p. 9.
8. En 1967, la Régie des marchés agricoles devient le deuxième déposant, puis l'année suivante vient le tour de l'Assurance-récolte du Québec. En 1969, le gouvernement ajoute la Régie de l'assurance-dépôts, qui sera plus tard intégrée à l'Autorité des marchés financiers.
9. RRQ, *Régime de rentes du Québec : statistiques de l'année 2014*, « Tableau 3 » dans Retraite Québec, [En ligne], [www.rrq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/www.rrq.gouv.qc/Francais/publications/regime_rentes/statistiques/Statistiques-RRQ-2014.pdf].
10. Retraite Québec, « Évaluation actuarielle du Régime des rentes du Québec au 31 déc. 2012 », [En ligne], [www.rrq.gouv.qc.ca/fr/regie/etudes_sondages/Pages/evaluation_actuarielle_decembre2012.aspx].

les années suivant la création de l'Université du Québec[11], un régime supplémentaire des rentes est constitué et confié à la Caisse.

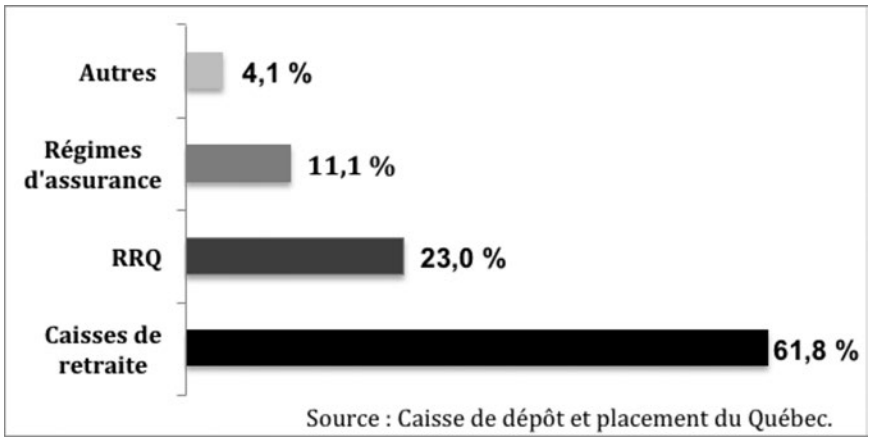
L'année 1973 constitue un tournant, alors que l'institution accueille trois déposants appelés à figurer parmi les plus importants : la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), ainsi que le Régime de retraite du personnel d'encadrement du secteur public (RRPE)[12]. Les participants du RREGOP et du RRPE proviennent aussi bien de la fonction publique que des domaines de la santé et de l'éducation.

Au cours des ans, diverses caisses de retraite liées aux employés des secteurs public et parapublic se joignent aux premiers déposants de la Caisse. Notons, par exemple, les régimes de retraite des élus municipaux en 1989, des ambulanciers en 1990, du personnel des CPE et des garderies privées conventionnées en 2005 ou encore des membres de la Sûreté du Québec en 2007[13] et des agents de la paix en services correctionnels en 2012. Au cours de cette période, des commissions scolaires ainsi que certaines municipalités confient d'autres régimes de retraite à la Caisse.

Au total, en 2015, les caisses de retraite[14] comptaient pour 61,8 % de l'actif net de la Caisse.

11. L'Université du Québec est créée en 1968 par une loi de l'Assemblée nationale, tandis que les premiers établissements ouvrent à Montréal, à Trois-Rivières, ainsi qu'à Chicoutimi un an plus tard.
12. Ces régimes ne sont constitués que de la part des employés. Le Fonds d'amortissement des régimes de retraite (FARR), qui est constitué des contributions du gouvernement, est créé dans les années 1990. À noter également que, même si deux caisses distinctes ont existé dès l'entrée en vigueur du RREGOP en 1973, ce n'est que plusieurs années plus tard que fut officiellement scindé ce régime avec la création du Régime de retraite du personnel d'encadrement du secteur public (RRPE).
13. En ce qui a trait au régime des membres de la SQ, l'employeur a commencé à verser sa part à compter de 2009.
14. Y compris le Fonds d'amortissement des régimes de retraite.

Graphique 13.1
**Proportion de l'actif net des différentes catégories de déposants (au 31 décembre 2015)[15,16]**




## Les fonds du ministère des Finances

Parmi ces régimes de retraite, plusieurs constituent un passif important pour le gouvernement du Québec. C'est que, pendant plus de deux décennies, l'État ne cotise pas sa part des régimes de retraite de ses employés[17]. Pour remédier à cette situation, le ministère des Finances crée le Fonds d'amortissement des régimes de retraite (FARR) en 1993[18], ayant pour objectif de combler 70 % de ce déficit actuariel d'ici 2020. Modestes dans les premières années, les dépôts prennent de l'ampleur au tournant des années 1999-2000, avec des sommes d'un milliard à trois milliards de dollars par année. La logique du FARR repose sur la prémisse voulant qu'à long terme la Caisse obtienne des rendements supérieurs aux coûts d'emprunt du gouvernement, de façon à diminuer sa dette. C'est une réussite, les rendements du FARR étant supérieurs aux coûts d'emprunt 15 années sur 20,

15. Dans ce graphique, le Fonds d'amortissement des régimes de retraite (FARR) fait partie de la catégorie Caisses de retraite, tandis que le Fonds des générations fait partie de la catégorie Autres.
16. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel 2015*.
17. Ce passif concerne dix régimes de retraite, dont la liste complète figure à la p. E.36 du *Budget du Québec 2015-2016. Plan économique*. En 1994, le passif du gouvernement au titre des régimes de retraite s'élevait à plus de 21 milliards de dollars. *Budget 2015-2016*, « Données historiques », p. C.26. Suivant le passage des ans et après les diverses réformes comptables, ce passif était évalué à près de 80 milliards de dollars en 2013-2014.
18. Le premier dépôt – de 850 millions de dollars – fut effectué en 1994.

dépassant d'environ 2 % en moyenne par année les coûts d'emprunt du gouvernement sur 20 ans[19].

La même situation s'applique aux congés de maladie accumulés par les employés de l'État, pour lesquels aucune réserve n'a été constituée. Le gouvernement constitue donc le Fonds des congés de maladie accumulés en 2008 selon le même principe que le FARR. En 2015, ce fonds est doté d'un actif d'un milliard de dollars.

Toujours en vue de gérer la dette publique, le gouvernement du Québec crée en 2006 le Fonds des générations, constitué de revenus dédiés, allant de redevances sur les ressources hydrauliques, en passant par une taxe spéciale sur les boissons alcoolisées et l'indexation du prix de l'électricité patrimoniale. Le Fonds vise à réduire le poids de la dette publique québécoise.

Les dépôts du Fonds des générations sont en forte croissance. Les premiers dépôts prévus en 2007 totalisent 374 millions de dollars, mais sont finalement augmentés de 500 millions, résultat de la vente d'une participation d'Hydro-Québec dans une entreprise chilienne[20]. En 2009, le Fonds est doté de 709 millions et, en 2014-2015, d'une somme de 1,2 milliard. Le gouvernement actuel prévoit y injecter 1,6 milliard en 2015-2016 et une somme de 2,2 milliards en 2016-2017[21]. À ce rythme, le Fonds des générations restera un des principaux fonds gérés par la Caisse dans l'avenir, le gouvernement ne prévoyant aucun décaissement. Au 31 décembre 2015, le Fonds disposait d'un actif de 9 milliards de dollars, ce qui constitue 3,7 % de l'actif net de la Caisse.

### Les régimes d'assurance

Les régimes publics d'assurance constituent l'autre grande catégorie de déposants de la Caisse. Dès les premières années, le gouvernement lui confie la gestion de fonds liés à des assurances dans le domaine agricole et l'assurance-dépôts des institutions financières de responsabilité québécoise. Au 31 décembre 2015, la Financière agricole et l'Autorité des marchés financiers disposent d'actifs de 586 et 748 millions, respectivement.

Comme indiqué plus tôt, l'organisme qui deviendra la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)[22] a effectué son premier dépôt en 1973. À la même époque, le gouvernement crée la Société

19. Budget 2015-2016, Plan économique, p. E.41.
20. Budget du Québec 2006-2007, Plan budgétaire, section 3, p. 15 et Budget 2007-2008, p. C.5.
21. Budget 2015-2016, Plan économique, page 4, Tableau 1.
22. La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) est créée en 1979 et deviendra la CNESST en 2015. Les premiers dépôts sont effectués par le prédécesseur de la CSST, la Commission des accidents du travail, un des plus anciens organismes du gouvernement québécois,

de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). La SAAQ effectue un premier dépôt en 1978. Dix ans plus tard, son actif s'élève à 4,5 milliards de dollars, ce qui en fait le troisième déposant en importance à la Caisse. Aujourd'hui, la CNESST et la SAAQ constituent toujours deux des principaux déposants avec des actifs de 25,6 milliards de dollars, soit un peu plus de 10 % des 248 milliards d'actif net au 31 décembre 2015.

### Les besoins diversifiés des déposants

Fondée au départ pour gérer les actifs d'un seul déposant, la Caisse n'avait pas à offrir toute une déclinaison de véhicules de placement correspondant aux besoins et objectifs variés de ses clients. Les choses changent rapidement et l'institution doit alors créer des fonds distincts, chacun des déposants ayant sa propre politique de placement. Celle-ci est liée à leur tolérance au risque, à leur horizon d'investissement à plus ou moins long terme et, conséquemment, à leur objectif de rendement.

Chacun des déposants possède au moins un fonds qui lui est propre. Pour un temps, les actifs de certains, comme la RRQ et d'autres organismes gouvernementaux, sont gérés à partir du Fonds général, dont la stratégie de placement est déterminée par la Caisse.

D'autres déposants – dont les régimes supplémentaires de rentes (régimes de retraite) – déterminent le poids alloué à chacun des portefeuilles spécialisés établissant ainsi la pondération dans chaque catégorie d'actif. En 1970, les portefeuilles spécialisés[23] sont au nombre de quatre :

1. Actions ;
2. Obligations ;
3. Immeubles ;
4. Hypothèques.

Comme l'éventail des placements de la Caisse, les portefeuilles deviennent au fil des ans de plus en plus diversifiés, offrant ainsi des options beaucoup plus étendues aux déposants. En 2015, la Caisse offre à chacun la possibilité de répartir, selon la pondération de leur choix, leurs fonds au sein de différents portefeuilles spécialisés (tableau 13.1).

---

mis en place en 1928. Travail, Emploi et Solidarité sociale, « Dates marquantes », [En ligne], [www.travail.gouv.qc.ca/a_propos/histoire/dates marquantes.html].

23. Au départ, ce sont les « portefeuilles ségrégatifs », qui sont ensuite nommés « fonds spécialisés », puis finalement « portefeuilles spécialisés » jusqu'à aujourd'hui.

TABLEAU 13.1
**Offre de portefeuilles spécialisés (au 31 décembre 2015)**

| | GESTION ACTIVE | GESTION INDICIELLE | OBJECTIFS |
|---|---|---|---|
| **Revenu fixe** | Obligations<br>Dettes immobilières | Valeurs à court terme<br>Obligations à long terme | Réduction du niveau de risque global du portefeuille<br>Appariement entre l'actif et le passif des déposants |
| **Placement sensibles à l'inflation** | Immeubles<br>Infrastructures | Obligations à rendement réel | Exposition à des marchés dans les revenus de placement sont indexés à l'inflations. Couverture partielle du risque d'inflation associé au passif de plusieurs déposants |
| **Actions** | Actions Qualité mondiale<br>Actions canadiennes<br>Actions des marchés en émergence<br>Placements privés | Actions américaines<br>Actions EAEO | Augmentation du rendement espéré des déposants à long terme |
| **Autres placements** | Stratégies actives de superposition<br>Réparation de l'actif | | Diversification et complémentarité du portefeuille global de la Caisse |

Source : Caisse de dépôt et placement du Québec[24].

## LES SOMMES À INVESTIR

### Les dépôts et revenus de placement

Le nombre et la nature des déposants ont beaucoup évolué depuis la création de la Caisse en 1965. Il en est de même quant à l'origine et à l'importance des dépôts effectués au cours des ans. Au départ, les dépôts sont essentiellement le fait de la RRQ et ils surpassent de beaucoup les revenus tirés des placements. Ainsi, ce sont les dépôts qui permettent surtout l'accroissement de l'actif sous gestion de la Caisse dans sa première décennie.

C'est à partir de 1980 que les revenus de placement de l'ensemble des fonds surpassent les dépôts dans l'accroissement de l'actif[25]. En 1985, les dirigeants de la Caisse calculent que les revenus nets de placements accumulés représentent la somme de 14 milliards sur un avoir de 23 milliards, soit plus de la moitié[26].

Cette année-là, les retraits dépassent de 350 millions le montant des dépôts. Parmi les principaux déposants, la RRQ, la Commission de la construction du Québec et la CSST effectuent toutes des retraits puisés à même les revenus de placement, tandis que la Société de l'assurance automobile du Québec et le

24. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel* 2015.
25. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Quinzième rapport de gestion 1980*, p. 8.
26. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Vingtième rapport de gestion 1985*.

RREGOP effectuent des dépôts nets. Dix ans plus tard, les retraits deviennent de plus en plus importants, ralentissant le rythme de croissance de l'actif net. Ainsi, en 1995, les retraits nets de 1,6 milliard de la RRQ équivalent aux dépôts nets des autres déposants. Cette situation a d'ailleurs mené à une augmentation des cotisations à la RRQ dans les années ultérieures[27].

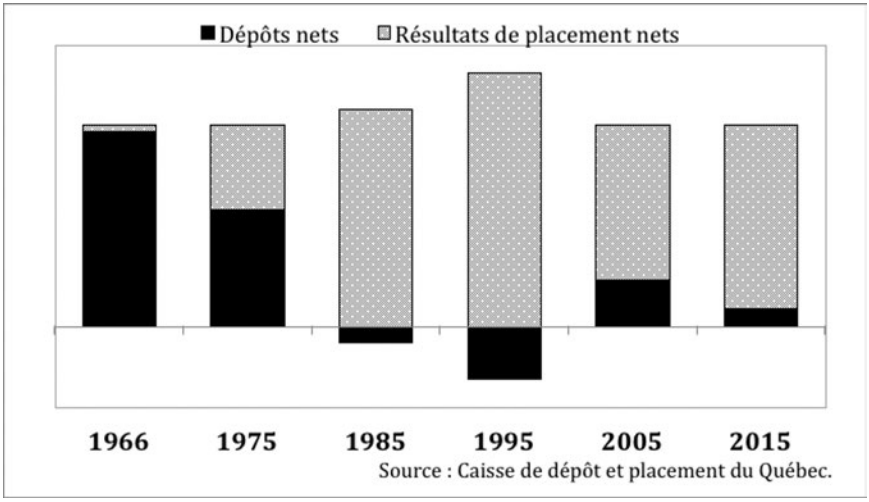
Il faut attendre le tournant du siècle, en 1999, pour que les dépôts recommencent à surpasser les retraits. Pendant une période d'une quinzaine d'années, de 1984 à 1998, la Caisse administre des retraits nets de 13,2 milliards de dollars. Depuis ce temps, sauf pour l'année 2009[28], les dépôts surpassent chaque année les retraits des déposants.

Cela dit, si la Caisse reçoit plus de dépôts qu'elle verse de retraits, c'est principalement en raison des versements importants du ministère des Finances, par l'entremise du FARR et du Fonds des générations. En 2015, il y a versé près de 2,5 milliards de dollars. La RRQ, de son côté, a effectué des retraits nets de 108 millions, tandis que le RREGOP et le RRPE ont retiré, au net, 806 millions de dollars.

Il demeure que, depuis 1975, ce sont surtout les revenus de placement obtenus par les gestionnaires de la Caisse qui expliquent la croissance phénoménale de l'actif total. Ainsi, en 2015, sur une augmentation de 22,2 milliards de l'actif net attribuable aux déposants, plus de 90 % proviennent des résultats de placements nets. Comme le montre le graphique 13.2, c'était tout le contraire au départ, alors qu'en 1966 la très vaste majorité de la croissance de l'actif net est attribuable aux dépôts. Voilà une évolution qui va en droite ligne avec les objectifs qui ont présidé à la fondation de cette institution chargée de capitaliser les dépôts de ses déposants.

27. Pour plus d'informations à ce sujet, veuillez consulter le chapitre 7.
28. En 2009, le gouvernement du Québec a choisi de n'effectuer aucun versement au FARR.

Graphique 13.2
**Évolution de la part des dépôts et des résultats de placements nets dans l'accroissement de l'actif net[29]**




## Les retraits

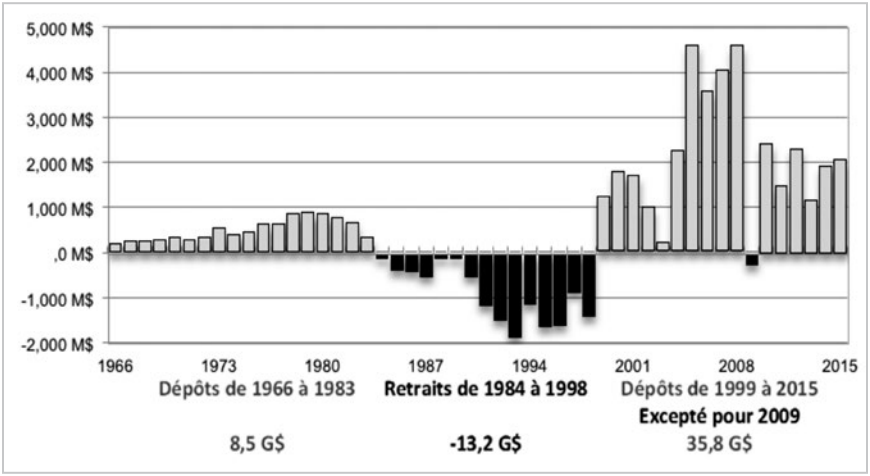
Même s'ils retiennent beaucoup moins l'attention que les dépôts ou encore les investissements et les rendements, les retraits effectués par les déposants sont en quelque sorte le résultat de la raison d'être de la Caisse : faire fructifier l'argent des Québécois pour qu'ils puissent recevoir les prestations prévues.

C'est ainsi qu'en 2015 six des principaux déposants de la Caisse ont versé 21,5 milliards de dollars aux Québécois en prestations de retraite ou d'assurance. C'est en prenant connaissance de ces chiffres qu'on réalise le rôle crucial que joue la performance de la Caisse pour assurer la sécurité financière de millions de Québécois[30].

Le graphique 13.3 ci-dessous montre l'évolution des dépôts nets de l'ensemble des déposants depuis la création de la Caisse en 1966. La somme totale de ces dépôts nets, de 1966 à 2015, représente 31,1 milliards, soit 12,5 % des 248 milliards de l'actif géré par la Caisse à la fin de 2015.

29. Caisse de dépôt et placement du Québec, Rapports annuels.
30. RREGOP (4,7 milliards) ; Retraite Québec (12 milliards) ; Régime des employés de la construction (730 millions) ; CNESST (1,9 milliard) ; SAAQ (1 milliard) ; RRPE (1,2 milliard). Données tirées de Caisse de dépôt et placement du Québec, Rapport annuel 2015, p. 25.

Graphique 13.3
**Dépôts et retraits des déposants de 1966 à 2015[31]**




## LES PLACEMENTS

Le projet de loi visant à constituer la Caisse en 1965 forge déjà l'encadrement de ses investissements. Par exemple, à l'origine, l'institution ne peut investir plus de 30 % de son actif dans les entreprises et pas plus de 10 % dans l'immobilier. Puisque la Caisse n'est pas destinée à administrer et à prendre le contrôle d'une entreprise, le gouvernement limite également à 30 % des actions à droit de vote la participation que l'institution peut prendre dans une société privée. Elle pouvait par contre acquérir sans aucune restriction des obligations émises ou garanties par les gouvernements du Canada, du Québec ou d'une province, de même que des titres hypothécaires garantis par les gouvernements et situés au Québec. Ces règles encadrant les investissements évolueront au fil du temps en fonction de l'environnement économique et financier[32].

La première politique de placement est définie par le conseil d'administration de la Caisse en 1966. Celle-ci est scindée en deux ordres, l'un général et l'autre spécifique. La politique de placement « spécifique » fait référence au rôle de soutien au développement économique du Québec abordé plus loin. Pour l'instant, il suffit de mentionner que, pour les dirigeants de la Caisse, cet objectif s'inscrit alors dans le cadre de la politique générale de placement. Autrement dit, le financement du

31. Caisse de dépôt et placement du Québec, États financiers.
32. Jean Lesage, notes d'allocution de la présentation du projet de loi de la Caisse de dépôt et placement du Québec, en deuxième lecture, le 9 juin 1965.

développement économique du Québec doit également permettre d'atteindre les objectifs de rendement attendus par les déposants[33].

Au départ, les stratégies d'investissement de la Caisse, fortement axées sur les obligations, demeurent simples et visent à satisfaire son seul déposant important, soit la RRQ. Plus tard, cependant, l'arrivée de déposants aux besoins variés, l'évolution liée au financement des régimes et le développement de l'environnement financier amènent l'institution à offrir un panier de véhicules de placement beaucoup plus diversifié.

L'inflation galopante dans les années 1970 et 1980, puis la nécessité d'obtenir des rendements plus élevés à long terme pour répondre aux besoins des déposants conduisent la Caisse à investir davantage dans les actions, puis dans l'immobilier et les infrastructures. Et si, dans les premières décennies, la Caisse concentre ses placements au Québec et au Canada, elle choisit par la suite d'effectuer une diversification géographique et d'investir de plus en plus sur les marchés internationaux.

### Investir « en bon père de famille »

En 1966, la politique générale consiste à investir à long terme et de façon à protéger le capital. Il s'agit, pour reprendre les mots du premier président-directeur général, Claude Prieur, « d'administrer, en bon père de famille, les fonds qui lui sont confiés ». Disposant de peu de temps pour monter une équipe de recherche et de spécialistes, et pressée de faire fructifier les 178 millions confiés par la RRQ en 1966, l'équipe de la Caisse consacre ses premiers investissements presque exclusivement aux obligations à longue échéance, en particulier à celles du gouvernement du Québec, d'Hydro-Québec, des municipalités et des commissions scolaires ainsi que du gouvernement du Canada[34].

Les obligations à longue échéance offrent à la fois cet horizon de long terme recherché par le principal déposant et la protection du capital investi. En 1966, elles offrent en plus un rendement alléchant. Celles qui sont émises par le gouvernement du Québec et Hydro-Québec offrent un rendement moyen de 6,4 %, tandis que celles des municipalités et des commissions scolaires offrent un rendement moyen de 6,9 %. Les dirigeants de la Caisse sont cependant conscients de la nécessité de diversifier les véhicules d'investissement et annoncent d'ores et déjà leur volonté de procéder rapidement à des placements dans l'immobilier et dans les entreprises.

33. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel de gestion 1966*, p. 5.
34. Ces dernières étant utilisées comme instrument de liquidité.

## Battre l'inflation

Dès 1970, les placements sont plus diversifiés. Les obligations ne comptent plus que pour 77 % du total, alors que les actions représentent 16 % et les hypothèques et les immeubles, 5 %.

La part des placements dans le revenu fixe (obligations et créances hypothécaires) demeure néanmoins autour de 80 % du total jusqu'en 1980. La Caisse est alors confrontée à l'inflation depuis plusieurs années et celle-ci gruge une part de plus en plus grande de ses revenus de placement. Dès 1968, les dirigeants s'inquiètent du risque posé par l'inflation sur le portefeuille obligataire. En 1969, le président-directeur général parle de « psychose inflationniste » et en 1973, alors que la hausse de l'Indice des prix à la consommation (IPC) atteint 9,4 %, il mentionne le « spectre de l'inflation[35] ». Il a bien raison de s'alarmer puisque, sur la période de 10 ans allant de 1966 à 1975, le rendement réel de la Caisse est négatif à -0,7 %, malgré un rendement nominal de plus de 5 %.

L'inflation atteint des sommets en 1974 et en 1981, avec un IPC de plus de 12 %. Ce contexte inflationniste continue de nuire fortement aux rendements réels. En 1980, par exemple, la Caisse obtient un rendement de 9,9 % sur ses placements, mais, l'IPC atteignant 11,2 %, le rendement réel est négatif. Cela est d'autant plus inquiétant que les prestations versées (ou à venir) de plusieurs déposants sont indexées au coût de la vie[36].

C'est dans ce contexte que les placements sont davantage dirigés vers des catégories d'actif plus sensibles à l'inflation, comme les actions d'entreprises, l'immobilier et, subséquemment, les infrastructures.

## Les actions prennent du poids

La part des actions dans le portefeuille global de la Caisse augmente donc au fil des ans, de même que les investissements directs dans les entreprises sous forme de placements privés[37]. Le total de la catégorie Actions passe ainsi de 13 % en 1980 à 34 % de la valeur marchande de l'actif total en 1990[38]. Dès le milieu des années 1970, la Caisse possède le plus important portefeuille d'actions canadiennes, ce

35. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel 1968*, p. 6 ; *Rapport annuel 1969*, p. 6 ; Rapport annuel 1973, p. 9.
36. De 1966 à 1981, la Caisse connaîtra six années de rendements réels négatifs. Depuis le début des années 1990, l'inflation est complètement maîtrisée. Données tirées de Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport d'activités 1998*, p. 11.
37. Les placements privés peuvent également être effectués par l'entremise de fonds d'investissement.
38. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel 1990*, p. 1.

qui réduit les possibilités d'investir dans de nouvelles entreprises et dans les secteurs économiques peu présents au Canada.

En 1982, les dirigeants évoquent pour la première fois la possibilité d'investir sur les marchés boursiers étrangers. Ils passent à l'action en 1983. À partir de ce moment charnière, la Caisse ne cessera plus d'investir dans le monde. Quant au plafond de 30 % en actions qui limite la capacité de la Caisse d'obtenir de meilleurs rendements, il est haussé en 1997 à la faveur de modifications législatives, qui le fixent dorénavant à 70 % du total des placements. Dans les années suivantes, la part des actions dans le portefeuille de placements de la Caisse continue d'augmenter jusqu'à atteindre 47 % du total en 2015.

### L'immobilier prend de l'ampleur

L'investissement en immobilier, une autre catégorie d'actif sensible à l'inflation, prend son essor à partir de la deuxième moitié des années 1980. Jusque-là, la Caisse se concentre surtout dans les financements hypothécaires. En 1980, par exemple, ceux-ci s'élèvent à 951 millions de dollars, tandis que l'investissement immobilier atteint un maigre 31 millions. Cinq ans plus tard, ces derniers ont décuplé, pour une valeur de 373 millions de dollars, soit 1,5 % des placements totaux.

Cette époque marque également la création de la filiale immobilière SITQ en 1984 et l'acquisition de la filiale immobilière du groupe Steinberg, Ivanhoé, en 1989. Cette transaction fait instantanément de la Caisse le plus important joueur immobilier au Québec et l'un des plus importants au Canada.

Une dizaine d'années plus tard, Ivanhoé acquiert la société immobilière pancanadienne Centres commerciaux Cambridge, créant Ivanhoé Cambridge. Toutes ces acquisitions font de la Caisse un véritable spécialiste de la gestion immobilière, un métier en soi.

L'expansion se poursuit à l'international avec l'achat d'immeubles, principalement en Europe et aux États-Unis. En 2000, la valeur des biens immobiliers de la Caisse atteint près de 14 milliards de dollars. En avril 2011, dans la foulée de la consolidation qui a lieu dans le secteur immobilier à l'échelle mondiale, la Caisse annonce le regroupement de ses filiales immobilières au sein d'une seule entité, le groupe Ivanhoé Cambridge. Au fil des ans, le portefeuille immobilier continue de croître et devient l'un des dix plus importants de la planète, Ivanhoé Cambridge comptant par exemple parmi les sept plus importants propriétaires d'immeubles à Manhattan. En 2015, l'actif net de la Caisse dans le secteur immobilier atteint 27 milliards de dollars[39].

39. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel 2015*, p. 12.

### Les infrastructures, véhicule de placement à long terme

Le financement des infrastructures privées ou publiques constitue un véhicule de placement prisé par les grands fonds d'investissement. Il s'agit d'actifs tangibles, aux revenus stables à long terme, qui permettent d'effectuer des investissements d'envergure.

C'est en 1999 que la Caisse effectue son premier placement important dans les infrastructures lorsqu'elle investit 250 millions dans l'acquisition, avec des partenaires, de l'autoroute 407 en Ontario. Au début des années 2000, la Caisse continue de participer au financement d'infrastructures, notamment en Asie, par l'entremise de fonds d'investissement. En 2005, elle prend une participation dans le secteur de l'énergie avec l'acquisition d'un pipeline aux États-Unis avec le conglomérat GE. Elle effectue ensuite un investissement dans le domaine de la gestion aéroportuaire en Europe en y injectant une somme de 125 millions d'euros.

En 2006, avec un fonds souverain singapourien et un groupe espagnol, la Caisse effectue un investissement de plus d'un milliard de livres sterling pour acquérir BAA, un exploitant aéroportuaire britannique notamment responsable des opérations de l'aéroport de Heathrow à Londres. Les gestionnaires de la Caisse accordent de plus en plus d'importance aux placements en infrastructures, de sorte qu'en 2015 la valeur de ce portefeuille atteint la somme de 13 milliards de dollars.

Avec une expertise bâtie au cours des 15 dernières années, la Caisse a la volonté de faire du financement des infrastructures et de leur exploitation une spécialité dans l'avenir. La création d'une filiale dédiée aux infrastructures et l'annonce en avril 2016 du projet de Réseau électrique métropolitain (REM) à Montréal en témoignent.

Cette nouvelle façon de réaliser des projets d'infrastructures publiques représente un modèle innovant qui suscite beaucoup d'intérêt. L'endettement public pose des problèmes de plus en plus aigus, tandis que les grands investisseurs institutionnels cherchent des véhicules de placement permettant de générer des rendements stables à long terme. Cette convergence d'intérêts permet d'envisager une croissance importante des investissements de la Caisse en infrastructures dans les années suivantes, comme pour l'immobilier en son temps.

### Évolution sur le demi-siècle

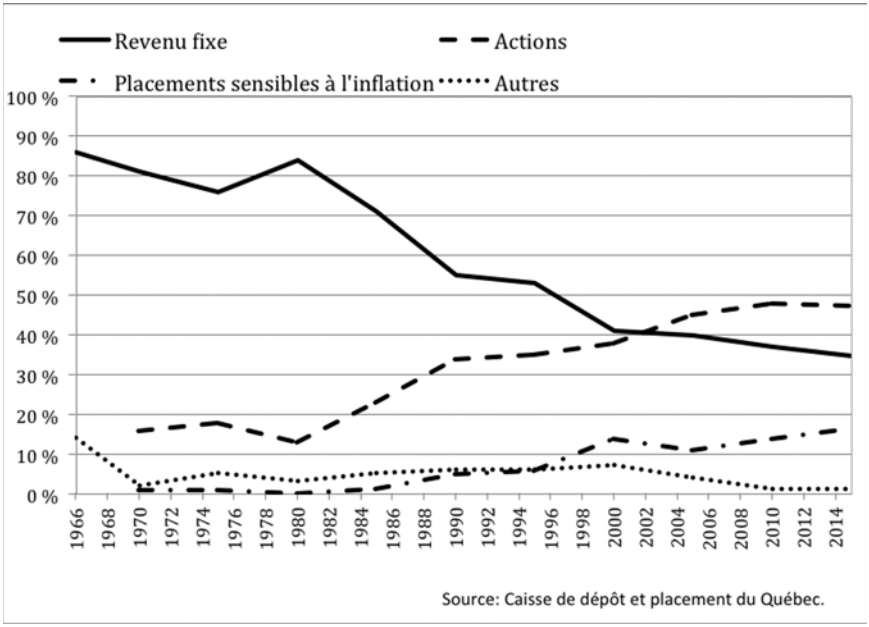
En 2015, le portefeuille de la Caisse est composé de quatre grandes catégories d'actif :

– Le revenu fixe, constitué d'obligations et de dettes immobilières (hypothèques) ;

– Les actions, négociées sur les places boursières ou par l'entremise de placements privés ;
– Les placements sensibles à l'inflation, constitués des immeubles et des infrastructures ;
– Les autres placements, constitués principalement d'instruments financiers visant à mitiger les risques (de change, par exemple).

Comme on peut le voir sur le graphique suivant, l'importance de chacune des catégories d'actif a beaucoup évolué au fil des décennies.

Graphique 13.4
**Évolution des catégories d'actif (en % du total)[40]**




## Diversification géographique des investissements

Depuis les débuts de la Caisse, sa politique de placement vise à protéger les actifs et à obtenir des rendements adaptés aux objectifs des déposants. Pour y parvenir, il importe de diversifier les véhicules de placement, à la fois pour gérer le risque et capter la valeur là où elle se trouve. La diversification géographique des placements répond à la même logique.

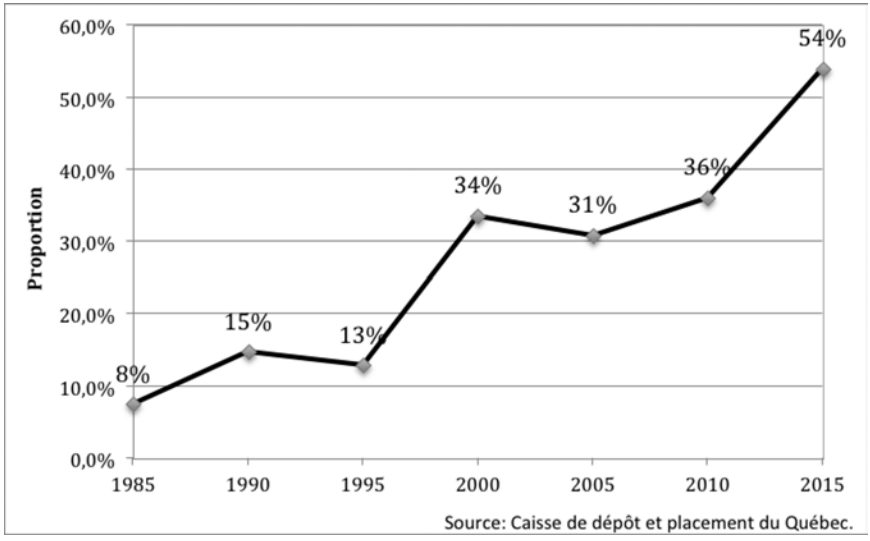
40. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapports annuels*.

La Caisse n'a pas tardé à déborder des frontières canadiennes, puisque l'achat d'obligations de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement en 1966 devient le premier placement hors Canada de son histoire. Ces placements demeurent cependant marginaux jusque dans les années 1980. Il faut attendre 1983 pour un premier achat d'actions étrangères et 1984 pour les premiers placements privés. Dans le secteur immobilier, la Caisse effectue ses premières incursions à l'extérieur du pays en 1993[41].

Une fois lancée, cette diversification géographique prend rapidement de l'ampleur. Les placements initiaux en actions étrangères s'élèvent à 43 millions de dollars en 1983. Deux ans plus tard, la valeur des actions de la Caisse sur les marchés internationaux atteint 410 millions de dollars, répartis entre les États-Unis, l'Europe et le Japon. En 1990, la Caisse détient 3,1 milliards en actions hors Canada. Malgré cette rapide progression, en 1995 les placements internationaux de la Caisse ne constituent alors que 13 % de l'ensemble. Vingt ans plus tard, ils représentent 54 % du total[42].

Graphique 13.5

**Évolution de la proportion des placements à l'international de 1985 à 2015[43,44]**




41. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel 2005*, p. 82.
42. Données tirées des rapports annuels de la Caisse de dépôt et placement du Québec.
43. Les données de ce graphique sont présentées à titre d'illustration, la méthode de calcul de la Caisse ayant évolué au cours des années.
44. Caisse de dépôt et placement du Québec, Rapports annuels.

La hausse de l'exposition aux marchés internationaux dans les dernières années découle en partie de la planification stratégique de 2012. Pour obtenir les rendements attendus, les gestionnaires doivent capter la croissance de richesse là où elle se trouve sur la planète. La Caisse adopte alors une démarche prudente et systématique, ouvrant des filiales à l'international et concluant des partenariats pour compléter et construire son expertise. C'est ainsi que, sur une période d'une trentaine d'années, la Caisse est devenue une institution financière de calibre mondial présente dans de nombreux pays.

## PARTENAIRE DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

La politique de placement « spécifique » de la Caisse, comme la nommait Claude Prieur, est inscrite dans la loi constitutive de la Caisse de 1965. Ce réservoir de capitaux doit servir au développement accéléré du Québec, affirme alors Jean Lesage :

> Des fonds aussi considérables doivent être canalisés dans le sens du développement accéléré des secteurs public et privé, de façon à ce que les objectifs économiques et sociaux du Québec puissent être atteints rapidement et avec la plus grande efficacité possible[45].

En créant son propre régime de rentes et du même coup la Caisse, le Québec se distingue du Canada de deux façons. Au Canada, les cotisations des travailleurs au Régime de pensions (RPC) d'une province doivent être intégralement investies dans les obligations à long terme de la même province, aux taux consentis au gouvernement du Canada. Les provinces y trouvent un avantage non négligeable, puisqu'elles peuvent ainsi emprunter à des taux très favorables. En contrepartie, les cotisants au RPC obtiennent des rendements moindres[46].

Du côté québécois, les cotisations des travailleurs servent à constituer un réservoir de capitaux qui a pour objet non seulement de capitaliser et de faire fructifier les dépôts, mais aussi de contribuer au développement économique du Québec. L'État québécois ne bénéficie pas du taux favorable offert aux provinces par le RPC[47], mais les rendements sont supérieurs et, surtout, le Québec se dote d'un outil puissant pour contribuer à son développement économique et social.

---

45. Jean Lesage, notes d'allocution de la présentation du projet de loi de la Caisse de dépôt et placement du Québec, en deuxième lecture, le 9 juin 1965.
46. En 1997, constatant que les placements en revenu fixe ne suffisent pas à capitaliser convenablement le régime, le gouvernement fédéral crée l'Office d'investissement du RPC (OIRPC), sur le modèle de la Caisse, mais sans le volet de développement économique.
47. En 1980, la Caisse accorde de meilleurs taux au gouvernement du Québec et à Hydro-Québec, calquant la politique de l'Heritage Fund de l'Alberta, qui prête aux provinces au taux le plus bas parmi celles-ci : « […] accorder au gouvernement du Québec et à Hydro-Québec des conditions d'emprunt, principalement au titre de la fixation des taux d'intérêt lors de

## Financer l'essor de l'État et la Baie-James

Au moment de la création de la Caisse dans les années 1960, l'État, les commissions scolaires et les municipalités amorcent une phase de développement sans précédent. La construction d'innombrables infrastructures routières, immobilières et récréatives, de même que l'érection d'hôpitaux, d'écoles, de cégeps et d'universités nécessitent des sommes d'argent considérables. Hydro-Québec, forte de la nationalisation de l'électricité, va elle aussi recourir à des emprunts importants pour construire ses immenses barrages hydroélectriques, dont ceux de la Baie-James.

La Caisse arrive à point nommé pour financer une partie importante des emprunts de l'État québécois et de ses sociétés. À sa première année d'existence, elle achète pour une valeur de 119 millions de dollars d'obligations du Québec et d'Hydro-Québec, tout en ajoutant 17 millions en obligations municipales et scolaires. En tout, plus des trois quarts de ses placements sont consacrés au financement du secteur public québécois. Elle y trouve son compte avec des taux de rendement de plus de 6 %[48].

L'année 1970, caractérisée par un resserrement du crédit, montre bien l'importance des activités de la Caisse, alors qu'elle n'achète pas moins de 45 % des obligations émises par le gouvernement et Hydro-Québec. En 1980, elle achète 78 % des émissions du gouvernement du Québec sur le marché canadien[49]. En 1985, après 20 ans d'activités, la Caisse détient des obligations des secteurs public et parapublic québécois d'une valeur de plus de 11 milliards de dollars. À 52 % du portefeuille global, les titres obligataires québécois constituent alors, pour la dernière fois de son histoire, la majorité des placements de la Caisse en valeur nominale.

Avec les années, le marché s'est diversifié pour les obligations du Québec. En 2015, les obligations du gouvernement et celles d'organismes du secteur public ou des municipalités ne constituent plus la majorité de l'actif sous gestion de la Caisse au Québec, mais elles n'en conservent pas moins un poids important.

---

nouveaux emprunts, égales à celles dont jouit sur le marché public canadien, la province ayant au moment de la transaction le meilleur crédit au Canada. » Caisse de dépôt et placement du Québec, *Quinzième rapport de gestion 1980*, p. 10.

48. Le rendement moyen des obligations de l'État et d'Hydro-Québec achetées par la Caisse cette année-là est de 6,4 %, alors que les obligations municipales et scolaires offrent un rendement moyen de 6,9 %. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel de gestion 1966*, p. 7.

49. Cette année-là, le gouvernement du Québec a émis des obligations d'une valeur de 1 250 millions de dollars, dont 975 millions ont été achetées par la Caisse. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Quinzième rapport de gestion 1980*, p. 17.

### Quand la construction va…

En plus de contribuer au financement du secteur public et à la construction des barrages d'Hydro-Québec, la Caisse s'active dans le secteur de la construction au Québec, dès les premières années de son existence. Pour maximiser son impact, elle investit préférablement dans les nouvelles constructions, de façon à soutenir l'emploi dans ce secteur névralgique. Soucieux de favoriser le développement social, les gestionnaires privilégient les projets d'habitation à loyer modéré[50].

En 1970, la Caisse a déjà injecté 45 millions de dollars dans le financement de nouvelles constructions au Québec[51]. En 1985, ses prêts hypothécaires dépassent le milliard de dollars et sont concentrés dans le domaine résidentiel et commercial, dans la plupart des régions du Québec. Par la suite, la Caisse devient un chef de file de l'immobilier au Québec et au Canada, puis s'installe sur les marchés américains et européens.

Au Québec, ses filiales immobilières figurent parmi les grands acteurs de ce secteur et ses investissements génèrent des retombées importantes. Parmi leurs contributions, l'essor du Quartier international de Montréal demeure l'un des plus importants. La Caisse joue en effet un rôle clé dans la revitalisation du Vieux-Montréal à la fin des années 1990, entre autres en choisissant d'ériger son nouveau bureau d'affaires au cœur du Quartier international, qui en est alors encore à l'étape de projet[52].

### Partenaire des entreprises québécoises

La Caisse finance également les entreprises privées et, comme pour les prêts hypothécaires, ses gestionnaires souhaitent maximiser leur impact par du financement primaire. Ils cherchent les nouvelles émissions d'actions, qui se font rares jusqu'à la mise en place du Régime d'épargne-actions dans les années 1980. Dès lors, les émissions publiques d'actions se multiplient, et la Caisse est présente, jouant un rôle d'investisseur à long terme patient.

Très vite, la Caisse développe le créneau du placement privé, particulièrement adapté au Québec où les entreprises cotées en bourse sont moins présentes. En 2015, la valeur de ses placements privés dans les entreprises québécoises atteint 8,5 milliards de dollars, dont près d'un milliard dans les PME[53].

---

50. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel de gestion 1970*, p. 12.
51. Il s'agit de financement hypothécaire. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel de gestion 1970*, p. 24.
52. Depuis 2016, l'immeuble porte le nom d'édifice Jacques-Parizeau, qui fut l'un des architectes de la Caisse.
53. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel 2015*, p. 62.

Des entreprises au départ petites ou moyennes, comme CGI ou Couche-Tard, prennent appui sur les investissements de la Caisse pour prendre d'assaut les marchés internationaux et devenir de véritables multinationales. La Caisse joue également un rôle de catalyseur pour stimuler l'entrepreneuriat au Québec et soutenir l'émergence d'une nouvelle génération d'entreprises québécoises capables de se tailler une place sur les marchés mondiaux.

### Au cœur de l'économie québécoise

La contribution de la Caisse au développement économique et social du Québec a pris des formes variées au fil des décennies, mais elle a été constante et de première importance. Avec une présence dans tous les secteurs d'activité au Québec, la Caisse constitue un pilier important de l'économie. Par différentes initiatives, elle favorise le développement des petites, moyennes et grandes entreprises, permet la mise en œuvre de projets structurants pour le Québec et participe à la création d'une nouvelle génération de chefs de file en soutenant l'entrepreneuriat.

Sa responsabilité d'obtenir des rendements ne doit pas être sous-estimée. Par exemple, les rendements obtenus pour le Fonds des générations ou pour le FARR permettent de réduire l'endettement du Québec. Les rendements permettent également de mieux capitaliser et d'assurer la pérennité d'organismes d'assurance et de régimes de retraite. Les prestations versées par ces derniers sont finalement réinjectées dans l'économie.

## RENDEMENT ET RISQUE

En présentant le projet de loi instituant la Caisse, Jean Lesage souligne à sa façon la philosophie qui va présider à la gestion des risques : « Il faut éviter de placer tous les œufs dans le même panier et risquer de s'engager trop avant dans un sens unique[54]. » Le premier ministre n'exclut pas pour autant une certaine audace. Au fil du temps, la tolérance au risque varie d'un déposant à l'autre, selon les besoins et la réalité propres de chacun. Tout l'art de l'investissement consiste alors à trouver l'équilibre optimal, pour chacun des déposants, entre le risque et le rendement.

Il est bien entendu impossible pour une institution comme la Caisse de générer du rendement sans prendre de risques. Il faut donc, d'une part, s'assurer de bien comprendre, encadrer et gérer les risques en amont et, d'autre part, assurer un suivi rigoureux des risques pris de façon à limiter les conséquences négatives et à tirer les leçons qui s'imposent pour le futur.

54. Voir note 32, p. 510.

La Caisse a su renforcer ces deux aspects de la gestion des risques au cours des années, devenant de plus en plus sophistiquée quant à la gestion proactive des risques et sachant tirer les leçons lors des périodes plus difficiles : telles l'inflation galopante des années 1970 et 1980, l'éclatement de la bulle technologique au début des années 2000 et la crise financière de 2008.

### La diversification

Pour la Caisse, la diversification consiste au départ à varier les placements en matière de catégories d'actif. Dans les premières années, les dirigeants s'efforcent d'effectuer des placements en actions, des placements privés et sous forme de dettes hypothécaires pour éviter de tout mettre dans le même « panier » des obligations.

Comme mentionné plus tôt, il s'ensuivit une diversification géographique des actifs du Québec vers le Canada, puis vers les États-Unis et le monde. Cela permet à la Caisse de diversifier également les secteurs économiques dans lesquels elle investit l'avoir de ses déposants. Cette diversification géographique des catégories d'actif et des secteurs économiques permet de mitiger les risques de marché.

### Les risques

Dans les premières décennies, l'inflation constitue l'un des risques les plus importants pour les rendements de la Caisse. L'inflation élevée des années 1970 et 1980 se traduit pour l'institution par des rendements réels négatifs certaines années[55]. Cette érosion de la valeur des placements menace le pouvoir d'achat des futurs retraités. Ce risque est mitigé par les placements plus sensibles à l'inflation, comme les actions d'entreprises, l'immobilier et les infrastructures, trois catégories d'actif qui connaissent alors un essor considérable.

À partir du moment où la Caisse investit à l'extérieur des frontières canadiennes, les risques de change apparaissent. Une hausse importante du taux de change du dollar canadien, par exemple, peut faire chuter rapidement la valeur des actions américaines ou européennes. À l'inverse, une chute du dollar canadien peut rapporter beaucoup à la Caisse, qui voit la valeur de ses placements étrangers s'apprécier substantiellement. Les risques sont mitigés par la diversification géographique, mais également par l'utilisation de produits financiers, tels que la couverture du risque de change.

Pour gérer le risque associé au crédit, la Caisse met en place une équipe chargée d'évaluer le crédit des entreprises et de comparer ses résultats à ceux des firmes de notation. En 1990, alors qu'une récession et des taux d'intérêt élevés fragilisent les

55. Les années 1973, 1974, 1979, 1980 et 1981.

entreprises, les gestionnaires portent une attention particulière aux capacités des sociétés de rembourser leurs emprunts[56].

Dans les moments de tension et de correction sur les marchés boursiers, il est essentiel de disposer de liquidités suffisantes pour couvrir les engagements de l'institution. Ces liquidités, constituées le plus souvent d'obligations, offrent généralement des rendements plus faibles. Elles permettent cependant aux investisseurs de profiter des moments de faiblesse des marchés pour saisir des occasions intéressantes d'investissement.

### Sophistication de la gestion des risques

Au fil des ans, la Caisse se dote d'instruments de plus en plus sophistiqués pour mesurer et analyser le risque. Dans les années 1990, le risque commence à être mesuré au moyen de la valeur à risque (VAR), qui repose sur « une évaluation statistique de la volatilité de chacune des positions de marché et de leurs corrélations […] ». Ce suivi sert par la suite à évaluer le risque de chaque catégorie d'actif et du portefeuille global, et est à la base des mesures utilisées dans l'encadrement des risques[57].

À l'époque, les gestionnaires utilisent principalement le risque actif, une mesure qui évalue le risque que la performance dévie (positivement ou négativement) de celle du portefeuille de référence. Aujourd'hui, ils utilisent plutôt le risque absolu, qui mesure la volatilité des marchés pour chacun des placements.

### Deux périodes difficiles

En 2000, l'effondrement du marché des technologies de l'information constitue une période sombre pour les investisseurs tout autant que la crise financière amorcée en 2007-2008. Cette dernière période représente la plus difficile de l'histoire des institutions financières depuis la Grande Crise de 1929. Le niveau de risque sur les marchés financiers augmente rapidement en 2007 et poursuit sa hausse en 2008 pour atteindre des niveaux critiques.

Avec un rendement négatif de 25 %, qui représente une baisse de valeur marchande de près de 40 milliards de dollars[58], la Caisse n'échappe pas à la tempête et est même particulièrement touchée. Sa solidité lui permet cependant de récupérer l'essentiel de ses pertes. En effet, une partie importante de celles-ci ne se matérialise pas et est effacée tout naturellement par le rétablissement subséquent des marchés.

---

56. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel 1990*, p. 34. Cette section du rapport offre un bon aperçu des risques associés aux activités d'investissement de la Caisse.
57. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport d'activités 2000*, p. 13.
58. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel 2008*, p. 1.

La crise de 2008 a fait ressortir deux aspects importants au regard d'une saine gestion des placements. D'abord, les risques peuvent se concrétiser, et il est alors primordial d'agir avec diligence et de façon stratégique. C'est ce qui s'est produit, par exemple, lorsque les dirigeants de la Caisse ont rapidement restructuré le portefeuille des papiers commerciaux adossés à des actifs (PCAA), lequel avait contribué de façon importante aux pertes de 2008. Une majorité de ces placements (maintenant appelés BTAA) ont retrouvé leur valeur avec la restructuration du marché des papiers commerciaux et le passage du temps. La Caisse prévoit qu'elle aura liquidé toutes ses positions en 2017[59].

Le second aspect à retenir est l'avantage d'investir dans un horizon de long terme, ce qui a permis à la Caisse de récupérer les pertes de 2008, et même plus, avec un rendement annuel supérieur à 10 % de 2009 à 2015 inclusivement.

### Transformations majeures dans la gestion des risques

Les résultats de 2008 provoquent une remise en question des façons de faire de l'institution, ce qui se traduit par différentes mesures.

En 2010, la Caisse entreprend un tournant majeur dans son approche d'investissement et sa gestion des risques. Ainsi, « les politiques d'investissement de la majorité des portefeuilles ont été révisées en mettant l'accent sur le resserrement des univers de placement et des limites de concentration et de risque, l'encadrement du risque, incluant le risque de liquidité et l'utilisation du levier[60] ». Le président et chef de la direction, Michael Sabia, annonce que la Caisse n'investira dorénavant qu'à partir de « convictions fortes » et dans des actifs qu'elle comprend bien. L'accent est davantage mis sur les actifs tangibles, ancrés dans l'économie réelle, plutôt que sur des indices ou des instruments financiers, une façon pragmatique de mieux gérer les risques.

Depuis, la Caisse a nettement amélioré sa gestion des risques en adoptant les meilleures pratiques et en devenant un leader dans ce domaine. Un des changements réside dans la recherche d'un rendement absolu proportionnel au risque, plutôt que la recherche d'un rendement relatif à un indice.

---

59. Sur cette question, l'économiste Pierre Fortin dresse un portrait éclairant dans « Cinq ans après, le point sur l'*annus horribilis* de la Caisse de dépôt », L'Actualité, 28 mars 2014, [En ligne], [www.lactualite.com/lactualite-affaires/le-blogue-economie/cinq-ans-apres-le-point-sur-lannus-horribilis-de-la-caisse-de-depot/].
60. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel 2010*, p. 23.

**Encadré 13.1**

Résumé des changements à la suite de la crise financière de 2008

- Révision des politiques d'investissement.
- Investissement dans les systèmes pour améliorer les mesures de risque ainsi que la qualité et l'accès à l'information tant pour les catégories d'actif que pour l'ensemble du portefeuille (risques transversaux).
- Accent sur la gestion en absolu plutôt que relative à un indice.
- Révision du programme de rémunération des employés.
- Création d'un comité Investissement-risque coprésidé par le chef des placements et le chef des risques.
- Création de postes d'experts-métiers en matière de gestion des risques pour chacune des catégories d'actif. Ces experts comprennent leur secteur en profondeur et sont donc en mesure d'en évaluer les risques. Ils relèvent du chef des risques, mais font partie intégrante des équipes de placement.

## Les rendements

Le rendement attendu dépend des objectifs des déposants et découle de leur politique de placement. Néanmoins, en moyenne, pour répondre à leurs obligations actuelles, les déposants visent un rendement à long terme annualisé nominal autour de 6 %. Il va sans dire que le temps a pour effet de lisser la courbe des rendements, lesquels autrement peuvent varier considérablement d'une année à l'autre.

Si la Caisse affiche son pire résultat en 2008, elle génère en 1982 un rendement exceptionnel de 32,8 %. Même en soustrayant l'inflation, qui s'élève alors à 9,2 %, le rendement réel atteint le record de 23,6 %[61]. De 1966 à 2015, la Caisse aura connu 42 années de rendement nominal positif, contre seulement 8 années de rendement nominal négatif.

Pour une institution comme la Caisse et ses déposants, ce sont surtout les rendements à long terme qui comptent. La plupart des déposants ont en effet des obligations à très long terme et investir sur un horizon de long terme confère un avantage à la Caisse.

Depuis ses débuts en 1966 et jusqu'en 2015, la Caisse a offert un rendement annualisé de 8,6 %, surpassant les objectifs à long terme des déposants.

61. Le lecteur peut consulter le tableau des rendements sur 50 ans sur le site Web de la Caisse à l'adresse suivante : www.cdpq.com/fr/resultats/donnees-historiques.

TABLEAU 13.2
**Rendement global par décennie**

| Du | Au | Nominal | Inflation |
|---|---|---|---|
| 1er janvier 1966 | 31 décembre 1975 | 5,1 % | 5,8 % |
| 1er janvier 1976 | 31 décembre 1985 | 13,5 % | 7,8 % |
| 1er janvier 1986 | 31 décembre 1995 | 10,1 % | 3,2 % |
| 1er janvier 1996 | 31 décembre 2005 | 8,5 % | 2,1 % |
| 1er janvier 2006 | 31 décembre 2015 | 6,0 % | 1,6 % |
| **1er janvier 1966** | **31 décembre 2015** | **8,6 %** | **4,1 %** |

Source : Caisse de dépôt et placement du Québec, Rapports annuels.

Ces résultats globaux sont le fruit de rendements différenciés selon les déposants et leur politique de placement. Entre 2012 et 2015, par exemple, la Caisse obtient un rendement nominal global de 10,9 %, une performance qui procure des résultats de placements nets de 81,6 milliards de dollars sur quatre ans. Pour les sept principaux déposants, les rendements nominaux ont varié selon leur politique de placement dans une fourchette allant de 9,3 % à 12,2 %[62].

De 1996 à 2005, la Caisse obtient un rendement nominal global de 8,5 %, le rendement nominal des sept principaux déposants variant dans une fourchette de 7,9 % à 8,8 %. Pour les années 2006 à 2015, le rendement global atteint 6 %, tandis que celui des sept principaux déposants varie dans une fourchette allant de 5,6 % et 6,4 %. Il s'agit d'écarts significatifs qui montrent bien l'effet des différentes politiques de placement des déposants[63].

## CONSTATS ET ENJEUX : QUEL AVENIR POUR LA CAISSE ?

> *« Je ne sais pas jusqu'où nous irons dans les 50 prochaines années. Mais, en nous inscrivant dans le sillon des architectes de la Caisse, en misant sur l'esprit d'entreprendre et d'innovation qui a fait le Québec, et en ayant le monde pour horizon, je suis convaincu que nous irons beaucoup plus loin que ce que nous sommes capables d'imaginer aujourd'hui. »*
>
> Michael Sabia[64]

Il est en effet difficile d'imaginer jusqu'où ira la Caisse. Dans les années 1980, à un moment où les retraits surpassent les dépôts, avec la perspective d'une démographie caractérisée par les départs massifs à la retraite, il était légitime de se

62. Caisse de dépôt et placement du Québec, *Rapport annuel 2015*.
63. Informations fournies par la Caisse.
64. Voir la note 4.

questionner sur la pérennité de l'institution ou, à tout le moins, sur sa croissance.

Avec un actif net de 248 milliards de dollars à la fin de 2015, des résultats de placements nets de plus de 80 milliards de dollars de 2012 à 2015, un portefeuille international très diversifié et des équipes dotées d'une forte expertise, la Caisse est aujourd'hui un joueur de calibre mondial. Jouant un rôle prépondérant dans le financement et la sécurité des régimes de retraite et d'assurance de ses déposants et avec une présence toujours aussi importante dans le développement économique du Québec, la Caisse a encore de beaux jours et de beaux défis devant elle.

### Un actif en croissance moins rapide

La diminution des dépôts nets des déposants, des prévisions de rendements moindres et la faiblesse des taux obligataires constituent autant de défis pour une institution qui devra probablement gérer un actif en croissance moins rapide que dans les dernières années.

Dans un avenir prévisible, les dépôts nets de ses déposants seront de moins en moins élevés. La somme des prestations versées par les régimes de retraite et d'assurance, ainsi que par le Régime de rentes du Québec, deviendra de plus en plus importante, alors que le ratio cotisants/bénéficiaires ira en diminuant. Cela fait en sorte qu'à l'exception du Fonds des générations les retraits des principaux déposants surpasseront les dépôts, ce qui diminuera d'autant les nouveaux apports confiés à la Caisse.

Au global, les prévisions montrent une trajectoire de croissance réduite dans les années à venir, les dépôts accrus du ministère des Finances au Fonds d'amortissement des régimes de retraite et au Fonds des générations ne compensant pas les retraits nets des autres déposants.

Tout cela pris en compte, il apparait que, si l'actif géré par la Caisse continue longtemps de croître, cela reposera avant tout sur sa capacité à générer des rendements suffisants.

### Le défi des rendements

Lorsque la Caisse commence ses activités dans les années 1960, son principal déposant – la RRQ – attend un rendement annuel nominal de 5 %. Les objectifs des déposants ont changé au long des décennies et sont variables. Après toutes ces années, la Caisse a surpassé les objectifs en obtenant un rendement annualisé de 8,6 % par année sur une période de 50 ans.

Pour les années à venir, les défis promettent d'être des plus exigeants. D'une part, les placements en revenu fixe offrent des rendements modestes et rien n'indique

une forte montée des taux d'intérêt dans un avenir prévisible. D'autre part, différentes études font état de rendements boursiers plus modestes dans les 20 prochaines années que ceux des 30 dernières années. La volatilité et la complexité des marchés financiers constituent un autre défi. Finalement, la concurrence entre les grands gestionnaires de fonds pour mettre la main sur les placements intéressants est de plus en plus vive.

Parvenus à un certain niveau, les caisses de retraite, les fonds souverains et les fonds d'investissement ont besoin d'actifs leur permettant d'investir des sommes importantes. Il n'y a donc rien d'étonnant à voir la Caisse miser plus que jamais sur les placements immobiliers et en infrastructures, des catégories d'actif tangibles qui procurent des rendements prévisibles et stables sur de longues durées. Il en va de même pour les placements privés, qui permettent à la Caisse d'ajouter de la valeur en collaborant avec ses partenaires et les dirigeants d'entreprises.

En ce qui a trait à la création de richesse, les analystes de nombreuses institutions financières prévoient que, pour l'avenir prévisible, une grande partie de la croissance mondiale proviendra des économies émergentes. Pour obtenir des rendements, la Caisse doit investir là où va se créer cette richesse. L'ouverture de filiales et d'antennes dans certaines parties du globe jugées stratégiques répond à cette nécessité.

Une autre façon de relever ce défi des rendements consiste à miser sur l'innovation. L'innovation des entreprises dans lesquelles elle investit, mais également l'innovation de la Caisse elle-même. Cet esprit trouve notamment son illustration dans le projet d'infrastructures de transport sous forme de partenariat public-public qu'elle a mis de l'avant en 2015 et en 2016.

Quoi qu'il en soit, la Caisse continuera de miser sur le long terme, même si ses résultats sont souvent scrutés sur une base annuelle.

### L'économie québécoise : mondialiser, innover et entreprendre

La Caisse demeure un partenaire important des grandes entreprises québécoises, par exemple en participant au financement des projets d'expansion internationale d'entreprises comme CGI, WSP, D-BOX, Lemay et KDC. Elle demeure également un gestionnaire immobilier incontournable, comme en fait foi le plan d'investissement d'un milliard de dollars d'Ivanhoé Cambridge au centre-ville de Montréal.

Cependant, la forme de sa contribution au développement économique du Québec est appelée à évoluer. Depuis sa création, la Caisse a réussi à coupler ses objectifs de fiduciaire chargé d'obtenir des rendements à sa mission de contribuer au développement économique du Québec. Lorsque, dans ses premières années, elle se concentre sur les placements à revenu fixe, le secteur public québécois a un grand besoin de financement, lequel passe par l'émission d'obligations. De même,

lorsqu'elle se lance dans les placements en actions, les entreprises québécoises ont besoin de financement et multiplient les émissions d'actions.

Pour prendre de l'expansion, l'économie québécoise doit miser sur les exportations, sur l'innovation et sur l'entrepreneuriat. Les besoins en infrastructures publiques – réfection et construction – sont énormes, tandis que le bilan de l'État montre un endettement élevé. La stratégie de la Caisse, qui mise sur la mondialisation de l'économie, l'innovation et les placements tangibles comme les infrastructures est encore une fois bien alignée.

Dans les prochaines années, la contribution de la Caisse à l'économie du Québec continuera d'évoluer comme l'a affirmé le président et chef de la direction Michael Sabia :

> Voilà comment nous envisageons de faire autrement, d'innover dans cette relation organique entre la Caisse et les entreprises québécoises. Créer un écosystème qui permettra à nos entrepreneurs de bâtir la nouvelle économie québécoise, celle de 2030, 2040, 2050. Une économie tournée vers l'international, propulsée par l'innovation et fondée sur l'entrepreneuriat. Une économie prospère qui va nourrir nos rendements[65].

En ce qui a trait aux entreprises, un des principaux défis du Québec consiste à générer davantage d'entrepreneurs, à la fois pour assurer la succession de très nombreuses entreprises et pour créer celles qui deviendront les championnes de demain. L'institution s'engage de plus en plus dans ce domaine, comme en témoigne la création, à l'occasion de son 50e anniversaire, de l'Espace CDPQ dédié à l'entrepreneuriat, à l'innovation et à la mondialisation de nos entreprises.

La Caisse continue ainsi d'assurer sa double responsabilité d'agir en fiduciaire et de contribuer au développement économique du Québec. Par son action, elle cherche à accroître sa présence à l'international, tout en demeurant bien ancrée au Québec.

### Un demi-siècle plus tard

Parcourir ainsi un demi-siècle de l'histoire de la Caisse de dépôt et placement du Québec permet d'apprécier l'étonnante justesse de la vision de ses architectes. En imaginant une institution financière « puissante », un réservoir de capitaux capable de jouer le double rôle de fiduciaire et de levier de développement, ils ont atteint leur but, la réalité s'avérant fidèle à leur vision d'origine, voire au-delà.

La Caisse s'est bien sûr transformée au gré de la réalité changeante des décennies. Les déposants et leurs objectifs spécifiques se sont additionnés, les stratégies de placement se sont complexifiées, l'économie québécoise a évolué. Il

65. Voir la note 4.

y a eu des hauts et des bas. Flambée des marchés, récessions, krach, inflation et crise financière se sont succédé. Mais, au bout du compte, les déposants ont obtenu la protection de leur capital, les rendements attendus, et le Québec, le levier de développement imaginé au départ par ses architectes visionnaires.

**Encadré 13.2**

Principaux constats – Sommaire

- La Caisse a réussi à remplir sa mission en obtenant pour ses déposants un rendement annualisé de 8,6 % sur 50 ans.
- Elle a accompagné le développement économique du Québec, d'abord en finançant les organismes publics en plein essor (État, écoles, Hydro-Québec), puis les entreprises québécoises, le secteur immobilier et maintenant les infrastructures publiques.
- Si au départ la RRQ détient l'essentiel de l'actif géré par la Caisse, cette dernière compte 34 déposants à la fin de 2015, allant des régimes de retraite, aux régimes d'assurance, jusqu'aux fonds du ministère des Finances.
- Les dépôts ont beaucoup varié au cours des 50 premières années, allant de dépôts nets élevés en passant par une période de retraits nets, pour à nouveau retrouver un solde positif, en particulier grâce aux dépôts du ministère des Finances.
- Au départ, ce sont les dépôts qui constituent l'essentiel de la croissance de l'actif de la Caisse, mais, à partir de 1975, cette croissance est de plus en plus le fruit des résultats de placements nets qui représentent 90 % du total en 2015.
- D'une décennie à l'autre, les catégories de placement évoluent, passant d'une forte proportion de titres obligataires au départ à un poids prépondérant des actions de nos jours, ainsi qu'une exposition toujours grandissante dans les secteurs de l'immobilier et des infrastructures.
- L'évolution sur le plan géographique est également notable. Presque exclusivement concentrés au Québec dans les premières années, les placements se sont ensuite étendus au Canada, puis en Amérique du Nord, en Europe, en Australie et en Asie, de sorte que, de nos jours, les placements internationaux représentent plus de la moitié de l'actif total.
- La gestion des risques de la Caisse a beaucoup évolué au fil des décennies, des innovations en la matière et des soubresauts des marchés. Aujourd'hui, cette gestion est solidement ancrée dans le réel, dans l'absolu plutôt que dans l'indiciel, dans le tangible plutôt que dans les algorithmes.

**Encadré 13.3**

Principaux enjeux – Sommaire

- Pour assurer la croissance de son actif, la Caisse devra compter de plus en plus sur ses rendements, puisque l'apport des dépôts nets ira en ralentissant dans les prochaines années.
- Dans les 20 prochaines années, la Caisse devra trouver des façons d'atteindre les objectifs de ses déposants malgré une croissance économique, des taux d'intérêt et des taux de rendement plus faibles que ceux des 30 dernières années.
- Elle devra maintenir son horizon d'investissement à long terme malgré les pressions extérieures de résultats à court terme et poursuivre ses activité à l'international.
- Pour ajouter de la valeur, les gestionnaires devront continuer d'approfondir leur expertise dans les catégories d'actif comme l'immobilier, les infrastructures et les placements privés.
- La Caisse devra maintenir un ancrage fort au Québec ainsi qu'une contribution importante au développement économique, notamment en accompagnant les entreprises québécoises à l'international et en misant sur l'innovation et l'entrepreneuriat.

# PARTIE IV
# Constats et enjeux d'ensemble

# Chapitre 14

# Le reflet d'un devenir collectif

*Denis Latulippe*[1]

TABLE DES MATIÈRES

**La naissance d'un État moderne** . . . . . 535
**L'adaptation aux réalités environnantes** . . . . . 536
**État de situation** . . . . . 539
**Coûts et financement** . . . . . 541
**Vers une gouvernance renforcée** . . . . . 546
**Et le Québec de demain ?** . . . . . 549
**Conclusion** . . . . . 551
**Annexe** . . . . . 555
**Bibliographie** . . . . . 556

1. L'auteur tient à remercier les auteurs de ce livre pour leur apport à l'identification des constats et enjeux propres à chaque thématique, de même que pour leurs commentaires sur une version antérieure de ce chapitre.

## LA NAISSANCE D'UN ÉTAT MODERNE

Les 50 dernières années ont été marquées par la mise en place d'un système développé de sécurité sociale. Bien que certaines mesures aient existé avant le tournant des années 1960, notamment pour la perte de revenu des travailleurs en vertu des régimes publics (accidents du travail, assurance-chômage et pension de vieillesse), mais aussi au titre de la charité chrétienne et de la responsabilité de la famille étendue, bon nombre de réformes ont démarré dans la foulée de la Révolution tranquille.

Le vent de réforme et la vision du développement qui émergent à cette époque sont de portée très large. Il s'agit de jeter les bases de grandes politiques, en matière sociale, économique et culturelle, sans oublier bien sûr la nécessaire réforme de l'éducation. Plusieurs programmes et institutions de sécurité sociale voient alors le jour, en matière de santé et de services sociaux, de retraite et de sécurité du revenu. C'est également à ce moment qu'est créée la Caisse de dépôt et placement du Québec.

En 1966, la mise en place du Régime de rentes du Québec et du Régime de pensions du Canada s'accompagne de l'introduction de la pension fédérale de Supplément du revenu garanti et de la révision en profondeur de la loi d'encadrement des régimes complémentaires « privés » de retraite, reflet d'une volonté d'implanter un système de retraite mixte où cohabitent mesures d'assistance et mesures d'assurance, régimes publics et régimes privés.

L'assurance hospitalisation de 1960[2] est suivie par l'instauration 10 ans plus tard de l'assurance maladie, dans la foulée d'une grande mouvance pancanadienne qui fera du « medicare » l'un des piliers de l'identité canadienne. Ces avancées importantes consacrent le caractère universel et accessible de notre système de santé, et se fondent également sur l'orientation du médicalement requis, soit le rôle prédominant confié à la médecine, qui en guidera le développement dans les années subséquentes.

L'adoption de la Loi sur l'aide sociale marque un virage en permettant à des personnes en âge et en mesure de travailler de toucher des prestations de l'État à des conditions minimales. Néanmoins, pratiquement toutes les actions posées par la suite visent à favoriser l'emploi des prestataires, dans un contexte où des études font état de la difficulté croissante avec le temps de « se sortir de l'aide sociale », au point de créer une dépendance intergénérationnelle.

La Caisse de dépôt et placement du Québec est également créée en 1966, en parallèle à la mise en place du Régime de rentes. D'abord orientée exclusivement sur la gestion des fonds du RRQ, comme uniquement déposant, et centrée sur sa

2. La loi a été adoptée en 1960, et la mise en vigueur date de janvier 1961.

fonction initiale de réservoir des capitaux pour permettre le développement de l'État québécois, la Caisse se tourne rapidement du côté des marchés boursiers et immobiliers. Elle peut ainsi contribuer au développement économique du Québec et devenir un investisseur institutionnel de classe mondiale au service d'un grand nombre de déposants issus du secteur public québécois.

## L'ADAPTATION AUX RÉALITÉS ENVIRONNANTES

Les développements importants entre 1960 et le début des années 1970 sont d'abord le fruit d'une volonté politique, mais il faut aussi se rappeler que cette période est caractérisée par une croissance économique soutenue, assortie d'un rehaussement important des moyens financiers des administrations publiques. En fait, l'histoire nous enseigne que les périodes de croissance sont propices à l'introduction de nouveaux programmes, ce qui inclut par exemple l'introduction de la politique familiale au début des années 2000. À l'inverse, les périodes de ralentissement économique qui coincent nos gouvernements entre une insécurité croissante de la population et des moyens financiers limités sont davantage propices aux politiques visant l'acquisition de l'autonomie financière et le renforcement de l'employabilité, de même qu'à une révision de certaines dispositions de régimes et à la réorganisation de certains services.

Ainsi, au tournant des années 1980, le régime d'indemnisation des victimes d'accidents du travail est réformé dans le but de réduire les risques présents dans les milieux de travail et de favoriser la réadaptation des accidentés et leur retour au travail[3]. La réforme de l'aide sociale de 1988-1989 se fonde sur la distinction entre personnes aptes et inaptes au travail en favorisant l'incitation au travail par des activités de formation ou de préparation à l'emploi. C'est également à ce moment que le gouvernement du Québec s'associe aux partenaires du marché du travail pour rapatrier les fonds fédéraux consacrés à la main-d'œuvre et créer un guichet unique pour la gestion des programmes de main-d'œuvre. Au fédéral, durant la même période, le gouvernement milite vers un réalignement de l'assurance-emploi vers des « dépenses à des fins productives » et des « mesures actives » qui s'accompagnent de compressions dans les programmes financés à même les fonds généraux.

Les années 1980 sont également marquées par l'introduction de la retraite anticipée au RRQ, alors qu'on parle beaucoup de faire de la place aux jeunes travailleurs, et par la réflexion préalable au virage ambulatoire en santé, dans la foulée des travaux de la commission Rochon.

3. Cette réforme s'inscrit dans la foulée de celle de l'assurance automobile dont l'un des volets était l'amélioration du bilan routier par l'établissement de mesures de sécurité routière.

Notre système de sécurité sociale est également aux prises avec des changements importants au niveau démographique et sociologique. Tout d'abord le vieillissement important de la population, fruit d'une chute rapide de la fécondité à la fin des années 1960 et d'un accroissement soutenu de l'espérance de vie depuis ce moment. L'adaptation de notre système de sécurité sociale à cette nouvelle réalité n'est pas nécessairement acquise, notamment par rapport aux deux piliers que sont la santé et la retraite. Cette question est d'autant plus épineuse qu'elle viendra limiter le potentiel de croissance économique dans les prochaines années du fait de la stagnation anticipée du nombre de personnes en âge de travailler.

Les changements dans les réalités familiales rendent aussi nécessaires des changements à nos programmes de sécurité sociale. Il s'agit bien sûr de revoir les prestations aux conjoints survivants, passant d'une situation de dépendance financière des femmes à une situation d'interdépendance entre les conjoints, mais aussi de prévoir des partages de gains entre ex-conjoints et des prestations adaptées aux différentes situations familiales, notamment les familles monoparentales.

Plus fondamentalement, il s'agit de se donner une politique familiale fondée sur l'égalité hommes-femmes et sur la participation des femmes au marché du travail. Des différences subsistent dans les conditions de travail et le cumul des responsabilités, mais les mesures implantées ont eu des répercussions sur les réalités familiales. Elles ont eu un effet significatif à la fois sur le taux d'activité économique des femmes et sur la fécondité : les indicateurs témoignent de hausses significatives en regard des deux réalités, tant en absolu qu'en comparaison avec les autres provinces. Sans compter, bien sûr, la présence plus marquée des pères auprès de leurs poupons[4].

Il faut aussi prendre acte de la montée du nombre de personnes vivant seules, ce qui inclut une croissance significative du nombre de personnes, incluant les personnes âgées, qui ne pourront compter sur la présence d'un proche au besoin. La pauvreté sous ses différentes formes est fortement corrélée avec le mode de vie en solitaire.

Les 50 dernières années sont marquées par l'émergence de la classe moyenne. Il en découle deux conséquences notables du point de vue de la sécurité sociale :

- L'émergence de la composante « assurantielle » de notre système de protection sociale. En fait, nos principaux programmes ne visent pas qu'à combattre la pauvreté. Ils visent plutôt à contribuer au maintien des conditions de vie dans des situations précaires (maladie, invalidité, chômage) et même à renforcer l'employabilité des personnes visées.

4. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 11, les pères sont maintenant nettement plus nombreux à opter pour un congé de paternité et un congé parental à la suite de la naissance d'un enfant.

- Le caractère progressif du système fiscal, comme levier de financement de la sécurité sociale, contribue ainsi à la réduction des inégalités.

D'un point de vue politique, le développement de la sécurité sociale est marqué par une grande continuité, peu importe le parti politique au pouvoir. En fait, les gouvernements qui se sont succédé ont généralement situé leur action dans la poursuite des initiatives de leurs prédécesseurs. Très peu de remises en question ou de changements de cap importants. Cela remonte aux années 1960, alors que Daniel Johnson a poursuivi, contrairement au message électoral, les réformes entreprises par Jean Lesage et son équipe du tonnerre. Cette vision politique consensuelle des partis politiques québécois est également le fait d'un certain nombre de facteurs collatéraux :

- La montée rapide durant cette période de groupes de pression, dont les syndicats et le mouvement féministe, qui ont constitué des forces politiques importantes dans l'adoption et l'établissement de certains régimes de sécurité sociale. Les associations d'employeurs ont également été associées à de nombreuses discussions, formelles et informelles, bon nombre de régimes d'assurance sociale requérant des cotisations salariales et patronales.
- Le rôle de réflexion et de mobilisation de commissions d'enquête et de groupes d'études pour l'adaptation de divers régimes. Il y a bien sûr le domaine de la santé avec les commissions Castonguay-Nepveu, Rochon, Clair et le comité Castonguay sur l'assurance médicaments. Mais aussi le rapport Dupont en regard du RRQ et de la Caisse de dépôt, le rapport Gauvin en matière d'assurance automobile, de même que des livres blancs ayant émané des officines gouvernementales, dont la politique familiale de 1996. Ce type d'instrument politique a été constant et fort précieux tant pour définir les orientations que pour en arriver à des consensus.
- Bon nombre de mesures sont le fruit d'initiatives du gouvernement fédéral : amendement constitutionnel relatif à l'assurance-chômage, Loi canadienne sur la santé, Régime d'assistance publique du Canada, allocations familiales, pension fédérale de la Sécurité de la vieillesse et équivalence recherchée entre le Régime de rentes du Québec et le Régime de pensions du Canada. Au niveau canadien, la pensée libérale a été dominante pendant plusieurs décennies, assortie à l'occasion d'une variante progressiste-conservatrice. Dans les 10 dernières années, le fossé s'est quelque peu creusé avec le virage à droite des conservateurs, l'effacement des libéraux et une montée du Nouveau Parti démocratique (NPD). À noter cependant l'élection du gouvernement libéral de Justin Trudeau à l'automne 2015.

Il y a néanmoins de relatives exceptions à cette « évolution dans la continuité », dont la politique familiale où des orientations politiques s'opposent à certaines époques entre le soutien financier direct aux parents et une intervention directe de l'État en matière de services de garde (et le développement des garderies sans but lucratif par rapport aux garderies privées). La mise en place de la Société de

l'assurance automobile en 1978 marque également un virage important par rapport aux orientations privilégiées jusqu'alors.

## ÉTAT DE SITUATION

En parallèle au développement économique et au progrès du niveau de vie qui s'ensuivit, les politiques de sécurité sociale ont contribué à une évolution significative de la situation des Québécois :

- Des indicateurs comme l'espérance de vie et les taux de mortalité infantile témoignent d'une amélioration draconienne de l'état de santé depuis 50 ans, incluant sur la base de comparaisons avec d'autres sociétés.
- La pauvreté et les inégalités au sein de la population en général et chez les personnes âgées en particulier se comparent avantageusement à ce qu'on retrouve sur d'autres territoires.
- Les taux d'emploi sont en hausse et les taux de dépendance à l'aide sociale sont à leur niveau le plus bas depuis 30 ans (quoiqu'ils sont relativement élevés par rapport aux autres provinces).
- Le bilan routier fait état d'une réduction de 80 % du nombre annuel de décès sur nos routes[5]. Le nombre de lésions associées à un accident du travail a également diminué de façon significative.
- Les taux d'activité des femmes et les taux de fécondité ont tous les deux augmenté au cours des dernières années.

Ces progrès associés aux champs d'application des différents programmes témoignent de l'évolution des orientations et des dispositions de certains programmes pour déborder le cadre strict du paiement des prestations ou de la dispensation des services. Il s'agit d'aller vers une mission plus large associée à des prérogatives de société ou à la réduction des conséquences négatives associées à des événements de vie. Les mesures d'employabilité en matière de sécurité du revenu et d'assurance-emploi, les actions de santé publique de même que celles de prévention et de réadaptation en matière d'accidents de travail et d'assurance automobile en sont des exemples probants.

La présence de mécanismes complémentaires privés constitue une réalité incontournable en regard des deux grandes composantes que sont la retraite et la santé. En matière de retraite, la frontière entre le public et le privé est clairement établie, mais des discussions récurrentes se sont poursuivies sur ces questions et les constats récents font état d'une préparation insuffisante à la retraite pour bon

5. Mesuré par rapport à la situation au moment de la création du régime public d'assurance automobile.

nombre de travailleurs. Au niveau de la santé, la frontière est mouvante, y compris ce qui a trait à la perte d'autonomie.

Le domaine de la santé et des services sociaux, une réalité beaucoup plus complexe à bien des égards, a été l'objet de réformes successives visant le meilleur équilibre possible entre accessibilité, qualité des soins et coûts. Il faut noter en particulier le virage ambulatoire qui a marqué une étape dans l'évolution de notre système de santé et l'introduction du Régime général d'assurance médicaments, le médicament représentant un volet de plus en plus important de l'intervention en santé. Néanmoins, bon nombre des réformes en santé sont davantage le fait de changements dans les structures administratives et la gouvernance du système que de véritables changements dans la dispensation des services.

Les pressions demeurent extrêmement fortes sur le système de la santé et des services sociaux : attentes et vieillissement de la population, complexité des interventions et grand nombre d'intervenants, innovations technologiques et perspectives nouvelles de traitements, sans compter toute la question des coûts et de l'effet des dépenses de santé sur les finances publiques. Qui plus est, l'organisation du système est conditionnée par une dichotomie avec, d'un côté, les établissements relevant du ministère sujets aux prérogatives budgétaires gouvernementales annuelles et, de l'autre, les praticiens (essentiellement les médecins) dont la pratique conditionne de façon substantielle l'évolution des besoins et des coûts. Finalement, force est de constater que nous en sommes encore au stade primaire d'interventions directes des ministres pour apporter les solutions aux problèmes, voire aux crises, qui surgissent sporadiquement au fil du temps et de l'agenda politique.

Dans un autre registre, il importe de considérer la coordination des régimes « spécialisés » (soit l'assurance automobile, la santé et la sécurité au travail, de même que l'indemnisation des victimes d'actes criminels) avec les régimes « généraux ». Considérant les motivations qui ont mené à l'instauration de ces régimes spécialisés, peu de place a été laissée aux régimes privés à titre de complément de protection. Ces régimes d'État offrent une protection relativement complète, ce qui se traduit pour les travailleurs par des niveaux de protection variables, selon les circonstances. C'est notamment le cas en regard de l'invalidité, où la présence de ces régimes « spécialisés » a pu contrecarrer l'adaptation de la protection offerte à l'ensemble des travailleurs. Ainsi, des personnes malades et requérant quelquefois des traitements sur de longues périodes peuvent se retrouver sans autres ressources que l'aide sociale après 15 semaines de prestations de l'assurance-emploi. Les mécanismes de coordination entre les régimes spécialisés et les régimes généraux soulèvent également certaines interrogations[6].

6. La protection des régimes d'assurance automobile et de santé et sécurité au travail n'est pas parfaitement homogène, ce qui soulève parfois des questionnements.

## COÛTS ET FINANCEMENT

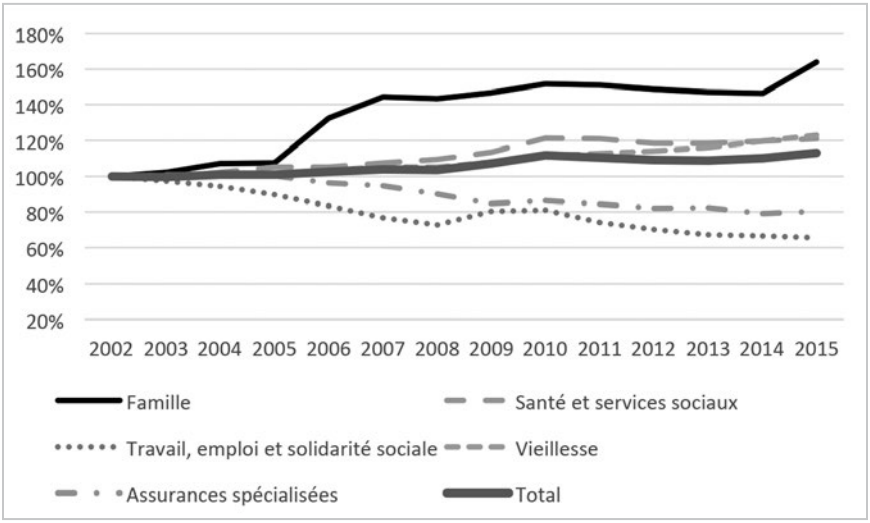
Il y a aussi lieu de s'interroger sur les coûts engendrés par ces programmes, aussi bien en regard de la progression des coûts des dernières années que comparativement au niveau relatif de dépenses au Québec par rapport à celui des autres provinces canadiennes et des principaux pays développés.

Les informations présentées au graphique 14.1 font état de l'évolution des dépenses depuis le tournant du millénaire. On note tout d'abord que les dépenses ont crû plus rapidement que le produit intérieur brut. En fait, les dépenses de sécurité sociale au Québec sont passées de 17,7 % du PIB en 2002 à 20,5 % en 2015.

Cette période a été caractérisée par l'implantation de la politique familiale, ce qui s'est traduit par une croissance plus importante à ce titre, soit pour le soutien financier aux familles, l'assurance parentale et les services de garde[7]. Des hausses supérieures au taux de croissance du PIB ont également été notées au niveau de la santé et de la retraite. De leur côté, les dépenses relatives à l'emploi et à la solidarité sociale, de même que les assurances « spécialisées » ont crû moins rapidement que le PIB. Cela s'explique tout d'abord par une réduction des taux de chômage et de dépendance à l'aide sociale. Il faut aussi noter une réduction du nombre de sinistres en regard des accidents de travail et d'automobile, de même qu'une incidence moins grande de l'invalidité pour le RRQ.

7. Toutefois, des études ont démontré que les services de garde à tarif réduit ont engendré plus de revenus fiscaux qu'ils ont occasionné de dépenses supplémentaires, en raison de leur influence sur le taux d'activité féminin.

Graphique 14.1
**Évolution des dépenses de sécurité sociale, Québec 2002-2015**
**(% PIB, 2002= base 100)**

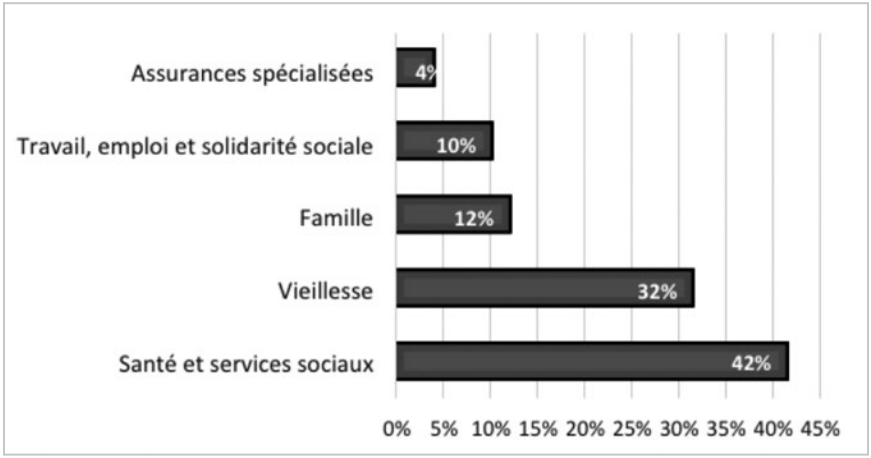



Sources : Gouvernement du Québec (2016), *Budget 2016-2017, Renseignements supplémentaires*, CSST et SAAQ (2002-2016), Rapports annuels, RRQ (2016), *Rapport annuel 2015*, RRQ (2015), *Statistiques 2014*, CGAP (2006-2015), *Rapport annuel*, CANSIM-2760017, CANSIM-2760005, CANSIM-1110016, ARC(http://www.cra-arc.gc.ca/bnfts/stts/menu-fra.html)
Les prestations dites de vieillesse englobent celles au titre de la retraite et de la survie.

Les données des années les plus récentes montrent que la santé et la retraite accaparent une large proportion des dépenses totales. Ainsi, comme l'indique le graphique 14.2, les dépenses relatives à ces deux secteurs de la sécurité sociale représentent plus des trois quarts du total. Les dépenses pour les programmes visant la famille, qui ont crû de façon importante au cours des dernières années, comptent pour 12 % du total en 2015.

Des mécanismes ont été introduits au fil du temps pour assurer un financement ordonné des programmes. La prépondérance des programmes dits d'assurance sociale avec un financement distinct des fonds généraux des gouvernements et une relative autonomie fiduciaire des institutions a favorisé une telle situation. C'est notamment le cas pour le RRQ, les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'assurance automobile et même plus récemment l'assurance-emploi et le RQAP. À l'inverse, les programmes financés à même les fonds consolidés des gouvernements du Québec et du Canada sont sujets aux politiques et aux aléas budgétaires annuels. C'est notamment le cas pour la santé, qui représente une part significative du budget, et pour la famille, dont les dépenses ont augmenté de façon plus marquée dans les dernières années.

Graphique 14.2
**Répartition des dépenses de sécurité sociale, Québec 2015**




Sources : Les mêmes que pour le graphique 14.1.

L'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) publie des statistiques permettant les comparaisons entre pays développés. Certaines grandes conclusions peuvent en être tirées, bien que l'analyse de ces statistiques soit plus complexe du fait que, dans un pays comme le Canada, bon nombre des programmes sont de la responsabilité des provinces. Les statistiques ne reflètent donc pas certaines caractéristiques propres à chaque province, dont le Québec[8].

En fait, si les données de l'OCDE relatives au Canada font état de dépenses de sécurité sociale représentant 17,4 % du PIB, les données présentées ci-dessus par rapport au Québec sont plutôt de 19,5 % pour la même période, soit 2011-2012. Cela témoigne de dépenses un peu plus élevées au Québec, notamment au titre de la politique familiale et d'une certaine façon l'assurance automobile, qui est du ressort privé dans bon nombre de provinces dont l'Ontario[9]. À noter également que les dépenses de santé représentent un pourcentage quelque peu plus élevé au Québec, du fait d'un PIB per capita plus faible que la moyenne canadienne.

Le graphique 14.3 présente des comparaisons pour certains pays développés. La première conclusion à en tirer a certainement trait au fait que le Canada dépense relativement peu au titre de la sécurité sociale par rapport aux grands pays développés : 17,4 % du PIB comparativement à 31,0 % pour la France, 25,5 % pour l'Allemagne et 18,7 % pour les États-Unis. Le Canada est d'ailleurs au nombre

8. En fait, les statistiques sont bâties en se basant sur les données provinciales de l'Ontario.
9. Au total, incluant les dépenses publiques et privées, les dépenses au titre de l'assurance automobile sont néanmoins plus faibles au Québec qu'en Ontario.

des quelques pays où l'on a noté des baisses substantielles des dépenses sociales en pourcentage du PIB au cours des dernières années[10]. Les plus grandes disparités entre les pays ont trait aux dépenses publiques de pension où le Canada est caractérisé par un système accordant une place relativement grande aux régimes privés de retraite.

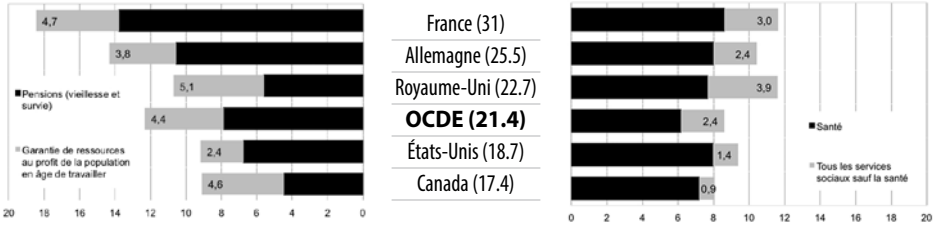
Si le Canada dépense relativement peu au titre des dépenses publiques, il faut néanmoins noter que la part des prestations publiques versées aux ménages se situant au bas de l'échelle des revenus est relativement importante, notamment pour les personnes âgées, du fait de la pension fédérale de la Sécurité de la vieillesse. C'est d'ailleurs ce qui explique que le Canada affiche un faible taux de pauvreté chez les personnes âgées et demeure à risque de revenus insuffisants pour les retraités de la classe moyenne.

Des statistiques sont également disponibles en regard des prestations sociales versées dans le secteur privé auxquelles s'attachent un élément d'obligation ou une redistribution entre les personnes, du fait, par exemple, d'assurances privées obligatoires[11] (graphique 14.4). Il est également possible d'établir les comparaisons sur une base « nette d'impôt », considérant que les prestations versées peuvent être sujettes à l'impôt[12] et que certains avantages fiscaux sont prévus pour apporter directement un soutien financier (notamment pour les familles) ou pour encourager l'offre privée (dont les avantages fiscaux en regard de la retraite et de la santé).

Encore là, lorsque sont prises en considération les prestations issues du secteur privé et les dispositions fiscales, le Canada est caractérisé par un niveau relativement faible de dépenses au titre de la protection sociale, bien qu'il passe alors du 27e au 18e rang des 33 pays de l'OCDE. Les dépenses sociales privées (y compris les dépenses de santé) y étant particulièrement importantes, les États-Unis passent de la 23e place du classement en matière de dépenses sociales publiques brutes à la 2e place pour les dépenses sociales nettes totales.

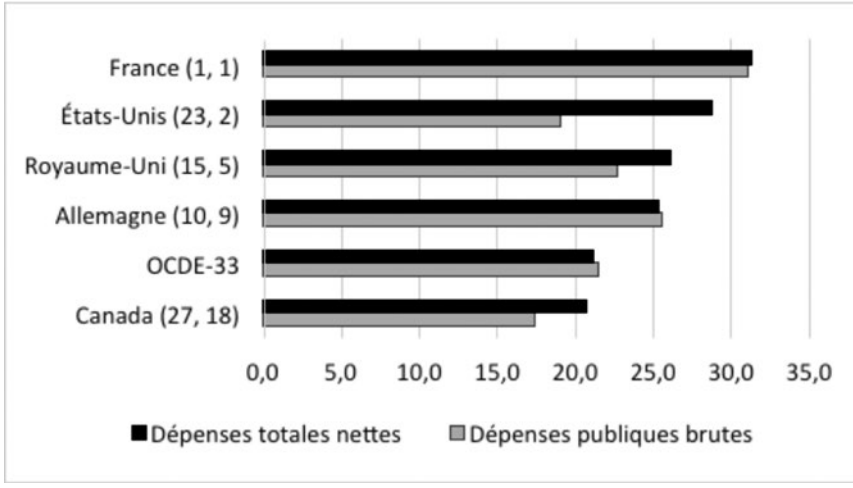
10. OCDE (2014), « Le point sur les dépenses sociales : les dépenses sociales sont en baisse dans certains pays mais, dans beaucoup d'autres, elles se maintiennent à des niveaux historiquement élevés ».
11. Par exemple, les paiements de rentes privées peuvent découler de dispositifs, obligatoires ou facultatifs, liés à l'emploi, ou découler de régimes de pension individuels bénéficiant d'un avantage fiscal. Au niveau de la santé sont considérées les primes des polices d'assurance privées puisqu'elles impliquent une mise en commun des cotisations et une mutualisation des risques au sein de la population assurée. Par contre, les dépenses au titre des services de santé dont le coût est directement supporté par le patient ne sont pas considérées comme faisant partie des « dépenses sociales ». Source : OCDE, 2014.
12. Sujet aux prélèvements au titre de l'impôt direct sur le revenu, mais aussi que l'État perçoit des taxes indirectes sur les consommations que permettent les prestations.

Graphique 14.3
**Dépenses sociales publiques par grand domaine d'action – Pays de l'OCDE (% du PIB, 2011-2012[1])**




1. Les données pour le Canada et les États-Unis sont celles de 2012 ; les autres données concernent 2011.
Source : OCDE (2014), Base de données sur les dépenses sociales (SOCX), (www.oecd.org/fr/social/depenses.htm).

Graphique 14.4
**Des dépenses sociales publiques brutes aux dépenses sociales nettes totales – Pays de l'OCDE[13] (% du PIB, 2011)**




Source : OCDE (2014), Base de données sur les dépenses sociales (SOCX), (www.oecd.org/fr/social/depenses.htm).

13. Les dépenses totales nettes incluent les dépenses publiques, les dépenses en regard d'arrangements d'assurance ou de rentes, de même que l'imposition et les avantages fiscaux associés à la protection sociale.

## VERS UNE GOUVERNANCE RENFORCÉE

L'introduction de nouveaux programmes ou la bonification des programmes existants a un attrait politique évident, notamment si la situation économique et budgétaire le permet. Par contre, la remise en question de mesures existantes, souvent associées à des situations difficiles ou des clientèles précaires, pose un défi nettement plus important. Bien que les 50 dernières années ont été propices au développement de différents programmes, les prochaines décennies seront caractérisées par l'adaptation des programmes existants à un contexte en évolution. De telles situations posent le risque des réformes induites par des situations de crise, en l'absence de démarches structurées d'évaluation et de révision des programmes. Aussi, la performance du système de sécurité sociale passe non seulement par des programmes adaptés et un financement ordonné, mais également par une gestion de qualité.

L'opportunité d'un processus de révision périodique systématique et clairement établi est tributaire de la nécessité de l'adaptation des programmes à un environnement en mutation, de même que de la nécessité d'une saine gouvernance articulée autour d'un partage entre les responsabilités politiques des élus et du gouvernement, la saine gestion et la contribution attendue de la population. Ainsi, de façon périodique, les programmes peuvent être soumis à une évaluation et une révision sous la responsabilité du Parlement, conditionnées par un processus de consultation publique. Il doit normalement en ressortir des changements législatifs. Entretemps, les programmes sont sujets à des modifications réglementaires sous la responsabilité du gouvernement, de même qu'à une saine gestion par des institutions et des personnes compétentes, dont l'action est assortie d'un processus de reddition de comptes. Un tel processus de consultation publique périodique a été introduit en regard du Régime de rentes ; l'encadré 14.1 fournit plus d'informations.

Bon nombre de gouvernements ont agi pour renforcer la gestion des ministères et des sociétés d'État, ce qui inclut une révision de la gouvernance de ces institutions. L'Assemblée nationale du Québec a adopté la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État en 2006 dans le but de favoriser une gestion qui réponde à des critères exigeants de transparence, d'intégrité et de responsabilité, tout en renforçant la confiance des citoyens envers les institutions publiques et en assurant la performance attendue des entreprises du secteur public. Au cœur de ce changement législatif figure l'équilibre entre les responsabilités assumées par les autorités politiques et celles qui sont dévolues aux administrateurs et aux dirigeants des organismes.

**Encadré 14.1**

Consultations publiques
Régime de rentes du québec

Depuis 1998, la Loi sur le régime de rentes du Québec prévoit que le régime doit faire l'objet d'une analyse actuarielle tous les trois ans. De plus, une consultation publique en commission parlementaire doit être tenue au moins tous les six ans pour analyser la situation et, au besoin, revoir certains éléments du régime. Deux consultations se sont tenues à ce jour, soit en 2004 et 2009. Une troisième consultation est prévue pour 2016.

Les enjeux ci-dessous ont été mentionnés lors de la consultation de 2009, considérant la nécessité, « pour un régime public, comme le RRQ, de s'ajuster aux réalités changeantes de la société afin de demeurer équitable pour l'ensemble des cotisants » :

- la stabilisation du financement du régime ;
- le maintien de l'équivalence avec le Régime de pensions du Canada (RPC) ;
- l'adaptation du régime aux transformations du marché du travail ;
- l'adaptation du régime à l'évolution des familles (RRQ,2008).

Lors de cette consultation, 47 mémoires de différents intervenants de la société civile ont été reçus et ont fait l'objet de discussions en commission parlementaire.

À la suite de cette consultation, des modifications ont été apportées à la loi pour permettre le renforcement du financement du régime à long terme, par une hausse du taux de cotisation et l'introduction d'un mécanisme de fixation automatique du taux de cotisation. Une nouvelle modulation des facteurs d'ajustement à la rente de retraite en cas de retraite anticipée ou ajournée pour favoriser le maintien en emploi des travailleurs d'expérience a été introduite et la rente d'orphelin a été augmentée de façon substantielle.

Le ministre dont relève une société d'État est responsable de la bonne application de la loi constitutive de cette société et il doit en rendre compte. Il peut également être appelé à répondre des sommes investies par l'État dans cette société. Par ailleurs, les dirigeants de cette société ainsi que le président du conseil d'administration doivent répondre de la gestion de la société. En fait, la haute direction répond de sa gestion devant un conseil d'administration, qui est lui-même responsable devant le gouvernement représenté par le ministre dont relève la société d'État. L'encadré 14.2 fait état de la politique de gouvernance adoptée par la SAAQ.

Si ce renforcement des pratiques de gouvernance est applicable à la majorité des programmes de sécurité sociale, dont la gestion relève de sociétés d'État, les ministres demeurent plus directement responsables dans le cas de programmes relevant directement du niveau ministériel. La santé est le domaine où les pratiques de gestion s'éloignent le plus de ces pratiques de gouvernance et où le ministre doit

rendre compte de l'ensemble des interventions et des établissements. Il est pratique courante que le ministre soit interpellé en regard de la congestion temporaire à l'urgence d'un établissement. D'ailleurs, le débat politique en matière de santé et de services sociaux est omniprésent dans l'actualité, allant d'une problématique à l'autre selon le cours incessant des événements.

**Encadré 14.2**

Politique de gouvernance
Société de l'assurance automobile du Québec

La SAAQ est au nombre des organismes visés par Loi sur la gouvernance des sociétés d'État de 2006, et elle s'est donné une politique de gouvernance pour en permettre l'application. La politique de gouvernance a notamment pour objectif de situer le rôle et les responsabilités des instances de la Société, c'est-à-dire l'autorité politique (ministre des Transports), le conseil d'administration ainsi que le chef de la direction.

La mission de la SAAQ est de protéger la personne contre les risques liés à l'usage de la route. Il s'agit d'une société d'État qui intègre toutes les fonctions nécessaires à la gestion des risques d'un assureur public, au-delà de celles d'un assureur traditionnel, en intégrant notamment des fonctions relatives à la prévention, la sécurité routière et l'accès au réseau routier. La Société agit comme fiduciaire du fonds d'assurance automobile et s'assure que la couverture d'assurance est adéquate et, si nécessaire, recommande au gouvernement d'y faire des modifications[14].

Si l'État peut être vu comme « l'actionnaire » de la Société, cette dernière relève du ministre, soit un membre du gouvernement, chargé du dossier des Transports. Le ministre peut donner des directives sur l'orientation et les objectifs généraux que la Société doit mettre en œuvre. Le ministre doit, au moins tous les 10 ans, faire un rapport au gouvernement sur l'application de la loi constitutive de la Société. Ce rapport doit contenir des recommandations concernant l'actualisation de la mission de la Société, ainsi qu'une évaluation sur l'efficacité et la performance de la Société, y compris des mesures d'étalonnage. Le ministre dépose ce rapport à l'Assemblée nationale.

Comme fiduciaire du fonds d'assurance, la Société veille à préserver son indépendance, de façon à assurer la pleine administration et la conservation de ce patrimoine, qui est distinct de ceux de la Société et du gouvernement, à le faire fructifier, à l'accroître et à en réaliser l'affectation. Le processus triennal de révision de la situation financière du Fonds sert à déterminer le niveau des contributions d'assurance.

14. Une fonction d'évaluation de programme présente à la Société permet d'évaluer, à partir de méthodes rigoureuses, des politiques, programmes, processus et services mis en place par la Société. Cette fonction soutient la prise de décision de la Société, ainsi que la reddition de comptes auprès du gouvernement et de la population.

Finalement, la Société se donne un plan stratégique qui est approuvé par le gouvernement et qui permet à la population de prendre connaissance des orientations qu'entend suivre la Société pour relever les défis qui se présentent à elle. La SAAQ est soumise à des modalités précises quant à la reddition de comptes auprès du gouvernement et du public en général.

Source : Politique de gouvernance adoptée par le conseil d'administration de la SAAQ le 11 décembre 2014. https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/acces-information/politique-gouvernance.pdf, consultée le 25 mai 2016.

Finalement, l'objectif de saine gouvernance soulève invariablement la question de la coordination des politiques entre les deux ordres de gouvernement. Plusieurs des chapitres précédents ont d'ailleurs fait état de la réalité aux multiples facettes à cet égard. D'un point de vue purement historique, si Ottawa a été l'instigateur de différentes politiques, Québec en est venu à être l'intervenant de premier plan dans une large majorité des secteurs de la sécurité sociale. Ottawa demeure néanmoins le gardien de certaines valeurs de notre système, notamment en santé avec la Loi canadienne sur la santé, en dépit d'un financement réduit. Il apporte aussi une contribution financière importante à d'autres programmes par les paiements de péréquation et de transfert de même que par le paiement direct aux citoyens de prestations de retraite, de chômage et d'allocations familiales. Ces interventions soulèvent la question du développement ordonné des politiques relatives au marché du travail, à la famille et, d'une certaine façon, à la retraite. Il y a aussi des interactions importantes avec d'autres politiques, dont la fiscalité. On peut se demander si c'est là la meilleure façon de conjuguer l'ensemble des politiques de sécurité sociale. Il s'agit bien évidemment d'une question éminemment politique.

## ET LE QUÉBEC DE DEMAIN ?

L'accroissement du nombre de personnes âgées au sein de la population est de plus en plus reconnu comme un défi de société, notamment pour le Québec où cette mutation est particulièrement rapide et importante. Ce changement démographique a des répercussions à la fois sociales, en regard des besoins de protection et économiques, en lien avec notre potentiel de croissance et notre capacité à financer nos programmes de sécurité sociale. À ce titre, il importe de mettre en évidence les éléments suivants :

- La santé et les services sociaux sont particulièrement vulnérables dans un contexte de vieillissement, non seulement du fait de la pression sur les services et les coûts, mais aussi parce que cela conditionnera nos habitudes de vie (vieillir en santé) et de mort (mourir dans la dignité). Aussi, les services évoluent au gré des impératifs politiques et surtout budgétaires et, par voie de

conséquence, toute la dimension de la dépendance et de la perte d'autonomie est actuellement confinée à l'antichambre, avec une évolution significative des besoins en matière d'hébergement et de soins à domicile pour les personnes âgées.

- Le financement du RRQ a été revu pour en assurer une relative stabilité en dépit du vieillissement, mais certains enjeux demeurent en matière de retraite. De nombreux travailleurs n'épargnent pas suffisamment pour être en mesure de maintenir leur niveau de vie à la retraite. Les habitudes de transition du travail vers la retraite évolueront en faveur d'une retraite plus tardive et progressive. Cela interpellera les travailleurs, mais également les employeurs, du fait des répercussions sur l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines. Les gouvernements ne pourront faire l'économie du débat, car la présence des travailleurs âgés sera un moyen privilégié pour favoriser une relative croissance de l'emploi, et les habitudes d'épargne-retraite laissent présager une transition difficile pour bon nombre des travailleurs. En fait, le grand nombre de personnes âgées au sein de la population se traduit également par une stagnation du nombre de personnes en âge de travailler.
- Il faut aussi se rappeler que la politique familiale du Québec a été articulée autour de la nécessité de saines mesures de conciliation travail-famille et de la présence des femmes sur le marché du travail. Ainsi, les services de garde à tarif réduit coordonnés avec le Régime québécois d'assurance parentale caractérisé par un niveau adéquat de prestations (pour le père et la mère), une relative flexibilité et une période de prestations n'excédant pas un an ont pris le pas sur les traditionnelles allocations familiales. En deux mots, les services de garde à tarif réduit et les congés parentaux encouragent le travail et les allocations familiales le découragent. Ces dernières sont donc davantage centrées sur les familles à revenu faible où la venue d'un enfant constitue un défi financier particulièrement important. Les mesures fédérales d'aide à la famille demeurent pour leur part articulées autour des allocations familiales. Le premier budget du gouvernement Trudeau est venu renforcer cette orientation.

L'émergence d'une économie postindustrielle caractérisée par des besoins croissants d'expertise et d'innovation conditionnera les besoins de protection sociale. Il faut espérer qu'il s'ensuive une évolution des programmes pour s'adapter à ces nouvelles réalités. En particulier, si les exigences physiques et les risques traditionnels en matière d'invalidité sont moins importants, il ne faut pas perdre de vue la montée de l'absentéisme associée aux maladies psychologiques et à la désuétude des compétences. Les exigences croissantes du marché du travail devraient se traduire par un renforcement du volet « mesures actives » des programmes de sécurité sociale associés à un renforcement de l'employabilité. Il faudra aussi s'assurer que nos programmes sont adaptés à des formes atypiques d'emploi.

L'évolution du savoir et la prépondérance des technologies continueront de repousser les frontières de l'intervention en santé, avec des perspectives encore

insoupçonnées en matière notamment de médecine personnalisée. Les coûts pourront être d'autant plus élevés qu'il s'agira d'interventions préventives à grande échelle.

Associée à la mondialisation des marchés, cette évolution économique devrait se traduire par un accroissement des inégalités au sein de notre société. Il y aura donc lieu de s'interroger sur l'importance de la sécurité sociale comme outil de maintien et de renforcement de la cohésion sociale et pour permettre une « gestion efficace du risque d'exclusion sociale et économique ».

L'évolution anticipée de notre société est également susceptible de poser des défis du point de vue de la cohésion sociale. La sécurité sociale constitue un instrument de solidarité et de cohésion sociale, ne serait-ce que du fait de la couverture universelle des protections qui y sont associées et des circonstances ou des besoins couverts. Il faut néanmoins noter que notre système de sécurité sociale est caractérisé par une forte composante assurantielle. En ce sens, la dimension lutte à la pauvreté et réduction des inégalités n'y est pas prépondérante. Notre système de sécurité sociale vise davantage à répondre adéquatement aux besoins de toute la population, tant par la nature des protections offertes (et l'étendue de la protection qui est large) que par l'accessibilité des services. Il s'agit donc davantage d'une question « d'équité horizontale » que d'une question « d'équité verticale[15] ». C'est davantage par une fiscalité importante et progressive que l'on a visé à contre-carrer la tendance à un creusement des inégalités de revenu et, par ricochet, un effritement de la cohésion sociale. Plus récemment, et comme indiqué ci-dessus, les programmes ont évolué de façon à favoriser l'employabilité et l'autonomie financière. Dans le futur, il ne faudrait pas se surprendre que rejaillisse l'idée d'un revenu minimum garanti.

## CONCLUSION

Le présent chapitre est en quelque sorte une synthèse des principaux constats et enjeux relatifs à notre système de sécurité sociale, en lien avec les éléments abordés dans les chapitres précédents, mais il est d'intérêt de conclure avec les principaux défis qui se pointent à l'horizon et devraient mériter notre attention, dans un souci de saine évolution de ce rouage important de notre société. Trois défis principaux sont à retenir.

15. L'équité verticale vise la redistribution en faveur des personnes à faible revenu alors que l'équité horizontale couvre les besoins particuliers des personnes ou de certains groupes, comme les familles, peu importe leur revenu. Pour plus d'informations à cet égard, voir le chapitre 11.

*La santé et les services sociaux*

La santé et les services sociaux constituent nécessairement le principal défi en matière de sécurité sociale, dans un contexte d'innovations scientifiques et technologiques, assorties d'un vieillissement de la population, qui non seulement se traduiront par une évolution significative des possibilités de traitement, mais aussi rendront d'autant plus criants certains besoins, notamment en ce qui a trait à la perte d'autonomie. Bien que notre régime public d'assurance maladie ait contribué à des améliorations notables de l'état de santé des Québécois et Québécoises, il a aussi vu poindre certaines lacunes dans l'organisation des services que le passage du temps et beaucoup d'efforts n'ont pas corrigée, du moins pas complètement. Tout cela, dans un contexte où les coûts de la santé sont élevés et où la « pression financière » demeure très forte.

- Dans les prochaines années, cette pression va vraisemblablement continuer de croître du fait notamment de nouvelles possibilités de traitement. Malgré cela, la santé continue d'être financée sur une base annuelle, au gré des disponibilités budgétaires et de l'agenda politique. Cela n'est pas sans conséquence, notamment pour les autres missions importantes de l'État, dont l'éducation. Sans viser à « plafonner » les dépenses annuelles de santé, il faudrait tout au moins établir un mode de financement pluriannuel, fondé sur des orientations mieux définies, de façon à faciliter les choix qui vont s'imposer.
- Sans en faire l'objet d'une fixation collective, l'action et la rémunération des médecins, qui sont des intervenants de premier plan, devront être mieux arrimées avec l'organisation du système, la contribution des autres intervenants et notre capacité de payer. Cela inclut la rémunération à l'acte, du point de vue de l'étendue de son application et des contraintes et des incitatifs qui y sont associés ; il faudra aussi en simplifier les modalités et ainsi permettre une adaptation à des réalités émergentes. Avec le paiement à l'acte, les médecins absorbent les gains de productivité dus à l'usage de nouvelles technologies. C'est ce qui explique les revenus élevés des ophtalmologistes et des radiologistes, par exemple.
- En dépit de tous les efforts consentis depuis nombre d'années, force est de constater que la gouvernance de notre système de santé demeure sous-développée. Il faudra nous donner une culture politique et des « structures intermédiaires » en mesure de prendre des actions ponctuelles pour éloigner les autorités politiques du cas par cas et permettre de traiter les crises sporadiques le plus efficacement possible. Cela devra aussi aider à renforcer la contribution ministérielle en regard de la performance d'ensemble de notre système et de son évolution. À cet égard, il sera important de renforcer les mécanismes établis de mesure du rendement et de rendre accessibles les informations qui en découlent, aussi bien à l'intérieur du réseau qu'auprès des différents intervenants externes. Finalement, l'état de santé des Québécois et de leur système de santé et de services sociaux devrait faire l'objet de

consultations publiques pluriannuelles pour faire périodiquement un état de situation et établir les orientations et priorités.

*La retraite*

Dans les prochaines années, le nombre de personnes âgées va s'accroître et il s'ensuivra non seulement une hausse significative du nombre de pensionnés, mais également un potentiel de croissance économique limité du fait de la stagnation du nombre de personnes en âge de travailler. Des efforts ont été faits pour juguler les hausses de coût associées à la retraite, mais il faudra faire encore plus pour adapter nos habitudes de transition du travail vers la retraite. Sur la base des taux historiques de participation à des régimes complémentaires de retraite et d'épargne individuelle en vue de la retraite, de nombreux travailleurs et travailleuses de la classe moyenne ne seront pas en mesure de maintenir leur niveau de vie à la retraite. Revenus de marché et revenus de retraite vont combiner leurs effets pour entraîner une hausse des inégalités.

Dans ce contexte, la possible bonification des régimes publics de retraite discutée depuis bon nombre d'années va déboucher sur une majoration ciblée. Une majorité de provinces canadiennes se sont entendues quant à une légère bonification du RPC. Des consultations doivent se tenir sous peu en regard du RRQ et cette question sera abordée. Idéalement, il y aura lieu de s'interroger non seulement sur une majoration du taux de remplacement et les clientèles ciblées, mais également sur nos attentes en regard de l'évolution future de l'âge de retraite, dans un contexte où nous vivons de plus en plus vieux et où nous sommes de plus en plus aptes à demeurer en emploi au-delà de 60 et même 65 ans. Cela demandera des modifications non seulement aux régimes de retraite, mais aussi à l'organisation du travail, dans un contexte de flexibilité accrue en fin de carrière. Le moment est particulièrement bien choisi du fait que de tels changements au RRQ ne sont pas fréquents et se doivent entrer en vigueur qu'au terme d'une période de transition et d'adaptation.

*L'adaptation à un monde en changement*

Fruit de la société industrielle et de la génération des baby-boomers et autres apparentées, notre système de sécurité sociale devra s'adapter au contexte d'une économie postindustrielle et mondialisée, centrée sur les services et l'innovation. Il devra aussi s'adapter à un monde où le sentiment d'appartenance et le réseautage s'incarneront de façon fort différente, dans le contexte d'une culture multi-ethnique où le Québec a encore beaucoup à apprendre.

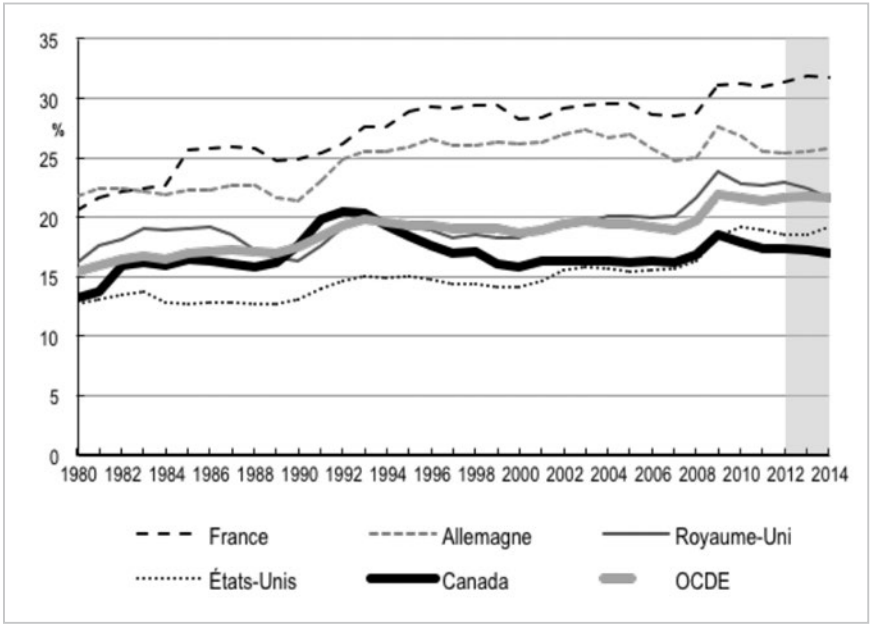
Néanmoins, il devra continuer d'offrir une protection fondée sur des droits, à l'occasion d'événements difficilement prévisibles, voire tragiques, où l'action

collective est non seulement plus efficace, mais également source de cohésion sociale et de réduction des inégalités. Dans de nombreux pays, la sécurité sociale a été implantée en réaction à des conflits destructeurs. En tant que privilégiés, nous devrions tout au moins avoir la sagesse de faire vivre ce rempart social qui, en parallèle à d'autres actions de développement économique et culturel, peut contribuer à notre mieux-être individuel et collectif.

## ANNEXE

Graphique A14.5

**Dépenses sociales publiques dans certains pays de l'OCDE (% du PIB, 1960-2014)**




Source : OCDE (2014), Base de données sur les dépenses sociales (SOCX), (www.oecd.org/fr/social/depenses.htm).

## Bibliographie

Gouvernement du Québec (2016), *Budget 2016-2017, Régime québécois de soutien du revenu*, 73 p.

Gouvernement du Québec (2016), *Budget de dépenses 2016-2017, renseignements supplémentaires*, Québec, 78 p.

Organisation de coopération et développement économiques (2014), *Le point sur les dépenses sociales : les dépenses sociales sont en baisse dans certains pays, mais, dans beaucoup d'autres, elles se maintiennent à des niveaux historiquement élevés*, Paris, 8 p.

Régie des rentes du Québec, *Vers un régime de rentes du Québec renforcé et plus équitable*, 2008.

Société de l'assurance automobile du Québec (2014), *Politique de gouvernance*, Québec, 25 p.

# Conclusion

Les Québécois peuvent se réjouir de vivre dans une société où cohabitent développement économique, développement social et développement culturel. Fruits du rêve des artisans de la Révolution tranquille et de tout ce qui s'ensuivit, ces développements ont contribué à l'émancipation de la société québécoise et à l'émergence d'une identité collective contemporaine. La propension au bonheur des Québécois n'y est sûrement pas étrangère[1].

Néanmoins, comme discuté dans les différents chapitres, incluant le chapitre 14 traitant des constats et des enjeux d'ensemble, un certain nombre de défis sont perceptibles à l'horizon. Il s'agit d'adapter notre système de sécurité sociale à un environnement en mutation, comme assurer la cohésion intergénérationnelle dans un contexte de vieillissement de la population et de transformation des familles. Il s'agit également de répondre de façon efficace et consensuelle à des réalités nouvelles ou du moins changeantes. Le caractère dévastateur de certaines actualités internationales récentes relativement à l'intégration des minorités témoigne de façon préoccupante de ce besoin de cohésion et d'intégration.

Les 50 dernières années sont le fait du développement et de la mise en place du système de sécurité sociale. Les années à venir seront plutôt associées à des impératifs d'adaptation, de cohérence des politiques et d'interactions renforcées au niveau international. De plus, si les développements passés sont associés à un rythme significatif de croissance économique, le futur perceptible est teinté par un resserrement du marché du travail, associé à l'absence de croissance significative de la taille de la population active, ce qui limite le potentiel de développement. Aussi, la croissance économique qui s'annonce ne concourt pas au renforcement de la cohésion sociale, à l'inverse de ce qu'on a observé dans les Trente Glorieuses. Un complément d'action s'impose ; l'actualisation de nos politiques aussi.

1. N. Mercier (2016), *Le gène du bonheur est-il québécois ?* dans le numéro du 15 juin 2016 du magazine L'Actualité.

Tout cela a lieu dans un contexte où règne une bonne dose de cynisme à l'égard de l'action politique dans laquelle se reconnaissent peu les jeunes générations. Il est à souhaiter que les Québécois sauront se rallier et se reconnaître dans les régimes de sécurité sociale et leur évolution au cours des prochaines décennies.

## LISTE DES ENCADRÉS


| | | |
|---|---|---|
| Encadré 1.1 | Réalités d'hier et d'aujourd'hui | 12 |
| Encadré 1.2 | Du pain et des roses | 40 |
| Encadré 1.3 | Définition de l'économie sociale | 47 |
| Encadré 1.4 | Objectifs de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté | 49 |
| Encadré 2.1 | La contraception au Québec : de la non-limitation de la famille à… la limitation des naissances | 65 |
| Encadré 2.2 | Au Québec, on vit – et on vivra – de plus en plus longtemps ; les années supplémentaires de vie sont-elles des années en santé ? | 68 |
| Encadré 2.3 | L'évolution de l'espérance de vie dans une perspective… d'immortalité ! | 70 |
| Encadré 5.1 | Les organisations médicales : dans le système de santé et en dehors de celui-ci | 147 |
| Encadré 5.2 | La rémunération des médecins | 152 |
| Encadré 5.3 | L'apport grandissant des organismes communautaires | 160 |
| Encadré 5.4 | L'éthique en santé | 186 |
| Encadré 6.1 | Couverture du Régime public d'assurance médicaments | 226 |
| Encadré 7.1 | Principaux paramètres du Régime de rentes du Québec en 1966 | 242 |
| Encadré 7.2 | Les régimes de retraite du secteur public québécois | 244 |
| Encadré 7.3 | Une réforme en profondeur envisagée pour la PSV et le SRG : la Prestation aux aînés | 254 |
| Encadré 7.4 | Les mesures d'allégement des régimes de retraite à prestations déterminées | 259 |
| Encadré 7.5 | Adaptation des pratiques d'entreprise aux nouvelles réalités de la retraite – Résultats d'une enquête sectorielle | 266 |
| Encadré 7.6 | Utilisation de l'espace fiscal REER | 271 |
| Encadré 8.1 | Dispositions de compensations financières introduites en 1985 | 290 |
| Encadré 8.2 | Pour une maternité sans danger | 295 |
| Encadré 8.3 | Modernisation du processus d'appel et de révision | 298 |
| Encadré 8.4 | Tarification et mesures d'exception | 303 |
| Encadré 9.1 | Chronologie de lois sur l'assurance automobile jusqu'en 1978 | 319 |
| Encadré 9.2 | Inventaire d'études sur l'indemnisation des victimes d'accidents d'automobile | 321 |
| Encadré 10.1 | La commission Tremblay de 1953 | 357 |
| Encadré 10.2 | Un faux pas de 5 millions de dollars : l'Office de financement de l'assurance-emploi | 374 |

Encadré 11.1 Les programmes de soutien financier et leurs objectifs . . . . . 398
Encadré 11.2 Les hauts et surtout les bas du programme APPORT . . . . . 404
Encadré 11.3 Financement des services de garde à l'enfance . . . . . 418
Encadré 11.4 Les salaires et les conditions de travail dans les centres de la petite enfance . . . . . 429
Encadré 11.5 Le statut des responsables de garde en milieu familial . . . . . 430
Encadré 12.1 Repousser l'admissibilité à l'aide sociale à 20 ou 21 ans ? . . . . . 476
Encadré 13.1 Résumé des changements à la suite de la crise financière de 2008 . . 524
Encadré 13.2 Principaux constats – Sommaire . . . . . 529
Encadré 13.3 Principaux enjeux – Sommaire . . . . . 530
Encadré 14.1 Consultations publiques Régime de rentes du québec . . . . . 547
Encadré 14.2 Politique de gouvernance Société de l'assurance automobile du Québec . . . . . 548

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Taux de chômage selon l'origine . . . . . 74
Tableau A2.1 Répartition des naissances hors mariage selon le rang de naissance, Québec, 1976-2014 . . . . . 83
Tableau A2.2 10 principaux pays de naissance des immigrants (pourcentage de l'immigration totale), Québec, 1982, 1995 et 2014 . . . . . 83
Tableau A2.3 Taux de rétention des immigrants internationaux selon la période d'immigration, Québec et reste du Canada, 2011 . . . . . 84

Tableau 4.1 Typologie des ménages, Québec, 2011 . . . . . 110
Tableau 4.2 Types de ménages dans lesquels vivent les individus, adultes et enfants, Québec, 2011 . . . . . 111
Tableau 4.3 Distribution des personnes actives dans les strates sociales et taux de croissance selon l'année, Québec, 1971 à 2011 . . . . . 112
Tableau 4.4 Distribution des personnes actives dans les strates sociales et taux de croissance selon l'année, et le sexe, Québec, 1971 à 2011 . . . . . 114
Tableau 4.5 Distribution de femmes dans chacune des strates sociales selon l'année, Québec, 1971 à 2011 . . . . . 115
Tableau 4.6 Distribution du revenu des ménages autour de la médiane selon le type de revenus et l'année, dollars constants de 2009, Québec, 1982 à 2009 . . . . . 121
Tableau 4.7 Proportions de ménages faisant partie des classes moyennes mesurées par le niveau de vie selon certaines caractéristiques, Québec, 1982 à 2009 . . . . . 122
Tableau 4.8 Différentes variables caractérisant les classes moyennes mesurées d'après le niveau de vie, Québec, 1982 à 2009 . . . . . 123
Tableau 4.9 Répartition en % (coeff.) des dépenses des ménages pondérées par la taille de l'unité de consommation selon le poste de dépenses, ménages de deux personnes et plus, Québec, 1969-2009 . . . . . 131

Tableau 5.1 Services médicaux selon le type de rémunération (en milliers de dollars) . . . . . 152
Tableau 5.2 Moyenne annuelle de la rémunération clinique à l'acte des médecins ayant travaillé à temps plein au Québec en 2013-2014 : comparaison du réel avec une norme qui leur aurait procuré le même pouvoir d'achat que leurs confrères de l'Ontario . . . . . 154

Tableau A7.1 Proportion de retraités ayant un revenu de travail dans l'année qui suit la retraite . . . . . 276

Tableau 8.1 Groupes prioritaires . . . . . 294
Tableau 8.2 Répartition des dossiers ouverts et acceptés par catégorie et année, 1984-2014 . . . . . 296
Tableau 8.3 Répartition du nombre d'employeurs par mode de tarification, 1985-2013 . . . . . 302
Tableau 8.4 Besoins financiers de 2016 . . . . . 304
Tableau 8.5 Besoins financiers des programmes de prévention en 2016 . . . . . 305
Tableau 8.6 Débours et passif des indemnités en 2015 (000 $) . . . . . 306
Tableau A8.1 IVAC : prestations versées et frais d'administration (milliers de dollars) . . . . . 311

Tableau 9.1 Rapport compensation/perte pour les victimes de blessures corporelles selon une enquête menée par le Comité d'étude sur l'assurance automobile . . . . . 324
Tableau 9.2 Délais de règlement des sinistres . . . . . 324
Tableau 9.3 Prélèvements du gouvernement (milliers de dollars) . . . . . 337
Tableau 9.4 Conseil d'experts . . . . . 339
Tableau 9.5 Indemnités en 2016 – Données comparatives. . . . . 341

Tableau 10.1 Les dépenses de secours pour l'ensemble des gouvernements du Canada, de 1931 à 1938, et leur part du PNB. . . . . 351
Tableau 10.2 Bilan du Compte d'assurance-chômage de 1941 à 1971 . . . . . 356
Tableau 10.3 Bilan du Compte d'assurance-chômage de 1972 à 2014 . . . . . 363
Tableau 10.4 Coûts du régime d'assurance-emploi en 2014, Canada (taux de chômage : 6,9 %) . . . . . 381
Tableau 10.5 Transferts financiers vers (+) ou de (-) chaque province du Canada, en vertu du régime d'assurance-emploi, en 2014 . . . . . 382

Tableau A11.1 Comparaison entre les prestations de maternité, parentales et d'adoption de l'assurance-emploi fédérale et du Régime québécois d'assurance parentale, 2016. . . . . 452

Tableau 12.1 Situation des prestataires de l'aide sociale au 31 mars 2016. . . . . 474
Tableau 12.2 Taux de chômage selon l'origine . . . . . 494

Tableau 13.1 Offre de portefeuilles spécialisés (au 31 décembre 2015) . . . . . 507
Tableau 13.2 Rendement global par décennie . . . . . 525

## LISTE DES GRAPHIQUES


| | | |
|---|---|---|
| Graphique 2.1a | Le baby-boom en Amérique du Nord, 1926-1966 | 58 |
| Graphique 2.1b | L'après baby-boom en Amérique du Nord, 1967-2015 | 58 |
| Graphique 2.2 | Évolution projetée de la population québécoise (en millions) selon diverses éditions des projections, 1971-2061 | 60 |
| Graphique 2.3 | Part relative des trois grands groupes d'âge, Québec, 1901-2061 | 61 |
| Graphique 2.4 | Pyramides des âges, Québec, 1966, 2011, 2031 et 2061 | 62 |
| Graphique 2.5 | Fécondité du Québec, 1926-2061 | 64 |
| Graphique 2.6 | Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec, 1901-2011 | 67 |
| Graphique A2.1 | Immigration internationale et émigration interprovinciale, Québec, 1966-2014 | 77 |
| Graphique A2.2 | Proportion des minorités visibles dans la population totale, le Québec, le Québec sans Montréal et le Canada sans le Québec, 2001-2017 | 77 |
| Graphique A2.3 | Accroissements naturel, migratoire et total, Québec, 1966-2056 | 78 |
| Graphique A2.4 | Âge médian et proportion de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale, Québec, 1966-2061 | 78 |
| Graphique A2.5 | Croissance en pourcentage de la population, Québec, par groupe d'âge, 1966-2015 | 79 |
| Graphique A2.6 | Population de 85 ans et plus, Québec, par sexe et proportion de femmes pour les 65 ans et plus et 85 ans et plus, 1966-2015 | 79 |
| Graphique A2.7 | Proportion des naissances hors mariage et de père inconnu, Québec, 1952-2014 | 80 |
| Graphique A2.8 | Proportion des personnes vivant en union libre selon l'âge et le sexe, Québec, 1986 et 2011 | 80 |
| Graphique A2.9 | Taux de stérilisation par groupe d'âge, Québec, 1976-2011 | 81 |
| Graphique A2.10 | Indice synthétique de fécondité et descendance finale des générations, Québec, 1970-2014 | 81 |
| Graphique A2.11 | Évolution de l'espérance de vie à 65 ans, Québec, 1921-2011 | 82 |
| Graphique A2.12 | Évolution de l'espérance de vie à 85 ans, Québec, 1921-2011 | 82 |
| Graphique 3.1 | Revenu réel par habitant, Canada et Québec, 1926-2015 (unités comparables de pouvoir d'achat, échelle semi-logarithmique) | 90 |
| Graphique 3.2 | Taux de chômage, Canada et Québec, 1926-2015 | 91 |
| Graphique 3.3 | Taux de croissance annuel moyen du revenu intérieur réel par habitant, Canada et Québec, diverses périodes, 1946-2015 | 92 |
| Graphique 3.4 | Revenus autonomes des administrations publiques en pourcentage du PIB, 1926-2015 | 93 |
| Graphique 3.5 | Transferts fédéraux versés à l'ensemble des provinces et au Québec en pourcentage du PIB, 1926-2015 | 94 |

| | | |
|---|---|---|
| Graphique 3.6 | Soldes budgétaires du gouvernement fédéral et du gouvernement du Québec en pourcentage du PIB, 1961-2015 | 96 |
| Graphique 3.7 | Taux de sans-diplômes de la population de 25 à 44 ans, Québec et Ontario, 1990-2015 | 97 |
| Graphique 3.8 | Taux d'emploi de la population de 25 à 54 ans, selon le plus haut diplôme obtenu, Québec, 2015 | 98 |
| Graphique 3.9 | Salaire annuel médian des travailleurs de 25 à 54 ans qui ont occupé un emploi toute l'année à plein temps selon le plus haut diplôme obtenu, Québec, 2010 (en dollars) | 99 |
| Graphique 3.10 | Dette brute du Gouvernement du Québec en pourcentage du PIB, mars 1971 à mars 2016 | 100 |
| Graphique 3.11 | Taux d'activité des femmes de 25 à 44 ans, Québec et Ontario, 1993-2015 | 101 |
| Graphique 3.12 | Taux de pauvreté, Canada et Québec, 1996-2013 | 102 |
| Graphique 4.1 | Revenu moyen total et disponible des familles économiques en dollars constants (2011), Québec, 1976-2011 | 117 |
| Graphique 5.1 | Séjour moyen des patients de l'unité Soins de santé et physique et de gériatrie (SSPG) des établissements publics et privés conventionnés, Québec, 1990-2009 | 167 |
| Graphique 5.2 | Taux d'occupation de l'unité Soins de santé et physique et de gériatrie (SSPG) des établissements publics et privés conventionnés, Québec, 1990-2009 | 167 |
| Graphique 5.3 | Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, Canada, Québec et Ontario, 1981-2015 | 181 |
| Graphique 5.4 | Poids des secteurs privé/public dans le paiement des soins de santé, Canada (2013) | 182 |
| Graphique 5.5 | Dépenses totales en santé réparties entre les secteurs public et privé, Québec, 1975-2015 | 183 |
| Graphique 5.6 | Dépenses de santé du secteur privé en pourcentage des dépenses totales de santé, Canada, Québec et Ontario, 1975-2015 | 183 |
| Graphique 5.7 | Montants totaux des dépenses budgétaires consacrées à la santé et aux services sociaux (milliers de dollars), Québec, 2000-2001 à 2014-2015 | 185 |
| Graphique 5.8 | Répartition des dépenses en santé réparties selon le pourcentage des dépenses totales qu'elles occupent, Québec, 1975 et 2015 | 191 |
| Graphique 5.9 | Coûts directs nets totaux des services à domicile, Québec, 2000-2001 à 2013-2014 | 192 |
| Graphique 5.10 | Coût total des programmes administrés par la RAMQ, Québec, 1994 et 2011 | 193 |
| Graphique 5.11 | Dépenses privées et publiques en santé par habitant (dollars constants de 1997), Québec et Ontario, 1975 et 2015 | 195 |
| Graphique 6.1 | Coût brut – Régime public | 228 |

| | | |
|---|---|---|
| Graphique 6.2 | Coût brut – Régimes privés | 229 |
| Graphique 6.3 | Répartition du coût brut par clientèle (en M $), régime public, 2014 | 230 |
| Graphique 6.4 | Financement du régime public, 2014-2015 | 230 |
| Graphique 7.1 | Ratio des gains admissibles moyens des cotisants au RRQ sur les gains moyens non plafonnés de l'ensemble des travailleurs, 1966-2013 | 247 |
| Graphique 7.2 | Âge moyen du début de versement de la rente du RRQ, 1967-2015 | 248 |
| Graphique 7.3 | Proportion de la population active du Québec qui cotise au RRQ, à un RCR et à un REER, 1969-2013 | 250 |
| Graphique 7.4 | Taux de remplacement de revenu selon le niveau de revenu avant la retraite | 262 |
| Graphique 7.5 | Bénéficiaires d'un revenu de retraite selon la source, Québec, 1972-2013 | 263 |
| Graphique 7.6 | Taux de faible revenu de la population avant et après la retraite | 264 |
| Graphique 7.7 | Revenu équivalent disponible moyen des personnes de 65 ans et plus par rapport au revenu moyen de la population, au milieu des années 2000 (en pourcentage) | 265 |
| Graphique 7.8 | Évolution de l'âge moyen de prise de la retraite, Québec, Ontario et Canada, 2005-2014 | 268 |
| Graphique 7.9 | Transition travail-retraite : l'attrait de la retraite progressive | 268 |
| Graphique 7.10 | Taux d'incidence de l'invalidité, selon le sexe, chez les 60 ans et plus, Québec, 1994-2012 | 269 |
| Graphique 7.11 | Rendement des caisses de retraite, des REER, FERR, CRI et FRV (1999-2005) | 270 |
| Graphique A7.1 | Taux de remplacement de revenu | 276 |
| Graphique 8.1 | Évolution des taux de cotisation et de capitalisation, 1990-2015 | 300 |
| Graphique 9.1 | Nombre de personnes accidentées selon la nature des blessures (indice 1978 = 100), de 1978 à 2015 | 342 |
| Graphique 9.2 | Coût lié à l'indemnisation (en millions de dollars) tel qu'évalué au 1er juillet de l'année d'accident | 343 |
| Graphique 10.1 | Ratio des prestations de chômage à la rémunération assurable, 1972-2014, et taux de chômage | 383 |
| Graphique 10.2 | Rapports prestataires/chômeurs, Québec vs Canada, 1972-2015 | 384 |
| Graphique 11.1 | Bénéfices familiaux fédéraux, famille biparentale avec 2 enfants d'âge scolaire, 1978, 1984, 1996 et 2008 (en dollars constants de 2008) | 402 |

| | | |
|---|---|---|
| Graphique 11.2 | Bénéfices familiaux offerts par le Québec, famille biparentale avec 2 enfants d'âge scolaire, 1990, 2003 et 2005 (en dollars constants de 2005) | 407 |
| Graphique 11.3 | Bénéfices familiaux fédéraux, famille biparentale avec deux enfants d'âge préscolaire et un seul revenu, Québec, 2015 et 2016 (en dollars constants de 2015) | 414 |
| Graphique 11.4 | Bénéfices familiaux fédéraux et du Québec, famille biparentale avec deux enfants d'âge préscolaire, juillet 2016 (annualisé) | 416 |
| Graphique 11.5 | Frais de garde en pourcentage du revenu, famille biparentale avec deux enfants d'âge préscolaire, Québec, 1988, 1996, 1997 et 2015 (en dollars constants de 2015) | 424 |
| Graphique 11.6 | Nombre de places en services de garde, selon le type de service, Québec, 1976 à 2016 | 427 |
| Graphique 11.7 | Taux d'activité des femmes ayant un enfant de moins de 6 ans, Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique, 1976 à 2015 | 428 |
| Graphique 11.8a | Prestataires de maternité en pourcentage du nombre de naissances, Canada et Québec, 1996 à 2015 | 444 |
| Graphique 11.8b | Prestataires parentaux en pourcentage du nombre de naissances, selon le sexe, Canada et Québec, 1996 à 2015 | 445 |
| Graphique 11.9 | Prestations parentales hebdomadaires moyennes, selon le sexe, Canada et Québec, 2004 et 2015 (en dollars constants de 2015) | 446 |
| Graphique 11.10 | Répartition des prestataires du RQAP selon le sexe, le type de travailleur, le régime de base ou particulier et le type de prestations (naissance ou adoption), 2015 | 447 |
| Graphique 12.1 | Nombre d'assistés sociaux, Québec, 1975-2015 | 473 |
| Graphique 12.2 | Taux d'assistance sociale Canada vs Québec, entre 1981 et 2013 (%) | 475 |
| Graphique 12.3 | Taux d'assistance sociale au Canada, par province et territoire, 2013 (%) | 476 |
| Graphique 12.4 | Participation des Canadiens de 25 à 64 ans à des études ou de la formation liées à l'emploi, selon la province, 2002 et 2008 | 492 |
| Graphique 12.5 | Évolution de la population en âge de travailler, au Québec et ailleurs en Amérique du Nord, entre 2010 et 2030 (en pourcentage) | 493 |
| Graphique 12.6 | Taux de croissance de la population active : immigrants vs personnes nées au Québec, 2006 à 2012 | 494 |
| Graphique 13.1 | Proportion de l'actif net des différentes catégories de déposants (au 31 décembre 2015), | 504 |
| Graphique 13.2 | Évolution de la part des dépôts et des résultats de placements nets dans l'accroissement de l'actif net | 509 |
| Graphique 13.3 | Dépôts et retraits des déposants de 1966 à 2015 | 510 |

L'implantation des programmes de sécurité sociale a été au cœur de la transformation de la société québécoise au cours des cinquante dernières années. Les Québécois et Québécoises peuvent d'ailleurs se réjouir de vivre dans une société où cohabitent développement économique, développement social et développement culturel. Le présent ouvrage fait état de l'évolution de la sécurité sociale au Québec, établit certains constats et dégage les principaux enjeux pour l'avenir.

Prenant ancrage dans la vision politique et la lecture du contexte démographique, économique et social, on y traite du développement et de la situation des différents programmes de sécurité sociale. Pour assurer une évolution ordonnée de ces programmes dans le futur, il importe de se rappeler comment ils ont pris forme et ont contribué au développement de notre société. Il faut savoir tirer des leçons de l'histoire.


Sous la direction de **Denis Latulippe**

Avec la collaboration de

Claude Castonguay
Pauline Marois
Pierre Maisonneuve
Jacques Légaré
Pierre Fortin
Simon Langlois
Jean Turgeon
Jean-Claude Deschênes
Guy Simard
Pierre Plamondon
André Beauchemin
Gilles Binet
Michel Bédard
Ruth Rose
Yvon Boudreau
Bernard Morency
Diane Lemieux



www.pulaval.com

ISBN 978-2-7637-3162-9

9 782763 731629

Presses de l'Université Laval

Économie